



1. Tag der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen

**Montag, 04. März 2013
14.00-20.00 Uhr**

Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der MFT
Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung
Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen

Dokumentation

VORWORT

Am 4. März 2013 luden die Medizinische Fakultät Tübingen und die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät zum 1. Tag der Versorgungsforschung. Dieser wurde auch über Tübingen hinaus sehr positiv aufgenommen.

Die Veranstaltung diente dem Austausch der (zukünftig) im Bereich Versorgungsforschung Tätigen und richtete sich alle an der Versorgungsforschung interessierten Personen im Bereich der Medizinischen Fakultät Tübingen.

Der 1. Tag der Versorgungsforschung bot die Gelegenheit, Projekte aus dem Bereich der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät einschließlich ihrer Lehrkrankenhäuser in Form eines Posterbeitrags vorzustellen und zu diskutieren.

Drei Workshops dienten der methodischen Qualifizierung und Vernetzung der an der Versorgungsforschung interessierten Personen.

Für den Hauptvortrag konnte mit Frau Prof. Dr. Petra A. Thürmann (Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Universität Witten/Herdecke; Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal) eine renommierte Expertin im Bereich der Versorgungsforschung gewonnen werden. Frau Prof. Dr. Thürmann ist seit 2011 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Sie referierte in ihrem Vortrag über das SVR-Gutachten aus dem Jahr 2012 und die daraus resultierenden Implikationen für die Versorgungsforschung.

Die Grußworte des Fakultätsvorstands übermittelte der Prodekan Lehre, Prof. Dr. Stephan Zipfel, der die Bedeutung der Versorgungsforschung auch für die Medizinische Fakultät Tübingen unterstrich.

In der vorliegenden Dokumentation sind das Programm, der Hauptvortrag und die vorgestellten Poster zusammengefasst. Sie gibt so einen Einblick in die Aktivitäten im Bereich Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen.

Tübingen, im Juli 2013

Prof. Dr. med. Monika A. Rieger

DIE KOORDINIERUNGSSTELLE VERSORGENGSFORSCHUNG AN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT TÜBINGEN

Versorgungsforschung ist eine interdisziplinär ausgerichtete grundlagen- und problemorientierte Disziplin, welche die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen unter Alltagsbedingungen untersucht, Konzepte zur Verbesserung entwickelt und deren Umsetzung begleitend evaluiert.

Die **Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen** wurde im Jahr 2011 im Rahmen des Programms zum "Ausbau und zur Koordinierung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg" am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, eingerichtet. Dieses Programm wurde vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren aufgelegt, um die Versorgungsforschung in Baden-Württemberg nachhaltig auszubauen.

Lokal trägt die Tübinger Koordinierungsstelle im Rahmen des Förderprogramms zum Auf- und Ausbau der Versorgungsforschung bei durch:

- **Beratung** (inhaltlich und methodisch, auch bei Anträgen für die intramurale Forschungsförderung der Medizinischen Fakultät)
- **Information und Qualifizierung** (u.a. Kolloquien, Methodenworkshops, Forschungswerkstatt Qualitative Methoden, DoktorandInnenseminar...) für ÄrztInnen, WissenschaftlerInnen, DoktorandInnen und Studierende (im Rahmen des als Wahlpflichtveranstaltung anrechenbaren Wochenkurses „Methoden der Versorgungsforschung“)
- **Begleitung** von NachwuchswissenschaftlerInnen der Medizinischen Fakultät in Tübingen, die durch die Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg gefördert werden.

Die Tübinger Koordinierungsstelle ist Teil des Netzwerks lokaler Koordinierungsstellen und arbeitet eng mit der in Heidelberg eingerichteten „Koordinierungsstelle Versorgungsforschung Baden-Württemberg“ zusammen.

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	II
DIE KOORDINIERUNGSSTELLE VERSORGUNGSFORSCHUNG AN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT TÜBINGEN.....	III
INHALTSVERZEICHNIS	IV
PROGRAMM 1. TAG DER VERSORGUNGSFORSCHUNG	VII
GRUßWORT DES VORSTANDS DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT	VIII
VORTRAG VON FRAU PROF. DR. MED. PETRA A. THÜRMANN.....	IX
POSTERPRÄSENTATION.....	X
ÜBERSICHT.....	X
1. STELLENWERT DER INTERKULTURELLEN KOMPETENZ BEI DER HAUS- ÄRZTLICHEN VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT MIGRATIONSHIN- TERGRUND BEI PSYCHISCHEN BESCHWERDEN	
2. PERSONENORIENTIERTE SPORTTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONS- MAßNAHMEN BEI OSTEOARTHROSE	
3. MODERNE TELEKOMMUNIKATION BEI KOGNITIV EINGESCHRÄNKTEN PATIENTEN IN DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN REGELVERSOR- GUNG	
4. INDIKATOREN FÜR EINE GUTE UMSETZUNG VON PATIENTENSICHER- HEIT UND ARBEITSSCHUTZ AUF STATION	
5. WELCHE FEHLER MACHEN HAUSÄRZTE? DATEN DER GUTACHTER- KOMMISSION DER LANDESÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG VON 2004 BIS 2011	
6. BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN EINEM INDUSTRIEBE- TRIEB - WEGE ZU EINER NACHHALTIGEN MAßNAHME	
7. ANGEBOTSUNTERSUCHUNGEN IN DER ARBEITSMEDIZINISCHEN VOR- SORGE	
8. LASSEN SICH BESCHÄFTIGTE MIT LEICHTER ARTERIELLER HYPERTO- NIE DURCH „MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG“ ZU EINER LE- BENSSTILÄNDERUNG MOTIVIEREN? ERGEBNISSE EINER MACHBAR- KEITSSTUDIE	
9. KANN EINE BETRIEBSÄRZTLICHE BERATUNG BEI BESCHÄFTIGTEN MIT ARTERIELLER HYPERTONIE ZUM BESUCH DES HAUSARZTES MOTI- VIEREN? ERGEBNISSE EINER MACHBARKEITSSTUDIE	

10. WIEDERHOLENDE BLUTDRUCK-MESSUNG. PRAKTIKABILITÄT ZWEIER METHODEN ZUR VALIDIERUNG HOHER MESSWERTE BEI BESCHÄFTIGTEN IM WERKSÄRZTLICHEN SETTING	
11. INANSPRUCHNAHME AMBULANTER THERAPIEANGEBOTE NACH EINEM STATIONÄREN AUFENTHALT VON PATIENTEN MIT PSYCHOTISCHEN STÖRUNGEN – STUDIENKONZEPT	
12. ZUR ZUSAMMENARBEIT VON HAUS- UND BETRIEBSÄRZTEN. EINE QUALITATIVE STUDIE	
13. TRANSCAREO- ENTWICKLUNG EINES VERSORGUNGSMODELLS ZUR VERBESSERUNG DER TRANSITIONSVERSORGUNG BEI SELTENEN ER- KRANKUNGEN AM BEISPIEL WEIBLICHER JUGENDLICHER MIT GENITA- LER FEHLBILDUNG	
14. PSYCHOSOMATISCHE SPRECHSTUNDE IM BETRIEB. ERFAHRUNGEN, CHANCEN, GRENZEN, TRANSFERIERBARKEIT IN KLEINE UND MITTLE- RE UNTERNEHMEN	
DRITTMITTELFÖRDERUNG FÜR VERSORGFORSCHUNG.....	XII
COPYRIGHT, IMPRESSUM.....	XIII

PROGRAMM 1. TAG DER VERSORGENGSFORSCHUNG

14.00 Uhr
Posterpräsentation

15.30 Uhr
Begrüßung und Eröffnung
Prof. Dr. med. Stephan Zipfel, Prodekan Lehre MFT
Prof. Dr. med. Monika A. Rieger,
Leitung der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der MFT

15.45 Uhr
Vortrag
Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann
Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Universität Witten / Herdecke
Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal

*„Das aktuelle SVR-Gutachten: Implikationen für
die Versorgungsforschung“*

P A U S E

16.45 Uhr
Einführung in die Workshops
Prof. Dr. med. Monika A. Rieger

17.00 Uhr
Workshops mit Mitgliedern der Koordinierungsstelle

*WS 1: Studiendesigns zur Evaluation von Interventionen in der Versorgungs-
forschung: Quer- oder Längsschnitt?*

(Dr. med. Heidrun Sturm, MPH, PhD)

*WS 2: Schnittstellen in einem sektoralen System: ambulante und stationäre
Krankenversorgung- Pflegeheime – Rehabilitation*

(Dr. Dagmar Gröber-Grätz, MPH)

*WS 3: Akteure und Beschäftigte im Gesundheitsdienst: Interprofessionelle As-
pekte und Arbeitsorganisation als Ansatzpunkte für die Versorgungsforschung*

(Prof. Dr. med. Monika A. Rieger)

18.45 Uhr
Ausklang und Imbiss

GRÜßWORT DES VORSTANDS DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

Sehr geehrte Frau Prof. Thürmann,
sehr geehrte Frau Prof. Rieger,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte Sie im Namen des Fakultätsvorstandes, speziell im Namen des Dekans Prof. Autenrieth herzlich begrüßen zu diesem 1. Tag der Versorgungsforschung in Tübingen.

Versorgungsforschung ist ein Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung. Sie bezieht sich auf Krankenhäuser, Arztpraxen oder einzelne Technologien im Gesundheitswesen. Diese noch sehr junge Disziplin gerät derzeit vor dem Hintergrund der allgemeinen gesundheitspolitischen Diskussion und der Finanzierungslücke im Gesundheitswesen immer stärker ins Visier.

Unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten ist Versorgungsforschung eine grundlagen- und problemorientierte, fachübergreifende Forschungseinrichtung. Sie beschreibt die Kranken- und Gesundheitsversorgung und Ihre Rahmenbedingungen, erklärt die kausalen Zusammenhänge und erklärt und entwickelt darauf aufbauend Versorgungskonzepte. Die Umsetzung dieser Konzepte unter Alltagsbedingungen wird anschließend begleitend erforscht und evaluiert.

Baden-Württemberg stärkt seit einigen Jahren die Versorgungsforschung. Ausgehend von der starken Unterstützung der Allgemeinmedizin (Ausgangspunkt in Heidelberg) wurden die medizinischen Fakultäten gebeten, ein Konzept zum Auf- und Ausbau der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg zu erarbeiten. Ziel ist einerseits, Themen zu bearbeiten, die für Baden-Württemberg besonders drängend sind, und andererseits, um Drittmittel für Versorgungsforschungs-Projekte nach Baden-Württemberg einzuwerben.

Versorgungsforschung hat in Baden-Württemberg eine große Tradition, beginnend zu der Zeit von Prof. Selbmann, dem ehemaligen Direktor des Instituts für Medizinische Informationsverarbeitung.

Unter der Leitung von Frau Prof. Rieger hat sich der Standort Tübingen konsequent in Richtung Versorgungsforschung weiterentwickelt. Frau Prof. Rieger hat sich mit großem Erfolg in die Erarbeitung des gerade genannten Konzepts des Landes Baden-Württemberg eingebracht.

Nach Bewilligung der Mittel wurde die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen am damaligen *Institut für Arbeits- und Sozialmedizin* eingerichtet. In der Folge wurde das Institut umbenannt in *Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung*.

Dies bedeutet nicht, dass nur dort Versorgungsforschung gemacht wird. Vielmehr gibt es in Tübingen mehrere Arbeitsgruppen, die Versorgungsforschungs-Projekte durchführen oder sich aktuell im Rahmen der Ausschreibungen um die Einwerbung von Projekten bemühen. Die Koordinierungsstelle bündelt die Aktivitäten zentral. Ein Beispiel dafür ist der heutige Tag der Versorgungsforschung, der u.a. der Vernetzung von Wissenschaftlern dient.

Hierzu zählt auch die in der Woche vom 04. – 08.03.2013 stattfindende Blockveranstaltung „Methoden der Versorgungsforschung“.

Versorgungsforschung ist in den verschiedenen Fächern in Tübingen unterschiedlich weit entwickelt. Interesse an verschiedenen Fragestellungen erwächst aber in vielen Bereichen aus den täglichen Herausforderungen der Krankenversorgung.

Und: der Ausbau der translationalen Forschung in Tübingen kann zukünftig zu mehr Forschungsprojekten im Bereich der Versorgungsforschung führen.

Versorgungsforschung spielt auch eine zunehmend wichtigere Rolle in den Deutschen Gesundheitszentren, wo Tübingen an vier Zentren beteiligt ist.

Erwähnt werden soll hier auch die im letzten Jahr in Tübingen erfolgreich eingeworbene 3. Förderlinie der DFG Exzellenzinitiative. Das Zukunftskonzept der Universität: *Research – Relevance – Responsibility* bezieht sich auf eine Forschungsausrichtung, die den Menschen in den Blick nimmt. Dies wiederum ist ein wesentliches Charakteristikum von Versorgungsforschung.

Ich möchte hiermit im Namen des Fakultätsvorstands Frau Prof. Rieger noch einmal herzlich danken für Ihren Einsatz und wünsche ihr und allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Tagung einen erfolgreichen Verlauf und viele fruchtbare Diskussionen!

Prof. Dr. med. Stephan Zipfel

Prodekan Lehre

VORTRAG VON FRAU PROF. DR. MED. PETRA A. THÜRMAN

Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Universität Witten / Herdecke
Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal
Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

*„Das aktuelle SVR-Gutachten: Implikationen für
die Versorgungsforschung“*

Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012 – Implikationen für die Versorgungsforschung

Prof. Dr. Petra A. Thürmann
Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie
Universität Witten/Herdecke
Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie
HELIOS Klinikum Wuppertal

1



The screenshot shows the homepage of the Sachverständigenrat Gesundheit. The browser address bar displays www.svr-gesundheit.de/index.php?id=2. The website header includes navigation links: KONTAKT, IMPRESSUM, Seite drucken, and Bestellung der Kurzfassungen. A search bar labeled 'SUCHE' is also present.

The main content area features the SVR logo and the title 'SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen'. A left sidebar contains a menu with items: Startseite, Gutachten, Ratsmitglieder, Gesetzliche Grundlagen, Aufgaben, Geschäftsstelle, and Aktuelles.

The 'AKTUELLES' section highlights a news item from 19.09.2012: 'Symposium zum Sondergutachten 2012'. The text describes a symposium where the Sachverständigenrat presented its current report to approximately 300 representatives from various organizations.

Another news item from 18.09.2012 is titled 'Prof. Dr. Gerlach ist neuer Vorsitzender des Rates'. It reports that the Federal Health Minister Bahr has appointed Prof. Dr. Ferdinand W. Gerlach as the new chair of the Sachverständigenrat.

The 'KONTAKT' section provides the following information: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen - Geschäftsstelle - Rochusstraße 1, 53123 Bonn. Contact details include Tel: 0228-99 441-2294 and Fax: 0228-99 441-4915.

At the bottom right, there is a photograph of a group of people, with a caption that reads 'Foto: ddp/ 8.72278285'.

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im SGB V § 142

- (1) Das BMG beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das BMG eine Geschäftsstelle ein.
- (2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, **Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen**. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven **Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen** und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das BMG kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von **Sondergutachten** beauftragen.

3

Ausgangspunkt: Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im OECD-Vergleich

	Gesundheitsquote		Pro-Kopf-Ausgaben (US-\$-KKP)		Pro-Kopf-BIP (US-\$-KKP)	
1	USA	17,4	USA	7 960	Luxemburg	85 521
2	Niederlande	12,0	Norwegen	5 352	Norwegen	55 730
3	Frankreich	11,8	Schweiz	5 144	USA	45 797
4	Deutschland	11,6	Niederlande	4 914	Schweiz	45 150
5	Dänemark	11,5	Luxemburg	4 808	Niederlande	41 085
6	Kanada	11,4	Kanada	4 363	Australien	39 924
7	Schweiz	11,4	Dänemark	4 348	Irland	39 652
8	Österreich	11,0	Österreich	4 289	Österreich	38 823
9	Belgien	10,9	Deutschland	4 218	Kanada	38 230
10	Neuseeland	10,3	Frankreich	3 978	Dänemark	37 706
11	Portugal (In 2008)	10,1	Belgien	3 946	Schweden	37 155
12	Schweden	10,0	Irland	3 781	Island	36 655
13	Großbritannien	9,8	Schweden	3 722	Deutschland	36 328
14	Island	9,7	Island	3 538	Belgien	36 287
15	Norwegen	9,6	Großbritannien	3 487	Großbritannien	35 656
16	Griechenland (In 2007)	9,6	Australien (In 2008)	3 445	Finnland	35 237
17	Irland	9,5	Finnland	3 226	Frankreich	33 763
18	Spanien	9,5	Italien	3 137	Italien	33 105
19	Italien	9,5	Spanien	3 067	Japan	32 431
20	Finnland	9,2	Neuseeland	2 983	Spanien	32 254
21	Australien (In 2008)	8,7	Japan (In 2008)	2 878	Griechenland	29 310
22	Japan (In 2008)	8,5	Griechenland (In 2007)	2 724	Neuseeland	28 985
23	Luxemburg	7,8	Portugal (In 2008)	2 508	Portugal	25 079
24	Türkei (In 2008)	6,1	Türkei (In 2008)	902	Türkei	14 106
	OECD-Durchschnitt	10,3		3 663		38 082

Tabelle 1: Gesundheitsquote, Gesundheitsausgaben und BIP des Jahres 2009

Quelle: OECD 2011a

4

Das deutsche Gesundheitswesen

- Unbeschadet seiner vielfältigen Vorzüge, die das deutsche Gesundheitswesen bietet, besteht ein beträchtliches Potenzial zur Steigerung des Nutzens
- aufgrund der existierenden Über-, Unter- und Fehlversorgung

SVR 2000/2001

5

Roadmap für die Versorgungsforschung

- Identifikation von Über-, Unter- und Fehlversorgung, z.B. durch Analyse von Routinedaten, aber auch qualitative Interviews
- Analyse der Ursachen von Über-, Unter- und Fehlversorgung, z.B. Evaluation des Einflusses von Leistungsanreizen im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen oder Betrachtung der Gesundheit im soziodemografischen Kontext
- Erarbeiten von Interventionen zur Verbesserung bestimmter Versorgungsmängel, Erprobung sowie Implementationsforschung (z.B. Identifikation von Barrieren)

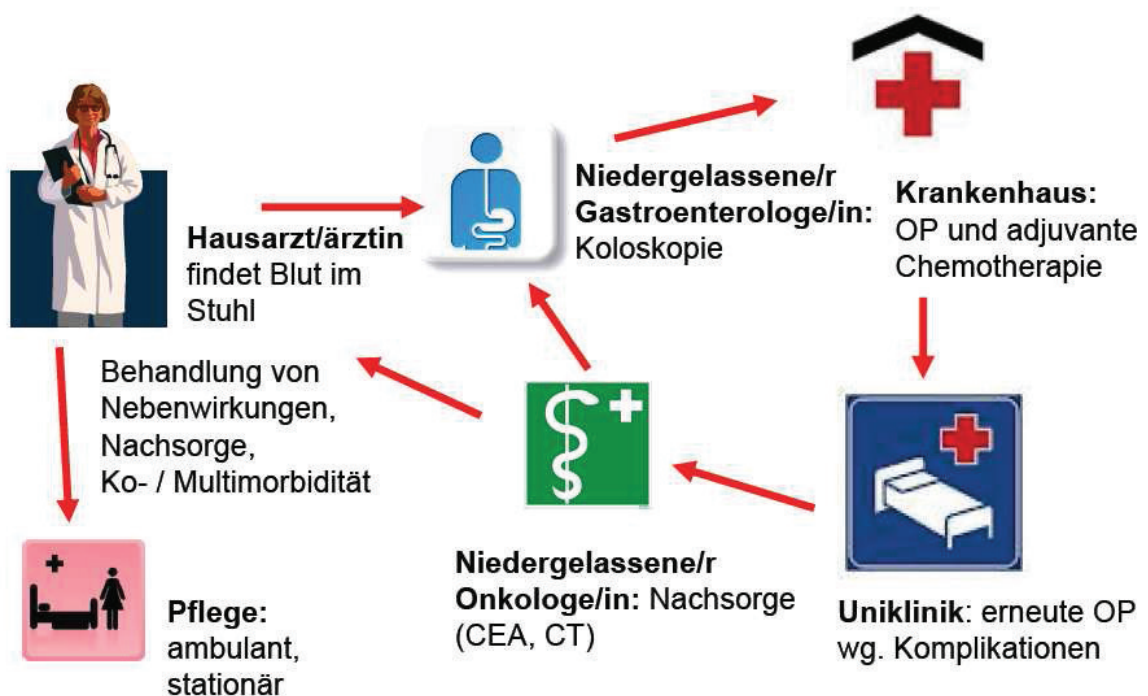
6

Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung

- Schnittstellenmanagement
- Fachkräfteentwicklung
- Nutzerkompetenz
- Qualitätsmessung und –wettbewerb sektorenübergreifend
- Gezielte Förderung von Versorgungsinnovationen und Versorgungsforschung

7

Der Weg eines Patienten mit Darmkrebs durch das Gesundheitssystem



8

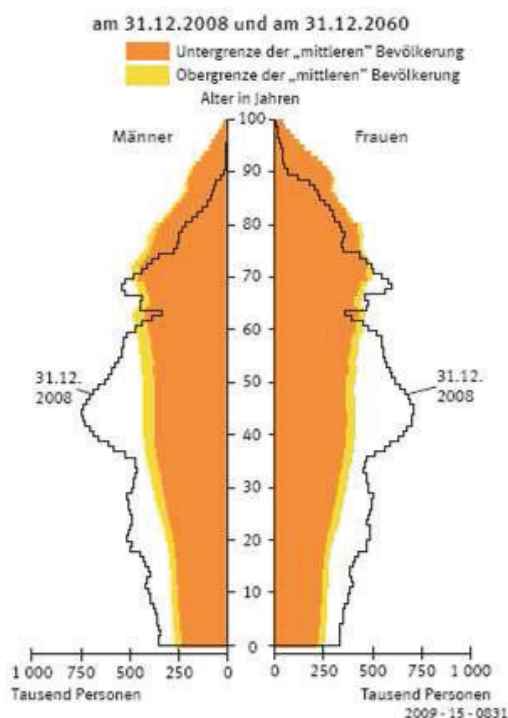
Notwendigkeit von Schnittstellenmanagement

- Schnittstellenprobleme behindern eine kontinuierliche, sektorenübergreifende Versorgung
- erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Versorgungsbrüchen
- Betroffen: v.a. Patienten im höherem Lebensalter mit zahlreichen (chronischen) Erkrankungen
- Folgen: Chronifizierung von Krankheiten, stationäre (Wieder-)Einweisungen
- Brisantester Übergang: Entlassung aus dem Krankenhaus
- Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf benötigen Entlassungsmanagement

SVR Gutachten 2003, 2007, 2012

9

Demographische Entwicklung und ihre Folgen



- ➔ Multimorbidität
- ➔ Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems
- ➔ Polypharmakotherapie

Statistisches Bundesamt

10

Entwicklung der Arbeitsbelastung im stationären Bereich

	Stat.Fallzahl/ 100.000 EW	VWD (Tage)	Pflegepersonal in KH und Reha	Ärztliches Personal in allgemeinen KH
1995	19.509	11,5	429.183	98.531
2000	21.004	9,7	414.478	106.758
2005	20.056	8,7	393.186	124.966
2010	22.057	7,9	406.269	141.830

www.statis.de; www.gbe-bund.de

11

Konsequenzen der Entwicklung

- Arbeitsverdichtung
- Mehr stationäre Aufnahmen und Entlassungen pro Tag pro Pflegekraft bzw. pro Arzt
- Mehr Patienten mit erhöhtem Pflegebedarf (im Sinne von Care) vor und v.a. nach Entlassung
- Prozessveränderungen
 - Ärzte
 - Pflege
 - Sozialdienst u.a. Professionen
 - Struktur (z.B. IT)

12

Fallplanung bis zur Entlassung aus ärztlicher Sicht

- Prä-stationäre Abklärung, Befunde von Hausarzt und Facharzt
- Koordination im Krankenhaus mit anderen Fachabteilungen (z.B. Bildgebung)
- OP-Planung, Interventionsplanung (z.B. Gerinnungsmanagement, Diabeteseinstellung)
- Medikation
- Arztbrief und Information an weiterbehandelnde KollegInnen

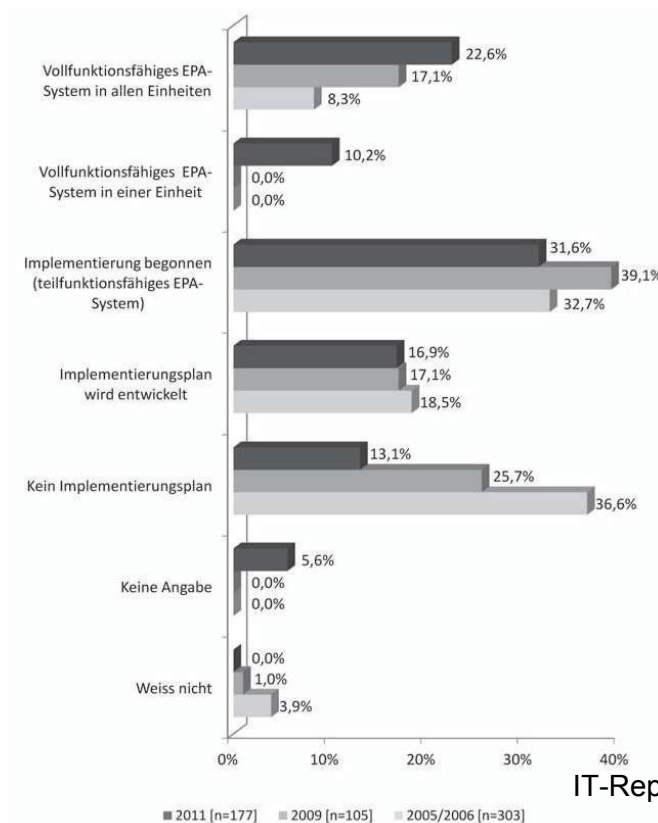
Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren



2012

13

Implementierungsstatus von EPA in deutschen Krankenhäusern



Bedeutung der sektorenübergreifenden Arzneimittelkommunikation

- Mehr als 20 % aller Patienten einer interdisziplinären Notaufnahme sind von Medikationsfehlern/unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen (Müller et al 2011)
- Etwa 5 % aller stationären Aufnahmen beruhen auf unerwünschten Arzneimittelwirkungen (Lazarou et al, 1998)
- Bei 38% der aufgenommenen Patienten zeigten sich **ungewollte** Abweichungen in der AM-Therapie, bei 15% klinisch relevant (Vira et al., 2006)
- Bei 41 % der entlassenen Patienten zeigten sich **ungewollte** Abweichungen in der AM-Therapie, bei 9% klinisch relevant (Vira et al., 2006)
- Nach Entlassung wird bei ca. einem Drittel der Patienten die Medikation umgestellt (Himmel et al, 2004)

Der Medikationsplan

Der Medikationsplan soll:

- Einen hohen Wiedererkennungswert haben
- der Vereinheitlichung der Arzneimittel-Dokumentation dienen
- Sektorale Grenzen überwinden
- Dient den Patienten als zentrale, haptische und visuelle Orientierungshilfe
- den Leistungserbringern als Aktualisierungs- und Koordinierungsmedium in der Behandlungskette

Aktionsplan AMTS 2010-2012 des BMG

Arzneimittel		Wirkstoff	Dosis	Form	Druckempfindlichkeit	Einnahmehinweise	Zeitraum	Behandlungsgrund
Ranipril STADA® N1	Ranipril	5mg	Tabl.	1	0	0	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
HCT-durab® 5mg N2	Hydrochlorothiazid	25mg	Tabl.	1	0	0	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Plavix® 75 mg N1	Clopidogrel	75mg	Tabl.	0	0	1	während der Mahlzeiten	zic. Verschluss
Simvastatin® 20mg N2	Simvastatin	20mg	Tabl.	0	0	1	nach der Mahlzeit	erhöhtes Cholesterin

I.m./i.v./s.c. Anwendung:

Insulin B. Braun Basal	Insulin human	20IE-0-1 DIE	s.c.			Diabetes
------------------------	---------------	--------------	------	--	--	----------

Bedarfsmedikation:

Coronary® Nitrospray	Glyzerolnitrat	Spray				max. 3 Hufe Blut	Hierarchiewesen
Veritox® stark		Tabl.	0	0	1	bei Bedarf	Schmerzmittel

Herstellerkennung, Firma MP-ready

Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren



Bedeutet IT automatisch eine höhere Arzneimitteltherapiesicherheit?

- N = 12 Studien analysiert
- Insgesamt Senkung der Fehlerrate und nicht klinisch relevanter Ereignisse
- Bessere Einhaltung von Leitlinien, Clinical Pathways
- Nur mit einem System gelang der Nachweis einer signifikanten Reduktion klinisch relevanter Arzneimittelnebenwirkungen und Medikationsfehler

DIMDI HTA Report 2009

17

Fazit und Empfehlungen des SVR zur Arzneimitteltherapiesicherheit

- Evaluation von CPOE/CDSS-Systemen bei der intersektoralen Medikation
- ➔ Analyse der Arzneimitteltherapiesicherheit bei sektorenübergreifender Versorgung einschließlich der Untersuchung ökonomischer Aspekte und Erarbeitung von Vorschlägen für Interventionsstrategien*
- ➔ Definitionen von Dokumentenstandards und Normierungsvorgaben zur Überwindung der Interoperabilitätshemmnisse zwischen ambulanter und stationärer Software
- ➔ Beauftragung des G-BA mit der Festlegung verbindlicher Rahmenbedingungen

*BMG Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit 2008/2009, Maßnahme 43/45

18

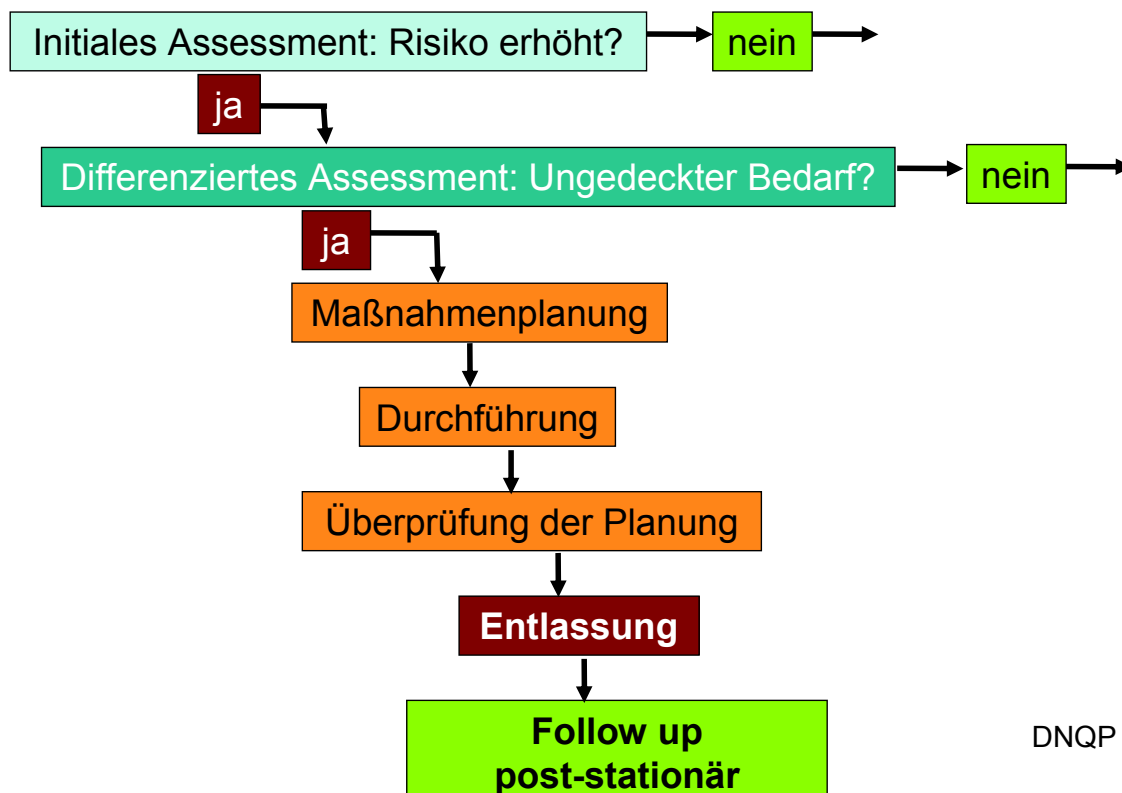
Leistungserbringung von Krankenhäusern an der Schnittstelle

Leistungsart	Anteil aller KH mit > 50 Betten
Patienteninformationszentrum (n=596)	18,0 %
Case Management (n=613)	47,3 %
Systematisches (pflegerisches o.a.) Entlassungs- oder Überleitungsmanagement (n=614)	78,2 %
Implementierung Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege DNQP (n=549)	44,8 %

Befragung des SVR, Gutachten 2012

19

Nationaler Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege



DNQP 2004

20

Weitere Modelle beim Entlassungsmanagement

Transitional Care

- Übergang stationär - ambulant wird sehr weit in den anderen Sektor hinein begleitet

Interdisziplinäre Entlassungsteams

- Pflege, Ärzte, Sozialdienst, Apotheker planen und begleiten gemeinsam Aufnahme bis Entlassung

Modellprojekte

- Z.B. Apotheker, die Medikation ambulant – stationär – ambulant überprüfen und Ärzte beraten
- Hausarzt besucht seinen Patienten im Krankenhaus

21

Fazit und Empfehlungen des SVR

- Harmonisierung sozialrechtlicher Regelungen, insbesondere der Regelungen in SGB V und XI
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und umfassender Pflegeberatung nach §7a SGB XI (sektorenübergreifende Koordination von Leistungen)
- Verbindliche gesetzliche Vorgaben zur Ausgestaltung des Entlassungsmanagements nach § 39 Abs. 1 SGB V (Nationaler Expertenstandard)
- **Entwicklung einer nationalen Leitlinie zur Ausgestaltung des interdisziplinären Schnittstellenmanagements auf der Grundlage des Nationalen Expertenstandards Entlassungsmanagement (DNQP)**

22

Fazit und Empfehlungen des SVR

- Behebung struktureller Hemmnisse und Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen zur Erleichterung der Etablierung bedarfsgerechter Formen der Übergangsversorgung

- **Erweiterung der nachstationären Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses im Sinne von Transitional Care-Modellen**

-  Dokumentation von ungeplanten Rehospitalisierungen und deren Aufnahme in die Qualitätsberichterstattung zur Schaffung verbesserter Transparenz

-  **Entwicklung weiterer Indikatoren zur Messung der Umsetzung eines patientenorientierten Entlassungsmanagements**

23

Fazit und Empfehlungen des SVR

- Wissenschaftlich begleitete Modellprojekte und vergleichend angelegte Evaluationsstudien
- Grundlagen für eine Weiterentwicklung geeigneter Organisationsmodelle, Handlungskonzepte und Methoden
- Wissen über die Behebung von Schnittstellenproblemen

Dabei sollten

- **interdisziplinäre** Modelle
- **innovative Konzepte** der Übergangsversorgung
- **gesundheitstelematische** Anwendungen

zur Förderung des sektorenübergreifenden Informationsaustauschs

besondere Beachtung erhalten - zumal hier bislang eine verlässliche **Kosten-Nutzen-Bewertung** aussteht

24

Der „Nutzer“ im modernen Gesundheitswesen

- Notwendigkeit der Verbesserung des Nutzerverhaltens durch Strategien der **Kompetenzerweiterung** und der vermehrten Partizipation
- **Inhaltlich korrekte und verständliche Informationen** zu allen Aspekten des Gesundbleibens, der Bewältigung von Krankheit und des Lebens mit 'bedingter Gesundheit' sind notwendige (wenngleich meist nicht hinreichende) Bestandteile einer zeitgemäßen Prävention und Krankenversorgung sowie Voraussetzung für die Umsetzung von Konzepten, die auf 'Selbstverantwortung', auf den **'Patienten als Koproduzent von Gesundheit'** sowie auf 'empowerment' abzielen

SVR-Gutachten 2003, 3.3: 69

25

Besondere Rolle der Nutzerkompetenz im Gesundheitswesen

- Informationsasymmetrie
 - Health Literacy bis hin zur Bewusstlosigkeit
 - Chronische Erkrankung: Patient als Experte
- Fehlende Vergleichbarkeit
 - Kollektives Wissen, allgemeine Informationen
- Urteilsbildung anhand verständlicher Indikatoren(Erfahrungsgut/Vertrauensgut)
 - OP-Qualität versus Qualität der Speisen und Freundlichkeit des Personals

26

Nutzerkompetenz in Deutschland (NRW) im internationalen Vergleich I

- Deutschland, bzw. NRW, liegt ziemlich *nah am Durchschnitt* der teilnehmenden Mitgliedstaaten beim HLS-EU-Q, die Werte für Irland und besonders für die Niederlande sind aber deutlich besser.
- 11% der Deutschen haben eine nicht ausreichende HL, weitere 35% eine problematische, d.h. insgesamt 46% eine *beschränkte* HL (Irland 40%, Niederlande 29%) .
- Der Prozentsatz der beschränkten HL steigt für *benachteiligte / vulnerable Gruppen* in Deutschland zwar weniger als in anderen Ländern an, aber doch auch auf
 - 64% bei niedrigen selbsteingeschätzten sozialen Status,
 - 58% bei niedrigem Schulabschluss bzw. Vorliegen chronischer Krankheiten,
 - 57% bei schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit,
 - 54% bei Alter über 76 Jahre.

Prof. Pelikan, J.: Symposium „Wettbewerb an der Schnittstelle zu ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“, Berlin , 18.Sept. 2012

27

Nutzerkompetenz in Deutschland (NRW) im internationalen Vergleich II

- Auch in Deutschland gibt es signifikante *soziale Gradienten bzw. Determinanten* für HL.
 - Fünf soziale Determinanten erklären in einem multivariaten Modell mit einem adjusted R2 von .08 weniger als in anderen Ländern.
 - Dabei sind die beta-Gewichte für finanzielle Deprivation (-.23), für Bildung nach ISCED (.10) und für Geschlecht (.09) signifikant sind, während Alter und selbsteingeschätzter sozialer Status keinen signifikanten Unterschied machen.
- Niedrige HL hat auch in Deutschland die folgenden *Konsequenzen*:
 - Signifikant schlechter eingeschätzte Gesundheit ($r=-.23$) und mehr chronische Krankheiten ($r=.14$) (Auch in einem multivariaten Modell hat HL noch einen signifikanten Einfluss ($\beta=-.17$) auf die Einschätzung der eigenen Gesundheit!)
 - Signifikant weniger physische Aktivitäten ($r=-.21$) und mehr Raucher ($r=-.07$)
 - Signifikant erhöhte Krankenhausaufenthalte ($r=-.12$), Arztbesuche ($r=-.12$) und Notaufnahmen ($r=-.10$)

Wünschenswert wären Erhebungen auch in anderen deutschen Bundesländern bzw. ein Monitoring der HL in regelmäßigen Abständen in der BRD!

Prof. Pelikan, J.: Symposium „Wettbewerb an der Schnittstelle zu ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“, Berlin , 18.Sept. 2012

28

ionssystem (afgis) e.V. - Windows Internet Explorer

e/

ene Sites Web Slice-Katalog

Aktionsforum Gesundh... X

afgis aktionsforum gesundheitsinformationssystem

Mehr Qualität im Internet ✓

Startseite Netzwerk Qualitätslogo Standards Suchen

Anmelden Registrieren

Sie sind hier: Startseite

Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V.

Gemeinsam für Qualität Netzwerk

afgis e.V. ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Verbänden, Unternehmen und Einzelpersonen, der sich als Qualitäts- und Qualifizierungsnetzwerk versteht.

Qualität durch Transparenz Qualitätslogo

Das von afgis vergebene Qualitätslogo kennzeichnet Internetangebote, die qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen bereithalten.

[Wer hat das Qualitätslogo? Jetzt eigene Seite anmelden!](#)

Barrierefrei, benutzerfreundlich und verständlich Standards

afgis entwickelt und fördert nutzergerechte Standards in allen Bereichen der Vermittlung von Gesundheitsinformationen im Internet.

Nachrichten →

[Gesundheits-Apps: Was bieten Krankenkassen ihren Versicherten?](#)
15.10.2012

[Verbraucherzentrale: Nutzungsbestimmungen von App-Vertriebsportalen oft rechtswidrig](#)
21.08.2012

[Weitere Nachrichten...](#)

Termine →

[Patientensouveränität braucht Transparenz](#)
21.11.2012 17:00 - 18:00

Weitere öffentliche Gesundheitsinformationsangebote



- Krankenkassen (Internet, Broschüren, Callcenter, IV-Verträge etc.)
- Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI)
- Patientenfürsprecher/Sozialdienste im Krankenhaus
- Servicestellen Rehabilitation (§22 SGB IX)
- Verbraucherzentralen
- **Unabhängige Patientenberatung (§ 65b SGB V – Berichtspflicht 2013)**

ntenberatung Deutschland | UPD - Windows Internet Explorer

abhaengige-patientenberatung.de/

hlagene Sites ▾ Web Slice-Katalog ▾




entenberatung Deut...

Unabhängige Patientenberatung Deutschland | UPD

UPD Beratungstelefon
bundesweit · kostenfrei
0800 0 11 77 22
Mo.- Fr. 10-18 Uhr, Do.-20 Uhr

Startseite Unser Beratungsangebot Orientierung im Gesundheitswesen Über uns Presse Suche

Sie befinden sich hier: Startseite Druck | Inhalt | Hilfe | Kontakt

	<p>Herzlich willkommen bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland UPD</p> <p>Neutral, unabhängig, kostenfrei - die Patientenberatung der UPD</p>	<p>Das bundesweite Beratungstelefon* erreichen Sie unter:</p> <p>0800 0 11 77 22 (Deutsch) 0800 0 11 77 23 (Türkisch) 0800 0 11 77 24 (Russisch)</p> <p><small>(*kostenfrei aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunktarife für die Beratung auf Deutsch abweichend)</small></p>	<p> Türkçe</p> <p> Русский</p>
	<p>Wer oder was ist die UPD? Wer kann sich bei der Unabhängigen Patientenberatung beraten lassen?</p> <p>Antworten auf häufig gestellte Fragen zur UPD finden Sie unter 11 Fragen zur UPD.</p>	<p>Fall des Monats Oktober: Zahnersatz: Lücken im Bonusheft vermeiden</p> <p>Wer jedes Jahr zur Vorsorge geht, bekommt von der Krankenkasse mehr Geld für seinen Zahnersatz. Doch dieser Anspruch geht leicht verloren.</p>	

Empfehlungen des SVR zur öffentlichen Gesundheitsinformation



- ... ist entsprechend dem Deutschen Gesundheitssystem zersplittert und unübersichtlich
- Informationsdienste sind gerade für die Bedürftigen schwer auffindbar
- Über deren Nutzung ist so gut wie nichts bekannt
- Die Health Literacy in Deutschland ist verbesserungsbedürftig
- Patienten mit geringer Health Literacy haben den höchsten Ressourcenverbrauch

➔ **Hoher Forschungsbedarf!**

Fachkräftemangel in der Pflege bis 2050

Autor (Jahr)	Versorgungseinrichtungen	Beruf	Status	Morbiditätsentwicklung	Mangel an Pflegekräften (Jahr) in VZÄ
Afentakis und Maier (2010)*	Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Altenpfleger			Mangel in VZÄ Status quo 193.000 bis 2025 Morb.Komp. 135.000 bis 2025
Ostwald et al. (2010)****	ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens	Gesundheits- und Krankenpfleger Gesundheits- und Krankenpflegehelfer	–	k.A.	Mangel in Altenpflege VZÄ Status quo 430.000 bis 2050
Hackmann (2010)	ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	„Altenpflegekräfte“			

Tabelle 4: Fachkräftemangel in der Pflege – Ergebnisse verschiedener Studien

- * Dargestellt sind die Ergebnisse bei einer Fortschreibung der Beschäftigungsstruktur wie in Deutschland im Jahr 2005. Die Autoren haben auch Effekte bei Anpassung der Beschäftigungsstrukturen auf das Niveau von Ost- bzw. Westdeutschland (unterschiedliche Teilzeitquoten) dargestellt.
- ** Status quo-Prognose.
- *** Prognose unter der Annahme einer Morbiditätskompression.
- **** Bei Ostwald et al. werden für ambulante und stationäre Einrichtungen getrennte Prognosen ausgewiesen. Zur vereinfachten Darstellung ist hier eine Summe gebildet.

Quelle: Afentakis/Maier 2010; Ostwald et al. 2010; Hackmann 2010. Eigene Berechnung und Darstellung

33

Projizierter Ärztemangel

Blum und Löffert (2010)

Mehrbedarf durch Demographie, Teilzeitstellen, z.Z. unbesetzte Stellen

Es fehlen bis 2019 37000 Ärzte

Kopetsch (2010)

Ersatzbedarf bis 2020
71600 Ärzten

Deutlicher Mehrbedarf aufgrund Feminisierung u. Arbeitszeit ↓

Ostwald et al. (2010) WifOR-Institut

Hoher Ersatzbedarf v. a. „ambulant“ bei Allgemein-, Kinderärzten, Internisten

Es fehlen (VZÄ) bis 2020 56 000 Ärzte
2030 165 000 Ärzte

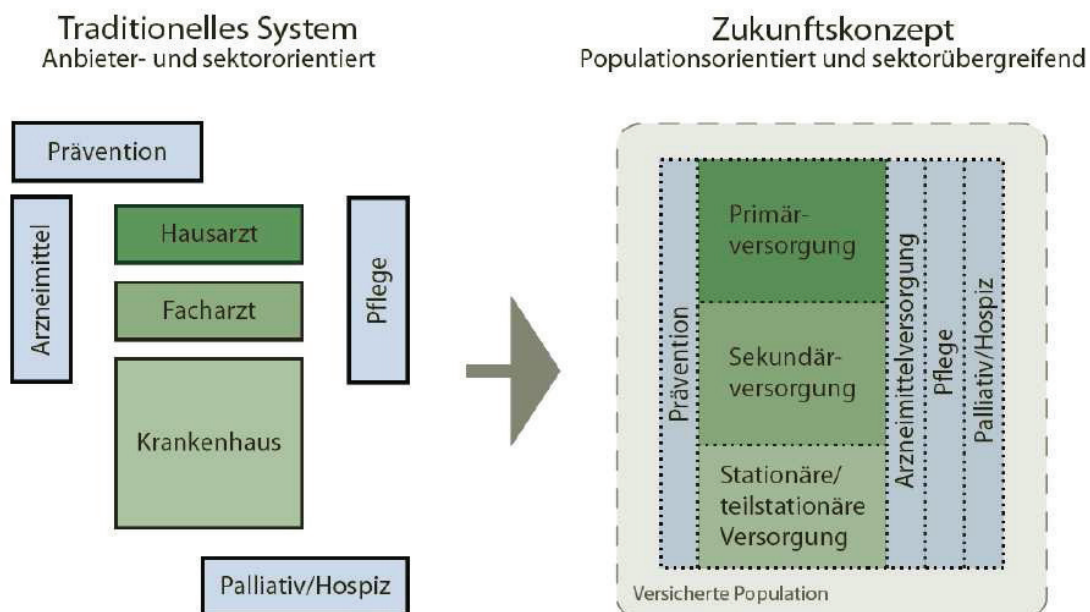
34

Forschungsbedarf Gesundheitsberufe

- Erprobung neuer Modelle der Arbeitsteilung unter Berücksichtigung der Erfordernis neuer Ausbildungsmöglichkeiten/Studiengänge („Akademisierung der Pflege“, Physician Assistant, Delegation/Substitution)

35

Von der sektoralen zur sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung



SGA 2009

36

Ziel: Sektorenübergreifende Indikatoren und Qualitätsmessung



**1. Lebensdauer/-
erwartung
des Patienten**

**2. Lebensqualität
des Patienten**

37

Voraussetzungen für eine Förderung innovativer Versorgungskonzepte

- eine Befristung der Förderung auf 5 Jahre, was einen hinlänglichen Planungszeitraum bildet,
- eine Beschränkung auf sektorenübergreifende Projekte,
- eine verpflichtende Evaluation, die zur Bewertung der Ergebnisse eine adäquate Kontrollgruppe sowie Outcomeindikatoren einschließt, sowie
- eine Priorisierung von populationsbezogenen (indikationsübergreifenden) Versorgungskonzepten und solchen, die den bisher vernachlässigten Bereich der Pflegeleistungen einbeziehen.

38

- die Krankenkassen beim Start der Projekte finanziell zu entlasten,
- ihnen einen eindeutigen Planungszeitraum für die Refinanzierung der Projekte vorzugeben,
- keine Mitnahmeeffekte zu erzeugen,
- den Gesundheitsfonds oder kollektive zentrale Budgets kaum – und wenn dann nur im nachgewiesenen Erfolgsfall – zu belasten sowie
- die finanziell relevanten Entscheidungen stärker von der ex ante – Beurteilung auf die spätere ex post –Evaluation zu verlagern.



**Vielen Dank für's
Zuhören –
bin gespannt auf Fragen
und
Diskussionsbeiträge**

POSTERPRÄSENTATION

ÜBERSICHT

Die Poster, die am 1. Tag der Versorgungsforschung präsentiert wurden, lassen sich vier Kategorien zuordnen. Auf den folgenden Seiten sind 14 Poster abgedruckt. Diese geben einen Einblick in aktuelle Projekte aus dem Bereich der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen.

Poster der Kategorie „Projekte mit Förderung im Rahmen der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg (1. Ausschreibung) (1-3)

1. **Stellenwert der interkulturellen Kompetenz bei der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bei psychischen Beschwerden**
K. Karacay, A. Kronenthaler, Z. Devecioglu, S. Akgöbek, L. Nock, K. Budischewski, M. Eissler, F. Wernz
2. **Personenorientierte sporttherapeutische Interventionsmaßnahmen bei Osteoarthritis**
I. Krauß, U. Katzmarek, M.A. Rieger, G. Sudeck
3. **Moderne Telekommunikation bei kognitiv eingeschränkten Patienten in der gerontopsychiatrischen Regelversorgung**
F.G. Metzger, R. Niebler, G.W. Eschweiler

Poster der Kategorie „Projekte zur Patientensicherheit“ (4-5)

4. **Indikatoren für eine gute Umsetzung von Patientensicherheit und Arbeitsschutz auf Station**
E. Luntz, M.A. Rieger
5. **Welche Fehler machen Hausärzte? Daten der Gutachter-Kommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg von 2004 bis 2011**
D. Moßhammer, M. Eissler

Poster der Kategorie „Arbeitsmedizinische Vorsorge – betriebliche Gesundheitsförderung“ (6-10)

6. **Betriebliche Gesundheitsförderung in einem Industriebetrieb - Wege zu einer nachhaltigen Maßnahme**
A. Haase, E. Lanzenberger, C. Preiser, N. Blomberg, C.J. Gros, M.A. Rieger
7. **Angebotsuntersuchungen in der arbeitsmedizinischen Vorsorge**
S. Völter-Mahknecht, M. Michaelis, N. Blomberg, C. Preiser, M.A. Rieger

8. **Lassen sich Beschäftigte mit leichter arterieller Hypertonie durch „motivierende Gesprächsführung“ zu einer Lebensstiländerung motivieren? Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie**
M.A. Rieger, M. Michaelis, B. Schüle, M.K. Riedel, Studienteam „Ihr Blutdruckcheck“, H. Schmidt, C. Farian
9. **Kann eine betriebsärztliche Beratung bei Beschäftigten mit arterieller Hypertonie zum Besuch des Hausarztes motivieren? Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie**
S. Hudak, M. Michaelis, C. Farian, B. Schüle, M.K. Riedel, Studienteam „Ihr Blutdruck-Check“, M.A. Rieger
10. **Wiederholende Blutdruck-Messung. Praktikabilität zweier Methoden zur Validierung hoher Messwerte bei Beschäftigten im werksärztlichen Setting**
C. Farian, M. Michaelis, B. Schüle, M.K. Riedel, Studienteam „Ihr Blutdruckcheck“, M.A. Rieger

**Poster der Kategorie „Gesundheitsversorgung: Inanspruchnahme – Akteure –
Konzepte“
(11-14)**

11. **Inanspruchnahme ambulanter Therapieangebote nach einem stationären Aufenthalt von Patienten mit psychotischen Störungen – Studienkonzept**
K. Hesse, S. Klingberg
12. **Zur Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten. Eine qualitative Studie**
D. Moßhammer, I. Manske, P. Grutschkowski, I. Natazon, M.A. Rieger
13. **TransCareO- Entwicklung eines Versorgungsmodells zur Verbesserung der Transitionsversorgung bei Seltenen Erkrankungen am Beispiel weiblicher Jugendlicher mit genitaler Fehlbildung**
E. Simoes, A. Kronenthaler, M.A. Rieger, D. Gröber-Grätz, K.K. Rall, N. Schöffeler, S.Y.Brucker
14. **Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb. Erfahrungen, Chancen, Grenzen, Transferierbarkeit in kleine und mittlere Unternehmen**
C. Preiser, M.A. Rieger

Poster Kategorie 1

**Projekte mit Förderung im Rahmen der Nachwuchsakademie
Versorgungsforschung Baden-Württemberg (1. Ausschreibung)**

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

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

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

THEORETISCHER HINTERGRUND

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

ZIELSETZUNG DER STUDIE – FORSCHUNGSFRAGEN

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

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



METHODISCHES VORGEHEN – MIXED METHODS ANSATZ

Qualitative Methoden

- 3 Fokusgruppen (FG)** mit Hausärzten (insgesamt 19 Teilnehmer).
- 15 Interviews** mit türkischstämmigen Patienten der Psychiatrischen Institutsambulanz Tübingen in türkischer Sprache.
- Inhaltsanalytische Auswertung (Mayring, 1997):
Kategorienbasierte Auswertung der qualitativen Daten (alle FG, 10 Interviews).
Die Kategorien werden induktiv und deduktiv gebildet.

Quantitativ-deskriptive Methoden

- Einsatz u. Evaluation** eines Selbstbewertungsfragebogens zur interkulturellen Kompetenz bei Hausärzten.
- Zuvor Adaptation der deutschsprachigen Version des „Clinical cultural competency questionnaire“ durch Ergebnisse der qualitativen Studienphase.
- Themenbereiche/Subskalen des Fragebogens:**
 - A. Demografische Daten
 - B. Wissen
 - C. Fähigkeiten
 - D. Begegnungen/Situationen
 - E. Bewusstsein
 - F. Aus- und Weiterbildung



VORLÄUFIGE QUALITATIVE ERGEBNISSE

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



Patienten:

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

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

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

Ärzte:

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

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

NÄCHSTE SCHRITTE

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

AUSBLICK

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

Literatur: (1.) Betancourt, J.R. (2006). Consult Pharm, 21, 988-995. (2.) Calliess, I.T., Ziegenbein, M., Gosman, L., Schmauss, M., Berger, M. & Machleidt, W. (2008). GMS Z. Med. Ausbild., 25, 1-12. Zugriff am 01.10.2012 unter <http://www.egms.de/en/journals/zma/2008-25/zma000576.shtml> (3.) Die Bundesregierung (2007) Zuletzt abgerufen am 01.10.2012 unter http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Archiv16/Artikel/2007/07/Anlage/2007-10-18-nationaler-integrationsplan.pdf?__blob=publicationFile (4.) Erim und Koch 2011. Pro: Erim, Y. & Kontra: Koch, E. (2011). Psychiat Prax, 38(1), 5-7. (5.) Harfst, T. & Marstedt, G. (2009). Gesundheitsmonitor Newsletter 2009-0. Zuletzt abgerufen am 01.10.2012 unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-81CF5166-968A7517/bst/Gesundheitsmonitor_Newsletter_2009-01.pdf (6.) Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.) (2001). Bonn: Psychiatrie Verlag. (7.) Krajcic, K., Straßmayr, C. & Karl-Trummer, U. (2005). Divers Health Soc Care, 2(4), 279-290. (8.) Machleidt, W., Garlipp, P. & Calliess, I.T. (2005). In H.J. Assion (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit (Seiten 215-230). Heidelberg: Springer Medizin. (9.) Mayring, P. (1997). Weinheim: Beltz. (10.) Mikrozensus 2009. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010). Fachserie 1 Reihe 2.2 (11.) Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U (2012) In: Bundesgesundheitsbl. 2012, 55: 1168-1175 (12.) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Stellungnahme Nr. 14 / 12.09.2012. Zuletzt abgerufen am 01.10.2012 unter http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-09-12-positionspapier-migration.pdf (13.) Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menckhaus, B., Salman, R., Saß, A.C. & Ulrich, R. (2008). Berlin: Robert Koch-Institut. (14.) Schouler-Ocak, M., Schepker, R., Bretz, H.J., Hartkamp, M., Koch, E., Penka, S., Haut, I., Rapp, M.A., Aichberger, M.C. & Heinz, A. (2010). Nervenarzt 81, 86-94.

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

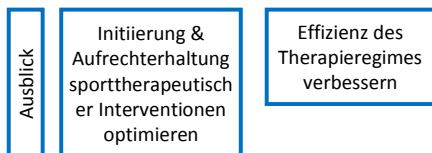
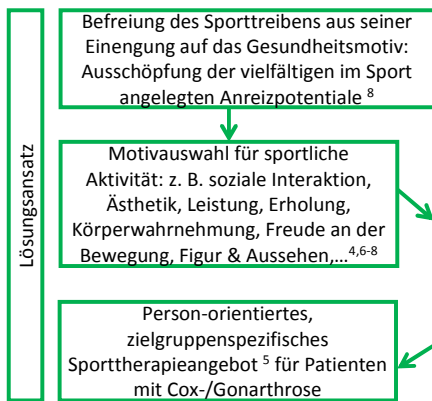
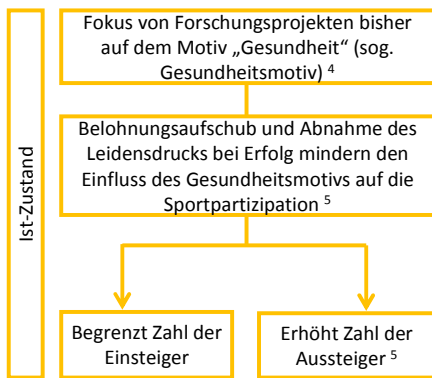
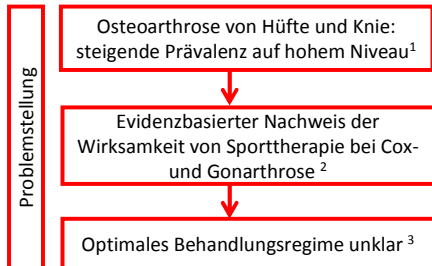
Die Studie wird innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks 'Versorgungsforschung Baden-Württemberg' durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird.

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

Motivbasierte Konzeptionen der Sporttherapie bei Osteoarthritis

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

Theoretischer Hintergrund



Zielsetzung der Studie:

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

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

Forschungsfrage:

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

Methodisches Vorgehen:

Studienpopulation:

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

Rekrutierung:

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

Fragebogeninhalte: siehe Tabelle rechts.

Datenanalyse:

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

Ergebnisse:

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

Ward Method	Gesundheit	Figur/Gewicht	Ästhetik/Freude an Bewegung	Kontakt	Natur
Cluster 1	Mittelwert .88	-.94	.51	.00	-.16
	SD .54	.72	.61	.66	.86
Cluster 2	Mittelwert .72	-.01	.49	-1.48	.63
	SD .44	.69	.39	.47	.32
Cluster 3	Mittelwert .91	-.14	-.82	-.53	.87
	SD .72	.80	.56	.68	.44
Cluster 4	Mittelwert 1.31	.97	-.51	-.68	-.60
	SD .50	.58	.47	.43	.50
Insgesamt	Mittelwert .93	-.09	-.21	-.64	.35
	SD .62	.93	.81	.77	.80

Ausblick:

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

Literatur: (1) Reginster JY, Khaltavaev NG. Rheumatology 2002 Apr; 41 Suppl 1:1-2. (2) Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW et al. Osteoarthritis Cartilage 2010;18(2):476-99. (3) Roddy E, Zhang W, Doherty M et al. Rheumatology, 2005; 44(1): 67-73. (4) Sudeck G, Lehnert K, Conzelmann A. Zeitschrift für Sportpsychologie 2011;18(1):1-17. (5) Fuchs R. Psychologie und körperliche Bewegung. Göttingen: Hogrefe; 1997. (6) Pahmeier I. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2008; 41: 168-76. (7) Gabler H. Motive im Sport. Schorndorf: Hofmann; 2002. (8) Fuchs R. Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe; 2003. (9) Krämer L, Fuchs R. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2010; 18(4): 170-82. (10) Robert Koch-Institut (Hrsg): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut; 2006: 91-93. (11) Schneider S, Schmitt G, Mau H et al. Orthopädie 2005; 34: 782-790. (12) Hekler J, Kensy E, Ludwig FJ et al. DRV-Schriften; 2004; 61-62. (13) Mook J, Kohlmann T In: Bengel J, Wirtz M, Zwingmann C (Hrsg.) Göttingen: Hogrefe; 2008:229-332. (14) Bellamy N Clin Exp Rheumatol 2005; 23: S148-S153. (15) Stucki G, Meier D, Stucki S et al. Z Rheumatol 1996; 55:40-49. (16) Lehnert K, Sudeck G, Conzelmann A 42. Jahrestagung asp; 13 May 2010. (17) Jerusalem M, Schwarzer Rin: Schwarzer R, Jerusalem M (Hrsg.) Berlin: Freie Universität Berlin; 1999. (18) Brehm W, Duan YP, Mair T et al. Methodenband. Bayreuth; 2010. (19) Sudeck G, Lehnert K, Amacker C et al. Sport Check II: Grundlagen für die Diagnostik und die Beratung, 2011. (20) Fuchs, R. Messung der körperlichen Aktivität: Indices zur Bewegungs- und Sportaktivität. Freiburg. Institut für Sport und Sportwissenschaft; 2009.

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

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



Florian G. Metzger¹, Raphael Niebler¹, Gerhard W. Eschweiler¹
Moderne Telekommunikation bei kognitiv eingeschränkten Patienten in der gerontopsychiatrischen Regelversorgung

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

Theoretischer Hintergrund:

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

Nicht-somatische Delirprophylaxe:

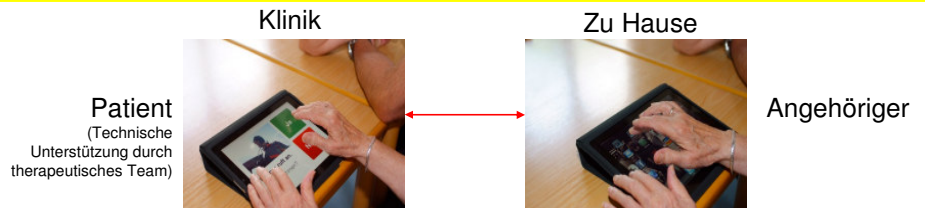
- direkter Kontakt mit Angehörigen (4)
- Vermeidung der Klinikeinweisung durch Videotelekommunikation in der Gerontopsychiatrie (5)

Forschungsgedanke:

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

Forschungsfragen:

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



Forschungsplan:

Rekrutierung 30 vollstationäre Patienten der gerontopsychiatrischen Station mit Diagnosen:

- Demenz (ICD 10: F00-F03)
- leichten kognitiven Einschränkung (MCI, ICD 10: F06.7)

Vorerst 2x täglich 5- bis 30-min. Kontakt per Bild-Ton-Telekommunikation zwischen Angehörigen und Patienten mittels Tablet-Computer.

Methode:

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

Vorläufige Ergebnisse:

- Anfänglich technische Schwierigkeiten bei Einrichtung von WLAN und Videotelefonie
- Überraschende hohe Ablehnungsquote (Rekrutierungsquote 6 von 36 Patienten)
- Entwicklungsprozess (I): Umfassende Einbindung aller Beteiligten notwendig (Pflege, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter)
- Entwicklungsprozess (II): Behutsamere Hinführung und umfassendere Betreuung der Videotelefonkontakte ist notwendig
- Entwicklungsprozess (III): Individuelle Anpassung der Telefonzeiten und Frequenz notwendig
- Entwicklungsprozess (IV): Teilnahmebefähigung/-bereitschaft oft erst spät oder am Ende des Aufenthalts

Ablehnungsgründe (gruppiert)

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

Fazit:

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

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

Poster Kategorie 2
Projekte zur Patientensicherheit

Indikatoren für eine gute Umsetzung von Patientensicherheit und Arbeitsschutz auf Station.

Ergebnisse aus einem Fokusgruppeninterview

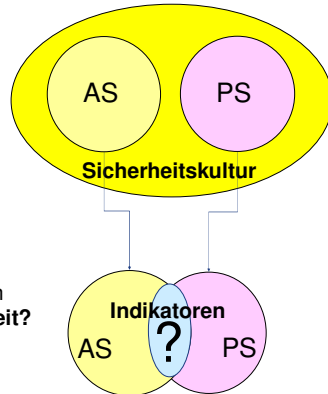
Luntz E., Rieger M.A.,

Hintergrund und Ziele

Hintergrund: Arbeitsschutz (AS) und Patientensicherheit (PS) sind zwei miteinander verschränkte Qualitätsfaktoren von Sicherheitskultur!

Fragestellung:

- Aus welchen Indikatoren lässt sich die Qualität von Arbeitsschutz (AS) und Patientensicherheit (PS) auf Station ableiten?
- Gibt es Indikatoren-Schnittmengen von **Arbeitsschutz** und **Patientensicherheit**?



Methoden

Fokusgruppeninterview:

- 6 Expertinnen/Experten einer Klinik der Maximalversorgung
- Arbeitsbereiche der Teilnehmerinnen/Teilnehmer: Hygiene, Arbeitssicherheit/-schutz, Betriebs- und Personalärztlicher Dienst, Risiko-/Qualitätsmanagement, ärztlicher Dienst und Pflegedienst

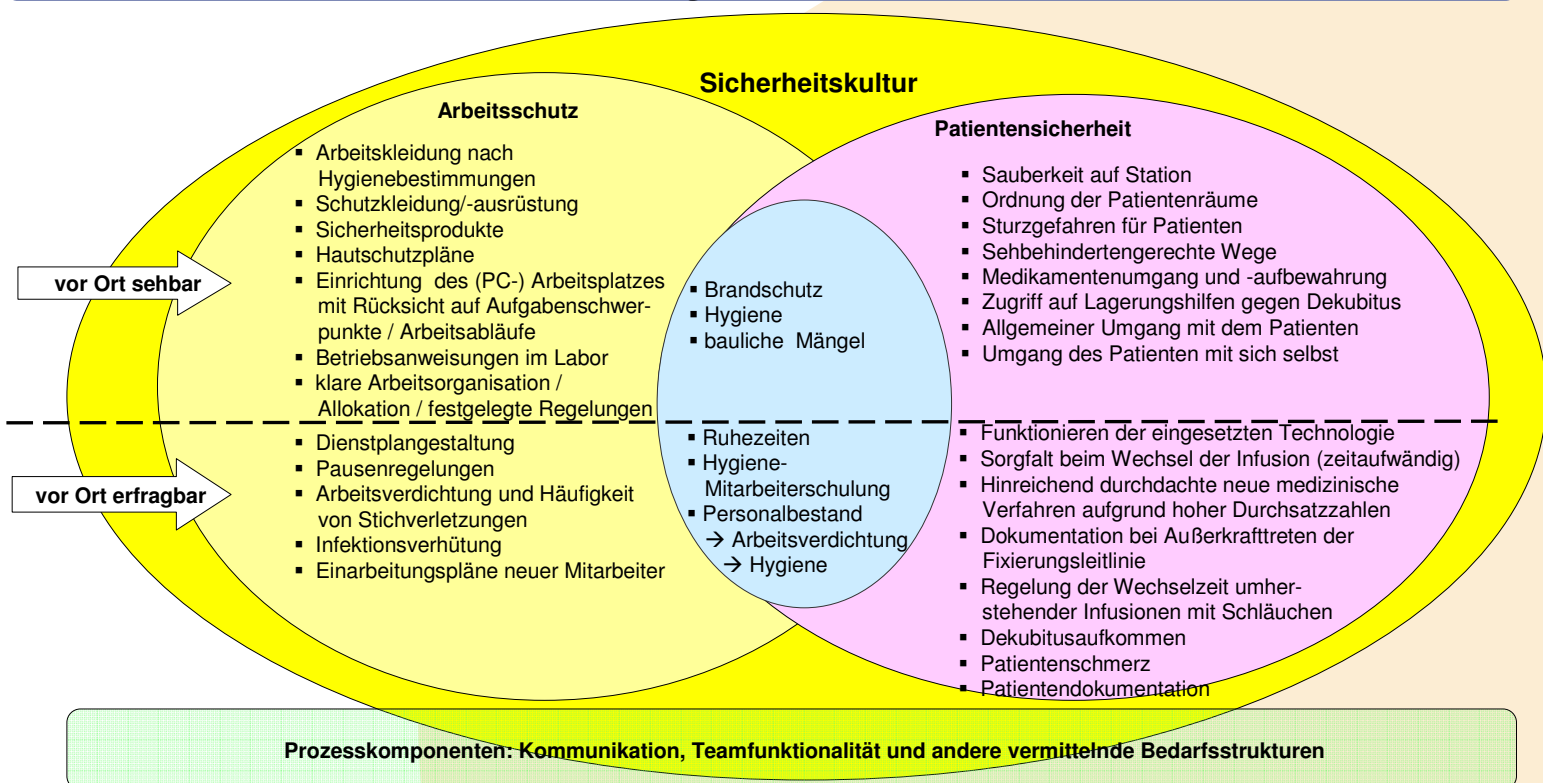
Fragestellung:

- Manifestationen von Arbeitsschutz und Patientensicherheit, im Klinikalltag auf Station: beobachtbar, erkennbar und erfahrbar

Auswertung:

- Pseudonymisierte Transkription; Textanalyse gestützt auf den Grounded Theory-Ansatz vermittels computergestützter Textanalyse mit MAXQDA

Ergebnisse



Diskussion und Schlussfolgerungen

- Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf einer bewusst gleichrangigen Betrachtung von Arbeitsschutz und Patientensicherheit, als zwei maßgebende Qualitätsfaktoren von Sicherheitskultur eines Krankenhauses. Die Aussagekraft der Einmalbefragung ist limitiert und bedarf zur Verifizierung der erhobenen Indikatoren weiterer qualitativer Betrachtungen aus Krankenhäusern anderer Versorgungsstufen.
- Bedeutende Basis zur Etablierung einer nachhaltigen Sicherheitskultur im Krankenhaus bilden selbstverständlich die Arbeitsorganisation und Prozesskomponenten, wie Kommunikation, Teamfunktionalität, Fehlerkultur und andere Sicherheitskultur vermittelnde Bedarfsstrukturen.



Welche Fehler machen Hausärzte?

Daten der Gutachter-Kommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg von 2004 bis 2011

Moßhammer D, Eissler M

Lehrbereich Allgemeinmedizin, Österbergstraße 9, 72074 Tübingen

Hintergrund: Die Gutachterkommissionen der Ärztekammern prüfen Vorwürfe von Behandlungsfehlern, die von Patienten erhoben werden. Bei den vier Gutachterkommissionen in Baden-Württemberg (BW) wird zur Beurteilung von Fehlervorwürfen von einem Fachgutachter aus dem Fachgebiet des beschuldigten Arztes ein Votum angefertigt. Dieses dient der jeweiligen Gutachterkommission als Beurteilungsgrundlage. Anhand des Votums sowie in der Regel einer mündlichen Erörterung, an der der Patient bzw. dessen Vertreter und der beschuldigte Arzt teilnehmen können, bildet sich die Kommission ein Urteil. Die Beurteilungen werden in BW (wie auch in anderen Bundesländern) statistisch erfasst [1]. Seit 2003 erfolgt die Erfassung der Fälle bundesweit einheitlich mit dem „Medical-Error-Reporting-System“ (MERS).

Ziel der Untersuchung war

- (1) Häufigkeitsdarstellung der Schweregrade und Kategorisierungen von Fehlern,
- (1) Übersichtsdarstellung der einzelnen bejahten Fälle mit Gutachterkommentaren (hier nicht dargestellt).

Methoden: MERS-Daten aus den Jahren 2004-2011 (n=8042). Extraktion der begutachteten allgemeinmedizinischen Fälle (n=307, 4%). Logistische Regressionsanalyse für potentielle Assoziationsfaktoren bejahter Fälle.

Ergebnisse: In 26% (n=80) wurde ein Behandlungsfehler bejaht. In 29% der Fälle (n=23) waren Dauerschäden oder Tod zu beklagen.

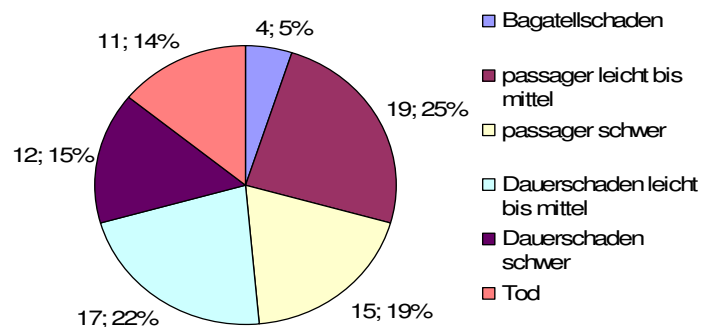
Sechundsiebzig Prozent der Fehler wurden den Kategorien Diagnostik (55%, n=44) und allgemeine Therapie (21%, n=17) zugeordnet; 8% (n=6) entfielen auf die operative Therapie („kleine Chirurgie“) und 10% (n=8) auf Fehler im Rahmen von Injektionen.

Die Mehrheit der bejahten Fälle konnten den ICD-10-Kategorien „I“ (Herzkreislaufsystem, n=20) und „S-T“ oder „V-Y“ (Folgen äußerer Ursachen bzw. äußere Ursachen von Morbidität, n=34) zugeordnet werden.

Die logistische Assoziationsfaktorenanalyse war nicht signifikant.

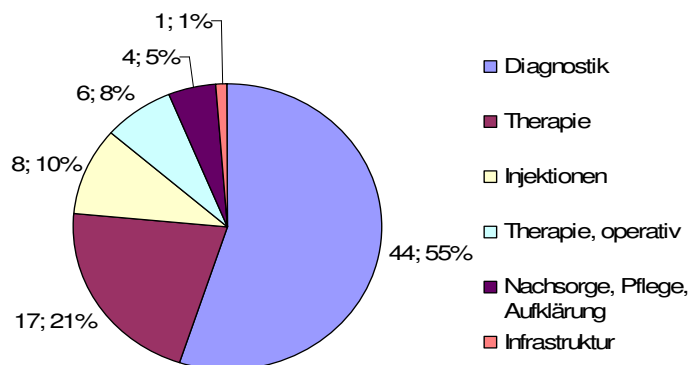
Schweregrade der 80 bejahten Fälle* (n; %)

*2 fehlende Werte



Fehlervorwürfe-Kategorien der 80 bejahten Fälle* (n; %)

*ungefähr gleiche Verteilung bei verneinten Fällen (n=307)



Diskussion: Der Anteil der bejahten Behandlungsfehler entspricht dem Durchschnitt aller Fächer. Auffallend ist, dass immer noch viele fehlerhafte Spritzenapplikationen (Abszesse, Nervenschädigung) verzeichnet werden müssen [2]. Diese Ergebnisse sollten in die ärztliche Fortbildung zur Bildung von Themenschwerpunkten einfließen.

Literatur:

[1] Eissler M. Auswertung der Ergebnisse der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg. *Medizinrecht* 2004, 8:411-468

[2] Scheppokat KD. Arztfehler und iatrogene Patientenschäden – Ergebnisse von 173 Schlichtungsverfahren in der Allgemeinmedizin, *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2004;98:509-14

Poster Kategorie 3

Arbeitsmedizinische Vorsorge – betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung in einem Industriebetrieb – Wege zu einer nachhaltigen Maßnahme

Erfahrungen und Wünsche von Teilnehmenden an einer 3-tägigen stationären Maßnahme sowie anschließenden ambulanten Angeboten

Anita Haase, Evelyn Lanzenberger, Christine Preiser, Nicole Blomberg, Claus J. Gros, Monika A. Rieger
Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen
Tel.: 07071-29 85797, E-Mail: anita.haase@tognum.com

I. Hintergrund

- Betriebliche Gesundheitsförderung: hoher Stellenwert für Unternehmen in Bezug auf demografischen Wandel bei gleichzeitig bereits bestehendem Fachkräftemangel
- Gesamtkonzept des Unternehmens: dreitägiger stationärer Aufenthalt in einer Rehaklinik (Isny-Überruh), sog. LIFE-Gesundheitstage, und ambulante Angebote am Standort des Unternehmens mit dem Ziel einer nachhaltigen Lebensstilveränderung der Mitarbeiter
- Teilnehmer an der stationären Maßnahme (LIFE-Gesundheitstage*): n= 1334 im Zeitraum 12/2008-07/2011

*Der Begriff LIFE steht für „Langfristige individuelle Förderung der Eigenverantwortung“

II. Ziel

- Abbildung von Erfahrungen, Wünschen, nachhaltiger Umsetzung und Verbesserungsvorschlägen von **Teilnehmenden an der stationären Maßnahme**

III. Methode

Exploratives Design: Qualitative Methoden empirischer Sozialforschung

- **Leitfadengestützte Interviews**, digitale Aufzeichnung, Analyse der pseudonymisierten Transkripte
- **3 Fokusgruppeninterviews:** Männer- (n=7), Frauen- (n=5) und gemischte (n=7) Gruppe, dabei Berücksichtigung des Zeitpunktes der Teilnahme, der Art der Beschäftigung und medizinischen Risikofaktoren
- **3 Experteninterviews** mit ExpertInnen aus den Bereichen Betriebsrat, Betriebskrankenkasse, Werksärztlicher Dienst
- **Inhaltsanalytische Auswertung** im Team: Bildung zentraler Themen und dazugehöriger Sub-Themen [Mayring 2003]
- **Qualitätssicherung:** kommunikative Validierung

IV. Ergebnisse – Auswahl von Themen und Interviewzitate

LIFE-Gesundheitstage

Ernährung: Thema Essen (LOGI®) sehr dominant wahrgenommen

Vorträge: positive Wahrnehmung des Angebotes als ganzheitliches Programm

Sportangebot: probieren in der Gruppe motiviert

„Alles das, was ich mir eigentlich immer vermieden habe, ist ja so kalorienreich und so fett und so, das dürfte ich auf einmal alles essen und das wurde mir sogar noch erklärt, warum das so war.“ (Zitat)

„Ich sage, das ist auch ein Stück weit das Thema ‚Sinn des Lebens‘ und was könnte ich mir vorstellen und was könnte bei mir besser laufen? Also es ist nicht bloß über LOGI oder Essen referiert worden, sondern auch über ...den Stress, den ich habe? Tue ich mir den weiter an? Will ich so weitermachen? Also, da ist doch schon einiges hinterfragt worden und denke ich auch angestoßen worden, dass man sich über das Gedanken macht. Jetzt nicht bloß über Essen und Trinken oder so.“ (Zitat)

„A: ich finde es halt in einer Gruppe ... da am Anfang wenn ich sehe, die anderen stellen sich genauso „dämlich an“, wie ich, fällt es mir ja leichter zu lernen
B: Das stimmt.“ (Zitat)

„Man redet dann auch nicht mehr darüber, aber alle, die da waren und so, die sind doch verändert, die sind doch beeindruckt und die sind ... nachdenklicher geworden, die sind ... und die haben sich geändert.“ (Zitat)

Nachhaltigkeit der Maßnahmen

„...das sind die Erfahrungsmomente gewesen, wo sie sagen: ja, das verstehen wir jetzt besser. Und da will ich auch etwas tun. Und ich tue mir persönlich etwas Gutes. Das ist das... kommt in dem Programm auch gut rüber. Plus habe ich natürlich mich so gesundheitlich gefestigt, dass ich diese Arbeitsbedingungen dann leichter meistere und denen begegnen kann.“ (Zitat)

Ambulante Angebote

„A: Ich meine, diese Angebote, die es da noch zusätzlich gab, ist schön, wenn die angeboten werden, wenn man nicht lange suchen muss, wo gibt es was, sondern, wenn es zentral angeboten wird, oder?
B: Ich denke, jeder nach seiner Situation, ja
A: Es wird ja laufend etwas angeboten. Also, wenn man...
B: ...Wenn er betroffen ist, dann geht er.“ (Zitat)

„A: Auch noch einmal auf diesem LOGI-Vortrag (lacht)... vom Referenten“
B: „Und? War es noch einmal interessant?“
A: Ja, weil man hört dann... auch wenn man das noch einmal im Abstand von einem Jahr noch einmal denselben Vortrag hört, man hört dann doch noch einmal wieder andere Sachen...., das frischt das Ganze wieder auf.“ (Zitat)

Heterogene Nutzung und Bewertung der ambulanten Angebote: Wissen um das Angebot ist vorhanden, aber der letzte Rest Motivation zur Teilnahme ist individuell unterschiedlich

Fördernde Faktoren:

- Besuch von Vorträgen
- Besuch von Sportangeboten
- Kantine bietet LOGI®-Ernährung
- Einbindung des Partners

Hemmende Faktoren:

- Partner nicht eingebunden
- Finanzielle Aspekte

V. Diskussion/Schlussfolgerung

- Die Maßnahmen werden in hohem Maß positiv bewertet, einzelne Themen (wie Ernährung und der stationäre Aufenthalt) dominieren
- Die Umsetzung von lebensstilverändernden Maßnahmen ist eher heterogen
- Das stationäre Angebot erscheint eindrucksvoller als die ambulanten Angebote
- **Gruppenarbeit sollte als Motivationsstifter weiterhin angeboten werden**
- **Focus auch auf die Einbindung der Maßnahme in den gesamtfamiliären Kontext zur Sicherung der Nachhaltigkeit**
- **Wiederholung der Inhalte im ambulanten Angebot zur Festigung des vermittelten Wissens**

VI. Literatur

Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, 8. Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.

Danksagung

- Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Interviews sowie den Interviewern des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung
- Die Durchführung der Studie wurde finanziell unterstützt durch die Tognum AG Friedrichshafen
- 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)



Angebotsuntersuchungen in der arbeitsmedizinischen Vorsorge

Studiendesign des vom BMAS geförderten Forschungsvorhabens

Susanne Völter-Mahlknecht ¹, Martina Michaelis ^{1,2}, Nicole Blomberg ¹, Christine Preiser ¹, Monika A. Rieger ¹

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

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

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

I. Hintergrund

2008: In-Kraft-Treten **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)**

§2 Begriffsbestimmungen: „Angebotsuntersuchungen sind arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, die bei bestimmten gefährdenden Tätigkeiten anzubieten sind.“

II. Ziele

Ziel der Studie ist es, herauszufinden,

- wie die gesetzlichen Rahmenbedingungen **in der Praxis wirken**,
- welche Formen des Angebotes **besonders erfolgreich** sind,
- welche Faktoren die Zurverfügungstellung und Inanspruchnahme **hemmen**
- und wie diese **optimiert** werden können.

III. Forschungsfragen

- In welchem **Umfang** finden Angebotsuntersuchungen nach ArbMedVV in den Betrieben statt?
- Welche Faktoren beeinflussen die **Zurverfügungstellung** solcher Angebotsuntersuchungen?
- Ist die **Teilnahmequote** abhängig von der Art der Tätigkeit (vgl. Anhang ArbMedVV)?
- Auf welche Weise wird das Angebot **kommuniziert**? Wie gut wird über die Natur der Angebotsuntersuchung (für Arbeitgeber verpflichtend, für Beschäftigte freiwillig) und die **ärztliche Schweigepflicht** informiert?
- Welche Faktoren beeinflussen die **Inanspruchnahme** des Angebotes positiv, welche negativ?
- Können aus den Studienergebnissen **Empfehlungen für die Praxis** abgeleitet werden?

IV. Inhaltliches und methodisches Gesamtkonzept: multimodal

Das Forschungsvorhaben wurde in einem **modularen mehrschrittigen** Ansatz bearbeitet. Entsprechend des explorativen Ansatzes des Forschungsvorhabens wurden für die Datenerhebung bewusst qualitative und quantitative Verfahren in Form eines **Mixed-Method-Design** eingesetzt (Modul 3a, 3b und 3c) (Abb. 1).

Der Zugang erfolgte über unterschiedliche Adressaten: 1. Arbeitgeber, 2. Betriebsärzte, 3. Beschäftigte
4. weitere Akteure des betrieblichen Arbeitsschutzes (Tab. 1).

Eine Beschäftigtenbefragung im Rahmen des quantitativen Moduls 3c war zunächst vorgesehen, wurde aber aus inhaltlichen und methodischen Gründen nicht realisiert.

Laufzeit der Studie: November 2011 – April 2013.

Fragestellungen	Befragte Akteure (Hierarchie)			
	1.	2.	3.	4.
a) Umfang von Angebotsuntersuchungen	BÄ	AG	FaSi*	-
b) Einflussfaktoren für die Zurverfügungstellung	AG	BÄ	BR *	FaSi*
c) Inanspruchnahme – Abhängigkeit u.a. von Art der Tätigkeit	BESCH	BÄ	AG	BR*
d) Art und Qualität von Kommunikationsstrategien	AG	BÄ	BESCH	BR* FaSi*
e) Prädiktoren für Inanspruchnahme von Angebotsuntersuchungen	BESCH	BÄ	AG	BR* FaSi*

*: nur Organisationsuntersuchung und qualitative Datenerhebung

AG= Arbeitgeber, BÄ= Betriebsärzte, BESCH= Beschäftigte, BR= Betriebsräte & sonst. Exp., FaSi= Fachkräfte für Arbeitssicherheit

Tab. 1: Zusammenfassende Darstellung der Datenerhebung

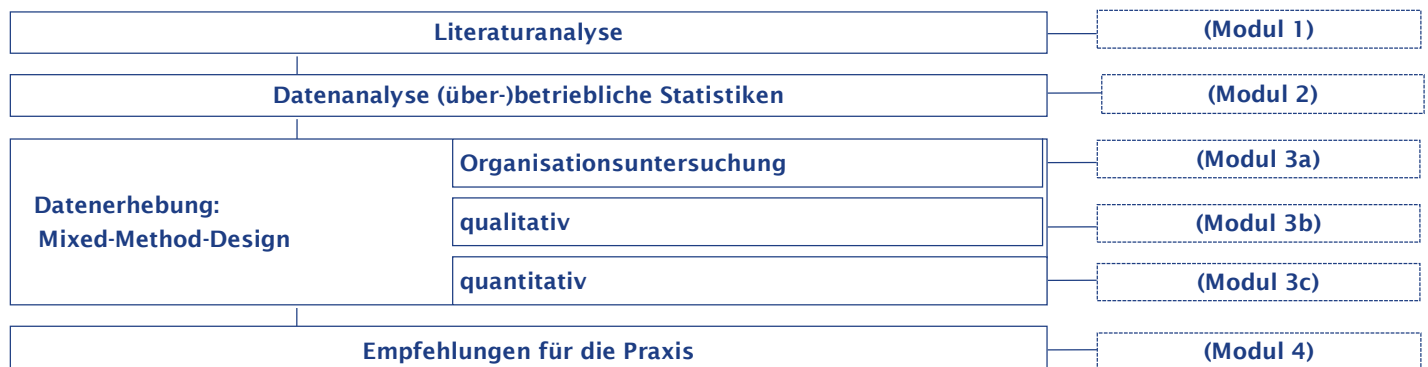


Abb. 1: Darstellung des modularen Mixed-Method-Designs

Danksagung

- Die Studie wurde in Auftrag gegeben vom 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)



Lassen sich Beschäftigte mit leichter arterieller Hypertonie durch „motivierende Gesprächsführung“ zu einer Lebensstiländerung motivieren? Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie

Monika A. Rieger¹, Martina Michaelis^{1,2}, Barbara Schüle³, Martin K. Riedel³,
Studienteam „Ihr Blutdruck-Check“³, Helmut Schmidt³, Carmen Farian^{1,4}

¹Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, ²FFAS - Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin Freiburg/Brsg., ³Daimler AG, Health & Safety, Stuttgart, ⁴Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke
Monika.Rieger@med.uni-tuebingen.de

I. Hintergrund und Fragestellungen

- Arterielle Hypertonie = chronische Erkrankung mit hoher Prävalenz unter Beschäftigten (Middeke 2008)
- Therapieoption bei leichter arterieller Hypertonie = Lebensstilmodifikation
- Motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing, MI) fördert effektiv Lebensstiländerungen
- Nichtärztliches medizinisches Personal („Health Coach“) kann in telefonischen Beratungen MI anwenden
- Betriebsärztliches Umfeld geeignet für breite, kontinuierliche Betreuung

Fragestellungen der Machbarkeitsstudie:

- Wie bewerten Teilnehmer Betriebsärzte Health Coach (HC) } MI-Beratungen im betriebsärztlichen Umfeld?
- Können MI-Beratungen in einem werksärztlichen Dienst implementiert werden?

II Methoden

Studienlaufzeit: 10/10 bis 11/11, Werksärztlicher Dienst Daimler AG, Stuttgart

- Sicherung hypertoner Blutdruckwerte über mehrmalige Blutdruckmessung (n=148/299) (vgl. Farian et al. 2012 und Poster NS4 DGAUM 2012)
- Probanden mit leichter arterieller Hypertonie und vollständiger Doku (n=37)
- Einschlusskriterien erfüllt: n=17
→ randomisierte Zuordnung zu Kontroll- (KG) und Interventionsgruppe (IG)

Basis der Evaluation

- Dokumentation MI-Beratungsinhalte (Arzt / Health Coach)
- Machbarkeit, Bewertung der MI-Beratung (vgl. P72 DGAUM 2012)
- Ergebnis der Blutdruck(BD)-Selbstmessung (T1)
- Fragebogen zu Arbeit / Gesundheit / Lebensstil (T0 vs. T1)

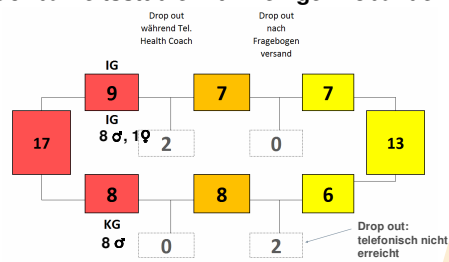
Primäre Outcomes: gesundheitsbezogener Lebensstil

- Ernährungsgewohnheiten und/oder körperliche Aktivitäten
- Block Food Frequency Questionnaire [Block 1994]
- Freiburger Fragebogen zur Körperlichen Aktivität (FFKA) [Frey et al. 1996]
- a) qualitativ: einzelne Faktoren, mindestens eine Lebensstiländerung
- b) quantitativ: Ausmaß der Änderungen (Summenscores)

Sekundäres Outcome: Blutdruck (qualitativ) und weitere Parameter

III Ergebnisse

Machbarkeitsstudie: nur wenige Probanden (Abb. 1)



Kann eine betriebsärztliche Beratung bei Beschäftigten mit arterieller Hypertonie zum Besuch des Hausarztes motivieren?

Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie

Sarah Hudak¹, Martina Michaelis^{1,2}, Carmen Farian¹, Barbara Schüle³, Martin K. Riedel³, Studententeam „Ihr Blutdruck-Check“³, Monika A. Rieger¹
¹ Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen ² FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Freiburg ³ Daimler AG, Werksärztlicher Dienst Stuttgart-Untertürkheim

Hintergrund

→ unentdeckte oder medikamentös unzureichend eingestellte erhöhte Blutdruck(RR)-Werte als versorgungsrelevantes Problem
 → bis zu einem Drittel erhöhte RR-Werte in arbeitsmedizinischen Screenings¹⁻⁴

Fragestellung: Wird die individuelle Empfehlung des Betriebsarztes, einen niedergelassenen Arzt zur weiteren Abklärung einer arteriellen Hypertonie aufzusuchen, tatsächlich umgesetzt?

Fernziel: Beschreibung des Potentials der Schnittstelle Betriebsarzt – Hausarzt in der Hypertonie-Behandlung

Methoden

Zielgruppe: Beschäftigte mit

- stärker erhöhten RR-Werten ($\geq 160/100$ mmHg)
- leicht erhöhten RR-Werten ($140/90$ - $160/100$ mmHg) unter med. Therapie

Rekrutierung: Routinemessungen im werksärztlichen Dienst 10/2010 - 4/2011, Bestätigung der Routinemesswerte durch Wiederholungsmessungen

Betriebsärztliche Beratung mit u.a. Hinweis auf Notwendigkeit einer Abklärung/ ggf. Therapieeinleitung/-modifikation beim Haus- oder Facharzt

Follow-up: Teilstandardisiertes Telefoninterview 4-6 Wochen nach Beratung

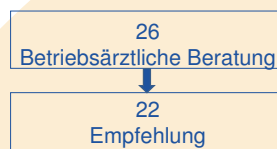
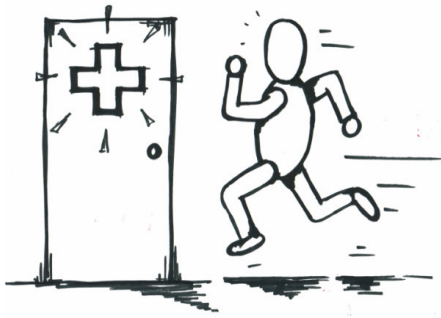
- Zielgrößen:**
- Umsetzung der Empfehlung zur Arztkonsultation bis Telefoninterview
 - Inhalte der Arztkonsultation und Hinweise auf Effekte
 - Patientenzufriedenheit (Schulnoten, 4 Items)

Kollektiv

Gesamt	n=26
Tätigkeit Produktion bzw. prod.naher Bereich	n=14/25
Arbeitszeit (Wochenstd.)*	38,7 ± 5,9, 25-55
Arbeit im Schichtbetrieb	n=14/24
Haupt- oder Realschulabschluss	n=16/25
Geschlecht männlich	n=23/25
Alter *	51,4 ± 8,3, 32-64
Übergewicht bzw. Adipositas	n=23/26
Body Mass Index (kg/m ²)*	28,6 ± 3,0, 24-33

* Mittelwert, Standardabweichung, Spanne

Ergebnisse



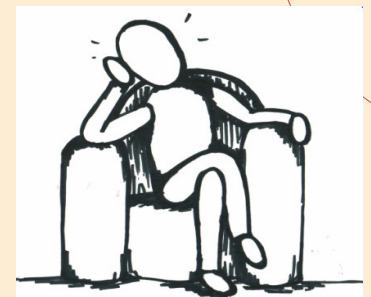
Arztkonsultation 4-6 Wochen nach betriebsärztlicher Beratung	
erfolgt 13	nicht erfolgt 9

Blutdruck-Anamnese	
3	Hypertonie nicht bekannt
4	H. bekannt, nicht behandelt
6	Hypertonie behandelt

Initialer Blutdruck	
2	Median >160 u/o >100 mmHg

Interview (Selbstangabe), Follow up	
11	Hinweise auf Effekte
9	Blutdruck normoton
9	Lebensstiländerung
	(v.a. Ernährungsumstellung, Sport)

2	Auslöser explizit die betriebsärztliche Beratung
---	--



Inhalte der Arztkonsultationen

(12/13 Hausärzte, 9/12 Allgemeinmediziner)

- 12 RR-Messungen
- 9 Beratungen zu RR-Medikamenten
- 7 Veränderungen der Medikation, davon 6 bereits umgesetzt
- 7 Beratungen zur Lebensstiländerung

Patientenzufriedenheit

Durchschnittsnote $2,2 \pm 1,0$ (Spanne 1-5)

Gründe für nicht erfolgte Konsultation

- 4 Empfehlung nicht verstanden
- 2 kein Wunsch
- 2 geplant, noch nicht umgesetzt
- 1 Termin in naher Zukunft

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse an einem kleinen Kollektiv weisen darauf hin, dass eine ausdrücklich zu erhöhten RR-Werten geführte betriebsärztliche Beratung Beschäftigte zu (weiterer) Diagnostik und Therapie beim Haus-/Facharzt motivieren kann. Dieses mögliche Potential der betriebsärztlichen Betreuung für die Gesundheitsversorgung sollte weiter erforscht werden.



Wiederholende Blutdruck-Messung

Praktikabilität zweier Methoden zur Validierung hoher Messwerte bei Beschäftigten im werksärztlichen Setting

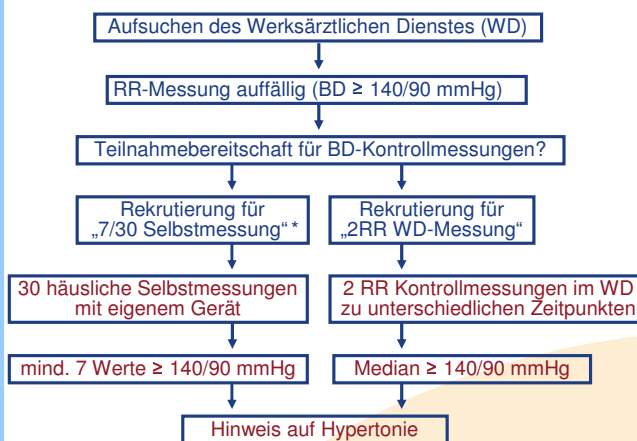
Carmen Farian^{1,2}, Martina Michaelis^{1,3}, Barbara Schüle⁴, Martin K. Riedel⁴, Studienteam „Ihr Blutdruck-Check“⁴,
Monika A. Rieger^{1,2}

¹Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, ²Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten / Herdecke, ³FFAS - Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin Freiburg/Brsgr., ⁴Daimler AG, Werksärztlicher Dienst Stuttgart- Untertürkheim

I. Hintergrund und Ziele

- ❖ **Hypertonie**
Versorgungsrelevantes Problem (Middeke 2008).
- ❖ **Hypertonie- Screening**
Frühere Entdeckung von Beschäftigten mit Hypertonie
→ bessere Betreuung durch WD
- ❖ **1. Schritt: Sicherung der Diagnose**
1x RR-Messung erhöht- Welche Methode ist praktikabel?
- ❖ **Machbarkeitsstudie**
 - Teilnahmebereitschaft?
 - Gründe für Nicht- Teilnahme?
 - Vergleich von 2 Methoden für wiederholende BD-Messung
- ❖ **Abkürzungsverzeichnis:**
 - BD = Blutdruck
 - CI = Konfidenzintervall
 - MW= Mittelwert
 - RR = Riva-Rocci
 - SD = Standardabweichung
 - WD= Werksärztlicher Dienst
- ❖ **Zeitraum:**
Oktober 2010 bis April 2011

II Methoden



*Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie (Slany et al. 2008)

❖ **Rücklaufsteigerung der Messwerte**
Max. 3 Erinnerungsanrufe

❖ **Gründe für Nicht- Teilnahme**
Erfassung standardisiert und offen

Statistische Testverfahren

❖ **Bivariat:** Chi²-Test, p<0,05, Effektstärke: Korrelationskoeffizient phi (Effekte: klein (0,3) – mittel (0,5) – groß (0,8))

❖ **Multivariat** (Analyse von Prädiktoren (siehe Ergebnisse) für den Outcome „Teilnahmebereitschaft“): Logistische Regression, simultaner Einschluss („enter“) aller zuvor bivariat geprüften Prädiktoren mit p<0.20 (SPSS 18)

Kollektiv

N: 299, Alter: 45,3 ± 9,0 J. (MW,SD, n=260) (Median 46, Spanne 24-64); Männer: 90,3% Beschäftigte aus Produktion/ prod.- naher Bereich: 66,1% (n=260) .

III Ergebnisse

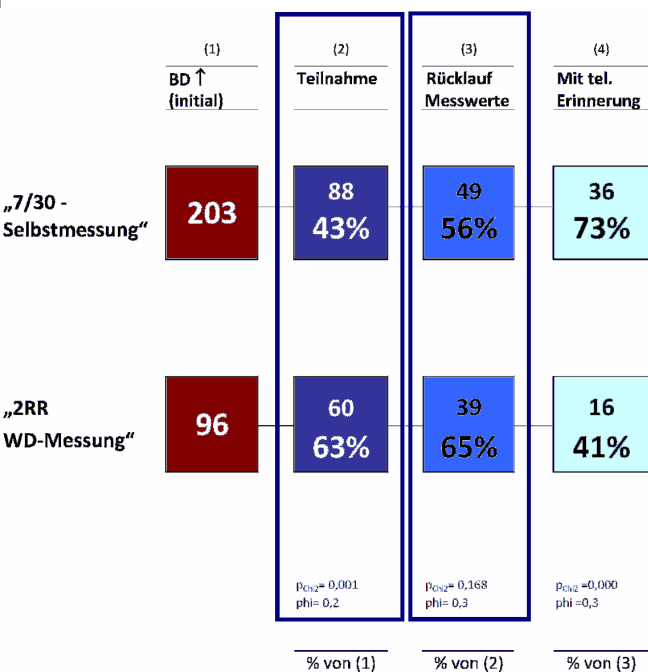


Abb. 1: Teilnehmerverlauf

1. Prädiktoren für den Outcome „Teilnahmebereitschaft“ zur Wiederholungsmessung (multivariate Regression)

- **Validierungsmethode** („7/30 Selbstmessung“/„2RR WD-Messung“) → **OR=2,1** (CI95% 1,2-3,6) Bei „2RR WD- Messung“ doppelt so hoch wie bei „7/30 Selbstmessung“
 - **Antihypertensive Medikation bei Studieneinschluss** (nein/ja) → **OR=0,5** (CI95% 0,2-0,9) Mit Medikamente halb so hoch
 - **Tätigkeitsbereich** (Verwaltung vs. produktionsnaher Bereich) → **OR=0,5** (CI95% 0,3-0,9) In der Produktion halb so hoch
 - BD-Höhe bei Initialmessung
 - rekrutierende Person im WD bei Initialmessung
 - Anlass der Untersuchung
 - Kenntnis einer bereits diagnostizierten Hypertonie
 - Geschlecht
 - Alter (p= 0,051)
- Keine statistisch signifikanten Effekte!

Die höchste Teilnahmequote weisen Beschäftigte aus der Verwaltung auf, die bisher keine Antihypertensiva einnehmen und zu 2 RR-Kontrollmessungen in den Werksärztlichen Dienst kommen.

2. Wichtigste Gründe für Nicht- Teilnahme („7/30- Selbstmessung“ vs. „2RR- WD-Messung“)

- kein Interesse (24,7% vs. 29,4%)
 - Zeitmangel (29,9% vs. 23,5%)
 - Bevorzugung Haus- oder Facharzt (32% vs. 15,5%)
- Die Gründe für eine Nicht- Teilnahme unterscheiden sich nicht zwischen den beiden Gruppen!**

IV Schlussfolgerungen

Die 7/30- Selbstmessung – für die Überprüfung der Blutdruckvariabilität neben der BD-Langzeitmessung als valide beschrieben – scheint aus Akzeptanzgründen für das betriebliche Setting nicht geeignet. Eine Wiederholungsmessung im WD ist im untersuchten Setting (innerbetrieblicher Dienst, für viele Beschäftigte auf dem Weg zur Arbeit günstig erreichbar) deutlich praktikabler. Zur besseren Sicherung der Diagnose sollten Wiederholungsmessungen jedoch **mehr als zweimal** stattfinden.

V Danksagung

- ❖ allen Probanden und dem Team des Werksärztlichen Dienstes!
- ❖ Die Durchführung der Studie wurde finanziell unterstützt durch den Werksärztlichen Dienst der Daimler AG und die Daimler BKK.
- ❖ Die Arbeit des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin Tübingen wird finanziell unterstützt durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall)

Poster Kategorie 4

Gesundheitsversorgung: Inanspruchnahme – Akteure - Konzepte

Hintergrund

Schizophrene Psychosen führen oft schon in einer frühen Lebensphase zu starken Beeinträchtigungen durch die Erkrankung. In der aktuellen S3-Leitlinie für Schizophrenie wird sowohl Psychopharmakotherapie als auch Psychotherapie mit der höchsten Empfehlungsstärke („A“) empfohlen (DGPPN, 2006). Während die Psychopharmakotherapie weite Verbreitung aufweist, melden Krankenkassendaten eine sehr geringe Versorgungsquote mit Psychotherapie von unter 1% der Patienten mit psychotischen Störungen (Görge & Engler, 2005).

Die Behandlung mit Psychotherapie ist kosteneffektiv: Für Symptomreduktion und ein besseres soziales Funktionsniveau muss keines oder nur wenig zusätzliches Geld aufgewendet werden (McCrone, Craig, Power, & Garety, 2010; van der Gaag, Stant, Wolters, Buskens, & Wiersma, 2011). Jedoch steht der Effektivität der angebotenen Psychotherapie unter Studienbedingungen die geringe Versorgungsquote in der ambulanten Regelversorgung gegenüber.

Diese Diskrepanz kann sich eventuell aus den geringen Erfolgserwartung und den Anreizen für niedergelassene Psychotherapeuten erklären lassen. Wahrscheinlich liegt es aber auch an der Motivationslage und den damit verbundenen geringeren Anstrengungen, die diese Patientengruppe für die Erlangung einer Psychotherapie aufwenden. Möglicherweise tragen auch Angehörige über ihre Einstellungen zu verschiedenen Therapien mit zu niedriger Medikamentenadhärenz und der geringen Inanspruchnahme von Psychotherapie bei psychotischen Störungen bei.

Untersuchung an Patienten

N=122 angestrebte Patienten mit psychotischen Störungen die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus befragt werden. Ein standardisierter Fragebogen und ein strukturiertes Interview kommen zum Einsatz. Vier Wochen nach Entlassung werden die Patienten erneut kontaktiert, um die Inanspruchnahme und die Hemmnisse an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu erfragen.

Die Studie hat am 01.02.2013 begonnen, bisher wurden N=17 rekrutiert.

Untersuchung an Angehörigen

Die Patienten werden bei der Aufklärung befragt, ob sie Angehörige haben, mit denen sie mindestens 2 Stunden Kontakt in der Woche haben. Ein Fragebogen zu Einstellungen und Empfehlungen bezüglich verschiedener Therapieformen wird an die Angehörigen geschickt.

Es wird eine Stichprobe von N=82 angestrebt

Auswertungsplan für Patientenuntersuchung

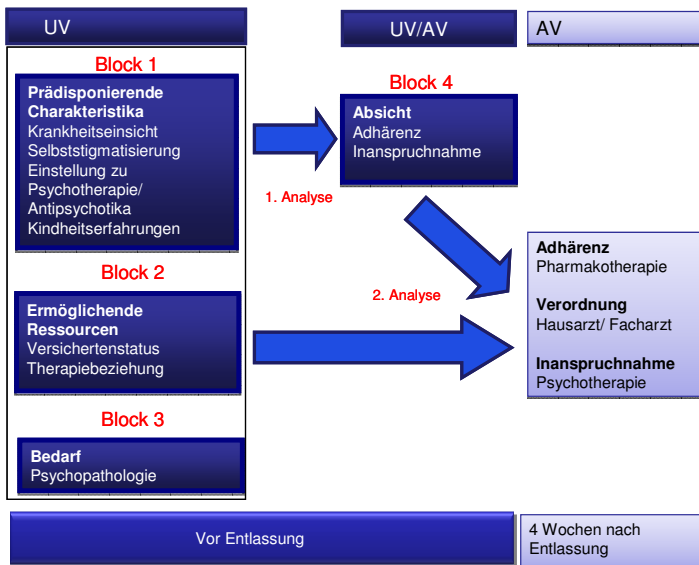
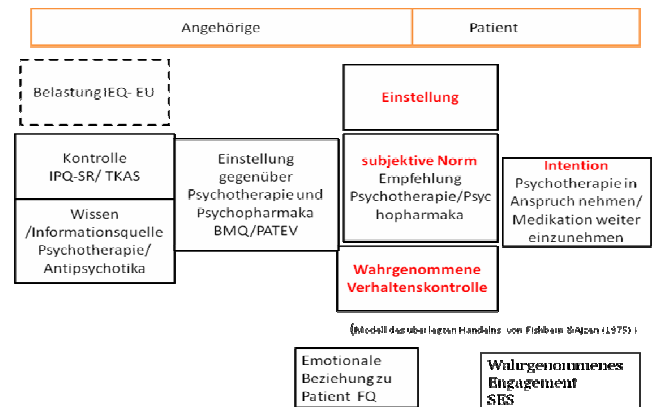


Abbildung 1: Modifiziertes „Health Behavior Model“ mit Absicht als Mediator

Theoretisches Modell für Angehörigenuntersuchung

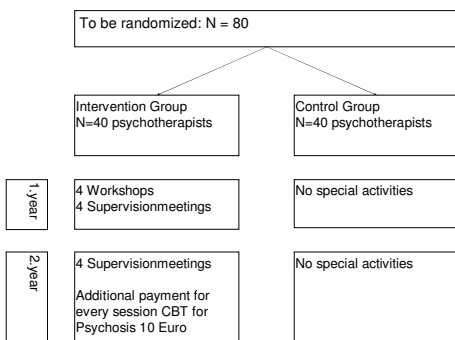


Messinstrumente

	Verfahren	Bereich	Verfahren	Bereich	
Interview Patienten	SKID	Diagnose	Fragebogen Angehörige	BMQ	Einstellung zu Medikamenten
	SUMD	Krankheitseinsicht		PATHEV	Einstellung zu Psychotherapie
	MARS-D	Medikamentenadhärenz		SES	Adhärenz
Fragebogen Patienten	ISMI	Selbststigmatisierung	FQ	Familienatmosphäre	
	BMQ	Einstellung zu Medikamenten	TKAS	Kontrollattributionen	
	PATHEV	Einstellung zu Psychotherapie	IEQ-EU	Belastung durch Pflege	
	CTQ	Kindheitserfahrungen	SCL K9	Symptombelastung	
	SEWIP	Therapiebeziehung			
FEF	Familienatmosphäre				

Ausblick

Die Gründe für die niedrige Versorgungsquote sollen aus der Versorgerperspektive betrachtet werden. Zentrale Frage soll sein, ob Fortbildung und Supervision alleine zu einer erhöhten Versorgungsquote beitragen können, oder ob ein erhöhter finanzieller Anreiz nötig ist.



Kontakt/Links



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



Zur Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten

Eine qualitative Studie

Studiendesign - Zusammenfassung der Ergebnisse - Diskussion

Dirk Moßhammer^{1,2}, Ira Manske^{1,2}, Philipp Grutschkowski^{1,2}, Iris Natanzon³, Monika A. Rieger^{1,4}

¹Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, ²Lehrbereich Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät Tübingen, ³Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Universitätsklinikum Heidelberg, ⁴Kompetenzzentrum für arbeits- und sozialmedizinische Prävention und Frauengesundheit, Medizinische Fakultät Tübingen

Kontakt: monika.rieger@med.uni-tuebingen.de

I. Hintergrund und Ziel

- Vielfältige Schnittstellen zwischen Haus- und Betriebsärzten z.B. Prävention – Wiedereingliederung – Rehabilitation
 - bisher eher wenig Kooperation – Forderung nach Verbesserung
- Literatur: Moßhammer et al. Schnittstelle der haus- und betriebsärztlichen Patientenversorgung – eine Literaturübersicht. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 2011; 46: 301-307

Ziel: Erfassung der Erfahrungen, Haltungen und Überlegungen von Hausarzt/innen, Betriebsarzt/innen und Ärzt/innen, die sowohl als Haus- als auch als Betriebsarzt tätig sind
→ Welche Defizite und Barrieren gibt es?
→ welche Optimierungsmöglichkeiten gibt es?

II. Methoden

- Qualitatives Design 3 Fokusgruppen – leitfadengestützte Interviews: Hausärzte (HA), Betriebsärzte (BA), Ärzte, die in beiden Feldern tätig sind (HaBa)
 - Ton- und Filmaufnahmen → Transkription → inhaltsanalytische Auswertung (nach Mayring 2003)
 - Qualitätssicherung:
 - Auswertung in der interdisziplinären Gruppe (kommunikative Validierung)
 - Diskussion mit Interviewten aus allen Gruppen (inhaltliche Validierung)
- im vorliegenden Poster lediglich exemplarische Ergebnisdarstellung

Ila. Ergebnisse: Defizite und Barrieren

Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger MA. Die Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten in Deutschland: Wo befinden sich Defizite und Barrieren? : Eine qualitative Analyse anhand von Fokusgruppeninterviews. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2012; 106(09): 639-648. Epub 2011

Ilb. Ergebnisse: Optimierungsmöglichkeiten

Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger MA. Cooperation between general practitioners and occupational health physicians in Germany: how can it be optimised? A qualitative study. International Archives of Occupational and Environmental Health 2012, doi: 10.1007/s00420-013-0845-1[Epub ahead of print]

Hausarzt/-innen (Auszug)

- Angst vor negativen Folgen für Patienten
- Mangelndes Wissen über BA-Beruf
- Vorurteile
- Angst vor Einmischung, vor "Vorschriften"
- BA hat kein Vertrauen zum HA und umgekehrt
- BA ist HA nicht bekannt
- Zeitmangel

„Mich stört, dass die [Betriebsärzte] im Prinzip sich auch in Sachen einmischen, die eigentlich nichts mit ihrer Tätigkeit zu tun hätten.“ (HA1)

Hausarzt/-innen (Auszug)

- bessere Wahrnehmung der allgemeinmedizinischen Kompetenz durch BA
 - Schnittstelle/Austausch ermöglichen
 - freundlicher Umgang
 - aufeinander zugehen
- aber auch:
- Hinterfragen der Notwendigkeit einer besseren Kooperation

„...die Frage ist, ob man die Kooperation überhaupt verbessern muss.“ (HA1) ...
„Und was bringt es dem Patienten, das ist die Frage.“ (HA2) - „Ja... , ob man das nötig hat.“ (HA1)

Hausärztlich und betriebsärztlich tätige Ärzt/innen (Auszug)

- Mangelndes Wissen über den BA-Beruf
- Angst vor Konkurrenz
- Mangelndes Wissen über Bedingungen der ambulanten (kassenärztlichen) Tätigkeit
- Ablehnung der Betriebsärzte
- Spannungsfeld durch unterschiedliche Qualifikation von BA und HB

„Das ist das therapeutische Schlachtfeld und das Impfschlachtfeld. Das gibt es noch. Weil die Eifersucht und die Angst, dass der eine dem anderen etwas wegnimmt, da gibt es [...] ja fast Kriege.“ (HBA4)

Hausärztlich und betriebsärztlich tätige Ärzt/innen (Auszug)

- korrektes interkollegiales Verhalten
- Bewusstsein schaffen für die Probleme der Arbeitnehmer
- Qualitätszirkel zum Thema Prävention
- Präsenz von Betriebsmedizin in Fachzeitschriften
- Bewusstsein für Präventionsmedizin schaffen

„... man muss halt jetzt als Kollege und Allgemeinmediziner sehr korrekt sein. Man darf nicht auf fremdem Gebiet jagen. Man muss da wirklich ganz, ganz korrekt sein, dann kriegt man auch Vertrauen von den Kollegen.“ (HaBa1)

Betriebsarzt/-innen (Auszug)

- HA fühlen sich eingeschränkt
- Mangelnde Präsenz des Themas Arbeitsplatz/Arbeitsmedizin
- Zusätzliche Kosten / Aufwand
- Vorurteile von Seiten des HA
- Angst des HA vor Nichtberücksichtigung des Patientenwohls durch den BA

„[...] , dass wir dann sagen: 'Wir möchten gerne Befunde, die zu der Einschätzung führen, aber nicht das Ergebnis.' Also, da merkt man dann schon manchmal, dass sich Hausärzte ein Stück weit [...] schwer tun, oder auch in ihrer Kompetenz eingeschränkt fühlen.“ (BA2)

Betriebsarzt/-innen (Auszug)

- Wohl des Patienten / Beschäftigten in den Vordergrund stellen
- mehr Bewusstsein schaffen für die Arbeit(smedizin)
- Kommunikation fördern, bessere Informationsübermittlung
- Vergütungsmöglichkeit für Hausarzt, Prämien

„... Und das wäre vielleicht auch der Schlüssel zur Verbesserung der Kooperation. Dass man dieses Bewusstsein fördert, dass wir an einem Problem in die gleiche Richtung arbeiten.“ (BA2)

IV Schlussfolgerungen

Mit dem qualitativen Ansatz gelang es, Erfahrungen der beiden Berufsgruppen miteinander zu dokumentieren (hier nicht gezeigt), Defizite und Barrieren zu beschreiben und Optimierungsmöglichkeiten aus Sicht der Betroffenen zu erheben. Neben der Quantifizierung der beschriebenen Ergebnisse sind Modellvorhaben denkbar, in denen eine Verbesserung der Zusammenarbeit beider Berufsgruppen angestrebt wird. Erste Gespräche hierzu erfolgen derzeit.

V Danksagung

❖ allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern!

❖ 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)

TransCareO

1. Tag der Versorgungsforschung,
Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und
Versorgungsforschung,
Universitätsklinikum Tübingen,
4.3.2013

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

Entwicklung eines Versorgungsmodells zur Verbesserung der Transitionsversorgung bei Seltenen Erkrankungen am Beispiel weiblicher Jugendlicher mit genitaler Fehlbildung

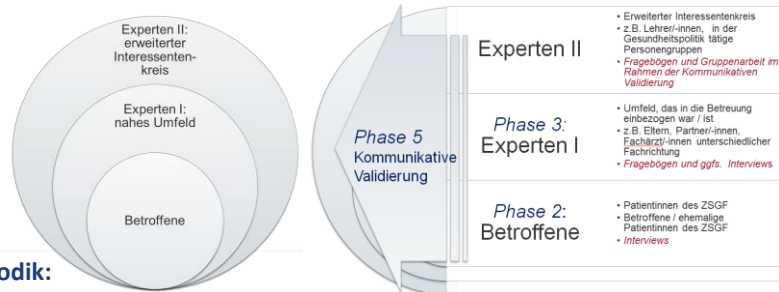
Elisabeth Simoes^{1,5,6}, Andrea Kronenthaler², Monika A. Rieger³, Dagmar Gröber-Grätz³, Kristin Katharina Rall¹, Norbert Schäffeler⁴, Sara Y. Brucker^{1,5}
¹Universitätsfrauenklinik (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. D. Wallwiener), ²Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universität Tübingen (Leiter Bereich Forschung Dr. med. Dipl.-Phys. M. Eissler),
³Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. med. M.A. Rieger), ⁴Medizinische Universitätsklinik, Innere Medizin VI - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. S. Zipfel), ⁵Institut für Frauengesundheitsforschung Baden-Württemberg (Ärztliche Leiterin Prof. Dr. med. S.Y. Brucker), ⁶Stabstelle Sozialmedizin des Universitätsklinikums Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. M. Bamberg)

1. Hintergrund: Seltene Erkrankungen

- Von einer Seltenen Erkrankung spricht man, wenn weniger als 5 bis 10 pro 10000 Personen betroffen sind. Mehr als 7000 der 30 000 bekannte Krankheiten zählen zu den Seltenen Erkrankungen. Über vier Millionen Menschen in Deutschland leben mit einer Seltenen Erkrankung.
- Die **Übergangsvorsorgung** oder **Transition in der Gesundheitsversorgung** meint die Übergangszeit vom Jugend- ins Erwachsenenalter, in der die Überleitung von jungen Menschen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf zur Erwachsenenmedizin stattfindet.
- Zu den Seltenen Erkrankungen zählt auch das **Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom**, die am häufigsten auftretende Fehlbildung am weiblichen Genitale, ein kongenitales Fehlen von Uterus, Zervix und oberen zwei Dritteln der Vagina (1: 4000-5000 weibliche Lebendgeburten).

2. Ziel ist die Erstellung eines koordinierenden Versorgungs- und Unterstützungsmodells, orientiert an den Bedarfen und Präferenzen der Patientinnen und ihres Umfelds, beim Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin für junge Frauen mit genitaler Fehlbildung als einem Krankheitsbild, das den Seltenen Erkrankungen zuzurechnen ist.

Die Untersuchung bezieht **über fünf Phasen verschiedene Zielgruppen** ein, die ein sich ergänzendes Bild für die Beantwortung der Forschungsfragen erwarten lassen.

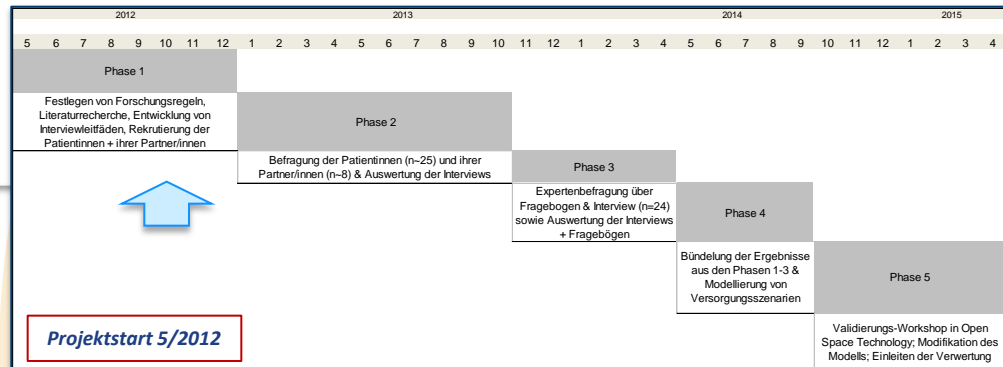


3. Fragestellungen:

- Welches sind die besonderen Bedürfnisse an Versorgung und unterstützenden Maßnahmen für weibliche Jugendliche mit genitalen Fehlbildungen in der Übergangsphasen vom Kindes- zum Jugend-/Erwachsenenalter?
- Welche Defizite und Hindernisse bei der Bereitstellung von medizinischer Versorgung/Betreuung, zusätzlicher Unterstützung und Kommunikation werden von den Patientinnen erlebt?
- Welche Defizite bestehen derzeit in der Wahrnehmung von Anbietern, Eltern, Partner/-innen und einem erweiterten interessierten Personenkreis wie z.B. Patientenorganisationen?

4. Phasen und Methodik:

Aufgrund der Vielfalt der zu beantwortenden Fragen und der Unterschiedlichkeit der Datenquellen findet ein multi-methodischer Ansatz Anwendung. Der Prozess ist partizipativ gestaltet.



5. Qualitätskonzept:

Das Qualitätskonzept schließt neben Elementen der Qualitätssicherung zur Methodik auch einen wissenschaftlichen Beitrag und eine abschließende kommunikative Validierung ein.

6. Wir erwarten:

- Verbesserungen beim Erkennen und Zugang, bei Koordination und Kooperation in der Versorgungskette, wenn wir aufzeigen können, wo und welches Verbesserungspotenzial aus der Sicht unterschiedlicher Perspektiven besteht
- erhöhte Chancen auf einen guten Outcome
- verbesserte Compliance seitens der Jugendlichen bei an ihren Bedürfnissen ausgerichteten Versorgungskonzepten
- verbesserte soziale Integration der Betroffenen aus passgerechten Supportleistungen, da auch die Integration in Lebens- und Schul-/Berufswelt Komponenten des Outcome medizinischer Versorgung darstellen
- Zusatznutzen für Frauen mit Operationen am weiblichen Genitale, nach Genitalmutilationen
- Übertragbarkeit von strukturellen Erkenntnissen auf die Übergangsvorsorgung bei andere Seltenen Erkrankungen



Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb

Erfahrungen, Chancen, Grenzen, Transferierbarkeit in kleine und mittlere Unternehmen

Christine Preiser, Monika A. Rieger

Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen
Tel.: 07071-29 85797, E-Mail: christine.preiser@med.uni-tuebingen.de

I. Hintergrund

- Zunehmende Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Arbeitswelt [VDBW 2008]
- **Versorgungsdefizit:** lange Wartezeiten bis Erstgespräch und ggf. Therapiebeginn [Kruse et al. 2012]
- Einige Großunternehmen richten Psychosomatische Sprechstunde ein [Mayer et al. 2010]
- **Psychosomatische Sprechstunde** ermöglicht Erstgespräch mit psychosomatischem Spezialisten auf Kosten des Betriebs

II. Ziel

- Erhebung von Erfahrungen, Haltungen, Optimierungsvorschlägen und Transfermöglichkeiten

III. Methode

- Exploratives Design: Qualitative Methoden empirischer Sozialforschung
- Leitfadengestützte Interviews
- **2 Fokusgruppeninterviews** mit jeweils 5 BetriebsärztInnen
- **8 Experteninterviews** mit ExpertInnen aus den Bereichen Personalvertretung, Personalleitung, Betriebskrankenkassen, innerbetriebliche Beratungsangebote, betriebsärztlicher Dienst
- **Kontrastierung:** Befragte mit und ohne Erfahrung mit dem Angebot
- **Inhaltsanalytische Auswertung** im Team: Bildung zentraler Themen und dazugehöriger Sub-Themen

IV. Ergebnisse – Themen und Interviewzitate

Chancen und Wirkungsfaktoren

- Frühzeitiger und schneller Zugang zum psychosomatischen Spezialisten
→ Verminderung von Fehlzeiten

Chancen/Wirkung: „Und das ist für uns natürlich klasse, weil der Mitarbeiter sehr schnell wieder zurückkehrt an seinen Arbeitsplatz und dort auch wieder seine volle Leistung erbringen kann und für den Mitarbeiter ist das natürlich auch befriedigend.“ (Interviewzitat)

Grenzen

- Intern: Strukturelle Veränderungen bleiben trotz arbeitsplatzbedingter Fehlbelastung/Erkrankung aus
- Extern: Übergänge in Weiterbehandlung bei Therapeuten auf Grund von Versorgungsdefizit schwierig

Interne Grenzen: „Als Störfaktor könnte sich erweisen, dass Arbeitsplatzsituationen, Konflikte, die in der Struktur des Arbeitsplatzes begründet liegen, zu Reaktionen führen im psychologischen Bereich (...) und Sie können aber aufgrund der betrieblichen Strukturen oder weil die Bereitschaft nicht da ist, Grundverhältnisse nicht ändern. Und dann stößt das an Grenzen.“ (Interviewzitat)

Fördernde Faktoren für Nutzung durch Beschäftigte

- **Zugang** zur Psychosomatischen Sprechstunde
Viele Zuweiser vs. Betriebsarzt als alleiniger Zuweiser
- **Ort** der Psychosomatischen Sprechstunde
Betriebsinterne Räumlichkeiten vs. Externe Räumlichkeiten

Betriebsinterne Räumlichkeiten: „Auch dass es im Betrieb stattfindet wird eher positiv gesehen, es ist in der Arbeitszeit, was will man mehr, es gibt keine Anfahrtswege, die Schwelle dort teilzunehmen ist extrem gering.“ (Interviewzitat)

Hemmende Faktoren für Nutzung durch Beschäftigte

- Fehlende Gewährleistung von **Anonymität** und **Vertraulichkeit**
Angst vor Stigmatisierung und vor Konsequenzen für Arbeitsverhältnis

Anonymität/Vertraulichkeit: „(...) dass man sich da ein bisschen schämt (lacht kurz), (...). Und naja (...), wenn es dann eben über den Betrieb läuft, die Angst, dann kriegt es jetzt auch noch mein Kollege mit. (...) und vielleicht auch die Angst, dass es dann doch nicht so anonym ist und der Arbeitgeber vielleicht dann doch was erfährt.“ (Interviewzitat)

Transferierbarkeit in kleine und mittlere Unternehmen

- **Netzwerkbildung:** Zusammenschluss mehrerer Unternehmen – oder Anbieter

Kleine und mittlere Unternehmen: „Und dann hat man eben ein Netzwerk, und dann hat der Psychotherapeut oder der Psychiater eine gewisse Auslastung, sodass es sich für ihn auch wieder lohnt.“ (Interviewzitat)

V. Diskussion

- Hohe Zufriedenheit und Akzeptanz des Angebots seitens der Befragten
- Gleiche Ausgangslage für alle Unternehmen, aber große Heterogenität in der Gestaltung des Angebots
- Transfermöglichkeit für kleine und mittlere Unternehmen: Netzwerkbildung – auf Betriebs- oder Anbieterseite

VI. Danksagung

- Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Interviews
- Die Durchführung der Studie wurde finanziell unterstützt durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren des Landes Baden-Württemberg
- Die Arbeit des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin Tübingen wird finanziell unterstützt durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall)

Literatur

- Kruse, J.; Herzog, W. (2012): Zur psychosomatischen/ psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz. Zwischenbericht. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Heidelberg/Gießen.
- Mayer, D.; Schrihidt, H.; Hölzer, M. (2010): "Psychosomatische Sprechstunde" und "Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin". Erfahrungen aus der Automobil-Industrie. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 45. Jg., H. 10, S. 593–597.
- VDBW – Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte (2008): Psychische Gesundheit im Betrieb. Ein Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche. Karlsruhe.

DRITTMITTELFÖRDERUNG FÜR VERSORGUNGSFORSCHUNG

Ausschreibungen im Bereich der Versorgungsforschung erfolgen regelmäßig durch das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (<http://www.bmg.bund.de/ministerium/ressortforschung/versorgungsforschung.html>) und das **Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)** (<http://www.bmbf.de/de/16170.php>). Die Ergebnisse der vergangenen Förderperiode des BMBF sind in einer Veröffentlichung zusammengefasst.¹ Seit dem Jahr 2006 erfolgt die Förderung von Projekten im Schwerpunkt "Versorgungsnahe Forschung - Patientenorientierung und Chronische Krankheiten" gemeinsam durch BMBF, die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und dem Verband der privaten Krankenversicherungen e.V., wobei BMG und BMAS diesen Förderschwerpunkt mittragen (<http://www.bmbf.de/de/6647.php>).

Darüber hinaus ist die Förderung von Versorgungsforschungsprojekten auch durch die **Deutsche Forschungsgemeinschaft**² möglich. In diesem Rahmen wurde auch eine „Nachwuchsakademie Versorgungsforschung“ durchgeführt.³ Ausschreibungen erfolgen darüber hinaus z.B. im Rahmen des entsprechenden Rahmenkonzepts der **Bundesärztekammer**⁴ oder direkt durch **gesetzliche** oder **private Krankenkassen**, weitere **Ministerien** auf Bundes- oder Landesebene oder **Stiftungen**.

In **Baden-Württemberg** haben das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren ein **Programm zur Koordination und Ausbau der Versorgungsforschung** aufgelegt. Hierdurch soll die Versorgungsforschung nachhaltig weiter entwickelt und ausgebaut werden. Ein wesentliches Förderinstrument ist die **Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg**, in deren Rahmen bis zu vierzig Projekte gefördert werden können (erste Runde: 2011-2013, zweite Runde: 2013-2015).

(alle URL-Angaben für Quellen im Internet Stand 5.7.2013)

¹ BMBF (Hrsg.): Versorgungsforschung - Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2000 – 2008), Eigenverlag BMBF, Bonn / Berlin (2008).

² Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.): Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Stellungnahme, Reihe „Standpunkte“, Verlag Wiley-VCH, Weinheim, 1. Auflage, 2010. (http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2010/stellungnahme_versorgungsforschung.pdf)

³ DFG: Nachwuchsakademie „Versorgungsforschung“. Information für die Wissenschaft Nr. 45, 23. September 2011. http://www.dfg.de/foerderung/info_wissenschaft/archiv/2011/info_wissenschaft_11_45/index.htm

⁴ Bundesärztekammer: Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer, 2004. (<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/rahmenk.pdf>)

COPYRIGHT, IMPRESSUM

Dokumentation zum 1. Tag der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät
Tübingen

Herausgeber:

Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen
(Joachim Graf, M.A.; Prof. Dr. med. Monika A. Rieger)

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung

Universitätsklinikum Tübingen

Wilhelmstr. 27

72074 Tübingen

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

Selbstverlag der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen
Fakultät Tübingen, 1. Auflage, Juli 2013.
