



KOORDINIERUNGSSTELLE VERSORGUNGSFORSCHUNG/ CORE FACILITY VERSORGUNGSFORSCHUNG



Dokumentation

3. Tag der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen

Schwerpunkt: Psychische Gesundheit
Montag, 28. September 2015

Inhaltsverzeichnis

Programm / Veranstaltungsflyer 3. Tag der Versorgungsforschung	II
Grußworte	III
- Theresia Bauer MdL, Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kunst des Landes Baden-Württemberg	
- Prof. Dr. med. Monika A. Rieger, Leitung Koordinierungsstelle Versorgungsforschung, Ärztliche Direktorin Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung	
- Prof. Dr. med. Stefanie Joos, Ärztliche Direktorin Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung	
Vorträge	IV
- Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung am Beispiel psychiatrischer Erkrankungen Prof. Dr. Hans-Joachim Salize, Zentralinstitut für seelische Gesundheit	
- Nutzenbewertung von Innovationen PD Dr. med. Matthias Perleth, G-BA Berlin, Fachberatung Medizin	
Workshop 1	V
- Planung und Evaluation komplexer Interventionen Moderation: Prof. Dr. med. Monika A. Rieger	
Workshop 2	VI
- Versorgungsforschung bei Suchterkrankungen Moderation: Dr. med. Heidrun Sturm MPH, PhD	
Posterpräsentationen	VII
- Übersicht	
- Psychische Erkrankungen im Betrieb und bei Erwachsenen	
- Psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Kindern	
- Erkrankungen bei Kindern und seltene Erkrankungen bei Kindern	
- Schnittstellen	
- Patientensicherheit und Qualität	
- Wissen und Rolle von Versorgern	
Impressum, Copyright	VIII

II. Programm/ Veranstaltungsflyer

Ziele der Veranstaltung

- Austausch und Vernetzung aller an Versorgungsforschung Interessierter
- Präsentation von Projekten und Projektideen
- Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Tübingen, u. a. durch Methoden-Workshop

Posterpräsentation

- Versorgungsforschungsprojekte aus allen Themenfeldern der Universität Tübingen einschließlich der Lehrkrankenhäuser der Medizinischen Fakultät
- Veröffentlichung der Poster in Form einer Broschüre und im Internet

Workshops

...in kleinen Gruppen, in denen Projekte oder Methoden interaktiv diskutiert werden und sich Forschende zu ähnlichen Themen kennen lernen.

Ich nehme an folgendem Workshop teil:

Planung & Evaluation komplexer Interventionen

Ziel: Methodischer Rahmen, Vorstellung und Diskussion laufender Projekte u. a. im Bereich psychischer Gesundheit, interdisziplinärer Austausch

Versorgungsforschung bei Suchterkrankungen

Ziel: Vorstellung laufender Projekte, Diskussion methodischer Fallstricke, interdisziplinäre Kooperationen

Gesundheitsökonomische Evaluation in der Versorgungsforschung – „Hands on“

Ziel: Einblick in Methoden, Diskussion am Beispiel mögliche Fragestellungen aus verschiedenen klinischen Bereichen (bitte Fragen mitbringen).

Anmeldung

Um Anmeldung (per Fax, E-Mail oder postalisch mit dem Anmeldeformular) wird bis zum **18.09.2015** gebeten

Anmeldeformular „3. Tag der Versorgungsforschung“

Name, Vorname:

Institution:

E-Mail: _____

Ich präsentiere folgende(s) Poster

Einverstanden mit der Veröffentlichung des/der Poster(s) in einer Broschüre zur Veranstaltung:
ja nein

BITTE auch für **WORKSHOP** anmelden (links)

Bitte zurück an: Koordinierungsstelle
Versorgungsforschung
Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen
Fax: 07071 29-4362
E-Mail: versorgungsforschung@med.uni-tuebingen.de

Versorgungsforschung in Tübingen

Schwerpunkt Psychische Gesundheit

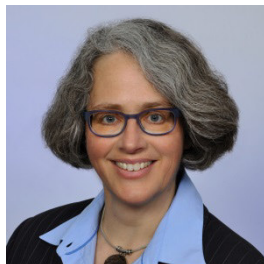
3. Tag der Versorgungsforschung
an der Medizinischen Fakultät in Tübingen

MEDIZINISCHE FAKULTÄT

Montag, 28. September 2015
13.00 – 18.15 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 3. Tag der Versorgungsforschung.



Die Struktur der Versorgungsforschung in Deutschland wird weiterhin politisch gestärkt - sowohl auf Landes- wie auch Bundesebene. In Baden-Württemberg beginnt in Kürze die dritte Runde der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung – wiederum mit Tübinger Beteiligung.

Der Tag der Versorgungsforschung bietet die Gelegenheit, die vielfältigen bereits bestehenden Aktivitäten in Tübingen kennen zu lernen und sich über methodisch-inhaltliche Aspekte zu informieren.

Inhaltlich fokussieren wir dieses Jahr das wichtige Themenfeld der psychischen Gesundheit, das für alle klinischen Disziplinen von großer Bedeutung ist. Methodisch setzen wir einen Schwerpunkt auf gesundheitsökonomische Aspekte. Nutzen Sie den Tag außerdem, um sich zu vernetzen!

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

und

Prof. Dr. Stefanie Joos, Ärztliche Direktorin, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung

Programm

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

14.45 Uhr **Grußworte**
Theresa Bauer, MdL
Ministerin für Wissenschaft,
Forschung und Kunst, Baden-
Württemberg

Prof. Dr. med. Stephan Zipfel
Prodekan Medizinische Fakultät
Tübingen

*sowie für die Koordinierungsstelle
Versorgungsforschung an der MFT*

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

Prof. Dr. med. Stefanie Joos
Ärztliche Direktorin, Institut für
Allgemeinmedizin und Interprofessionelle
Versorgung

15.15 Uhr **Vorträge**
**Gesundheitsökonomie und
Versorgungsforschung am Beispiel
psychiatrischer Erkrankungen**
Prof. Dr. Hans-Joachim Salize
Zentralinstitut für seelische Gesundheit,
Mannheim

Nutzenbewertung von Innovation
PD Dr. med. Matthias Perleth
G-BA Berlin, Fachberatung Medizin

16.30 Uhr **P A U S E**

16.45 Uhr **Workshops**

1.) **Planung und Evaluation komplexer
Interventionen u. a. im Bereich psychischer
Gesundheit**

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

2.) **Versorgungsforschung bei
Suchterkrankungen**

Moderation: Dr. med. Heidrun Sturm, MPH Ph.D.

3.) **Gesundheitsökonomische Evaluation in
der Versorgungsforschung – „Hands on“**

Leitung: Dr. Christian Olaf Jacke, ZI Mannheim

18.15 Uhr **Ausklang/ Get-together am Buffet**

Vernetzung – Austausch – Neue Ideen

III. Grußworte

Sehr geehrte Frau Professor Rieger,
sehr geehrte Damen und Herren,

die Versorgungsforschung hat sich in Deutschland während der letzten fünfzehn Jahre zu einem eigenständigen disziplinübergreifenden Forschungsgebiet entwickelt. Aus den Forschungsergebnissen, die sehr praxisbezogen und patientenorientiert sind, lassen sich häufig neue Konzepte für die Krankenversorgung ableiten. In Zeiten des demographischen Wandels mit immer mehr älteren, oft chronisch kranken Menschen ist dies besonders wertvoll. Gilt es doch, den Menschen trotz begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen hochwertige und bezahlbare Gesundheitsleistungen anzubieten.



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

Ich freue mich daher, dass auch in Baden-Württemberg die Versorgungsforschung deutlich an Profil gewonnen hat. Dies ist vor allem dem großen Engagement unserer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu verdanken. Das Wissenschaftsministerium unterstützt dieses Engagement seit 2011 mit bislang 3,4 Mio. Euro. Kern der Initiative sind eine Nachwuchsakademie sowie die Vernetzung sämtlicher in der Versorgungsforschung aktiven Einrichtungen des Landes. Wegen des großen Erfolges stellt das Wissenschaftsministerium nun bis 2017 nochmals rund 1,5 Mio. Euro zur Verfügung - für die Festigung der entstandenen Strukturen und den weiteren Ausbau der Forschungskompetenz auf diesem Gebiet.

Auf die Nachwuchsakademie entfallen davon 600.000 Euro. Damit können in einer dritten Ausschreibungsrunde bis zu 18 weitere Forschungsprojekte von Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern aus der Medizin, der Pharmazie, der Informatik sowie den Sozialwissenschaften und der Ökonomie gefördert werden. An der Finanzierung von drei dieser Projekte beteiligen sich auch die Vertragspartner der Hausarztzentrierten Versorgung, die Landes Zahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg sowie die Firma Health-Vision GmbH. Auf die Ausschreibung gingen insgesamt 70 Bewerbungen ein. Ein Gutachtergremium hat daraus 17 Anträge ausgewählt, die nun ein Studien-

protokoll bzw. einen Ethikantrag vorlegen müssen, bevor endgültig über ihre Förderung entschieden wird.

Auch aus Tübingen haben sich viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler um die Teilnahme an der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung beworben. Damit knüpfen Sie an frühere erfolgreiche Beteiligungen an, deren Ergebnisse wir in der Posterpräsentation gesehen haben. Den beiden Tübinger Kandidaten, die sich derzeit in der Schlussphase des aktuellen Auswahlverfahrens befinden, wünsche ich viel Erfolg!

Natürlich hoffe ich, dass auch die übrigen guten Projektideen, die in der Nachwuchsakademie leider nicht zum Zuge kommen, einmal Verwirklichung finden. Möglicherweise im Wege der intramuralen Forschungsförderung, die Sie hier in Tübingen konzipiert haben - ich denke da beispielsweise an das Programm für Angewandte Klinische Forschung.

Weitere rund 900.000 Euro investiert das Wissenschaftsministerium in das Netzwerk der Koordinierungsstellen für Versorgungsforschung. Sie befinden sich an den Universitäten Tübingen, Freiburg, Heidelberg, Mannheim und Ulm sowie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Das Netzwerk wird vom Universitätsklinikum Heidelberg zentral koordiniert. Es entwickelt neue Methoden in der Versorgungsforschung, unterstützt lokale Versorgungsforschungsprojekte, bietet Ärztinnen und Ärzten anderer Fachdisziplinen Fortbildungsveranstaltungen und betreut die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Nachwuchsakademie. Zudem unterhält es eine webbasierte Informations- und Kommunikationsplattform.

Mein besonderer Dank gilt den Medizinischen Fakultäten, die zugesagt haben, die lokalen Koordinierungsstellen auch nach Beendigung der Landesförderung in der bisherigen Form fortführen zu wollen. Damit ist die Versorgungsforschung künftig fest an den Landesuniversitäten verankert. Einige Universitäten wollen diese sogar weiter ausbauen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch auf den Hochschulfinanzierungsvertrag verweisen, den die Landesregierung mit ihren Hochschulen geschlossen hat. In diesem Abkommen verpflichtet sich die Landesregierung, die Grundfinanzierung der Hochschulen bis zum Jahr 2020 um 3% per annum zu erhöhen. Das gibt den

Hochschulen ein Mehr an Handlungsfreiheit - hoffentlich auch für die Versorgungsforschung.

Ihre Idee, den Tag der Versorgungsforschung dem Thema „Psychische Gesundheit“ zu widmen, gefällt mir sehr! Sie greifen damit ein Themenfeld auf, dem wir hier in Baden-Württemberg sehr große Bedeutung beimessen. Besonders deutlich wird dies an dem von uns geförderten Kompetenzzentrum Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Arbeits- und Ausbildungswelt, in dem Tübingen aktiv mitwirkt. Doch auch darüber hinaus befassen Sie sich hier in Tübingen mit einem breiten Spektrum psychischer Erkrankungen - in der Grundlagenforschung, in klinischen Studien sowie in der Versorgungsforschung. Die gewonnenen Erkenntnisse fließen unmittelbar in die Gesundheitsversorgung ein. Dass Sie hierbei auch die Umsetzbarkeit in unserem Gesundheitssystem im Blick haben, zeigt die Auswahl der heutigen Vorträge. Ich bin mir sicher, dass diese Beiträge und die Arbeit in den Workshops interessante Forschungsprojekte und Kooperationen anstoßen werden.

Ich wünsche Ihnen einen anregenden, wissenschaftlich ertragreichen Tag.

A handwritten signature in black ink, reading 'Theresia Bauer' in a cursive script.

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

Sehr geehrter Herr leitender Ministerialrat Schrade,
sehr geehrter Herr Prodekan Zipfel,
lieber Stephan,
Sehr geehrter lieber Herr Kollege Perleth und
lieber Herr Kollege Salize,
liebe Kolleginnen und Kollegen,



Prof. Dr. med. Monika A. Rieger

im Namen der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen begrüße ich Sie herzlich.

Sie haben es im Flyer gesehen: die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät steht seit diesem Sommer auf breiteren Füßen. Ich freue mich sehr, dass mit der Berufung von Frau Prof. Joos eine in der Versorgungsforschung ausgewiesene Wissenschaftlerin als Leitung des ehemaligen Lehrbereichs Allgemeinmedizin für Tübingen gewonnen werden konnte. Der Name des in diesem Zuge neu gegründeten Instituts für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung weist hierbei auch auf ein wesentliches Feld hin, das in der Versorgungsforschung bearbeitet wird: die Bedeutung der verschiedenen Professionen und ihrer Zusammenarbeit in der Patientenversorgung. Beispiele für entsprechende Projekte haben wir draußen in den Posterpräsentationen gesehen und werden wir nachher auch in den Workshops diskutieren. Ich freue mich sehr über diese Sichtbarkeit der verschiedenen Berufsgruppen in der Tübinger Versorgungsforschung. Und ich freue mich darüber, dass bei diesem Tag der Versorgungsforschung Projekte auch aus den Einrichtungen vorgestellt werden, in denen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unserer Fakultät außerhalb des Universitätsklinikums tätig sind. Ich würde mich sehr freuen, wenn der Tag der Versorgungsforschung und insbesondere die gemeinsame Arbeit in den Workshops dazu beitragen können, eine stärkere Vernetzung zwischen all' diesen Versorgungsformen und –settings anzuregen – im Hinblick auf die Patientenversorgung aber insbesondere mit Blick auf interdisziplinäre oder sektorenübergreifende Versorgungsforschungsprojekte.

Bevor ich an meine Co-Leitung Frau Prof. Joos übergebe, möchte ich noch all' jenen danken, ohne die dieser Tag der Versorgungsforschung nicht gelingen könnte.

Das ist zum einen die Landesregierung, die unsere Arbeit in der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung noch bis April 2017 unterstützt – danach wird es dann mit Unterstützung durch die Medizinische Fakultät weitergehen. Zum anderen sind das Sie, Herr Dr. Perleth, Herr Prof. Salize und nachher Herr Dr. Jacke, die uns heute dankenswerter Weise Impulse geben zu wichtigen Aspekten der Versorgungsforschung. Im Bereich der gesundheitsökonomischen Evaluation in der Versorgungsforschung lässt sich in Tübingen sicherlich noch der ein oder andere Schatz heben, und die Frage der Nutzenbewertung neuer Verfahren stellt u.a. den Hintergrund dar für eines der Tübinger Nachwuchsprojekte, die in der aktuellen Runde der Nachwuchsakademie Baden-Württemberg bearbeitet werden. Danken möchte ich aber auch allen, die ihre Projekte über Poster oder als Beitrag in einem Workshop vorstellen – ich hoffe, dass sich hier fruchtbare Diskussionen entwickeln. Und last but not least richtet sich mein Dank an diejenigen, die in der Koordinierungsstelle aktiv sind und bereits seit Monaten an der Planung der heutigen Veranstaltung arbeiten: Frau Dr. Sturm und Frau Nuoffer.

Ich wünsche uns allen einen guten Verlauf und Freude an der gemeinsamen Arbeit!

Und darf nun an Sie, liebe Frau Joos, übergeben.



Prof. Dr. med. Monika A. Rieger

Ärztliche Direktorin

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung

Leiterin Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

an der Medizinischen Fakultät Tübingen

Sehr geehrte Frau Ministerin Bauer,
Sehr geehrter, lieber Herr Zipfel,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Frau Rieger,



Prof. Dr. med. Stefanie Joos

zuerst, liebe Frau Rieger, möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich bei Ihnen zu bedanken. Dass wir heute hier den Tag der Versorgungsforschung gemeinsam ausrichten, ist nicht selbstverständlich. Es steht symbolisch dafür, dass wir gemeinsam die Versorgungsforschung hier in Tübingen weiter voranbringen möchten. Wir arbeiten bereits seit einigen Jahren im Rahmen der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung zusammen, was -wie ich finde- eine optimale Vorbereitung war, um jetzt gemeinsam unter der Flagge "Versorgungsforschung" zu segeln. Danke, liebe Frau Rieger, dass sie mich so herzlich und kollegial mit ins Tübinger Boot nehmen.

Für mich ist das nicht nur ein Ortswechsel von Heidelberg, wo ich 10 Jahre lang allgemeinmedizinische Versorgungsforschung gemacht habe, sondern auch eine Möglichkeit, neue Schwerpunkte zu setzen. Mit der Benennung des neu gegründeten Instituts in "Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung" ging es mir darum, neben der genuinen Allgemeinmedizin besonders die Schnittstellen mit anderen Versorgern und Professionen in den Fokus zu nehmen.

Denn diese sind aus meiner Sicht als Wissenschaftlerin, aber auch als Hausärztin (ich bin an zwei Tagen in der Woche in der Praxis tätig) für eine gute Patientenversorgung immens wichtig. Hausärzte sind die erste Anlaufstelle für über 90% der Patienten. Einen Teil davon managen wir selbst, bei einem weiteren Teil kommt es darauf an, dass Kooperationen möglichst gut funktionieren. Das fängt an bei der Zusammenarbeit innerhalb der Praxen mit den Medizinischen Fachangestellten, geht weiter über die Kooperation mit den fachspezialistischen Kollegen in Praxen und Kliniken und schließt natürlich auch die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsfachberufen ein.

Wenn wir uns den heutigen Schwerpunkt "Psychische Gesundheit" anschauen, dann wird die Herausforderung in puncto Interprofessionalität und Schnittstellen offensicht-

lich -nämlich die Herausforderung, Patienten mit psychischen Problemen die richtige Versorgung, den richtigen Versorger und damit auch die richtige Versorgungsebene zukommen zu lassen. So dass am Ende des Tages der individuelle Patient möglichst gut versorgt ist, aber auch allen anderen Patienten, die einen Bedarf haben, noch geholfen werden kann. Das bedeutet, dass das Ganze auch gesundheitsökonomisch vertretbar sein muss.

Und damit wären wir auch schon beim Thema des ersten Vortrages, der uns jetzt erwartet.

Wir freuen uns, dass wir mit Herrn Prof. Salize den Mannheimer Koordinator des Baden-Württemberger Versorgungsforschungs-Verbundes für den heutigen Tag gewinnen konnten. Er wird uns in seinem folgenden Vortrag gesundheitsökonomische Aspekte der Versorgung psychisch Kranker darstellen. Den Anschluss wird Herr Privatdozent Perleth vom Gem. Bundesausschuss machen. Wir freuen uns, dass er aus Berlin hergekommen ist. Er wird auf das wichtige Thema "Nutzenbewertungen von Innovationen" eingehen.



Prof. Dr. med. Stefanie Joos

Ärztliche Direktorin

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung

Leiterin Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

an der Medizinischen Fakultät Tübingen

IV. Vorträge

Gesundheitsökonomische Evaluation in der psychiatrischen Versorgung

Prof. Dr. Hans Joachim Salize

Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

*Gesundheitsökonomische
Evaluation
in der psychiatrischen Versorgung*

Hans Joachim Salize

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit 

Gesundheitsökonomischer Ansatz

*die Quantifizierung des Verhältnisses, des
Gleichgewichts oder Ungleichgewichts von*

Kosten und Nutzen

bzw.

„Preis“ und „Wert“ (Oscar Wildes Begriffe)

Maßnahmen der Gesundheitsversorgung

*Ökonomen kennen von allem
den Preis*

aber von nichts den Wert

(Oscar Wilde)

Aufgaben Gesundheitsökonomie

- Bezifferung der Kosten der Versorgung von Krankheitsbildern oder Patientengruppen (**direkte Kosten**)
- Bezifferung des volkswirtschaftlichen Schadens durch Erkrankungen (**indirekte und intangible Kosten**)
- Identifikation von effizienten Versorgungsstrategien (**Kostenwirksamkeit**)

Schlüsselfrage

sind Investitionen in neue Therapieformen assoziiert mit einem besseren Behandlungsergebnis oder mit „mehr“ Gesundheit?

Empirische Schritte

- *Quantifizierung der Kosten*
- *Quantifizierung Nutzens*
- *Bestimmung des Verhältnisses beider, statistische Absicherung*

Aufgaben Gesundheitsökonomie

empirische Evidenz und Entscheidungshilfen bereitstellen hinsichtlich

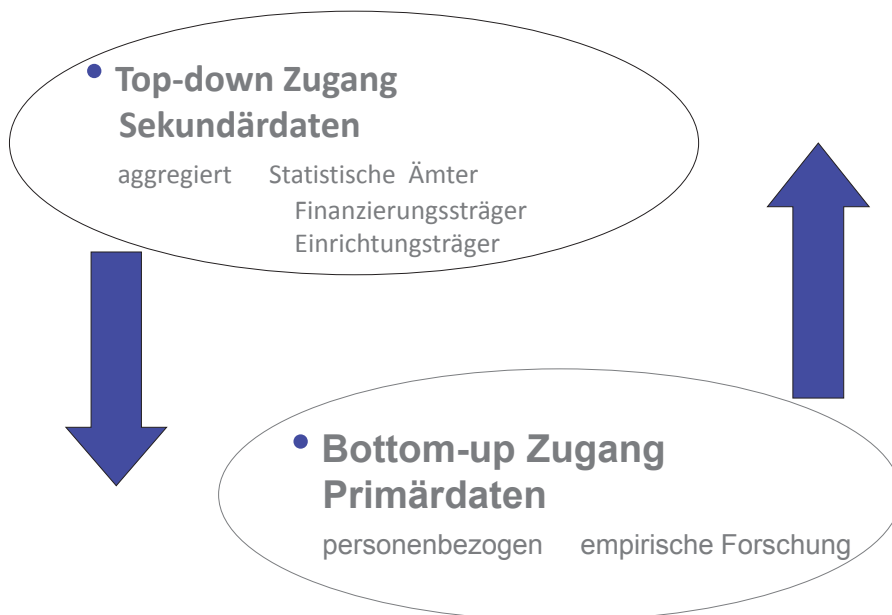
- *der Effizienz von Behandlungsmaßnahmen (des optimalen Verhältnisses von Aufwand und Ergebnis)*
- *der Wahl geeigneter Behandlungsmaßnahmen oder Versorgungsstrategien*
- *der sachgerechten Allokation von Gesundheitsbudgets*

Gesundheitsökonomische Analysearten

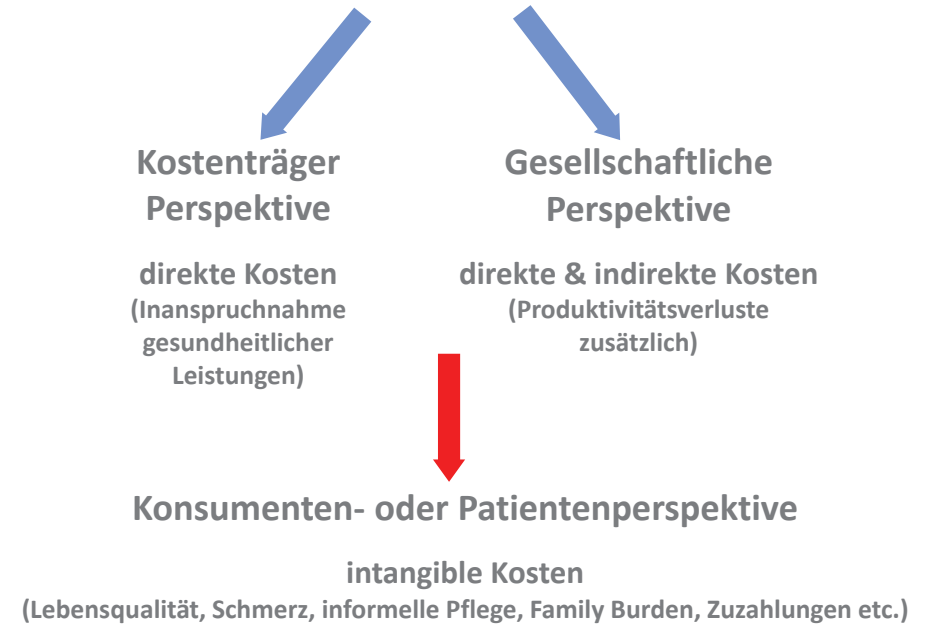
- **Kostenanalyse**
Kostenbestimmung in monetären Größen
- **Kosten-Nutzenanalyse**
Kosten monetär operationalisiert, Nutzen ebenfalls
- **Kosten-Vergleichs- bzw. -Minimierungsanalyse**
Kosten monetär operationalisiert, „Nutzen“ in gleichen Parametern operationalisiert
- **Kosten-Wirksamkeitsanalyse**
Kosten monetär operationalisiert, Wirksamkeit in klinischen Parametern
- **Kosten-Nutzwertanalyse**
Kosten monetär operationalisiert, Nutzwerte in Präferenzmaßen

Kostenerfassung

Datenquellen Versorgungskosten



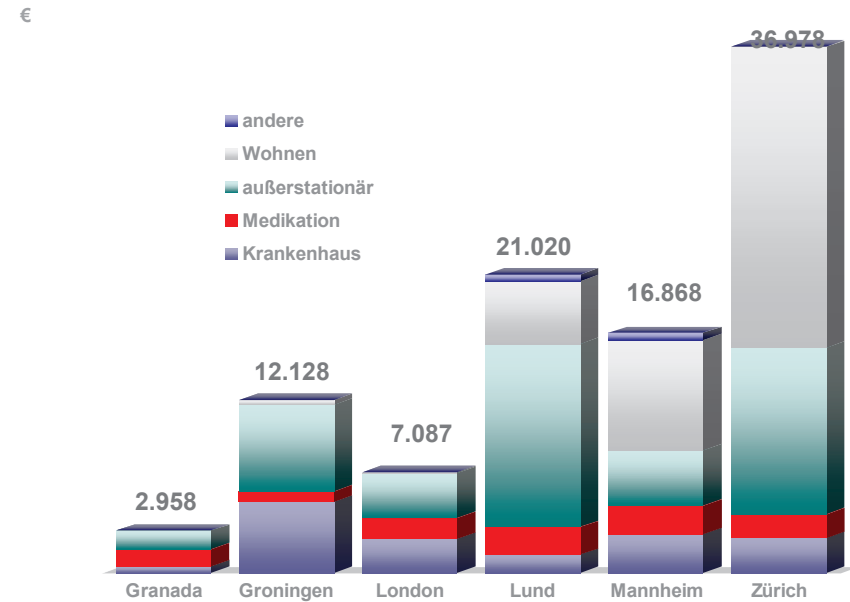
Problem der Perspektive



Datenquellen Versorgungskosten

- **Gesundheitsberichterstattung, administrative Daten der Versicherungsträger**
 - heterogenen Ereignisdaten (Diagnosen, Krankschreibungen, Berentungen), eingeschränkte Validität und Reliabilität, hoher Informationsverlust durch Aggregation, Doppelzählungen, mangelnde Vergleichbarkeit über Sektoren hinweg
- **Empirische Forschung**
 - unzureichendes Forschungsaufkommen, wenig Interdisziplinarität, kleine Stichproben, eingeschränkte Repräsentativität

Behandlungskosten Schizophrenie pro Kopf/Jahr



Datenquelle: Salize et al. 2009 Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. Schizophr Res. 111:70-779

Mannheimer Modul RV Inanspruchnahme medizinischer und ergänzender Dienste

a) Ausfülldatum: [] [] [] [] [] []
b) Patient ID: [] [] []

c) Zeitraum, auf den die Angaben sich beziehen (bitte berücksichtigen Sie nur die letzten drei vollständigen Monate):
Anfangsdatum: [] [] [] [] [] []
Enddatum: [] [] [] [] [] []

Bitte geben Sie an, welche medizinischen und ergänzenden / pflegerischen Dienste Sie in den vergangenen drei Monaten in Anspruch genommen haben. Bitte geben Sie eine Schätzung ab, wenn Sie die genaue Zahl der Besuche oder der Tage nicht mehr wissen.

Wurden Sie in den vergangenen 3 Monaten wegen körperlicher oder seelischer Beschwerden von einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt (auch: Psychiater) behandelt (einschließlich Hausbesuche)?
Wenn ja, geben Sie bitte die Anzahl der Kontakte (Praxis- und Hausbesuche) und die Fachrichtung der Ärzte an.

Haus- bzw. Allgemeinarzt (auch hausärztlicher Internist) NEIN JA [] [] [] Kontakte

Facharzt (z.B. Internist, Kardiologie, Gastroenterologie, Radiologie, Gynäkologie, Urologie, Zahnarzt, Augenarzt, Hautarzt, Psychiater/Neurologe, Psychotherapeut, plastischer Chirurg usw.; bei gegebenem Arztbesuch bitte Fachrichtung eintragen)

Facharzt1: _____ NEIN JA [] [] [] Kontakte
 Facharzt2: _____ NEIN JA [] [] [] Kontakte
 Facharzt3: _____ NEIN JA [] [] [] Kontakte
 Facharzt4: _____ NEIN JA [] [] [] Kontakte
 Facharzt5: _____ NEIN JA [] [] [] Kontakte

© Prof. Dr. H.J. Salize, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
Seite 1 von 4

Mannheimer Modul RV Inanspruchnahme medizinischer und ergänzender Dienste

Wurden Sie während der vergangenen 3 Monate wegen körperlicher oder seelischer Beschwerden ambulant in einem Krankenhaus behandelt?
Wenn ja, geben Sie bitte die Anzahl der Kontakte an.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus NEIN JA [] [] [] Kontakte
(z. B. Sprechstunde, Notfallversorgung, Operation, Vor- und Nachsorge bei Operationen)

Haben Sie in den vergangenen 3 Monaten eine der folgenden ergänzenden therapeutischen Heilbehandlungen in Anspruch genommen?
Wenn ja, geben Sie bitte die Anzahl der Kontakte (Praxis- und Hausbesuche) an.

Krankengymnastik, Physiotherapie, physikalische Therapie (z. B. Massagen, Heilbäder, Stromtherapie, Kältebehandlung) NEIN JA [] [] [] Kontakte

Bewegungstherapie, Yoga, Meditation NEIN JA [] [] [] Kontakte
(z. B. MBSR, gefördert durch die Krankenkasse)

Behandlung bei Heilpraktiker, Chiropraktiker, Osteopathen (z. B. Akupunktur) NEIN JA [] [] [] Kontakte

Logopädische Behandlung NEIN JA [] [] [] Kontakte

Ernährungsberatung NEIN JA [] [] [] Kontakte

Haben Sie in den vergangenen 3 Monaten eines der folgenden Angebote genutzt?
Wenn ja, geben Sie bitte die Anzahl der Kontakte (Praxis- und Hausbesuche) an.

Psycholog. Kontakt- und Beratungsstellen (z. B. Lebens-, Eheberatung) NEIN JA [] [] [] Kontakte

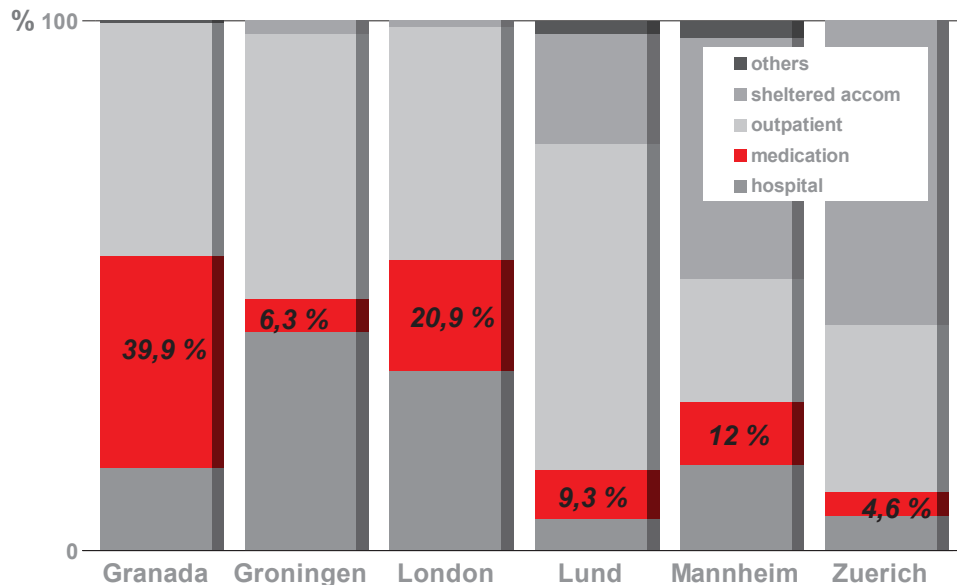
Krisentelefone (z. B. Telefonseelsorge (Kinder- und Jugendnotruf) NEIN JA [] [] [] Kontakte

Ambulanter Pflegedienst NEIN JA [] [] [] Kontakte

Nachbarschaftshilfe (Sozialstation) NEIN JA [] [] [] Kontakte

© Prof. Dr. H.J. Salize, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
Seite 2 von 4

Kostenanteil psychopharmakologische Medikation



Datenquelle: Salize et al. 2009 Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. Schizophr Res. 111:70-779

Kosten der Innovation

sind in der Regel unbekannt und müssen empirisch bestimmt werden

(Perspektive: was würde die therapeutische oder sonstige Maßnahme kosten, wenn sie in der Regelversorgung implementiert wäre und durch Kostenträger finanziert würde)

Kosteneffektivität

definiert als:
$$\frac{\text{Kosten}}{\text{Versorgungsergebnis}} \\ \text{(natürliche Einheiten)}$$

*Bestimmung des Outcomes,
Nutzens, Benefits*

Kosteneffektivität

Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) :

$$\frac{\Delta \text{Kosten}}{\Delta \text{Outcome}} = \frac{\text{Kosten}_{\text{Intervention}} - \text{Kosten}_{\text{Kontrollen}}}{\text{Outcome}_{\text{Intervention}} - \text{Outcome}_{\text{Kontrollen}}}$$

ICER gibt die mittleren zusätzlichen Kosten an, die für eine zusätzliche Einheit des gemessenen Effektes eingesetzt werden

Effektivitätsmessung

Durch welche Parameter lässt sich die Effektivität oder der Outcome der komplexen Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen adäquat abbilden o. quantifizieren ?

Rückfallrate ?
Bedarfsdeckung ?
Lebensqualität ?

Cluster-randomisierte Interventionsstudie zur Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis

klinische Leitung: **H. Brenner (DZfA Heidelberg)**
 gesundheitsökon. Leitung: **H.J. Salize (ZI Mannheim)**

82 Praxen in der Rhein-Neckar Region - 577 Patienten

4 Studienarme:

- Arm A: Kontrollarm „treatment as usual“
- Arm B: Schulung Arzt, Erfolgsprämie pro Nichtraucher (130 €)
- Arm C: Schulung Arzt, Kostenerstattung NRT Patient (130 €)
- Arm D: Kombination von B und C

Quelle: Salize et al. 2009 Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation. Arch Intern Med. 169:230-235

Gesundheitspolitisch hochaktueller Ansatz

Frage: Wo sind finanzielle Anreize zu setzen, um die besten Ergebnisse zu erzielen

- beim Arzt (Arm B)
- beim Patient (Arm C)
- bei beiden (Arm D)

Quelle: Salize et al. 2009 Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation. Arch Intern Med. 169:230-235

Klinische Ergebnisse

	n	Nichtraucher nach 12 Monaten	Nichtraucher nach 12 Monaten (min. 6 Monate Abstinenz)
Arm A "treatment as usual"	74	2,7 %	1,4 %
Arm B Schulung Arzt, Erfolgsprämie Arzt	144	3,5 %	1,4 %
Arm C Schulung Arzt, Erstattung Patient	140	12,1 %	9,3 %
Arm D Kombination von B und C	219	14,6 %	7,8 %

Quelle: Salize et al. 2009 Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation. Arch Intern Med. 169:230-235

Schlussfolgerungen aus der klinischen Studie

Hausarztpraxis ist offenbar ein effektives Setting für Raucherentwöhnungsmaßnahmen

Wirksam ist aber anscheinend der finanzielle Anreiz für den Patient, nicht der für den Arzt

Rechnet sich die Maßnahme ?

Gesundheitsökonomische Analyseschritte

A) Bezifferung der Kosten der Raucherentwöhnungsmaßnahmen

B) Berechnung der Kosteneffektivität der alternativen Strategien

C) Identifikation der kosteneffektivsten Maßnahme

Perspektive:

Implementierung in Routineversorgung, Krankenversicherung

Interventionskosten

Honorar: 130 € pro abstinentem Raucher nach 12 Monaten

Nichtraucher-
therapie reale Kosten, bestehend aus:
- Kostenerstattung Patient (bis max. 130 € pro)
- Eigenanteil Patient (darüber hinausgehende Kosten)

Schulungskosten: Referentenkosten 1000 € / n Studienpatienten
(angesetzt nur bei Patienten, deren Arzt an der Schulung teilgenommen hat)

Raucherberatung: 7,50 € pro Termin GOÄ (in Arm A nicht angesetzt)

Interventionskosten pro Studienarm

	<i>n</i>	<i>Gesamt- kosten</i>	<i>mittlere Kosten pro Patient</i>	<i>mittlere Kosten pro Nichtraucher</i>	<i>Nicht- raucher quote</i>
Arm A	74	0	0	0	2,7 %
Arm B	144	2.039 €	14,16 €	407,87	3,5 %
Arm C	140	5.474 €	39,10 €	322,00	12,1 %
Arm D	219	10.958 €	50,04 €	342,48	14,6 %

Welcher Wert ist entscheidend für die Finanzierungsträger ?

Kosteneffektivität

allgemein: **Kosten / Outcome**

Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) :

$$\frac{\Delta \text{ Kosten}}{\Delta \text{ Outcome}} = \frac{\text{Kosten}_{\text{Interventionsgruppe}} - \text{Kosten}_{\text{Kontrollgruppe}}}{\text{Outcome}_{\text{Interventionsgruppe}} - \text{Outcome}_{\text{Kontrollgruppe}}}$$

ICER gibt die mittleren zusätzlichen Kosten an, die für eine zusätzliche Einheit des gemessenen Effektes eingesetzt wird.

Outcome-Unterschiede (Nichtraucherquote)

- Arzt-Prämie vs. Arm A n.s (Fisher's exact Test)
- Pat-Kostenerstattung vs. Arm A **p=.0209** (Chi²-Test)
- Kombination vs. Arm A **p=.0057** (Chi²-Test)
- Pat-Kostenerstattung vs. Kombination n.s (Chi²-Test)

Quelle: Salize et al. 2009 Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation. Arch Intern Med. 169:230-235

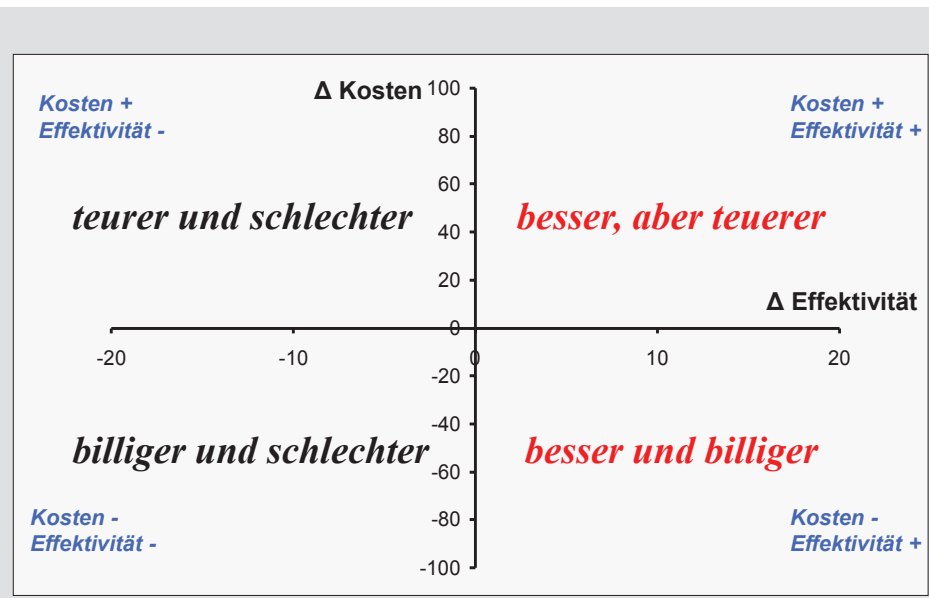
Incremental Cost-Effectiveness Ratio - ICER

$$\text{Kostenerstattung vs. Arm A} \quad \frac{39,10 - 0}{12,14 - 2,70} = \frac{39,10}{9,44} = 4,14 \text{ €}$$

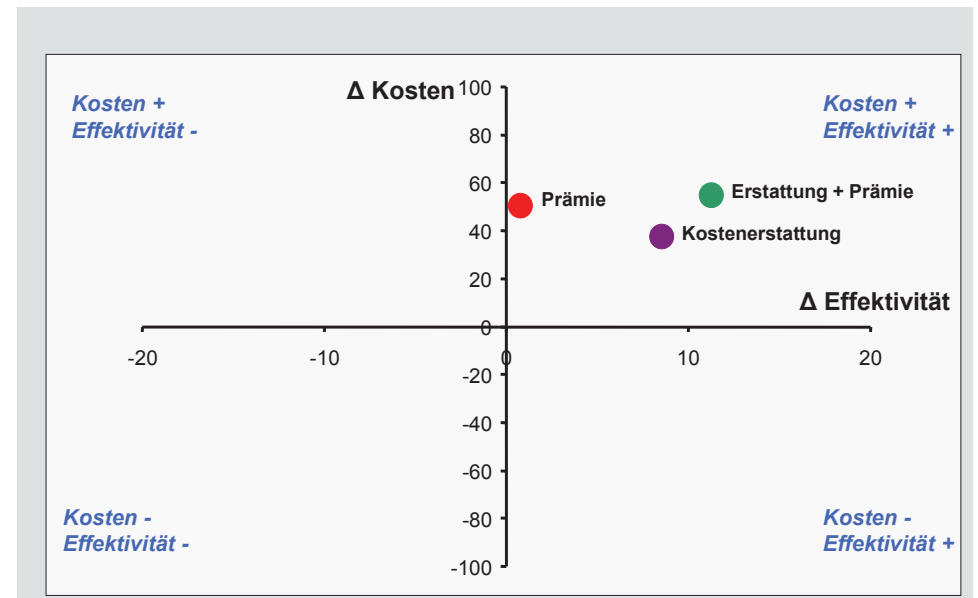
$$\text{Kombination vs. Arm A} \quad \frac{50,04 - 0}{14,61 - 2,70} = \frac{50,04}{11,9} = 4,21 \text{ €}$$

Quelle: Salize et al. 2009 Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation. Arch Intern Med. 169:230-235

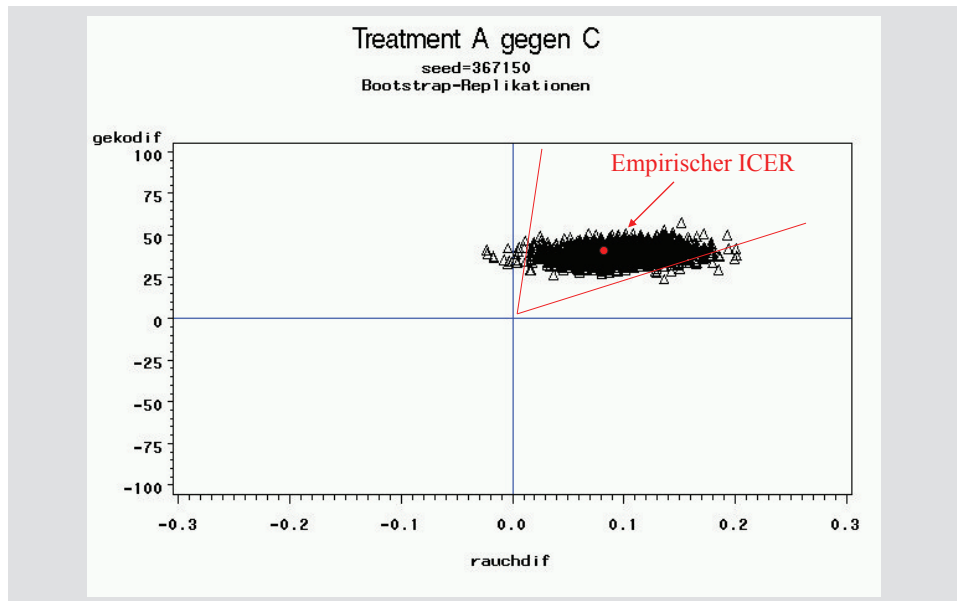
Kosteneffektivitätsquadrant



Kosteneffektivitätsquadrant

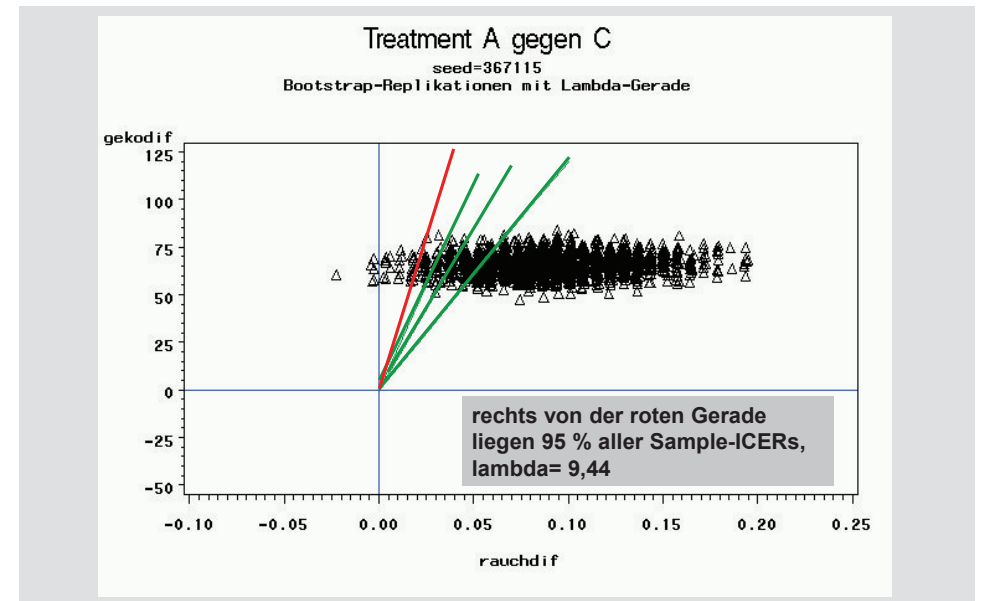


Bootstrapping: ICER-Punktwolke Kostenerstattung vs. Kontrolle (C vs. A)



Quelle: Salize et al. 2009 Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation. Arch Intern Med. 169:230-235

Bootstrapping: ICER-Punktwolke mit Zahlungsbereitschaft (lambda)



Quelle: Salize et al. 2009 Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation. Arch Intern Med. 169:230-235

Zahlungsbereitschaft (lambda)

Konzept der Zahlungsbereitschaft („willingness to pay“) als Entscheidungskriterium (λ) einführen

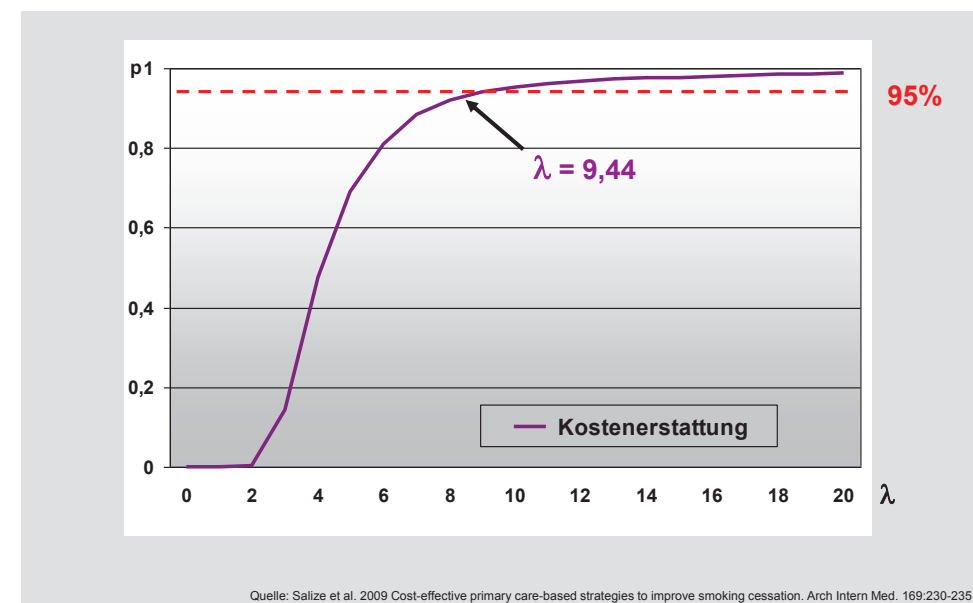
Zahlungsbereitschaft ist der Betrag, den die Gesellschaft maximal pro zusätzlichem Outcome (Nichtraucher) einzusetzen bereit ist.

Zahlungsbereitschaft kann empirisch ermittelt oder theoretisch festgelegt werden (Net Monetary Benefit)

$$NMB(\lambda) = \lambda \Delta \text{ Effektivität} - \Delta \text{ Kosten}$$

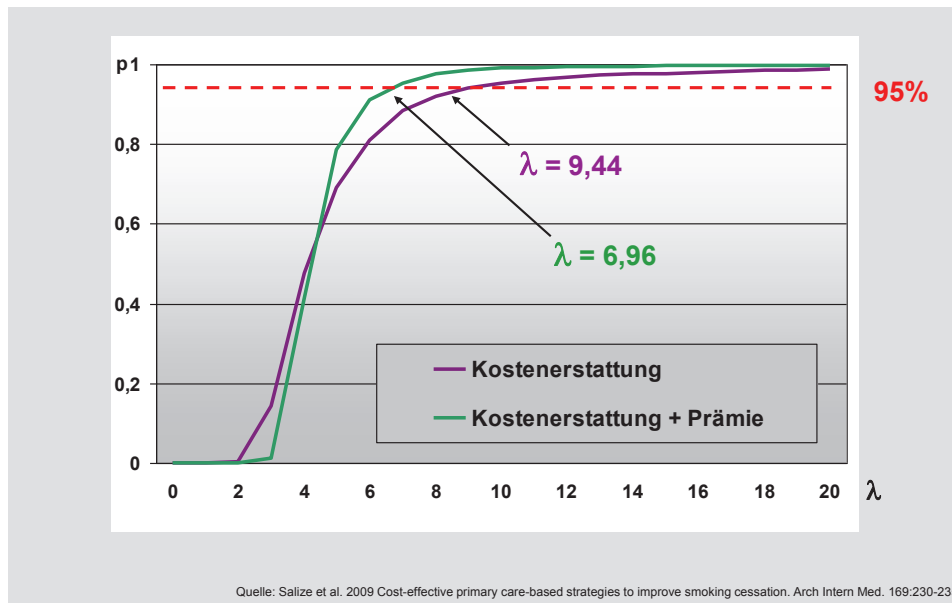
Dies lässt sich als Gerade durch Nullpunkt u. ICER-Punktwolke darstellen (mit der Steigung λ)

Zahlungsbereitschaftskurve („Net Monetary Benefit“)

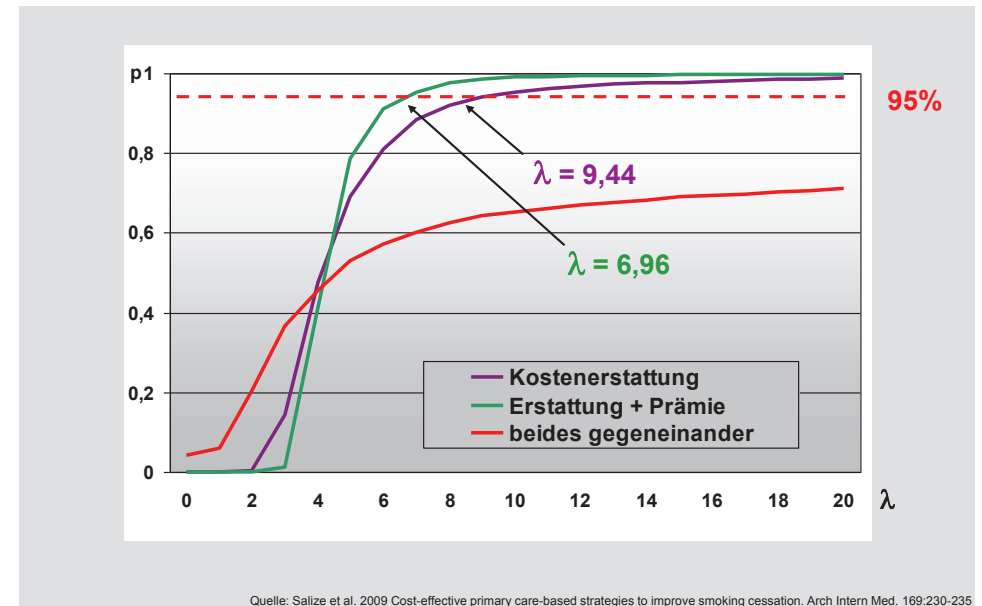


Quelle: Salize et al. 2009 Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation. Arch Intern Med. 169:230-235

Zahlungsbereitschaftskurve („Net Monetary Benefit“)



Zahlungsbereitschaftskurve („Net Monetary Benefit“)



Schlussfolgerungen

- Kostenerstattung von Nikotinersatzpräparaten und die Kombination der Erstattung mit einer Erfolgsprämie für den Arzt sind beides kosteneffektive Alternativen der Raucherentwöhnungsbehandlung in der Hausarztpraxis (im Hinblick auf die Zahl zu erzielender Nichtraucher).
- Beides sind gesundheitspolitisch zu empfehlende Optionen.
- Statistisch ist nicht zu entscheiden, ob ein Kostenerstattung von Nikotinersatzpräparaten oder Medikamenten zur Raucherentwöhnung kosteneffektiver ist, als eine Kostenerstattung plus einer zusätzlichen Erfolgsprämie für den Arzt.

Interventionskosten pro Studienarm

	<i>n</i>	Gesamt-kosten	mittlere Kosten pro Patient	mittlere Kosten pro Nichtraucher	Nicht-raucher quote
Arm A	74	0	0	0	2,7 %
Arm B	144	2.039 €	14,16 €	407,87	3,5 %
Arm C	140	5.474 €	39,10 €	92,12 € 322,00	12,1 %
Arm D	219	10.958 €	50,04 €	82,82 € 342,48	14,6 %

↑

Kosten pro Patient im Programm bei 95%-Absicherung der Kosteneffektivität

Lebensqualität

Die subjektive Bewertung der Lebensqualität seitens der Betroffenen erfolgt nach deutlich anderen Kriterien als die Bewertung des medizinisch-therapeutischen Behandlungsbedarfs und seiner Deckung seitens der psychiatrischen Versorgung

Konzept QALYs

Qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs)

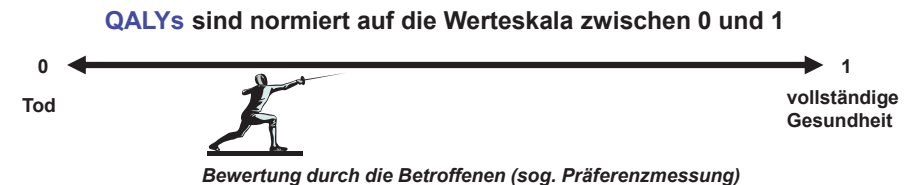
- sind Messwerte, die die Dimensionen **Lebenszeit** und **Lebensqualität** in einer einzigen Maßzahl repräsentieren
- sind ein subjektiv gewichtetes u. universelles Outcomemaß medizinischer Leistungen
- ersetzen die herkömmliche eindimensionale klinische Bewertung medizinischer Maßnahmen durch das mortalitätsbezogene Kriterium „Verlängerung der Lebensdauer“
- ermöglichen einen standardisierten fachübergreifenden Vergleich der Effektivität medizinischer Maßnahmen
- entsprechen durch die Berücksichtigung subjektiver Lebenswelten und Bewertungen den grundlegenden Paradigmen psychiatrischer Versorgung
- besitzen gesundheitspolitische Attraktivität, da sie die Mittelallokation scheinbar objektivieren

Berechnung QALY

$$QALY = L \times q$$

L= Bewertungszeitraum (z.B. Zahl der mit Krankheit verbrachten Jahre; zusätzliche, durch med. Maßnahmen gewonnene Lebenszeit usw.)

q= Lebensqualitätsindex d.h. der Nutzwert, der dieser Zeit beigemessen wird



Bsp: 6 Monate, die mit einer bestimmten, durch eine Krankheit verursachte oder durch eine Behandlung verbesserte Beeinträchtigung verbracht wurden, wird mit der Lebensqualität 0,6 bewertet. Dies entspricht 0,3 Qalys (0,5 Jahre x 0,6 LQ = 0,3), die durch die Krankheit verursacht oder die Behandlung generiert worden sind.

Problem Präferenzmessung

Klassische Verfahren (aus der Spieltheorie):

- **Standard Gamble Verfahren:** Proband soll zwischen einer garantierten Überlebenszeit mit unverändertem Krankheitszustand oder einer Behandlung mit vollständiger Heilsaussicht aber auch einem Sterberisiko entscheiden.
- **Time-Trade-Off Verfahren:** Entscheidung zwischen Leben mit Beeinträchtigung von definierter Dauer oder geringerer Lebenszeit bei vollständiger Gesundheit

Beide Verfahren sind abstrakt und komplex, deshalb haben sich in der Praxis sog. **Ratingskalen** durchgesetzt

Probleme der QALY-Messung und -Bewertung in der Praxis

Erfassung der Dauer des erreichten Nutzens:

- tatsächliche Mortalität wird meist nicht beobachtet, sondern aus Literatur u. Mortalitätsstatistiken übernommen
- zusätzliche medizinische Maßnahmen, die zur Restlebenszeit beitragen werden ausgeblendet
- kurze empirische Beobachtungszeiten werden auf Jahreswerte bzw. die gesamte Restlebenszeit projiziert

Nutzwertbestimmung:

- genuine Nutzwertenerfassung oft zu komplex, deshalb Anwendung einfacher krankheitsübergreifender generischer Verfahren (EQ-5D, SF-36, SF-12), die mit Bevölkerungspräferenzen gewichtet werden müssen
- Validität von Präferenzwerten aus Bevölkerungstichproben fraglich



Fazit QALY-Konzept bzw. Kosten-Nutzwert Analyse

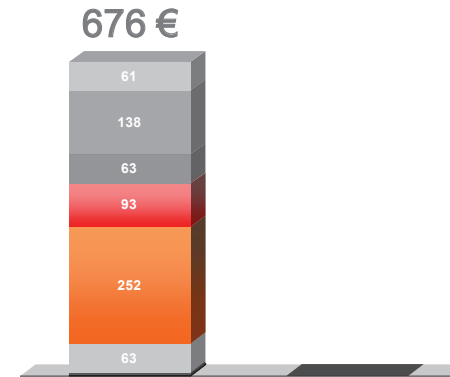
Die vielschichtigen Probleme der Nutzwertbestimmung werden verstärkt durch die Probleme der korrekten Erfassung von Kosten der jeweiligen Versorgungsmaßnahme

Ethische Probleme entstehen durch einen vermeintlich egalitären Wettbewerb aller Therapien und Disziplinen um knappe Mittel. Dies benachteiligt tendenziell kostenintensive Methoden, chronisch Kranke und Disziplinen, die jahrzehntelange Strukturdefizite aufholen müssen (psychiatrische Versorgung)

Wegen dieser methodischen Unsicherheiten ist das Konzept ein zu hinterfragendes Instrument der Mittelallokation im Gesundheitswesen

Finanzielle Belastung von Angehörigen Alkoholkranker

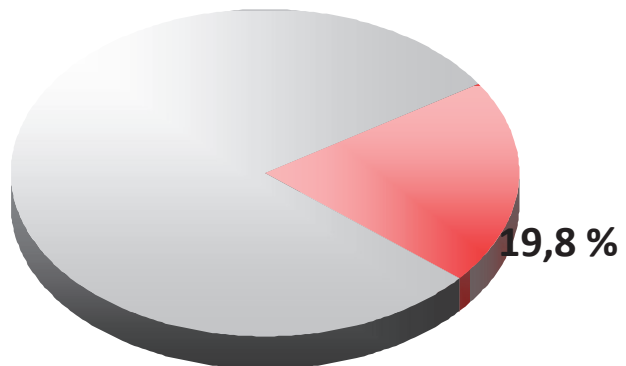
Beispiel: finanzielle Belastung von **Angehörigen** Alkoholkranker



unbehandelt

Quelle: Salize et al. Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. Addiction. 2013 Jan;108(1):62-70

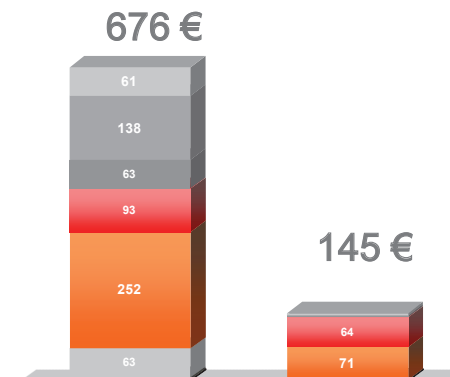
Finanzielle Belastung von Angehörigen Alkoholkranker



Anteil am familiären Bruttoeinkommen - vor Behandlung

Quelle: Salize et al. Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. Addiction. 2013 Jan;108(1):62-70

Finanzielle Belastung von Angehörigen Alkoholkranker



unbehandelt

12 Monate nach Behandlung

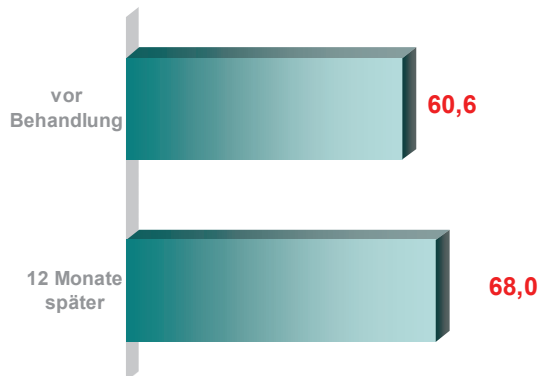
Quelle: Salize et al. Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. Addiction. 2013 Jan;108(1):62-70

Monatliche informelle Pflegeleistungen von Angehörigen Alkoholkranker

	vor Entzug	nach Entzug
Pflegeaufwand Zeit	32,3 h	8,2 h
Pflegeaufwand €	274 €	69 €

Quelle: Salize et al. Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. Addiction. 2013 Jan;108(1):62-70

Zuwachs an Lebensqualität bei Angehörigen (WHO-QoL)



Quelle: Salize et al. Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. Addiction. 2013 Jan;108(1):62-70

Produktivitätsverluste berufstätiger Angehöriger

vor (t0) und 12 Monate nach (t1) Entzugsbehandlung des Suchterkrankten

wegen Alkoholabhängigkeit des Familienmitglieds in 3 Monaten	vor Entzug	nach Entzug
eingeschränkte Arbeitsleistung	50,0 %	0
Krankschreibung Arbeit früher verlassen	16,7 %	3,3 %
	26,7 %	0
Krankschreibungstage (Mittelwert)	1,2	0,2
Arbeit früher verlassen (Mittelwert)	1,3	0

Qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs)

QALY - Zuwachs	0.108
<i>physische Gesundheit</i>	0.201
<i>psychische Gesundheit</i>	0.054
<i>Sozialbeziehungen</i>	0.148
<i>Umgebung</i>	0.063

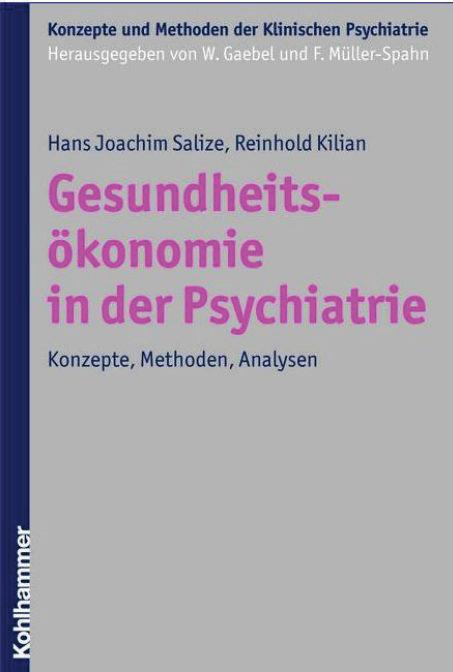
Kosten per QALY

Fallkosten: stationärer Entzug € 3.766,18
 ambulanter Entzug € 723,64

multiplizieren mit QALYs

<i>Kosten per QALY total</i>	20.398 €
<i>Kosten per QALY stationäre Behandlung</i>	37.661 €
<i>Kosten per QALY ambulante Behandlung</i>	5.470 €

Quelle: Salize et al. Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. *Addiction*. 2013 Jan;108(1):62-70



Nutzenbewertung von Innovationen

PD. Dr. med. Matthias Perleth, MPH

Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin

Nutzenbewertung von Innovationen

PD Dr. med. Matthias Perleth, MPH
Gemeinsamer Bundesausschuss

3. Tag der Versorgungsforschung
Tübingen, 28.9.2015



VF-Themenspektrum an der Medizinischen Fakultät Tübingen

zu Beginn unserer Arbeit wurde eine Abfrage an den Kliniken und Instituten des Universitätsklinikums Tübingen durchgeführt, um festzuhalten, zu welchen Themenkomplexen der Versorgungsforschung bereits Forschungsprojekte durchgeführt wurden. Folgendes Themenspektrum konnte dabei ermittelt werden (Stand: Sommer 2010):

- **Aktivität:** Prävention durch Sport
- **Versorgungsungleichheit:** Zugang zur Versorgung, Inanspruchnahme, Migrationshintergrund, Gender-Aspekte, Demographischer Wandel
- **Qualitätsmanagement:** Mukoviszidose, Gewalt und Zwang in der Psychiatrie, Zentrenversorgung, Qualitätsberichte
- **Neue Versorgungsformen:** Ausbildungsforschung, Hausärzte, sektoren-übergreifende Versorgung, Gesundheitsversorgung im Betrieb, Notfallambulanz
- **Primärprävention:** Frauengesundheit, Diabetes, individualisierte Behandlung
- **Sekundärprävention:** Augenheilkunde, Depression im Alter, Männergesundheit
- **Suchtmedizin, Psychische Erkrankungen:** Drogenabhängigkeit, Alkohol, Rauchen, Essstörungen, Gerontopsychiatrie
- **Lebensqualitätsforschung:** Frauengesundheit, Sportmedizinisches Training, Mundhöhlenkarzinom, Mastozystose, Unfallchirurgie

Quelle: https://www.medin.uni-tuebingen.de/Forschung/Forschungsinfrastruktur/Core+Facilities+des+Interdisziplin%C3%A4ren+Zentrums+f%C3%BCr+Klinische+Forschung+%28IZKF%29/Koordinierungsstelle+Versorgungsforschung+_Core+Facility+Versorgungsforschung+_html



Gliederung

- zur Einführung: der G-BA
- Nutzenbewertung von Innovationen im G-BA
 - Arzneimittel
 - Methodenbewertung
 - Erprobungsregelung
 - vorläufige Nutzenbewertung von Hochrisikoprodukten im Rahmen innovativer Methoden
- Einordnung in den Kontext der Versorgungsforschung



Die höchste Evidenz bei der Überprüfung von Methoden liefern randomisierte, kontrollierte Studien.

Künftig sollen auch die stationären und Sektoren übergreifenden Leistungen überprüft werden.

Dem Ausschuss wird vielfach die Rolle eines „neuen Machtzentrums“ zugeschrieben.

Karl Jung
Christian Gawlik
Bernhard Gibis
Rüdiger Pötsch
Paul Rheinberger
Norbert Schmacke
Günther Schneider*

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Ansprüche der Versicherten präzisieren

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist ins Rampenlicht gerückt. Teils heftig kritisiert, will das Gremium Klarheit über seine Aufgaben und Arbeitsweisen schaffen.

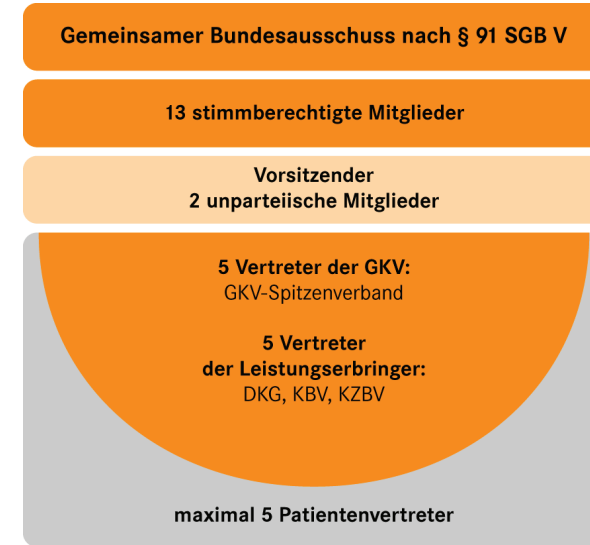
Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 7, 18. Februar 2000



Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

- ...ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Krankenkassen – und Patienten
- ...konkretisiert in Form von Richtlinien verbindlich den Leistungskatalog der GKV für die etwa 70 Millionen Versicherten
- ...steht unter der Rechtsaufsicht des BMG, ist aber keine nachgeordnete Behörde
- Gesetzliche Grundlage: Sozialgesetzbuch V

Struktur: Mitglieder

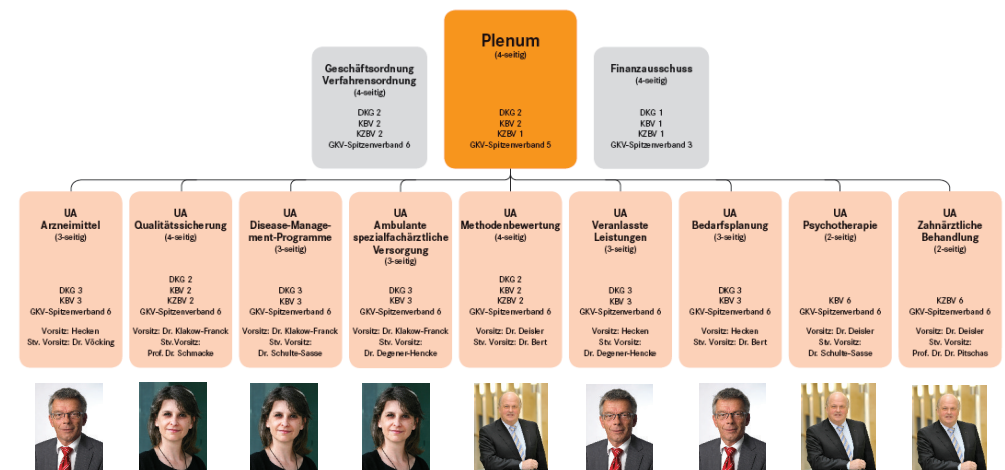


Zuständigkeiten des G-BA

- Arzneimittel / frühe Nutzenbewertung
- Qualitätssicherung
- nicht-medikamentöse Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Prävention, Impfungen
- Psychotherapie
- veranlasste Leistungen
- Zahnmedizin
- sektorenübergreifende Versorgung, Disease Management-Programme, ASV
- Bedarfsplanung



Struktur: Gremien und Unterausschüsse



aktuelle Entwicklungen

- Innovationsfonds / Versorgungsforschung
- vorläufige Nutzenbewertung Hochrisikomedizinprodukte gemäß §137h SGB V
- Ausbau der Qualitätssicherung / IQTiG
- Krankenhausreform („P4P“ u.a.)
- zunehmende Ungeduld in der Politik: mehr und engere Fristen, Berichterstattung
 - siehe aktuell GKV-VSG

9

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



Gliederung

- zur Einführung: der G-BA
- Nutzenbewertung von Innovationen im G-BA
 - Arzneimittel
 - Methodenbewertung
 - Erprobungsregelung
 - vorläufige Nutzenbewertung von Hochrisikoprodukten im Rahmen innovativer Methoden
- Einordnung in den Kontext der Versorgungsforschung

10

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



Grundsätzliche Aspekte der Nutzenbewertung

- Nutzen / Zusatznutzen
- Arzneimittel
- nicht-medikamentöse Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
 - Methodenbegriff
 - Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt
 - Erprobungsregelung, vorläufige Nutzenbewertung nach §137h

11

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



Nutzenbegriff

- „Nutzen“ ist eine mehr als geringfügige (vgl. §35c SGB V; MCID) patientenrelevante positive Wirkung (= Kausalitätsanspruch) einer medizinischen Maßnahme unter Abwägung des Risikos
 - Als patientenrelevant wird ein Effekt bezeichnet, wenn er sich auf den Krankheitsverlauf inklusive Mortalität, Symptomatik, Verringerung von Nebenwirkungen sowie die Lebensqualität bezieht und für Patienten wichtig ist
 - Relevanz für Patienten nicht unbedingt identisch mit Relevanz aus klinischer oder Systemsicht!
 - Surrogatendpunkte: nur wenn sie validiert sind

12

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



- „Zusatznutzen“ (vgl. §35b Abs. 1 Satz 3 SGB V) ist das Ergebnis eines positiven Nutzenvergleichs mit dem bisherigen (etablierten) Standard
 - in der Regel RCT erforderlich
- Lebensqualität ist eine Nutzendimension, bei der die Bewertung durch die Patienten im Vordergrund steht
 - primäres Bewertungskriterium nur, wenn sonst keine Unterschiede zwischen Alternativen nachweisbar sind oder klinisch-objektivierbare Kriterien fehlen und valide erhoben wurde

Zulassung vs. Nutzenbewertung

Komparator:

wird vom pharmazeutischen Unternehmer vorgeschlagen und mit der Zulassungsbehörde diskutiert und festgelegt

Endpunkte:

Wirksamkeits- und Sicherheitsendpunkte

Bewertung:

Abwägung Nutzen <> Risiko, keine "Quantifizierung" der Wirksamkeit

Komparator:

ist die Zweckmäßige Vergleichstherapie und wird nach den Kriterien der VerFO des G-BA bestimmt; Vergleich mit dem aktuellen Therapiestandard

Endpunkte:

Patientenrelevante Endpunkte, Sicherheit

Bewertung:

Quantifizierung des Zusatznutzens (Ausmaß und Wahrscheinlichkeit)

Arzneimittel

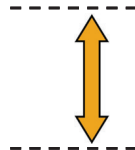
- Aufgaben des G-BA im Bereich Arzneimittel
 - Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen
 - Festbetragsgruppen
 - Therapiehinweise
 - Kosten-Nutzen-Bewertung
 - Lifestyle-Präparate
 - OTC-Übersicht
 - Bilanzierte Diäten (Enterale Ernährung)
 - Medizinprodukte-Liste
 - Aut-Idem
 - Off-Label-Use
 - Klinische Studien Off-Label
 - Schutzimpfungs-Richtlinie

Zusatznutzenkategorien bei Arzneimitteln

§ 2 Abs. 4 AM-NutzenV

Der Zusatznutzen eines Arzneimittels ist ein Nutzen, der quantitativ oder qualitativ höher ist als der Nutzen, den die zweckmäßige Vergleichstherapie aufweist.

Kategorien für das Ausmaß des Zusatznutzens:

- 1) erheblich
 - 2) beträchtlich
 - 3) gering
 - 4) kein Zusatznutzen
 - 5) Nutzen ist geringer
 - 6) nicht quantifizierbar
- 

Ausmaß des Zusatznutzens

- **„erheblich“**
Heilung, erhebliche Verlängerung der Überlebensdauer, langfristige Freiheit von schwerwiegenden Symptomen oder weitgehende Vermeidung schwerwiegender Nebenwirkungen
- **„beträchtlich“**
Abschwächung schwerwiegender Symptome, moderate Verlängerung der Lebensdauer, spürbare Linderung der Erkrankung, relevante Vermeidung schwerwiegender Nebenwirkungen
- **„gering“**
Verringerung von nicht schwerwiegenden Symptomen der Erkrankung oder relevante Vermeidung von Nebenwirkungen

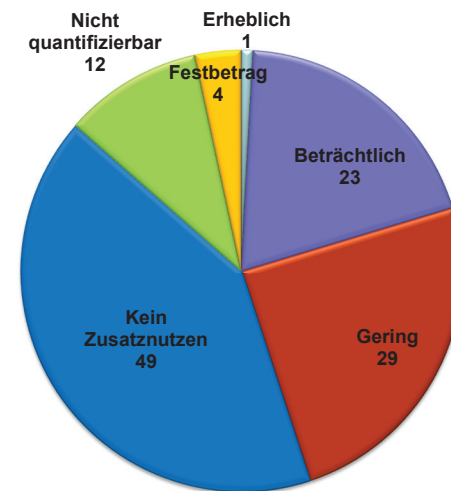
17

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



Höchste Zusatznutzenkategorie je Verfahren

(Stand 16.04.2015, insgesamt 118 Bewertungen)



18

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



Methodenbegriff

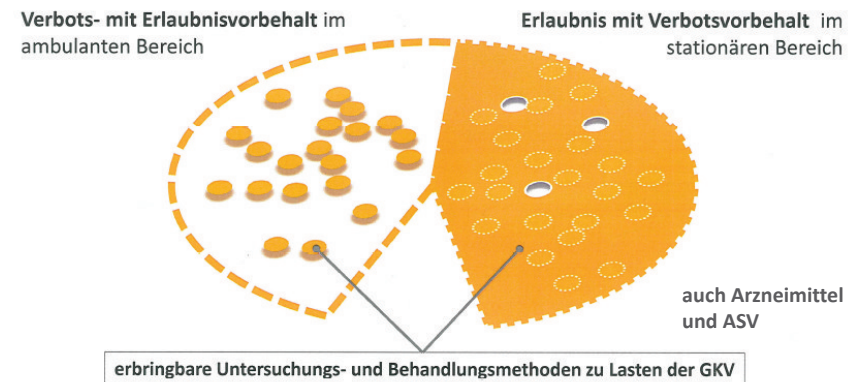
- ‚Methode‘ und ‚Medizinprodukt‘ bzw. ‚Hilfsmittel‘ nicht identisch
 - dient nicht dem Behinderungsausgleich
 - ärztliches Behandlungskonzept erforderlich
- BSG zur Behandlungsmethode
 - „...bezeichnet das therapeutische Vorgehen als Ganzes unter Einschluß aller nach dem jeweiligen methodischen Ansatz zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlichen Einzelschritte.“ (...) „Mit dem Begriff der Methode kann deshalb nicht die einzelne Maßnahme oder Verrichtung gemeint sein...“ (AZ. B1 KR 11/98 R vom 28.3.2000)
 - „Ärztliche ‚Behandlungsmethoden‘ (...) sind nämlich medizinische Vorgehensweisen, denen ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll.“ (B 1 KR 44/12 R vom 7.5.2013)

19

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



Wichtig zu wissen: Erlaubnis- vs. Verbotsvorbehalt



36

20

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



Wie kommen innovative Methoden in die GKV?

- ambulant:
 - Methodenbewertung nach **Antragstellung im G-BA**
 - Erprobungsregelung (§137e SGB V)
 - ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach §116b SGB V
 - gesonderte Verträge von Krankenkassen mit Leistungserbringern
 - über die PKV und als Selbstzahlerleistungen (IGeL)
- stationär:
 - DRG-System, Zusatzentgelt
 - ab 2016: vorläufige G-BA-Bewertung bei neuem wissenschaftlich-theoretischem Konzept (§137h SGB V)

21

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



Operationalisierung des Potentialbegriffs

Studienphase	Erkenntnis	erlaubt Aussage zu
I. Labor- und Tierversuche, Prototypen usw.	Idee → Entwicklung	
IIa. <i>first in man</i> , kleine Patientengruppe (ca. 15-30), ohne Kontrollgruppe (Fallserie)	Sicherheit, Dosis, Funktion der Prozedur	„ <u>aussagekräftige Unterlagen (...)</u> aus denen hervorgeht, dass die Methode <u>hinreichendes Potenzial für eine Erprobung bietet</u> “
IIb. größere Anzahl von Patienten (ca. 30-300), mit oder ohne Kontrollgruppe, inkl. RCTs	Wirksamkeit, Nebenwirkungen, Anforderungen an Qualität, Machbarkeit, Akzeptanz, Vorbereitung für Nutzenstudie	
III. RCT, ausreichend große Patientengruppe (bis zu mehrere 1000), Vergleich mit Standardintervention	Nutzen, ggf. Nichtunterlegenheit, Nebenwirkungen	„ <u>Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative</u> “
IV. Surveillance-Studien	Langzeiteffekte, Nebenwirkungen	

23

Erprobungsregelung nach §137e SGB V

- Medizinprodukthersteller oder andere kommerziell interessierte Unternehmen können Antrag stellen
 - Medizinprodukte müssen wesentlicher Bestandteil der Methode sein
- Annahme des Antrags wenn Potential für Erprobung besteht
- Entscheidungskriterien (§20 Abs. 1 & 2 Verfo)
 - Entscheidung zum Potenzial innerhalb von 3 Monaten
 - Evidenz ist ausreichend, um ein Potenzial für einen zusätzlichen Nutzen anzuerkennen
 - die neue Methode wäre im Rahmen der GKV vom Leistungsanspruch umfasst
 - Bereitschaft zur Kostenübernahme durch Antragsteller

22

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



„Typische“ Ergebnisse der Nutzenbewertung

	gesetzliche Kriterien erfüllt (ambulant / stationär)	(noch) keine ausreichende Evidenz, aber laufende Studien (Aussetzung)	kein Nutznachweis <u>und</u> kein Potential	Potential vorhanden, ggf. Erprobung
ambulant	- Kapselendoskopie bei Blutung im Dünndarm - PET beim kleinzelligen Lungenkarzinom - Lp(a)-Apherese	- Akupunktur bei Kopf-, Rücken- und Kniebeschmerzen - Vakuumversiegelungstherapie - Brachytherapie beim lokalisierten Prostatakarzinom	- Screening auf Kindesmisshandlung - Glaukom-screening	- HBO bei Hörsturz - Fenofibrat bei Asthma - Korneastimulation - Präntest
stationär	- Stammzelltransplantation mit nicht-verwandtem Spender bei Hodgkin-Lymphom	- Protonentherapie beim Prostata-Ca. - ACI am Kniegelenk	- Thuliumlaserablation bei BPS - antikörperbeschichtete Stents	- PET beim malignem Lymphom

37

24

PD Dr. med. M. Perleth, MPH



- neue Regelung ab 2016:
 - vorläufige Nutzenbewertung von Methoden mit Hochrisikomedizinprodukten, die ein „neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept“ aufweisen
 - ausgelöst durch InEK-Antrag für neue DRG
 - enge Fristen vorgesehen
 - Rechtsverordnung definiert Begriffe bis Ende 2015

Gliederung

- zur Einführung: der G-BA
- Nutzenbewertung von Innovationen im G-BA
 - Arzneimittel
 - Methodenbewertung
 - Erprobungsregelung
 - vorläufige Nutzenbewertung von Hochrisikoprodukten im Rahmen innovativer Methoden
 - Einordnung in den Kontext der Versorgungsforschung

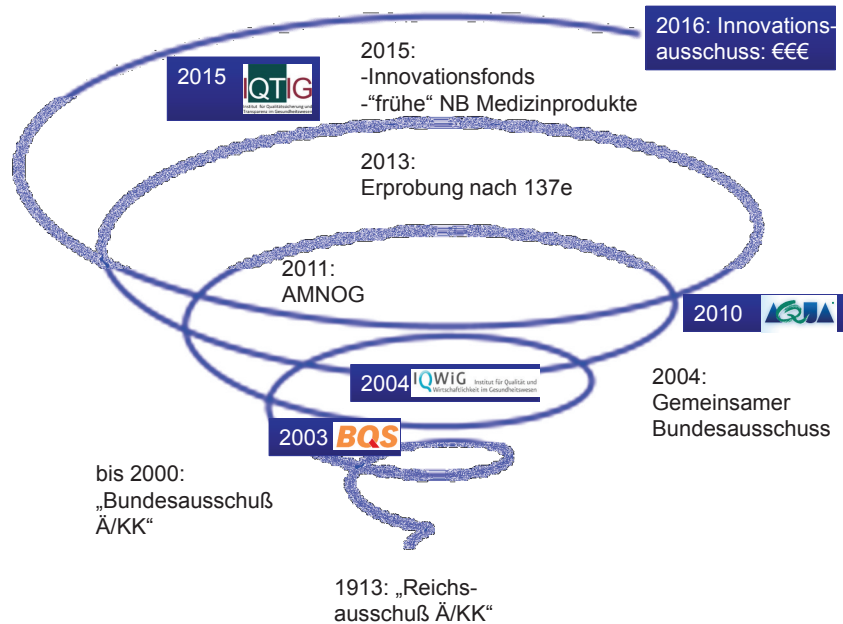
mögliche Konsequenzen für die Nutzenbewertung ab 2016 (137h)

- enge Fristen = Kompromisse beim Studiendesign?
- häufiger präferenzbasierte Studiendesigns?
 - z.B. bei Vergleich mit weniger / mehr invasivem Standard (multimodale Therapieoptionen)
- Umgang mit diagnostischen Fragestellungen (z.B. Biomarker)
 - direkte vs. indirekte („linked“) Evidenz
 - diagnostische Performance bei Substitutionstests ev. ausreichend
 - RCT-Varianten: Interaktions-, Anreicherungs- und Strategiedesigns u.a.

Wann wird welche Evidenz benötigt?

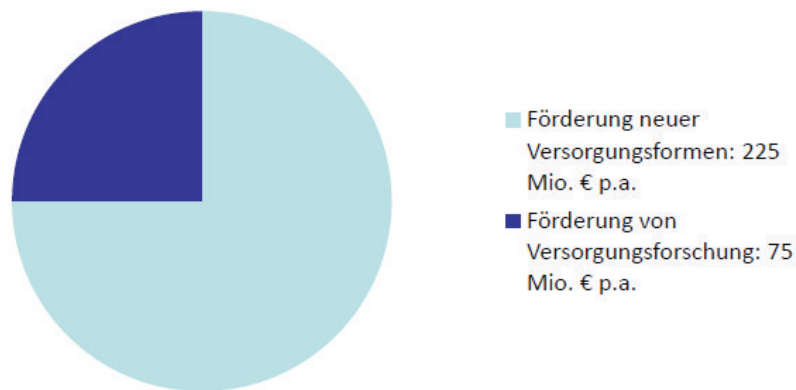
Arzneimittel	RCTs, sonstige klinische Studien, Statistiken, epidemiologische Daten
Qualitätssicherung	Abrechnungsdaten, im Routinebetrieb erhobene Daten
nicht-medikamentöse Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	RCTs, sonstige klinische Studien, eventuell Registerdaten
Prävention, Impfungen	RCTs, sonstige klinische Studien, eventuell Modellierungen, epidemiologische Daten
Psychotherapie, Zahnmedizin	RCTs, sonstige klinische Studien
veranlasste Leistungen	RCTs, sonstige klinische Studien, Surveys, epidemiologische Studien
sektorenübergreifende Versorgung, Disease Management-Programme	RCTs, sonstige klinische Studien
Bedarfsplanung	Statistiken, versorgungsepidemiologische Daten
Evaluationsprojekte	Surveys, Statistiken, Sekundärdaten, epidemiologische Daten, Krebsregister

G-BA: wohin geht die Reise?



29

2016 bis 2019: 300 Mio. € p.a.
Verwendung



Ausblick Innovationsfonds

- „Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Volumen von 300 Mio. Euro jährlich - zunächst in den Jahren 2016 bis 2019 - eingerichtet.“

(Quelle: BMG-Homepage)

30

PD Dr. med. M. Perleth, MPH

A) Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen

Berücksichtigt werden sollen Vorhaben, die

- über bisherige Regelversorgung hinausgehen
- insbesondere eine bessere sektorenübergreifende Versorgung zum Ziel haben
- hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden
- wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden

A) Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen

Förderkriterien sind insbesondere:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und der Versorgungseffizienz
2. Behebung von Versorgungsdefiziten
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen
4. Interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen und Indikationen
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen
7. Evaluierbarkeit (Evaluationskonzept als Teil des Förderantrags)

B) Förderung der Versorgungsforschung

Versorgungsforschung =

die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung des Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen

B) Förderung der Versorgungsforschung

- Ausgerichtet auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der GKV
- Kriterien insbes.: praktische Relevanz; mögliche Übernahme der Erkenntnisse in Richtlinien und Gesetze
- Auch für wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluation) von Verträgen nach §§ 73c und 140a SGB V, die vor Inkrafttreten des Gesetzes geschlossen wurden
- Auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des G-BA

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

matthias.perleth@g-ba.de

V. Workshop 1

Planung und Evaluation komplexer Interventionen

Moderation: Prof Dr. med. Monika A. Rieger

Einführung: Das Konzept der komplexen Interventionen

Prof Dr. med. Monika A. Rieger

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und
Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen



Workshop 1: Planung und Evaluation komplexer Interventionen – u.a. im Bereich psychische Gesundheit

3. Tag der Versorgungsforschung an der MFT, 2015

Prof. Dr. Monika A. Rieger



Das Konzept der komplexen Interventionen

Workshop 1: Planung und Evaluation komplexer Interventionen,
u. a. im Bereich psychischer Gesundheit

3. Tag der Versorgungsforschung an der MFT, 2015

Prof. Dr. Monika A. Rieger



Einführung: das Konzept der komplexen Interventionen

Prof. Dr. Monika A. Rieger,

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen

Wie kann die theoretische Fundierung einer Intervention gelingen,
die es in der Praxis schon gibt? –

Analyse der „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“

Christine Preiser, M.A.

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen

Die Okklusionstherapie – Eine Odyssee für Kinder, Eltern und Erzieher.
Erkenntnisgewinn durch qualitative Datenerhebung.

Dr. Charlotte Schramm

Universitäts-Augenklinik Tübingen

Der Stellenwert von Machbarkeitsstudien am Beispiel von "Ihr Blutdruck-Check" –
ein Zweistufenkonzept im betriebsärztlichen Setting eines Großkonzerns

Dr. Martina Michaelis

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen & FFAS, Freiburg

Von der Tagesklinik zurück an die Schule:
Erfolgreiche Schulrückführung im Fokus

Prof. Dr. med. Tobias Renner

Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum Tübingen

2 | Rieger | Komplexe Interventionen | 3. Tag der Versorgungsforschung, Tübingen 28.9.2015.

© 2015 Universität Tübingen



Was macht eine Intervention „komplex“?

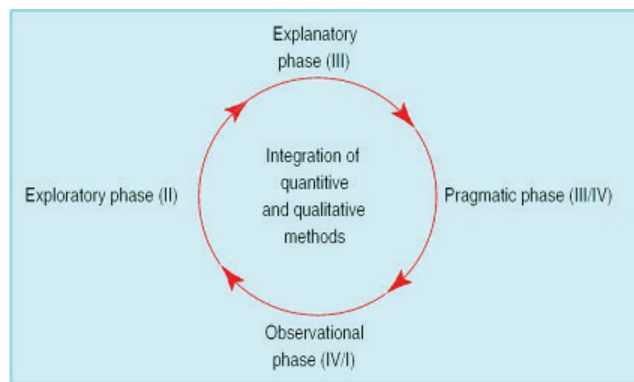
- Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Komponenten der Intervention
- Anforderungen an das Verhalten derer, die die Intervention erhalten und derer, die die Intervention durchführen
- Anzahl der Gruppen oder der organisatorischen Ebenen, auf die die Intervention ausgerichtet ist
- Anzahl und Unterschiedlichkeit der Ergebnisse/Outcomes der Intervention
- Grad der Anpassungsmöglichkeit und Flexibilität der Intervention

Craig et al., Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance, BMJ, 2008

4 | Rieger | Komplexe Interventionen | 3. Tag der Versorgungsforschung, Tübingen 28.9.2015.

© 2015 Universität Tübingen

Welche Intervention ist wirksam?



Campbell et al., BMJ. 2000 Sep 16;321(7262):694-6

Übertragbarkeit aus experimentellen bzw. klinischen Studien?

2 zentrale Begriffe:

Efficacy: Wirksamkeit im kontrollierten klinischen Versuch
(absolute Wirksamkeit)

Effectiveness: Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen
(relative Wirksamkeit)

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

Übertragbarkeit aus experimentellen bzw. klinischen Studien?

Efficacy: Wirksamkeit im kontrollierten klinischen Versuch
(absolute Wirksamkeit)



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).

Übertragbarkeit aus experimentellen bzw. klinischen Studien?

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)

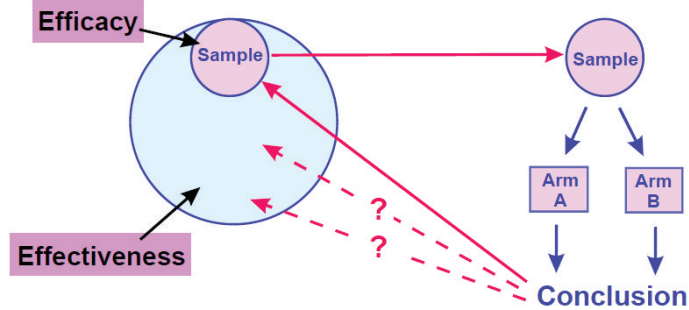
Effectiveness Gap / Performance Gap

Effectiveness: Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen
(relative Wirksamkeit)

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

Übertragbarkeit aus experimentellen bzw. klinischen Studien?

Effectiveness Gap



Quelle: Schrappe, M. 2007

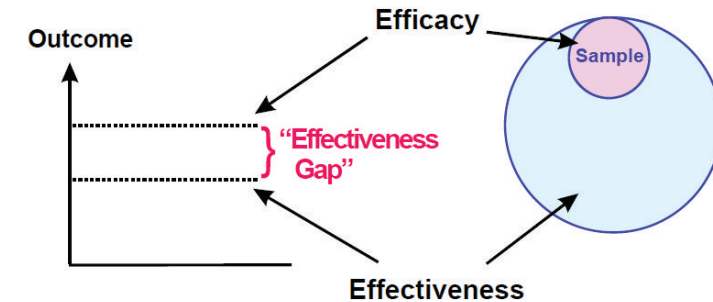
Einflussfaktoren auf „effectiveness“ in Patientenversorgung

Patienten-bezogene Faktoren, z.B.	Alter Geschlecht Ethnischer Hintergrund Präferenzen Komorbiditäten
im Gesundheitswesen Tätige, z.B.	Einstellungen Skills, Kenntnisse, Lernbereitschaft Arbeitsbedingungen
Institutionen & Organisationen, z.B. der Gesundheitsversorgung	Flexibilität Innovationsnähe Integrationsleistung
Gesundheitssystem, z.B.	Finanzierung Sektorenbildung

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

Übertragbarkeit aus experimentellen bzw. klinischen Studien?

Effectiveness Gap



Quelle: Schrappe, M. 2007

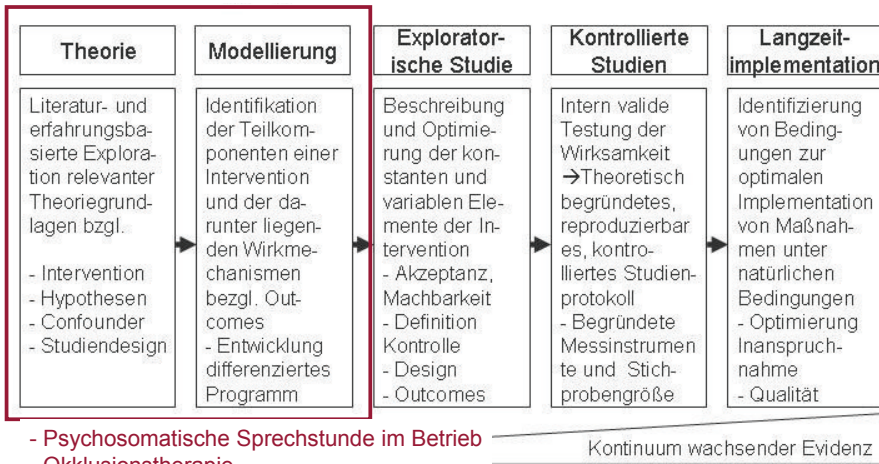
Einflussfaktoren auf „effectiveness“ in Patientenversorgung

Patienten-bezogene Faktoren, z.B.	Alter Geschlecht Ethnischer Hintergrund Präferenzen Komorbiditäten
im Gesundheitswesen Tätige, z.B.	Einstellungen Skills, Kenntnisse, Lernbereitschaft Arbeitsbedingungen
Institutionen & Organisationen, z.B. der Gesundheitsversorgung	Flexibilität Innovationsnähe Integrationsleistung
Gesundheitssystem, z.B.	Finanzierung Sektorenbildung

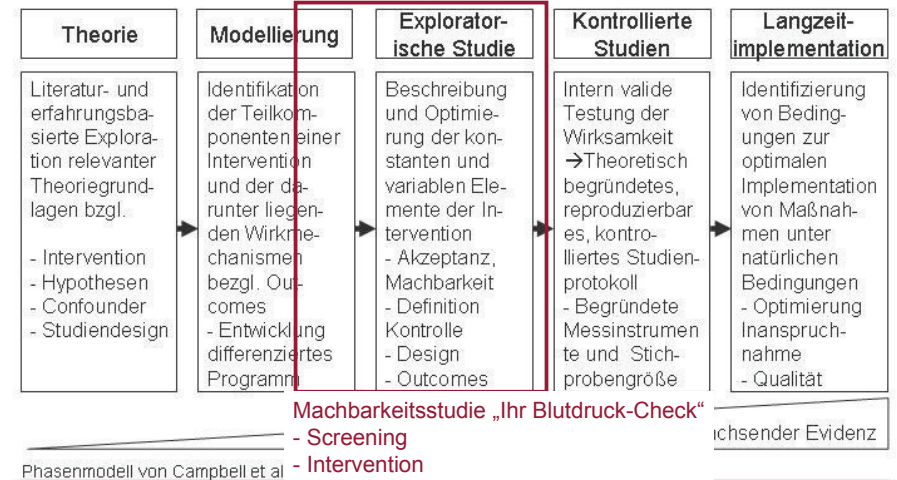
→ Quellen der Komplexität von Interventionen

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

Beispiele im Workshop



Beispiele im Workshop



Beispiele im Workshop



Wahl der geeigneten Zielparameter für die Evaluation

- PROs: patient-reported (patient-related) outcomes
z.B.: Lebensqualität, Arbeitszufriedenheit,
Vorteil: gibt subjektive Einschätzung der Patienten wieder „nah“ am Patienten
- Zielgrößen, die unmittelbar durch Intervention beeinflussbar sind die nah an Fragestellung liegen (wenig Surrogatparameter)
z.B. bei Beratung: Verhaltensänderung und Selbstwirksamkeit statt/ in Ergänzung zu Blutdruck-Messung
Vorteil: weniger beeinflussende „Stör“faktoren in der komplexen Intervention

Literaturhinweise

Campbell et al., Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 2000, 321:694-696

Craig et al., Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance, BMJ 2008: 337: a1655, doi: 10.1136/bmj.a1655

Mühlhauser et al., Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. ZEFQ 2011, 105: 751–761

Grypdonck M., Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. Pflege & Gesellschaft 2014, Heft 2.

Danke.

Kontakt:

Prof. Dr. Monika A. Rieger
Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin
und Versorgungsforschung
Wilhelmstr. 27, 72074 Tübingen
Telefon: +49 7071 29-86809
Telefax: +49 7071 29-4362
monika.rieger@med.uni-tuebingen.de

**Wie kann die theoretische Fundierung einer
Intervention gelingen, die es in der Praxis
schon gibt – das Beispiel der
„Psychosomatischen Sprechstunde im
Betrieb“**

Christine Preiser, M.A.

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und
Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen



Vortrag beim Tag der Versorgungsforschung

Wie kann die theoretische Fundierung einer komplexen Intervention gelingen, die es in der Praxis schon gibt – das Beispiel der “Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb”?

28.09.2015 Christine Preiser, M.A.



Fragestellung der Studie

- Welche Haltungen und Erfahrungen haben Akteure des betrieblichen Gesundheitsschutzes zu und mit der PSIB?
- Ist das Konzept der PSIB in KMU transferierbar und wenn ja, welche Adaptionen sind notwendig?

Hintergrund der Studie

- Zunehmende Arbeitsunfähigkeitszeiten und Erwerbsunfähigkeitsrenten auf Grund von psychischen Erkrankungen
- Lange Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
- Etablierung einer Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (PSIB) durch einige große Unternehmen



Forschungsdesign

- Explorative Forschung → qualitative Methoden:
 - Leitfadengestützte Interviews/Fokusgruppendifkussionen
 - Qualitative Inhaltsanalyse
- Möglichst kontrastreiches Sample
 - Verschiedene Berufsgruppen
 - ExpertInnen mit und ohne Erfahrung mit der PSIB

Ergebnisse (Ausschnitt)

- Gestaltungsebene
 - Innerbetriebliche Information über die PSIB
 - Zugang zur PSIB
 - Ort der PSIB
 - Umfang der möglichen Stunden
- Konzeptuelle Ebene
 - Chancen der PSIB
 - Grenzen der PSIB
 - Einschätzungen und Bewertungen der PSIB

Schlussfolgerung

- Aktuell heterogene Umsetzung der PSIB
- Qualitatives Forschungsdesign eignet sich für Arbeit an einer theoretische Fundierung
- Ergebnisse können Orientierung für Neuimplementierungen geben

Modellbildung

GESTALTUNGS-ASPEKT	“RESTRIKTIVE” AUSPRÄGUNG	“LIBERALE” AUSPRÄGUNG
INFORMATION	Selektive, situative Information über PSIB	Breite Information über PSIB
ZUGANG	Betriebsarzt alleiniger Zuweiser	Heterogene Zuweiser mit Einbindung Betriebsarzt
ORT	Im Betrieb	In Praxis des Konsiliars
ANZAHL STUNDEN	1	max. 5

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

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

Dr. Charlotte Schramm

Universitäts-Augenklinik Tübingen

Die Okklusionstherapie. Eine Odyssee für Kinder, Eltern und Erzieher? – "Teilnehmende Beobachtung im Kindergarten"

Charlotte Schramm



Charlotte Schramm, UKT Augenklinik Tübingen

Tübingen, den 28.09.2015

Komplexe Intervention ?

Charlotte Schramm, UKT Augenklinik Tübingen

Tübingen, den 28.09.2015

Hintergrund - Amblyopie

- Amblyopie = Schwachsichtigkeit
- Prävalenz in Deutschland von ca. 5 -7% und somit häufigste kindliche Sehstörung (je nach Bildungsstand)
- Ursachen:
 - Organische Ursache (Linsentrübung)
 - Schielen
 - Refraktionsunterschied zwischen den Augen
- Therapie: Okklusion (Abdeckung des besseren Auges)
- Behandlungsgruppe Kinder zwischen dem 6 Lebensmonat bis zum 6.-7. Lebensjahr (selten bis zum 12 Lj.)
- Bei Verlust des guten Auges → drohende Sehbehinderung

Charlotte Schramm, UKT Augenklinik Tübingen

Tübingen, den 28.09.2015

Hintergrund

- Studien belegten immer wieder, dass die tatsächliche Pflasterokklusion unter der Angeordneten liegt
- Okklusionstherapie hängt entscheidend von der Mitarbeit (Adhärenz) ab



Compliance With Occlusion Therapy for Childhood Amblyopia. Wallis MP et al. Invest Ophthalmol Vis Sci 2013
Predictors and a remedy for noncompliance with amblyopia therapy in children measured with the occlusion dose monitor. Loudon SE et al. Invest Ophthalmol Vis Sci 2006
Why is compliance with occlusion therapy for amblyopia so hard? A qualitative study. Dixon-Woods M et al. Arch Dis Child 2006

Charlotte Schramm, UKT Augenklinik Tübingen

Tübingen, den 28.09.2015

Forschungsfrage

- Ziel: Herausstellung der Probleme in der Okklusionstherapie von heute und Erarbeitung von Therapiestrategien zur Verbesserung der Adhärenz
- Berufstätige Mütter: → zunehmende Abgabe der Betreuung und somit der Therapieüberwachung an Kindertagesstätten bzw. Kindergärten. Ist die Okklusionstherapie dort durchführbar.
- Ausgrenzung der Kinder von anderen Kindern?
- Spielt die soziale Herkunft eine Rolle?
- Besonderheit Ort Kindertagesstätte bzw. Kindergarten

Methoden

- Semi-strukturierten Interviews (2014)
10 Eltern von Kindern unter Amblyopietherapie
10 Erziehern von Kindern unter Amblyopietherapie
5 Erwachsene, welche in der Kindheit okkludiert wurden



→ Interview anhand von Leitfragen mit dem Ziel der Herausstellung von Problempunkten in der Amblyopietherapie

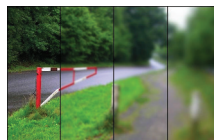
- Teilnehmende Beobachtung in Kindergärten (2014 und 2015)

→ Leitfaden für die Teilnehmende Beobachtung anhand der Ergebnisse aus den Interviews

→ Beobachtung im Kindergarten bzw. Kindertagesstätte über je 4-5 Stunden

Ergebnisse

- Okklusionstherapie im Kindergarten und in der Kindertagesstätte klappt grundsätzlich problemlos:
 - Feste Abläufe, Routine
 - Ablenkung der Kinder
 - Andere „Autorität“ der Erzieher im Vergleich zu den Eltern cave „Erziehungsstil“ der Einrichtung
 - Zeitliche Ressourcen vorhanden
- Keine soziale Ausgrenzung
- Evtl. Einschränkung bei Naharbeit, sonst keine Nachteile bei Bewegungsspielen (außer Gesichtsfeld)
- Gute Therapieakzeptanz



Fazit

- Teils unbegründete Ängste von Eltern und Erzieher (Sturzgefahr – Ausgrenzung)
- Rücksicht bei gewissen Aktivitäten (visusabhängig) und Einhalten von Routine
- Keine sozialen Unterschiede bei der Adhärenz
- Im Kindergarten einfacher als zu Hause



→ Abkleben zu Hause oder im Kindergarten
→ Ängste nehmen durch konkrete Aufklärung/ Informationsflyer an Eltern und Erzieher

Komplexe Intervention ?

- Eigentlich geht es nur ums „Abkleben“



- Verschiebung des Settings Elternhaus → Erziehungseinrichtung
- Andere Akteure Eltern → Erzieher

Diskussion



**Der Stellenwert von Machbarkeitsstudien am
Beispiel von "Ihr Blutdruck-Check" – ein
Zweistufenkonzept im betriebsärztlichen
Setting eines Großkonzerns**

Dr. Martina Michaelis

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und
Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen & FFAS,
Freiburg

Der Stellenwert von Machbarkeitsstudien am Beispiel von "Ihr Blutdruck-Check" ein Zweistufenkonzept im betriebsärztlichen Setting eines Großkonzerns

10.2010 - 11.2011

Martina Michaelis^{1,2}

Carmen Farian^{1,4} Sarah Hudak¹ Monika A. Rieger¹

in Zusammenarbeit mit

Barbara Schüle³, Martin Konrad Riedel³ &
dem Studienteam „Ihr Blutdruck-Check“



¹ Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen

² Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), Freiburg

³ Daimler AG, Werksärztlicher Dienst Stuttgart-Untertürkheim

⁴ Institut für Allgemeinmedizin & Familienmedizin, Universität Witten / Herdecke

1 | Michaelis | Stellenwert von Machbarkeitsstudien | 3. Tag der Versorgungsforschung, UKT Tübingen 28.9.2015 © 2015 Universität Tübingen

Hintergrund: Versorgungsforschung

Arterielle Hypertonie...

- bedeutender **Risikofaktor** für Herz-Kreislaufkrankungen
Männer > Frauen
- 30-40%(-55%) in der Bevölkerung (erkannt und kontrolliert behandelt)
- **Problem 1:** häufig unentdeckt, auch bei jüngeren Patienten
- **Problem 2:** 75-80% der Hypertoniker medizinisch schlecht eingestellt/
geringe Adhärenz
- **Prävention**
Hypertonie im Anfangsstadium gut modifizierbar (Lebensstiländerungen:
Bewegung, Ernährung, Tabakverzicht, Gewichtsreduktion)

2 | Michaelis | Stellenwert von Machbarkeitsstudien | 3. Tag der Versorgungsforschung, UKT Tübingen 28.9.2015 © 2015 Universität Tübingen

Fragestellungen der Machbarkeitsstudie

Versorgungsbezogene Frage

- **Sensibilisierung** von Beschäftigten für ihr Gesundheitsproblem möglich?
- **Motivation** für Lebensstiländerung möglich?
- Einbindung in **betriebsärztlichen Setting** möglich?
(Chance Betrieb(sarzt): Ansprache von „Hausarztmuffeln“)

„Klinische“ Frage

- **Effektivität** einer Beratung von Beschäftigten mit leichter arterieller Hypertonie für Senkung der Blutdruckwerte?
- (hier nicht weiter verfolgt)

3 | Michaelis | Stellenwert von Machbarkeitsstudien | 3. Tag der Versorgungsforschung, UKT Tübingen 28.9.2015 © 2015 Universität Tübingen

Ziele

- **Prävalenz** erhöhter Blutdruckwerte bei arbeitsfähigen Beschäftigten (v.a. erstmalig entdeckter) -> Screening
- **Validierung** der initialen Blutdruckmessung
- Abschätzung von **Fallzahlen** für Intervention (individuelle Beratung im betriebsärztlichen Setting)
- Identifizierung von **Barrieren** und **förderlichen** Bedingungen der Rekrutierung („Machbarkeit“) und der Intervention unter **Alltagsbedingungen** (Ziel: Planung einer RCT)

4 | Michaelis | Stellenwert von Machbarkeitsstudien | 3. Tag der Versorgungsforschung, UKT Tübingen 28.9.2015 © 2015 Universität Tübingen

Design (2-stufig: Teil A und B)

Screening (Teil A)

- Blutdruck-**Erstmessung** durch med. Assistenzpersonal (Werksärztl. Dienst **WÄD**)
- Einladung zu validierender „7/30“-**Selbstmessung**
 - 30 mal (!), Empfehlungen Österreichische Hochdruckliga
 - eigenes (!) Qualitäts (!)- Messgerät
- Tabelle zurück **Studienassistentz**
- **Rücklaufsteigerung**: max. 3 telefon. Kontaktversuche am Arbeitsplatz
- „**Blutdruck erhöht**“: mind. 7 von 30 Werte ↑

Dahlemer AG, Werkärztlicher Dienst
Screening-Studie „Ihr Blutdruck-Check“ (19. April 2015, Version 8)

Code: _____

Tabelle: Blutdruck-Messwerte
Bitte notieren Sie hier den Namen des Messgeräts (z.B. „HARTMANN Tensovital aus control“)

Datum	Uhrzeit	oberer Wert	unterer Wert	gemessen an Arm (rechts/links)	Bemerkung
1.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
2.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
3.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
4.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
5.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
6.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
7.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
8.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
9.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
10.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
11.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
12.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
13.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
14.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
15.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
16.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
17.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
18.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
19.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
20.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
21.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
22.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
23.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
24.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
25.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
26.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
27.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
28.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
29.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
30.				<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	

Design (2-stufig: Teil A und B)

Intervention (Teil B) (nur bei „leichter, unbehandelter arterieller Hypertonie“)

1. Individuelle **betriebsärztliche Beratung**
 - a) Aufklärung zu Risiken der Hypertonie +
 - b) Aufklärung zu inner-/überbetrieblichen BGF- Angeboten
 - c) Unterstützung bei Zielen der Lebensstiländerung (Beratungsansatz: **Motivational Interviewing** („MI“, Schulung aller Beratenden)
2. Interventionsgruppe weitere MI-Unterstützung:
 - 4 tel. Kontakte durch med. Assistenzpersonal („**Health Coach**“)
 - Hintergrund aus der Literatur: gute Erfolge in haus-/fachärztlicher Praxis
 - aber: 1x ärztliche Beratung -> (fast) wirkungslos für LÄ
3. **Kontrollgruppe** (randomisiert): usual care 1a+1b

Methoden: Evaluation

Rekrutierer (med. Assistenzpersonal)

- Dokumentation der Initial-Blutdruckmessung/Aufnahme Proband in die Studienteil A
- Gruppeninterview & Fragebogen für Zwischenevaluation

Werksarzt

- Dokumentation der Blutdruck-Beratungen
- Experteninterview & Abschlussfragebogen

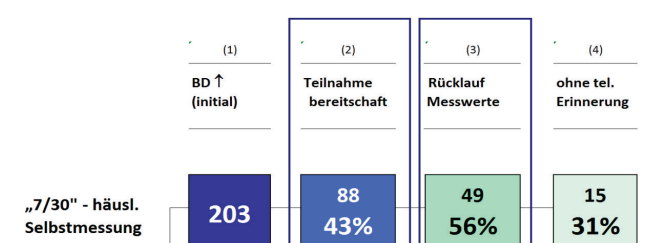
Health Coach

- Dokumentation der telefonischen Beratungsinhalte
- Abschlussfragebogen (Prozessbewertung)

Studienassistentz

- Verlaufsprotokoll zum Rekrutierungs-/Probandenverlauf
- Abschlussfragebogen (Prozessbewertung)

Ergebnisse Teil A: Rekrutierungsverlauf



Design (2-stufig: Teil A und B)

Screening (Teil A)

- Umstellung des Verfahrens nach 5 Mon:
- Wiederholungsmessung (2x) im WÄD

Deimler AG, Werksärztlicher Dienst
Studie „Ihr Blutdruck-Check“

Blutdruckwerte Screeningstudie

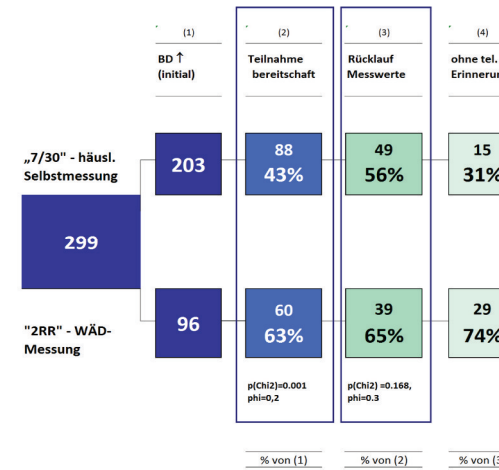
1. Messung: (Datum) (Uhrzeit) (nach 5 Min Ruhe) rechter Arm: (syst.) (diast.)
linker Arm: (syst.) (diast.)

2. Messung: (Datum) (Uhrzeit) (nach 5 Min Ruhe) rechter Arm: (syst.) (diast.)
linker Arm: (syst.) (diast.)

3. Messung: (Datum) (Uhrzeit) (nach 5 Min Ruhe) rechter Arm: (syst.) (diast.)
linker Arm: (syst.) (diast.)

9 | Michaelis | Stellenwert von Machbarkeitsstudien | 3. Tag der Versorgungsforschung, UKT Tübingen 28.9.2015 © 2015 Universität Tübingen

Ergebnisse Teil A: Rekrutierungsverlauf



10 | Michaelis | Stellenwert von Machbarkeitsstudien | 3. Tag der Versorgungsforschung, UKT Tübingen 28.9.2015 © 2015 Universität Tübingen

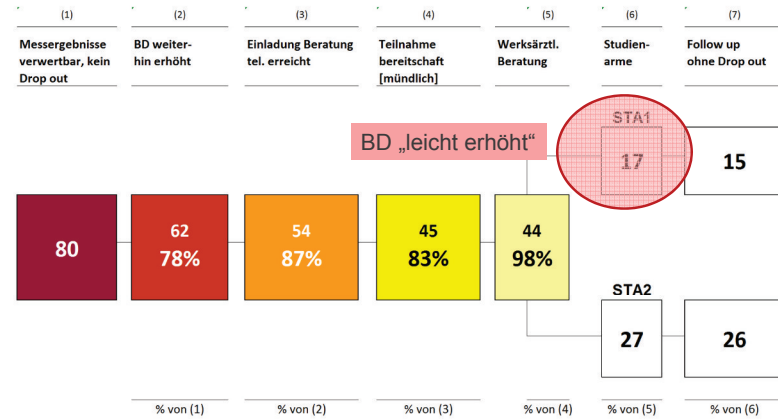
Gründe für Nichtteilnahme an Wiederholungsmessungen

	N "ja"			Prozent (1)		
	7/30	2RR	total	7/30	2RR	total
Kein Interesse (2)	24	10	34	24,7	29,4	26,0
Vom Sinn der Maßnahme nicht überzeugt (2)	5	3	8	5,2	8,8	6,1
Keine Zeit (2)	29	8	37	29,9	23,5	28,2
Datenschutzgründe (2)	2	0	2	2,1	0,0	1,5
Sprachkenntnisse ungenügend (2)	2	0	2	2,1	0,0	1,5
Ohne Angabe von Gründen (2)	10	3	13	10,3	8,8	9,9
(Vor-)behandlung durch Haus-/o. Facharzt	31	15	46	32,0	15,5	47,4
Kein RR Gerät zu Hause vorhanden	10	0	10	10,3	0,0	7,6
Keine Bereitschaft für Messgerät-Anschaffung	7	0	7	7,2	0,0	5,3
BD-Kontrolle bei Haus-/Facharzt bevorzugt	7	0	7	7,2	0,0	5,3
Verhinderung (3)	2	1	3	2,1	2,9	2,3
BD sonst im Normalbereich	3	0	3	3,1	0,0	2,3
Überforderung/Stress/zu viel Aufwand	2	0	2	2,1	0,0	1,5
Bedenkzeit gewünscht	2	1	3	2,1	2,9	2,3
Datenbasis (von n=151 Nichtteilnehmern)	97	34	131			

Legende

- (1) Mehrfach-Antworten, Kalkulationsbasis= Fälle
 (2) standardisiert vorgeben, übrige zu Kategorien zusammengefasst
 (3) (z.B. wg. Ausreise, Urlaub, andere Medikamenteneinnahme, Krankenhausaufenthalt)
 Abkürzung BD=Blutdruck

Ergebnisse Teil B: Rekrutierungsverlauf



12 | Michaelis | Stellenwert von Machbarkeitsstudien | 3. Tag der Versorgungsforschung, UKT Tübingen 28.9.2015 © 2015 Universität Tübingen

Ergebnisse Prozessevaluation Teil A (Gruppeninterviews WÄD-Mitarbeitende)

Teilnahmebereitschaft verbessern:

- **Rekrutierung:** noch mehr über Krankheitswert von Hypertonie aufklären, Datenschutz noch klarer erläutern
- **Rekrutierung:** knappe Zeit von Beschäftigten während Arbeitszeit, Stoßzeiten in Ambulanz
- **Gerät** für Wiederholungsmessungen verfügbar machen (verleihen?)
- Noch besser: **2RR-Messungen nur im WÄD** mit freigehaltenem Messplatz (eigener Raum)



Ergebnisse Teil B

Beratung bei Beschäftigten mit leicht erhöhtem Blutdruck durch Betriebsärzte bzw. Health Coach



Ärztliche Beratung T0 (im WÄD, IG/KG)
Interventionsgruppe: Motivational Interv. Unterstützung
Kontrollgruppe: usual care

MI-Beratung Health Coach (telefonisch, nur Interventionsgruppe) T1-T4

T1: + 1 Woche
T2: T1 + 1 Woche
T3: T2 + 3 Wochen
T4: T3 + 4 Wochen

Teil B: Betriebsärztliche Beratung

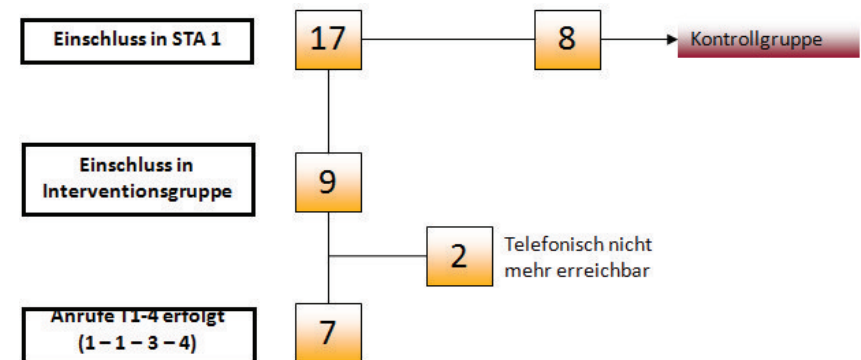
N=4 beratende Ärzte, durchschnittliche Beratungsdauer 20-25 Min

Bewertung Ablauf

(Datengrundlage: Interview/Kurzfragebogen Werksärzte (abschließend), Prozessprotokolle, Fragebogen für WÄD-Mitarbeitende)

Was lief gut?	Was ist zu optimieren?
<ul style="list-style-type: none"> • MI- Schulung sehr gut • Studienassistenten vor Ort • Genügend Zeit für ausführliche Beratung • Gut in den Arbeitsalltag integrierbar • Dokumentation (Inhalt + Zeitaufwand) • IG- Probanden größtenteils sehr zuverlässig und kooperativ 	<ul style="list-style-type: none"> • MI- Schulung: Auffrischung + Supervision gewünscht • Tel. Erreichbarkeit der Probanden oft schwierig -> Schichtarbeit, Urlaub, im Werk unterwegs • Blockierung möglicher Terminen 4 Wochen im Voraus notwendig • Häufigere Info über Stand der Studie ans Team gewünscht

Teil B: Teilnehmerverlauf



Teil B: Telefonische Beratung (Interventionsgruppe)

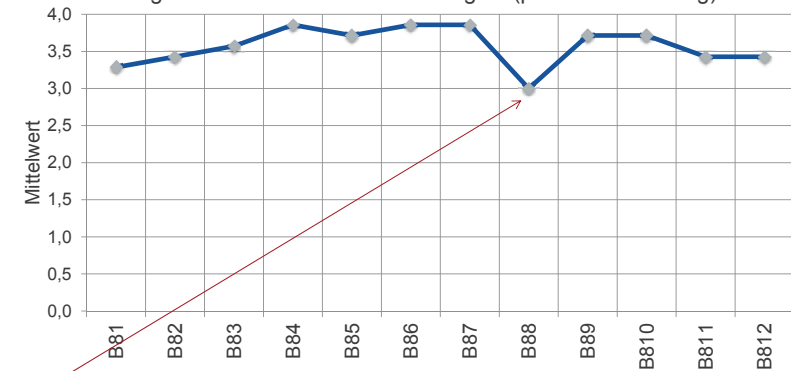
Health Coach: durchschnittliche Dauer 20 Minuten (Spanne: 5-40)

Standardisierte Bewertung von 12 Aspekten

- B81 Die Telefongespräche konnte ich gut in meinen **Tagesablauf integrieren**
- B82 Die **Atmosphäre** im Gespräch war **positiv/angenehm**
- B83 Ich fühlte mich **verstanden** und in meinen Sichtweisen ernst genommen
- B84 Mir wurde während des Gesprächs aufmerksam **zugehört**
- B85 Ich wurde ermutigt, über mein aktuelles Gesundheitsverhalten zu **sprechen**
- B86 Meine Entscheidungen & bisher Erreichtes wurden anerkannt
- B87 **Vereinbarte Ziele** konnte ich in meinem eigenen Tempo erreichen
- B88 Die Telefongespräche waren ein wichtiger **Auslöser**, um mein Gesundheitsverhalten ändern zu wollen
- B89 Die Telefongespräche würde ich einem Freund/einem Kollegen **empfehlen**
- B810 Die Telefongespräche waren sehr **hilfreich**, um bei meinen Gesundheitszielen „am Ball“ zu bleiben
- B811 Die **Erwartungen**, die ich an die Telefongespräche hatte, haben sich **erfüllt**
- B812 Insgesamt bin ich mit der telefonischen **Beratung** sehr **zufrieden**

Teil B: Telefonische Beratung (Interventionsgruppe)

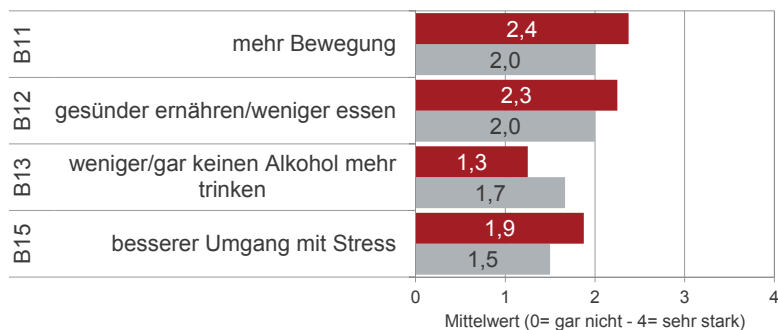
Mittelwert 0 "trifft gar nicht zu" - 4 "trifft vollständig zu (positive Bewertung)"



B88 Die Telefongespräche waren ein wichtiger Auslöser, um mein Gesundheitsverhalten ändern zu wollen

Teil B: Veränderung des Gesundheitsverhaltens

■ Interventionsgruppe (n=7) ■ Kontrollgruppe (n=6)



Fazit der Machbarkeitsstudie

(Implikationen für eine (cluster-)randomisiert-kontrollierte Studie)

- Sehr hohe **Motivation** bei den **teilnehmenden** (!) Probanden
- Sehr gute **Akzeptanz**: Betriebsärztliche Beratung & Health Coach
- Gute Abläufe WÄD mit engagiertem Personal/Studienassistentz

▪ Kritische Punkte:

- Sehr hohe Probandenfluktuation im Screening-Teil
- Bluthochdruck-Validierung („7/30“, eigenes Gerät) → Drop out
- Notwendigkeit telefonischer Erinnerungen

- Projekt ist **möglich**, aber sehr (!) aufwändig
- Freistellung von Assistenzpersonal notwendig (Kosten!)

Danke !



Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung
Wilhelmstr. 27, 72074 Tübingen

FFAS - Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin
Bertoldstr. 63, 79098 Freiburg

michaelis@ffas.de
martina.michaelis@med.uni-tuebingen.de



Von der Tagesklinik zurück an die Schule: Erfolgreiche Schulrückführung im Fokus

Prof. Dr. Tobias Renner

Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter,
Universitätsklinikum Tübingen

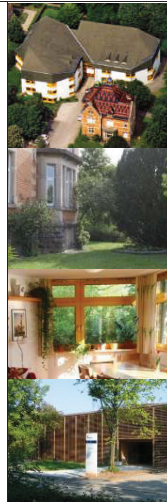
From Day Hospital back to School: Identifying Conditions for Successful School Reintegration

Aus der Tagesklinik zurück in die öffentliche Schule: Identifizierung der Bedingungen für eine erfolgreiche schulische Reintegration

Vera Brenner¹, Annette Conzelmann¹, Ute Dürrwächter¹,
Christiane Fiege², Caterina Gawrilow^{2,3}, Leona Hellwig³,
Augustin Kelava^{3,4}, Tobias Renner^{1,2}, Johanna Schmid^{2,3}

¹ Child and Adolescent Psychiatry University of Tübingen, Germany;
² School Psychology Unit, Department of Psychology, University of Tübingen, Germany;
³ LEAD Graduate School, University of Tübingen, Germany;
⁴ Hector Research Institute of Education Sciences and Psychology

Note: Names are listed in an alphabetical order



Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen



Ambulanz

Hochschul- und
Institutsambulanz

Spezialsprech-
stunden



Stationen

Kriseninterventionsstation

Psychotherapiestationen
Kinder / Jugendliche

Psychosomatik
KK Reutlingen und KJP



Tageskliniken

Tagesklinik Kinder

Tagesklinik
Jugendliche

Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen

Tagesklinik für Kinder:

10 Behandlungsplätze

Altersspektrum: 6 bis 13 Jahre

Störungsspektrum:

- externalisierende und internalisierende Störungsbilder
- schwierige psychosoziale Bedingungen
- Schulschwierigkeiten

Behandlungsdauer: ca. 3 Monate



Forschungsprojekt: Schulische Reintegration

Herausforderung:

- Generalisierung und Stabilisierung der Behandlungserfolge bei der Wiedereingliederung in die Heimatschule

Schwierigkeiten:

- Kurze Schulversuchsphase
- Restsymptomatik noch vorhanden
- Ängste, Unsicherheiten auf Seiten aller Beteiligten (Kind, Eltern, Lehrer)

Forschungsprojekt: Schulische Reintegration

Ausgangssituation:

- Der Erfolg der Schulischen Reintegration hängt ab von der Einstellungen der **Eltern**, des **Kindes** selbst und der **Schule**, sowie der **Kooperation** der Akteure (Savina et al., 2014)
- Transfer des Behandlungserfolgs auf die Schulsituation hängt von **mehreren Akteuren** ab und ist vermutlich **von Tag zu Tag unterschiedlich**
- Der Zusammenhang zwischen **Schulbesuch** und **Schulleistung** von der **pädagogischen Selbstwirksamkeit** der Lehrkraft moderiert. (Klassen et al., 2014)



Forschungsprojekt: Schulische Reintegration

Inhaltlich:

Behandlungserfolg im Schulischen Kontext wird als (pädagogische) **Selbstwirksamkeit** operationalisiert.

- *Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit wird definiert als das Urteil von Menschen über ihre Fähigkeit Handlungen zu organisieren und Handlungen auszuführen, die Voraussetzungen für eine bestimmte Performanz sind. (Bandura, 1986)*

Voraussetzungen für schulische Erfolg wird als **Selbstregulation** operationalisiert.

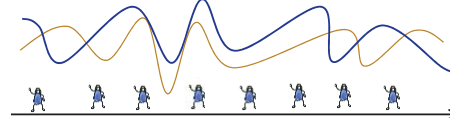
- *Selbstregulation wird als überlegter Versuch definiert, Handlungen und Reaktionen für ein adaptiven Zweck anzupassen. (McClelland, 2010)*



Forschungsprojekt: Schulische Reintegration::

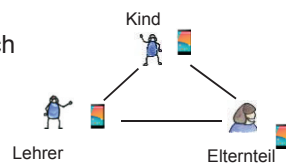
Methodisch:

Alltagsnah – Smartphone basierte Tagebuchstudie
innerhalb-personen Perspektive



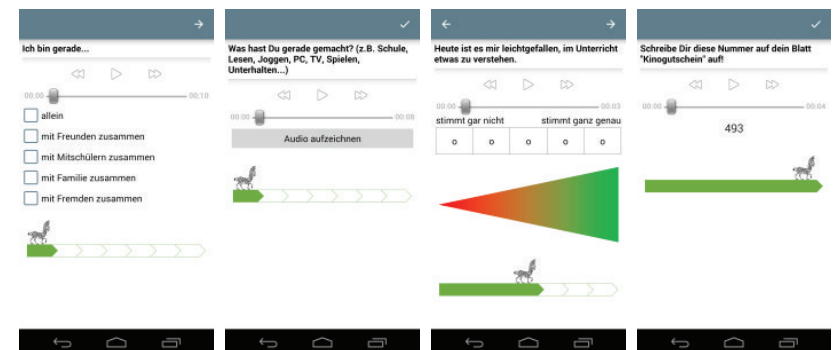
Selbstregulation
Selbstwirksamkeit

Multiperspektivisch



Forschungsprojekt: Schulische Reintegration::

Beispiele:



Forschungsprojekt: Schulische Reintegration:

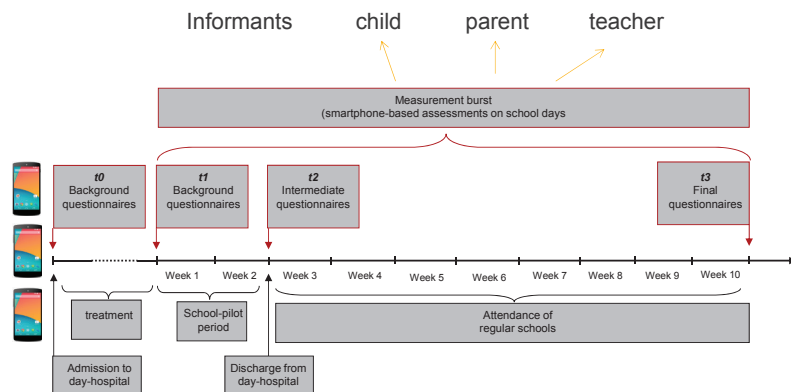
Fragestellungen:

- Lassen sich Prädiktoren für einen gelungene Schulrückführung finden?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit und der Selbstregulation?
- Ist die pädagogische Selbstwirksamkeit der Eltern und Lehrer ein Prädiktor für die Selbstregulation des Kindes?



Forschungsprojekt: Schulische Reintegration:

Design:



Forschungsprojekt: Schulische Reintegration::

Studiendesign:

- Quantitative Längsschnittuntersuchung
- Fragebögen zu Beginn und 10 Wochen nach der Behandlung
 - Schulintegration des Kindes u.a.
 - Untersuchung vermuteter Prädiktoren (Belastung der Eltern u.a.)
- Tägliche Befragung der Kinder, Eltern und Lehrer
 - Untersuchung der Zusammenhänge der Zielgrößen
 - innerhalb von Person über die Zeit und
 - aus Sicht verschiedener Personen (Kinder, Eltern und Lehrkräfte)



Forschungsprojekt: Schulische Reintegration:



Forschungsprojekt: Schulische Reintegration:

McClelland, M. M., Ponitz, C. C., Messersmith, E. E., & Tominey, S. (2010). Self-regulation: The integration of cognition and emotion. *R. Lerner (Series Ed.) & W. Overton (Vol. Ed.), Handbook of lifespan human development, 4*, 509-553.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ, 1986.

Savina, E., Simon, J., & Lester, M. (2014, December). School reintegration following psychiatric hospitalization: an ecological perspective. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 43, No. 6, pp. 729-746). Springer US.

Klassen, R. r., & Tze, V. C. (2014). Teachers' self-efficacy, personality, and teaching effectiveness: A meta-analysis. *Educational Research Review, 12*59-76. doi:10.1016/j.edurev.2014.06.001



VI. Workshop 2

Versorgungsforschung bei Suchterkrankungen

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

Alkoholabhängigkeit in der Hausarztpraxis und deren Schnittstellen

Dr. Hannah Haumann

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle
Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen



Alkoholabhängigkeit in der Hausarztpraxis und deren Schnittstellen

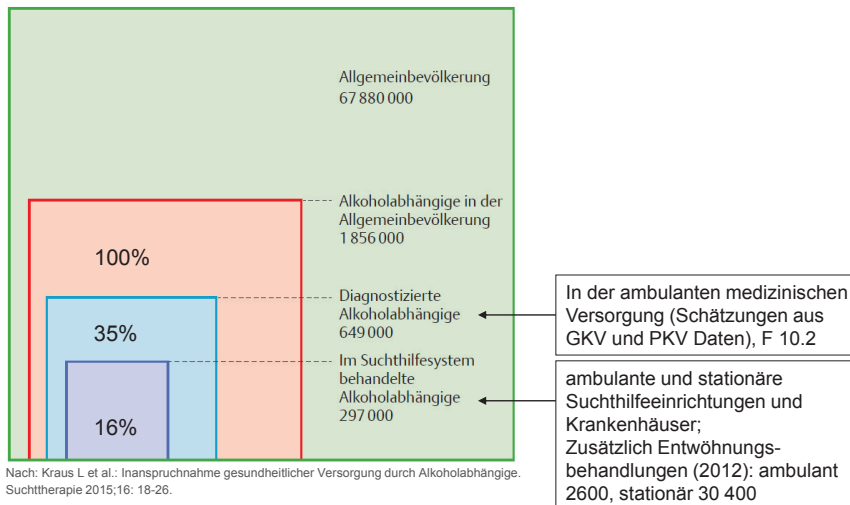
Dr. med. Hannah Haumann

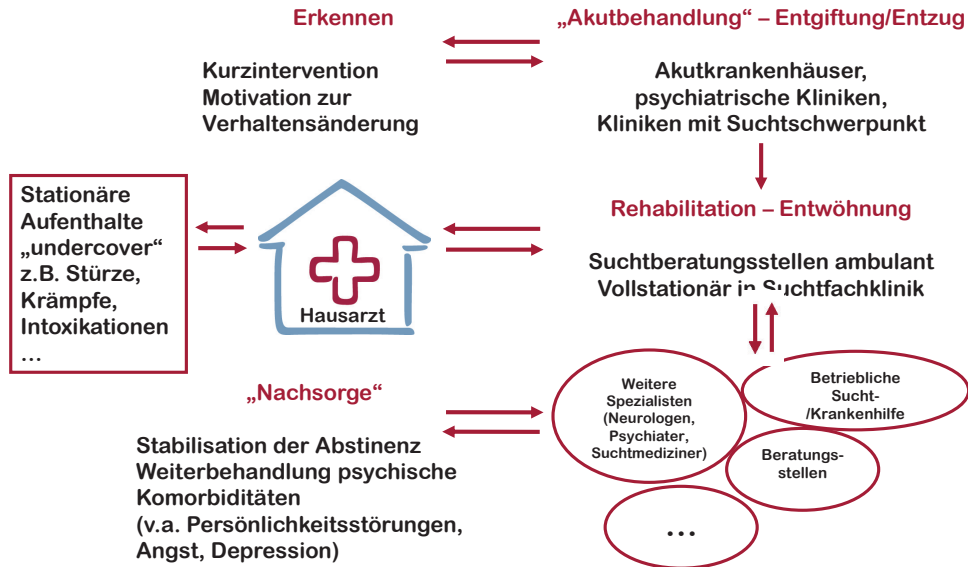
Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
Universitätsklinikum Tübingen
Österbergstraße 9, 72074 Tübingen

Ärztliche Direktorin: Frau Prof. Stefanie Joos

Problemfeld Alkoholabhängigkeit

- Schätzungen: ca. 1,86 Mio. Alkoholabhängige in Deutschland (>18 Jahre), ca. 2,8% der erwachsenen Gesamtbevölkerung (>18 Jahre)
- ca. 80% der Alkoholabhängigen suchen innerhalb eines Jahres einen Hausarzt, Internisten oder Zahnarzt auf, ca. 25% der Betroffenen werden innerhalb eines Jahres stationäre aufgenommen
- Hohe Stigmatisierung
 - Gründe: Wahrnehmung als Verletzung gesellschaftlicher Normen, implizierte „Willensschwäche“ der Betroffenen
 - Folge(n): fehlendes Aufsuchen professioneller Hilfe durch Betroffene, Selbststigmatisierung als Stabilisator für die Betroffenen
- Hohes Risiko für:
 - soziale Probleme
 - Folgeerkrankungen
 - vorzeitige Sterblichkeit.





Fragestellungen

- Welche Empfehlungen erhalten Hausärzte zur ambulanten Weiterbehandlung von alkoholabhängigen Patienten nach einer Entgiftungsbehandlung bzw. einem Entzug?
- Aus welchen Fachabteilungen stammen die Entlassbriefe? Unterscheiden sich die Empfehlungen zwischen den Fachabteilungen?
- Wird bei der Entlassung aus sog. „undercover“ Aufenthalten die Suchtproblematik thematisiert/diagnostiziert? Wenn ja, was wird empfohlen?
- Wird dem Adressaten, d.h. dem Hausarzt eine bestimmte Rolle in den Entlassbriefen zugeschrieben?

Methoden

- Analyse von Entlassbriefen von Patienten mit bekannter Alkoholabhängigkeit aus Hausarztpraxen (Hausärzte, Suchtmediziner)
- Interviews mit den beteiligten Hausärzten zu Herausforderungen des Schnittstellenmanagements sowie des „lotsens“ der Patienten zwischen den verschiedenen Behandlern

Ziele

- Ermittlung von Herausforderungen in der Versorgung alkoholabhängiger Patienten an der Schnittstelle ambulante – stationäre Versorgung
- Ermittlung von Barrieren in der langfristigen Versorgung alkoholabhängiger Patienten durch den Hausarzt
- Darstellung von „Patientenkarrieren“ alkoholabhängiger Patienten innerhalb des Suchthilfesystems
- Erarbeitung von erleichterten Zugangswegen in das Suchthilfesystem für die Betroffenen durch verbessertes „Erkennen“ und „Lotsen“ durch den Hausarzt



Diskussion



Literatur

1. Kraus L et al. Suchttherapie 2015;16:18-26.
2. Schomerus G et al.: The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. Alcohol Alcohol 2011; 42(2):105-112.
3. Rumpf HJ et al.: Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und – mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. Sucht; 46: 9-17.
4. McLellan T et al.: Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance and Outcome Evaluation- JAMA 2000;284:1689-1695.
5. Röske K et al: Betreuung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit in Schwerpunktpraxen Sucht in Mecklenburg-Vorpommern. Sucht 2005;51(5):272-278.
6. Mitchell A et al.: Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. BJP 2012;201:93-100.

Sucht im Alter

Anne Röhm, MPH

Zentrum für Psychiatrie, Bereich Versorgungsforschung,
Reutlingen

Projekt Sucht im Alter 2

Gefördert durch die:



NEU

Interdisziplinäre Behandlungsplanung zw. Alterspsychiatrie und Suchthilfe:

Vom Assessment zur individuellen Suchtbehandlung unter Berücksichtigung der neuen S3 Leitlinien

3. Tag der Versorgungsforschung Schwerpunkt: Psychische Gesundheit am 28. Sep. 2015, Crona-Kliniken - UKTÜ



Röhm, Schwärzler, Längle

Zentrum für Psychiatrie Südwestfalen
www.kommunales-suchthilfe-netzwerk-reutlingen.de
www.netzwerk-alterspsychiatrie-reutlingen.de

28 Sep 2015 A Röhm



Projektentwicklung 2010 -2015

Förderung durch	Zielsetzung	Projektleitung/-gruppe
	Früherkennung und Frühintervention im Setting ambulante Altenhilfe, stationäre Alten- und Pflegeheime und somatische Kliniken – Fortbildung. Projektträger: ZFP Südwestfalen & Bruderhausdiakonie Reutlingen <u>In Kooperation</u> mit den Kreiskliniken Reutlingen GmbH	Prof. Längle Dr. Schwärzler Röhm, Tolzin 2010 - 2013
Gefördert durch: aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages	Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel - I Erstellung bundesweit nutzbarer Handlungsempfehlungen - II <u>In Kooperation mit der Projektgruppe Hausärzte</u> und hausärztliche Qualitätszirkel im Landkreis Reutlingen	Prof. Längle Dr. Schwärzler Röhm 2010 - 2013 2013 - 2014
	Interdisziplinäre Behandlungsplanung zwischen Alterspsychiatrie und Suchthilfe: Vom Assessment zur individuellen Suchtbehandlung unter Berücksichtigung der neuen S3 Leitlinien	Dr. Schwärzler Prof. Längle, Röhm, Dr. Friederich Dr. Elkasmi, Dr. Dehmer, Gersner NEU 15.04.2015 - 14.04.2018

28 Sep 2015 A Röhm



Zentrum für Psychiatrie Südwestfalen

■ **Versorgungsgebiet:** ca.8 Mio. Einw. Ca. 278.000 im Landkreis RT

■ **Stationäre Aufnahmen:** ca.17.000 Patientenaufnahmen

■ **Ambulante Behandlung:** > 40.000 Behandlungen pro Jahr in PIAen und Medizinischen Versorgungszentren

■ **Wohnen und Pflegen:** 650 (57+22) Wohn- und Pflegeheimplätze, >200 (16) Plätze im Ambulant Betreuten Wohnen

■ **Arbeit und berufliche Reha:** ca. 500 (40) beschützte Arbeitsplätze in Werkstätten



Die ZfP Gruppe umfasst 7 Zentren für Psychiatrie in BaWü

28 Sep 2015 A Röhm



Sucht im Alter – BMG Projekt

Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel Teil I und II

Handlungsempfehlungen

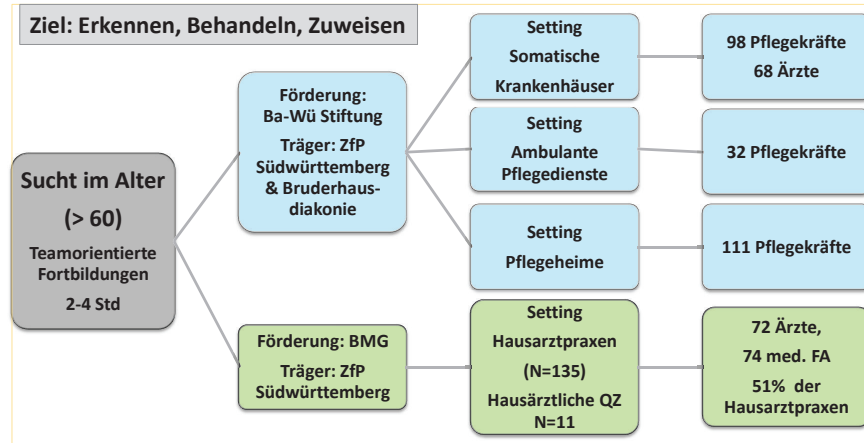
Prof. Dr.med. G. Längle, Dr.med. F. Schwärzler, A. Röhm (MPH)

In Kooperation mit:

Dr. med. M. Eissler, Praxis G. Erdmann, Praxis A. Eyberg, Prof. Dr. med. G. Lorenz, Dr. med. A. Munkle-Krimly, Praxis P. Oelhafen, Dr. med. E. Röhm, Dr. med. K. Schulz-Grygier, Dr. med. M. Stär, Dr. med. G. Weiß



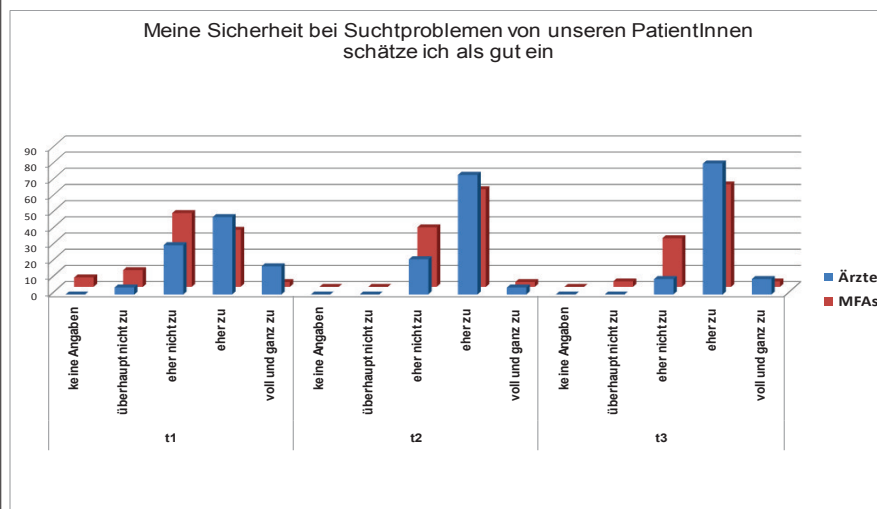
Wissens- und Handlungskompetenzen bei ärztlichen, nicht - ärztlichen Berufsgruppen



Quellen: Längle, Schwärzler, Röhm, Steiner (2013). Projekt Sucht im Alter Früherkennung und Frühintervention im Setting Ambulante Altenhilfe, stationäre Alten- und Pflegeheime und somatische Kliniken, Abschlussbericht. ZfP Südwürttemberg, RT.

Längle, Schwärzler, Röhm (2013). Projekt Sucht im Alter 1. Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel, Abschlussbericht. ZfP Südwürttemberg, Reutlingen.

BMG I Projekt Selbstwirksamkeitserwartung bei Ärzten und medizinischen Fachangestellten (N=99)



Quelle: BMG (Mai 2013). Drogen- und Suchtbericht. Berlin, S 130. 28 Sep 2015 A Röhm

BMG I Projekt Evaluationsergebnisse

51% der Hausarztpraxen (N=135), 40% der Hausärzte (N=182) wurden erreicht.

Stabiler subjektiver Wissens- und Kompetenzzuwachs von T1-T3:

- Wissen 44%
- Kommunikation und Selbstwirksamkeit 30%
- Kenntnis alterspsychiatrisches- u. Suchthilfesystems 66%
- Kenntnis fachlicher Ansprechpartner 28%
- Die Auswertung statistischer Routinedaten zeigt eine erhöhte Inanspruchnahme von Kliniken und PSB DV durch Ältere
- Pro Quartal werden durchschnittlich 63 ältere abhängigkeitskranke Patienten pro Praxis behandelt.

28 Sep 2015 A Röhm

Sucht im Alter 2 Struktur und Zielsetzung

Projektleitung: Dr. med. F. Schwärzler, Ärztl. Direktor PP.rt
 Prof. Dr. med. G. Längle, Ärztl. Direktor ZfP Südwürttemberg
 Koordination: Röhm (MPH), ZfP Südwürttemberg
 Laufzeit: 15.04.2015 – 14.04.2018
 Gefördert durch: Baden-Württemberg Stiftung
 Fördersumme: 125.000 €

Lenkungsausschuss:

Längle, Schwärzler, Friederich, Röhm
 Projektgruppe: Dehmer, El Kasmi, Gersner, Eisele

In der alters- und suchtpsychiatrischen Routineversorgung werden therapeutische Angebote für Ältere mit altersbedingten psychischen, somatischen und substanzbezogenen (Alkohol, BZN, Tabak) Störungen entwickelt und umgesetzt.

Nachweislich erfolgreiche Behandlungselemente sollen im Anschluss in die ambulante und stationäre Regelversorgung übernommen werden!

28 Sep 2015 A Röhm

Sucht im Alter 2 Maßnahmen Jan - Dez 2016

1. Identifikation substanzbezogener Störungen (>55 Sucht/> 65 Geriatrie) mittels standardisierter Sucht- und geriatrischer Screenings
2. Einzelfallbezogene Assessments und Interdisziplinäre Fallkonferenzen
3. Festlegung von Therapiezielen, Behandlungs-Versorgungsmaßnahmen

4. Klärung der Zuständigkeiten im Versorgungssystem
5. Entwicklung passgenauer Behandlungsangebote - „Matching Patients to Treatment“, Berücksichtigung von Co-/ und Multimorbidität
6. Verbesserung der vor- und nachstationären klinischen Versorgung
7. Machbarkeitsprüfung AWMF LL S3 2015, in vivo

28 Sep 2015 A Röhm

Behandlungshäufigkeit in PP.rt und KPP Z, 2014

PP.rt 55-64 und >= 65

HD_ND	55-64	>=65	Total
F10.1	19	18	37
F10.2	145	62	207
F13.0	5	2	7
F13.1	0	14	14
F13.2	25	14	39
F13.3	2	0	2
F17.1	5	2	7
F17.2	54	8	62
F19.0	1	0	1
F19.2	8	0	8
TOTAL	205	101	306

KPP Z 55-64 und >=65

55-64	>=65	Total	PP.Rt & KPP Z
63	34	97	134
395	176	571	778
1	0	1	8
15	11	26	40
39	30	69	108
0	0	0	2
75	14	89	96
116	39	155	217
0	0	0	1
11	0	11	19
578	273	851	1.157

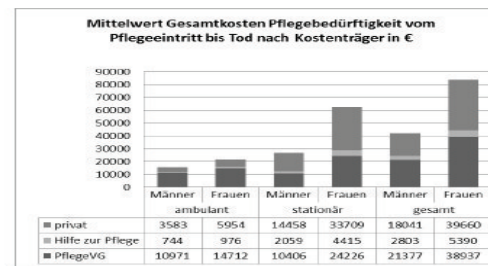
28 Sep 2015 A Röhm

Patientenrekutierung: Abt. für Alters- und Suchtpsychiatrie



Public Health Relevanz

Abbildung 1: Gesamtkosten Pflegebedürftigkeit vom Pflegeeintritt bis Tod nach Kostenträger in €



Steigende Bedeutsamkeit durch:

- > Soziodemografie
- > m/Kriegsgeneration
- > Mortalität
- > Individualisierung
- < pflegende wAngehörige


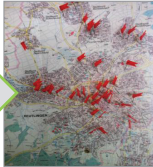
Quelle: Rothgang, 2012, S. 215

Häufig kommt Substanzmittelmissbrauch(erst) in einer Pflegesituation ans Tageslicht!



28 Sep 2015 A Röhm

Netzwerkentwicklung und Kooperationen

2005	AG „Strukturen der Suchthilfe“, MAS Ba-Wü	
22.08.2005	Konzept Kommunale Suchthilfenetzwerke Ba-Wü	
Jun 2006	Modellprojekt: Stabsstelle Netzwerkkoordination Entwicklung Kooperationsvereinbarung u. Geschäftsordnungen	
20.12.2006	Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung Steuerungs-, Trägergremium, Hilfeplankonferenz	
2007- 2009	Hilfeplankonferenz Sucht, GF Projektstelle	
01.09.2007	Information aller Hausärzte und HQZ In RT N = 66 ; im LK RT N = 157; 1 / 3 informiert 2 / 3 an Fobi interessiert	
2010-2014	Projekt „Sucht im Alter“: Setting Hausärzte + HQZ, ambulante + stationäre Altenhilfe, somat. Krankenhäuser	
2012-2013	www.kommunales-suchthilfe-netzwerk-reutlingen.de	
2012-2015	www.netzwerk-alterspsychiatrie-reutlingen.de	
Apr.2015-2018	Sucht im Alter 2	
Jun 2015	MAS Ba-Wü, Ministerbrief zur „Sucht im Alter“	

28 Sep 2015 A Röhm

ZFP SÜDWÜRTTEMBERG

Anne Röhm

anne.roehm@zfp-zentrum.de

anne.roehm@pprt.de

07121 43319-12

www.kommunales-suchthilfe-netzwerk-reutlingen.de
www.netzwerk-alterspsychiatrie-reutlingen.de

Faustregeln

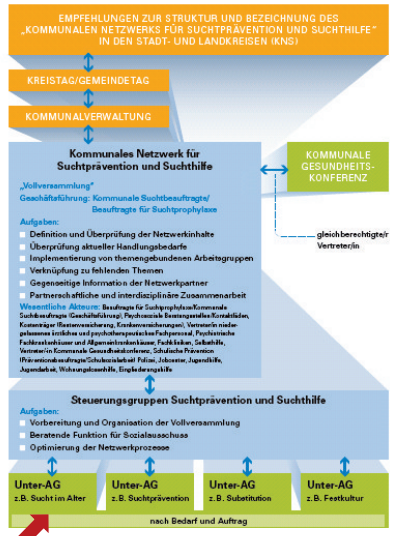
1. Versorgungsrelevante Aufgaben und Zuständigkeiten definieren
2. Interdisziplinär und multiprofessionell denken und handeln
3. Finanzielle Ressourcen / Personalressource zur Verfügung stellen
4. Über Prozesswissen verfügen
Trägerintern landkreisbezogene strategische Ziele definieren
Begründen, Datenbasis klären, evaluierte Präventionsmaßnahmen ein- und umsetzen
5. Kooperationspartner identifizieren und gewinnen
Medizinisch, Psychosozial, Betreuend, Finanzierend
6. Konkret und initiativ werden
Projektplan erstellen: Koordinieren, Organisieren und Umsetzen
Fachlichkeit, Diskursfähigkeit, transparentes Vorgehen

Hemmnisse:

Fehlender Innovationsdruck und Vorrang von Eigeninteressen durch Regelfinanzierung bei relevanten Kooperationspartnern !!

28 Sep 2015 A Röhm

Anhang

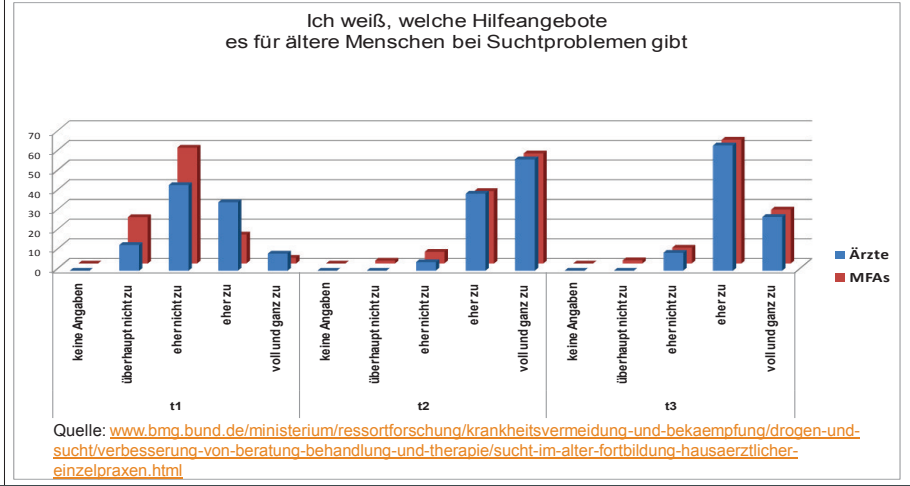


Empfehlung für die Entwicklung und Einrichtung Kommunaler Suchthilfenetzwerke in Baden-Württemberg

Quelle: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, 22.08.2005

1. Kooperative Mitwirkung aller an der Versorgung Suchtkrankter Beteiligten
2. Niedrigschwelliger wohnortnaher Zugang, unmittelbare Einleitung von Hilfsmaßnahmen
3. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Suchtkranke mit komplexem Hilfebedarf
4. Angebot von Konsiliar- und Liaisondiensten
5. Sicherstellung der zeitnahen Auf- bzw. Übernahme von Hilfesuchenden
6. Verbindliche Mitwirkung einer Psychosozialen Beratungsstelle und einer suchtmmedizinisch qualifizierten stationären (psychiatrischen) Akutbehandlungseinheit
7. Verfügbarkeit von ambulanten, teilstationären und vollstationären Behandlungsmöglichkeiten und komplementären Versorgungsstrukturen mit entsprechender Vernetzung
8. Entwicklung einheitlicher Dokumentation und Konsens über Ziele- / Erfolgskriterien
9. Verbindlich praktizierte Kooperationsvereinbarungen sowie Entwicklung einer Geschäftsordnung für das kommunale Suchthilfenetzwerk
10. Vereinbarung verbindlicher Finanzierungsregelung bei Übernahme neuer Aufgaben

MAS Ba-WÜ (09.06. 2015). Ministerbrief an alle Oberbürgermeister, Landräte: Empfehlungen zur Suchtprävention im höheren Lebensalter. Stuttgart



Quelle: www.bmg.bund.de/ministerium/ressortforschung/krankheitsvermeidung-und-bekaempfung/drogen-und-sucht/verbesserung-von-beratung-behandlung-und-therapie/sucht-im-alter-fortbildung-hausaerztlicher-einzelpraxen.html

BMG (Mai 2013). Drogen- und Suchtbericht. Berlin, S 129.
28 Sep 2015 A Röhm / Versorgungsforschung Tü



Quellen

Mann, Hofmann (2014). Baden-Württemberg Stiftung gGmbH (Hg.). Sucht im Alter. Ergebnisse der Evaluation des Programms., Stuttgart.
http://www.bwstiftung.de/fileadmin/Mediendatenbank_DE/BW_Stiftung/Publikationen/Gesellschaft_u_Kultur/Sucht_im_Alter.pdf (Zugriff am 11.09.2015)

www.bmg.bund.de/ministerium/ressortforschung/krankheitsvermeidung-und-bekaempfung/drogen-und-sucht/verbesserung-von-beratung-behandlung-und-therapie/sucht-im-alter-fortbildung-hausaerztlicher-einzelpraxen.html

Rothgang et al., Eds. (2012). Barmer GEK Pflegereport 2012. Schrif-tenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 17. Schwäbisch Gmünd, Asgard-Verlagsservice GmbH, Siegburg.

**Barrieren in der Thematisierung eines Tabak-
und Alkoholkonsums bei Schwangeren:
Ergebnisse einer Fokusgruppenanalyse mit
niedergelassenen Gynäkologinnen und
Gynäkologen**

Dr. Anette Stiegler

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen



Barrieren in der Thematisierung eines Tabakkonsums bei Schwangeren: Ergebnisse einer Fokusgruppenanalyse mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen*

3. Tag der Versorgungsforschung | 28.09.2015
 Workshop 2: Versorgungsforschung bei Suchterkrankungen

Anette Stiegler, Linny Bieber, Anil Batra
 Sektion für Suchtmedizin und Suchtforschung (Leitung: Prof. Anil Batra)

* Stiegler A, Bieber L, Karacay K, Wernz F, Batra A. (2015) Gesundheitswesen



Hintergrund

Tabakkonsum in der Schwangerschaft

- Ca. jede 3. Frau raucht zu Beginn der Schwangerschaft, bis zur Entbindung 10-25%
- Teachable Moment
- 40-50% rauchen nach der Geburt wieder, bis 70% innerhalb eines Jahres
- Alleinstehend, geringer Bildungsgrad und sozialer Rückhalt
- Folgen u.a.:
 - Asthma, Infektionen
 - Erhöhte Abortquote bis 33%
 - Frühgeburt, red. Geburtsgewicht
 - Fehlbildungen, CV-Erkrankungen
 - Aufmerksamkeitsstörungen, geistige Behinderung

Howland et al. 2015, Tong et al., 2013, Ekblad et al., 2013, Infant Feeding Survey NHS, 2010
 McBride et al., 2003
 Levitt et al., 2007, Gilbert et al., 2015
 Hawkins et al., 2014, Lumley 2009, Pickett et al., 2009, Ebert et al., 2007, Bergmann et al., 2007



Hintergrund

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

- 14,4 – 30% Häufigkeit
- Binge drinking 1,2-3,5%
- Kein Schwellenwert
- Ein Oberschichtproblem (pränatale Alkoholexposition 20%, im Durchschnitt 13%)
- Folgen:
 - FASD, FAS
 - Organschädigungen und Verhaltensauffälligkeiten
 - Erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen
 - Oft lebenslange Betreuung der betroffenen Kinder notwendig

S3-Leitlinie FAS, 2013
 Bergmann et al., 2007; KIGGS 2003-2006
 Viten et al., 2014
 Pfänder, Feldmann & Liebig, SUCHT 2013



Hintergrund

Die IRIS-Studie

›IRIS I

Förderperiode 08/2011-06/2013

Entwicklung einer internetbasierten, professionell begleiteten Onlineberatung für schwangere Alkohol- oder Tabakkonsumentinnen

Untersuchung von Umsetzbarkeit und Akzeptanz
 Bedarfsabschätzung
Fokusgruppenanalyse



www.frauenklinik.uni-tuebingen.de/iris

›IRIS II

Förderperiode 07/2013-12/2015

Kontrollierte, zweiarmlig randomisierte (1:1) Interventionsstudie

Untersuchung der Abstinenz- und Haltquoten in 2 Bedingungen (SB vs. SB+E-Coach)

Gefördert durch:

 Bundesministerium für Gesundheit
 aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages



Methodik

Fokusgruppeninterviews

- Teilstandardisiertes, qualitatives Gruppendiskussionsverfahren
- Leitfragen:
 1. Wie gestaltet sich die allg. Beratung und Behandlung einer schwangeren Patientin in der gynäkologischen Praxis (Inhalte und Ablauf des Gesprächs)?
 2. Wie erfolgt die Ansprache eines möglichen Konsums (Zeitpunkt, Art der Ansprache, mögliche Schwierigkeiten, Umgang mit eingeräumtem oder verneintem Konsum)?
 3. Welche Faktoren beeinflussen diese Ansprache (erleichternde und hemmende Aspekte, unterschiedliche Patientinnengruppen)?
 4. Wie können Angebote wie IRIS verbessert werden? Welche Schwierigkeiten zeigen sich im Rekrutierungsprozess?
- Stimuli: Fallvignetten mit Klischeetypen Schwangerer
- 88 Min. bzw. 100 Min. Interviewdauer
- Digitale Aufzeichnung, pseudonymisierte Transkription
- Qualitative Inhaltsanalyse (zusammenfassende Variante nach Mayring)
- MAXQDA
- Gruppenzusammensetzung: n=4 (1/ 3) und n=6 (3/ 3), ländliche Region, Klein- und Mittelstadt



Ergebnisse

Kategoriensystem (Ausschnitt)

Hauptkategorien	Unterkategorien
Allgemeiner Rahmen des Arztgesprächs	Inhalte/Themen des Erstgesprächs und in den Verlaufskontakten, zeitlicher Rahmen, Vorgehensweise (schematisch vs. nicht-schematisch)
Thematisierung von Alkohol und Tabak	Anlässe für die Ansprache, thematisierte Aspekte, Unterscheidungen zwischen Substanzen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen)
Ärztliche Einstellungen und Haltungen	Einstellungen der Ärzte, Erwartungen der Ärzte, den Patientinnen zugeschriebene Einstellungen/Haltungen durch den Arzt
Einflussfaktoren auf den Umgang mit dem Alkohol-/Tabakkonsum bei schwangeren Patientinnen	Hemmende Einflussfaktoren (z. B. Zeitmangel), fördernde Einflussfaktoren (z. B. positivere Konnotation der Zigarette erleichtert die Ansprache auf das Rauchen)
Bewältigungsstrategien arztseitig im Umgang mit Hemmfaktoren	
Extern bedingte Grenzen (z. B. mangelnde Offenheit der Patientin verhindert Gespräch über Konsum)	



Ergebnisse

Stellenwert von Alkohol und Tabak im Erstgespräch

- Erstberatung ist komplex und zeitaufwändig (Themenfülle)
- i.d.R. systematische Ansprache (Mutterpass)

„[...] Sie haben ja schon so viele heikle Themen zu besprechen in einer Schwangerschaft [...] und jetzt haben Sie noch ein heikles Thema [Suchtmittelkonsum]. Das sprechen Sie zwar an, ich habe es auf meiner Liste, aber ehrlicherweise bin ich doch nur heilfroh wenn ich weiß, da vom Wartezimmer kommt Druck und sie sagt, alles in Ordnung, alles bestens, dann mache ich gerne einen Haken dahinter und bin so etwas von froh, dass dieses Fass an mir vorübergeht.“ (FG2, A574)

Das kommt auf die Situation an. [...], ob die sprachlichen, intellektuellen Möglichkeiten bestehen, [...] oder man sich wirklich auf ein Minimum beschränkt. (FG 2, A19)



Ergebnisse

Offene Ansprache, Bagatellisierung, Vermeidung von Alkohol und Tabak

- Substanz *„Drogen frage ich nicht routinemäßig, ist mir peinlich.“ (FG2, A295)*
- Keine wiederholte Ansprache *„Die wird nicht mehr angesprochen.“; „Das wäre eine Misstrauenserklärung. [...] Dann würde man ihr unterstellen, dass sie beim ersten Mal gelogen hat. Das belastet wieder das Vertrauensverhältnis, mache ich [...] nicht.“ (FG2, A380-385)*
- Resignation *„Also, ich erhebe das nicht streng, weil ich so wieso angelogen werde.“ (FG2: A198)*
- Belastungsgrad im Arbeitsalltag

„Also wäre Suchtmittel etwas, das, wenn Zeit gering ist oder man unter Druck steht [...] hinten anstünde?“ 5: „Was ausgeklammert würde[...], man nicht drauf achtet. Oder sagt: Dieses Thema reiße ich heute nicht an. Das sprengt meinen Rahmen. Dass man das bewusst draußen lässt.“ (FG 1, A191-196)



Ergebnisse

Einfluss der ärztlichen Vorannahmen zu speziellen Patientinnengruppen

- Bildungsgrad
- Region
- Religion
- Herkunft

vielleicht hakt man beim einen [...] mehr nach als beim anderen. Wenn eine Migrantin z.B. aus Osteuropa kommt, hätte ich vielleicht unbewusst auch die Erwartungshaltung, dass sie es z.B. mit dem Alkohol auch nicht so eng sieht." (FG1, A265)

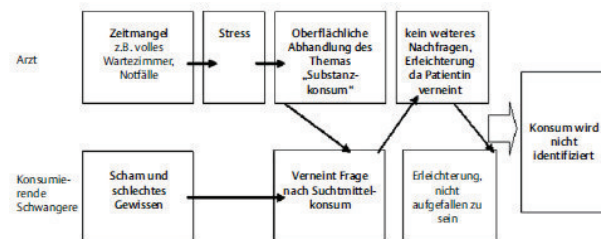
Ergebnisse

Zwischen Verantwortungsgefühl und Abgrenzung

2: „Ich finde [...] man sollte immer offenlassen, dass der Patient zu einem kommt, und nicht umgekehrt, [...] Der Mensch [...] hat eine eigene Würde, und sollte selber entscheiden.“ 4: „Ich gebe Ihnen eigentlich Recht, [...] Wir brauchen einen Auftrag von der Patientin [...]: Betreue meine Schwangerschaft. Dann ist es allerdings meine Pflicht, sie [...] auf bestimmte Sachen hinzuweisen [...] Wenn sie den Ball dann nicht aufnimmt, [...] mein Gott, wir sprechen von verantwortlichen Patienten, Selbstverantwortung, [...]“ 1: „Ja gut, wohl, aber in der Schwangerschaft [...] hat man auch für das Kind eine gewisse [...]“ 2: „Aber ich will keine Regression.“ [...] 4: „Aber ich kann [...] die Menschheit auch nicht retten.“ 1: „Nein, aber sagen wir mal, das ist schon ein gespaltenes Verhältnis.“ (FG2 A482-496)

Ergebnisse

Verzahnung der einzelnen Einflussfaktoren



Diskussion

- Generelles Spektrum möglicher Erfahrung wird abgebildet, keine Generalisierbarkeit der Erg.
- Einflussfaktoren auf das Arzt-Patientinnen-Gespräch sind vielfältig
 - Tageszeit, Arbeitsaufkommen, zu bearbeitende Themen
 - Vorannahmen (z.B. Herkunft, Bildungsgrad)
 - Patientinnenmerkmale bedingen Erwartungen
 - Individuelle Einschätzung der Gefährlichkeit
- Thematik scheint bedeutsam, aber kein einheitliches Vorgehen
- Internationale Studien belegen die beobachteten Schwierigkeiten und die Priorisierung bestimmter Substanzgruppen und Unsicherheiten bzgl. des weiteren Vorgehens

Diskussion

- Entscheidende Funktion der Gynäkologen ist unbestritten
- Stärkung und Schulung des Rollenverständnisses und der Kompetenzen notwendig
- Einführung einheitlicher Vorgehensweisen in der Schwangerenberatung
- Informationsmaterialien zur Auslage im Wartebereich
- Ärztlicher Wirkungsgrad begrenzt
- Identifikation Betroffener aufgrund der gesellschaftliche Stigmatisierung ohnehin erschwert
- Problematik des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft bedarf der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Aufmerksamkeit

VII. Posterpräsentationen

Übersicht



3. Tag der Versorgungsforschung der Medizinischen Fakultät Tübingen Schwerpunkt: Psychische Gesundheit

Montag, 28. September 2015

Posterpräsentation: Versorgungsforschung in Tübingen

<p align="center">Session 1: BEDARF UND INTERVENTIONEN IN DER VERSORGUNG (bei Kindern, psychisch Kranken, Augenheilkunde und seltenen Erkrankungen)</p> <p>Moderation: Prof. Dr. S. Joos</p>				
<p>Psychische Erkrankungen Im Betrieb und bei Erwachsenen</p>	1	Preiser et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Gestaltungsformen des Angebots
	2	Preiser et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Chancen und Grenzen des Angebots
	3	Michaelis et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen & FFAS, Freiburger Forschungsstelle für Arbeits- und Soziamedizin	Wer ist für die Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zuständig? Ergebnisse einer Befragung von Betriebs- und Hausärzten
	4	Hesse, Klingberg	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen	Behandlungspräferenzen und Inanspruchnahme von pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungen bei psychotischen Störungen
	5	Bieber et al.	Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen	Biografisch orientierte Leitfadeninterviews mit problematisch internetnutzenden Frauen: Herausforderungen und Chancen qualitativer Interviews mit geringem Strukturierungsgrad
	6	Geib et al.	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Geriatriisches Zentrum, Universitätsklinikum Tübingen	Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll in der Gerontopsychiatrie – eine Machbarkeitsstudie



Psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Kindern	7	Barth et al.	Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters, Universitätsklinikum Tübingen	Versorgungssituation von Familien mit autistischen Kindern
	8	Barth et al.	Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters, Universitätsklinikum Tübingen	Emotionalität und Affektverarbeitung bei ehemaligen jugendlichen Patienten aus der Computersuchtstudie
	9	Schramm et al.	Universitäts-Augenklinik Tübingen	Die Okklusionstherapie – Eine Odyssee für Eltern, Kinder und Erzieher. Erste Schritte.
	10	Decker et al.	Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen	Barrieren der Prävention und Intervention von Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter: Eine qualitative Studie mit Eltern von betroffenen Kindern
	11	Junne et al.	Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen	Barrieren der Prävention und Intervention von Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter: Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Kinderärzten, Kita-Leitungen und Public-Health-Experten
Erkrankungen bei Kindern seltene Erkrankungen bei Kindern	12	Wagner et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Transitionsversorgung von Mädchen und jungen Frauen mit einer seltenen genitalen Fehlbildung: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche zu Versorgungsbedarfen der Zielgruppe
	13	Erbis et al.	Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Tübingen	Unmet psychological needs in CAPS (Cryopyrin associated periodic syndrome)
	14	Wagner et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Internationaler Vergleich verschiedener Rehabilitationssysteme



Session 2: QUALITÄT UND STRUKTUR IN DER VERSORGUNG
(u. a. bei Kindern, psychisch Kranken, Erwerbstätigen, in der Zahnmedizin und anderen Versorgern)

Moderation: Dr. H. Sturm, MPH

Schnittstellen	1	Hüttig et al.	Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Tübingen	Zusammenarbeit von Haus- und Zahnärzten: Ergebnisse einer Interviewstudie
	2	Völter-Mahlknecht et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Die Kooperation zwischen Betriebsärzten, Rehabilitationsmedizinern und Allgemeinmedizinern in Deutschland: Erhebung von Erfahrungen, Haltungen und Optimierungsmöglichkeiten aus Sicht der Arztgruppen und der Rehabilitanden
	3	Stratil et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Die Schnittstelle zwischen Betriebsärzten, Rehabilitationsmedizinern und Hausärzten in Deutschland – Entwicklung eines Fragebogens basierend auf einer qualitativen Analyse zu Erfahrungen und Erleben der Akteuren
	4	Schörnig et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Chancen und Risiken einer "Social Medical Application Platform" zur Anwendung in der ärztlichen Betreuung von chronisch erkrankten Kindern
	5	Radionova et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	SMARTY als Möglichkeit des Wissens- und Kompetenztransfers zwischen Fachkliniken und externen Behandlern chronisch kranker Kinder
	6	Sturm et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung & Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen	Gesundheitszentrum Hohenstein (GZH) – Patientenorientiertes Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung



Patientensicherheit und Qualität	7	Häske et al.	Medizinische Fakultät, Eberhard-Karls-Universität	Einfluss von Teamtraining für Rettungsassistenten in der prähospitalen Patientenversorgung: eine prospektive semi-qualitative Beobachtungsstudie / The effect of paramedic training on prehospital trauma care (EPPTC-Study): a prospective semi-qualitative observational trial
	8	Rieger et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Zur Erfassung von psychosozialen Arbeitsbedingungen, Führungsqualität sowie Patienten- und Beschäftigtenbezogener Sicherheitskultur - Entwicklung des Fragebogens für die Studie "WorkSafeMed"
Wissen und Rolle von Versorgern	9	Röhm et al.	Klinik für Psychiatrie , Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen, ZfP Südwürttemberg - Abteilung Versorgungsforschung Region Alb-Neckar	PflegeCoDe - Pflegecoaching für die optimale Unterstützung von Menschen mit Demenz
	10	Hildenbrand et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Vermittlung von sozialmedizinischen Fertigkeiten im Humanmedizin-Studium - Entwicklung eines neuen Lehrformats und Erfahrungen in der Anwendung
	11	Michaelis et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen & FFAS, Freiburger Forschungsstelle für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin	Einstellung von deutschen BetriebsärztInnen zu arbeitsmedizinischen Angebotsuntersuchungen – Ergebnisse einer quantitativen Erhebung bei VDBW-Mitgliedern
	12	Völter-Mahlknecht et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Kenntnisstand von BetriebsärztInnen zu arbeitsmedizinischen Angebotsuntersuchungen – Ergebnisse einer quantitativen Erhebung bei VDBW-Mitgliedern
	13	Moßhammer et al.	Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen	Erwerb von Forschungskompetenzen im Blockpraktikum Allgemeinmedizin - Ein Pilotprojekt in 20 hausärztlichen Praxen

Session 1: Bedarf und Interventionen in der Versorgung

(bei Kindern, psychisch Kranken, Augenheilkunde und
seltenen Erkrankungen)

Moderation: Prof. Dr. med. Stefanie Joos

Psychische Erkrankungen im Betrieb und bei Erwachsenen



Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb

Gestaltungsformen des Angebots

Christine Preiser, Monika A. Rieger

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen
² Betriebsärztlicher Dienst, IBM Sales and Distribution
 Tel.: 07071-29 86809, E-Mail: monika.rieger@med.uni-tuebingen.de

I. HINTERGRUND

- Betriebe sehen sich mit zunehmender Relevanz psych(osomat)ischer Erkrankungen und gleichzeitigem Versorgungsdefizit in der kassenärztlichen Versorgung konfrontiert
- Entwicklung einer Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (PSIB) in einigen Großunternehmen
- PSIB ermöglicht Erstgespräch mit psychosomatisch spezialisierten ÄrztInnen oder psychologischen PsychotherapeutInnen

II. ZIEL

- Beschreibung der Ausgestaltung der PSIB
- Beitrag zu ausstehender Modellbildung

III. METHODE

- Verwendung qualitativer Methoden empirischer Sozialforschung

ERHEBUNG

- 2 Fokusgruppendifkussionen mit BetriebsärztInnen
- 8 Einzelinterviews mit ExpertInnen aus den Bereichen Personalwesen, Betriebskrankenkassen, betriebliche Sozialberatung, betriebsärztlicher Dienst
- InterviewpartnerInnen mit und ohne Erfahrungen mit dem Angebot

AUSWERTUNG

- Strukturierende qualitative Inhaltsanalyse mit Bildung zentraler thematischer Kategorien

IV. ERGEBNISSE

Ausschließlich Betriebsarzt

Zahlreiche Zuweiser
Personalbeauftragte, Betriebsrat, BKK u.a.

ZUGANG

Über welche Zuweiser erhalten Beschäftigte Zugang zur PSIB?

KOMMUNIKATION

Wie erfahren die Beschäftigten von dem Angebot der PSIB?

Situativ und anlassbezogen im Einzelgespräch

Anlassunabhängig betriebsweit

1 Stunde

Bis zu 5 Stunden

ANZAHL STUNDEN

Wie viele Stunden werden durch den Betrieb finanziert?

ORT

Wo findet der Gesprächstermin statt?

Im Betrieb

In der Praxis des Kooperationspartners

V. DISKUSSION

- Bildung eines **restriktiven Modells** und eines **liberalen Modells**
- In der Praxis vor allem Mischformen, da heterogener und bedarfsgerechter Zuschnitt auf den jeweiligen Betrieb
- PSIB ist arbeitgeberfinanziert, aber letztlich der Regelversorgung zuzuordnen – welche Formen der Anbindung sind denkbar?
- Studie zur Effektivität des Angebots (Rothermund et al. 2014) läuft derzeit

VI. LITERATUR

- Preiser C, Wittich A, Rieger MA (2014) Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Gestaltungsformen des Angebots [Psychosomatic Consultation in the Workplace – Description and Modellung of a New Health-related Service]. Gesundheitswesen, DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1384611>.
- Rothermund E, Gündel H, Hölzer M, et al (2014) Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext- Konzepte und erste Daten. Z Psychosom Med Psychother 60: 177-189.

Danksagung

- Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Interviews
- Die Durchführung der Studie wurde finanziell unterstützt durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- 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)



Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb

Chancen und Grenzen des Angebots

Christine Preiser, Monika A. Rieger

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen
Tel.: 07071-29 86809, E-Mail: monika.rieger@med.uni-tuebingen.de

I. HINTERGRUND

- Betriebe sehen sich mit zunehmender Relevanz psych(osomat)ischer Erkrankungen und gleichzeitigem Versorgungsdefizit in der kassenärztlichen Versorgung konfrontiert
- Entwicklung einer Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (PSIB) in einigen Großunternehmen
- PSIB ermöglicht Erstgespräch mit psychosomatisch spezialisierten ÄrztInnen oder psychologischen PsychotherapeutInnen

II. ZIEL

- Perspektiven der Befragten auf psych(osomat)ische Erkrankungen im Betrieb
- Haltungen zu Chancen und Grenzen des Angebots

III. METHODE

- Verwendung qualitativer Methoden empirischer Sozialforschung

ERHEBUNG

- 2 Fokusgruppendifkussionen mit BetriebsärztInnen
- 8 Einzelinterviews mit ExpertInnen aus den Bereichen Personalwesen, Betriebskrankenkassen, betriebliche Sozialberatung, betriebsärztlicher Dienst
- InterviewpartnerInnen mit und ohne Erfahrungen mit dem Angebot

AUSWERTUNG

- Strukturierende qualitative Inhaltsanalyse mit Bildung zentraler thematischer Kategorien

IV. ERGEBNISSE (AUSZUG)

Ursachen sind
multikausal

Lösungsfindung
zentral

Zunahme innerbetriebl.
Akzeptanz & Wissen

PSYCH. ERKRANKUNGEN IM BETRIEB

Welche Haltungen haben
ExpertInnen zu psych.
Erkrankungen im Betrieb?

CHANCEN

Wo liegen die Chancen der
PSIB für die beteiligten
Akteure?

Verkürzte Fehlzeiten durch
frühzeitige Maßnahme
(Beschäftigte & Betrieb)

Verbesserung von
Wissen

(BetriebsärztInnen &
KooperationspartnerInnen)

Beschäftigte werden
nicht immer
zugewiesen

Übergang in Regel-
versorgung schwierig

GRENZEN

Wo stößt das Angebot der
PSIB an seine Grenzen?

KRITIK & BEWERTUNG

Wie wird das Angebot generell
einschätzt?

PSIB = Alibi-Funktion?

PSIB übt Druck aus, sie
wahrzunehmen

Insgesamt aber
Positivbewertung

V. DISKUSSION

- Ein schneller, niedrigschwelliger Zugang zur PSIB kann eine Chance für Beschäftigte und Betrieb sein – wenn im Falle betriebsinterner Ursachen der Erkrankung betriebsinterne Veränderungen angestoßen werden
- Die PSIB kann aktuell ihre Chancen dort besonders entfalten, wo Beschäftigte nicht in die Regelversorgung übergehen müssen
- PSIB hat das Potenzial, in der Versorgung die strikte Trennung zwischen Betrieb und Regelversorgung zu überwinden

VI. LITERATUR

- Preiser C, Rothermund E, Wittich A, Gündel H, Rieger MA (2015) Psychosomatic Consultation in the Workplace – opportunities and limitations of the service offered. Results of a qualitative study. Eingereicht bei International Archives of Occupational and Environmental Health, under review.

Danksagung

- Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Interviews
- Die Durchführung der Studie wurde finanziell unterstützt durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- 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)

Wer ist für die Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zuständig?

Ergebnisse einer Befragung von Betriebs- und Hausärzten

Martina Michaelis ^{2,1} Rahna Shahriari ¹ Florian Junne ³ Eva Rothermund ⁴ Harald Gündel ⁴, Stephan Zipfel ³ Monika A. Rieger ¹
1 Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen | 2 Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS) | 3 Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | 4 Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm

1. Hintergrund

- ▶ Tendenz von Arbeitsausfällen durch psychische und psychosomatische Erkrankungen (PPE) steigend. Damit auch: wachsende Notwendigkeit zur Prävention von PPE bei Beschäftigten und Kooperation an medizinisch/therapeutischen Schnittstellen. Fragestellung im Projekt **PHOEBE** (standardisierte Befragung von Betriebsärzten [BÄ] und Hausärzten [HÄ]): „Welche Akteure sollten sich in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von PPE Ihrer Meinung nach besonders engagieren?“

2. Methoden

- ▶ **Fragebogen-Operationalisierung:** 1. Betriebliche Akteure (BÄ, Betriebsräte (BR), Personalverantwortliche (PV), 2. niedergelassene Akteure im Versorgungssystem (Hausärzte, Psychotherapeuten [PT]) und 3. Institutionen des Versorgungssystems mit gesetzlichem Präventionsauftrag (Kranken-, Renten-, Unfallversicherung [KV, RV, UV]). Antwortmöglichkeit für Attributionen: „ja/ nein/ weiß nicht“.
- ▶ **Stichprobenzugang:** 1.000 HÄ (Zufallsstichprobe, KV-Datenbank) und 450 BÄ (VDBW; Vollerhebung) in Baden-Württemberg.

3. Fragebogenrücklauf, Kollektiv, Datenqualität

- ▶ **Rücklauf** 30% (BÄ, n=133) bzw. 14% (HÄ, n=136). Beide Kollektive -> soziodem. vergleichbar (Männeranteil BÄ/HÄ 53/60%, Altersmittel 55/54 Jahre (SD 8/9), mittlere Berufserfahrung als Betriebs- bzw. Hausarzt 18/17 Jahre (SD 9/10). BÄ: mehr Kontakterfahrung mit HÄ (PPE) als umgekehrt (89/40%), mehr Erfahrung mit BEM (95/80%), mehr Vorerfahrung in psych. Versorgungsbereichen während Fachweiterbildung (26/33%; jeweils p=0,000, moderate Effektstärke ($\phi_{(chi^2)}$ 0,22-0,51).
- ▶ **Datenqualität:** $\frac{3}{4}$ -> Beantwortung vollständig. „Weiß nicht“ -> selten (diese/vereinzelt fehlende Angaben Interpretation als "nein").

4. Ergebnisse

- ▶ Hohe Zuständigkeitsverweise (mind. 70%) -> Akteure **BÄ, PV** und **BR** in der **Primärprävention** sowie **BÄ** und **HÄ** in der **Sekundärprävention** (Tab 1).
- ▶ **Tertiärprävention** -> alle Akteure (außer **BR** und **UV**) mindestens ebenso viele.
- ▶ Für **PT** nicht mehr als zwei Drittel Zuständigkeit für Frühinterventionen.
- ▶ **Statist. Unterschiede:** insgesamt keine.

Präventionsbereiche	Primär		Sekundär		Tertiär	
	BÄ	HÄ	BÄ	HÄ	BÄ	HÄ
Betriebsärzte (BÄ)	89,5	91,2	88,7	84,6	87,2	82,4
Personalverantwortliche (PV)	81,2	77,2	71,4	69,1	72,9	71,3
Betriebs-/ Personalräte (BR)	74,4	75,7	55,6	54,4	63,9	56,6
Hausärzte (HÄ)	59,4	64,0	84,2	84,6	76,7	75,0
Psychotherapeuten (PT)	15,8	16,9	68,4	66,2	79,7	79,4
Krankenversicherung (KV)	56,4	44,1	62,4	64,0	75,2	72,1
Rentenversicherung (RV)	34,6	36,0	48,1	42,6	82,0	82,4
Unfallversicherung (UV)	55,6	44,1	54,9	49,3	65,4	67,6

Tab. 1: Attribuierung von Zuständigkeiten (% Zustimmung, Antworten von 133 BÄ/136 HÄ)

5. Schlussfolgerungen und Ausblick

- ▶ Der Plausibilität der Antworten ist zu entnehmen, dass sich Betriebs- und Hausärzte mehrheitlich im Versorgungssystem auskennen und darüber hinaus die Verantwortung für die einzelnen Präventionsbereiche bei denselben Akteursgruppen erkennen.
- ▶ Insgesamt wird die Zuständigkeit für ein Engagement zur Prävention nicht in allen Bereichen so hoch angesehen, wie es zu erwarten sein könnte, z.B. hinsichtlich des Präventionsauftrags der Unfallversicherungen.
- ▶ **Limitationen:** Geringer Rücklauf in HÄ- Stichprobe (Überschätzung von Antworten möglich; für die BÄ 30%-Rücklauf erfahrungsgemäß „normal“)
- ▶ **Ausblick** für die Zukunft angesichts der homogenen Einstellungen: Wie können HÄ und BÄ besser kooperieren? Kennen sie die entsprechenden Angebote von Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungen? Vermitteln sie sie auch im Bedarfsfall?

Behandlungspräferenzen und Inanspruchnahme von pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungen bei psychotischen Störungen

K. Hesse, S. Klingberg



Gefördert durch die DFG
GZ: HE 6865/1-1



Thema

Einleitung

Hintergrund:

- Die Versorgungsquote mit Psychotherapie bei Patienten mit psychotischen Störungen ist gering, die Non-Adhärenz bezüglich Antipsychotika ist hoch.
- Die Rückfallhäufigkeit ist bei diesen Erkrankungen hoch.
- Die Motive der Patienten und wie sie mit der Versorgungssituation zusammenhängen ist unklar.

Methode:

- N=123 Patienten mit psychotischen Erkrankungen wurden zur Motivation zur Weiterführung von Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Abschluss einer stationären Behandlung befragt.
- Acht Wochen später wurden sie telefonisch kontaktiert, ob Psychotherapie in Anspruch genommen wurden, und wie die Medikamenteneinnahme erfolgte.

Fragestellungen:

- Gründe von Patienten mit psychotischen Erkrankungen für Präferenz von Psychotherapie und Pharmakotherapie.
- Anteil von Patienten die eine Psychotherapie, eine Pharmakotherapie oder eine Kombinationsbehandlung wünschen.
- Bekommen die Patienten die es wollen ihre präferierte Therapie - Zusammenhang von Absicht zu Inanspruchnahme.

Modell

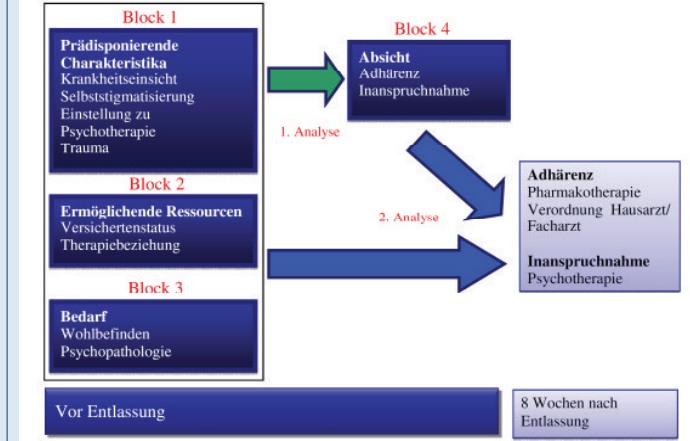
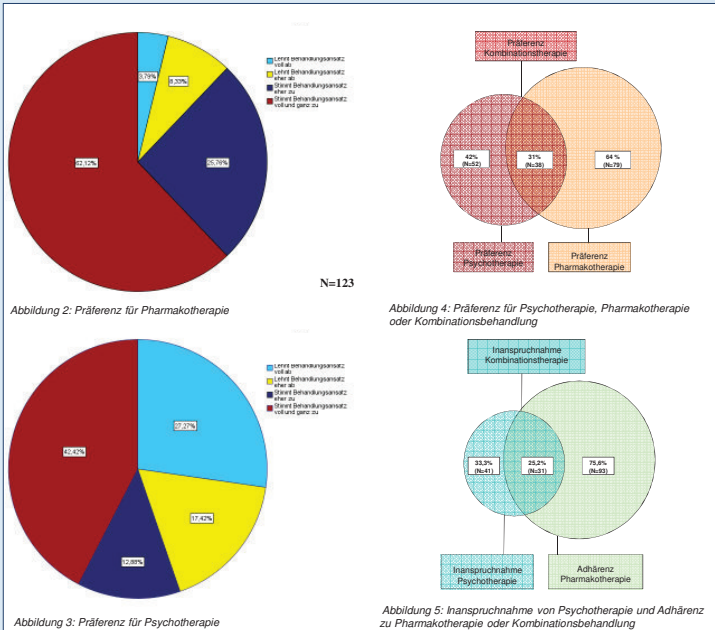


Abbildung 1: Modifiziertes „Health Behavior Model“ (Anderson, 1995) für Adhärenz bei psychotischen Erkrankungen

Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse



Prädiktoren Psychopharmaka

	Regressions-Koeffizient B	Standardfehler	Wald	Sig.	Exp(B)
Alter	.008	.019	.155	.694	1.008
Geschlecht	-.055	.501	.012	.913	.947
Krankheitsinsicht	-2.208	.636	12.054	.001	.110
Selbststigmatisierung	-.010	.020	.244	.621	.990
Pharmakotherapie: Notwendigkeit	.942	.289	9.942	.002	2.564
Pharmakotherapie: Belürchtigungen	-.431	.275	2.451	.117	.650
Versichertenstatus	-1.371	1.011	1.839	.175	.254
Therapeutische Allianz	.251	.263	.910	.340	1.285
PANSS - Positivskala	-.017	.057	.085	.770	.984
PANSS - Negativskala	.020	.044	.210	.647	1.020

	Regressions-Koeffizient B	Standardfehler	Wald	Sig.	Exp(B)
Alter	.018	.021	.726	.394	1.018
Geschlecht	.314	.544	.332	.564	1.369
Präferenz Pharmaka	.605	.610	.983	.321	1.831
Krankheitsinsicht	-.654	.630	1.079	.299	.520
Selbststigmatisierung	-.007	.021	.098	.754	.993
Pharmakotherapie: Notwendigkeit	.626	.257	5.949	.015	1.870
Pharmakotherapie: Belürchtigungen	-.232	.296	.614	.433	.793
Versichertenstatus	.430	.255	2.846	.092	1.537
Therapeutische Allianz	.042	.057	.533	.465	1.043
PANSS - Positivskala	-.008	.048	.030	.861	.992
PANSS - Negativskala	.018	.021	.726	.394	1.018

Prädiktoren Psychotherapie

	Regressions-Koeffizient B	Standardfehler	Wald	Sig.	Exp(B)
Alter	.001	.003	.05	.805	1.001
Geschlecht	-.328	.419	.611	.434	.721
Krankheitsinsicht	-.350	.472	.55	.458	.704
Selbststigmatisierung	.024	.020	1.4	.232	1.024
Psychotherapie: Erfolgserwartung	.552	.252	5.5	.019	1.807
Psychotherapie: Fürcht vor Veränderung	-.436	.295	2.1	.140	.647
Versichertenstatus	.019	.765	.00	1	1.019
Therapeutische Allianz	.255	.218	1.3	.242	1.290
PANSS - Positivskala	-.051	.051	1.0	.313	.950
PANSS - Negativskala	-.006	.038	.02	.8	.967

	Regressions-Koeffizient B	Standardfehler	Wald	Sig.	Exp(B)
Alter	-.008	.012	.461	.497	.992
Geschlecht	-.809	.531	2.319	.128	.445
Präferenz Psychotherapie	2.462	.568	18.757	.000	11.728
Krankheitsinsicht	.893	.667	1.789	.181	4.10
Selbststigmatisierung	.033	.025	1.715	.190	1.034
Psychotherapie: Erfolgserwartung	-.054	.305	.032	.859	.947
Psychotherapie: Fürcht vor Veränderung	-.193	.387	.250	.617	.824
Versichertenstatus	.844	1.139	.687	.407	2.571
Therapeutische Allianz	.383	.271	2.007	.157	1.467
PANSS - Positivskala	.028	.069	.168	.682	1.029
PANSS - Negativskala	-.127	.054	5.411	.020	.881

Schlussfolgerung

1. Psychotherapie wird seltener empfohlen und von den Patienten präferiert als Antipsychotika.
2. Die Versorgung mit Psychotherapie ist bundesweit schlecht, Tübingen ist offensichtlich eine Ausnahme. Dies wirkt sich auf die Versorgungsquote von schwerer erkrankten erfreulich aus.
3. Nur Etwa 25% der Patienten wählen die empfohlene Kombinationsbehandlung.

4. Die Absicht Psychopharmaka weiter einzunehmen und eine Psychotherapie zu beginnen, wird durch die wahrgenommene Wirksamkeit beeinflusst. Lediglich die Krankheitsinsicht kommt bei der Adhärenz zu Pharmaka hinzu.
5. Die Präferenz für die Behandlungsmethode ist Prädiktor für das tatsächliche Verhalten. Negativsymptomatik ist ein Hemmnis für die Inanspruchnahme von Psychotherapie.



Dr. Klaus Hesse
Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Calwer Str. 14, 72076 Tübingen
Klaus.hesse@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Stefan Klingberg
Leitender Psychologe
www.psychose-psychotherapieforschung.de



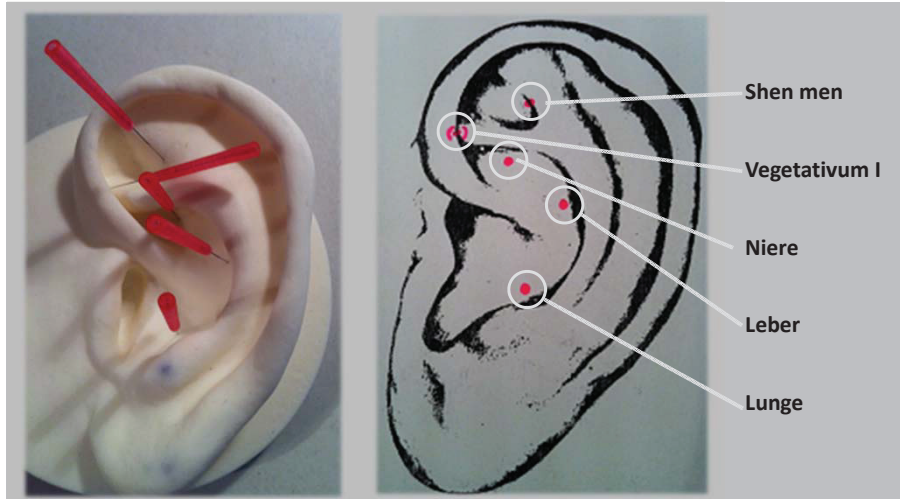
Janina Geib¹, Gerhard W. Eschweiler¹, Rieger M.A.², Joos S.³, Florian Metzger¹

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

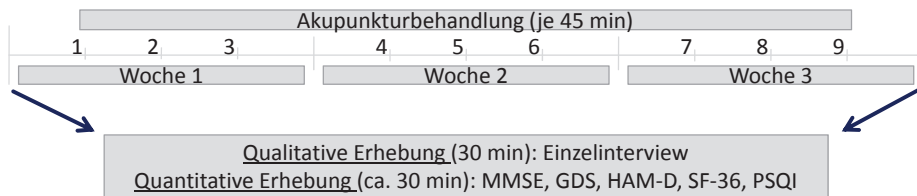
¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Geriatriisches Zentrum des Universitätsklinikums Tübingen
² Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen
³ Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Tübingen

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)



Methode:



Studiendesign:

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

Zusammenfassung:

- Deutliche Verbesserung bei jedem Studienteilnehmer auf Zielsymptomatik zu beobachten
- Die Integration einer neuen Form der Therapie in ein bestehendes Setting einer Tagesklinik erfordert, unabhängig von der Art dieser Therapie, einen enormen Aufwand der zeitlichen und räumlichen Abstimmung. Räumlichkeiten und Zeiten sollten so koordiniert werden, dass es zu keinen Einschränkungen anderer Therapien durch die Akupunktur führt.
- Gute Annahme des Angebots durch die Patienten und hohe Akzeptanz des Verfahrens beim therapeutischen Team

Forschungsfragen:

- Lässt sich eine Gruppenohrakupunktur bei depressiven Patienten in eine gerontopsychiatrische Tagesklinik implementieren?
- Was verspricht sich das therapeutische Team von einer Teilnahme?

Akupunktur als Chance:

- „... da bin ich grundsätzlich dafür: Alles, was nichts mit Medikamenten zu tun hat, alles ausprobieren.“
- „Ich sehe den Nutzen auch im Bereich von „medikamentöse Reduzierung““
- „... der Pat. sich ... selbstverantwortlich darum kümmert, das weiterzuführen, weil es ihm gut getan hat...“

Enger Therapieplan:

- Durch zusätzliche Therapie wird der Zeitplan für die Patienten enger:
- „... Patienten müssen ja auch wissen, wann und wie ... Und der Zeitrahmen ist schon ein bisschen eng gesteckt, ... sowohl für die Patienten als auch für uns Mitarbeiter.“ (Z. 98-160).
- Cave: Drohende Konkurrenz zwischen den Therapien!

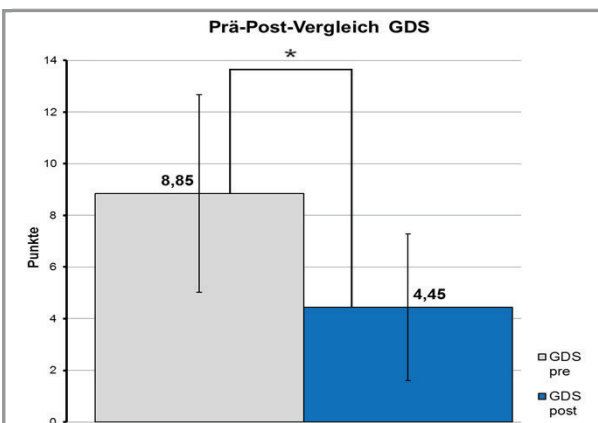
Therapeutisches Team

Positive Rückmeldungen:

- „... die waren alle positiv angetan. Lückenlos“
- „... es ist auch schön für die Patienten, dass die da mal einzeln ... behandelt werden und das genießen die schon...“
- „... ich finde es auch positiv,.. Akupunktur finde ich ...auch gut. Ich selber würde es auch machen, wenn ich Patient wäre.“

Rückmeldung der Akupunkteure an das Team:

- „... Also das bestätigen auch die Akupunkteure, dass sie sehr davon profitieren, dass sie sehr gerne dabei sind und dass sie was Tolles machen können für die Patienten. Und wie gesagt, die Patienten berichten auch gut darüber...“



Literatur: (1) statistischen Bundesamt, Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. (2) Darowski A, Chambers SA, Chambers DJ.: Antidepressants and falls in the elderly. Drugs Aging. 2009;26(5):381-94. (3) Grüsser SM, Mörsen CP, Rau S et al (2005) Der Einfluss von Ohrakupunktur auf das Drogenverlangen und das emotionale Befinden bei Opiatabhängigen und nicht abhängigen Alkoholkonsumenten. Dtsch Ztschr. F. Akup. 2005; 48, 2:20-27.

Session 1: Bedarf und Interventionen in der Versorgung

(bei Kindern, psychisch Kranken, Augenheilkunde und
seltene Erkrankungen)

Moderation: Prof. Dr. med. Stefanie Joos

Psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Kindern



Versorgungssituation von Familien mit autistischen Kindern

Gottfried Maria Barth¹, Lea Zeltsch¹, Caren Löwen², Inke Haussmann², Martin Hautzinger³, Tobias Renner¹

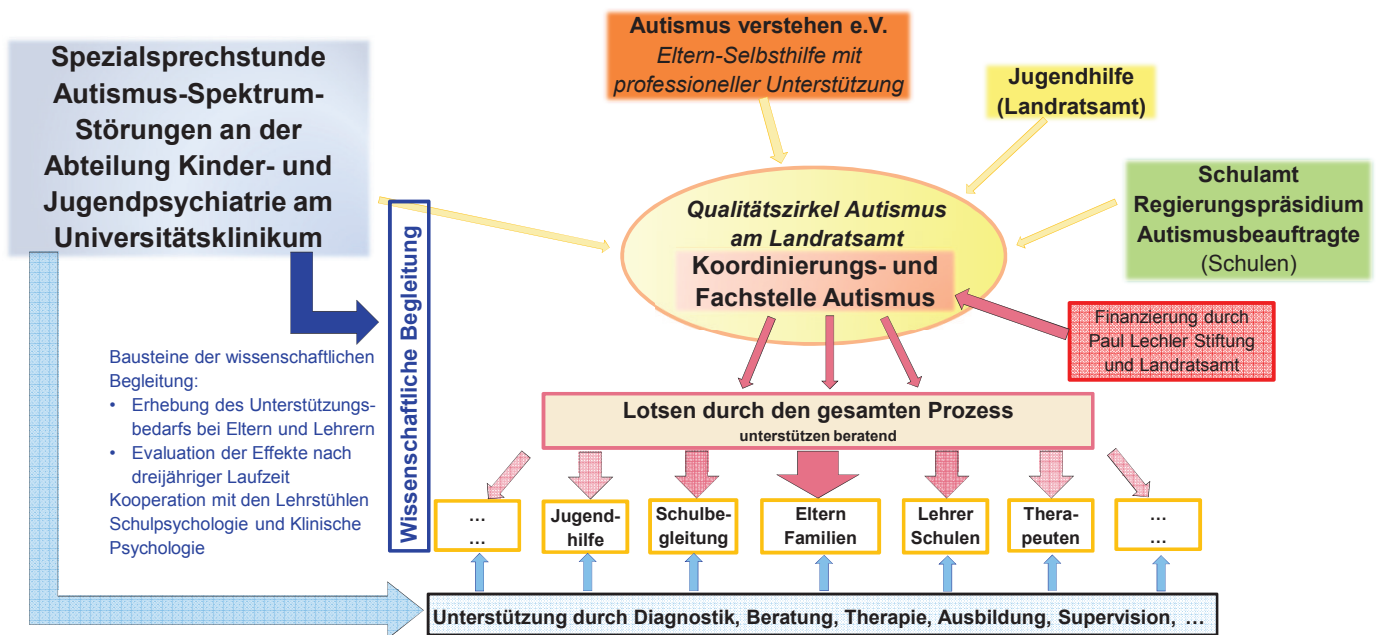
¹Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

²Verein Autismus verstehen e.V., Reutlingen - ³Lehrstuhl Klinische Psychologie Universität Tübingen

3. Tag der Versorgungsforschung, Tübingen 28. September 2015

Aufbau einer Koordinierungs- und Fachstelle Autismus im Landkreis Reutlingen

In gemeinsamer Absprache haben Jugendamt, Schulleiter, der Verein Autismus verstehen e.V. und die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen einen gemeinsamen Qualitätszirkel Autismus am Landratsamt Reutlingen gebildet. Als zentrales Projekt wurde ein Lotsendienst für betroffene Familien und Helfer konzipiert. Diese Koordinierungs- und Fachstelle Autismus im Landkreis Reutlingen nimmt 2015 ihre Arbeit auf und soll eine zentrale Vermittlungsfunktion für alle Angebote im Autismusbereich bilden.



Wissenschaftliche Begleitforschung

Befragung von Lehrkräften

(Derzeit im Abschluss in Zusammenarbeit mit der Lehrstuhl Schulpsychologie der Universität Tübingen)

Phase 1:
(74 Teilnehmer)
Zufriedenheit der Lehrkräfte mit den schulischen Fördermöglichkeiten autistischer Kinder
- Eine Fragebogenerhebung an Sonder- und Regelschulen in den Landkreisen Tübingen und Reutlingen -

Phase 2:
(Erhebung läuft)
Erweiterung der Fragen sowie der befragten Schulen und Landkreise

Erhebung der aktuellen Versorgungssituation der Familien mit autistischen Kindern einschließlich der Betreuung in Schule und Kindertagesstätten

In einer ausführlichen Befragung sollen Eltern von autistischen Kindern über die Belastung der Familie durch den Autismus des Kindes befragt werden. Dabei wird insbesondere darauf abgehoben, inwieweit die Versorgungssituation dieser Familien zu einer Entlastung oder Belastung führt.

Aus der Sicht der Familien soll erhoben werden, inwieweit sie Unterstützung erfahren und die Betreuung in Kindergarten, Schule und weiteren Betreuungsangeboten als hilfreich erfahren wird. Insbesondere soll erforscht werden, ob es Unterschiede gibt zwischen unterschiedlichen Landkreisen. Auf dieser Grundlage soll nach Abschluss des Modellprojekts erhoben werden, ob sich durch das Modellprojekt Veränderungen ergeben haben.

Es sollen Familien aus den Landkreisen Reutlingen, Tübingen und weiteren angrenzenden Landkreisen mittels Fragebögen über die Versorgungssituation und die Symptomatik der Kinder befragt werden.

Jeweils 15 Familien aus dem Landkreis Reutlingen und aus anderen Landkreisen sollen nachfolgend in einem Telefoninterview noch spezifischer auf die Belastungsfaktoren hin befragt werden.

Fallbezogene Untersuchung der Veränderungen im schulischen Kontext und der resultierenden Belastungen der Familien durch Maßnahmen des Modellprojekts

Jeweils 15 Familien aus der Betreuung des Modellprojekts und im Vergleich dazu aus anderen Landkreisen sollen mit regelmäßigen Erhebungen über 3 Jahre hinweg begleitet werden.

Die Untersuchung soll qualitativ durchgeführt werden und mit einer Wiederholung der Fragebogen aus der einmaligen Befragung der Familien abgeschlossen werden.

Eingesetzt werden:

- Narrative und semistrukturierte Interviews
- Fokusgruppen (Eltern, Lehrer, Schulbegleiter)

Schlussfolgerung

In gemeinsamer Anstrengung konnten Selbsthilfe (Verein Autismus verstehen), Jugendhilfe, Schulleiter und Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Unterstützung der Paul Lechler Stiftung die Einrichtung einer Koordinierungs- und Fachstelle Autismus auf den Weg bringen. Der von diesen Beteiligten am Landratsamt gebildete Qualitätszirkel berät und leitet die Koordinierungs- und Fachstelle Autismus.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen evaluiert die aktuelle Versorgungssituation der Familien mit autistischen Kindern und ihre Veränderungen in Zusammenarbeit mit den Lehrstühlen Klinische Psychologie und Schulpsychologie der Universität Tübingen. Die hier vorgestellte Untersuchung soll aus Sicht der Familien die Belastungen und Qualität der Versorgung erheben. Diese Untersuchung soll Grundlage sein für eine spätere vergleichende Erhebung, in der dann mögliche Verbesserungen durch die Koordinierungs- und Fachstelle Autismus abgebildet werden können.

Kontaktadresse: Dr. med. Gottfried Maria Barth, M.A., Oslanderstraße 14-16, 72076 Tübingen, Germany, Phone: +49-7071-2986533, eMail: gottfried.barth@med.uni-tuebingen.de



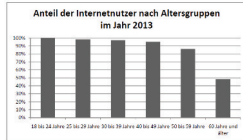
Emotionalität und Affektverarbeitung bei ehemaligen jugendlichen Patienten aus der Computersuchtsprechstunde

Gottfried Maria Barth¹, Janina Kehrer³, Anil Batra², Martin Hautzinger³, Tobias Renner¹

¹Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
²Sektion Suchtforschung Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen - ³Lehrstuhl Klinische Psychologie Universität Tübingen

3. Tag der Versorgungsforschung, Tübingen 28. September 2015

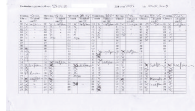
Einleitung



Vgl. <http://de.statista.com/statistik/datenbank/infografik/216771/umfrage/internetnutzer-nach-altersgruppen-in-deutschland-124.06.2014/>

Es stellt sich die Frage, wie weit eine exzessive Internet- und Computerspielnutzung mit Defiziten in der Emotionsregulation verbunden ist und wie stabil solche Defizite im weiteren Verlauf sind. Insbesondere interessiert die Affektregulation durch Online-Aktivitäten.

Das Internet wird heute von 100% der älteren Jugendlichen genutzt. Die Mehrzahl der Jugendlichen hat sich inzwischen eine beträchtliche Online-Kompetenz erworben hinsichtlich Dauer und Art der Internetnutzung. Ein Teil der Jugendlichen entwickelt eine pathologische Internetnutzung mit negativen Folgen für die Erfüllung altersgemäßer Alltagsanforderungen



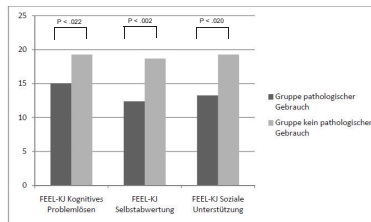
Methode

Von den in der Tübinger Sprechstunde für exzessiven Medienkonsum seit 2008 untersuchten Jugendlichen wurden 153 angeschrieben und um die Beantwortung eines Online-Fragebogens gebeten.

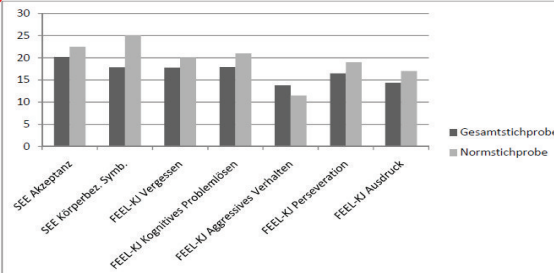
Teil 1: Bis zur hier dargestellten vorläufigen Analyse hatten 14 ehemalige Patienten geantwortet im Alter von inzwischen durchschnittlich 18,4 Jahren (SD 2,1 J.), von 13 (12 ♂, 1 ♀) waren die Angaben verwertbar. Von diesen Patienten wurden die *Skalen zum Emotionalen Erleben SEE* (Behr & Becker, 2004) sowie der *Fragebogen zur Erhebung von Emotionsregulationsverhalten bei Kindern und Jugendlichen FEEL-KJ* (Grob & Smolenski, 2005) ausgewertet und mit den Normwerten verglichen sowie innerhalb der Gruppe nach aktuell moderater und exzessiver Mediennutzung unterschieden. Anhand der DSM-V – Forschungskriterien für Internet Gaming Disorder sowie der Compulsive Internet Use Scale/CIUS (Meerkerk, Van Den Eijnden, Vermulst & Garretsen, 2009) wurden 3 ehemalige Patienten mit aktuell noch bestehender exzessiver Internetnutzung von 10 anderen mit aktuell kontrollierter Internetnutzung unterschieden. Die durchschnittliche Internet-Nutzung an Wochentagen betrug aktuell 6 Stunden.

Teil 2: Von allen antwortenden Patienten wurden 10 Patienten mit einem halbstrukturierten Interview befragt. Diese Befragung wird qualitativ ausgewertet hinsichtlich ihrer Motive zur Computernutzung und auf die Rolle der Internetnutzung zur Affektregulation.

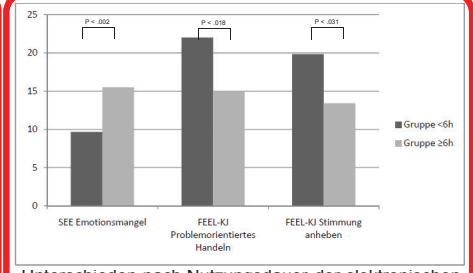
Teil 1: Ergebnisse / Diskussion



Die Probanden mit aktuell pathologischem Internetgebrauch zeigten signifikant geringere ausgeprägte Strategien zur Emotionsregulation in Form des kognitiven Problemlösens, der Suche nach den Ursachen bei sich selbst und der Einholung sozialer Unterstützung.



Gegenüber der Normstichprobe zeigten die untersuchten Probanden eine geringere Akzeptanz und körperbezogene Symbolisierung von Emotionen sowie geringere ausgeprägte Bewältigungsstrategien mit Ausnahme einer verstärkten Emotionsbewältigung mittels aggressivem Verhalten.



Unterschieden nach Nutzungsdauer der elektronischen Geräte zeigten die Probanden mit längerer durchschnittlicher Nutzung stärkeres Erleben von Emotionsmangel sowie geringere ausgeprägte Bewältigungsstrategien Problemorientiertes Handeln und Stimmung anheben.

Teil 2: Erhobene Daten und geplante Analyse

Die Probanden mit aktuell pathologischem Internetgebrauch zeigten signifikant geringere ausgeprägte Strategien zur Emotionsregulation in Form des kognitiven Problemlösens, der Suche nach den Ursachen bei sich selbst und der Einholung sozialer Unterstützung.

Zehn Probanden mit und ohne aktuell pathologischem Internetgebrauch wurden nachfolgend in einem teils freien und teils geleiteten Interview zu ihren Motivationen und den detaillierten Umständen ihrer Internetnutzung sowie zu ihrem psychischen Befinden und dem Verlauf in den letzten Jahren befragt. In qualitativer Auswertung soll dabei die Rolle der Internetnutzung zur Affektregulation untersucht werden. Die Durchführung der Interviews ist inzwischen abgeschlossen, die Interviews werden derzeit transkribiert. Die Auswertung soll als qualitative Inhaltsanalyse mit Unterstützung der Abteilung Versorgungsforschung der Universitätsklinik Tübingen unter Einbeziehung der Analysesoftware MAXQDA erfolgen.

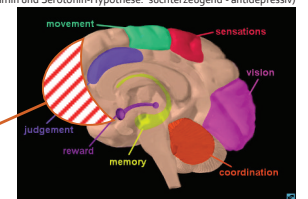
Schlussfolgerung



- Insgesamt zeigt sich damit bei den früher und aktuell exzessiv computerspielenden oder internetnutzenden Adoleszenten eine eingeschränkte Fähigkeit zur Symbolisierung von Emotionen und eine reduzierte kognitive Problemlösefähigkeit und Emotionsregulation.
- Es bleibt zu klären, ob dies als Folge der exzessiven Mediennutzung anzusehen ist oder ob diese im Sinne einer Selbstregulation die beschriebenen Defizite ausgleichen soll. Die Auswertung der hierzu durchgeführten Interviews läuft derzeit.

Es gibt Hinweise darauf, dass eine Ausübung einer Verhaltenssucht mit einer Mindererregung im präfrontalen Cortex verbunden ist. Dies könnte eine geringere ausgeprägte Emotionssymbolisierung und defizitäre Regulationsstrategien erklären und mit einer eingeschränkten Handlungssteuerung und Frustrationstoleranz verbunden sein.

Neurobiologische Verstärkung verschiedener Hirnareale (Dopamin und Serotonin-Hypothese: suchterzeugend - antidepressiv)



Präfrontale Hirnareale nach exzessiver Nutzung auf „stand by“?

Literatur
Behr, M. & Becker, M. (2006). SEE - Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 141-144.

Chumbley, J. & Griffiths, M. (2006). Affect and the Computer Game Player: The Effect of Gender, Personality, and Game Reinforcement Structure on Affective Responses to Computer Game Play. *Cyber Psychology & Behavior*, 9(3), 308-316.

Grob, A. & Smolenski, C. (2005). *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ)*. Bern: Verlag Hans Huber.

Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A. & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyber Psychology & Behavior*, 12(1), 1-6.

Barth, G. M., Sieslack, S., Peukert, P., Kasmi, J. E., Schlipf, S., Travers-Podmanicky, G., Wildgruber, Batra A. (2009). Internet- und Computerspielsucht bei Jugendlichen. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 2, 35-43.

Kontaktadresse: Dr. med. Gottfried Maria Barth, M.A., Osianderstraße 14-16, 72076 Tübingen, Germany, Phone: +49-7071-2986533, eMail: gottfried.barth@med.uni-tuebingen.de

Charlotte Schramm¹, Sybille Gräf¹, Natalia Radionova¹, 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. Erste Schritte.

Hintergrund:

Die Amblyopie (Schwachsichtigkeit) betrifft ca. 3-5 % der Bevölkerung und ist Hauptursache für visuelle Funktions-einbußen vor dem 45. Lebensjahr.¹ Das lebenslange Risiko bei amblyopen Patienten für eine beidseitige Sehbinderung ist im Vergleich zu Gesunden doppelt so groß.^{2,3}



Abb. 1: Kinder mit einem Okklusionspflaster

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. 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.

Methoden:

Einzelinterviews + teilnehmende Beobachtung

Mit Hilfe zweier qualitativer Methoden – Durchführung von Einzelinterviews und systematischer teilnehmender Beobachtung – sollten die Schwerpunktprobleme der Okklusionstherapie herausgearbeitet werden. Zunächst wurden 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. Die Auswertung der Interviews erfolgte 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 wurde am Ende der Phase 1 anhand der Ergebnisse der Einzelinterviews erstellt. Die Studie befindet sich momentan mitten in der Beobachtungsphase (Abb. 2).

Zeitraum	Aktivität oder Meilenstein
01.09. – 31.10.2013	<ul style="list-style-type: none"> Ethikantrag Organisatorische Angelegenheiten (Anschaffungen wie Aufnahmegerät / Software, Rekrutierung Hilfskräfte zur Auswertung) Rekrutierung von Studienteilnehmern für Phase 1 (Einzelinterviews)
01.11. – 30.04.2014	<ul style="list-style-type: none"> Beginn Phase 1: Durchführung Einzelinterviews, parallel Beginn Transkription und Auswertung der Interviews Rekrutierung von Erziehungseinrichtungen bzw. Vorgespräch mit den Eltern für die teilnehmende Beobachtung
01.05. – 31.07.2014	<ul style="list-style-type: none"> Vollendung Phase 1 mit anschließender Vervollständigung des Dokumentationsbogens für die teilnehmende Beobachtung Beginn Phase 2: Teilnehmende Beobachtung in den Erziehungseinrichtungen
01.08. – 31.10.2014	Auswertung der teilnehmenden Beobachtung
01.10. – 28.02.2015	Veröffentlichung der Ergebnisse, Abschlussbericht

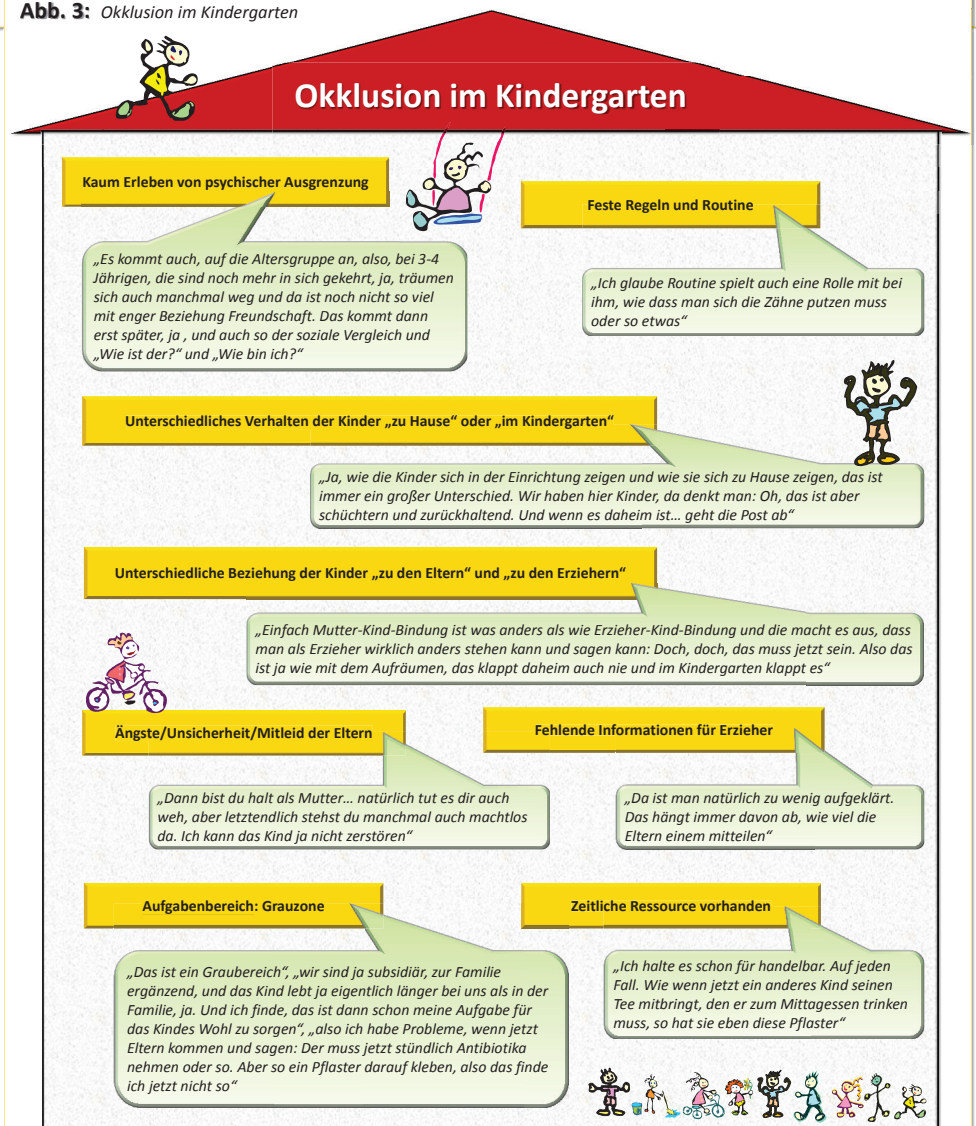
Abb. 2: Studienablauf/ Zeitplan

Ergebnisse der Einzelinterviews:

Aufgrund der Informationsfülle und besseren Verständlichkeit wird hier nur ein Teilaspekt der Ergebnisse als „Okklusion in Erziehungseinrichtungen“ aus den Einzelinterviews zusammengefasst dargestellt (Abb. 3). Wichtig ist hier, dass bei

schwierigen Fällen die Okklusionstherapie wider bisheriger Lehrmeinung in den Kindergärten besser als zu Hause funktioniert und dadurch in diesen Fällen ein Schwerpunkt in die öffentlichen Einrichtungen gelegt werden sollte.

Abb. 3: Okklusion im Kindergarten



Diskussion:

Letztendlich soll eine einheitliche und gleichgestellte Behandlung aller behandlungsbedürftigen Kinder mit einer Amblyopie angestrebt werden. Aufgrund der Ergebnisse soll unter anderem der Fokus bei schwerer zu okkludierenden Kindern in die Erziehungseinrichtungen gelegt

und dafür eine Informationsbroschüre für Erzieher verfasst werden. Allerdings könnte dies zu Diskussionen über den Aufgabenbereich der Erzieher führen.

Literatur:

- Holmes JM, Clarke MP. Amblyopia. Lancet 2006; 367: 1343
- Rahi J, Logan S, Timms C et al. Risk, causes and outcomes of visual impairment after loss of vision on the non-amblyopic eye: a population-based study. Lancet 2002; 360(9333): 597-602
- Tommlila V, Tarkkanen A. Incidence of loss of vision in the healthy eye in amblyopia. Br J Ophthalmol 1981; 65:575
- Lithander J, Sjöstrand J. Anisometric 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
- Simonsz HJ, Polling JR, Voorn R et al. Electronic monitoring of treatment compliance in patching for amblyopia. Strabismus 1999; 7: 113
- Loudon SE, 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

Session 1: Bedarf und Interventionen in der Versorgung

(bei Kindern, psychisch Kranken, Augenheilkunde und
seltene Erkrankungen)

Moderation: Prof. Dr. med. Stefanie Joos

Erkrankungen bei Kindern und seltene Erkrankungen bei Kindern

Transitionsversorgung von Mädchen und Jungen Frauen mit einer Seltenen Genitalen Fehlbildung

Ergebnisse einer Systematischen Literaturrecherche zu Versorgungsbedarfen der Zielgruppe

A. Wagner¹, E. Ueding², M.-C. Baur², L. Pösch², H. Hiltner³, N. Schäffeler⁴, A. Kronenthaler³, K. Rall², S. Brucker², E. Simoes², M. A. Rieger¹

Hintergrund

- **Transitionsversorgung:** Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin
- **Seltene Erkrankung:** Transitionsversorgung stellt besondere Herausforderung dar
- **Genitale Fehlbildung bei Frauen:** Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKHS) als häufiges Erscheinungsbild
- **MRKHS:** definiert durch kongenitales Fehlen des Uterus, der Zervix und der oberen 2/3 der Vagina. Häufigkeit: 1 von 5.000 weiblichen Geburten
- **Forschungsprojekt TransCareO:** Entwicklung eines Versorgungsmodells zur Verbesserung der Transitionsversorgung

Fragestellung und Methode

Fragestellung

- Welche Versorgungsbedarfe haben Mädchen und junge Frauen mit MRKHS und welche Erkenntnisse lassen sich für die Transitionsversorgung ableiten?

Recherche

- Datenbank Pubmed
- Zeitraum: 2012-2013, Aktualisierung: 2014
- Festlegung Ein- und Ausschlusskriterien
- Festlegung Schlagwörter

Auswahl der Publikationen

Identifizierte Titel und Abstracts
2.149 Treffer

Screening Titel/Abstract
1.784 Treffer

Volltextanalyse
166 Treffer

Einbezug weiterer Literatur
7 Treffer

Einbezogene Volltexte
19 Treffer

Duplikate
365 Treffer

Screening: ausgeschlossen
1.615 Treffer

Volltextanalyse: ausgeschlossen
154 Treffer

Ergebnisse

Bereiche - exemplarisch	Versorgungsbedarfe	Empfehlungen für die Transitionsversorgung
Adoleszenz	sensible Entwicklungsphase, über Erkrankung zu sprechen ist für Jugendliche schwierig, Gefahr der Entwicklung schädlich. Copingstrategien	Berücksichtigung der sich entwickelnden Identität, besondere Kommunikation mit der Zielgruppe (Respekt, Vertraulichkeit sichern, Patientinnen ggf. ohne Eltern sehen)
Diagnosestellung	besondere Belastungssituation für junge Mädchen und Frauen, können gegebene Informationen z. T. nicht aufnehmen	Emotionen beachten, Informationen ggf. zu späterem Zeitpunkt wiederholen
Erlebte Unfruchtbarkeit	Entscheidung für Schwangerschaft nicht möglich; wirkt sich auf weiteres Wohlbefinden im Verlauf aus	Angebote an psycholog. Unterstützung, Beratung zu alternativen Methoden, um Kinder zu bekommen
Psychische Belastung	in mehreren Studien erhöhte psych. Belastung nachgewiesen	Angebote an kontinuierlicher Betreuung und psycholog. Unterstützung, Einsatz von Screeninginstrumenten, Selbsthilfegruppen
Medizinische Betreuung	häufig nur physische Aspekte im Vordergrund	ganzheitliche Betreuung und patientenzentrierte Konsultation
Umgang mit Erkrankung	Wunsch nach Austausch bei den Betroffenen vorhanden	Information zu Selbsthilfegruppen

Identifizierte Bereiche

Versorgungsbedarfe

Empfehlungen

Diskussion und Schlussfolgerungen

Es besteht weiterhin zur Versorgungsgestaltung bei MRKHS ein immenser Forschungsbedarf. Die Aussagen zu Versorgungsbedarfen und zur Transitionsversorgung beziehen sich auf 9 Publikationen zu MRKHS (mit unterschiedlichem Studiendesign) und 10 Publikationen zur Transition (bei anderen Krankheitsbildern). Es wurden keine Studien gefunden, die Transition bei MRKHS-Patientinnen gezielt untersuchen. In Folgestudien sollten die Empfehlungen für die Transitionsgestaltung bei MRKHS umgesetzt und hinsichtlich ihrer Wirkung systematisch überprüft werden.

¹Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen; ²Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen;

³Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen;

⁴Ambulanz der Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Universitätsklinik, Tübingen

Danksagung

Das Projekt wurde vom BMBF unter dem Förderkennzeichen 01GY1125 gefördert. 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).

Unmet psychosocial needs in CAPS

Gabi Erbis¹, Tetiana Sergiichuk¹, Sandra Hansmann¹, Iris Haug¹,
Susanne M. Benseler^{1,2}, Jasmin B. Kummerle-Deschner¹

¹ Division of Pediatric Rheumatology, Department of Pediatrics,
University Hospital Tuebingen, Germany;

² Rheumatology, Alberta Children's Hospital, University of Calgary, AB, Canada

arct
Autoinflammation
Reference
Center Tübingen



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
TÜBINGEN

Introduction

Cryopyrin-associated periodic syndrome (CAPS) is a rare autoinflammatory disease. Generalized manifestations like recurrent fever, fatigue, arthralgia, rash, myalgia, inflammation of skin and persistent organ diseases (reduced vision, hearing loss, bone deformities, aseptic meningitis) have a significant impact on patients' well-being. While most physical complaints are well defined and managed by effective IL-1 inhibition, areas of psychosocial needs are much less explored and often unsatisfied even in treated patients.

The aim of the study was to identify unmet needs in the psychosocial support of children and adults with CAPS.

Patients and methods

A qualitative study was conducted among children and adults diagnosed with CAPS. All patients cared for at the autoinflammation reference centre Tuebingen and their families were invited to participate in structured focus group interviews at a presentation of our centre on the Rare Disease Day.

First, oral presentations were held about the state of research in CAPS, medical health care systems, social structures and existing structures of patient organisations, as well as the necessity of an internet based disease information system PowerHouse. In the following focus groups open questions were asked regarding situations in daily life with CAPS. The group discussion was recorded, transcribed to text and analysed and categorised. Frequency of naming and relevance indicated by discussion participants was calculated and graded.

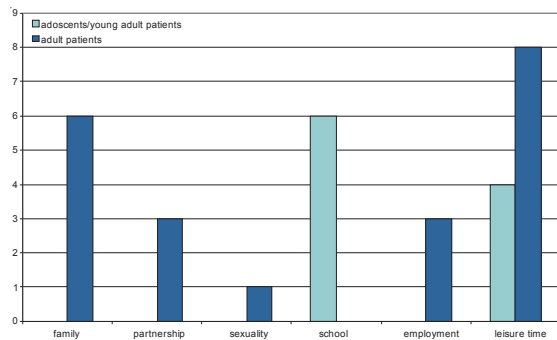
Following focus group discussions, adults and adolescents completed a short questionnaire. The evaluation based on qualitative content analysis according to Mayring, analysis of communication.

Results

5 focus groups comprised of 42 individuals including 25 CAPS patients and 17 family members

Focus group	Number of participants (mean age)	Diagnosis (MWS: CINCA)	Gender male:female	Time to diagnosis >5 yrs/<1yr	Treatment with Anti-IL1
Children < 14	5	4:1	2:3		4
Adolescents/Young Adults > 14	8	7:1	2:6	5:1	6
Adults > 21	12	12:0	6:6	10:1	10
Parents	14		8:6		
Other Family Members	3		2:1		

Areas of life most affected by CAPS results from the completed questionnaires



Focus group interviews

During the focus group interviews key domains of unmet needs were identified:

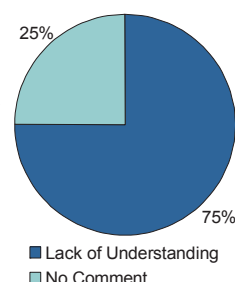
- school
- health care systems
- knowledge about own disease
- knowledge about disease for public institutions and institutions of education
- exchange of experiences
- personal psychosocial local contact

The area of need identified in all focus groups and named most often was school and lack of understanding by the environment in different areas of daily life. Specifically lack of appreciation by teachers and fellow students was named.

Experiences at school with lack of understanding by teachers, even if they received information about CAPS in different ways:

6/8 students reported that teachers forget disease information quickly, they are not interested in or have no understanding for the special situation with a rare disease.

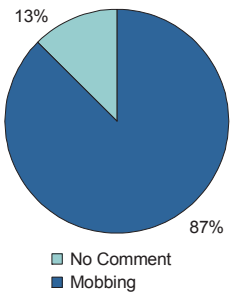
Lack of Understanding by Teachers



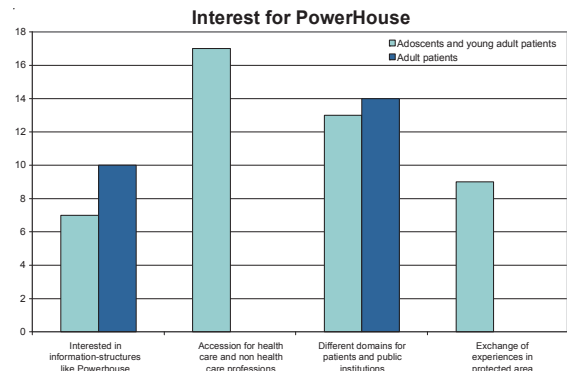
The situation with fellow students

Almost every student in this focus group experienced mobbing in school: 7 students had experiences with harassment because of CAPS. The students reported different terms of abuse leading even to murder threats.

Experiences with Mobbing at School

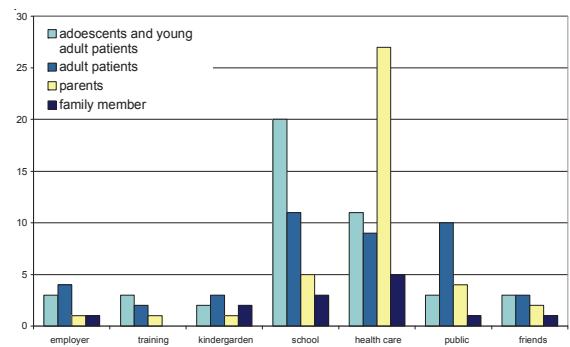


Patients' attitude towards an internet based disease information system



Attention should be paid to the exigence of the patients, to give different domains for public institutions and patients themselves. Information is required to increase understanding but also involves the danger to fuel mobbing or to be disadvantaged for example in searching of a job. Initiating a PowerHouse needs to balance these challenges and must be done by a team of specialists in cooperation with patients.

Institutions that should receive information by an internet based information-system



Topics of greatest interest were: teachers and school life, doctors and health care public institutions.

Conclusions

Major unmet needs of children and adults with CAPS were identified as various displays of misjudgement by the patients' environment.

Almost all participants of the focus-group-study stated the importance of organizing informational systems providing medical information for patients, public institutions, health care system and support regarding education and job.

Additional supporting structures are needed to cope with the disease burden and to develop interventions for kindergarten, school or employment. For example, the need for psychosocial support is particularly eminent in school. School is a central area of life representing all needs: the centre of social being and the precondition to live a socioeconomic independent life.

Another particularly important demand was a protected anonymous space for communication between patients and family members.

In summary this study revealed that comprehensive supportive structures are missing for these patients. The formation of multi-professional supportive teams considering all areas of the patients life is needed and desired by patients with CAPS.

References

- Jasmin Kummerle-Deschner (Hrsg.): Cryopyrin-assoziierte periodische Syndrome (CAPS). Bremen: UNI-MED Verlag AG, 2011.
- Isabelle Koné-Paut, Helen Lachmann, Jasmin B Kummerle-Deschner, Eric Hachulla, Kieron S Leslie, Richard Mouy, et al: Sustained remission of symptoms and improved health-related quality of life in patients with cryopyrin-associated periodic syndrome treated with canakinumab: results of a double-blind placebo-controlled randomized withdrawal study. Canakinumab in CAPS Study Group Autoinflammation Reference Center Tübingen (arCT): Autoinflammatorischen Erkrankungen CAPS.
- Verfügbar unter: http://www.medizin.uni-tuebingen.de/ktmedia/Patienten/PDF_Archiv/INDIRA/CAPS.pdf [27.07.2012]
- Isabelle Kone-Paut, Isabelle Marie, Maryam Piram and Tu-Anh Tran: Cryopyrin-associated Periodic Syndromes - patient Quality of Life and Psychological Impact. Volume 4, Issue 2 European Musculoskeletal Review. Extract, 2009.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz, 11 Aufl.

Contact: gabi.erbis@med.uni-tuebingen.de

Conflicts of Interest: The authors have nothing to declare.



Internationaler Vergleich verschiedener Rehabilitationssysteme



Anke Wagner¹, Kristina Hutterer², Margarete Steiner², Jasminka Godnic-Cvar², Monika A. Rieger¹, Brigitta Danuser³, Susanne Völter-Mahlknecht¹

- 1) Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen
- 2) Institut für Arbeitsmedizin, Medizinische Universität Wien
- 3) Institut universitaire romand de Santé au Travail, Lausanne



Einführung

Die Rehabilitationssysteme in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland sind sich generell im Ablauf des Rehaprozesses ähnlich, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der **beteiligten Personen und der Organisation**. Ziel des Kooperationsprojektes ist der Vergleich des Rehabilitationsprozesses in den **Ländern Schweiz, Österreich und Deutschland**. Dieses Projekt ist dabei auf **Menschen im Erwerbsleben** fokussiert.

Vorgehensweise

- Schritt 1: Gemeinsames Entwickeln eines **Rasters**, welches Schritte und Qualitätsmerkmale im Rehabilitationsprozess enthält
 Schritt 2: Herausarbeiten von **Unterschieden und Gemeinsamkeiten** im Rehabilitationsprozess anhand des Rasters
 Schritt 3: Auf Basis der Unterschiede und Gemeinsamkeiten Entwicklung weiterer **spezifischer Fragestellungen**
 Schritt 4: **Literaturrecherche** zur Beantwortung der Fragestellungen aus Schritt 3

Das Raster - Ablauf im Rehabilitationsprozess und Qualitätsmerkmale

Im Vorfeld	Zu Beginn	Im Verlauf	Am Ende	Im Nachhinein
<ul style="list-style-type: none"> • Prävention • Krankenschreibung 	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung des Rehabedarfs, der Rehabedürftigkeit, der Rehafähigkeit und der Rehaprognose • Information zum Zugang • Unterstützung bei der Beantragung • Vermittlung an geeignete Stellen • Auswahl einer geeigneten Rehamaßnahme • Koordination mit der Arbeitsstelle • Wahlrecht der versicherten Person • Zügigkeit/Nahlosigkeit des Verfahrens • Zusammenarbeit an den Schnittstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Planung von angepassten Rehazielen • Förderung von Eigenverantwortung durch Anwendung geeigneter Konzepte in der Rehabilitation • Qualitätssicherung in den Rehaeinrichtungen • Erkennen von beruflichen Problemlagen • Arbeitstherapie, Arbeitserprobung • Einleitung von Maßnahmen an der Schnittstelle Reha und Betrieb 	<ul style="list-style-type: none"> • Stufenweise Wiedereingliederung: Information, Planung, Zusammenarbeit an den Schnittstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachhaltigkeit von Rehamaßnahmen: Erreichen der Arbeitsfähigkeit, Verhinderung einer erneuten Erkrankung

Das Raster - Beispiele aus den Ländern

Im Vorfeld	Schweiz	Österreich	Deutschland
<ul style="list-style-type: none"> • Prävention: Erkennen von drohender Arbeitsunfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit und Einleiten von Präventionsmaßnahmen 	<p>Gesetzesebene: Früherkennung in Invalidenversicherung mit aufgenommen</p> <p>Ebene der Praxis: Pilotprojekt „Gesundheitliche Früherkennung und berufliche Reintegration“ (FER) (siehe auch Bundesamt für Sozialversicherungen)</p>	<p>Gesetzesebene: Prävention in gesetzlichen Grundlagen hinterlegt (z.B. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, Arbeit- und Gesundheit-Gesetz)</p> <p>Ebene der Praxis: Fit2Work: zur Beratung und Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz. Ziel: möglichst langfristiger Erhalt der Arbeitsfähigkeit. (siehe www.fit2work.at)</p>	<p>Gesetzesebene: Vorrang von Prävention (§ 3 S. 1 SGB IX)</p> <p>Ebene der Praxis: Präventionsangebot BETSI (= Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern) (siehe § 31 SGB VI, siehe http://www.deutscherentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/01_Modellprojekte/Betsi_node.html)</p>

Danksagung

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).

Session 2: Qualität und Struktur in der Versorgung

(u. a. bei Kindern, psychisch Kranken, Erwerbstätigen, in
der Zahnmedizin und anderen Versorgern)

Moderation: Dr. H. Sturm, MPH

Schnittstellen

Fabian Huettig⁺, Fadi M. Said⁺, Khira Sippli⁺, & Monika Rieger[#]

Zusammenarbeit von Haus- und Zahnärzten: Ergebnisse einer Interviewstudie

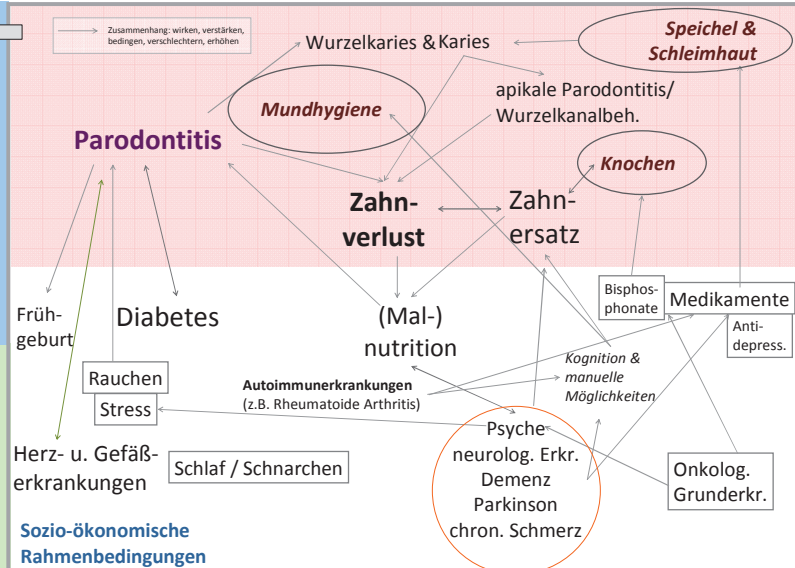
Forschungsfragen

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

1. Was sind Anlässe für gegenseitige Patientenzuweisung & Kooperation?
2. Wie gestaltet sich der Informationsaustausch für/bei Zuweisungen?
3. Welche Ausprägung (Briefe, Telefonate, Treffen) nehmen Kooperationen an?
4. Was bietet dabei der strukturelle Rahmen (Krankenkasse, Region, Berufsbild)?

Methodisches Vorgehen

- I. Leitfadententwicklung SPSS Methode (nach Helfferich)
- II. Rekrutierung telefonisch aus Kammerregister und Qualitätszirkeln
- III. 28 Interviews mit Haus- und Zahnärzten (ca. 15 Minuten, in der Praxis)
- IV. Zusammenfassende und skalierende Inhaltsanalyse (nach Mayring)
→ Kategoriensystem → Queranalyse → Matrixanalyse
inkl. kommunikative Validierung im Team (ZÄ, Soziologen, Forschungswerkstatt)



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.

HA-M-03: „Weil wissen Sie, ich komme da, als Hausarzt fühle ich mich ein bisschen so unwohl. Du kommst zum Patienten [im Pflegeheim], schaust seine Zähne an und sagst: Um Gottes willen, da hat er bestimmt was nicht in Ordnung. Und dann machst du den ganzen Transport und so und dann kommt doch nicht was Gravierendes wissen Sie, also das ist... Irgendwie nicht mein Zuständigkeitsbereich...“

ZA-L-04: „die Listen der Medikamente...muss man immer aktualisieren, was vom Zahnarzt jetzt nicht ganz so einfach ist, weil da ja alle halbe Jahre irgendeines rausgenommen wird. Dann muss ... ich mir oftmals von Patienten erklären lassen muss, was das Medikament jetzt kann und was das ist, weil ich wie gesagt nicht alles, über die Medikamente weiß, die es da gibt.“

1. Anlässe

→ Der Umfang deckt beiderseits nicht die Möglichkeiten einer holistischen Patientenversorgung ab.

Anlässe für Zahnärzte...

sind vorrangig die **Antikoagulation**, gefolgt von Abklärungen zur **Medikation** sowie teilweise die **Schnittstelle „Pflegeheim“** inkl. Beauftragung von Krankentransporten. Zahnärzte können häufiger Anlässe für Zuweisungen von Ärzten erwägen.

Anlässe für Ärzte...

sind vorrangig sichtbar **desolate Zustände** der Dentition gefolgt von Mundschleimhautveränderungen. Teilweise first-line Zuweisung um **Kopf-/ Kieferschmerzen** abzuklären. Ärzte können nur selten Anlässe für Zuweisungen von Zahnärzten erwägen und kontaktieren Zahnärzte nicht aktiv.

2./3. Kommunikation & Kooperation

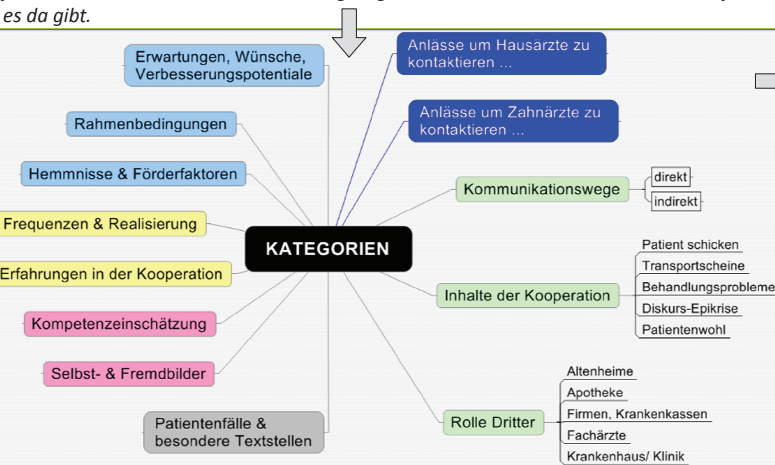
Zuvorderst werden Patienten ohne Begleitkontakt „**geschickt**“ und der **Patient berichtet** über die Ergebnisse. Wenn, dann steht **telefonischer Kontakt** im Vordergrund. Die **direkte Kommunikation** wird positiv empfunden, wenn sie schnell und präzise, vorbehaltlos und offen ist. Die **Erreichbarkeit** wird als Knackpunkt hervorgehoben; gleichzeitig variieren die Kommunikationserwartungen (Fax, Kurzbericht, Patient berichtet, Rückruf..) Die fehlende Überweisungsmöglichkeit wird ambivalent bewertet („läuft gut“, „brauche keine weitere Info“, versus „keine Pflicht zum Bericht problematisch“)

4. Strukturelle Einflußfaktoren

persönliches **Kennen** verbessert Kooperation & Kommunikation;
→ Der **Ländliche Raum** zeigt hier Vorteile und positivere Erfahrungen. Die **junge** Generation sieht sich offener und kooperativer; wobei die „eigene“ Arztgeneration als „näher“ empfunden wird. **Persönliche Einstellungen** von Kollegen werden für die Kooperation als hinderlich bzw. förderlich hervorgehoben, wobei auch tägliche Belastung mit **Bürokratie** als **hinderlich** wahrgenommen wird.

Beide Berufsgruppen haben **wage Vorstellungen** von der Tätigkeit des jeweils anderen. Dabei wird sich **gegenseitig Kompetenz** auf dem Fachgebiet **zugesprochen** – allerdings ebenso die Kompetenz des anderen im eigenen Fachgebiet **abgesprochen**. Zahnärzte werden **nicht als gleichwertige** Versorgungspartner wahrgenommen.

- Mangelndes Wissen über Tätigkeit und Möglichkeiten werden von beiden Arztgruppen kritisch wahrgenommen.
- Lösungsmöglichkeiten sehen beide Gruppen bei den Körperschaften (Fortbildung)
- Selbst- und Fremdbilder der Arztgruppen bestimmen über die Kooperation.



Implikationen

Wissenstransfer erhöhen

- gemeinsame Fortbildungen durch Kooperation der Kammern/Fachgesellschaften
- Präsenz Fachzeitschriften, Laienpresse / Patienteninformation

Wissensbasis schaffen

- Integration der Themen in *Fach(zahn-)arzt- und Helfer*innen-Ausbildung*
- universitär „gemeinsam“ abgestimmte Lehre (NKLM/NKLL)
- Präsenz in medizinischer Fachliteratur

Kontaktmotivation erhöhen

- Abbildung in Leitlinien,
- VERAHs & zahnärztliche Spiegelqualifikation
- Untersuchung und Nachweis der Effektivität einer Kooperation in Praxisnetzwerken

Die Kooperation zwischen Betriebsärzten, Rehabilitationsmedizinern und Allgemeinmedizinern in Deutschland:



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

Rehabilitationsmedizinische
Forschung Universität Ulm

Susanne Völter-Mahlknecht¹, Jan Stratil¹, Gert Krischak^{2,3}, Rainer Kaluscha², Monika A. Rieger¹

1) Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen

2) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Uni Ulm & 3) Therapiezentrum Federsee, Bad Buchau

Finanzierung: Versorgungsforschung Baden-Württemberg Nachwuchsakademie
Laufzeit seit: 09/2013 – 04/2015

Problemstellung

Die Kooperation von Betriebsärzten, Rehabilitationsmedizinern und Allgemeinmedizinern mit Blick auf die Rehabilitation von Beschäftigten ist bisher in Deutschland wenig erforscht. Diese Schnittstelle ist u.a. durch eine unbefriedigende Kooperationsintensität, unzureichende Kenntnisse über den Arbeitsplatz seitens der Rehabilitationsmediziner wie auch ungenügenden Informationsfluss unter allen Arztgruppen geprägt, wie aktuelle Literaturreviews nahelegen¹⁻³.

Ziel & Fragestellungen

Das Ziel der Arbeit ist daher, Ausprägungen und Formen der Zusammenarbeit zwischen den Arztgruppen zu untersuchen und zu erfassen, wie diese von den Akteuren und insbesondere den Rehabilitanden selbst erlebt und bewertet werden, um daraus Optimierungsmöglichkeiten und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Wie wird die Kooperation an der Schnittstelle von den Arztgruppen erlebt und bewertet?

Welche Ausprägungen hat Kooperation zwischen Betriebsärzten und Rehabilitationsmedizinern?

Was erleben und was wünschen sich betroffene Rehabilitanden an der Schnittstelle Rehabilitation?

Welche Optimierungsmöglichkeiten benennen die beiden Arztgruppen und die Rehabilitanden?

Methodik I



Durchführung von Fokusgruppeninterviews

- **Akteursgruppen:** Betriebsärzte, Rehabilitations-, & Allgemeinmediziner sowie Rehabilitanden
- Je zwei Interviewgruppen pro Akteursgruppe
- Teilnehmer pro Fokusgruppe n = 5-10 Personen



Rekrutierung & Zusammenstellung

- Prinzip der **maximalen strukturellen Variation**
- **Betriebsärzte:** Zusammenarbeit mit VDBW
- **Hausärzte:** Lehrärzte der Universität Tübingen
- **Rehabilitanden & Rehabilitationsmediziner:** Therapiezentrum Bad Buchau; Bad Dürrenheim



Analyse der Interviews

- Mittels **qualitativer Inhaltsanalyse**, angelehnt an **Mayring**
- Analyse in interdisziplinären Gruppen von drei Personen unter Beachtung des wissenschaftlichen Standards für qualitative Forschung
- Qualitätssicherung durch **kommunikative und inhaltliche Validierung**

Ergebnisse, u.a.

- Die Kooperation der Akteure vor, während und im Anschluss an die Rehabilitation wurde von allen Akteursgruppen als gering ausgeprägt beschrieben.
- Eine unzureichende Einbeziehung in den Prozess der Rehabilitation wurde von Betriebsärzten kritisiert, die auf dadurch entstehende Nachteilen für den Arbeitnehmer hinwiesen.
- Als dominierende Kooperationshindernisse wurden u.a. folgende Bereiche ausgemacht:

Allokation begrenzter Ressourcen (v.a. Zeit)

- „Notwendigkeit einer Verbesserung [der Kooperation] besteht nicht, das bedeutet nur mehr zeitlichen Aufwand, und wir haben keine Zeit.“

Datenschutz & Vertrauen zu Betriebsärzten

- „Viele Patienten haben einfach große Vorbehalte vor Betriebsärzten, die fürchten dann, dass Informationen weitergegeben werden.“

Erreichbarkeit von allen Akteursgruppen

- „Die Zeiten, wo wir Zeit haben, zu telefonieren, dann erreicht man niemanden, da ist nämlich Mittagspause oder ist es nach 19:00 Uhr“

KMUs (klein- und mittelständische Unternehmen)

- „Arbeitsplatzbeschreibungen gibt es bei großen Betrieben [...]. Bei kleineren, mittleren Betrieben gibt es diese [...] nicht.“

Fehlen differenzierter Informationen zu Rehabilitationskliniken

- „Int: Welche Möglichkeiten würden Sie sich denn wünschen, um diese Informationsdefizite auszugleichen? M6: Vor Ort die Kliniken angucken. Aber [...] Das geht nicht. Nein. M3: Also für mich sind die Informationen, die der Patient mitbringt [am wichtigsten].“

Wissen über die anderen Akteursgruppen

- „[In die Arbeitswelt] haben die Hausärzte wirklich keinen Einblick. Das wäre eine Anmaßung, wenn die behaupteten, das könnten sie auch.“

Selbst- und Fremdkonzepte

- „Die [Betriebsärzte] haben einfach [...] ein Geschmäckle“.

Rehabilitationsantrag & Entlassungsbericht

- „Mich interessiert die Quintessenz. Und [die Berichte] sind Bücher“

Diskussion und Schlussfolgerungen

Im Anschluss an die dargestellten qualitativen Analysen soll eine repräsentative standardisierte Befragung angeschlossen werden, um die Ergebnisse zu quantifizieren (Mixed-Method Ansatz).

Die ausgemachten Kooperationshindernisse bieten viele mögliche Ansätze zur Intervention, bei der schon wenig tiefgreifende Eingriffe die Kooperation der Arztgruppen an der Schnittstelle Rehabilitation verbessern könnten.

Ein strukturiertes, gezieltes Kooperationsprogramm mit fokussierter Ressourcenallokation auf komplizierte Fällen könnte den Erfolg von Rehabilitation steigern.

Kongressbeiträge

- Völter-Mahlknecht S., Rieger MA. 02.04. – 04.04.2014 Dresden. Umweltmedizin Hygiene Arbeitsmedizin (DGAUM) 2014
- Stratil J, Rieger MA, Kaluscha R, Krischak G, Völter-Mahlknecht S. Selbst- und Fremdkonzeption von Betriebsärzten, Rehabilitationsmedizinern und Hausärzten in Deutschland in Bezug auf Rolle im Rehabilitationsprozess. Vortrag - DGAUM 2015 (accepted)
- Völter-Mahlknecht S, Stratil J, Kaluscha R, Krischak G, Rieger MA. Optimierungsmöglichkeiten bei der Kooperation von Betriebsärzten, Rehabilitationsmedizinern und Hausärzten in Deutschland an der Schnittstelle Rehabilitation. Vortrag - DGAUM 2015 (accepted)

Publikationen

- Völter-Mahlknecht S, Rieger M. Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten - Systematische Literaturübersicht zur Versorgungsgestaltung. In: Dokumentation über die 54. Jahrestagung DGAUM (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.), 02. – 04. April 2014, Dresden. Seidler A. Dresden 2014: 381-383. ISBN 978-3-9811784-9-4
- Völter-Mahlknecht S, Rieger M. Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten - Systematische Literaturübersicht zur Versorgungsgestaltung. Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 1609-1614. IF: 0,653

- 1) D Moßhammer, I Manske, P Grutschkowski, MA Rieger. Schnittstelle der Haus- und betriebsärztlichen Patientenversorgung - eine Literaturübersicht. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2011; 46:301-307
- 2) A M Rijkenberg, M van Sprundel, G. Stassijns. Die Kooperation zwischen Arbeitsmedizinern und anderen Fachärzten einschließlich Versicherungsmedizinern | Versicherungsmedizin 2013 65(3), 140-145
- 3) S Völter-Mahlknecht, M A Rieger. Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten | DMW 2014, 1609-1614

Danksagung

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). Wir möchten uns bei allen Teilnehmenden sowie allen Personen bedanken, die uns z.B. bei der Rekrutierung das Projekt unterstützt haben.

Die Schnittstelle zwischen Betriebsärzten, Rehabilitationsmedizinern und Hausärzten in Deutschland – Entwicklung eines Fragebogens basierend auf einer qualitativen Analyse zu Erfahrungen und Erleben der Akteure

Jan Stratil¹, Martina Michaelis^{1,2}; Bernhard Müller^{3,4}; Monika A. Rieger¹; Susanne Völter-Mahlknecht¹

1) Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen

2) ffas - Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Freiburg

3) Rehasentrum Schömberg, Klinik Schwarzwald, Schömberg

4) SAMA - Sozial- und arbeitsmedizinische Akademie e.V.; Stuttgart

Problemstellung

- Die Kooperation von Betriebsärzten (BÄ), Rehabilitationsmedizinern (RM) und Hausärzten (HÄ) bei Rehabilitation von Beschäftigten ist bisher in Deutschland wenig erforscht¹.
- Die Schnittstelle scheint u.a. geprägt durch unbefriedigende Kooperationsintensitäten und Informationsflüsse und geringe Kenntnisse der RM über den Arbeitsplatz ihrer Patienten^{2,3}.
- Daher: Durchführung einer qualitativen Studie in 2014/15 zur Erfassung von Erfahrungen, Kooperationshindernissen und Optimierungsmöglichkeiten⁴.

Zielsetzung

- Im Sinne eines Mixed-method-Ansatzes: Entwicklung eines Fragebogens für HÄ basierend auf den Ergebnissen einer vorherigen qualitativen Studie.

Methodik

- Basis des Projekts: Unterkategorien des Projektes von Völter-Mahlknecht et al.⁴ aus 2014/15 zur Erfassung von Erfahrungen, Kooperationshindernissen und Optimierungsmöglichkeiten im Rehaprozess.
- Entwicklung eines quantitativen Fragebogens in einem interdisziplinären Team.
- An der Zielgruppe der Hausärzte sollen die die Ergebnisse der qualitativen Analyse quantifiziert werden.

Elemente des Fragebogens

- Insgesamt bestand der Fragebogen aus n=93 Items auf n=8 DIN A4 Seiten
- n=71 Items mit 4-stufiger Likert-Skala
- n=8 Items zur Zahleneingabe (z.B. Alter)
- n=14 Items mit Mehrfachauswahlfeldern
- Zusätzlich hatten die Befragten an n=13 Stellen Platz für freie Anmerkungen.
- Dauer zum Ausfüllen: ca. 30 Minuten

Themenkomplexe des Fragebogens

Ergebnisse der qualitativen Analyse

Elemente des Fragebogens für Hausärzte

Komplex I: Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen

- HÄ: Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen und -einrichtungen basiert z.T. auf subjektiven Einschätzungen & Erfahrungen.

- Auf welcher Grundlage empfehlen HÄ Rehabilitationsmaßnahmen bzw. -einrichtungen? (Berichte, pers. Kontakte etc.)
- Werden „objektive“ Informationen gewünscht?

Komplex II: Schnittstelle Rehabilitation

- HÄ / BÄ / RM: Geringer Kontakt zwischen medizinischen Akteuren an der Schnittstelle.
- HÄ & BÄ: primäre Kontakttrichtung geht jeweils seitens der eigenen Akteursgruppe aus.
- BÄ: geringes Interesse an Kooperation mit HÄ.

- Kontaktintensität im Rehabilitationsprozess (HÄ mit RM & HÄ mit BÄ).
- In welchen Situationen kommt es durch wen aus welchem Grund zu Kontakt & Interaktion?
- Wie hoch ist Interesse an Kontakt mit BÄ & RM?

Komplex III: Entlassberichte & Kurzbriefe

- HÄ & BÄ: Entlassberichte = zentrale Schnittstelle.
- RM: Informationsverlust durch unvollständiges Erfassen der Inhalte eines Entlassberichtes.
- HÄ & BÄ: Entlassbericht: Spät und zu lang

- Welche Teile des Entlassberichts werden von HÄ gelesen (→ Kürzungspotential)?
- Verbesserungsvorschläge (stand. Items, z.B. bei Kurzbrief & kondensiertem Entlassbericht).

Komplex IV: Ursachen der Schnittstellenprobleme

- HÄ, BÄ & RM: Hinderungsgründe u.a. zeitliche Limitierung, Erreichbarkeit, unklare Zuständigkeiten bei BÄ & RM, kein Interesse an Kooperation, Schweigepflicht, Unterschiede im Vokabular.

- Wie wird Bedeutung der Hinderungsgründe bewertet?

Komplex V: Bewertung von Verbesserungsvorschlägen

- HÄ/ BÄ / RM Verbesserungsvorschläge: u.a. gemeinsame Fortbildungen, mehr Einblicke in Arbeitswelt, gemeinsame Begriffsdefinitionen, vergütete Nachsorge, telefonische Übergaben.

- Wie werden die Verbesserungsvorschläge durch die Hausärzte bewertet?

Komplex VI: Divergierende Selbst- und Fremdkonzepte als Hindernisgrund

- HÄ: Äußerung von expliziten und impliziten negativen Einstellungen gegenüber BÄ.
- HÄ & BÄ: Divergierendes Verständnis von Rollen und Funktionen im Reha-Prozess.

- Einstellung u.a. bezüglich Interessenskonflikten von BÄ, Verhältnis von BÄ zu Rehabilitanden, Gestaltungsfreiräume von BÄ und Konkurrenzverhältnissen (HÄ ↔ BÄ).
- Welche Rolle haben BÄ in den Augen von HÄ?

Komplex VII: Hintergrundinformation & Einstellung zu Reha

- Erfassen von soziodemographische Daten & Grad an Erfahrung mit Rehabilitation.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Mit Hilfe des Fragebogens ließe sich durch eine quantitativen Befragung einer repräsentativen Stichprobe Aussagen treffen, die auf die Allgemeinheit übertragbar sind. Eine Quantifizierung der Ergebnis der qualitativen Analyse ist hierdurch möglich. Dies könnte Rückschlüsse für Interventionen zur Verbesserung der Schnittstellen im Rehabilitationsprozess erlauben. Die Limitierungen, die bei einer solchen Datenerhebung bestehen, sind zu berücksichtigen.

Die Arbeit des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin & Versorgungsforschung wird finanziell unterstützt durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall).

Danksagung: Wir bedanken uns bei allen Teilnehmenden sowie allen Personen, die z.B. bei der Rekrutierung das Projekt unterstützt haben.

1) D Moßhammer, I Manske, P Grutschkowski, MA Rieger. Schnittstelle der Haus- und betriebsärztlichen Patientenversorgung - eine Literaturübersicht. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2011; 46:301-307

2) S Völter-Mahlknecht, MA Rieger. Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten | DMW 2014, 1609-1614

3) A M Rijkenberg, M van Sprundel, G. Stassijns. Die Kooperation zwischen Arbeitsmedizinern und anderen Fachärzten einschließlich Versicherungsmedizinern | Versicherungsmedizin 2013 65(3), 141-147

4) S Völter-Mahlknecht, JM Stratil, R Kaluscha, G Krischak, MA Rieger. Optimierungsmöglichkeiten bei der Kooperation von Betriebsärzten, Rehabilitationsmedizinern und Hausärzten in Deutschland. Tagungsband der 55. Wissenschaftliche Jahrestagung 2015 Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. ASU & DGAUM 2015. (ahead of print)

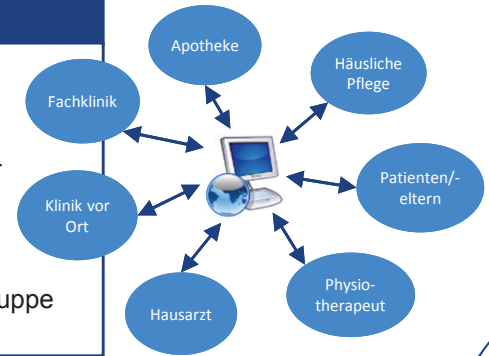
Chancen und Risiken einer „Social Medical Application Platform“ zur Anwendung in der ärztlichen Betreuung von chronisch erkrankten Kindern.

B. Schörnig^{1,2}, B. Daser^{1,2}, R. Markovits^{1,2}, M. Kumpf³, E. Sturm³, J. Riethmüller³, M. Rieger^{1,2}

1. Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen
2. Koordinierungsstelle Versorgungsforschung, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen
3. Department für Kinderheilkunde, Universitätsklinikum Tübingen, Hoppe-Seyler-Straße 1, 72076 Tübingen

I. Hintergrund

- Geplante Einführung einer Social Medical Application Platform (SMAP) zum datensicheren Austausch zwischen Behandlern und Patienten/-eltern im Rahmen einer Machbarkeitsstudie.
- Patientenzielgruppe: Kinder mit Mukoviszidose, Tracheostoma oder außerklinischer Beatmung und Kinder mit chronischen Leber- und Darmerkrankungen bzw. nach Organtransplantation.
- Starke Konzentration der Behandlungsexpertise auf die Fachklinik sowie hoher Betreuungs-, Beratungs- und Koordinationsaufwand hinsichtlich der Patientenzielgruppe und deren Behandler



II. Fragestellung

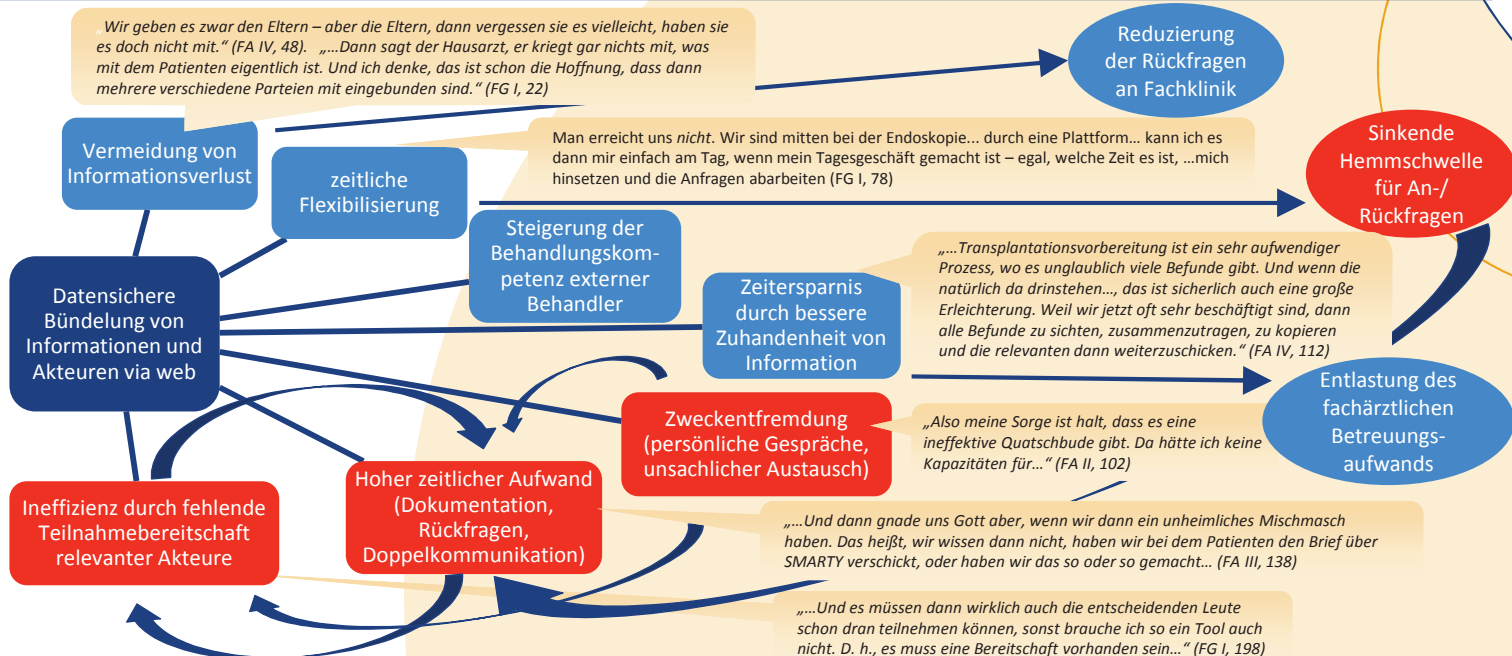
- Nutzererwartungen der ärztlichen Spezialisten der Universitätsklinik (Fachklinik)**
- Identifikation von Chancen und Risiken** des medizinischen Austauschs via SMAP

III. Methoden

Exploratives Design: Qualitative Methoden empirischer Sozialforschung

- Leitfadengestützte Interviews**, digitale Aufzeichnung, Analyse der pseudonymisierten Transkripte
- Fokusgruppen und Experteninterviews** (insgesamt n=8 Personen): Fachärzte und Pflegepersonal der Fachklinik
- Inhaltsanalytische Auswertung** im Team: Bildung zentraler Kategorien und dazugehöriger Subkategorien [Mayring 2003]
- Qualitätssicherung:** kommunikative Validierung

IV. Ergebnisse (ausgewählte Themen)



V. Diskussion/ weitere Fragen

- Erwartungsperspektive der Patienten/-eltern und deren Wechselbeziehung zu den fachärztlichen Erwartungshaltungen.
- Nutzen- und Nutzungsbedingungen und deren Einfluss auf das tatsächliche Eintreten der erwarteten Vor- und Nachteile

Danksagung:

- Allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Interviews
- Die Studie ist Teil des Projekts „SMARTY“ das im Rahmen des Programms „Anwendungsorientierte Transferforschung Telemedizin des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst gefördert wird.
- 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.

SMARTY als Möglichkeit des Wissens- und Kompetenztransfers zwischen Fachkliniken und externen Behandlern chronisch kranker Kinder

N. Radionova¹, B. Daser¹, S. Emerich¹, M. Kumpf¹, E. Sturm¹, J. Riethmüller¹, M. Rieger¹
 1. Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen
 2. Koordinierungsstelle Versorgungsforschung, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen
 3. Department für Kinderheilkunde, Universitätsklinikum Tübingen, Hoppe-Seyler-Straße 1, 72076 Tübingen

I. Studie: Methoden, Ziele, Fragestellung

- * Online-Plattform SMARTY – als zentrales Medium zu kooperativer Mitarbeit unterschiedlicher Versorgungsebenen bei Behandlung und Nachsorge chronisch kranker Kinder mit seltenen Erkrankungen
- * Methode: qualitative Interviews mit Fachklinik-Experten (Transplantologie, Mukoviszidose) und Klinik-Ärzte, niedergelassene Ärzte (7 Interviews), Kinderkrankenpflege und ambulante Pflege (8). Inhaltsanalytische Auswertung
- * Ausgangspunkt: SMARTY kann zum Wissensaustausch und Kompetenztransfer beitragen und somit Versorgung vor Ort ermöglichen bzw. aktivieren.
- * Fragestellung: Möglichkeiten und Grenzen des Wissens- und Kompetenztransfers zwischen Versorgungsteams der Fachkliniken und externen Behandlern über SMARTY.

II. Aktuelle Situation

Fachkliniken
>Expertenwissen

> Diagnosestellungen, Routine in Umgang mit Erkrankung

>neueste Forschungsergebnisse

Unterschiede zwischen

externen Behandlern vor Ort

(Physiotherapeuten/Atmungstherapeuten/Pflege/Niedergelassene)

>wenig diagnostisches und therapeutisches Wissen

>wenig Erfahrung aus eigener Praxis

> fehlendes Hintergrundwissen

- * Wenig direkter und gegenseitiger Austausch zwischen Fachkliniken und externen Behandlern

Hausärzte/Kinderärzte:

* Patient als "Notfall": Behandlungsunsicherheit; wenig aktive Einmischung in Therapie; keine Patientenübernahme;

Dienstleistungen ohne Interpretation der Ergebnisse.

* Delegieren der Patienten zu den Fachklinik-Experten > längere Reisewege

Therapeuten:

* bestehendes Interesse an Befunden und am Stand der Dinge, Therapie-Konzepte, therapeutische Konsequenzen

III. Möglicher Beitrag von SMARTY zum Wissens- und Kompetenztransfer zwischen Fachkliniken und externen Behandlern

SMARTY

Wissens- und Datenvermittlung

- * aktuell
- * relevant
- * gebündelt
- * je nach Bedarf

Kooperative Formen der Zusammenarbeit

Direkter Wissensaustausch (z.B. ohne Patienteneltern)

„[...]damit man die anderen Mitarbeitenden so ein bisschen mehr an die Hand nehmen kann, besser einlernen kann, ihnen mehr Sicherheit geben kann im Umgang mit diesen Kindern und mit dieser Art der Therapie.“

SMARTY

Vorteile

- * Direkter Wissensaustausch zwischen Behandlern, gemeinsame Entscheidungsfindung;
- * Verteilung der Behandlung auf mehrere Akteure (Diagnosestellung und Kontrolle – Fachklinik, Behandlung – vor Ort);
- * Gezielte Anfragen von Therapeuten und anderen externen Behandlern.

Versorgung vor Ort:

- * Steigende Behandlungs- und Entscheidungskompetenz durch Weitergabe des Wissens durch Fachkliniken >> angemessene Versorgung, gezielte Überweisungen, Erkennen der Notfälle etc.
- * Nachhaltigkeit der Versorgung (z.B. bei Arztwechsel; Behandlung in mehreren Einrichtungen)
- * Erfahrungsaustausch zwischen allen Behandlern;
- * Grundlage für Elternbetreuung

Nachteile und bleibende Probleme

- * Behandlungskompetenz vs. Programmkosten und Zeitaufwand.
- * Seltenheit der Fälle: Nutzen von Wissen über seltene Erkrankungen für Haus-/Kinderarzt

- * Anziehungskraft der Kompetenzzentren (überregional und global), eventuell steigende Anfragen >>keine Entlastung für Fachkliniken;
- * Wissensmanagement:

„Wir machen hier Konzepte in der Uni [...] [Patienten] gehen dann nach Hause und der Kinderarzt ... Natürlich gibt es den Arztbrief, da steht alles drin. Aber diesen Wissens- oder Kompetenztransfer, den wir nicht für uns behalten wollen, sondern wie kriegt man das vor Ort?“

Kernaussagen

- * Bedarf nach Wissen und Information, sowie Informationsinhalte variieren je nach Behandler-Gruppe.
- Nutzen von SMARTY insbesondere für:
- * Therapeuten, die Einfluss auf Therapie nehmen können
- * Hausärzte und Kinderärzte mit mehreren Patienten in der Praxis
- * Ärzte vor Ort, die Interesse an Krankheitsbild haben

IV. Diskussion

Weitere Fragen

- * Welche Bedingungen sind für Wissensaustausch über SMARTY erforderlich?(Kooperationsbereitschaft, Motivation zur Weiterbildung, Medienkompetenz etc.)
- * Wie verändert sich die Qualität der Behandlung durch Stärkung des Wissens externer Behandler?
- * Welche Möglichkeiten bietet SMARTY um das Wissen und Kompetenzen der Patienten zu stärken?

Danksagung:

Allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Interviews

Die Studie ist Teil des Projekts „SMARTY“ das im Rahmen des Programms „Anwendungsorientierte Transferforschung Telemedizin des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst gefördert wird.

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.

GESUNDHEITZENTRUM HOHENSTEIN (GZH)

PATIENTENORIENTIERTES ZENTRUM ZUR PRIMÄR- UND LANGZEITVERSORGUNG

Sturm H, Moßhammer D, Joos S

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen

HINTERGRUND

Ziel ist es, im ländlichen Raum der Gemeinde Hohenstein und den angrenzenden Gemeinden (LK Reutlingen) ein Gesundheitszentrum (GZH) zur Sicherstellung der wohnortnahen interprofessionellen Primär- und Langzeitversorgung einschließlich Notfallversorgung aufzubauen.

Das Konzept orientiert sich wesentlich am Primary Health Care Konzept der WHO (Deklaration von Alma Ata) und der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Der Einbezug von Bürgern, Gemeinde und existierenden Versorgungsangeboten sowie bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen Initiativen vor Ort ist ein wesentliches Merkmal bei der Planung. Für die Planung werden qualitative und quantitative Bedarfsanalysen auf Ebene von Patienten, Bürgern, Ärzten, Gesundheitsberufen und politischen Entscheidungsträgern durchgeführt.

AUSGANGSLAGE

Ländliche Gemeinde: drohende Versorgungsengpässe

Basis: hausärztliche Einzelpraxis in Räumlichkeiten der Gemeinde

Existierende Vernetzung: Gemeinde, Landkreis, Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) Reutlingen, Universität Tübingen und Hausärzte.



Existierende Strukturen:

- Förderverein (2015): Landrat, UKT, AOK, IHK, Kreissparkasse RT, lokale Industrie, Hausarzt im GZH
- Planungs- und Steuerungsgruppe: Gemeinde, LK, KGK, Allg.med., GZH
- Arbeitskreis Gesunde Gemeinde

STRUKTUR

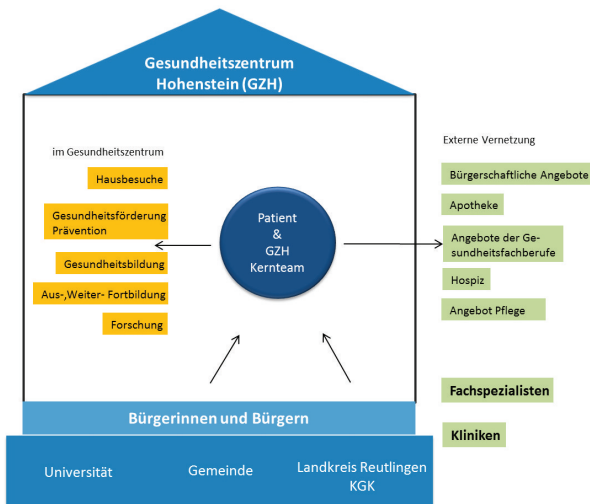


Abbildung 1: Aufbau des GZH

Die Struktur wird um die Kernpraxis herum aufgebaut. (siehe Abbildung 1)

Medizinische Leistungen:

- durch die Praxis erbrachte Leistungen
- durch externe Kooperationspartner

Planung, Finanzierung und Koordination:

- Kernteam des Zentrums
- Steuerungsgruppe
- „Gesunde Gemeinde Hohenstein“
- Landkreis / kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)
- Universität

Qualität und Weiterentwicklung:

- Bürgerdialoge
- Wiss. Evaluation (Abt. Allg.medizin, UKT)
- Fachliche Kooperationspartner

Finanzierung:

- Förderverein (s.o.)
- Regelversorgung durch Kassen
- Drittmittel (z.B. Stiftungen)

PLANUNG – ANGEBOT – QUALITÄT

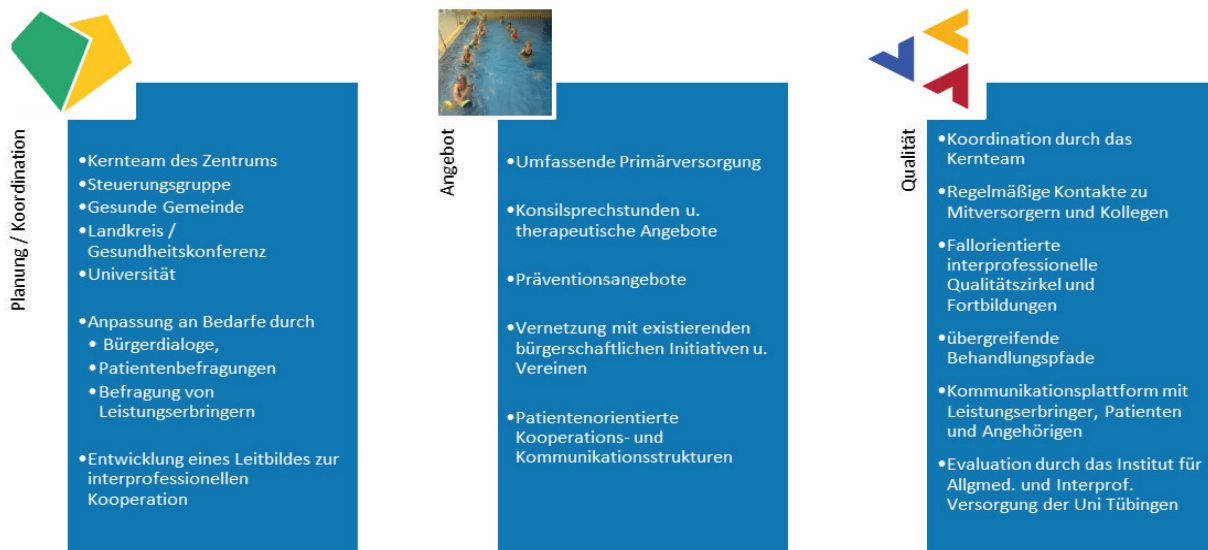


Abbildung 2:

DISKUSSION / AUSBLICK

Neue Versorgungskonzepte werden bedarfsorientiert entwickelt, pilotiert und kontinuierlich evaluiert. Der Bedarf wird durch alle involvierten Leistungserbringer verschiedener Sektoren sowie Patienten, Bürger und Gemeinde bzw. Landkreis definiert. Die wissenschaftliche Begleitung sichert innovative Konzeptentwicklung, Evaluation und durch die Anbindung an die Universität den direkten Draht zum ärztlichen Nachwuchs. Der Fokus liegt auf einer interprofessionellen, patientenzentrierten umfassenden Versorgung inklusive Prävention und Gesundheitsförderung.

Session 2: Qualität und Struktur in der Versorgung

(u. a. bei Kindern, psychisch Kranken, Erwerbstätigen, in
der Zahnmedizin und anderen Versorgern)

Moderation: Dr. H. Sturm, MPH

Patientensicherheit und Qualität

Einfluss von Teamtraining für Rettungsassistenten in der prähospitalen Patientenversorgung: eine prospektive semi-qualitative Beobachtungsstudie

The effect of paramedic training on prehospital trauma care (EPPTC-Study): a prospective semi-qualitative observational trial

Häske, D.^{1,2}, Hofmann M.³, Beckers, SK.^{4,5}, Lefering, R.⁶, Wölfl, CG.², Gliwitzky, B.²
Grützner, P.⁷, Stöckle, U.⁸, Münzberg, M.^{2,7}

¹Eberhard Karls Universität Tübingen, Medizinische Fakultät, ²PHTLS Deutschland, eine Arbeitsgruppe des DBRD, Offenbach an der Queich, ³Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, ⁴Universitätsklinikum der RWTH Aachen Klinik für Anästhesiologie, ⁵Rettungsdienst Feuerwehr Stadt Aachen, ⁶Universität Witten/Herdecke, Institut für Forschung in der Operativen Medizin FOM, ⁷BG Klinik Ludwigshafen, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Universität Heidelberg ⁸BG Klinik Tübingen, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Universität Tübingen



Einleitung

- In Deutschland werden jährlich ca. 8,6 Mio. Menschen bei Unfällen verletzt. Der Unfalltod die häufigste Todesursache bei jungen Erwachsenen; Verletzte dieser Altersgruppe profitieren besonders von einer raschen Wiederherstellung.
- Die Versorgung von schwerverletzten Patienten ist besonders anspruchsvoll, da sie selten ist, eine multidisziplinäre Teamarbeit erfordert und prähospital teils mit erheblichem technischen Aufwand und einer komplexen Therapie verbunden ist.
- Durch abnehmende Unfälle entsteht jedoch mangelnde Routine in Ablauf und Fertigkeiten, welche die Versorgungsqualität beeinträchtigen.
- PHTLS-Kurse (Prehospital Trauma Life Support) sind weltweit etablierte zweitägige Kurse für ärztliches und nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal mit dem Ziel der Verbesserung präklinischer Versorgung von Trauma-Patienten. Nach Vorbereitung im Selbststudium finden die Kurse in einer Instruktor-Teilnehmer-Ratio von 1:4 statt, neben kurzen Vorträgen überwiegen Fertigkeit- und Szenarietraining.
- Ziel der Untersuchung:** Evaluierung der subjektiven und objektiven Veränderungen durch das Training bei Teilnehmern und realer Patientenversorgung.

Methodik

Teil 1: Entwicklung eines Assessmenttools zur Evaluierung von Videoanalysen

Semi-qualitative Entwicklung eines „Assessment-Tool“, welches die videodokumentierten Abläufe in der Patientenversorgung und Fertigkeiten beurteilt. Diese Methode ist auch als „objective structured clinical examination“ (OSCE) bekannt. Sowohl aus den Lehrinhalten von PHTLS als auch aus den etablierten Messinstrumenten werden überprüfbare Items entwickelt. Qualitative Analyse der Videos, dabei werden relevante Merkmale transkribiert und geclustert, um quantifizierbare Items zu erhalten. Die Items werden in Abhängigkeit des Skalenniveaus bewertet und als Summenscore zusammengefasst. Eine Validierung des Assessment-Tools hinsichtlich Objektivität und Intra- bzw. Interrater-Reliabilität durch Experten aus dem Bereich Notfallmedizin/medizinische Lehre/Traumalogie erfolgen.

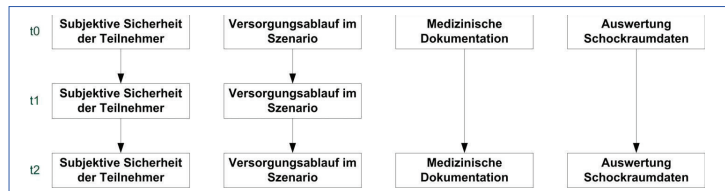


Abb. 1: Zeitpunkte und zu evaluierende Bereiche.

Teil 2: Longitudinale Untersuchung der subjektiven und objektiven Veränderungen durch das Training bei Teilnehmern und realer Patientenversorgung.

Messpunkte der Untersuchung

t0 ist der Messpunkt direkt vor der Schulung. Der Messpunkt t1 ist am Ende der Schulung und t2 ist ein Jahr der Schulung.

Subjektive Sicherheit der Teilnehmer und Wissenszugewinn

Entwickelter Fragebogen, welcher pseudonymisiert zu allen Zeitpunkten die Teilnehmer zur subjektiven Einschätzung ihres Kenntnisstands, ihrer Fertigkeiten und Sicherheit in der Versorgung von Traumapatienten befragt.

Objektive Veränderung in der Notfallversorgung durch die Teilnehmer

Mit Hilfe von Videoanalysen wird zu allen drei Zeitpunkten die Notfallversorgung von standardisierten Szenarien überprüft. Dabei wird die ABCDE-Versorgungsstruktur beurteilt, das Erkennen und Intervenieren bei gegebener Indikation (z.B. lebensbedrohlicher Befund). Ebenfalls werden Fertigkeiten wie Anlage Beckenschlinge, Spineboard, HWS-Immobilisation, Entlastungspunkten beurteilt (Indikation und Durchführung), logistische Aspekte wie z. B. Anmeldung Schockraum und Teamkommunikation sowie „Decision making“.

Reales Dokumentationsverhalten der Teilnehmer als Effekt der Schulung

Die Kurse vermitteln ein System zur Abklärung anamnestischer Informationen wie u.a. „Allergies“, „Medication“ und „Patient History“ (AMP). Diese Informationen werden für die Patientensicherheit als Routineerhebung für relevant erachtet. Zur Überprüfung des Effekts der Schulung wurden Einsatzprotokolle vor dem Schulungsjahr und danach ausgewertet. Für eine Änderung von 10% bei einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,05$, Power = 0,8 wurden 300 benötigte Protokolle pro Jahr berechnet.

Effekt der Schulung auf die prähospitalen Patientenversorgung

Auswertung der Schockraumdaten der betreffenden Klinik Wiesbaden im Vorher/nachher-Vergleich und zwar hinsichtlich Maßnahmen zum Atemwegs- und Blutungsmanagement, Volumentherapie, Immobilisation und logistischen Aspekten wie präklinische Versorgungszeiten.

Teil-Ergebnisse

Reales Dokumentationsverhalten der Teilnehmer als Effekt der Schulung

- Ausgewertete Einsatzprotokolle: 320 pro Jahr (gesamt 640)
- Pro Patient sind drei Punkte AMP (Allergie, Medikation, Vorerkrankung) möglich
- Pro Jahr sind 3 Punkte * 320 Einsätze = 960 Punkte möglich.
- Die Ergebnisse zeigen, dass als ein Effekt der Schulungsmaßnahmen die Dokumentation signifikant verbessert wurde.

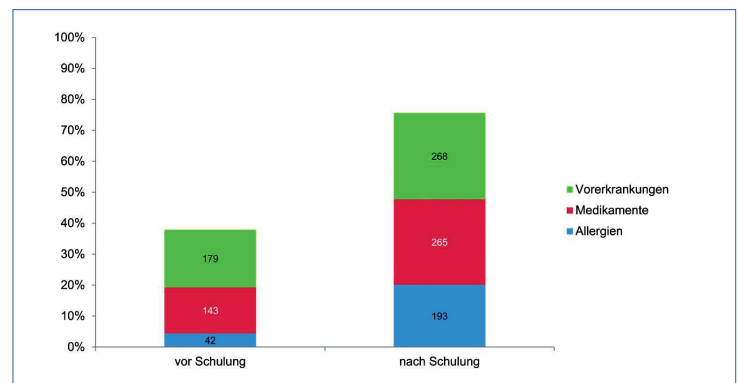


Abb. 2: Signifikante Steigerung der Informationen nach der PHTLS-Schulung ($p < 0,001$)

	vor Schulung	nach Schulung	Differenz	Signifikanz
Allergien	42	193	+78,2%	<0,001
Medikation	143	265	+46,0%	<0,001
Vorerkrankungen	179	268	+33,2%	<0,001

Tab. 1: Auch die Subgruppen-Analyse von Allergien, Medikamenten und Vorerkrankungen vor und nach PHTLS-Schulung zeigt eine signifikante Steigerung der Informationen.

Ausblick

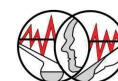
Weitere Ergebnisse werden mit Abschluss 2016 erwartet.

Referenzen

Häske, David; Kreinest, Michael; Wölfl, Christoph G.; Frank, Christian; Brodermann, Götz; Horter, Johannes et al. (2013): Bericht aus der Praxis: Strukturierte Fortbildung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Rettungsdienst. Einsatz-Supervision als neuer Ansatz im Bereich der Rettungsdienst-Fortbildung in Wiesbaden und im Rheingau-Taunus-Kreis? In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 107 (7), S. 484-489.

Häske, David; Beckers, Stefan K.; Hofmann, Marzellus; Wölfl, Christoph G.; Gliwitzky, Bernhard; Grützner, Paul et al. (14): The effect of paramedic training on pre-hospital trauma care (EPPTC-study): a study protocol for a prospective semi-qualitative observational trial. In: BMC Medical Education 2014 (32).

Das Poster enthält Teile der Dissertation des Erstautors, welche an der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen vorgelegt wird.



Zur Erfassung von psychosozialen Arbeitsbedingungen, Führungsqualität sowie Patienten- und Beschäftigten-bezogener Sicherheitskultur

Entwicklung des Fragebogens für die Studie "WorkSafeMed"

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

FKZ: 01GY1325A
DLR Projektträger

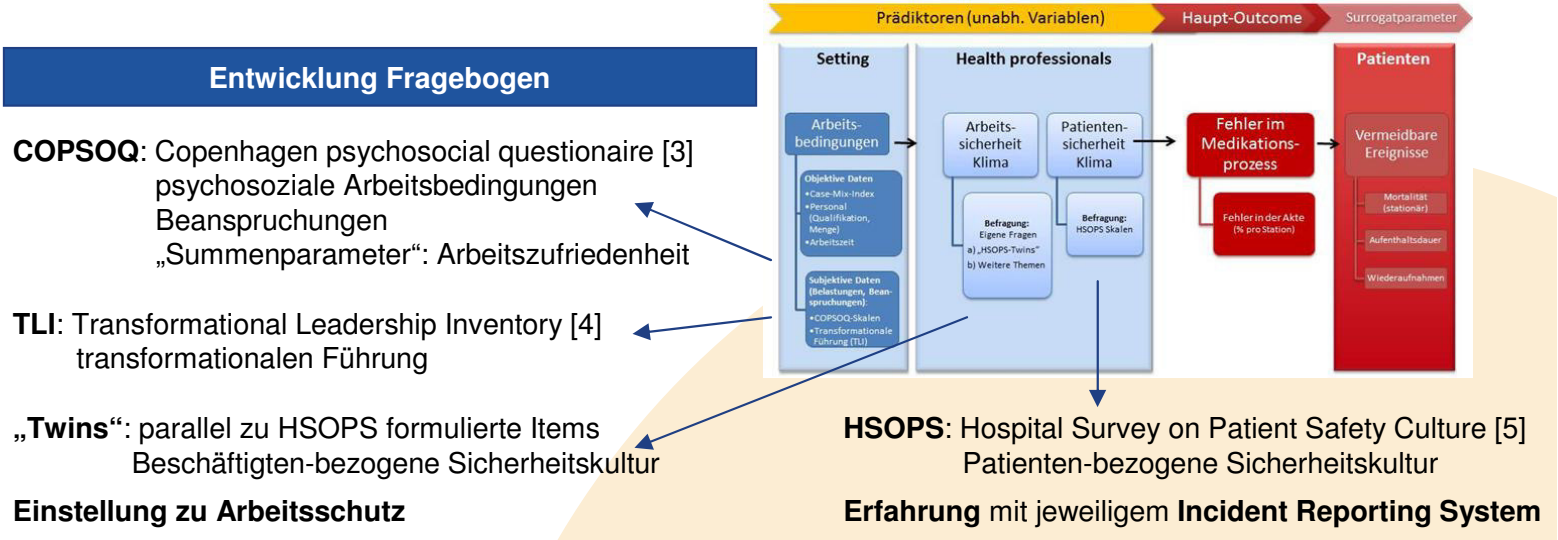
M.A. Rieger¹, A. Hammer², E. Luntz¹, M. Michaelis^{1,3}, H. Sturm¹, P. Martus⁴, T. Manser²

1 Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen; 2 Institut für Patientensicherheit, Universität Bonn; 3 FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin; 4 Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie, Universitätsklinikum Tübingen

Hintergrund

- Pilotstudie „Arbeitsschutz- und Patientenbezogene Sicherheitskultur im Gesundheitsdienst“ (ABSK) (2010-2012) [1, 2]: Entwicklung eines Fragebogens zur gleichzeitigen Erfassung von
 - Psychosozialen Arbeitsbedingungen
 - Patienten-bezogener Sicherheitskultur
 - Beschäftigten-bezogener Sicherheitskultur
- BMBF-Ausschreibung Versorgungsforschung, Schwerpunkt Patientensicherheit (2012), Bewilligung 6/ 2014
Konzept der Studie „**Working conditions, safety culture and patient safety in hospitals: what predicts the safety of the medication process?** (WorkSafeMed)
Design: Erfassung Arbeitsbedingungen und Sicherheitskultur (subjektiv & objektiv) – Chart Review

Rücklauf in Universitätsklinik (Pflege/ Ärzte)?
Verteilungsmaße der Items/ Skalen?



161 Items zzgl. soziodemographische Variablen

Pretest: 7 Ärzte, 7 Pflegende (Think-aloud-Technik bzw. schriftliche Rückmeldung): hohe Akzeptanz
Zielgruppen der Befragung: Ärzte und Pflegende in Betten-führenden Kliniken und Abteilungen

Ausblick

Befragung: Frühjahr 2015, 2 Universitätskliniken;
Rücklauf (Klinik A / Klinik B): Pflege n= 497 (42,7%) / 241(45,4%), Ärzte 224 (35,3%) / 179 (38,4%)
Beginn Chart Review im Herbst 2015 (geplant: 25 Akten pro Station) : Dokumentationsfehler im Medikationsprozess
Zusätzlich Erfassung objektiver Daten in beiden Kliniken: Arbeitsbelastung, Todesfälle, Länge Krankenhausaufenthalt
→ statistische Analyse: Assoziationen zwischen Befragungsergebnissen, Arbeitsbelastung und Dokumentationsfehlern (primäre Zielgröße) bzw. Todesfällen oder Länge des Krankenhaus-Aufenthaltes (sekundäre Zielgröße)
→ Ableitung von Best practice-Empfehlungen

Literatur

[1] Luntz E., Rieger MA. Indikatoren für eine gute Umsetzung von Patientensicherheit und Arbeitsschutz auf Station. Internationaler Kongress Patientensicherheit, Basel, 2011. Abstract-Band. Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2011), S.42
[2] Rieger MA et al. Zusammenhang zwischen subjektiver Bewertung von Arbeitsschutz, Patientensicherheit sowie Arbeitsbedingungen und beobachtetem sicherheitsrelevantem Verhalten von Beschäftigten. Eine explorative Analyse in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. 12. DKVF, Berlin, 2013: GMS Publishing House (2013). DocKV14-215. doi: 10.3205/13dkvf158
[3] Nübling M et al. Measuring psychological stress and strain at work - Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *Psycho-social medicine* 3 (2006), S. Doc05
[4] Hammer A et al. The relationship between transformational leadership and social capital in hospitals - a survey of medical directors of all German hospitals. *JPHMP*, 2012, 18(2), 175–180.
[5] Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture. AHRQ Publication No. 04-0041,2004 Rockville, MD

Danksagung

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).

Session 2: Qualität und Struktur in der Versorgung

(u. a. bei Kindern, psychisch Kranken, Erwerbstätigen, in
der Zahnmedizin und anderen Versorgern)

Moderation: Dr. H. Sturm, MPH

Wissen und Rolle von Versorgern

PflegeCoDe - Pflegecoaching für die optimale Unterstützung von Menschen mit Demenz

Steiner, Röhm, Schwärzler, Längle

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen, ZfP Südwürttemberg

Abt. Versorgungsforschung Region Alb-Neckar

bruderhausDIAKONIE
Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg



Zusammenfassung:

Im Rahmen der Demenzerkrankung ist das Kurzzeitgedächtnis und im weiteren Verlauf auch die Funktion des Langzeitgedächtnisses betroffen. Der zunehmende Verlust der kognitiven Fähigkeiten und die zunehmende Einschränkung der lebensgeschichtlich erworbenen Kompetenzen zur Alltagsbewältigung stellen für Betroffene eine erhebliche Belastung dar. Zur Prävention und Hinauszögerung der medizinischen und psychosozialen Folgen für Betroffene und Angehörige wird in einem interdisziplinären Projektkonsortium ein IT-gestützter Pflegecoach entwickelt.

Gefördert durch das:



Projektstruktur

Zielsetzung

Zur Entwicklung des Pflegecoaches werden Industrien mit medizinischem, pflegerischem, organisatorischem Know How und mit medizin- und IT-technologischem Wissen zusammengeführt. Im interdisziplinären Projektverbund werden anwendungs- und situationsbezogene Produkte entwickelt. Der Einbezug alterspsychiatrischer, krankheits- und anwendungsbezogener Aspekte ist durch die Mitwirkung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen (PP.r.t) und der Bruderhausdiakonie gewährleistet.

Projektsteckbrief

Verbundkoordination: Dr. phil. B. Steiner, Bruderhausdiakonie
Projektleitung PP.r.t: Dr. med. F. Schwärzler, Ärztl. Direktor
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
Projektkoordination: A. Röhm, MPH

Gesamtvolumen: 2,68 Mio. €
Projektlaufzeit: 01.09.2015 – 31.08.2018

Projektkonsortium:

Bruderhausdiakonie Reutlingen
• Ambulante, teilstationäre Altenhilfe

Cervis GmbH, Oberhausen
• Vor-Ort-Service für IT-, TK, CE Produkte

Forschungszentrum Informatik-FZI, Karlsruhe
• Forschungstransfer Informationstechnik, Datensicherheit

Fraunhofer IPA, Stuttgart
• Bild-, Signalverarbeitung, 3D Datenerfassung, -auswertung

GS Electronic Gebr. Schönweitz GmbH, Rheine
• Hersteller Mobilfunkbasierte Hausnotrufsysteme

Information multimedia communication AG
• Service / Bildungsmethoden und – technologien

Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie-PP.r.t
• Ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung

Vitakt Hausnotruf GmbH, Rheine
• Servicereparatur-Dienstleister bei jeglichem Unterstützungsbedarf

Zielsetzung

Zur Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen werden Apps entwickelt. Das Unterstützungssystem umfasst vier Kernmodule denen diese kleinsten funktionalen Einheiten zugeordnet sind. Hier kann jeder Pflegenden interaktiv und situationsbezogen passgenaue Hilfen finden.

Modul 1 Dem Predict, Demenzfrüherkennung durch automatisierte Tests

Ziel: Diagnostische Unterstützung durch automatisierte Erfassung der Indikatoren zeitliche Orientierung, Sprachbild, Bewegungsmuster, Selbstevaluation.
App: Identifiziert erste Handlungsanweisungen, technischen Support, geeignete Hilfsangebote.
Zielgruppe: Betroffene und Angehörige.

Modul 2 Dem Path, Verlaufsermittlung durch ambiante Sensorik

Ziel: Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung, Verlaufsermittlung, Erkennung von Notfällen, Frühintervention.
App: Bei veränderten Alltagsaktivitäten Feedback über den Krankheitsverlauf. Hilfen bei bedeutsamen Entscheidungen: Alarmierung der Betreuer.
Zielgruppe: Angehörige, professionelle Betreuer von Menschen mit fortgeschrittener Demenz.

Modul 3 Dem Activate, Aktivierung

Ziel: Soziale und psychische Aktivierung Demenzkranker im Alltag / häuslichen Umfeld.
App: Kognitives Training, VT, Realitätsorientierung, Erinnerungstherapie, indirekte und direkte Aktivierung mittels sensorischer Inputs (Gerüche, visuelle Informationen) und / oder Aktivierung des Hilfesystems.
Zielgruppe: Angehörige, Einrichtungen von / für Menschen mit fortgeschrittener Demenz, mit krankheitsbedingt eingeschränkter Selbstkontrolle und eingeschränkter Fähigkeiten zur aktiven Lebensbewältigung.

Modul 4 Dem Coach, Coaching Applikation

Ziel: Wissensdatenbank über Demenz. In Kombination mit Modul 1, 2 und individuellen biografischen Informationen entsteht ein kybernetischer Regelkreis.
App: Messbare Hinweise führen zu einer gezielten Anpassung der Unterstützungs-, Pflege- und medizinischen Leistungen.
Zielgruppe: Pflegekräfte, (pflegenden) Angehörigen, medizinische Fachkräfte.

Der Anwendungsbezug ist durch die PP.r.t (Fachbereich Medizin-Alterspsychiatrie) und die Bruderhausdiakonie (Fachbereich Altenpflege) gewährleistet.



Demenz ändert alles.

Über 7,5 Millionen Menschen in Deutschland haben Demenz. Mehr als 1,5 Millionen davon sind über 65 Jahre alt und haben eine Pflegebedürftigkeit. Mehr als 1,5 Millionen Menschen sind über 65 Jahre alt und haben eine Pflegebedürftigkeit. Mehr als 1,5 Millionen Menschen sind über 65 Jahre alt und haben eine Pflegebedürftigkeit.



Quellen: Mit freundlicher Genehmigung der Polyband Medien GmbH, Filmvertrieb München und dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend.

Methode

Die für PflegeCoDe bedeutsamen Grundagentechnologien und datenschutzrechtlichen Aspekte werden von den Forschungszentren Fraunhofer und FZI erarbeitet und geprüft. Die Integration in die Plattform erfolgt durch die Technologiefirmen GS Electronic, Cervis und IMC. Unter Leitung von PP.r.t und Bruderhausdiakonie wird die „Usability“ in verschiedenen Settings anwendungs-, bedarfsbezogen und in ethischer Hinsicht geprüft und evaluiert. Nach der erfolgreichen Produktentwicklung erfolgt die Markteinführung durch die Technologie- und Vertriebspartner in Kooperation mit dem Partner für Infrastruktur.

Ausblick und Innovation

Die direkte und indirekte Versorgung Demenzkranker wird durch das Unterstützungssystem für Angehörige und Pflegenden verbessert. PflegeCoDe bietet die Möglichkeit verfügbare Informationsangebote mit Sensoren und anderen verfügbaren Apps im häuslich-pflegerischen Bereich zu verbinden. Die Lebensqualität einer steigenden Zahl Demenzkranker und einer zunehmend hohen Zahl von Pflegepersonen kann dadurch verbessert werden.

Literatur

Steiner, B., Schwärzler, F. et al. (2014). Projektantrag „Pflegecoaching für die optimale Unterstützung von Menschen mit Demenz (PflegeCoDe)“. Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Förderprogramm „Pflegeinnovationen für Menschen mit Demenz, Schwerpunkt Mensch-Technik-Interaktion im demografischen Wandel.

Vermittlung von sozialmedizinischen Fertigkeiten im Humanmedizin-Studium Entwicklung eines neuen Lehrformats und Erfahrungen in der Anwendung

Sibylle Hildenbrand¹, Susanne Völter-Mahlknecht¹, Elisabeth Simoes², Edwin Luntz¹, Joachim Graf², Anke Wager¹, Monika A. Rieger¹

¹Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, ²Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen

Einleitung/Ziele

Entwicklung eines neuen Lehrformats im Humanmedizin-Studium: Üben sozialmedizinischer Fertigkeiten und Erkennen der Relevanz für die spätere ärztliche Tätigkeit.

1. Auswahl der wichtigsten im Berufsalltag auftretenden praktischen sozialmedizinischen Themen (Skills)
2. Design des Seminars, Wissen und praktisches Tun („Hands on“, Formulare kennen und ausfüllen)
3. Beurteilung der Durchgänge/Erfahrungen

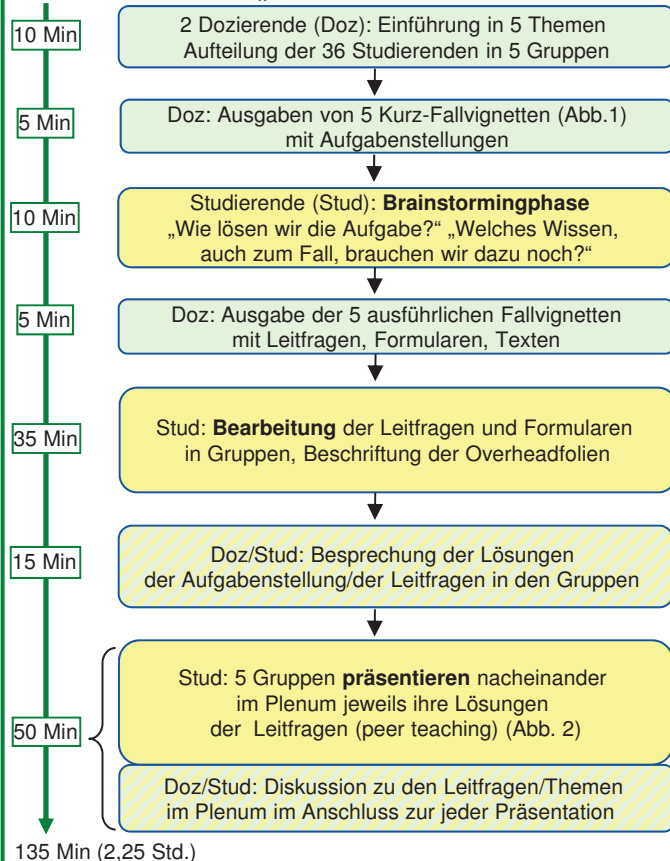
Ergebnisse 1

Auswahl sozialmedizinischer Themen durch die Lehrenden:

- (1) Feststellung von **Arbeitsunfähigkeit**
- (2) Unterstützung eines Antrags auf **Rehabilitation**
- (3) Unterstützung eines Antrags auf **Pflegestufe**
- (4) Planung einer stufenweisen **Wiedereingliederung**
- (5) Verordnung f. Leistungen der Sozialversicherung (**Hilfsmittel**)

Ergebnisse 2

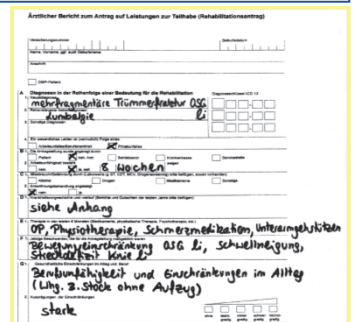
Ablauf des Seminars „Sozialmedizinische Skills“



Methodik

- Seminarvorgaben: Pflicht, 10. Sem, 2,25 Std., 160 Studierende pro Sem (mehrfache Durchführungen, ca. 36 Stud mit 2 Doz)
- Kriterien Themenauswahl: Wichtigkeit, Häufigkeit und Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung, Berücksichtigung des Lernzielkatalogs der DGSMP und der CanMed-Rollen
- Verwendung des didaktischen Elements „peer teaching“ aufgrund guter Erfahrungen im Seminar „Berufskrankheiten“ [1]
- studierendenzentriertes Format, entspricht den Empfehlungen des Wissenschaftsrat zur Weiterentwicklung des Studiums [2]
- Beurteilung: Studierende (Evaluation Tuevalon®), Dozierende

Eine 44jährige Frau erleidet einen Unfall. Sie bricht sich kompliziert den linken Knöchel. Sie wird im Krankenhaus operativ versorgt. [...] Nach Entlassung wird die Patientin von ihrer Hausärztin noch insgesamt sukzessive acht Wochen krankgeschrieben und erhält nur einmal die Woche Physiotherapie. Nach den acht Wochen hat die Patientin immer noch eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des Sprunggelenks [...]. Die Hausärztin hat den Eindruck die Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme wäre sinnvoll.



Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

OP, Physiotherapie, Schmerzmedikation, interambulante Bewegungseinschränkung des L, Schwellmüdigkeit, Stabilität, kein L, Benutzbarkeit und Einschränkung im Alltag (Lsg. z. Stöck ohne Aufzug) stark

Abb. 1: Kurz-Fallvignette zum Skill „Ausfüllen eines Rehabilitationsantrages“

Abb. 2: Von Studierenden ausgefüllter „Rehabilitationsantrag“

Ergebnisse 3a Kommentare der Studierende, aus Tuevalon®

- Die Aufteilung der Themen in Referate ist super!
- interaktiv statt frontal --> sehr gut. allerdings hätte ich gerne was mit "an die Hand" gegeben, die Vorträge der Studenten sind nicht immer so lehrreich
- Prinzipiell gut, die Anträge zu sehen und ein paar Informationen darüber zu erhalten. Bei der Gruppenarbeit lernt man aber fast nur etwas über das eigene Thema, - bei den Themen der anderen Gruppen bleiben weniger Informationen im Gedächtnis, wenn diese nur schnell vorne vorgeleiert werden. Der Lerneffekt war diesbezüglich eher gering.

Ergebnisse 3b Noten von Studierenden, aus Tuevalon®

heterogene Einschätzung, Notenbereich (in Schulnoten) ist üblich für sozialmedizinische Seminare

	SoSe 13	WiSe 13/14	SoSe 14	WiSe 14/15	SoSe 15
Mittelwert	2,81	2,72	2,70	2,82	2,66
Minimum	2,29	1,91	2,50	2,43	2,33
Maximum	3,15	3,40	3,00	3,18	3,15

Ergebnisse 3c Beurteilung durch Dozierende

- Seminar wurde erstmals SS 2013 implementiert, Ergebnisse von 5 Semestern zeigen erfolgreichen Ablauf
- Dozierende: Geeignet zum Einüben praktischer Fähigkeiten

Schlussfolgerungen und Ausblick

- Studierende scheinen bei selbst bearbeiteten Thema zu profitieren, den Wissenstransfer durch Vorträge anderer halten sie für eher gering, Frontalunterricht ist beliebt(er) (vgl. Ergebnisse 3a).
- gute Themenwahl und „hands on“ können die Relevanz der Sozialmedizin für die spätere ärztliche Tätigkeit vermitteln
- Ausblick: Zeitmanagement und weitere Fokussierung der Leitfragen

Literatur [1] Hildenbrand S, Rieger MA. Berufskrankheiten-Fallseminar – Neues Lehrformat für Studierende im Fach Arbeitsmedizin. Dokumentation 51. Jahrestagung, Dt. Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, Aachen, 2011: 710-712. ISBN 978-3-9811784-5-6; http://www.dgaum.de/images/stories/jahrestagungen/dgaum51_jahrestagung_2011_heidb.pdf [2] Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmed. Modellstudiengänge, <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14>

Danksagung

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).

Einstellung von deutschen BetriebsärztInnen zu arbeitsmedizinischen Angebotsuntersuchungen

Ergebnisse einer quantitativen Erhebung bei VDBW-Mitgliedern

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, Ziele und Rahmen

2008: In-Kraft-Treten der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (**ArbMedVV**) (§2: Definition „Angebotsuntersuchungen“)

Ziele der vorliegenden Analysen:

1. Ermittlung der **Einstellung von BetriebsärztInnen (BÄ)** zu arbeitsmed. **Angebotsuntersuchungen (AngU)** und
2. Analyse statistischer **Einflussfaktoren** (Prädiktoren) auf eine positive Einstellung.

Rahmen: Empirische Befragung zur Zurverfügungstellung und Inanspruchnahme von AngU bei Mitgliedern des Verbands Deutscher Betriebs- und Werkärzte (VDBW) in 11 ausgewählten Bundesländern (n= 1.580) im Jahr 2012.

II. Methode

- **Operationalisierung:** Entwicklung von 20 standardisierten Items u.a. auf der Basis qualitativer Interviewmethoden (siehe Poster von Preiser et al.) und Zusammenfassung in einem MittelwertGesamtscore.
- **Prädiktoren:** 1. Geschlecht, 2. Alter, 3. Berufsalter, 4. betriebsärztliche Qualifikation, 5. Umfang der Erwerbstätigkeit als BA haupt-/nebenberuflich, 6. Anbindung an Betrieb (inner-/überbetrieblich), 7. Tätigkeit in einer Praxis mit zertifiziertem Qualitätsmanagement, 8. Anzahl betreuter Betriebe, 9. Kenntnisstand zur ArbMedVV.
- **Statistische Methoden:** a) deskriptiv (Items) und b) multivariate lineare Regression (Einflussfaktoren), Rückwärtselimination der bivariat getesteten Prädiktoren mit $p < .2$. Effektstärke: Cohens d

III. Rücklauf und Kollektiv

Rücklaufquote: 29% (n= 460). **Geschlecht:** 54% männlich, **Alter:** 53 ±7 Jahre (Mittelwert, Standardabweichung). **Bundesländer:** 82% aus Ba-Wü, Bayern NRW. **Qualifikation:** 63% FA für Arbeitsmedizin, 30% Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“. **Berufsalter:** 18 ± 7Jahre.

IV. Ergebnisse

Items (Tab. 1)

Zustimmung zu 8 **positiv**-Items → höher (58-88%) als zu 7 **negativ**-Items (16-52%)

Zustimmung der Befragten zu 5 Items „**Nutzen** von AngUen **un**ter **bestimmten** **Voraussetzungen** → ebenfalls überwiegend hoch (59-79%).

Insgesamt: BÄ sehen die Bedeutung ihres persönlichen Engagements für die Umsetzung im Betrieb.

Jedoch: Sie benennen auch klar die Notwendigkeit von förderlichen Rahmenbedingungen, z.B. die Einbettung in ein betriebliches Gesamtpräventionskonzept.

Zustimmung zu 8 Items mit positiver Bewertung von AngU	%	n
helfen, Beschäftigte über arbeitsbedingte Fehlbelastungen aufzuklären	87,7	448
sollte es auch für psychisch sehr belastete Mitarbeiter geben	81,9	447
helfen, Befürchtungen von Beschäftigten zu Gefährdungen am Arbeitsplatz zu entkräften	81,8	448
sollte es auch für körperlich sehr belastete Mitarbeiter geben (durch Heben, Tragen etc.)	80,8	437
sind ein wichtiges Instrument, um Beschäftigte für ihr Gesundheitsbewusstsein zu sensibilisieren	79,5	449
sind eine niedrigschwellige Möglichkeit, um mit dem Beschäftigten ins Gespräch zu kommen	78,7	447
sind eine wichtige Informationsquelle, um den Arbeitsplatz eines Beschäftigten besser einschätzen zu können	73,5	446
stärken die Selbstverantwortlichkeit des Beschäftigten	68,4	445
Zustimmung zu 7 Items mit negativer Bewertung von AngU		
treffen nicht genau die Aspekte, die für die Beschäftigten im Betrieb im Vordergrund stehen (z.B. psychische Belastungen, Muskel-Skelettsbeschwerden ab)	52,7	444
nicht kommunizieren zu dürfen (> Schweigepflicht), erschwert es, dem Arbeitgeber betriebsärztliches Handeln nachzuweisen	40,2	443
sind bei manchen Gefährdungen, bei denen sie vorgesehen sind, nicht nötig	25,2	444
sind weniger sinnvoll, als „Gesundheits-Check-ups“ für alle Beschäftigten anzubieten	21,0	438
lösen mehr Bedenken bei den Beschäftigten aus, als ihr Nutzen rechtfertigt	19,3	445
sind nicht wichtig, Pflichtuntersuchungen hingegen schon	15,7	445
halten Betriebsärzte von anderen wichtigen Aufgaben, z.B. Arbeitsplatzbeurteilungen ab	10,9	449
Zustimmung zu einschränkender Bewertung von AngU		
hängen vom persönlichen Engagement des Betriebsarztes ab	79,1	444
wären in vielen Betrieben gar nicht zu leisten, wenn alle Beschäftigten an ihnen teilnehmen würden	73,1	446
nutzen nur, wenn auch Gefährdungen am Arbeitsplatz erkannt und beseitigt/minimiert werden	64,7	445
sind nur möglich, wenn es dem Betrieb wirtschaftlich gut geht	48,8	443
sind nicht sinnvoll, wenn der Arbeitgeber aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse für die Gestaltung von Arbeitsplätzen ziehen kann	44,9	448

Gesamtscore (20 Items)

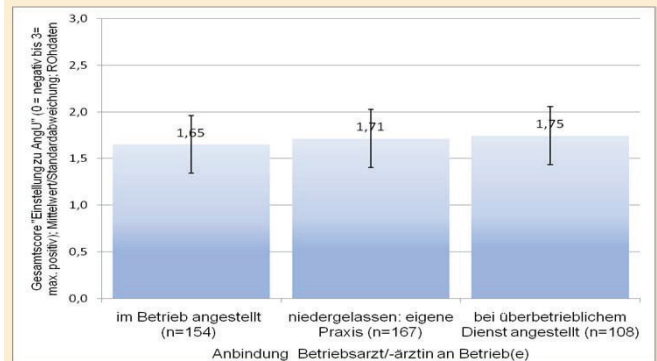
Score-Mittelwert/Standardabweichung **1,7 ±0,3** (Wertebereich 0-3 – je höher, desto positiver die Einst.)

Regressionsmodell

Prädiktoren für positive Bewertung von AngU

Bivariat: höheres Alter, mehrere betreute Betriebe überbetriebliche Anbindung an Betrieb.

Multivariat (Abb. 1): Einstellung zu AngU bei BÄ in überbetrieblichen Diensten bzw. in eigener Praxis Niedergelassen → besser als bei im Betrieb Angestellten ($p=.006$ bzw. $p=.043$, $d=.30$ bzw. $d=.10$).



Tab. 1: Einstellung zu Angebotsuntersuchungen (Anteil Zustimmung ("sehr/eher") zu Items mit pos., neg., einschränkender Bewertung von AngU; Datenbasis: n=460)

Abb. 1: Einstellung zu AngU (mittlerer Gesamtscore (20 Items, n=429))

V. Schlussfolgerungen

Die BetriebsärztInnen in diesem Kollektiv scheinen arbeitsmedizinischen Angebotsuntersuchungen grundsätzlich einen Nutzen zuzuschreiben und sehen diese in vielen Aspekten mehrheitlich positiv. Erfahrung mit der betriebsärztlichen Betreuung beeinflusst die Einstellung positiv. Angesichts des Anteils von 70% Nonrespondern sollten mögliche Verzerrungen jedoch bedacht werden.

Danksagung

- Bei der Geschäftsführung und den Mitgliedern des Verbands Deutscher Betriebs- und Werkärzte e.V. (VDBW).
- 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)

Kennnisstand von BetriebsärztInnen zu arbeitsmedizinischen Angebotsuntersuchungen

Ergebnisse einer quantitativen Erhebung bei VDBW-Mitgliedern

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

1) Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen

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

E-Mail: susanne.voelter-mahlknecht@med.uni-tuebingen.de

I. Hintergrund und Ziele

2008 In-Kraft-Treten der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (**ArbMedVV**) (§2: Definition „Angebotsuntersuchungen“)

2011 **AMR Nr. 1** zu §5 ArbmedVV (Arbeitsmedizinische Regel „Anforderung an das Angebot von arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchungen“; BMAS)

2012 **AME** „Psychische Gesundheit im Betrieb“ (Arbeitsmedizinische Empfehlung des BMAS)

Ziele: Ermittlung von **Kennnisstand** und ggf. **Fortbildungsbedarf** von BetriebsärztInnen (BÄ) zur ArbMedVV (*Outcome* „**OUT1**“) sowie **Kennnisstand** zu **AMR Nr. 1** (*Outcome* „**OUT2**“) / **AME** (*Outcome* „**OUT3**“).
Analyse von berufsbezogenen **Einflussfaktoren** auf den OUT1.

II. Methode

• **Erhebung:** Standardisierte Befragung (postalisch, „paper-pencil“) bei Mitgliedern des Verbands Deutscher Betriebs- und Werkärzte (VDBW) in n=11 ausgewählten Bundesländern (n= 1.580), Jahr 2012

• **Operationalisierung der Outcomes („OUT“) 1 bis 3:**

OUT1: Kenntnisse ArbMedVV („Wie gut fühlen Sie sich informiert?“); dichotomisiert : 1=eher/ sehr gut“; 0= „gar nicht“, „mittel“, „eher/sehr schlecht“

OUT2 und 3: „Kennen Sie AMR 1/ die AME“
„nein“, „schon gehört“, „schon gelesen“

• **Mögliche Prädiktoren (→ OUT1):** 1. Geschlecht, 2. Berufsalter, 3. betriebl. Anbindung, 4. Umfang Tätigkeit als BA voll-/teilzeit/std.w. bzw. 5. haupt-/ nebenberufl., 6. Anzahl betreuter Betriebe, 7. arbeitsmed. Qualifikation, 8. Tätigkeit in Praxis mit zertifiziertem Qualitätsmanagement, 9. Besuch von ArbMedVV-Fortbildungen

• **Statistische Methoden:** Multivar. Log. Regression, Rückwärtselimination (out=p<.1) aller bivariat getesteten Prädiktoren mit p<.2. Effektstärkemaß: Odds ratio/ Konfidenzintervall CI (95%)

III Rücklauf und Kollektiv

Rücklaufquote: 29% (n= 460), **Nonresponder-Verzerrungen** (Alter, Geschlecht): keine. **Geschlecht:** 54% männlich, **Alter:** 53 ±7 J. (Mittelwert ± Standardabweichung). **Bundesländer:** vorwiegend Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen (82%). **Qualifikation:** Facharzt -/ärztin (FA) für Arbeitsmedizin (63%) und andere ärztl. Qualifikation, Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ (30%). **Jahre im Beruf:** 18 ± 7 J.

IV. Ergebnisse

Kennntnis ArbMedVV (OUT 1): 79% der BÄ fühlen sich gut/ sehr gut“ über die Inhalte der ArbMedVV informiert.

Fortbildungserfahrung: 71% der BetriebsärztInnen.

Kennntnis AMR 1 und AME (OUT2, OUT3): 84% bzw. 83% der Teilnehmer hat von ihnen bereits „gehört“ bzw. gelesen (**Abb. 1**).

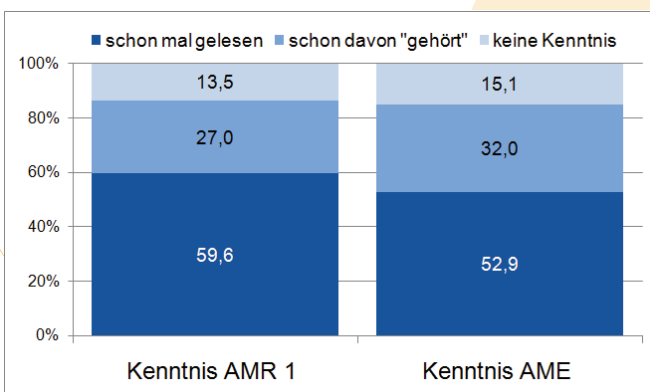


Abb. 1: Kenntnisse von BÄ zur AMR 1 bzw. zur AME „Psych. Gesundheit“ n=445 bzw. 450

Prädiktoren (multivar. LogReg) auf OUT1, Abb. 2:

1. **Hauptberufliche Tätigkeit als BA (OR=5,9; CI=3,2-11,0).**

2. **Fortbildungserfahrung (OR=2,7; CI=1,5-4,9).**

3. **Fachärztliche Qualifikation (OR=1,8; CI=1,0-3,2; p=0,059).**

Keine Effekte mehr im Modell: Umfang Erwerbstätigkeit als BÄ (Vollzeit etc.) und Anbindung an den Betrieb (inner-/überbetrieblich)

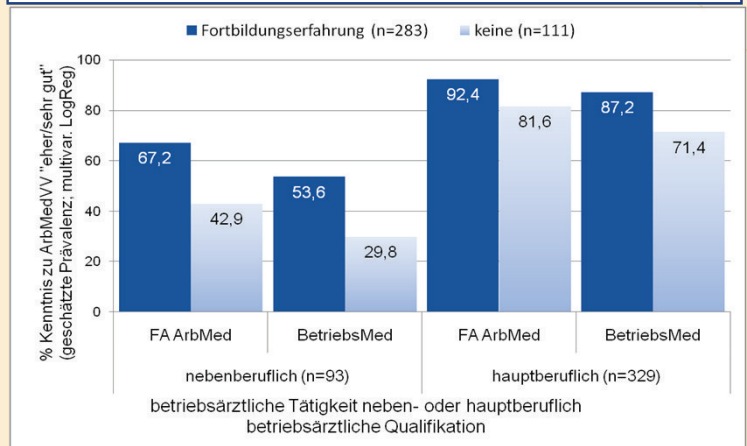


Abb. 2: Kenntnisse von BÄ zu ArbMedVV „eher/sehr gut“ (OUT1) nach Fortbildungserfahrung, Qualifikation, Umfang der Tätigkeit; Regressionsmodell); n=422. Abk.: „FA ArbMed“= FA Arbeitsmedizin; „BetriebsMed“= Zusatzbez. „Betriebsmedizin“

V. Schlussfolgerungen

Der Kenntnisstand von BetriebsärztInnen in diesem Kollektiv in Bezug auf die ArbMedVV, die AMR Nr. 1 und die AME „Psychische Gesundheit im Betrieb“ ist hoch, aber möglicherweise überschätzt (Positivselektion, 70% Nonresponder). Der Kenntnisstand zur ArbMedVV wird durch entsprechende Fortbildung, aber auch durch den Umfang der ärztlichen Tätigkeit und in geringerem Maß auch durch die fachärztliche Qualifikation beeinflusst. Die BÄ motivierende Aktivitäten zum Besuch von Fortbildungsveranstaltungen sollten ggf. intensiviert werden.

Danksagung

- Bei der Geschäftsführung und den Mitgliedern des Verbands Deutscher Betriebs- und Werkärzte e.V. (VDBW).
- 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)

ERWERB VON FORSCHUNGSKOMPETENZEN IM BLOCKPRAKTIKUM ALLGEMEINMEDIZIN

Ein Pilotprojekt in 20 hausärztlichen Praxen

Moßhammer D¹, Lorenz G¹, Mörike K², Joos S¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen (UKT)

² Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Abteilung Klinische Pharmakologie, UKT

Hintergrund. Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums [1] zielen auf eine Stärkung wissenschaftlicher Kompetenzen ab. Die Bearbeitung von Forschungsfragen durch Studierende findet sowohl in Deutschland (außerhalb der Promotion) wie auch international bisher lediglich im Ansatz statt [2, 3, 4, 5].

Studienziele. Förderung des wissenschaftlichen Kompetenzerwerbs durch die Bearbeitung einer Forschungsfrage im zweiwöchigen Blockpraktikum Allgemeinmedizin (BP AM) mit Evaluation von Machbarkeit und Akzeptanz bei Studierenden und Lehrärzten.

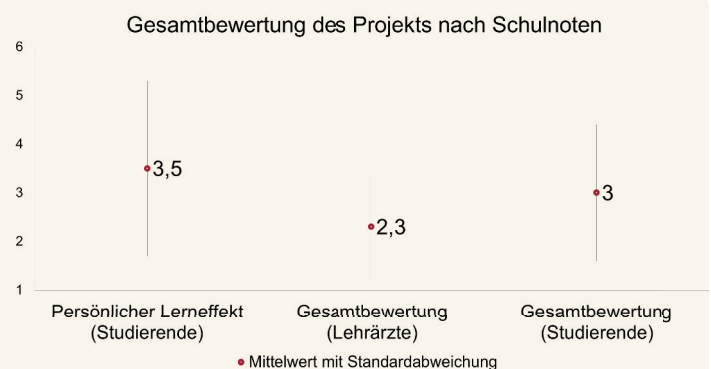
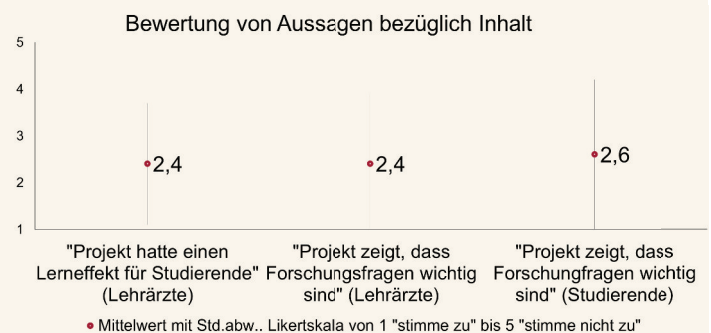
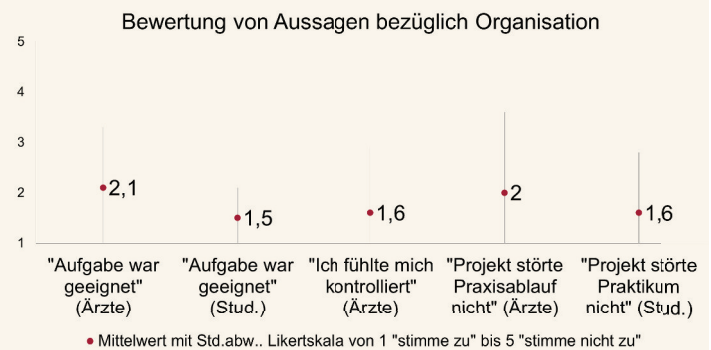
Methode. Pilotprojekt mit 20 Studierenden, die das BP AM aus unterschiedlichen Gründen in einem vorgezogenen Zeitraum absolvierten. Sie erhielten während des BP AM in ihrer Lehrpraxis die Aufgabe, potenziell mit Statinen interagierende Arzneimittel mithilfe eines standardisierten Fragebogens bei jeweils fünf Patienten mit koronarer Herzkrankung zu erheben.

Ergebnisse. 16 der 20 Studierenden haben am Projekt teilgenommen. Lehrärzte (n=14) und Studierende gaben auf einer Likert-Skala (von 1=trifft zu bis 5=trifft nicht zu) im Mittel mit 2,1 bzw. 1,5 an, dass die Aufgabe geeignet gewesen sei. Die Lehrärzte fühlten sich durch das Projekt in ihrem Verschreibungsverhalten nicht kontrolliert (Mittelwert 1,6). Mit 2 bzw. 1,6 wurde bewertet, dass das Projekt den Praxisablauf bzw. das Blockpraktikum nicht beeinträchtigt hätte. Im Mittel sprachen die Lehrärzte dem Projekt eher einen Lerneffekt zu (2,4 auf der Likert-Skala). Mit 2,4 und 2,6 stimmten Lehrärzte bzw. Studierende der Aussage zu, dass Forschungsfragen in der alltäglichen Praxis wichtig seien. Die Bewertung des persönlichen Lerneffekts und die Gesamtbewertung seitens der Studierenden waren ausreichend bzw. befriedigend.

Diskussion. Der Ansatz, im BP AM wissenschaftlichen Kompetenzerwerb zu integrieren, scheint vom Ablauf her möglich zu sein. Ob die eher geringe Einschätzung des Lerneffekts der Studierenden sowie die befriedigende Gesamtbewertung am Thema oder anderen Faktoren liegen, bleibt bisher offen. Vor einer breiten Implementierung sollten diese Fragen (z. B. anhand qualitativer Erhebungen) geklärt werden.

Danksagung. Das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung dankt den Lehrärzten und Studierenden für die Teilnahme.

Literatur. [1] <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.pdf> (aufgerufen am 13.03.2015). [2] Magzoub ME. A taxonomy of community-based medical education. Acad Med 2000; 75(7):699-707. [3] Murdoch-Eaton D et al. What do medical students understand by research and research skills? Identifying research opportunities within undergraduate projects. Med Teach 2010; 32(3):e152-60. [4] Moßhammer D et al. [Factors associated with influenza vaccination information--a cross-sectional study in elderly primary care patients]. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2009;103(7):445-51. [5] Moßhammer D, Roos MJ, Kronenthaler A, Lorenz G, Eissler M, Joos S. Bearbeitung von Forschungsfragen zur wissenschaftlichen Qualifizierung von Studierenden - ein Lehr- und Lernkonzept für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin. GMS Z Med Ausbild 2011;28(2):Doc24.



Impressum, Copyright:

Dokumentation zum 3. Tag der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät
Tübingen

Herausgeber:

Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen
(Prof. Dr. med. Monika A. Rieger, Prof. Dr. med. Stefanie Joos, Dr. med. Heidrun
Sturm, MPH, PhD, Boris Schörnig, M.A.)
Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Tübingen
Wilhelmstr. 27
72074 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, Februar 2016.