



**Dokumentation
zur
Förderinitiative Versorgungsforschung**

**„Visitenkarten“
und
Publikationshinweise
zu den
Förderprojekten
(Förderphase 2006/07 bis 2010/11)**

**Berichterstattung zum
114. Deutschen Ärztetag
31. Mai – 03. Juni 2011
Kiel**

Inhaltsverzeichnis

Auftaktveranstaltung „Versorgungsforschung als Instrument zur Gesundheitsforschungssystementwicklung“ Symposium vom 10. bis 11. März 2006	Seite 21
---	--------------------

Typ-I-Projekte

1. Förderphase (2006/2007 bis 2008/2009)

Themenfeld 1	Seite
Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag	
Evaluation der Anwendung von Leitlinien der RKI zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA)	27 - 28
PD Dr. I. Chaberny, Prof. Dr. P. Gastmeier Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Medizinische Hochschule Hannover	
Qualitätsverbesserung der antithrombotischen Behandlung von Patienten mit chronischem Vorhofflimmern	29 -31
Prof. Dr. C. H. Gleiter, Abt. Klinische Pharmakologie & Institut für Medizinische Biometrie, Universitätsklinikum Tübingen	
Implementierung von Leitlinien in die medizinische Versorgung eines regionalen Tumorzentrums und einer Universitätsklinik: Beispiel Kolorektales Karzinom	33 - 35
PD Dr. S. Merkel, Chirurgische Universitätsklinik Erlangen Dr. M. Klinkhammer-Schalke, Tumorzentrum Regensburg	
Messbarkeit der „de facto“-Compliance kardiovaskulärer Leitlinien und ihrer Determinanten	37 - 39
Prof. Dr. H. W. Höpp, Herzzentrum der Universität zu Köln Dr. I. Schubert, PMV forschungsguppe der Universität zu Köln	
L.I.S.A. - Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma der Universität Witten/Herdecke: Interdisziplinäre Interventionsstudie zur leitlinien-gerechten Fortbildung plus E-Learning „Asthma“ für Allgemeinärzte, Kinderärzte und Praxisteams	41 - 44
PD Dr. M. Butzlaff, N. Koneczny, Dr. M. Redaelli Fakultät für Medizin, Private Universität Witten/Herdecke	

Inhaltsverzeichnis

Implementierung der S3 Leitlinie zu Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobieller Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen tiefen Atemwegsinfektionen im Rahmen des Kompetenznetzes CAPNETZ	Seite 45 - 46
Prof. Dr. T. Welte, Abt. Pneumologie, Medizinische Hochschule Hannover Dr. M. Schnoor, Institut für Sozialmedizin, Campus Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein	
Was charakterisiert eine Population schlecht eingestellter Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2? - Implikationen für Diabetes-Leitlinien für die ambulante Versorgung	47 - 49
Prof. Dr. S. Wilm, Abt. für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf Prof. Dr. Dr. A. Icks, Institut für Biometrie und Epidemiologie, Deutsches Diabetes-Zentrum, Düsseldorf	
Innovative Umsetzungsstrategien zur Implementierung der Leitlinie „Chronische Herzinsuffizienz“ in einem Medizinischen Versorgungszentrum und in Individualpraxen	51 - 52
Prof. Dr. V. Braun, Institut für Allgemeinmedizin, Charité, Berlin	
Evaluation eines leitliniengestützten gestuften Behandlungsmodells zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung depressiver Patienten – Increasing Cost-effectiveness of inpatient treatment of Affective disorders (INCA)	53 - 54
Prof. Dr. Dr. M. Härter, Dr. I. Bermejo, Sektion klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg	
Themenfeld 2	Seite
Einfluss der Ökonomisierung der stationär und ambulant erbrachten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Handlungsfreiheit der ärztlichen Tätigkeit	
Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demographischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern – Ein interdisziplinärer Ansatz zur flächendeckenden Versorgungsplanung	57 - 59 61 - 62
Prof. Dr. G. Doblhammer-Reiter, Dr. P. Schuff-Werner, Universitätsklinikum Rostock Prof. Dr. W. Hoffmann, Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungs- epidemiologie und Community Health, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald	
Verändern sich nach Einführung neuer Rahmenbedingungen (DRGs und DPMs) Prozess- und Ergebnisparameter der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Typ 1-Diabetes in Deutschland?	63 - 64
Prof. Dr. Dr. A. Icks, Institut für Biometrie und Epidemiologie, Deutsches Diabetes- Zentrum, Düsseldorf Prof. Dr. R. Holl, Abt. Epidemiologie, Medizinische Fakultät der Universität Ulm	

Inhaltsverzeichnis

Zur Wahrnehmung und Bewertung von Leistungsbegrenzung und IGe-Leistungen in Arztpraxen: Ein bevölkerungsbezogener zweistufiger Survey in zwei westdeutschen Regionen (Lübeck, Freiburg i. Br.)	Seite
	65 - 66

Prof. Dr. Dr. H. Raspe, Dr. S. Richter,
Institut für Sozialmedizin, Campus Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

DMP Diabetes 2: Einschluss- und Umsetzungsqualität	67 - 69
---	----------------

Prof. Dr. H. van den Bussche, Dr. H. Kaduszkiewicz, Institut für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Themenfeld 3	Seite
Wechselwirkung zwischen arztseitigen Faktoren und Versorgungsrealität ("Physician factor")	

Analyse von Anreizen für die Niederlassung von Ärzten mit besonderer Berücksichtigung der Versorgung in strukturschwachen Regionen	73 - 75
---	----------------

Prof. Dr. H.-H. König, MPH,
Professur für Gesundheitsökonomie der Universität Leipzig

ÄsQuLAP – Ärzte steigern Qualität und Leistung durch Arbeitsfreude mit Patienten – Arbeit und Gesundheit von Klinikärzten: Qualität der Arbeit und ihre Wechselwirkung zur Patientenversorgung	77 - 78
---	----------------

PD Dr. P. Angerer, Dr. M. Weigl, Dr. S. Hornung, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum der Ludwigs-Maximilians-Universität München
PD Dr. J. Glaser, Lehrstuhl für Psychologie, Technische Universität München
Dr. F. Pedrosa Gil, Psychosomatische Beratungsstelle und Ambulanz, Medizinische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München

Karriere- und Lebensplanung in der Medizin (KuLM-Studie): Studierende, Absolventen und junge Ärzte im Wandel des Gesundheitssystems – Eine prospektive Längsschnittuntersuchung	79 - 80
--	----------------

Prof. Dr. A. Kuhlmei, Dr. S. Dettmer, Institut für Medizinische Soziologie, Charité, Berlin

Berufseinstiegsprobleme und Berufsausstiegstendenzen bei Absolventen und Absolventinnen des Medizinstudiums im Ausland	81 - 84
---	----------------

Prof. Dr. H. van den Bussche
Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gesonderte Ausschreibung (2007/2008 bis 2008/2009)

Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung (ATrÄK)	Seite
--	--------------

Prof. Dr. H. Pfaff, Zentrum für Versorgungsforschung, Köln
PD Dr. G. Heller, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin

87 - 91

Inhaltsverzeichnis

2. Förderphase (2008/2009 bis 2010/2011)

Themenfeld	Seite
Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung	
Geriatrische Palliativmedizin – Versorgungssituation und Verbesserungsbedarf aus den Perspektiven unterschiedlicher Fachrichtungen und Disziplinen	97 - 99
Prof. Dr. N. Schneider, MPH; Prof. Dr. U. Walter, Dr. T. Wernstedt, MA Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung, Medizinische Hochschule Hannover	
Themenfeld	Seite
Optimierung der Versorgung multimorbider Patienten	
Integriertes psychosoziales Behandlungsprogramm für Patienten mit Typ 2 Diabetes (psy-PAD) – Evaluation eines interdisziplinären psychosozialen Versorgungsmodells	103 - 105
Prof. Dr. J. Kruse, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität Gießen PD Dr. Dr. A. Icks, Prof. Dr. G. Giani, PD Dr. B. Rose, Deutsches Diabeteszentrum Düsseldorf, Prof. Dr. N. Herrmanns, Dr. B. Kulzer, Prof. Dr. Th. Haak, Forschungsinstitut der Diabetes Akademie Mergentheim	
Themenfeld	Seite
Optimierung der Versorgungssituation für Menschen mit psychischen Erkrankungen	
Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer	109 - 111
Prof. Dr. U. Hegerl, PD Dr. A. Bramesfeld, Forschungsnetz psychische Gesundheit, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig	
Disziplinen- und Sektoren-übergreifende Versorgungs-Analyse mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen	113 - 115
Univ.-Prof. Dr. W. Gaebel Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Düsseldorf	

Inhaltsverzeichnis

Themenfeld	Seite
Auswirkungen einer stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte	
Neue Tätigkeitsprofile Medizinischer Fachangestellter (MFA) in der Versorgung älterer Menschen	119 - 122
Dr. L. Klaes, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V., Bonn	
Neue Tätigkeitsprofile Medizinischer Fachangestellter in der Versorgung älterer Menschen (Teilprojekt „HELVER) ArztHELferinnen in der ambulanten VERSorgung („HELVER“)	119 - 122
Ärztammer Schleswig-Holstein	
Themenfeld	Seite
Versorgungssteuerung durch „Qualitätswettbewerb“ am Beispiel der „Qualitätsberichte“	
Qualitätsberichte zur Unterstützung der ärztlichen Patientenberatung	125 - 127
Univ.-Prof. Dr. M. Geraedts, Institut für Gesundheitssystemforschung, Private Universität Witten-Herdecke	

Begrenzte Ausschreibung (2009/2010 bis 2010/2011)

Thema	Seite
Welche Problematiken ergeben sich aus dem Erreichen der Volljährigkeit für die gesundheitliche Versorgung von Jugendlichen mit Behinderung (z. B. auch Problematik der „orphan diseases“)?	131 - 132
Prof. Dr. mult. E. Nagel, PD Dr. Dr. W. Wohlgemuth, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth	
Thema	Seite
Palliativmedizinische Versorgung aus Sicht von Patienten und Angehörigen: Stärken, Schwächen und Möglichkeiten zur Verbesserung	133 -135
Prof. Dr. N. Schneider, MPH; Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover	
Thema	Seite
Vergleichende Untersuchung der Effektivität der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung im Kinder- und Erwachsenenbereich aus Sicht der Patienten, Angehörigen und betreuenden Ärzten	137
Prof. Dr. G. D. Borasio, Prof. Dr. M. Führer, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München	

Inhaltsverzeichnis

Thema	Seite
Auswirkung von Rabattverträgen nach § 130a SGB V auf die Compliance und die Häufigkeit von Nebenwirkungen	139 - 141
Dr. A. Höer, IGES-Institut GmbH, Berlin	
Thema	Seite
Resilienz im Arztberuf	143 - 146
Dr. J. Zwack, Prof. Dr. J. Schweitzer, Institut für Medizinische Psychologie, Sektion Medizinische Organisationspsychologie, Universitätsklinikum Heidelberg	

Inhaltsverzeichnis

Typ-II-Projekte

Report Versorgungsforschung

(Reihen-Hrsg. Prof. Dr. C. Fuchs, Prof. Dr. B.-M. Kurth, Prof. Dr. P. C. Scriba)

Report Versorgungsforschung (2008)	Seite
Band 1 „Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland“ Konzepte, Anforderungen, Datenquellen	149

Prof. Dr. B.-M. Kurth (Hrsg.),
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert-Koch-
Institut, Berlin

Report Versorgungsforschung (2009)	Seite
Band 2 „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“ Befunde und Interventionen	151

Prof. Dr. F.-W. Schwartz¹, PD Dr. P. Angerer² (Hrsg.),
¹Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover
²Institut für Arbeits- Sozial- und Umweltmedizin,
Ludwig-Maximilians- Universität München (LMU)

Report Versorgungsforschung (2010)	Seite
Band 3 „Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen“ Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungs- forschung	153

Prof. Dr. G. Stoppe (Hrsg.), Bereich Allgemeine Psychiatrie -
AK Versorgungsforschung, Psychiatrische Universitätsklinik Basel

Report Versorgungsforschung (2011)	Seite
Band 4 „Telemedizinische Methoden in der Versorgungsforschung“ (im Druck)	155

Dr. F.-J. Bartmann¹, Univ.-Prof. Dr. M. Blettner², Prof. Dr. P.U. Heuschmann³
(Hrsg.),
¹Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein
²Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik,
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
³Charité - Universitätsmedizin Berlin, Center for Stroke Research Berlin

Report Versorgungsforschung (2011)	Seite
Band 5 „Transition – Spezielle Versorgungsanforderungen an die medizinische Betreuung beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter“ (im Druck)	157

Prof. Dr. M. Reincke¹, Prof. Dr. F. Zepp² (Hrsg.)
¹Medizinische Klinik Innenstadt, Ludwig-Maximilians-Universität, München
²Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz

Inhaltsverzeichnis

Typ-III-Projekte

Expertisen/Literaturreviews

Machbarkeitsstudie	Seite
zu den Folgen der Privatisierung von zwei Universitätsklinika (Gießen/Marburg) auf die Krankenversorgung (ambulante, Anschlussbehandlung und stationäre Versorgung) der Bevölkerung Prof. Dr. R. Busse, Dr. M. Wörz, M. A., Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin	161
Internationale Literatur zum Thema ‚Physician Factor‘ Review zum Stand des Wissens bezüglich der Einflussfaktoren auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit und das professionelle Selbstverständnis von Ärzten sowie deren Auswirkungen auf die Versorgungsrealität Prof. Dr. B. Häussler, PD Dr. H. Gothe, IGES-Institut, Berlin	163
Versorgungsqualität, Nutzen und Risiken von Telemonitoringverfahren Prof. Dr. S. Schmidt, Institut für Psychologie, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald	165
Evaluation der Ärztezufriedenheit bezüglich beruflichem Stressniveau und medizinischer Ausbildung Prof. Dr. H. Drexler, Dr. E. Ochsmann, PD Dr. K. Schmid, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Umwelt- und Sozialmedizin, Universität Erlangen-Nürnberg	167
Einflüsse der Auftraggeber auf die wissenschaftlichen Ergebnisse von Arzneimittelstudien (Teil 1) Prof. Dr. W.-D. Ludwig, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Berlin Univ.-Prof. Dr. K. Lieb, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Mainz	169
Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“ Dr. M. Redaelli, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Private Universität Witten/Herdecke	171
Was können Ärzte (und Zahnärzte) in Deutschland zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und –misshandlung beitragen? Prof. Dr. mult. E. Nagel, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth	173
Risikofaktorenadjustierung von Prognosemodellen zur Hochrechnung der Patientenanzahl bis zum Jahr 2020 - Erweiterung des demographie-adjustierten Modells Prof. Dr. W. Hoffmann, MPH; Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald	175

	Seite
Notwendigkeit des Datenzugangs und der Datentransparenz für ärztliche Körperschaften	177
Dr. I. Schubert, P. Ihle, PMV forschungsgruppe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität zu Köln	
Dr. E. Swart, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG), Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg	
Prof. Dr. med. B.-P. Robra, M.P.H., FEISA GmbH, Magdeburg	
Notwendigkeit eines ungehinderten Zugangs zu sozial- und krankheitsbezogenen Versichertendaten für die Bundesärztekammer und andere ärztliche Körperschaften sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften zur Optimierung der ärztlichen Versorgung	179
Prof. Dr. T. Mansky, Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin	
Kleinräumige Bedarfsprognosen - Eine Machbarkeitsstudie für Deutschland	181
Prof. Dr. B.-M. Kurth, Dr. T. Ziese, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut	
Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung in anderen Gesundheitssystemen	183
Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin	

Auftaktveranstaltung

Maria Blettner, Christoph Fuchs,
Jörg Michaelis und Eckhard Nagel

Versorgungsforschung als Instrument zur Gesundheitssystementwicklung

Beiträge des Symposiums in der Akademie
der Wissenschaften und der Literatur, Mainz,
vom 10. bis 11. März 2006

Medizinische Forschung Band 15 (2009)

Akademie der Wissenschaften und der Literatur · Mainz
Schwabe Verlag Basel



1. Förderphase (2006/2007 bis 2008/2009)



T H E M E N F E L D 1

**Implementierung von Leitlinien in den
ärztlichen Alltag**

Evaluation der Anwendung der Leitlinien des RKI zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA)

Projektdauer:

abgeschlossen

Projektleiterin:

Priv. Doz. Dr. Iris Chaberny

Chaberny.Iris@mh-hannover.de

Prof. Dr. Petra Gastmeier

Petra.Gastmeier@charite.de

Kontaktdaten:

Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene
Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Ziel des Projektes: Reduktion des MRSA-Problems

Hintergrund:

Im Jahr 1999 erschienen die mit Evidenz-Kategorien versehenen Leitlinien des Robert Koch-Institutes (RKI) zur Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Trotzdem ist es in den Folgejahren zu einem signifikanten Anstieg der MRSA gekommen. Nach den Daten der Resistenzstudie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft betrug der Anteil der MRSA bezogen auf alle *S.aureus* im Jahr 2004 22,6%, nach eigenen Untersuchungen waren es auf Intensivstationen sogar 36,6 % im Jahre 2005.

Hypothesen:

- Die existierenden Leitlinien sind geeignet, aber ihre Implementierung ist nicht ausreichend.
- Die existierenden Leitlinien werden weitgehend umgesetzt; aufgrund des nicht beherrschten Problems müssen andere wichtige Präventionsmaßnahmen eingeführt werden, die in den bisherigen Leitlinien nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Vorgehen/Verfahren:

Die Untersuchung schloss die MRSA-Raten von allen Krankenhäusern ein, die im Jahr 2006 an der Komponente MRSA-KISS des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) teilgenommen hatten.

Die MRSA-Raten in den Krankenhäusern (Ergebnisqualität) wurden mit dem Umfang der Umsetzung der Einzelempfehlungen der Leitlinien (Struktur- und Prozessqualität), sowie weiterer möglicherweise geeigneter Präventionsmaßnahmen (potentielle Empfehlungen) assoziiert. Die Angaben der Krankenhäuser zur Struktur- und Prozessqualität, die mittels eines Fragebogens erhoben wurden, wurden mit Hilfe einer Validierungsstudie und Querschnittuntersuchung vor Ort überprüft.

Erwartete Ergebnisse/Transferpotenzial:

Optimierung der Maßnahmen zur MRSA- Prävention und zur Steigerung der Compliance bei der Umsetzung.

Evaluation der Anwendung der Leitlinien des RKI zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA)

Projektdauer:

abgeschlossen

Projektleiterin:

Priv. Doz. Dr. Iris Chaberny

Chaberny.Iris@mh-hannover.de

Prof. Dr. Petra Gastmeier

Petra.Gastmeier@charite.de

Kontaktdaten:

Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene
Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Ergebnisse:

Der Fragebogen wurde per online an 145 MRSA-KISS Krankenhäuser verschickt. 134 ausgefüllte Fragebögen wurden ausgewertet. Für die Validierungsstudie und Querschnittuntersuchung vor Ort wurden 35 Krankenhäuser besucht. Der Vergleich zwischen den Fragebogenantworten der 134 Krankenhäuser und der Validierung vor Ort zeigte gute bis sehr gute Übereinstimmungen, so dass die Auswertung repräsentativ für die MRSA-KISS Krankenhäuser ist. Daher wurden die MRSA-Raten von 116 Krankenhäusern von MRSA-KISS übernommen und mit Hilfe der multiplen logistischen Regressionsanalyse die Assoziation der Einzel-Empfehlungen überprüft.

Bezogen auf den Endpunkt MRSA Inzidenzdichte (Anzahl der MRSA Fälle pro 1000 Patiententage) war die größte MRSA Inzidenzdichte bei den Krankenhäusern zu finden, die den Schwerpunkt Transplantationsmedizin aufwiesen (OR 8,1; 95%CI 1,8-36,1; $p=0,006$) und bei den Krankenhäusern, die ein Standard Screening (bekannte MRSA Patienten und Kontaktpatienten) sowie ein zusätzliches Aufnahmescreening auf mindestens einer Intensivstation etabliert hatten (OR 2,9; 95%CI 1,1-7,4; $p=0,031$).

In Bezug auf den Endpunkt nosokomiale MRSA Inzidenzdichte (Anzahl nosokomialer MRSA Fälle pro 1000 Patiententage) verhält es sich ähnlich. Bei den Krankenhäusern mit Schwerpunkt der Transplantationsmedizin (OR 8,0; 95%CI 1,7-38,4; $p=0,01$) und die Krankenhäusern, die zusätzlich zum Standard Screening auch ein Aufnahmescreening auf mindestens einer Intensivstation etabliert hatten (OR 4,8; 95%CI 1,7-12,9; $p=0,002$) war die höchste nosokomiale Inzidenzdichte an nosokomialen MRSA Fällen zu finden. Eine Dekolonisierung mittels Mupirocin Nasensalbe und antiseptischer Ganzkörperwaschung war mit niedrigen nosokomialen MRSA Raten assoziiert (OR 0,3; 95%CI 0,1-0,8; $p=0,023$).

Fazit:

Diese Untersuchung zeigt signifikante Assoziationen zwischen MRSA Inzidenzdichten und verschiedenen Präventionsmaßnahmen. Die Krankenhäuser, die mehr als das Standardverfahren beim Screenen anwenden und mindestens ein Aufnahmescreening auf Intensivstationen etabliert haben, entdecken die größte Anzahl an MRSA Fällen. Hierbei ist es allerdings schwierig aufgrund des Ursache-Wirkungs-Prinzips, den kausalen Zusammenhang feststellen zu können. Auf alle Fälle läßt sich sagen, dass die Krankenhäuser, die bei MRSA-KISS teilnehmen, die Leitlinien relativ gut umgesetzt haben und, dass ein Teil der Häuser mehr Präventionsmaßnahmen einsetzen als die Empfehlungen vorgeben.

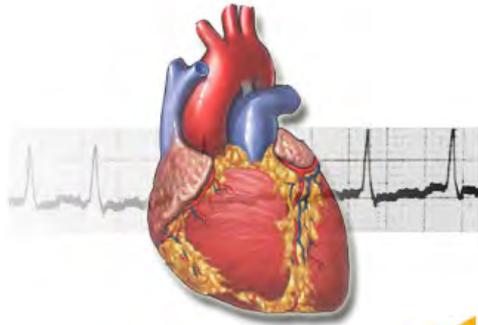
Durch die Daten wird die protektive Rolle der Dekolonisation mit Mupirocin und antiseptischer Ganzkörperwaschung bestärkt.

„Qualitätsverbesserung der antithrombotischen Behandlung von ambulanten Patienten mit chronischem Vorhofflimmern“

Universitätsklinikum Tübingen
Abteilung Klinische Pharmakologie &
Institut für Medizinische Biometrie

Projektleiter: Prof. Dr. C.H. Gleiter
Studienkoordination: Katrin Schwarz

Projektdauer: 10/2006 bis 03/2009



Katrin Schwarz, Otfried-Müller-Str. 45, 72076 Tübingen
Tel. 07071/29-74931, Fax. 07071/29-5035, katrin.schwarz@med.uni-tuebingen.de

Ziele des Projektes:

Verbesserung der Prozessqualität in der Versorgung von ambulanten Patienten mit chronischem Vorhofflimmern (atrial fibrillation, AFib) durch Einsatz eines computergestützten Behandlungsalgorithmus (CBA) und eigens entwickelten Fortbildungsmaßnahmen.

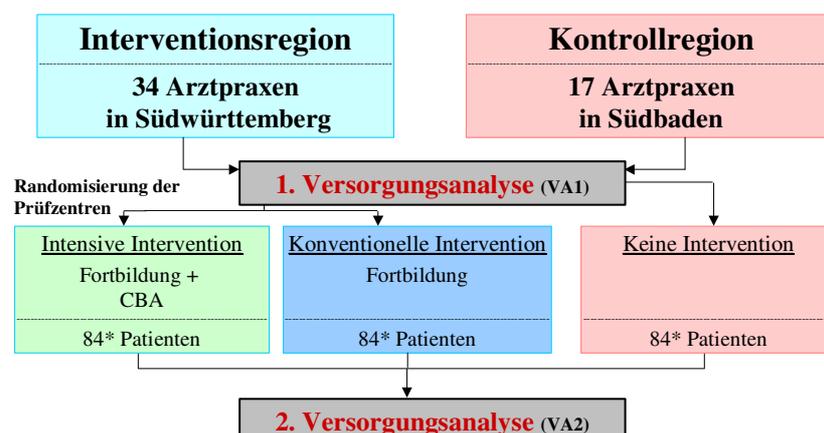
Hintergrund/Hypothese:

Die richtige antithrombotische Behandlung von AFib-Patienten ist für die Verhinderung von Schlaganfällen von immenser Bedeutung. Nach Literaturangaben ist durch den korrekten Einsatz von Phenprocoumon (Marcumar®) eine relative Risikoreduktion von 59-68 % und durch den korrekten Einsatz von Acetylsalicylsäure (Aspirin®) eine relative Risikoreduktion von 22 % möglich.

Hypothese 1: Der Anteil leitliniengerecht behandelter AFib-Patienten kann durch den Einsatz von gezielten Fortbildungsmaßnahmen kombiniert mit einem computergestützten Behandlungsalgorithmus im Vergleich zu einer Kontrollgruppe um 20 % verbessert werden.

Hypothese 2: Eine kombinierte Intervention aus einem computergestützten Behandlungsalgorithmus und Fortbildung führt im Vergleich zur Fortbildung allein zu einer Erhöhung des Anteils leitliniengerecht behandelter AFib-Patienten um 20 %.

Studienverlauf:





„Qualitätsverbesserung der antithrombotischen Behandlung von ambulanten Patienten mit chronischem Vorhofflimmern“



Erwartete Ergebnisse/ Transferpotenzial:

Dieses Projekt soll – modellhaft am Beispiel des Vorhofflimmerns – Wege zur Verbesserung der Patientenversorgung mittels Leitlinien aufzeigen. Erweisen sich die erarbeiteten Instrumente zur Leitlinienimplementierung als wirksam, können sie breit disseminiert und angewendet werden.

Ergebnisse:

1) Auswertungspopulation

Patienten-/Praxenverteilung in VA1

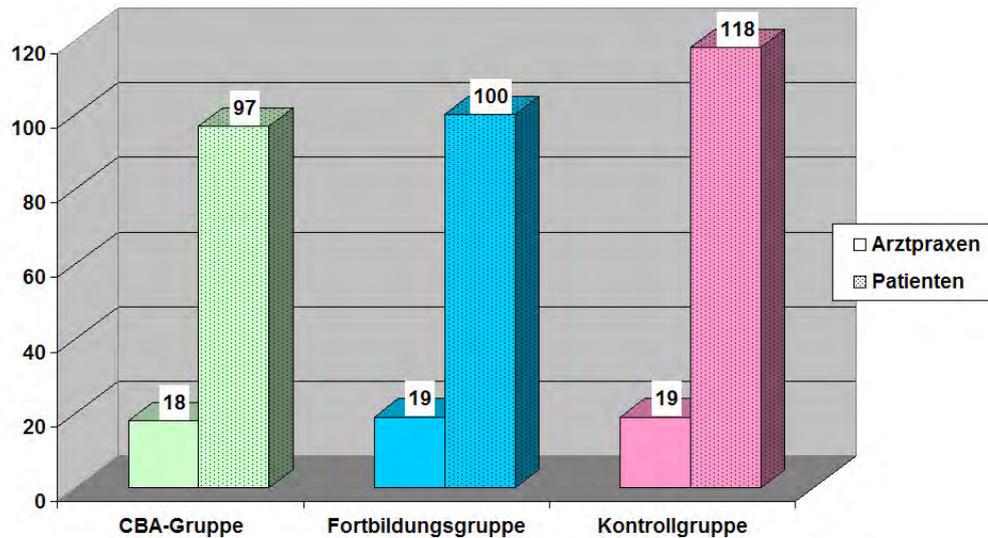


Abb.1 : Verteilung der Patienten und Arztpraxen auf die 3 Kohorten zum Zeitpunkt der 1. Versorgungsanalyse

Die Anzahl der Patienten in der 2. Versorgungsanalyse betrug 93 in der CBA Gruppe, 97 in der Fortbildungsgruppe und 113 in der Kontrollgruppe. Die Mindestanzahl von 84 Patienten pro Kohorte wurde somit für beide Versorgungsanalysen übertroffen.

2) Behandlungsalgorithmus

Der Algorithmus wurde gemeinsam mit dem Institut für Medizinische Biometrie und zwei niedergelassenen Ärzten entwickelt. Der CBA enthält eine Umsetzung der ACC/AHA/ESC-2006 Leitlinie. Auf Basis der individuellen Risikostratifizierung und Kontraindikationen wurde ein patientenspezifischer Therapievorschlag gegeben.

CBA - Hauptseite

Liest außer Vorhofflimmern noch eine andere Indikation für eine antithrombotische Behandlung vor? (z. B. künstliche Herzklappe, tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Stent-Implantation, Myokardinfarkt, ...)

Patientendaten
Name: Vorhofflimmern, Chronisches
Geschlecht: Weiblich Schwanger: Nein
Altersklasse: 65 bis 74 EDV-Nummer:

Risikofaktoren für thromboembolische Ereignisse

Hohes Risiko	Mittleres Risiko	Niedriges Risiko
Ischämisches zerebrovaskuläres Ereignis	Arterielle Hypertonie Diabetes mellitus Herzinsuffizienz NYHA-Klasse II oder größer	Alter liegt zwischen 65 und 74 Jahren Geschlecht ist weiblich

Risikofaktoren für Blutungen und andere unerwünschte Wirkungen

Bei Phenprocoumon	Bei Acetylsalicylsäure
Keine	Überempfindlichkeit gegenüber Acetylsalicylsäure

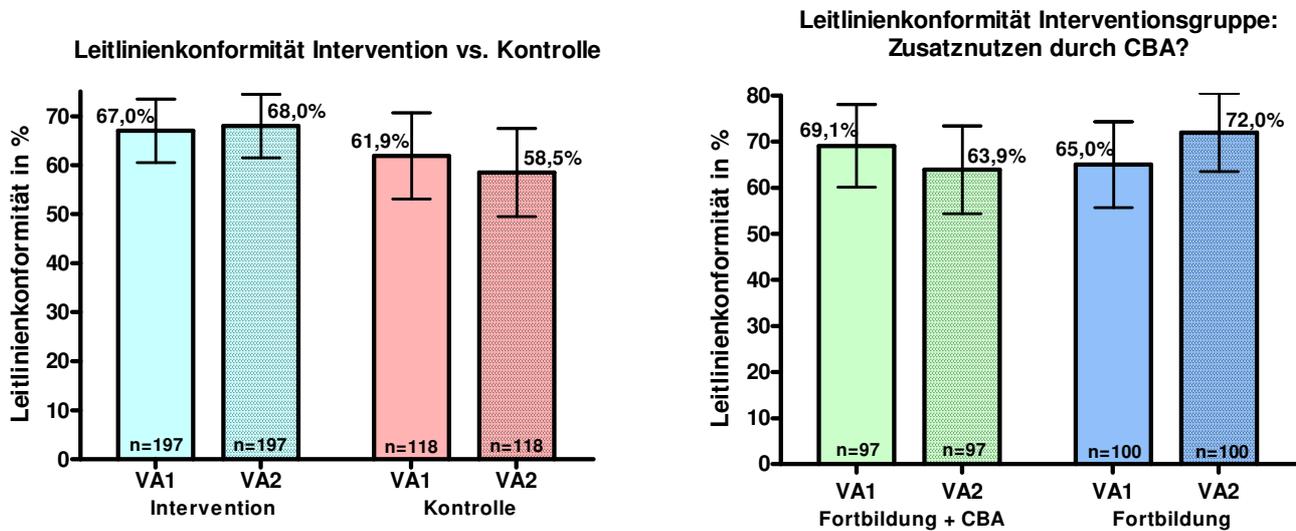
Therapievorschlag

Nach der Leitlinie [1] wird der/die Patient/in in die hohe Risikogruppe für thromboembolische Komplikationen durch Vorhofflimmern eingeordnet.

Auf dieser Basis lautet der Therapievorschlag:
Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonist, Zielbereich INR 2.0-3.0 (bei stabiler Einstellung mindestens monatliche INR-Kontrolle).



3) Leitlinienkonformität (primärer Zielparameter)



Nach der Intervention konnte nur in der Fortbildungsgruppe eine Steigerung des Anteils der Leitlinienkonformität beobachtet werden. Weder dieser Anstieg, der deutlich kleiner als die vorab als relevant definierte Veränderung war, noch die beobachteten Häufigkeiten in allen anderen Kohorten und auch die Vergleiche der Häufigkeiten zwischen den Kohorten ergaben statistisch signifikante Unterschiede.

4) Ärztezufriedenheit mit dem Behandlungsalgorithmus (CBA)

Insgesamt haben 88,9 % (n=16) der Ärzte der Intensiven Interventionsgruppe den Algorithmus zwischen VA1 und VA2 angewendet. Durch einen zweiseitigen Fragebogen wurden die Akzeptanz und Zufriedenheit erfragt. Es traten keine technischen Probleme bei der Anwendung des CBA's auf. Innerhalb von zehn Minuten gelangten die meisten Ärzte zu einem Therapieverschlagn.

5) Schlussfolgerung

- Die Intervention (Fortbildung mit/ohne CBA) hat die Leitlinienkonformität nicht signifikant erhöht.
- Durch die Anwendung eines eigens entwickelten computergestützten Behandlungsalgorithmus bei der Therapieentscheidung zur antithrombotischen Therapie konnte im Hinblick auf die Erhöhung der Leitlinienkonformität in dieser Studie keine Erhöhung des Anteils leitliniengerecht behandelter AFib-Patienten erzielt werden.
- Der CBA wurde von den Ärzten als hilfreich und lehrreich empfunden. Sie wünschten sich einen solchen Algorithmus auch für andere Leitlinien.

Implementierung von Leitlinien in die medizinische Versorgung eines regionalen Tumorzentrums und einer Universitätsklinik: Beispiel Kolorektales Karzinom

Susanne Merkel, Erlangen
Monika Klinkhammer-Schalke, Regensburg
P-Nr.06-38123, Projektdauer: 09.2006-08.2008

HINTERGRUND / FRAGESTELLUNG

Leitlinien haben als Instrument des Qualitätsmanagements international eine große Bedeutung. Nachdem bisher eine effiziente Leitlinienentwicklung im Vordergrund stand, steht nun die Implementierung der Leitlinien als dringende Aufgabe an.

Führt eine methodisch angemessene Leitlinienimplementierung in zwei verschiedenen Strukturen des Gesundheitssystems zu gleichen oder unterschiedlichen Erfolgen in der Versorgungsverbesserung der Patienten mit Kolon- oder Rektumkarzinom?

PATIENTEN UND METHODE

Patienten

Analysiert wurden die Daten von

- 523 konsekutiven Patienten der Chirurgischen Klinik, Universitätsklinikum Erlangen (Klinik der Maximalversorgung mit Schwerpunkt kolorektales Karzinom sowie seinen dafür weiter gestreuten Kooperationspartnern)
 - 1738 konsekutiven Patienten des Tumorzentrums Regensburg (Region Oberpfalz mit 23 Krankenhäusern und ca. 800 niedergelassenen Ärzten)
- mit einer Neuerkrankung an einem kolorektalen Karzinom im Zeitraum vom 1.9.2005 bis 28.2.2008 (Anhang 1,2).

Leitlinien

Zur Implementierung standen die S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom von 2004 an.

Implementierungsverfahren

A) Aufbau der Implementierungs- und Studienstruktur mit Koordinierungszentrum und PDCA (Plan-Do-Check-Act) Qualitätsmanagement

1. Information der Projektgruppen „kolorektales Karzinom“ in Erlangen und Regensburg
2. Ableitung und Definition der klinischen Pfade aus den Leitlinien

B) Implementierung von Verfahren zur Verhaltensänderung

1. Kommunikation des Implementierungsteams (Koordinatoren, Projektgruppenmitglieder)
2. CME für vermehrtes Wissen (Qualitätszirkel)
3. Reminder (Anbindung der Leitlinienempfehlung an das Dokumentationssystem TUDOK)
4. Barrierenanalyse u. barriierenorientierte Interventionen über den Kommunikationsmechanismus
5. Alle Verfahren 1-4 in Kombination (multifaceted intervention)

Qualitätsindikatoren

Indikatoren zur Prozessqualität der Diagnostik und Therapie sowie zur Ergebnisqualität wurden festgelegt und die Zielwerte definiert.

Diese werden vor (retrospektive Analyse 9.2005-8.2006), während (prospektive Analyse 9.2006-8.2007) und

nach (prospektive Analyse 9.2007-8.2008) Implementierung überprüft.

ERGEBNISSE (AUSWAHL)

Indikator der Prozessqualität der pathologischen Diagnostik

Anzahl Patienten mit mindestens 12 histologisch untersuchten Lymphknoten bei allen Patienten mit radikaler Tumorentfernung ohne vorangegangene Langzeit-Radio- oder Langzeit-Radiochemotherapie (nRCT)

	Erlangen	Regensburg
Kolonkarzinom		
Vor Implementierung	99/102 = 97%	302/347 = 87%
Während Implementierung	75/76 = 99%	229/273 = 84%
Nach Implementierung	74/75 = 99%	268/296 = 91%
Rektumkarzinom (Soll 95%)		
Vor Implementierung	53/55 = 96%	115/144 = 80%
Während Implementierung	33/34 = 97%	85/104 = 82%
Nach Implementierung	25/25 = 100%	70/84 = 83%

Indikatoren der Prozessqualität der chirurgischen Therapie

Rate an totalen mesorektalen Excisionen (TME) bei kurativer (R0) tiefer anteriorer Rektumresektion/Rektumexstirpation von Karzinomen des mittleren und unteren Rektumdrittels

	Erlangen	Regensburg
TME Rektumkarzinom (Soll >90%)		
Vor Implementierung	57/58 = 98%	19/63 = 30%
Während Implementierung	46/51 = 91%	37/55 = 67%
Nach Implementierung	39/41 = 95%	32/49 = 65%

Rate kontinenserhaltender Resektionen beim Rektumkarzinom unteres Drittel (< 6 cm)

	Erlangen	Regensburg
Kontinenserhalt		
Vor Implementierung	19 / 24 = 79%	26/62 = 42%
Während Implementierung	13 / 23 = 56%	24/49 = 49%
Nach Implementierung	14 / 26 = 54%	26/50 = 52%

Rate klinisch manifester Anastomoseninsuffizienzen (Rektumkarzinom <12cm)

	Erlangen	Regensburg
Anastomoseninsuffizienz		
Vor Implementierung	1/63 = 2%	3/60 = 5%
Während Implementierung	3/47 = 4%	3/58 = 5%
Nach Implementierung	1/41 = 2%	6/59 = 10%

Indikatoren der Prozessqualität der interdisziplinären Therapie

Rate an Patienten ohne Fernmetastasen mit neoadjuvanter RCT beim Rektumkarzinom cN+ im unteren/mittleren Rektumdrittels (<12cm)

	Erlangen	Regensburg
nRCT bei cN+ M0 (Soll >90%)		
Vor Implementierung	20/26 = 77%	24/25 = 96%
Während Implementierung	22/25 = 88%	21/22 = 95%
Nach Implementierung	29/31 = 94%	26/27 = 96%

Rate an adjuvanten Chemotherapien beim Kolonkarzinom im Stadium III R0

	Erlangen	Regensburg
Adjuvante Chemotherapie		
Vor Implementierung	16/21 = 76%	92/115 = 80%
Während Implementierung	12/19 = 63%	56/70 = 81%
Nach Implementierung	10/14 = 71%	57/71 = 81%

Surrogat-Indikatoren der Ergebnisqualität der chirurgischen Therapie

Rate kurativer (R0) Resektionen aller M0-Patienten mit radikaler Tumorentfernung

Kolonkarzinom R0	Erlangen	Regensburg
Vor Implementierung	75/75 = 100%	285/297 = 96%
Während Implementierung	61/62 = 98%	193/195 = 99%
Nach Implementierung	57/57 = 100%	197/200 = 99%

Rektumkarzinom R0 (Soll \geq 90%)	Erlangen	Regensburg
Vor Implementierung	73/74 = 99%	178/191 = 93%
Während Implementierung	68/68 = 100%	117/131 = 89%
Nach Implementierung	51/55 = 93%	108/111 = 97%

SCHLUSSFOLGERUNG

Unterschiede in der Leitlinienimplementierung zwischen einem regionalen Netzwerk aus Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, am Beispiel des Tumorzentrums Regensburg und einem Haus der Maximalversorgung, die Chirurgische Universitätsklinik Erlangen, liegen vor allem an der Notwendigkeit der sektorübergreifenden Behandlungsverbesserung, an den unterschiedlichen Barrieren, die durch unterschiedliche Struktur- und Prozessqualität der Häuser der Grundversorgung, der Schwerpunktkrankenhäuser und Häuser der Maximalversorgung begründet sind.

Die oft vielschichtige Problematik tritt bei einem Haus der Maximalversorgung in den Hintergrund, deutlich darstellbar an der schon vor der Implementierung exzellenten Umsetzung der geforderten Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. In einem Netzwerk ist eine rein informative und z.B. durch Tumorkonferenzen verbesserte Leitlinienimplementierung nicht ausreichend. Hier muss die sektorübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln, in Projektgruppen, aber auch in reinen Fachgruppen auf der Grundlage flächendeckender spezifischer Datenanalysen im Mittelpunkt stehen. Nur so können Barrieren in der Umsetzung verbalisiert, problemlösende Strategien entwickelt und damit die Umsetzung von ergebnisrelevanten Qualitätsindikatoren verbessert werden.

Publikation

Merkel S, Klossek D, Göhl J, Papadopoulos T, Hohenberger W, Hermanek P. Quality management in rectal carcinoma: what is feasible? Int J Colorectal Dis (2009) 24:931–942

Vorträge / Präsentationen / Abstracts

Merkel S. Etablierte Qualitätsindikatoren in der Onkologie. 18. Informationstagung Tumordokumentation der klinischen und epidemiologischen Krebsregister. 01.-03.04.2009, Jena.

<http://www.med.uni-giessen.de/akkk/info/18/presentationen/merkel.pdf>

Merkel S, Klossek D, Göhl J, Papadopoulos T, Hohenberger W. Qualitätsmanagement beim Rektumkarzinom: Was ist machbar? 29. Deutscher Krebskongress 2010; 24.-27.2.2010 Berlin.

Onkologie 2010;33(Suppl2):75

Merkel S, Klossek D, Göhl J, Papadopoulos T, Hohenberger W. Quality management in rectal carcinoma: what is feasible? European Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress 2010. 28.-30.3.2010 Nizza.



Herzzentrum
der
Universität zu Köln



ZVFK
Zentrum für
Versorgungsforschung Köln
Medizinische Fakultät
der Universität zu Köln

Messbarkeit der "de facto"-Compliance kardiovaskulärer Leitlinien und ihrer Determinanten

Prof. Dr. med. Hans Wilhelm Höpp
Dr. rer. soc. Ingrid Schubert

Herzzentrum der Universität zu Köln
PMV forschungsgruppe der Universität zu Köln

Dr. med. Jens Hagemeister
Dipl.-Soz.wiss. Ute Karbach

Herzzentrum der Universität zu Köln
jens.hagemeister@uk-koeln.de
Zentrum für Versorgungsforschung Köln
ute.karbach@uk-koeln.de

Projektdauer: 07/2006 bis 10/2008

Ziele des Projektes

Multifaktorielle Analyse der ärztlichen Leitliniencompliance zur Optimierung von Leitlinien-Implementierungsstrategien

- Analyse des Zusammenhanges zwischen perzeptiver und „de facto“-Compliance
- Klärung arztseitiger Determinanten
- Entwicklung eines Messinstrumentes zur Compliance-Analyse

Hintergrund/Hypothesen

- Mangelnde Leitlinienkenntnis (= perzeptive Compliance)
- Inadäquate Leitlinienumsetzung (= de facto- Compliance)
- Geringer Effekt konventioneller Implementierungsstrategien
- Fehlen evaluierter Messinstrumente zur Compliance-Analyse

Vorgehen/Verfahren

- Entwicklung eines Fragebogens zur perzeptiven Compliance mittels Delphi-Verfahren
- Postalische Befragung von 2500 ÄrztInnen (Ost-West-Vergleich)
- Entwicklung eines Indikatorensets zur Analyse der „de-facto“-Compliance und Begutachtung durch eine Expertengruppe
- Durchführung von Praxisaudits (n= 30 Praxen)
- Durchführung von 30 Arztinterviews als Pilot zur perspektivischen Entwicklung eines validierten Fragebogens

Erwartete Ergebnisse/Transferpotenzial

Optionen zur Optimierung von Leitlinien-Implementierungsstrategien

→ Analyse der perceptiven Compliance (Leitlinienkenntnis)

- ⇒ Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der perceptiven Compliance (je 5 Fragen zur Diagnostik und Therapie der Hypertonie, der Herzinsuffizienz und der chron. KHK)
- ⇒ Postalische Befragung von 2500 ÄrztInnen in der hausärztlichen Versorgung (KV Nordrhein / KV Sachsen)
- ⇒ Entwicklung einer Auswertungsstrategie (adäquate Leitlinienkenntnis: wenn mindestens 10 Fragen, inklusive der drei Kardinalsfragen, leitliniengerecht beantwortet wurden)
- ⇒ Datenauswertung (Siehe Tab.1)

Tabelle 1: Befragung der ÄrztInnen: Deskriptive Ergebnisse der postalischen Befragung

Variable	Codierung	n	%	Grundgesamtheit in D	
KV-Zugehörigkeit	KV Sachsen	547	47,5		
	KV Nordrhein	605	52,5		
Geschlecht	weiblich	495	43,3	40%	Quelle: eigene Berechnung Datengrundlage: Ärzte- statistik der BÄK (Stand 31.12.06)
	männlich	647	56,7	60%	
Praktizierte Fachrichtung	Allgemein Mediziner/in	669	59,3		
	Internist/in	332	29,4		
	Praktische/r Ärztin/Arzt	116	10,3		
	Sonstiges	12	1,0		
Niederlassungsdauer	Unter 2 Jahren	81	7,1		
	2 bis unter 5 Jahren	120	10,5		
	5 bis unter 10 Jahren	157	13,8		
	10 bis unter 15 Jahren	189	16,6		
	15 bis unter 20 Jahren	294	25,8		
	20 und mehr Jahre	297	26,2		
Leitlinienkenntnis	Adäquat	437	39,7		
	Inadäquat	665	60,3		
N = 1152					

Mittels logistischer Regression konnte kein Einfluss soziodemografischer Merkmale auf die perceptiven Compliance nachgewiesen werden.

→ Analyse der „de facto“- Compliance (Leitlinienumsetzung)

- ⇒ Entwicklung eines Indikatorensets (16 Indikatoren zur Analyse der Patientendaten hinsichtlich der Leitlinienumsetzung)
- ⇒ Entwicklung eines Praxiserhebungsbogens (Angaben zur Person, Diagnosen, Blutdruck, Medikation, kardiolog. Untersuchungen, etc.)
- ⇒ Durchführung von 30 Praxisaudits (Erhebung der Daten von 1300 Patienten)
- ⇒ Auswertung der Patientendaten (Ausschluss der Daten hochbetagter Patienten – 80 Jahre und älter – wegen fehlender Evidenz der Empfehlungen)
- ⇒ Adjustierung der Indikatoren

Zur Praxistauglichkeit der Indikatoren

- 9 von 16 Indikatoren werden zur Weiterentwicklung empfohlen
- Nicht-medikamentöse Indikatoren sind wegen ihrer Abhängigkeit zur Dokumentationsqualität in der Arztpraxis weniger geeignet
- Indikatoren, die Risikokonstellationen erfassen, sind erforderlich

Die Auswertung der Daten von 1100 Patienten

- Kein Unterschied in der Behandlung von Ärzten mit adäquater Leitlinienkenntnis gegenüber Ärzten mit inadäquater Kenntnis.
- Gleicher Trend im Extremgruppenvergleich.
- In einigen Fällen handeln Ärzte mit inadäquater Leitlinienkenntnis leitliniennäher.
- Hinweis auf eine unzureichende Outcome-Orientierung des ärztlichen Handelns.
- Risikokonstellationen scheinen nicht zu einer Therapieintensivierung zu führen.

→ Analyse der Determinanten der Leitliniencompliance aus ärztlicher Sicht

- ⇒ Entwicklung eines Interviewleitfadens (Fragen zur Leitlinienkenntnis, -umsetzung und zu den Anwendungsbarrieren)
- ⇒ Durchführung von 28 Interviews
- ⇒ Qualitative Auswertung nach Mayring

Nachfolgende Tabelle gibt die Kernaussagen stichwortartig wieder.

Tabelle 2: Arztinterviews: Darstellung der Kernaussagen

Zur Leitlinienumsetzung aus ärztlicher Perspektive

Leitlinienkenntnis	Leitlinienkonforme Selbsteinschätzung Nicht leitliniengerichtetes Informationsverhalten
Leitliniennutzung	Leitlinien werden nicht als Informationsträger wahrgenommen. Leitlinien werden als idealtypischer, somit realitätsferner Behandlungspfad wahrgenommen
Anwendungsbarrieren	Skepsis bzgl. der Leitlinienentwicklung Patienten-Noncompliance ← → Patientenwunsch Kostengründe

N = 28

Eine Veröffentlichung wurde beim Deutschen Ärzteblatt eingereicht.



L.I.S.A.

L.I.S.A. **Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma** **der Universität Witten/Herdecke:**

Interdisziplinäre Interventionsstudie zur leitliniengerechten Fortbildung plus E-Learning
"Asthma" für Allgemeinärzte, Kinderärzte und Praxisteams

Private Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Medizin
Versorgungsforschung

Dauer: Jan. 07 bis Sep. 08

Projektleitung L.I.S.A.:
Nikolaus Koneczny
(FA Innere Medizin)
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten
Tel: 02302-926-708

www.evidence.de/LISA

Hintergrund:

Die Implementierung von Leitlinien in der primärärztlichen Versorgung stellt eine große Herausforderung dar. National wie international sind bereits zahlreiche Studien mit der Zielsetzung eines optimierten Implementierungsweges durchgeführt worden. Doch bislang wurde noch nicht der Königsweg beschrieben. Vermutlich liegt es an den pauschalierten Strategien, die häufig nicht im Einklang mit den Gegebenheiten des Praxisalltags stehen. Die nachfolgend beschriebene L.I.S.A.-Studie geht einen anderen Weg.

Studienziel:

Die L.I.S.A.-Studie untersucht mittels unterschiedlicher Strategien erfolgreiche Leitlinien-Implementierungsansätze. Durch eine Steigerung des Wissens und einer Erzielung der Verhaltensänderung von Ärzten und Medizinischen Fachangestellten (MFA) soll eine nachhaltige Verbesserung in der Therapie von Patienten mit Asthma erreicht werden.

Studiensetting:

Der geographische Untersuchungsraum war Nordrhein-Westfalen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Nordrhein und Westfalen-Lippe. 477 Haus- und Kinderärzte aus 42 Qualitätszirkeln (QZ) nahmen an den initialen Fortbildungsveranstaltungen teil. Aus dieser Gruppe konnten 318 Ärzte für die Teilnahme an der L.I.S.A.-Studie gewonnen werden, die wiederum 255 Medizinische Fachangestellte (MFA) aus ihren Praxen einbrachten.

Studiendesign:

Entsprechend dem Studiendesign dieser kontrollierten Prä-Post-Studie erfolgte zunächst die Einladung der Ärzte zu einer Fortbildungsveranstaltung über leitlinienbasierte Asthma-Diagnostik und Asthma-Therapie im Rahmen eines lokalen QZ-Treffens. Dort wurden den ärztlichen Teilnehmern die Angebote (Interventionen) MFA-Schulung und E-Learning (einzeln oder in Kombination) gemacht. Nach der Bearbeitung hatten die anwesenden Haus- oder Kinderärzte die freie Wahl, ob und welche weiteren Interventionen sie wahrnehmen wollten. Entsprechend dieser Präferenzen ergaben sich vier Interventionsgruppen. Zeitgleich wurde eine Kontrollgruppe (n = 72) rekrutiert, der keine Intervention angeboten wurde.



L.I.S.A.

Studienendpunkte

Zielsetzung der L.I.S.A.-Studie war die Erprobung unterschiedlicher Lernwege (interaktive Schulung für Ärzte und MFA, sowie E-Learning für Ärzte). Gemessen werden sollte deren Einfluss auf patientenrelevante Endpunkte; hier die "unplanmäßigen Arztkontakte", die als klinische Endpunkte der Effektmessung definiert waren. Als Surrogatparameter waren „Wissenszuwachs“ und „Leitlinienkonformes Handeln“ von Ärzten und MFA definiert. Die Messung des klinischen Endpunkts erfolgte mittels telefonischer Patienteninterviews. Die Surrogatparameter wurden durch Fragebögen ermittelt, die von Ärzten (einen und drei Monate nach Intervention) und MFA (drei Monate nach Intervention) bearbeitet wurden. Der Einschluss von Patienten erfolgte durch Nennung der teilnehmenden Ärzte. Mit 239 teilnehmenden Patienten konnte die geplante Fallzahl nicht erreicht werden.

Studienergebnisse:

Nachfolgend werden die Ergebnisse, die auf den jeweiligen Interventionsebenen der Haus- und Kinderärzte (n= 313 Ärzte), sowie der Medizinischen Fachangestellten (n= 125 MFA) erzielt wurden, dargestellt.

Hausärzte (n= 240)

Im „Üblichen Asthma-Management“ legen die Hausärzte trotz eines hohen Ausgangswertes von 93,67% nach der Intervention zu. Die Nachhaltigkeit [1 Monat (t_1) und 3 Monate (t_2) nach Intervention] kann mit weniger als 1 Prozentpunkt Verlust als gegeben angesehen werden. Die Zunahme des „Asthma-Wissens“ ist von t_0 zu t_1 signifikant bei der Interventionsgruppe und ebenfalls signifikant zwischen Intervention und Kontrolle zum Zeitpunkt t_2 . Im Ausgangswert (t_0) unterscheiden sich beide Gruppen statistisch nicht signifikant. Die Zunahmen der Einzelergebnisse bilden sich noch einmal in der Gesamtsteigerung ab. Die Zunahme der Interventionsgruppe beträgt fast 11 Prozentpunkte. Die Kontrollgruppe im gleichen Zeitfenster legt 1,5 Prozentpunkte zu.

Kinderärzte (n= 73)

Bei der Rekrutierung der Kinderärzte hat sich ergeben, dass die Kontrollgruppe im „Üblichen Asthma-Management“ (t_0) etwa gleich gut und im „Asthma-Wissen“ (t_0) stärker als die Interventionsgruppe war. Der Unterschied zwischen Kontroll- (ca. 94%) und Interventionsgruppe (ca. 93%) ist nicht signifikant. Die Zunahme beträgt bei der Interventionsgruppe ca. 1,5 Prozentpunkte. Die Kontrollgruppe legte im gleichen Zeitfenster ca. 2,5 Prozentpunkte zu. Eine Signifikanz zwischen den Zunahmen beider Gruppen besteht nicht. Auch nach der Intervention ist zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich des „Üblichen Asthma-Managements“ kein signifikanter Unterschied messbar.

Bei der Zunahme des „Asthma-Wissens“ ist der Effekt der Intervention dann deutlicher abzulesen. Zum Zeitpunkt t_0 lag die Kontrollgruppe bei ca. 63% und zum Zeitpunkt t_2 bei 71%. Die Interventionsgruppe lag bei t_0 bei ca. 55% und steigerte sich auf ca. 66% zum Zeitpunkt t_1 und auf ca. 67% zum Zeitpunkt t_2 . Die Zunahme des Wissens ist in beiden Gruppen signifikant. Im Gesamtergebnisse zeigt sich, dass die Intervention zu einer deutlichen Verbesserung des Ergebnisses der Interventionsgruppe führt. Sie erreicht beinahe den Wert der Kontrollgruppe.



Medizinische Fachangestellte (n= 255 MFA; n= 126 Praxen)

Die Intervention der MFA hat zu einer starken Zunahme des Wissens geführt. Die Differenz der Prozentpunktwerte zu den Zeitpunkten t_0 und t_1 betragen ca. 27 Prozentpunkte. Diese Veränderung ist die höchste aller Prozentpunktänderungen.

Studienerkenntnisse

Auch wenn der klinische Endpunkt wegen unzureichender Patientenzahlen nicht gemessen werden konnte, lässt sich doch der Nutzen der Interventionen Präsenz-Schulung und E-Learning auf die Berufsgruppen der Haus- und Kinderärzte sowie der MFA dokumentieren: Die L.I.S.A.-Interventionen bewirkten eine Zunahme der „Leitlinienkonformität“ sowohl beim Wissen über Asthma als auch beim Management der Erkrankung. Die verschiedenen Zielgruppen profitierten dabei unterschiedlich stark von den gewählten Interventionsformen. Die Studienplanung und - Durchführung brachte wertvolle Erkenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen der Leitlinien-Implementierung bei den Primärversorgern.

Die Entwicklung zukünftiger Leitlinien sollte deren mögliche Implementierungswege frühzeitig und routinemäßig mit einschließen. Die Erfahrungen und Ergebnisse der L.I.S.A.-Studie können dabei wertvolle Hilfestellung geben.

Schlussfolgerungen:

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse und die Erfahrungen der L.I.S.A.-Studie darauf hin, dass Leitlinien als maßgeschneiderte Lernwege sowohl bei Ärzten als auch bei MFA einen Wissenszuwachs und eine Verhaltensmodifikation bewirken können. Auf diesen Implementierungswegen scheint sich eine nachhaltige Leitlinienkonformität zu erzielen.

Präsentationen/Vorträge/Veröffentlichungen:

- Koneczny N, Redaelli M, Neugebauer E, Müller-Oerlinghausen B, Lelgemann M, Butzlaff M, Ollenschläger G. LISA – work in progress: Vergleich verschiedener Leitlinien-Implementierungsstrategien mittels einer randomisierten, interdisziplinären Interventions-Studie. EbM in Qualitätsmanagement und operativer Medizin. 8. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.. Berlin, 22.-24.03.2007. Düsseldorf, Köln: German Medical Science; 2007. Doc 07ebm023. <http://www.eqms.de/en/meetings/ebm2007/07ebm023.shtml> [Abruf 27.03.09]
- Redaelli M, Koneczny N, Schürer CC, Butzlaff M. Welches Studiendesign für motivationsgesteuerte Strategien zur Leitlinien-Implementierung? – Erfahrungen aus der methodischen Entwicklung zur Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma (LISA) [Abstract]. *Z Allg Med* 2007;83(Supplement 1):19.
- Redaelli M, Koneczny N, Schürer CC, Butzlaff M. Welches Studiendesign für motivationsgesteuerte Strategien zur Leitlinien-Implementierung? – Erfahrungen aus der methodischen Entwicklung zur Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma (LISA) [Poster]. 41. Kongress der DEGAM, Berlin 20. – 22. September 2007.
- Redaelli M, Koneczny N, Schürer C, Löscher S, Butzlaff M. Motivation: Schlüssel zu einer erfolgreichen Leitlinien-Implementierung? Strategien der Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma (LISA). [Poster]. 6. Kongress für Versorgungsforschung und 2. Nationaler Präventionskongress, Dresden 24. – 27. Oktober 2007.
- Redaelli M, Koneczny N, Schürer C, Löscher S, Butzlaff M. Motivation: Schlüssel zu einer erfolgreichen Leitlinien-Implementierung? Strategien der Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma (LISA). [Abstract]. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2007;2(Suppl 1):131.

- Koneczny N, Schluckebier I, Redaelli M, Schürer C. Multiprofessionalität bei der Leitlinien-Implementierung. Asthma-Schulung für Medizinischen Fachangestellte (L.I.S.A). [Vortrag]. 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Witten 22. – 23.02.2008.
<http://www.egms.de/en/meetings/ebm2008/08ebm16.shtml> [Abruf: 28.05.08]
- Schürer C, Redaelli M, Koneczny N, Butzlaff M. Evidenzbasierte Medizin in die Praxis bringen – Wie lassen sich Primärärzte für eine Studienteilnahme gewinnen? Erste Erfahrungen aus der Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma (L.I.S.A). [Vortrag]. 9. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Witten 22. – 23.02.2008.
<http://www.egms.de/en/meetings/ebm2008/08ebm41.shtml> [Abruf: 28.05.08]
- Schluckebier S, Redaelli M, Koneczny N, Butzlaff M. Welchen Beitrag leisten medizinische Fachangestellte in der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale? – Erfahrungen aus der Leitlinien- Implementierungs- Studie Asthma (LISA). [Vortrag 31] 42. Kongress der DEGAM, Berlin 25. – 27. September 2008; *Z Allg Med* 2008;84(Supplement 1):18.
- Redaelli M, Koneczny N, Schürer CC, Butzlaff M. Erfahrungen aus der Versorgungsforschung: Rekrutierungsstrategie und -erfolge aus der Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma (L.I.S.A.). 7. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung, Köln 16. – 18.Oktober 2008.
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2008/08dkvf164.shtml> [Abruf: 09.12.08]
- Koneczny N, Redaelli M, Schürer C, Butzlaff M. Wie „leitliniennah“ ist die hausärztliche Asthma-Behandlung? Teilergebnisse der L.I.S.A.-Studie. 10. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. [Vortrag] Berlin, 05.-07.03.09.
<http://www.egms.de/de/meetings/ebm2009/09ebm012.shtml> und http://www.ebm-netzwerk.de/netzwerkerarbeit/jahrestagungen/pdf/v3.3_koneczny.pdf
- Redaelli M, Schürer C, Butzlaff M, Koneczny N. Leitlinien-Implementierung: Aufwand und Erfolg der Rekrutierung von Primärärzten und Praxisteams für eine Asthma-Fortbildung. Teilergebnisse der Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma (L.I.S.A.-Studie). 10. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. [Poster] Berlin, 05.-07.03.09.
<http://www.egms.de/de/meetings/ebm2009/09ebm048.shtml>
- Redaelli M, Schluckebier I, Schürer C, Butzlaff M, Koneczny N. Was wissen Medizinische Fachangestellte (MFA) über Asthma? Teilergebnisse der Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma (L.I.S.A.-Studie). 10. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. [Poster] Berlin, 05.-07.03.09. <http://www.egms.de/de/meetings/ebm2009/09ebm047.shtml>
- Redaelli M, Simic D, Wolff C, Butzlaff M, Koneczny N. Blended Learning als individualisierte Leitlinien-Implementierungs-Strategie? Pädiatrische Praxen profitieren davon! Ergebnisse der Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma (L.I.S.A.-Studie). [Vortrag + Poster]. 105. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 3.-6. September, Mannheim. http://www.dgkj2009.de/media/Hauptprogramm_DGKJ2009_Stand_13_08.pdf [Abruf: 01.09.09]
- Redaelli M, Koneczny N, Vollmar HC, Schürer C, Butzlaff M. How can national guidelines be implemented successfully in primary care? Experiences of the German guideline implementation trial asthma (Leitlinien-Implementierungs-Studie L.I.S.A.). *Swiss Med Wkly* 2009 Aug 22;139(33-34 Suppl 175):65S.
- Redaelli M, Koneczny N, Vollmar HC, Schürer C, Butzlaff M. How can national guidelines be implemented successfully in primary care? Experiences of the German guideline implementation trial asthma (Leitlinien-Implementierungs-Studie L.I.S.A.). [Vortrag]. 15th Wonca Europe Conference 16-19 September 2009, Basel, Schweiz.
- Redaelli M, Simic D, Butzlaff M, Koneczny N. Blended Learning als individualisierte Leitlinien-Implementierungs-Strategie? Hausärztliche Praxen profitieren davon! Ergebnisse der Leitlinien-Implementierungs-Studie Asthma (L.I.S.A.-Studie). [Poster]. *Z Allg Med* 2009 (Suppl.- Abstractband):165S.

Durchführende Institutionen

Medizinische Hochschule Hannover
Abteilung Pneumologie

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Institut für Sozialmedizin

Projektlaufzeit

01.02.2007 – 31.07.2008

Projektleiter

Prof. Dr. med. Tobias Welte
eMail: welte.tobias@mh-hannover.de
Tel: 0551 -5323530
Fax: 0511 -532 3852

Ansprechpartnerin

Dr. Maike Schnoor
eMail: schnoor@staff.uni-marburg.de
Tel: 06421 – 586 6435
Fax: 06421 – 586 8987

Hintergrund

Die ambulant erworbene Pneumonie ist eine Erkrankung mit hoher medizinischer und ökonomischer Bedeutung. Es hat sich gezeigt, dass selbst im Rahmen des Kompetenznetzwerkes CAPNETZ, bei dem bei den teilnehmenden Netzwerkteilnehmern eine überdurchschnittliche Aufmerksamkeit für das Krankheitsbild zu erwarten ist, keine zufrieden stellende Implementierung der S3-Leitlinie in die klinische Praxis gelungen ist. Infolge dessen kann es zu gesteigerten Kosten für das Gesundheitssystem kommen. Zudem sind langfristig andere negative Implikationen (Resistenzentwicklungen) zu erwarten.

Ziele des Projektes

- Entwicklung und Durchführung geeigneter Implementierungsstrategien zur Distribution der S3-Leitlinie im Rahmen des Kompetenznetzwerkes CAPNETZ
- Evaluation der Implementierung durch geeignete Indikatoren der Patientenversorgung

Methodik

- prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie
- Intervention: Implementierung der S3 Leitlinie durch Schulung, Poster, Kitteltaschenversion und elektronische Version der Leitlinie in vier von acht lokalen klinischen Zentren (LCC's) des Kompetenznetzes CAPNETZ
- Nach einem Jahr Beobachtung: Vergleich der Interventions-LCC's mit den Kontroll-LCC's hinsichtlich der Versorgungsqualität
- Indikatoren: stadiengerechte Therapie, Dauer der stationären Behandlung, klinische Outcomes (klinische Besserung, Letalität)

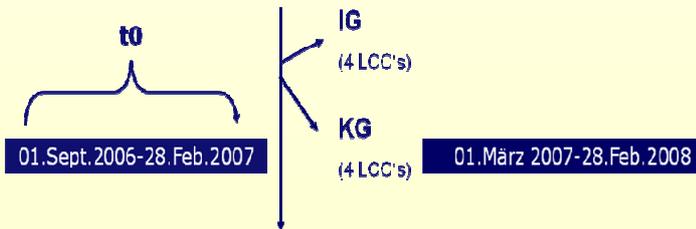
Erwartete Ergebnisse und Transferpotenzial

Unter der Annahme, dass die Implementierungsstrategien zu einer relevanten Verbesserung der Versorgung von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie führen, können diese Maßnahmen zukünftig nicht nur im gesamten CAPNETZ, sondern auch in weiteren, an der Versorgung von Pneumoniepatienten beteiligten Einrichtungen eingeführt werden. Damit kann einen Beitrag zur sachgerechten und wirtschaftlichen Versorgung, sowie zur Senkung der Krankheitslast und deren Folgen geleistet werden.

Zentrale Ergebnisse

Um den Erfolg der Intervention zu beurteilen, wurde die Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe hinsichtlich des Anteils der Leitliniengerecht behandelten Patienten zum einem vor (t0) und zum anderen nach (t1) der Implementierung der Leitlinie verglichen (Abb1.)

Abb.1 Auswertungsdesign



Studienpopulation

t0= 238 Pat. in der IG
302 Pat. in der KG
t1= 314 Pat. in der IG
390 Pat. in der KG
Keine signifikanten Unterschiede bezügl. des Alters, des Geschlechts oder des Schweregrades zwischen IG und KG

Leitliniengerechte Behandlung

	Veränderungen des Anteils der leitliniengerecht behandelten Pat. zwischen t0 und t1			
	IG	p*	KG	p*
Leitliniengerechter Behandlungsort	-2,0%	0,913	-4,5%	0,165
Leitliniengerechte ambulante Antibiotika-Therapie	-5,4%	0,533	+2,5	0,849
Leitliniengerechte ambulante Therapiedauer	+9,0%	0,012	-6,5%	0,493
Leitliniengerechte stationäre Antibiotika-Therapie	+7,5%	0,688	-3,8%	0,581
Leitliniengerechte stationäre Therapiedauer	+5,5%	0,807	-1,4%	0,585

*Chi-Quadrat

ns= statistisch nicht signifikant

Mortalität

Die 30-Tage Gesamtmortalität betrug zu t0 in der KG 2,9%, in der IG 5,2% (ns). Zu t1 stieg die Gesamtmortalität in der KG auf 3,5% und in der IG sank sie auf 3,5%. Diese Veränderungen waren nach Adjustierung nach Schweregrad statistisch nicht signifikant.

Die CAP-bedingte Mortalität betrug zu t0 in der KG 1,1% und in der IG 3,6% (p<0,05). Zu t1 sank die Mortalität in der KG auf 0,6% (ns) und in der IG auf 0,7%. Diese Reduktion war jedoch nach Adjustierung für Alter und Schweregrad der CAP statistisch nicht signifikant.

Zusammenfassung und Ausblick

Hinsichtlich der Therapiedauer und der stationären Antibiotika-Therapie ist der Anteil der leitliniengerecht behandelten Patienten in der IG im Gegensatz zur KG leicht gestiegen. Ähnliche Ergebnisse sind bei der Mortalität zu beobachten.

Eine Befragung der teilnehmenden niedergelassenen Ärzte zur Akzeptanz von Leitlinien ergab, dass ein Großteil der Ärzte Leitlinien grundsätzlich positiv gegenüber stehen, Ein Abweichen ist häufig auf die häusliche Situation des Patienten zurückzuführen.

Abschließend ist festzuhalten, dass durch noch intensivere Maßnahmen bei der Implementierung von Leitlinien wie z.B. Audits oder Qualitätszirkel der in dieser Studie festgestellte Effekt noch verstärkt werden kann.

Veröffentlichung

Schnoor M, Meyer T, Suttrop N, Raspe H, Welte T, Schäfer T. Development and evaluation of an implementation strategy for the German guideline on community-acquired pneumonia. Qual Saf Health Care (in press).

Visitenkarte



Projekttitle

Was charakterisiert eine Population schlecht eingestellter Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2? – Implikationen für Diabetes-Leitlinien für die ambulante Versorgung

Institutionen

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf
Deutsches Diabetes-Zentrum, Leibniz-Institut an der Universität Düsseldorf, Institut für Biometrie und Epidemiologie
Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke
mediStatistica, Neuenrade

Projektleiter/in

Prof. Dr. Stefan Wilm stefan.wil
Prof. Dr. Dr. Andrea Icks

Kontakt

m@uni-wh.de
icks@ddz.uni-duesseldorf.de

Ziele des Projekts

- Identifikation sozialer, psychologischer und somatischer Merkmale schlecht eingestellter Patienten mit Typ 2-Diabetes
- Vergleich dieser potenziellen Einflussfaktoren zwischen gut und schlecht eingestellten Patienten
- Bereitstellung der gewonnenen Erkenntnisse für die Entwicklung eines Leitlinien- bzw. DMP-Zusatzmoduls „Der schlecht eingestellte Patient mit Typ 2-Diabetes“.

Hintergrund/Hypothesen

Trotz DMP und Schulungsmaßnahmen zeigt ein beträchtlicher Teil der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (ca. 15 bis 20 %) eine schlechte Blutzuckereinstellung, gemessen am HbA1c-Wert. Bisher ist wenig über die weiteren Charakteristika dieser Gruppe bekannt. Einige demographische und klinische Eigenschaften (z.B. Alter, Krankheitsdauer, soziale Stellung) scheinen die schlecht eingestellten von den gut eingestellten Patienten zu trennen; doch auch hier gibt es widersprüchliche Befunde, und die Varianz der HbA1c-Werte wird durch diese Merkmale nur wenig aufgeklärt.

Eine klare und detaillierende Charakterisierung von Hausarzt-Patienten mit schlecht eingestelltem Typ 2-Diabetes im Vergleich mit gut eingestellten Patienten der gleichen Hausärzte fehlt bislang.

Wir erwarteten die Identifikation verschiedener Spezifika schlecht eingestellter Patienten – v.a. in psychologischen Variablen und hinsichtlich der Patient-Arzt-Interaktion. Zudem wurde erwartet, dass auch somatische Faktoren, wie z.B. Bluthochdruck oder andere, diabetes-unabhängige Krankheiten bzw. deren Fehlen mit zu den Charakteristika von schlechter bzw. guter Einstellung zählen.

Vorgehen/Verfahren

Die Studie war als Querschnittserhebung in einem zweistufigen Design angelegt. Im qualitativen Teil wurden durch narrative Interviews mit 20 schlecht und 20 gut eingestellten Patienten sowie mit deren 20 Hausärzten potenzielle Einflussfaktoren der Stoffwechseleinstellung identifiziert, beschrieben, analysiert und systematisiert.

Im quantitativen Teil wurden die identifizierten Faktoren sowie solche, die aus der Literatur bekannt sind, in einem Fragebogen operationalisiert und an 393 gut und 393 schlecht eingestellte Patienten aus 66 zufällig ausgewählten Hausarztpraxen in Nordrhein versendet. Unabhängige Variable war der HbA1c-Wert, der mit anderen Patientenmerkmalen in einem Arztdokumentationsbogen erfasst wurde.

Ergebnisse

Von den in der Literatur z.T. widersprüchlich beschriebenen demographischen und klinischen Eigenschaften trennt in den vorliegenden Daten lediglich die Erkrankungsdauer die schlecht eingestellten von den gut eingestellten Patienten; u.a. Geschlecht, Alter, Bildung und enge soziale Beziehungen unterscheiden sich in den beiden Gruppen nicht signifikant. Übergewicht und Insulintherapie fanden sich häufiger bei den schlecht eingestellten Patienten. Hingegen lassen sich in den untersuchten psychosozialen Patientenmerkmalen interessante und hinsichtlich ihrer alltagspraktischen Anwendbarkeit relevante Merkmale der Gruppe der schlecht eingestellten Erkrankten beschreiben.

Die Interviewstudie lieferte Einblicke in die Lebenswelt gut und schlecht eingestellter Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2, wie sie bislang selten in der Fachliteratur zu finden sind. Vor allem die in den Interviews gefundenen Kategorien „Priorität des Diabetes“, „Integration des Diabetes in das Leben“ und „Einfluss des Diabetes auf das Leben“ sind in dieser Form nicht beschrieben, obgleich es Überschneidungen mit bekannten Konstrukten gibt.

Es wurden Items generiert, die a) auf eine große Gruppe betroffener Patienten anwendbar sind (gut eingestellte, schlecht eingestellte, insulinpflichtige, diätetisch behandelte etc.) und sich b) möglichst dicht an den Interviews orientierten. Vier der sieben in den Regressionsmodellen signifikanten Items sind aus den Interviews hervorgegangene Neuformulierungen, was die Bedeutung des zweistufigen Vorgehens unterstreicht. Die sieben Items entstammen 6 Kategorien. Die Fragebogenkonstruktion auf Basis der Interviews ermöglichte die Charakterisierung gut vs. schlecht eingestellter Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2. Zudem konnten die quantitativ gewonnenen Ergebnisse im Licht der qualitativ gefundenen Daten besser interpretiert werden.

Es können konkrete Implikationen für die Praxis und für die Entwicklung eines DMP-Moduls „Der schlecht eingestellte Diabetes-Patient“ aus dem Projekt abgeleitet werden. Die Kategorien aus den Interviewanalysen, die mit einer schlechten Einstellung in Zusammenhang stehen, können dem Arzt als Hinweise auf mögliche Ressourcen und Barrieren dienen:

- Ansprechen der individuellen sozialen Situation inkl. unterstützender und hinderlicher Personen/Faktoren;
- Ansprechen des vom Patienten selbst wahrgenommenen Stellenwerts und des Einflusses, den der Diabetes in seinem Leben hat;
- Eruiieren von Möglichkeiten einer guten Integration des Diabetes in den individuellen Alltag;
- Ansprechen auf die Schwere der Erkrankung trotz fehlender Schmerzen;
- Betonen der Auswirkungen des eigenen Handelns.

Die sieben signifikanten Fragen bieten sich als Gesprächsleitfaden in einem neuen DMP-Modul an. Offene Erzählaufforderungen in Anlehnung an die Items erscheinen sinnvoll. Im Gegensatz zum aktuellen DMP Diabetes mellitus Typ 2 und zu den derzeitigen Leitlinien, die auf ‚objektive‘ Parameter wie HbA1c, Gewicht, Blutdruck und Fußpulse, auf kognitive Schulungsinhalte und auf strukturierte Diagnostik und Therapie durch Arzt und Medikamente fokussieren, erzwingen die gefundenen Kategorien vom Arzt ein nicht-wertendes Erfragen der ‚subjektiven‘ Krankheitskonzepte

des Patienten, der individuellen Bedeutungen, die er seinem Kranksein beimisst, und der Prioritäten in seinem Lebensalltag.

Diese Vorschläge können dazu dienen, dass der Arzt gemeinsam mit dem Patienten relevante Punkte für die Verbesserung der Diabetes-Versorgung erkennt und bespricht. Die hinter den identifizierten 7 Items und ihren Kategorien stehenden Konstrukte beziehen sich auf psychosoziale Merkmale des Patienten, die wir für längerfristig modifizierbar halten. Insofern könnte durch Bearbeitung dieser Themen in einer längerfristigen kontinuierlichen Patient-Arzt-Beziehung in der Hausarztpraxis im besten Falle eine Einstellungs- und Verhaltensänderung erreicht werden, die sich auf relevante Parameter auswirkt (z.B. HbA1c oder Lebensqualität).

Ob dieser Effekt durch ein entsprechend konstruiertes DMP-Modul erreicht werden kann, muss in Folgeprojekten (randomisierte kontrollierte Studien) geklärt werden.

Ausblick

Der Projekt-Abschlussbericht wurde am 21.12.2009 vorgelegt.

Teilergebnisse des Projektes wurden auf Kongressen der DEGAM, des DNVF, des DNEbM und der AWMF vorgestellt.

Neben der Planung von Folgeprojekten sind aktuell folgende Publikationen auf Basis des Endberichts in Arbeit:

- Literaturreview zu biopsychosozialen Einflussfaktoren auf die Blutzuckereinstellung
- Hauptanalysen der Interviews mit Ärzten und Patienten (u.a. im Heft Mai 2010 der Zeitschrift für Allgemeinmedizin)
- Teilanalyse der Arztinterviews
- Beschreibung des Fragebogens und seiner Konstruktion
- Hauptauswertung des quantitativen Studienteils (Fragebogen und Arztdokumentationsbogen).

Projekttitel:

Innovative Umsetzungsstrategien zur Implementierung der Leitlinie „Chronische Herzinsuffizienz“ in einem Medizinischen Versorgungszentrum und in Individualpraxen

Institution:

Institut für Allgemeinmedizin
Charité Campus Mitte
10117 Berlin

Projektdauer:

01.9.2006 - 31.8.2008

Projektleiterin:

Prof. Dr. Vittoria Braun

Tel.: 030-450 514 092

Fax: 030-450 514 932

allgemein.medizin@charite.de

**Ziel des Projektes:**

Optimierung der medikamentösen Versorgung von Herzinsuffizienz-PatientInnen durch Hausärzte auf der Grundlage eines Leitlinien-Erinnerungssystems

Hintergrund/Hypothesen:

Die chronische Herzinsuffizienz zählt zu den wichtigsten kardiovaskulären Krankheitsbildern. Patienten mit dieser Volkskrankheit werden vorrangig von Hausärzten betreut. Bisherige Untersuchungen wiesen auf Defizite in der medikamentösen Behandlung hin. Die ambulante Versorgung erfolgt in Deutschland auch im Rahmen neuer Versorgungsstrukturen (Medizinische Versorgungszentren), die seit 2003 zugelassen wurden. So war es von Interesse, die ärztliche Arbeitsweise in diesen neuen Strukturen zu evaluieren und sie mit dem Procedere in traditionellen Einzelpraxen zu vergleichen.

Eine Optimierung der Versorgungssituation könnte durch den gezielten Einsatz einer Herzinsuffizienz-Leitlinie erreicht werden, deren Einfluss auf tatsächliche Verhaltensänderungen der Ärzte jedoch ohne Anbindung an weitere Instrumente des Qualitätsmanagements nur als begrenzt eingeschätzt wird.

Material/Methoden:

In einer prospektiven Beobachtungsstudie über acht Monate wurde die ärztliche Pharmakotherapie in hausärztlichen Einzelpraxen und einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) verglichen. Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit wurden in beiden Forschungskollektiven Hausärzte, die unselektioniertes Patientengut betreuen, aufgefordert, Patienten mit Herzinsuffizienz zu rekrutieren, ihre NYHA-Stadien zu codieren und Echokardiographien zur Verifizierung der Diagnose durchzuführen. Drei- bis vierwöchentlich suchten wissenschaftliche Mitarbeiter des Instituts die teilnehmenden Ärzte in den Praxen zum Datenabzug und zur Überprüfung der Patientenrekrutierungen auf.

Im weiteren Verlauf erfolgte eine Intervention durch Installierung eines Erinnerungssystems zur leitliniengestützten Herzinsuffizienz-Behandlung in allen Praxiscomputern der Forschungsärzte. Insgesamt dauerte die Interventionsphase 12 Monate.

Ergebnisse:

In die Studie wurden 241 herzinsuffiziente Patienten von den Hausärzten eingeschlossen (137 in Individualpraxen und 104 im MVZ). Die Echokardiographie wurde als diagnostische Maßnahme im MVZ häufiger durchgeführt als in den Individualpraxen (MVZ 94,6%, Individualpraxen 79,9% - Ratedifferenz RD=14,7%, 95% CI 6,6% bis 22,8%, p=0,001). Im Rahmen der evidenzbasierten Pharmakotherapie der herzinsuffizienten Patienten resultierte bereits in der Präinterventionsphase eine hohe Verordnungsrate mit ACE-Hemmern/Sartanen von 79,5%, differenziert in 76% durch die niedergelassenen Hausärzte und 83,3% durch die Kollegen des MVZ. Der Behandlungsunterschied zwischen beiden Ärztgruppen war nicht signifikant (p=0,2). Diese Verordnung weist bereits auf eine relativ gute Versorgung hin und wurde durch die Intervention nicht signifikant verändert. Hinsichtlich der leitliniengerechten Betablockertherapie (Metoprololsuccinat, Carvedilol und

Bisoprolol) war eine geringe Verordnungsrate von insgesamt 43,3% zu verzeichnen (44,8% durch Ärzte der Individualpraxen vs. 48,5% durch Ärzte des MVZ; keine signifikante Behandlungsdifferenz, $p=0,6$). Sie verbesserte sich durch die Intervention um 12,3% auf 58,6% ($p=0,03$). Zwischen beiden Ärztekollektiven bestand keine unterschiedliche Ordination. Darüber hinaus wurde die unspezifische Verordnung aller Betablocker ab NYHA-Stadium II überprüft. Bei ihrer Berücksichtigung ergaben sich deutlich höhere Behandlungszahlen in der Präinterventionsphase. Immerhin 78,0 % der herzinsuffizienten Patienten erhielten sie. Ähnlich wie bei der leitliniengerechten Betablocker-Therapie war es ebenfalls bei der Gesamt-Betablockerordination: Die Kollegen des MVZ verordneten sie tendenziell etwas häufiger (76 % versus 80,9 %), Signifikanzen im Procedere beider untersuchten Kollektive waren nicht festzustellen ($p=0,4$).

Auch bezüglich der Verordnung aller Betablocker war im Rahmen der Intervention in beiden Settings eine signifikante Verbesserung ($p=0,01$) zu verzeichnen: Von den 157 Patienten (> NYHA I und Patienten mit NYHA I und Herzinfarktanamnese) erhielten 88,5 % einen Betablocker. Dabei war die Optimierung in den Individualpraxen im Vergleich zur Präinterventionsphase hoch signifikant (76 % versus 88,9 %; $p=0,002$); im MVZ zeigte sich ein fast signifikanter Unterschied ($p=0,07$), erfolgte jedoch von einem höheren Anfangsniveau.

Diuretika werden bei allen herzinsuffizienten Patienten mit Flüssigkeitsretention empfohlen. Herzinsuffiziente ab NYHA II erhielten sie unbeeinflusst annähernd gleich in den Individualpraxen zu 83 % und im MVZ zu 82,8 %.

Bei dieser Arzneigruppe änderten sich die Verordnungen gleichermaßen durch die Intervention. Sie stiegen nach Installierung des Erinnerungssystems auf 91,2 % an. Es ergab sich im Vergleich der Beobachtungsphasen eine signifikante Verbesserung ($p=0,03$).

Die Verabreichung von Aldosteron-Antagonisten in den NYHA-Stadien III und IV führt in Verbindung mit ACE-Hemmern und Betablockern zur Lebensverlängerung der herzkranken Patienten und ist für diese Krankheitsstadien in der Leitlinie angeboten. Alle 40 Patienten der Präinterventionsphase erhielten sie nur in 35 %. Hierbei verordneten die Hausärzte der Individualpraxen Aldosteronantagonisten häufiger als die des MVZ (40% vs. 26,7 %), der Unterschied war nicht signifikant ($p=0,3$).

Nach Intervention wurde die relativ kleine Gruppe der schwer herzkranken Patienten (NYHA III und IV) tendenziell besser medikamentös versorgt.

Die Patienten erhielten jetzt zu 44,2 % Aldosteronantagonisten, insbesondere bei den Allgemeinärzten der Individualpraxen war eine Steigerung von vorher 40 % auf 53,6 % nachzuweisen. Der Vergleich zwischen Prä- und Postintervention war für diese Arztgruppe hoch signifikant ($p=0,004$). Im MVZ ergab sich im Verlauf der Beobachtungsphasen kein signifikanter Unterschied.

Diskussion/Schlussfolgerungen:

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die vermuteten Defizite einer nicht ausreichenden Pharmakotherapie von Hausärzten bei herzinsuffizienten Patienten bestätigten, jedoch nicht so schwerwiegend waren wie die europäischer Kollegen im Jahr 2002. Insgesamt zeigen die vorgelegte und weitere Studien, dass sich das Ordnungsverhalten der Hausärzte im letzten Jahrfünft verbesserte. Die besondere Fragestellung nach der Differenziertheit hausärztlicher Verordnungsdaten in Abhängigkeit von den Versorgungssettings ergab keinen Unterschied.

Wenn auch diese Studie nur in begrenztem Raum bei einer relativ kleinen Zahl von Patienten erfolgte, besitzt sie als Pilotstudie doch Signalcharakter, da davon auszugehen ist, dass sowohl Erinnerungssysteme als auch verschiedene Telematikinfrastrukturen in der Regelversorgung zunehmend Verwendung finden werden. Sie sind nach Auffassung der Verfasser geeignet, Hausärzten insbesondere im Rahmen der Betreuung von Patienten mit wichtigen Volkskrankheiten eine effiziente Hilfeleistung anzubieten, diagnostische und therapeutische Maßnahmen entsprechend evidenzbasierter Empfehlungen leichter und schneller anzuwenden. Eine noch höhere Effizienz ist zu erwarten, wenn sie im Zusammenhang mit komplexen Optimierungsmaßnahmen angewendet werden. Insoweit sollten Ärzte in Aus-, Weiter- und Fortbildungen vorbereitet werden, EBM als selbstverständliches Erfordernis verantwortungsvoller Patientenbetreuung anzunehmen.

Veröffentlichungen:

Dini L, Heintze C, Welke J, Stein T, Rufer V, Braun V:

Leitliniengerechte Pharmakotherapie bei herzinsuffizienten Patienten – Gibt es Unterschiede der Behandlung durch Hausärzte in Einzelpraxen und in Medizinischen Versorgungszentren?

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) doi:10.1016/j.zefq.2009.11.001

Braun V, Rufer V, Welke J, Stein T, Heintze C, Mehrhof F, Dini L:

Innovative Strategy to Improve Guideline Adherence for chronic Heart Failure among Family Physicians in Berlin in different Health Settings

Eingereicht (in review): European Journal of Heart Failure EURJHF-10-144-VB



Projekttitle: Evaluation eines leitliniengestützten gestuften Behandlungsmodells zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung depressiver Patienten - Increasing Cost-effectiveness of Inpatient Treatment of Affective disorders (INCA)

Institution: Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

Projektleiter: Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Dr. Isaac Bermejo

Projektmitarbeiter: Dipl.-Psych. Lars Hölzel

Projektdauer: Januar 2008 bis September 2011

Kontakt Daten: lars.hoelzel@uniklinik-freiburg.de

Ziele des Projektes: Die Kosten-Effektivität eines neuen, leitliniengestützten sequentiellen stationär-nachstationären Behandlungsmodells soll untersucht werden. Darüber hinaus werden die Auswirkungen des Behandlungsmodells auf Patientenzufriedenheit sowie auf Veränderungen der ärztlichen Arbeitsweise und Zufriedenheit untersucht.

Hintergrund: Die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung akuter depressiver Episoden ist sehr erfolgreich. Die Verweildauer variiert zwischen verschiedenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken jedoch erheblich. Eine Verkürzung der stationären Behandlungsdauer depressiver Episoden erscheint sinnvoll, ist aber bezüglich der klinischen Ergebnisse und der gesundheitsökonomischen Konsequenzen bisher noch nicht systematisch untersucht worden.

Design und Methodik: Randomisiert-kontrollierte Studie in fünf psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken mit insgesamt 200 Patienten. Nach einem Jahr wird die Symptomreduktion in Relation zur Reduktion der Behandlungskosten (Kosten-Effektivität) (primary outcome) gemessen.

Verlauf: Bis Januar 2010 wurden in den beteiligten Studienzentren insgesamt 202 Patienten in die Studie eingeschlossen und randomisiert. Die Katamnese wird voraussichtlich bis Juli 2011 abgeschlossen. Mit abschließenden Ergebnissen ist Ende 2011 zu rechnen.

Erwartete Ergebnisse/Transferpotenzial:

Erkenntnisse bezüglich:

- Effektivität und Effizienz des Modells
- Akzeptanz leitliniengestützter Maßnahmen
- möglicher Be- und Entlastungen der Ärzte und Psychologen
- Einschränkungen der ärztlichen Autonomie und Arbeitszufriedenheit

Nutzen für Praxis:

- verbessertes Schnittstellenmanagement
- Implementierung innovativer Behandlungsmodelle

Veröffentlichung:

Hölzel LP, Bermejo I, Härter M: „Geordnetes Entlassungsmanagement“
Dtsch Arztebl 2011; 108(19): A 1050-1



T H E M E N F E L D 2

**Einfluss der Ökonomisierung der stationär und
ambulant erbrachten ärztlichen Leistung auf
die Patientenversorgung und die
Handlungsfreiheit der ärztlichen Tätigkeit**

Projekt-Visitenkarte

„Versorgungsepidemiologische Auswirkungen
des demographischen Wandels in
Mecklenburg-Vorpommern –

Ein interdisziplinärer Ansatz zu flächendeckenden Versorgungsplanung“

BEREICH STATIONÄRE VERSORGUNG

(Universitätsklinikum Rostock (AöR): Schuff-Werner P., Stab M., Grabowski M., Dorst S. und Dahmen K.)

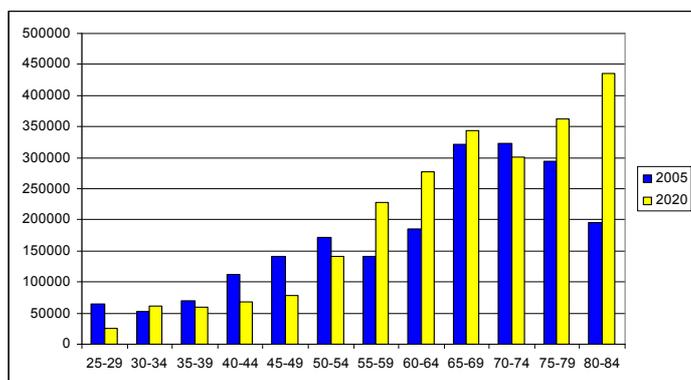
Projektziele

Auf Grundlage von kleinräumigen interdependenten Bevölkerungsprognosen für das Land Mecklenburg-Vorpommern bis zum Jahr 2020 sollen Prognosen zur Landesbettenplanung auf Basis der Hill-Burton-Formel und auf Basis der §21-Datensätze erstellt werden.

Vorgehensweise und Methodik

Rein vorstationäre Krankenhausaufenthalte sowie teilstationäre Fälle wurden in diese Auswertung nicht einbezogen, weil die vorstationären Fälle zur Bettenbedarfsplanung nicht herangezogen werden und die teilstationären Fälle aufgrund ihrer geringen Fallzahl Rückschlüsse auf das betroffene Krankenhaus erlaubt hätten.

Die vollstationären Fälle wurden nach Alter, Geschlecht, Fachabteilungen und Kreis verdichtet und dann die Fallzahl für das Jahr 2020 auf Basis der Bevölkerungsprognose des Landes M-V hochgerechnet.



Prognose der altersbezogenen Veränderung vollstationären Behandlungsfälle und Behandlungstage für das Jahr 2020 auf Basis der §21-Daten aus 2005

Die für 2020 zu erwartenden Fallzahlen nehmen bis zur Altersgruppe 50-54 Jahre deutlich ab; entsprechendes gilt für die Behandlungstage (Abb. 1).

In den höheren Altersgruppen steigen die prognostizierten Fallzahlen und die Behandlungstage im Vergleich zum Jahr 2005 erwartungsgemäß an. Eine Ausnahme bildet dabei die Altersgruppe 70-74 Jahre, die einen Rückgang der Fälle und Belegungstage aufweist; dieses ist schon aus den Ausgangsdaten für das Jahr 2005 (Altersgruppe 55-64 Jahre) zu entnehmen und lässt sich durch den Geburtenrückgang im 2. Weltkrieg und in der Nachkriegszeit erklären.

Abbildung 1:

Prognose der 2020 zu erwartenden, altersadjustierten vollstationären Behandlungstage in M-V auf Basis der §21-Daten aus 2005

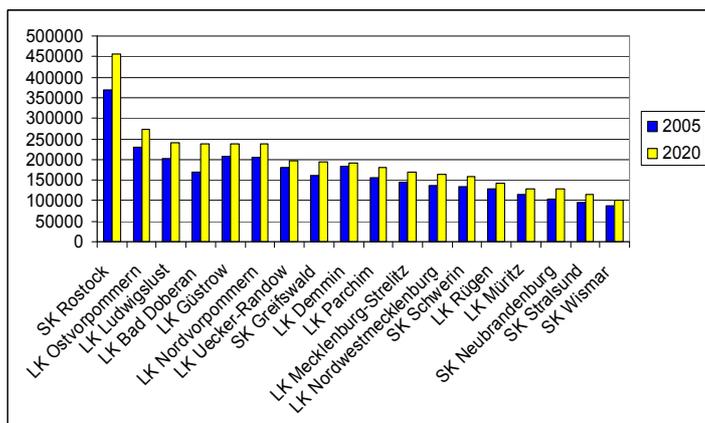


Abbildung 2:

Altersbezogene absolute Veränderungen der Belegungstage bis 2020 bezogen auf die Herkunft der Patienten auf Basis der § 21-Daten aus 2005

Prognose der altersbezogenen relativen und absoluten Veränderungen der Fallzahlen und Behandlungstage für die Stadt- und Landkreise Mecklenburg-Vorpommerns auf Basis der §21-Daten

Die zu erwartende Steigerung der Krankenhausbelegung in M-V bis zum Jahr 2020 betrifft die städtischen Bereiche des Landes in etwa einheitlich in einer Größenordnung zwischen 15 und 25 %; die Landkreise lassen hingegen sehr unterschiedliche Entwicklungen prognostizieren, wobei die westlicher gelegenen Landkreise eine höhere Steigerungsrate erkennen lassen.

Deutlich fällt der Landkreis Bad Doberan mit einer zu erwartenden Zunahme von 40 % heraus. Damit wird der Einzugsbereich Rostock / Bad Doberan den größten Zuwachs an Fällen und Belegungstagen zu erwarten haben.

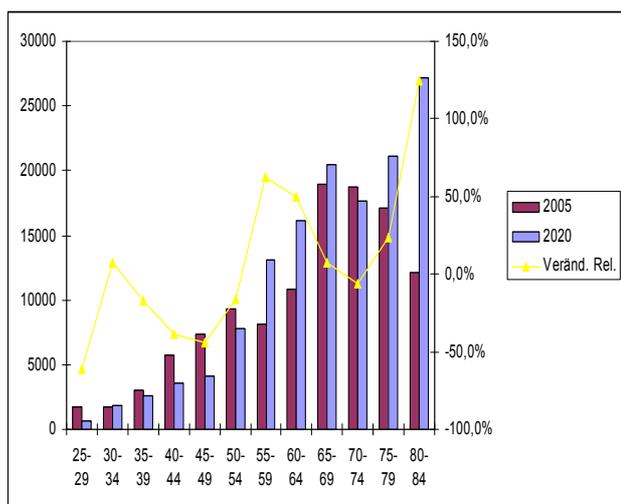


Abbildung 3: Voraussichtliche absolute und relative Veränderung der altersadjustierten Behandlungstage bis 2020 für die Fachabteilung „Innere Medizin“ auf Basis der §21-Daten für 2005

Fachabteilungsbezogene Prognose der Entwicklung der zukünftigen Fall- und Belegungszahlen auf Basis der §21-Daten

Die fachabteilungsspezifische Prognose der zukünftigen Fall- und Belegungszahlen wurde zunächst für die Fachabteilungen „Innere Medizin“ (Abb.3) und „Neurologie“ erstellt, da diese den größten Anteil an der Versorgung altersbedingter Erkrankungen haben.

Für die Altersgruppen ab 55 Jahren ist eine deutliche Zunahme der Belegungstage für die Fachabteilung „Innere Medizin“ zu erwarten, wobei die Kriegs- und Nachkriegsjahrgänge wiederum herausfallen (Altersgruppe 65-74 Jahre).

Für die Altersgruppe der 80-84-jährigen ist, bedingt durch den zu erwartenden Anteil an Bürgern in dieser Altersgruppe, eine Steigerung der Bettenkapazität für die Fachabteilung „Innere Medizin“ um mehr als 100 % zu erwarten.

Eine ähnliche Veränderung des Bedarfsprofils zeichnet sich auch für die Fachabteilung „Neurologie“ ab.

Vergleich des mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen berechneten Bettenbedarfs

Zentrale Fragestellung des Teilprojektes „Bereich stationäre Versorgung“ ist, inwieweit mit den bisherigen Verfahren zur Bettenbedarfsberechnung der zukünftig tatsächlich benötigte Bettenbedarf unter Berücksichtigung des tief greifenden demografischen Wandels in M-V prognostiziert werden kann.

Der Bettenbedarf steht in Beziehung zur Anzahl der prognostizierten Belegungs- bzw. Behandlungstage. Die Gesamtzahl der Behandlungstage in M-V belief sich 2005 auf 2.650.685 Tage, wobei 2.536.098 Tage auf Einwohner des Landes entfielen. Die Differenz war durch landesfremde Patienten bedingt.

Hochrechnungsmethode	2005	2020	Bedarfsentwicklung
ohne Differenzierung	2.650.685	2.454.198 92,6	%
nach Alter/Geschlecht/Kreis (incl. Patienten außerhalb von M-V)	2.650.685	3.127.444 118,0	%

Tabelle 1: Unterschiedliche Prognose des 2020 voraussichtlich benötigten Bettenbedarfs aufgrund der Berechnung mit einem statistischen Ansatz (Hill-Burton) und einem dynamischen Ansatz unter Berücksichtigung des Alters (§21-Daten)

Beruhet die Vorhersage allerdings auf Berechnungen mit einem dynamischen Modell (§21-Daten), das den Bettenbedarf unter Berücksichtigung des demographischen Faktors „Alter“ kalkuliert, so kommt man auf deutliche Bedarfunterschiede, die sich aus der Zeitreihenanalyse (Abb. 4) unschwer ablesen lassen.

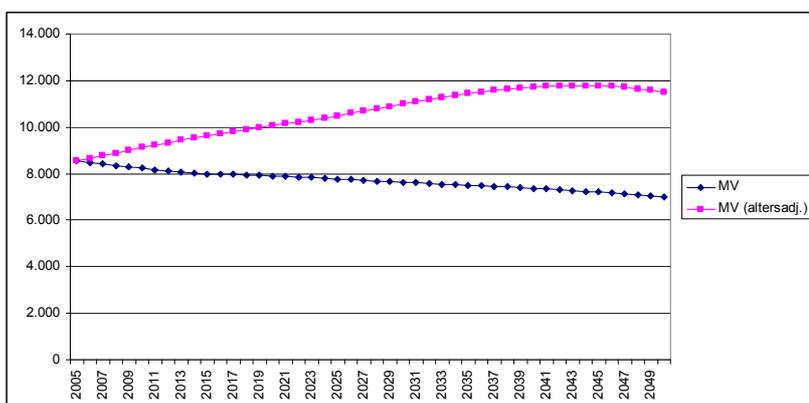
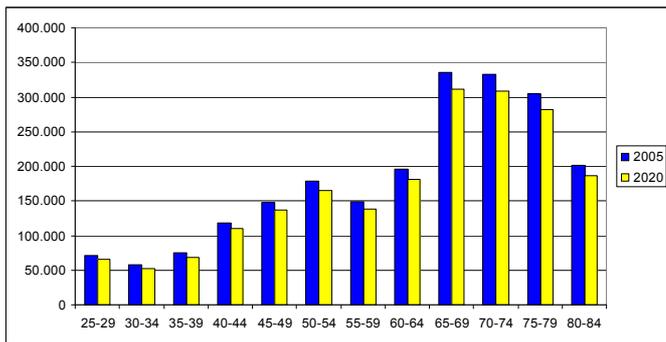


Abbildung 4: Voraussichtliche zukünftige Entwicklung des Bettenbedarfs in M-V, prognostiziert mit unterschiedlichen Vorhersagemethoden (Hill-Burton vs. §21-Daten) in Form einer Zeitreih



Geht man für die Hochrechnung der 2020 voraussichtlich in Anspruch genommenen Belegungstage von konstanten Morbiditäten für die einzelnen Fachabteilungen aus und lässt andere Parameter wie Altersverteilung, Geschlecht und Wohnregion außer Acht, so folgt die Entwicklung der Belegungstage der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung (Abb. 5)

Abbildung 5: Berechnung der Behandlungstage unter Annahme konstanter Morbiditäten und Altersstruktur.

In der Abbildung 6 sind die Differenzen der Bettenhochrechnung mit den bei den unterschiedlichen methodischen Ansätzen dargestellt. Wiederum kommt zum Ausdruck, dass die Differenz sich hauptsächlich in den höheren Altersgruppen widerspiegelt.

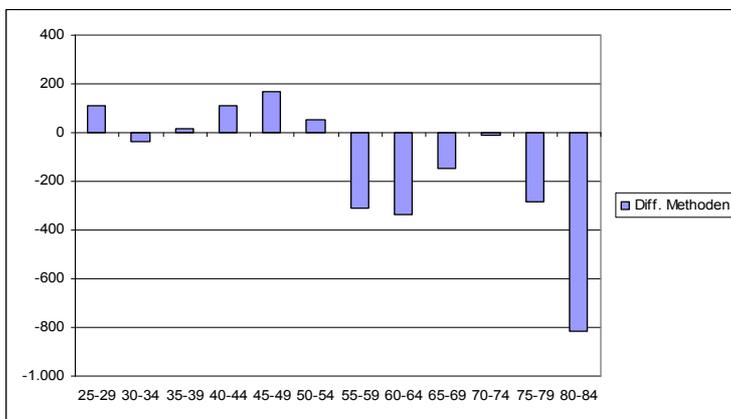


Abbildung 6: Darstellung der Differenzen des Bettenbedarfs nach Altersgruppen für M-V, der sich aus den beiden Berechnungsmethoden ergibt

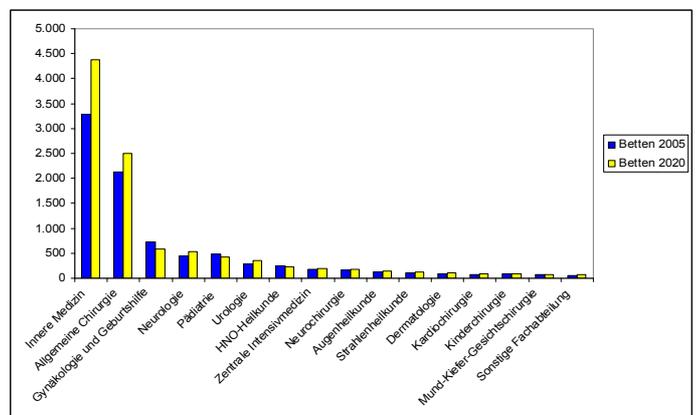


Abbildung 7: Gegenüberstellung Planbetten 2005-2020

Aufgrund der nun vorliegenden differenzierten Datengrundlage (§21-Daten), ist es möglich, die zukünftige Altersstruktur und die Geschlechtsverteilung in die Hochrechnung einzubeziehen. Durch den demografischen Wandel bedingt, kann nun eine dem tatsächlichen Bedarf entsprechende, differenzierte Hochrechnung der zukünftig benötigten Belegungstage erfolgen (Abb. 1). Nach Geschlechts- und Altersadjustierung ergeben sich demnach deutlich höhere Belegungstage als mit dem statischen Modell hochgerechnet, was in einem erhöhten, aber fachspezifisch unterschiedlichen zusätzlichen Bettenbedarf zum Ausdruck kommt (Abb. 7).



„Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern – ein interdisziplinärer Ansatz zu flächendeckender Versorgungsplanung“

Analyse und Prognose der ambulanten Versorgungssituation sowie von Patientenzahlen in Mecklenburg-Vorpommern bis zum Jahr 2020

Siewert, U.; Fendrich, K.; Hoffmann, W.

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald

Methodik und Fragestellungen: Zur Ermittlung des zukünftigen ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs in Mecklenburg-Vorpommern wurden bevölkerungsrepräsentative Daten zur Morbidität chronischer Erkrankungen sowie zur Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte aus der Study of Health in Pomerania (SHIP) ermittelt und mit Bevölkerungsprognosen des Rostocker Zentrums zur Erforschung des demografischen Wandels sowie des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern bis zum Jahr 2020 hochgerechnet. Daraus wurden Prognosen über die zu erwartenden Fallzahlen sowie über die zu erwartende ambulante Inanspruchnahme von Hausärzten und Fachärzten ausgewählter Facharztgruppen abgeleitet. Ausgehend davon wurde die zukünftig für eine Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung benötigte Anzahl an Haus- und Fachärzten sowie deren regionale Verteilung hochgerechnet.

Um den zukünftigen medizinischen Versorgungsbedarf mit den voraussichtlich vorhandenen Versorgungsstrukturen vergleichen zu können, wurde eine Prognose erstellt, wie viele der derzeit niedergelassenen Ärzte voraussichtlich 2020 noch praktizieren werden. Als Ausgangspunkt dafür dienten Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zu Alter und Praxisadressen der 2006 im Land niedergelassenen Ärzte nach Fachrichtung und Region. Die Anzahl der bis 2020 wieder zu besetzenden Arztpraxen nach den erstellten Hochrechnungen wird mit dem Wiederbesetzungsbedarf gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, dem derzeit bundesweit verwendeten Instrument der Arztlanzplanung, kontrastiert.

Ergebnisse: Bis 2020 ist ein Anstieg der Fallzahlen altersassoziierter Erkrankungen zu erwarten (s. Tabelle 1).

Tab. 1 Veränderung in Prozent (und absolut) der Fallzahlen für Erkrankungen in M-V 2005 bis 2020 basierend auf Bevölkerungsprognosen des Rostocker Zentrums und des Statistischen Amtes M-V

	Rostocker Zentrum	Stat. Amt M-V
Prävalenz		
Hypertonie	+6,2% (+38.568)	+5,2% (+32.003)
Diabetes	+21,4% (+25.219)	+19,7% (+23.206)
Myokardinfarkt	+28,3% (+11.584)	+25,8% (+10.573)
Schlaganfall	+18,0% (+5.646)	+16,3% (+5.100)
Osteoporose	+19,5% (+13.006)	+18,7% (+12.423)
Demenzen	+91,1% (+17.555)	+80,2% (+15.453)
Inzidenz		
Krebs (Dickdarm)	+31,0% (+225)	+28,6% (+208)
Krebs gesamt	+22,6% (+1.948)	+20,6% (+1.776)

Der aufgrund der demografischen Alterung der Bevölkerung steigenden Morbiditätslast trotz sinkender Bevölkerungszahlen steht gegenüber, dass bspw. von den im Jahr 2006 in Mecklenburg-Vorpommern tätigen 1138 Hausärzten 40,6% (462 Ärzte) bis zum Jahr 2020 das Alter von 68 Jahren erreichen und somit voraussichtlich altersbedingt ausscheiden werden.

Bei der Entwicklung des medizinischen Versorgungsbedarfs gibt es außerdem große regionale Unterschiede: Während bspw. nach der Bevölkerungsprognose des Rostocker Zentrums in der Region Greifswald die zu erwartenden Fallzahlen mit der Erkrankung Diabetes von 2005 bis 2020 um 14,9% steigen werden, erhöhen sich die Fallzahlen in dem gleichen Zeitraum im Landkreis Bad Doberan voraussichtlich um 50,5%. Akzentuiert werden diese Unterschiede zusätzlich dadurch, dass im Landkreis Bad Doberan voraussichtlich 59,3% der Hausärzte bis 2020 altersbedingt ihre Zulassung zurückgeben werden, jedoch lediglich 28,6% der Hausärzte in Greifswald.

In der SHIP-Studie hat sich eine starke Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Hausärzten sowie bestimmter Facharztgruppen (z.B. Internisten und Urologen) gezeigt. So gaben bspw. 84,1% der 80 bis 84-Jährigen an, im letzten Jahr einen Hausarzt aufgesucht zu haben, jedoch lediglich 58,3% der 25 bis 29-Jährigen, die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte betrug bei den 80- bis 84-Jährigen 9,4 gegenüber 2,2 Arztkontakten pro Jahr bei den 25- bis 29-Jährigen.

Ausgehend von den Ergebnissen zur Inanspruchnahme wurden die Anzahl der Arztkontakte bis 2020 sowie die Veränderung gegenüber dem Basisjahr 2005 hochgerechnet (s. Tabelle 2).

Tab. 2 Veränderung in Prozent (und absolut) der Anzahl der Arztkontakte in M-V in den Facharztgruppen 2005 bis 2020 basierend auf Bevölkerungsprognosen des Rostocker Zentrums und des Statistischen Amtes M-V

	Rostocker Zentrum	Statistisches Amt M-V
Hausarzt	+8,4% (+336.353)	+7,2% (+290.874)
Internist	+15,0% (+202.440)	+13,5% (+181.970)
Gynäkologe*	-12,3% (-93.458)	-12,7% (-96.315)
Urologe**	+20,7% (+110.925)	+18,5% (+99.160)

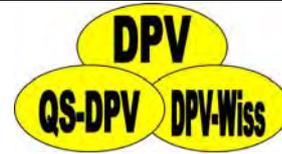
* nur Frauen

** nur Männer

Die Anzahl der Arztkontakte wird bei den betrachteten Arztgruppen mit Ausnahme der Gynäkologen zunehmen. Ausgehend von diesen Hochrechnungen ergibt sich in M-V für 2020 ein Wiederbesetzungsbedarf von insgesamt 553 Hausärzten (nach Bedarfsplanungs-Richtlinie von 372 Ärzten). Ebenso wären entsprechend Bedarfsplanung lediglich vier Arztsitze mit Urologen in drei Planungskreisen wieder zu besetzen, nach den erstellten Hochrechnungen auf Basis der Inanspruchnahme jedoch 28 Arztsitze in zehn Planungskreisen. Vergleichbare Unterschiede ergeben sich auch für weitere Facharztgruppen.

Schlussfolgerungen: Für die Bedarfsplanung ist es notwendig, die Veränderungen der Inanspruchnahme v. a. infolge der relativen und absoluten Zunahme älterer Menschen in der Bevölkerung mit einzubeziehen und zu berücksichtigen.

Veröffentlichungen: Die Ergebnisse zu den Morbiditätshochrechnungen werden demnächst in dem Deutschen Ärzteblatt erscheinen: Siewert,U.; Fendrich,K.; Doblhammer-Reiter,G.; Scholz,R.; Schuff-Werner,P.; Hoffmann,W. Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern - Hochrechnung der Fallzahlen altersassoziierter Erkrankungen bis 2020 auf der Basis der Study of Health in Pomerania (SHIP). Deutsches Ärzteblatt (in press).

**Projekttitle**

Verändern sich nach Einführung neuer Rahmenbedingungen (DRGs und DMPs) Prozess- und Ergebnisparameter der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Typ 1-Diabetes in Deutschland?

Institutionen

Deutsches Diabeteszentrum, Inst. für Biometrie und Epidemiologie
Medizinische Fakultät der Universität Ulm, Abt. Epidemiologie

Projektdauer

11/2006-03/2009

Projektleiter/in, Ansprechpartner/in

PD Dr. Dr. Andrea Icks
Prof. Dr. Reinhard Holl

Kontakt

icks@ddz.uni-duesseldorf.de

Ziele des Projekts

- die Evaluation von Veränderungen in Häufigkeit, Dauer und Gründen stationärer Aufenthalte
a.) im Zeitraum der Einführung der DRGs und
b.) im Zeitraum der Einführung des DMP für den Typ 1-Diabetes,
- die Evaluation von Veränderungen in der Häufigkeit diabetesspezifischer ambulanter Kontakte,
- die Beobachtung von potentiell assoziierten Veränderungen in den Versorgungsergebnissen, insbesondere der Stoffwechseleinstellung (HbA1c-Wert, Hypoglykämie- und Ketoazidose-Rate),
- die Analyse von Zusammenhängen der Zielp Parameter zu Alter der Patienten, Diabetesdauer und zur sozialen Lage.

Hintergrund, Hypothesen

Seit 2003 wurden DRGs flächendeckend eingeführt. 2004 startete die Einführung von DMPs für den Typ 1-Diabetes. Der kindliche Typ 1-Diabetes ist ein Beispiel für eine verhältnismäßig seltene chronische Erkrankung, die spezifische Anforderungen an die Versorgung stellt. Es wurde bisher nicht untersucht, ob sich mit Einführung von DRGs und DMPs Änderungen der Versorgung ergeben haben, die potentiell mit den veränderten Rahmenbedingungen in Zusammenhang stehen.

Vorgehen, Verfahren

Die Untersuchungen wurden an einer Kohorte von rund 35.000 Kindern aus fast 200 pädiatrischen Behandlungseinrichtungen im Zeitraum 2000 bis Mitte 2008 durchgeführt. Basis sind die Daten der DPV-Initiative (prospektive Qualitätsdokumentation, seit 10 Jahren kontinuierlich anonymisierte Patientenverläufe von Kindern und Jugendlichen aus Deutschland). Zielvariablen und der Zusammenhang zum Zeitpunkt der Einführung von DRGs und DMPs und konfundierenden Variablen wurden mittels multipler Analysen (GEE-Modelle unter Berücksichtigung von repeated measures und Cluster-Adjustierung) analysiert.

Erwartete Ergebnisse

Chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus erfordern sowohl interdisziplinäre ambulante als auch in Krisensituationen stationäre Betreuungskomponenten.

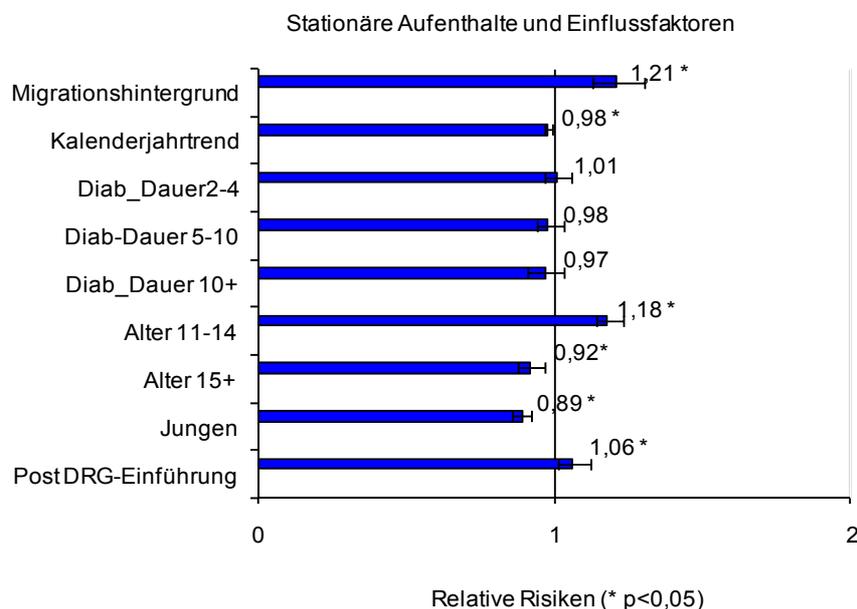
Eine Prüfung von „Effekten“ im engen Sinne lässt sich nur mit – hier nicht machbaren – randomisierten kontrollierten Studien durchführen. Die Ergebnisse der vorliegenden prospektiven Beobachtungsstudie mit adjustiertem vorher-nachher-Vergleich lassen sich nicht kausal interpretieren, geben aber wichtige Hinweise auf potentielle Veränderungen, die sich im Zeitraum und möglicherweise in Zusammenhang mit DRG- und DMP-Einführung beobachten lassen und detaillierter analysiert werden sollten. Die Ergebnisse des geplanten Vorhabens können somit dazu dienen, strukturelle Bedingungen zu diskutieren und ggf. anzupassen.

Ergebnisse des Projekts

Von 130 der 173 stationären Behandlungseinrichtungen (75%) konnten Angaben zur Einführung von DRGs gewonnen werden. 87 von insgesamt 191 stationären und ambulanten Einrichtungen gaben an, am DMP Typ 1 Diabetes teilzunehmen. Beide Patientenkollektive unterschieden sich in zentralen Parametern nicht (53% männlich, Alter bei Erstkontakt 10 Jahre, Diabetesdauer 2 Jahre, 6% mit Migrationshintergrund). Die **Deskription** der Studienpopulationen im Gesamtzeitraum zeigt plausible und erwartete Ergebnisse (mittlerer HbA1c 7,7% bzw. 7,8%, Inzidenzen (jeweils pro Person/Jahr) 0,25 für schwere Hypoglykämien, 0,053 für Ketoazidosen; 5,3 ambulante Kontakte, 0,45 stationäre Aufenthalte, 2,77 stationäre Tage pro Person/Jahr).

In den deskriptiven Ergebnissen sanken der mittlere HbA1c, die Inzidenz von Hypoglykämien, ambulante Kontakte und stationäre Aufenthalte und Tage ab, die Inzidenz von Ketoazidosen blieb konstant.

Im Rahmen der **multiplen Analysen** zeigten sich nur geringe, wenn auch (wegen der großen Fallzahlen) teils signifikante Veränderungen mit den Zeitpunkten der DRG- bzw. DMP-Einführung. Stationäre Aufenthalte und ambulante Kontakte stiegen mit DRG-Einführung an; mit Einführung von DMPs stiegen die ambulanten Kontakte. Die Änderungen der Outcome-Indikatoren HbA1c und Hypoglykämien war uneinheitlich, aber gering, Ketoazidosen blieben unverändert. Deutlich zeigte sich der Zusammenhang zwischen ungünstigen Ergebnissen und dem Pubertätsalter sowie einem Migrationsstatus. Die Abbildung zeigt exemplarisch die Ergebnisse der multivariaten Analyse für DRG-Einführung und stationäre Aufenthalte.



Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse weisen auf nur geringe Veränderungen in den Zielvariablen mit Einführung von DRGs und DMPs hin. Die Interpretation der Ergebnisse sollte vorsichtig erfolgen und berücksichtigen:

(1) Es ist davon auszugehen, dass weitere Einflussfaktoren wirksam werden, auch wenn relevante konfundierende Faktoren einbezogen sind und für das Kalenderjahr adjustiert wurde. Andere Effekte wie z.B. Patientenselektion können nicht ausgeschlossen werden.

(2) Die Studie entspricht einem Vorher-Nachher-Vergleich, wobei für relevante Faktoren einschließlich Kalenderjahr adjustiert wurde. Schlussfolgerungen im Hinblick auf „kausale Zusammenhänge“ können daraus nicht geschlossen werden. Jedoch sind die gefundenen Zusammenhänge Ausgangspunkte für spezifische Diskussion und ggf. weitere detailliertere Analysen.

(3) Starke Abhängigkeiten zwischen den berücksichtigten Einflussfaktoren können dazu führen, dass sich die Einflüsse der Faktoren nicht eindeutig voneinander trennen lassen.

Zusammenhänge zwischen Zielvariablen und Alter, Geschlecht, Diabetesdauer und Migrationsstatus waren deutlich stärker ausgeprägt. Insbesondere für Jugendliche im Pubertätsalter und solche mit Migrationshintergrund fand sich eine signifikant ungünstigere Situation. Diese Patientengruppen erfordern besondere Betrachtung in der Versorgung.

Zur Wahrnehmung und Bewertung von Leistungs- begrenzung und IGe-Leistungen in Arztpraxen:

Ein bevölkerungsbezogener zweistufiger Survey in zwei
westdeutschen Regionen (Lübeck, Freiburg i. Br.)

Durchführende Institution

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Institut für Sozialmedizin
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Projektlaufzeit

01.07.2006 – 30.06.2009
Förderkennzeichen 06-72

Projektleiter

Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe und
E-Mail: heiner.raspe@uk-sh.de
Tel: 0451 – 500 5871
Fax: 0451 – 500 5872

Dr. rer. hum. biol. Susanne Richter
E-Mail: susanne.richter@uk-sh.de
Tel: 0451 – 500 5853
Fax: 0451 – 500 5872

Hintergrund

Vor ca. zehn Jahren wurde das Konzept individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) entwickelt. Verbindliche Definitionen, Abgrenzungen und Kataloge existieren nicht. Gesetzlich Krankenversicherte berichten zunehmend Erfahrungen mit IGeL (2001: 9%, 2008: 27%; WIdO 2008) und Leistungsbegrenzungen (LB). Unklar ist, wie häufig beides zusammen vorkommt und wie sich beide Entwicklungen auf das Gesundheitssystem, seine Akteure und ihre Beziehungen auswirken. Beide Phänomene werden in der Öffentlichkeit kontrovers, häufig kritisch und teilweise polemisch diskutiert. Untersucht wurden die Häufigkeit, soziodemographischen Determinanten, Auswirkungen von IGeL und Leistungsbegrenzungen, Defizite und Vorschläge zum ärztlichen Umgang mit beiden Phänomenen, die sich auch an den zehn Hinweisen der Bundesärztekammer zur Erbringung von IGeL orientierten (BÄK 2006).

Ziele des Projektes

- Abgrenzung und operationale Definition von Leistungsbegrenzungen und IGeL
- Ermittlung ihrer Häufigkeiten einzeln und in Kombinationen
- Zusammenhang mit soziodemographischen Merkmalen und dem Gesundheitszustand
- Prüfung auf regionale Unterschiede
- Defizite, Auswirkungen und Vorschläge aus Sicht GKV-Versicherter
- Vertiefung quantitativer Ergebnisse durch qualitatives Material (Fokusgruppenarbeit)

Methodik

Stufe 1: postalischer Bevölkerungssurvey

- Fragebogenerstellung (kognitive Interviews, postalische Pretests)
- systematische Stichproben (à n=2450) aus den Einwohnermelderegistern Lübecks und Freiburgs i.Br.
- Einschluss: Alter 20-79 Jahre, deutsche Staatsbürgerschaft, Erstwohnsitz Lübeck/Freiburg
- Response 53% (n=2606, davon n=2120 GKV)
- Inhalte: Arztbesuche, Erfahrungen mit LB und IGeL, Soziodemographie, Gesundheitszustand

Stufe 2: vertiefende/ergänzende Fokusgruppen

- 7 leitfadengestützte Fokusgruppen (n=50)
- purposive sampling (Erfahrungen mit IGeL/LB)
- Stratifizierung: Stadt, Geschlecht, Schulbildung
- Homogenisierung: Alter, Gesundheitszustand
- Tonbandaufnahme, vollständig Transkription, thematisches Codieren, Inhaltsanalyse (MaxQDA)
- Inhalte: Erleben, Auswirkungen, Vorschläge aus Sicht GKV-Versicherter

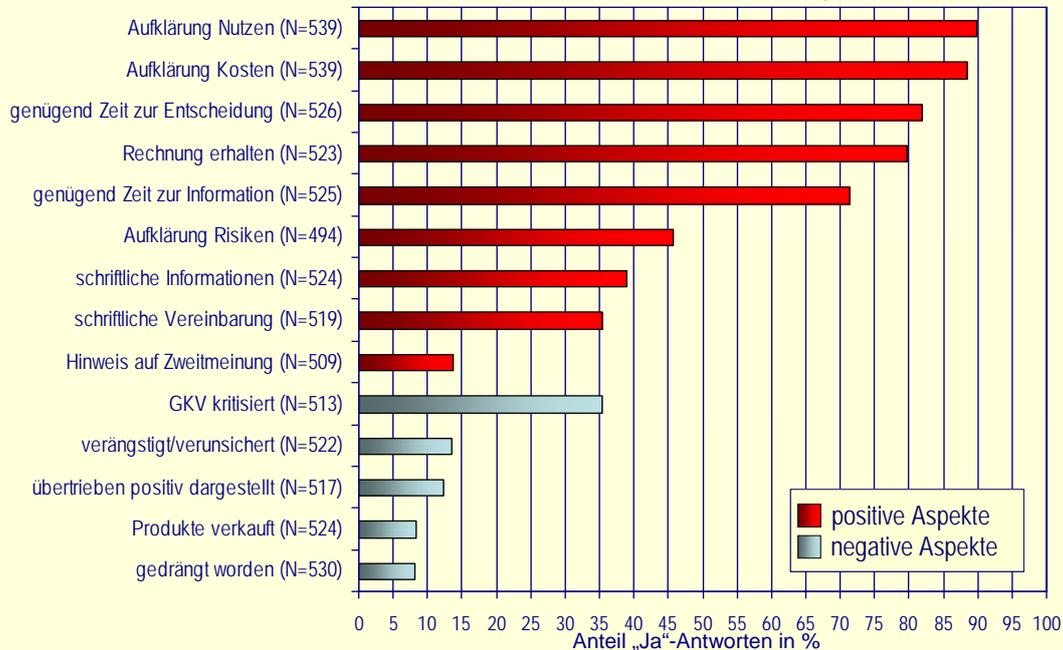
Ergebnisse I: postalischer Survey

Angaben zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

- unter den GKV-Versicherten mit Arztbesuch im Jahr vor der Befragung (N=1899) gaben 41% an, bei mindestens einem dieser Arztbesuche eine IGeL angeboten bzw. selbst nachgefragt zu haben; N=601 machten detaillierte Angaben zu IGeL:
- IGeL wurden häufiger vom Arzt angeboten als vom Patienten selbst erbeten

Bewertung der Durchführung der IGeL n=601 mit Arztbesuch und IGeL in den letzten 12 Monaten

(BÄK 2006, Richter et al. 2009)



Angaben zu Leistungsbegrenzungen

- unter den GKV-Versicherten mit Arztbesuch im Jahr vor der Befragung (N=1899) gaben 20 % an, bei mindestens einem dieser Arztbesuche eine medizinische Leistung/Verordnung nicht erhalten zu haben, obwohl sie sie ihrer Meinung nach benötigt hätten; N=238 machten detaillierte Angaben zu LB:
- v.a. bei Orthopäden, Praktischen/Allgemeinärzten und Augenärzten (Heilmittel und Medikamente)
- 43 % der Patienten wurde die begrenzte Leistung als IGeL angeboten (N=101), zwei Drittel der Patienten gingen auf das Angebot ein, ein Drittel lehnte die IGeL (v.a. wegen zu hoher Kosten) ab

Ergebnisse II: Fokusgruppen

- mangelnde Aufklärung (Nutzen, Risiken, Kosten)
- mangelnde Transparenz (GKV-Leistungskatalog vs. Zusatzleistung, Indikation, Abrechnung)

Auswirkungen und medizinethische Implikationen von IGeL (Raspe 2006)

Arztrolle, Profession Wandel der Arztrolle vom Helfer zum Geschäftsmann • positiv/verständnisvoll („Geschäftsmann“) vs. • negativ („Dollarzeichen in den Augen“)	Patientenrolle Wandel vom Patienten zum Kunden • positiv („Kunde König“) vs. • negativ („laufende Geldquelle“)	Arzt-Patienten-Beziehung Vertrauensverhältnis • beeinträchtigt („doppelte Abrechnung“) vs. • nicht beeinträchtigt („volles Vertrauen“)	Bild der GKV • Intransparenz des GKV-Leistungskatalogs • Willkürlichkeit • Misstrauen • Bruch eines Wohlfahrtsversprechens	Grundlagen medizinischer Methoden • Nutzen von IGeL unzureichend / nicht überprüft • fehlende Information • fehlende Entscheidungshilfen	Verständnis der Medizin ihrer Ziele IGeL erweitern den (krankheitsorientierten) Fokus der Medizin • positiv („Lifestyle / Luxus“) vs. • negativ („Verkäufer“)
--	--	--	---	--	---

Vorschläge/Forderungen

- transparenter GKV-Leistungskatalog
- Erarbeitung eines transparenten IGeL-Katalogs und IGeL-Informationsmaterialien durch eine „neutrale Instanz“
- offene Diskussion zu LB
- in der Arztpraxis:**
- Aufklärung!, Informations- und Bedenkzeit
- uneinheitliche Vorstellungen zur IGeL-Initiierung (Arzt, Arzthelferin, Patient)
- transparente Abrechnung

Schlussfolgerungen

- Regulierungsbedarf, offene Debatte
- Intransparenz und Aufklärungs-/Informationsdefizite begünstigen Misstrauen
- Gesundheitsmarkt: Gefahr ungleichmäßiger Versorgung, für Wunsch-/Serviceleistungen befürwortet
- hoher Bedarf an Aufklärung und unabhängiger Information/Beratung
- IGeL- und GKV-Leistungskataloge

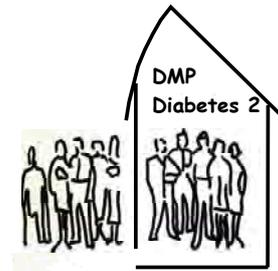
Projekttitle:

DMP Diabetes 2: Einschluss- und Umsetzungsqualität



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin



Einschluss- & Umsetzungsqualität

Projektleiter:

Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz
Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Projektdauer (Beginn/Ende):

1.10.2006 – 31.12.2009

Projektmitarbeiter:

Dipl. Soz. Ingmar Schäfer
Dr. med. Claudia Küver
Dipl.-Psych. Benjamin Gedrose

Kontakt Daten:

kaduszki@uke.uni-hamburg.de

Ziele des Projektes:

Untersuchung der Prozess- und Ergebnisqualität des DMP Diabetes Typ 2 in der hausärztlichen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung der Einschlussqualität von Patienten in das Programm

Hintergrund/Fragestellung:

1. Zu Projektbeginn waren nur etwa 50% aller Typ 2 Diabetiker in das DMP Diabetes 2 eingeschlossen. Es stellt sich die Frage nach der **Einschlussqualität**: Erreicht das Programm diejenigen, die davon profitieren können?
2. Die bisherigen Evaluationsansätze verglichen die DMP nur untereinander und nicht mit der Regelversorgung. Ein Vergleich mit der Regelversorgung ist aber eine unabdingbare Voraussetzung für die Beurteilung des bevölkerungsbezogenen Nutzens der DMP. Die **Umsetzungsqualität** wird wie folgt untersucht:
 - Werden die beabsichtigten Veränderungen des Versorgungsprozesses (z.B. regelmäßige Konsultationen) tatsächlich umgesetzt (Prozessqualität)?
 - Unterscheiden sich Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer hinsichtlich therapeutischer Zielgrößen (Ergebnisqualität)?

Vorgehen/Verfahren: zweiarmige Studie

- 1) Telefonische Befragung von Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK):
Im Abstand von 12 Monaten wurden am DMP teilnehmende und nicht teilnehmende Versicherte zweimal telefonisch befragt.
- 2) Auswertung hausärztlicher Daten:
In Hausarztpraxen wurden anonymisierte Daten von DMP-Teilnehmern und Nichtteilnehmern erhoben.

Aktueller Stand des Projektes (April 2011)

1. Telefonische Versichertenbefragung

Das Projekt ist abgeschlossen und die Ergebnisse sind frei zugänglich publiziert:

Schäfer I, Küver C, Gedrose B, Hoffmann F, Ruß-Thiel B, Brose HP, van den Bussche H, Kaduskiewicz H. The disease management program for type 2 diabetes in Germany enhances process quality of diabetes care – a follow-up survey of patient's experiences. BMC Health Services Research 2010, 10:55 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/55>

Kurzfassung der Ergebnisse

Prozessqualität der Behandlung zur Baseline

- Basierend auf den Angaben der GEK zum DMP-Teilnahmestatus wurden die Interviews von 444 Teilnehmern und 494 Nicht-Teilnehmern ausgewertet
- Entsprechend der subjektiven Angaben der Befragten erhalten DMP-Teilnehmer signifikant häufiger folgende Leistungen (Odds Ratio; 95% Konfidenzintervall):
 - Diabetes-Schulungen (3,4; 2,5-4,6)
 - Regelmäßige Konsultationen (3,3; 2,2-5,1)
 - Jährliche Überweisung zum Augenarzt (3,4; 2,2-5,4)
 - Jährliche Fußuntersuchung (3,1; 2,2-4,4)
 - Diabetespass (2,4; 1,7-3,2)

Zudem werden DMP-Teilnehmer eher von einem Diabetologen behandelt (2,0; 1,4-2,9).

Prozessqualität der Behandlung ein Jahr später

- Von den 938 in die Analysen zur Baseline eingeschlossenen Patienten konnten ca. ein Jahr später 696 (74,2%) wieder interviewt werden.
- Auch nach einem Jahr berichteten die DMP-Teilnehmer signifikant häufiger folgende Leistungen erhalten zu haben (Odds Ratio; 95% Konfidenzintervall):
 - Diabetes-Schulungen (2,1; 1,5-3,0)
 - Regelmäßige Konsultationen (3,1; 1,8-5,3)
 - Jährliche Fußuntersuchung (3,2; 2,0-4,9)
 - Diabetespass (2,1; 1,5-3,0)

Ergebnisqualität

Anders als bei der Prozessqualität fanden sich hinsichtlich der Ergebnisqualität weder zur Baseline, noch zum Follow-up Unterschiede zwischen DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern. Dennoch berichteten 16-36% der DMP-Teilnehmer von subjektiven Verbesserungen in mindestens einem der folgenden Bereiche: medizinische Versorgung, Körpergewicht, HbA1c und Blutdruck. Auch sahen zu beiden Zeitpunkten rund 50% der DMP-Teilnehmer einen hohen bis sehr hohen Nutzen des Programms für sie persönlich.

Fazit

Das DMP für Typ 2 Diabetes erhöht die Prozessqualität der medizinischen Versorgung von Patienten mit Typ 2 Diabetes. Subjektiv gibt rund ein Drittel der DMP-Teilnehmer Verbesserungen von Ergebnisparametern an. Diese Einschätzung wird durch den Vergleich von Ergebnisparametern zwischen DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern nicht bestätigt. Dennoch legen die Ergebnisse nahe, dass das DMP für Typ 2 Diabetes einen Nutzen für die teilnehmenden Patienten darstellt und daher nicht aufgegeben werden sollte, solange kein besseres Betreuungsprogramm existiert.

2. Auswertung hausärztlicher Patientendaten

Das Projekt ist abgeschlossen und die Ergebnisse sind frei zugänglich publiziert:

Schäfer I, Küver C, Gedrose B, von Leitner EC, Treszl A, Wegscheider K, van den Bussche H, Kaduszkiewicz H. Selection effects may account for better outcomes of the German Disease Management Program for type 2 diabetes. BMC Health Serv Res. 2010 Dec 31;10:351.

Einschlussqualität

Hauptfragestellung in diesem Studienarm war die Einschlussqualität in das DMP Diabetes Typ 2. Es wurde die viel diskutierte Frage untersucht, ob beim Einschluss ins DMP Selektionsmechanismen wirksam sind, die zur Folge haben, dass DMP-Teilnehmer sich von Nicht-Teilnehmern unterscheiden - ganz unabhängig vom DMP.

Methodik

Von DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern wurden Daten aus der hausärztlichen Dokumentation zu zwei Zeitpunkten erhoben: aktuell sowie vor Einschreibung in das DMP bzw. bei Nicht-Teilnehmern zu einem vergleichbaren Zeitpunkt (30.6.2005). Das Vorhandensein und ggf. die Richtung einer Patientenselektion wurden mittels einer multivariaten, logistischen Regressionsanalyse untersucht.

Ergebnisse

Patienten mit den folgenden Merkmalen wurden eher in das DMP eingeschlossen (Odds Ratio; 95% Konfidenzintervall):

- Nichtraucher (1,97; 1,11-3,48)
- Patienten mit niedrigerem Blutdruck (1,79; 1,15-2,81 für 120 vs. 160mmHg)
- Patienten, die Blutzuckerkontrollen mit Bluttteststreifen durchführen (1,69; 1,03-2,76)
- Patienten, die vor Einschluss ins DMP an einer Diabetesschulung teilgenommen hatten (2,32; 1,29-4,19)
- Patienten mit oraler, antidiabetischer Medikation (2,17; 1,35-3,49)
- Patienten mit einer vom Hausarzt als hoch eingeschätzten Behandlungsmotivation (4,55; 2,21-9,36 für hohe vs. niedrige Motivation)

Diskussion

Zur Baseline hatten zukünftige DMP-Teilnehmer ein geringeres Risiko für die Entwicklung diabetischer Komplikationen, wurden intensiver behandelt und waren aktiver und stärker motiviert bei der Behandlung ihres Diabetes als zukünftige Nicht-Teilnehmer.

Die Ergebnisse bestätigen (zum ersten Mal) die Hypothese einer Selektion von Patienten mit besserer Prognose in das DMP. Das hat für die Versorgungsforschung zur Folge, dass der Nachweis einer Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit des DMP mit den bisher durchgeführten Studien nicht geführt werden kann, denn bei etwaigen Unterschieden zwischen DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ist nicht zu klären, ob die Unterschiede auf die Teilnehmer oder auf das Programm zurück zu führen sind. Strategien für den forschungsmethodischen Umgang mit diesem Problem werden in der Publikation diskutiert. Für die weitere Umsetzung des DMP im Praxisalltag sollten Maßnahmen ergriffen werden, um auch Patienten mit einem hohen Risiko für Komplikationen ins Programm einzuschließen.



T H E M E N F E L D 3

**Wechselwirkung zwischen arztseitigen
Faktoren und Versorgungsrealität
("Physician factor")**

Projekttitle:

Analyse von Anreizen für die Niederlassung von Ärzten mit besonderer Berücksichtigung der Versorgung in strukturschwachen Regionen

Institution:

Professur für Gesundheitsökonomie der Universität Leipzig

Projektdauer (Beginn/Ende):

April bis Dezember 2007

Projektleiter bzw. Ansprechpartner:

Prof. Dr. Hans-Helmut König, MPH
Dipl.-Psych. Oliver Günther

ggf. Kontaktdaten:

Professur für Gesundheitsökonomie,
Liebigstr. 26, 04103 Leipzig

E-Mail:

hans-helmut.koenig@medizin.uni-leipzig.de

Ziele des Projektes:

Ziel des Projektes ist die Analyse der Anreizwirkung von monetären und nicht-monetären Merkmalen auf die Niederlassungsentscheidung von Ärzten.

Hintergrund/Hypothesen:

Trotz in der Vergangenheit insgesamt gestiegener Ärztezahlen ist eine punktuelle Unterversorgung insbesondere in der hausärztlichen Versorgung für strukturschwache Regionen zu beobachten. Es werden deshalb vermehrt Informationen darüber benötigt, welche Anreize in welcher Stärke und in welcher Kombination eine bedarfsgerechte Steuerung der Niederlassung von Ärzten ermöglichen.

Vorgehen/Verfahren:

Im Rahmen einer qualitativ orientierten Analyse wurden mittels 22 semi-strukturierter Interviews von jungen, vor einer Niederlassungsentscheidung stehenden Assistenzärzten sechs Merkmale und ihre Ausprägungen identifiziert, die eine Niederlassung beeinflussen. Aus diesen Merkmalen wurden nach experimentellen Designregeln 24 verschiedene Praxisalternativen beschrieben.

In einer postalischen Befragung wählte eine Stichprobe von 5026 Assistenzärzten aus fünf verschiedenen Landesärztekammern, die noch keine Gebietsbezeichnung hatten und deren Alter unter 40 Jahren lag, aus jeder vorgestellten Praxisalternative das jeweils beste und das jeweils schlechteste Merkmal in seiner entsprechenden Ausprägung aus. Aus diesen Auswahlentscheidungen wurde mittels eines "Random Utility Modells" der durchschnittliche Nutzen eines Merkmals in seiner jeweiligen Ausprägung geschätzt.

Ergebnisse/Transferpotenzial:

Die zu bewertenden Modellszenarien unterschieden sich hinsichtlich der Merkmale „Berufliche Kooperation“ (z. B. Gemeinschaftspraxis, Ärztehaus, Einzelpraxis), „Einkommen“, „Berufliche Zukunft des Partners am Einsatzort“, „Schul-/Betreuungsangebote für Kinder“, „Freizeitmöglichkeiten“ sowie „Bereitschaftsdienste“. Die Studie zeigt, dass in der untersuchten Stichprobe von 5026 vor einer Niederlassungsentscheidung stehenden Assistenzärztinnen und -ärzten das monatliche Nettoeinkommen als einflussreichstes niederlassungsrelevantes Merkmal beurteilt wurde.

Darüber hinaus hatten die Anzahl der zu leistenden Bereitschaftsdienste und das Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder einen bedeutenden Einfluss auf eine Niederlassungsentscheidung.

Das in der Untersuchung angewandte „Discrete Choice Modell“ ermöglicht es bzgl. der Ergebnisdarstellung grundsätzlich, alle Merkmale untereinander „umzurechnen“. Ergebnisse können also beispielsweise in Aussagen formuliert werden wie „Bei sonst gleichen Bedingungen würde ein durchschnittlicher Befragter eine Niederlassung in einer Landpraxis erwägen, wenn die Zahl der monatlichen Bereitschaftsdienste unter xy liegt“, oder entsprechend „... wenn das monatliche Einkommen über xy Euro liegt“ etc. Für die folgende Ergebnisdarstellung wurde i. d. R. die besonders anschauliche Umrechnung in die Einheit „Einkommen in Euro“ gewählt.

Die Studie zeigt ein deutliches Gefälle in der Beliebtheit von Landpraxen im Vergleich zu Stadtpraxen. Der negative Anreiz, sich auf dem Land niederzulassen, ist so hoch, dass man einen Assistenzarzt/eine Assistenzärztin, der bzw. die sich nicht auf dem Land niederlassen möchte, auch mit monetären Anreizen kaum umstimmen kann.¹

Die Antworten der Befragten unterschieden sich jedoch, je nachdem, ob ein Mann oder eine Frau befragt wurde bzw. ob er oder sie Kinder hat oder nicht. Ledigen männlichen Assistenzärzte ohne Kinder, die eher in der Stadt aufgewachsen sind, ist die Höhe des Einkommens besonders wichtig. Die Befragungsergebnisse zeigen aber auch hier, dass Befragte aus dieser Gruppe kaum durch monetäre Anreize umgestimmt werden können. In der Logik der Modellrechnung entspricht die Stärke der Ablehnung gegenüber einer Niederlassung auf dem Land einem Zusatzeinkommen von rechnerisch rund 7700 Euro. D. h., es ist nahezu unmöglich, selbst Befragte, denen das Einkommen besonders wichtig ist, durch monetäre Anreize zu einer Niederlassung auf dem Lande umzustimmen.

Hat die Landpraxis verschiedene Vorzüge, z. B. die Anzahl der Bereitschaftsdienste bleibt auf 2 pro Monat beschränkt und das Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder befindet sich direkt vor Ort, können sich deutlich mehr Befragte vorstellen, sich auf dem Land niederzulassen. Die Stärke der Ablehnung entspricht in der Logik der Modellrechnung rechnerisch nur noch einem Zusatzeinkommen von etwa 5000 Euro, in der Subgruppe der ledigen männlichen Assistenzärzte ohne Kinder sinkt die Stärke der Ablehnung auf eine rechnerische Entsprechung in Höhe von etwa 4000 Euro zusätzlichen Einkommens.

Die Studie zeigt, dass Entscheidungsträgern für eine direkte anreizorientierte Steuerung der Niederlassungsbereitschaft auf dem Land neben der Höhe des Einkommens vor allem eine arbeitnehmerfreundliche Planung der zu leistenden Bereitschaftsdienste zur Verfügung steht.

¹ Im Rahmen der Befragung musste man in den vorgelegten Modellszenarien dem durchschnittlichen Befragten rein theoretisch ein zusätzliches monatliches Nettoeinkommen von 8800 Euro zahlen, damit er oder sie sich entgegen der ursprünglichen Präferenz für eine Stadtpraxis im Modell für eine Niederlassung auf dem Land umstimmen ließ. Im Ergebnis heißt das, dass eine Umstimmung mit monetären Anreizen nahezu unmöglich ist.

Veröffentlichungen:

- Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH (2010). The role of monetary and non-monetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany. *Health Serv Res* 45(1):212-229.
- Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller S, König HH (2010). Analyse von Anreizen für die Niederlassung von Ärzten. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Reihen-Hrsg.) und Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). *Report Versorgungsforschung (Band 2). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 419-436.

Projekt ÄsQuLAP

Arbeit und Gesundheit von Klinikärzten - Qualität der Arbeit und ihre Wechselwirkung zur Patientenversorgung

**Projektleitung:**

PD Dr. med. Peter Angerer

Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und
Umweltmedizin, Klinikum der
Ludwig-Maximilians-Universität München

PD Dr. phil. Jürgen Glaser

Dr. Matthias Weigl

Dr. Severin Hornung

Dr. Francesco Pedrosa-Gil

Beginn: Dezember 2006

Ende: April 2009

Ansprechpartner:

Dr. Matthias Weigl

Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial-
und Umweltmedizin, LMU München
Ziemssenstr. 1, 80336 München

Tel.: 089 – 5160 5311

matthias.weigl@med.lmu.de

ZIELE DES PROJEKTS

Analyse und Beeinflussung des wechselseitigen Zusammenhangs folgender Faktoren:

- Arbeitsmerkmale und deren Wirkungen auf Gesundheit und Zufriedenheit von Klinikärzten,
- Arzt-Patient-Interaktion,
- Qualität der ärztlichen Versorgung aus Sicht der Patienten.

HINTERGRUND

- **Ärztliche Arbeitsbelastungen im Krankenhaus:** Ärztliche Arbeitsbelastungen erhöhen und verdichten sich zunehmend (u.a. durch Zunahme von Dokumentationsaufgaben)
- **„Ungesunde“ Ärzte:** Ärzte erkranken häufiger an Depression und Angststörungen und zeigen vermehrt Symptome von Burnout und verminderter Arbeitsmotivation.
- **Arzt-Patient-Interaktion:** Diese Beziehung ist entscheidend für die Versorgungsqualität und hängt maßgeblich von ärztlichen Arbeits- und Gesundheitsbedingungen ab.
- **Versorgungsqualität:** Auch zukünftig ist unter knapperen ökonomischen und zeitlichen Ressourcen für Patienten eine fach- und bedürfnisgerechte Versorgung zu gewährleisten.

ZWEISTUFIGES VORGEHEN

(1) Mehrjährige Kohortenstudie zu Arbeit und Gesundheit von Ärzten in Weiterbildung

Fragebogenerhebung bei mehreren hundert Ärzten an bayerischen Krankenhäusern.
Inhalte sind die Arbeitssituation sowie das gesundheitliche Befinden der Ärzte (u.a.
Arbeitsbelastungen, Arbeitszeit, Depression, Angst, Burnout, Substanzabhängigkeit)

**(2) Kontrollierte Interventionen – Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus
sowie Schulung zur Arzt-Patienten-Interaktion**

Analyse und gezielte Optimierung der Arbeitssituation in einem Kooperations-Krankenhaus.
Durchführung von Maßnahmen partizipativer Arbeitsgestaltung (Qualitätszirkel), mit dem
Ziel, Befinden und Gesundheit von Ärzten sowie die Versorgung der Patienten zu
verbessern (parallel Training zur Verbesserung der Arzt-Patient-Interaktion).

TRANSFERPOTENTIAL

Anhand vorliegender Ergebnisse lassen sich Ansätze ableiten, wie sich durch Analyse und
Gestaltung der ärztlichen Arbeitssituation die Arbeitsbedingungen, die Gesundheit der Ärzte,
die Arzt-Patient-Interaktion und die Versorgungsqualität positiv beeinflussen lassen.



VERLAUF DES PROJEKTS

(1) Kohortenstudie zu Arbeit und Gesundheit von Ärzten in Weiterbildung

- wiederholte Befragung von 507 Ärzten zur Arbeits- und Gesundheitssituation
- In Teilstichprobe: Bewertung der Patienten-Interaktionen aus eigener und Patientensicht
- Analyse der Befragungsergebnisse; Untersuchung zum Zusammenhang struktureller Merkmale der Einrichtungen und Befragungsergebnissen

(2) Kontrollierte Intervention – Gestaltung von Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

- Maßnahmen und Effektüberprüfung anhand eines Interventions-Kontrollgruppen-Designs
- Ist-Analyse: Schwachstellenanalyse zur Arbeits- und Befindenssituation der Ärzte im Modelkrankenhaus mittels Selbstauskünften in Fragebögen und durch Schichtbegleitungen, zur Versorgungsqualität mittels Patientenbefragung; Abschlussanalyse zur Effektkontrolle
- Intervention in zwei Fachabteilungen: Durchführung ärztlicher Qualitätszirkel

(3) Schulung zur Arzt-Patienten-Interaktion

- Vor- und Nachher Evaluation eines Arzt-Patienten-Interaktions-Trainings; durch von Arzt-, Patienten-, Fremdbewertungen

ERGEBNISSE

(1) Kohortenstudie zu Arbeit und Gesundheit von Klinikärzten in Weiterbildung

- Ungünstige Arbeitsbedingungen: Assistenten sind v.a. durch hohe Arbeitsmenge, erheblichen Zeitdruck, viele Unterbrechungen sowie Informationsprobleme belastet
- Günstige Arbeitsressourcen: Verantwortung, guter Umgang mit mangelnden Kenntnissen und Hilfe bei schwierigen Aufgaben schaffen eine gewisse Erleichterung
- Auf stabilem Niveau berichten 13% der Klinikärzte über erlebtes Mobbing
- Depressives Befinden: im Zeitverlauf weisen 10% der Ärzte kritische Depressionswerte auf

(2) Kontrollierte Intervention – Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

- Insbesondere folgende Schwachstellen der Ist-Analyse wurden im Qualitätszirkel bearbeitet: Informationsprobleme, Vorgesetztenfeedback, Arbeitsunterbrechungen
- Die Abschlussanalyse zeigt diesbezüglich tendenziell positive Effekte; Parallele Befragung zur Versorgungsqualität bei über 1000 Patienten weist auf Effektbereiche hin

(3) Schulung zur Arzt-Patienten-Interaktion

- Die Schulung wurden von den Teilnehmern sehr positiv bewertet; wegen geringer Gruppengrößen lassen sich nur tendenzielle Nutzeneffekte belegen

AUSGEWÄHLTE PUBLIKATIONEN

- Angerer, P., Petru, R., Nowak, D. & Weigl, M. (2008). Arbeitsbedingungen und Depression bei Ärzten. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 133, 26-29.
- Angerer, P., Petru, R., Weigl, M., Glaser, J. (2009). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärzten in der Weiterbildung. In F.W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten, Band 2 der Reihe ‚Report Versorgungsforschung‘ (S. 175-184). DÄV: Köln.
- Hornung, S., Rousseau, D. M., Glaser, J., Angerer, P. & Weigl, M. (2010) Beyond top-down and bottom-up work redesign: Customizing job content through idiosyncratic deals. J of Organizational Behaviour, 31, 187-215.
- Weigl, M., Müller, A., Zupanc, A. & Angerer, P. (2009). Participant observation of time allocation, direct patient contact, and simultaneous activities in hospital physicians BMC Health Services Research, 9:110.
- Weigl, M., Glaser, J., Hornung, S. & Angerer, P. (2009) Gestaltung ärztlicher Arbeit im Krankenhaus. In F.W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärzten (S. 359-371). DÄV: Köln.
-

Ausführliche Ergebnisse sind im Projekt-Abschlussbericht an die Bundesärztekammer dargestellt.
Vollständige Publikationsliste: <http://ampa.arbeits.klinikum.uni-muenchen.de>

Kurzfassung zum Endbericht

Vorhaben: Karriere- und Lebensplanung in der Medizin (KuLM-Studie): Studenten, Absolventen und junge Ärzte im Wandel des Gesundheitssystems - Eine prospektive Längsschnittuntersuchung“

Projektlaufzeit: 01.07.2006 bis 31.12.2009

Projektleiterin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Projektdurchführung: Dr. Susanne Dettmer

Institution: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie,
Thielallee 47, 14195 Berlin, medsoz@charite.de

1. Allgemeine Angaben

Die KuLM-Studie untersucht die Karriere- und Lebensplanung von Studierenden und Absolventen an der Charité - Universitätsmedizin Berlin vor dem Hintergrund des Gesundheitssystemwandels sowie im Vergleich zweier unterschiedlicher Ausbildungskonzepte (Regel- und Reformstudiengang Humanmedizin). Hierzu wurde ein mehrstufiges Forschungsdesign eingesetzt, das eine Querschnitts- mit einer prospektiven Längsschnittuntersuchung kombiniert. In die Querschnittserhebung wurden folgende Untersuchungsgruppen einbezogen: Studienanfänger des 1. und 2. Semesters sowie angehende Absolventen unmittelbar vor dem 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Ein Follow-Up beider Untersuchungsgruppen wurde wie angestrebt während der ersten zurückliegenden Förderphase realisiert. Die Forschungsergebnisse liefern Daten, die bisher für Deutschland in dieser Form noch nicht vorliegen.

2. Ziele und Erwartungen

Vorrangiges Ziel des Vorhabens ist es, vor dem Hintergrund der Reformen in der medizinischen Ausbildung und im Gesundheitssystem, die Karriereentwicklung der jungen angehenden Ärzte und deren maßgebliche Einflussfaktoren zu untersuchen. Mit Hilfe des Längsschnittdesigns sollen Entwicklungen mit Blick auf die Zufriedenheit, die Motivation, die Belastung, die sozioökonomische Lebenslage und die Fortentwicklung der Karriere- und Lebensplanung abgebildet werden. Die Untersuchungsparameter werden nicht nur einem Intergruppenvergleich unterzogen, sondern auch im Studiengangsvergleich (Regel- vs. Reformstudiengang) differenziert. Dabei ist auch von Interesse, inwieweit die Entwicklungen mit den vormaligen Plänen übereinstimmen und ggf. welche Gründe für ein Abweichen bestehen. Im retrospektiven Vergleich geht es auch um die Ermittlung von Erkenntnissen zur Passgenauigkeit der durch das Studium vermittelten Kompetenzen mit den Anforderungen des Berufes.

3. Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung

In *Vorbereitung* auf die Datenerhebung wurde zunächst eine gründliche Recherche zum Stand der Forschung durchgeführt, die in die Fragebogenentwicklung eingeflossen ist. Darüber hinaus wurden Praxiskontakte und Kooperationen aufgebaut, das Projekt durch Öffentlichkeitsarbeit bekannt gemacht und die Datenerhebungsphase technisch sowie organisatorisch vorbereitet. Die *Durchführung* der Hauptuntersuchungen wurde in standardisierter Form im Rahmen einer Online-Befragung realisiert. Die Zielkohorten wurden anhand des Jahrgangsverteilers der Fachschaftsinitiative des Studiengangs Humanmedizin per E-Mail angeschrieben und um Teilnahme an der Befragung gebeten. Die Gruppe der PJ-ler konnte mit Hilfe der Email-Adressen angeschrieben werden, die uns das Prodekanat für Studium und Lehre der Charité zur Verfügung stellte. In der *Nachbereitung* erfolgte zunächst eine Überprüfung der Datensätze auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Nach der Aufbereitung der Ergebnisse wurden die Befunde in Form von „Info-Briefen“ an die Teilnehmer der Studie rückgemeldet, was gleichzeitig ein wichtiges Element der Panel-Pflege darstellte. Außerdem wurden zu den Erhebungswellen jeweils Forschungsberichte über die zentralen Untersuchungsschritte und Ergebnisse des Projektes erstellt, die auch auf der Projekthomepage veröffentlicht wurden.

4. Zielerreichung (wesentliche Ergebnisse)

Die Befunde zeigen wesentliche Einflussfaktoren auf die Studien- und Arbeitszufriedenheit sowie auf die Karriere- und Lebensplanung der Studierenden. Es wird auch der Einfluss des Medizincurriculums selbst deutlich: Die Studierende n im Reformstudiengang sind deutlich zufriedener mit ihrem Studium, haben ein geringeres Belastungsempfinden und bewerten die Vermittlung von beruflich relevanten Kompetenzen besser als die Studierenden im Regelstudiengang. Die Ergebnisse zum Belastungsempfinden bestätigen somit die bisher nur sehr spärlich vorliegenden Befunde, die darauf hinweisen, dass Reformcurricula im Vergleich zu traditionellen Curricula mit einer geringeren Prävalenz psychischer Belastungen und mit einer höheren Studienzufriedenheit einhergehen. Auch der Einfluss auf die Facharztwahl wird sichtbar, denn die Studierenden aus dem Reformstudiengang sind zu den Erhebungszeitpunkten stärker kurativ ausgerichtet und bevorzugen zudem häufiger als die Studierenden und Absolventen aus dem Regelstudiengang kommunikationsintensive Fächer mit intensivem Patientenkontakt wie die Allgemeinmedizin oder die Psychotherapeutische Medizin. Insgesamt zeigen sich hinsichtlich des Belastungsempfindens und der Studienzufriedenheit / Arbeitszufriedenheit der Studierenden enge positive Zusammenhänge zur Selbstwirksamkeitserwartung sowie enge negative Zusammenhänge zu Prüfungsängsten, Depressivität, Burnout- und Stresssymptomen. Weitere zentrale Befunde der Studie zeigen, dass die antizipierte Unzufriedenheit mit den ärztlichen Arbeitsbedingungen unter den Medizinstudierenden sehr hoch ist. Es wird deutlich, dass die tendenziell negative Einschätzung der Reformen im Gesundheitssystem auch Auswirkungen auf die Zukunftsplanung der angehenden Absolventen hat. Schließlich zeigt die große Bedeutung der Work-Life-Balance für die jungen Ärztinnen und Ärzte, dass sich die Medizin noch viel stärker als bisher auf den Wandel der Geschlechterverhältnisse und die Bedürfnisse junger Ärztfamilien einstellen muss. Aus den Ergebnissen können zahlreiche Schlussfolgerungen für die Gestaltung und Optimierung des Medizincurriculums sowie für die Nachwuchsförderung in der Medizin gezogen werden.

5. Öffentlichkeitsarbeit

Die gehaltenen Vorträge auf Fachtagungen sowie die Veröffentlichungen der Ergebnisse stießen auf sehr positive Resonanz und machten das Projekt weithin bekannt. Umfangreiche Informationen zum Projekt wurden auch auf der gut besuchten eigenen Homepage (www.charite.de/kulm) zur Verfügung gestellt. Zusätzlich zu den bereits erscheinenden Veröffentlichungen (siehe Anlage) sind zahlreiche weitere nationale und internationale Publikationen geplant, die zum Teil auch zusammen mit Kooperationspartnern entstehen. Außerdem werden aktuell vier Publikationspromotionen im Rahmen des Projektes bearbeitet, aus denen ebenfalls Veröffentlichungen in peer-reviewed Fachzeitschriften entstehen. Zu zentralen Ergebnissen des Forschungsprojekts liegen außerdem Forschungsberichte vor, die von Frau Dr. Susanne Dettmer (Institut für Medizinische Soziologie der Charité Universitätsmedizin Berlin) für Interessenten zur Verfügung gestellt werden können.

6. Perspektiven

In der zurückliegenden Förderphase sind zahlreiche Kontakte und Kooperationen entstanden, die eine Fortführung der KuLM-Studie ermöglichen. Mit zusätzlicher Unterstützung des Prodekanats für Studium und Lehre der Charité sowie mit Hilfe von Eigenmitteln des Instituts können zum einen mindestens zwei weitere Folgerhebungen der Hauptuntersuchungsgruppen durchgeführt werden. Zum anderen soll ein drittes Untersuchungsmodul - eine Querschnittsbefragung von jungen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten - realisiert werden. Ein wichtiger Verwertungszusammenhang ist bezüglich der Betreuungssituation von Medizinstudierenden entstanden. Die Studie stellt einen Ausgangspunkt für den Aufbau und die Etablierung von Angeboten zu Mentoring und Studiencoaching dar. So sind die Ergebnisse und Erfahrungen der KuLM-Studie bezüglich der Belastungssituation von Medizinstudierenden in die Beantragung eines Studiencoaching-Projekts an der Charité beim Europäischen Sozialfonds (ESF) eingeflossen. Dieser Antrag wurde auch bereits bewilligt. Eine weitere Anwendung bezüglich der entwickelten Erhebungsmodule ist im Rahmen zukünftig geplanter regelmäßiger Absolventenbefragungen der Charité sowie im Rahmen der geplanten Evaluation des Studiencoaching-Programms vorgesehen. Somit kann dazu beigetragen werden, die Ausbildungsforschung an der Charité stärker als bisher zu etablieren.

**Projekttitle: Berufseinstiegsprobleme und
Berufsausstiegstendenzen bei Absolventen und
Absolventinnen des Medizinstudiums
im Ausland**



Institution:
**Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf**

**Projektdauer (Beginn/Ende):
1.10.2006 – 30.12.2009**

Projektleiter:
Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Kontakt:
bussche@uke.de

Ziele des Projektes

- International vergleichende Analyse der Berufseinstiegssituation von Absolventen und Absolventinnen des Medizinstudiums.
- International vergleichende Überprüfung der Hintergründe des behaupteten zunehmenden Ausstiegs aus der kurativen Tätigkeit und des daraus folgenden Ärztemangels in der kurativen Versorgung.

Hintergrund/Hypothesen

- Überprüfung der Ethnozentritätsthese: Gibt es in ändern Ländern vergleichbare Berufseinstiegsprobleme bzw. Berufsausstiegstendenzen?
- Überprüfung der Arbeitsplatzthese: Wenn ja, werden dieselben Faktoren – multiple Stressoren in Krankenhaus, Niederlassungsprobleme - wie in Deutschland oder andere Faktoren verantwortlich gemacht?

Geplantes Vorgehen

- Konstitution einer internationalen Expertengruppe
- Erarbeitung einer Studie pro Land durch die Experten entlang eines gemeinsamen Fragenkatalogs.
- Vergleichende Analyse und Darstellung durch Institut für Allgemeinmedizin Hamburg.
- Gemeinsames Seminar in 2008 zusammen mit BÄK, MFT, ZAV u.a.
- Überarbeitung der Länderberichte und Veröffentlichung.

Das Expertenpanel

- Österreich: Dr. Karl Krajic, Ludwig Boltzmann Institut für Medizinsoziologie, Wien.
- Großbritannien; Trevor Lambert, UK Medical Careers Research Group, Oxford University.
- Norwegen: Prof. Dr. Olaf Aasland, The Research Institute, Norwegian Medical Association
- Spanien/Katalonien: Juli de Nadal i Caparà, Director, Institut d'Estudia de la Salut, Barcelon.a.
- Schweden: Prof. Dr. Urban Rosenqvist, Dept. of Health Services Research, University of Uppsala.
- Schweiz: Prof. Dr. Barbara Buddeberg-Fischer, Abteilung Psychosoziale Medizin, Zürich.
- Türkei: Dr. Pinar Topsever, Assoc. Prof., Dept. of Family Medicine, Kocaeli.
- USA: Katharina Janus PhD, Dept, of Health Policy and Management, Columbia University, NY.
- Deutschland: Prof. Dr. Hendrik van den Bussche, Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg.

Erwartete Ergebnisse/Transferpotenzial

- Bessere Diagnose des „Ausstiegsproblems“.
- Aufdeckung weiterer ursächlicher Faktoren.
- Anhaltspunkte für wirksame Gegensteuerung.

Projekttitle: Berufseinstiegsprobleme und Berufsausstiegstendenzen bei Absolventen und Absolventinnen des Medizinstudiums im Ausland



Prozessverlauf

- Zum 30.12.2007 lagen erste Berichtsentwürfe aus allen Staaten vor.
- Ergänzungs- und Harmonisierungsprozess der Texte begonnen ab 1.1.2008.
- Internationalen Workshop in Hamburg am 26. und 27. Mai 2008 durchgeführt.
- Überarbeitung der Länderberichte und Querschnittsthemen bis Ende März 2009
- Vorbereitung einer Sondernummer der Zeitschrift Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales (Paris) bis Ende 2009.
- 2010: Veröffentlichung der Sondernummer (vgl. S. 3)

Ergebnisse in Thesenform

- Zwischen den Ländern gibt es beträchtliche Unterschiede in der Gestaltung der Studienabschluss- und der Berufseinstiegs- bzw. Facharztweiterbildungsphase. Dies betrifft Elemente wie Status, Bezahlung, Kompetenzen, Eintrittsvoraussetzungen, Wahlmöglichkeiten etc.
- Stark vereinfacht lassen sich zwei Prototypen unterscheiden:
 - Das Marktmodell: Die Weiterzubildenden suchen sich als Arbeitnehmer eine weiterbildungsfähige Stelle unter den Angeboten der Krankenhäuser (und Praxen)
 - Das Zuteilungsmodell: Die Absolventen – die in einzelnen Ländern weiterhin als Studierenden gelten - werden über ein zentrales Verteilungssystem auf die vorhandenen Plätze verteilt.
 - Unterhalb der Prototypen finden sich auch als Mischmodelle.

In allen Ländern ist die Häufigkeit des endgültigen Ausstiegs aus der Weiterbildung bzw. aus dem Beruf gering.

- In allen Ländern wachsen Bedarf und Stellenzahl für Ärzte und Ärztinnen. Einzelne Länder setzen aufgrund ihrer gering gehaltenen Ausbildungskapazität in großem Umfang auf eine Immigration von Ärzten und Ärztinnen.
- In allen Ländern nimmt der Anteil der Medizinstudentinnen und Ärztinnen sprunghaft zu.

Schlussfolgerungen in Thesenform

- Bisher wurden im internationalen Vergleich keine Gründe gefunden, den Einstieg in Weiterbildung und Beruf in Deutschland als besonders problembehaftet zu betrachten.
- Der Einstieg in die Facharztweiterbildung ist für deutsche Absolventen des Medizinstudiums in allen untersuchten Ländern mit großen bzw. sehr großen Problemen verbunden.
- Darauf sollten die Informationen seitens der ärztlichen Berufsverbände deutlicher als bisher hinweisen.

Projekttitle: Berufseinstiegsprobleme und Berufsausstiegstendenzen bei Absolventen und Absolventinnen des Medizinstudiums im Ausland



Veröffentlichter Endbericht

van den Bussche H (guest editor): Career entry and career perspectives of young medical graduates in selected OECD countries. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales 2010, 50: special issue.

Inhaltsverzeichnis

- van den Bussche H. Background, objectives and design of the project "Career entry and career course of medical graduates in OECD countries - a comparative study". S. 15-22.
- Krajic K. Career entry and career perspectives of medical graduates in Austria. S. 23-42.
- van den Bussche H. Career entry and career perspectives of medical graduates in Germany. S. 43-62.
- Aasland O, Rosta J. Career entry and career perspectives of medical graduates in Norway. S. 63-80.
- de Nadal J. Career entry and career perspectives of medical graduates in Spain. S. 81-100.
- Rosenqvist U, Bäcklund L. Career entry and career perspectives of medical graduates in Sweden. S. 101-120.
- Buddeberg-Fischer B, Stamm, B. Career entry and career perspectives of medical graduates in Switzerland. S. 121-144.
- Topsever P, Müge F. Career entry and career perspectives of medical graduates in Turkey S. 145-164.
- Lambert T. Career entry and career perspectives of medical graduates in United Kingdom. S. 165-185.
- Janus K. Career entry and career perspectives of medical graduates in the USA. S. 186-202.
- Gedrose B, von Leitner EC, van den Bussche H. Feminising medicine: reasons and consequences. S. 203-218.
- Rosta J, Aasland O. Migration of young physicians in OECD countries – An overview S. 219-230.
- van den Bussche H, von Leitner EC, Du Moulin M. The professional situation of young medical graduates at the onset of the 21st century: Summary and conclusions. S. 231-266.

Weitere Veröffentlichungen

- Du Moulin M, van den Bussche H. Die Facharztweiterbildung in Großbritannien oder die "Modernisierung der ärztlichen Karrieren". GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2007; 24(2): Doc 114.
- van den Bussche H, Quantz S. Berufs(nicht)einstieg bei Ärzten und Ärztinnen: Wo liegt das Problem? In: Brähler E. et al. (Hrsg.). Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf. Göttingen 2008, 117-128.
- Du Moulin M, van den Bussche H. Facharztweiterbildung im Ausland - Mythos und Realität. Dtsch Arztebl 2010; 107(3): A 82-4.

**Projekttitle: Berufseinstiegsprobleme und
Berufsausstiegstendenzen bei Absolventen und
Absolventinnen des Medizinstudiums
im Ausland**



Vorträge und Poster

- van den Bussche H. Facharztweiterbildung im Ausland: Mythos oder Realität? Vortrag auf dem 117. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Wiesbaden 2.5.2011
- Gedrose B, von Leitner EC, van den Bussche H. Careers of Women in Medicine: International Similarities and Differences. Paper presented at the 28. International Congress of the Medical Women's International Association (MWIA), Münster, 28.-31.7. 2010, Abstract available at: <http://www.mwia2010.net/postcongress/abstractbook.pdf>
- van den Bussche H, Du Moulin M. Berufseinstiegsprobleme und Berufsausstiegstendenzen bei Absolventen und Absolventinnen des Medizinstudiums im Ausland. Vortrag auf dem 8. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Heidelberg 1.-3.10.2009.
- van den Bussche H. Berufseinstiegsprobleme und Berufsausstiegstendenzen bei Absolventen und Absolventinnen des Medizinstudiums im Ausland. Vortrag auf dem "Spreestadt-Forum" zur Gesundheitsversorgung in Europa. Berlin 24.11.2008.



Gesonderte Ausschreibung (2007/2008 bis 2008/2009)



Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung (ATrÄK)

Projektleiter:

Prof. Dr. Holger Pfaff
PD Dr. Günther Heller

Zentrum für Versorgungsforschung Köln
Wissenschaftliches Institut der AOK

Operative Projektleitung:

Dr. Oliver Ommen, MPH

Zentrum für Versorgungsforschung Köln

Projektdurchführung und Ansprechpartnerin:

Antje Hammer

Zentrum für Versorgungsforschung Köln
antje.hammer@uk-koeln.de

Projektlaufzeit:

11/2007 bis 04/2009 (verlängert bis März 2010)

Hintergrund

Die deutschen Krankenhäuser sind einem hohen ökonomischen Druck ausgesetzt. Manche Krankenhäuser und manche Träger glauben, dass die Krankenhäuser diesen Druck besser bewältigen können, wenn sie in privater Trägerschaft sind. Seit Beginn der 1990er Jahre entwickelte sich daher insbesondere ein Wandel der Trägerschaft von nicht-privaten (öffentlichen und freigemeinnützigen) Trägern hin zu privaten Trägern.

Ziele des Projektes

Ziel des von der Bundesärztekammer finanzierten Projektes „Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung“ (ATrÄK) war es, den folgenden Fragen nachzugehen:

- Ob unterschiedliche Trägerstrukturen mit unterschiedlichen Versorgungsqualitäten und unterschiedlichen Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituationen einhergehen?
- Welche Folgen bringt ein Wechsel von einem nicht-privaten Träger zu einem privaten Träger hinsichtlich der Versorgungsqualität und der Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituation mit sich?
- Ob es einen Zusammenhang zwischen Management und Organisation im Krankenhaus und der Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituationen gibt?

Stand der Forschung

Im Vorfeld der Befragung wurde eine systematische Literaturrecherche zum Stand der Forschung durchgeführt. Aufgrund verschiedener methodischer Ansätze zur Messung der Versorgungsqualität sind die Ergebnisse in den empirischen Studien zum Trägerstatus sehr heterogen. So kann etwa die Berücksichtigung von unbeobachteten Determinanten (Personalstruktur, Management und geographische Bedingungen, sozioökonomische Unterschiede, Tracer) zu abweichenden Ergebnissen führen. Hinsichtlich des Trägerwechsels zeigte sich in der Literatur – unabhängig von der Trägerschaft – eine generelle Verminderung der Qualität medizinischer Leistungserbringung.

Vorgehen/Verfahren

Das Projekt wurde in zwei Teile aufgeteilt. Das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) erhielt den Auftrag, eine repräsentative Befragung der ärztlichen Direktoren deutscher Krankenhäuser durchzuführen, um deren entscheidungsrelevante Sicht der Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituation in ihrem Krankenhaus zu erfassen. Es handelt sich hierbei um das Modul 1 des Projektes. Konkret ging es um die Klärung der Frage, ob es Hinweise dafür gibt, dass die Trägerstruktur bzw. der Trägerwechsel auf ausgewählte wahrgenommene Outcomes der Krankenhausorganisation Einfluss hat. Als wahrgenommene Outcomes dienten die wahrgenommene allgemeine Patientensicherheit, die wahrgenommene Häufigkeit des Berichtens kritischer Ereignisse, die wahrgenommene Arbeitsintensität der Ärzte und die wahrgenommene Qualität der Ablauforganisation. Im Modul 2 wurde vom Wissenschaftlichen Institut der AOK der Zusammenhang zwischen Trägerschaft bzw. Trägerwechsel und Versorgungsqualität untersucht. Dazu wurden zum Einen Ergebnisse der Kliniken aus dem Qualitätssicherungsverfahren nach § 137 SGB V herangezogen. Zum Anderen wurden auf der Grundlage von GKV-Routinedaten mit der im Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) entwickelten Methodik Qualitätsindikatoren abgeleitet und Ergebnisse der Kliniken ermittelt. Schließlich wurden globale Mortalitätsindikatoren (Charlson-Score und Elixhauser-Score) für die Untersuchung aufbereitet.

Nachfolgend werden das Vorgehen und die Ergebnisse der beiden Module vorgestellt.

Modul 1: Trägerschaft, Krankenhausorganisation und perzipierte Outcomes – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von ärztlichen Direktoren

(Holger Pfaff, Antje Hammer, Nicole Ernstmann, Oliver Ommen)

Ziel der Untersuchung im Modul 1 war es, den Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Trägerwechsel auf der einen Seite und den perzipierten Outcomes (Outcomes der Sicherheitskultur sowie die Arbeits- und Organisationssituation der Ärzte) auf der anderen Seite zu untersuchen. Weiterhin wurde untersucht, inwieweit sich die Organisationsmerkmale transformationale Führung, Sozialkapital und offene Kommunikation auf diese perzipierten Outcomes auswirken.

Methode

Zur Gewinnung der Daten wurde im Zeitraum von April bis Oktober 2008 eine standardisierte Befragung von 1.224 ärztlichen Direktoren an deutschen Krankenhäusern mit Grund- bis Maximalversorgung durchgeführt. Im Rahmen der Befragung wurden soziale Organisationsmerkmale und perzipierte Outcomes der Sicherheitskultur sowie der Arbeits- und Organisationssituation detailliert erhoben.

Ergebnisse

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf alle bis zum 23. Oktober 2008 im ZVFK eingegangenen Fragebogen. Von den 1.224 angeschriebenen ärztlichen Direktoren haben 551 einen ausgefüllten Fragebogen zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 45 Prozent. Die Ergebnisse der durchgeführten Responderanalyse sprechen insgesamt für eine hohe Repräsentativität der Befragungsdaten hinsichtlich der Merkmale Trägerschaft, Bundesland-Zugehörigkeit und Bettenzahl.

Die Ergebnisse der deskriptiven Analysen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die ärztlichen Direktoren schätzen die allgemeine Patientensicherheit im Krankenhaus generell als gut ein, sehen aber noch Verbesserungsbedarf. Dies gilt umso mehr für einen spezifischen Outcome der Sicherheitskultur: das Berichten von eingetretenen Ereignissen. Hier attestieren die ärztlichen Direktoren ihren Häusern einen eher nur befriedigenden Umgang mit der Materie.
2. Die Arbeits- und Organisationssituation in den Krankenhäusern ist aus Sicht der ärztlichen Direktoren tendenziell problematisch. Sie schätzen die Arbeitsbelastung der Ärzte im Krankenhaus als hoch ein. Ferner sehen sie Verbesserungspotential im Bereich der krankenhausesinternen organisatorischen Abläufe.
3. Die sozialen Organisationsmerkmale wie der Führungsstil, das Sozialkapital und eine offene Kommunikationskultur sind aus Sicht der Ärztlichen Direktoren in den deutschen Krankenhäusern befriedigend bis gut ausgeprägt. Somit sehen die ärztlichen Direktoren in allen drei Bereichen noch Verbesserungspotential.

Nachfolgend werden die empirischen Ergebnisse der Tests der untersuchten Hypothesen zusammengefasst und diskutiert.

1. Ergebnisse zu den Effekten der Trägerschaft

Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Sicherheits-, Arbeits- und Organisationssituation zeigen vor allem, dass die ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser eine positivere Sicht bezüglich der allgemeinen Patientensicherheit wie auch der Arbeits- und Organisationssituation im Krankenhaus haben als ihre Kollegen in nicht privaten Krankenhäusern. Dieses Ergebnis kann auf mehrere Art und Weise gedeutet werden: (1) Erstens ist es möglich, dass private Krankenhäuser tatsächlich ein höheres Maß an Patientensicherheit sowie eine bessere Arbeits- und Organisationssituation aufweisen als nicht-private Krankenhäuser (Fakt-These). (2) Zweitens ist es denkbar, dass ärztliche Direktoren privater Krankenhäuser generell Dinge positiver sehen als ihre Kollegen aus nicht-privaten Krankenhäusern (Positive Sicht-These). (3) Drittens ist es möglich, dass ärztliche Direktoren privater Krankenhäuser die Situationen in ihrem Hause bewusst etwas positiver darstellen als sie in Wirklichkeit ist (Beschönigungstendenz-These).

Analytisch betrachtet kann die berichtete Wahrnehmung der Krankenhaussituation durch die ärztlichen Direktoren in drei Komponenten aufgeteilt werden: erstens in einen objektiven Tatbestand (objektive Situation), zweitens in eine subjektive Wahrnehmung und Bewertung der objektiven Situation und drittens in eine Außendarstellung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der objektiven Situation. Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Krankenhaussituation lässt sich wiederum in einen Eigenschaftsteil (trait) und einen Zustandsteil (state) aufteilen. Der Eigenschaftsteil der Wahrnehmung drückt aus, inwieweit die Wahrnehmung und Bewertung einer Person auf die Persönlichkeitseigenschaft, Dinge generell positiv oder negativ zu sehen, zurückzuführen ist. Ist der Eigenschaftsanteil sehr hoch, so ist die vorhandene Wahrnehmung und Bewertung völlig persönlichkeitsbedingt. Der Zustandsteil der Wahrnehmung erfasst die konkrete Wahrnehmung eines gegebenen Zustands. Ist der Zustandsanteil sehr hoch, so wird die Wahrnehmung nicht durch die Persönlichkeit bedingt, sondern durch den konkreten Zustand des zu bewertenden Gegenstands.

Die Möglichkeit, dass die Unterschiede in den Ergebnissen nur auf eine beschönigende Darstellung der Situation durch die ärztlichen Direktoren privater Krankenhäuser zurückzuführen sind, kann nicht ausgeschlossen werden. Erste Ergebnisse der Auswertung der AOK-Routinedaten, die durch das WIdO durchgeführt wurden (siehe Teil II des Abschlussberichts: Modul 2), zeigen jedoch, dass die privaten Krankenhäuser nicht nur in den Augen der ärztlichen Direktoren eine bessere Patientensicherheit haben, sondern auch tatsächlich geringere Mortalitätsraten aufweisen als nicht-private Krankenhäuser. Dieses harte Faktum spricht dagegen, dass die ärztlichen Direktoren nur eine beschönigende Sicht ihrer Krankenhaussituation wiedergegeben haben. Ob die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Krankenhaussituation rein persönlichkeitsbedingt oder rein zustandsbedingt ist oder auf beiden Faktoren beruht, kann auf der Basis der durchgeführten Untersuchung nicht geklärt werden. Wir können nicht ausschließen, dass ärztliche Direktoren privater Krankenhäuser Dinge generell positiver sehen. Ein Grund dafür wäre z.B., dass bei der Personalauswahl implizit oder explizit auf

diese Persönlichkeitseigenschaft stärker geachtet wird. Wir müssen davon ausgehen, dass die Wahrnehmung der Krankenhausituation sowohl persönlichkeitsbedingt als auch zustandsbedingt ist und mithin immer auch einen wahren Kern hat. Welchen Anteil diese Komponenten an dem Zustandekommen der Angaben in der Befragung der ärztlichen Direktoren haben, kann mit der durchgeführten Untersuchung nicht geklärt werden. Dies muss Aufgabe weiterer Forschung sein.

2. Ergebnisse zu den Effekten des Trägerwechsels

Der Wechsel von einem nicht-privaten Träger zu einem privaten Träger (Privatisierung) kann das soziale System Krankenhaus in ein Ungleichgewicht bringen und damit zumindest vorübergehend Qualitäts- und Sicherheitsprobleme mit sich bringen (Farsi 2004). Unsere Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Trägerwechsel und perzipierten Outcomes ergab jedoch, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen privatisierten und nicht-privatisierten Krankenhäuser gibt. Der Vergleich der privatisierten Krankenhäuser mit den seit längerem privaten Krankenhäusern zeigte jedoch, dass private Krankenhäuser, die seit längerem in privater Trägerschaft sind, in den Augen ihrer ärztlichen Direktoren ihre ablauforganisatorischen Probleme besser im Griff haben als Krankenhäuser, die erst seit kurzem in privater Hand sind.

Insgesamt ergibt sich damit das Bild, dass eine Privatisierung – zumindest was die Wahrnehmung und Bewertung der ärztlichen Direktoren betrifft – in der Regel nicht mit einer Abnahme der wahrgenommenen allgemeinen Patientensicherheit und der Häufigkeit des Berichtens von Ereignissen sowie einer Zunahme der Arbeitsbelastung und der ablauforganisatorischen Probleme einhergeht. Der gefundene Unterschied in der Wahrnehmung ablauforganisatorischer Probleme zwischen alt-privaten und neu-privatisierten Krankenhäusern könnte – in Anlehnung an die oben dargestellten 3-Komponenten-These – auch darauf zurückzuführen sein, dass in neu-privatisierten Krankenhäuser nicht immer die ärztlichen Direktoren ausgetauscht werden. Dadurch kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die ärztlichen Direktoren in alt-privaten Krankenhäusern durch eine prinzipiell positivere Sichtweise auszeichnen als die in den neu-privatisierten Krankenhäusern, die noch aus der alten Welt kommen.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist auch zu berücksichtigen, dass der Vergleich von privatisierten und nicht-privatisierten Krankenhäusern relativ anfällig gegenüber Effekten ist, die nicht beobachtet oder nicht berücksichtigt wurden (Milcent 2005; Farsi 2004). Hierbei ist insbesondere das Vorhandensein und der Einfluss möglicher „Pre-Conversion-Effekte“ zu beachten (Farsi 2004). Es handelt sich dabei z.B. um Organisationsmerkmale, die bereits vor der Privatisierung bestanden und wahrscheinlich mit dafür verantwortlich waren, dass das Krankenhaus privatisiert wurde (z.B. schlechter Managementstil). Da diese Pre-Conversion-Effekte in der Regel dazu führen, dass die privatisierten Krankenhäuser schlechter dastehen als die nicht-privatisierten und als die bereits seit langem privaten Krankenhäuser und dies hier kaum der Fall ist, kommt dieser Effekt hier zur Erklärung der Ergebnisse nicht unbedingt in Frage. In zukünftigen Studien sollten solche Pre-Conversion-Effekte bereits bei der Studienplanung berücksichtigt werden.

3. Ergebnisse zu den Effekten der sozialen Organisationsmerkmale

Die Ergebnisse zeigen, dass die drei sozialen Organisationsmerkmale transformationaler Führungsstil, Sozialkapital und offene Kommunikation mit einer höheren wahrgenommenen Patientensicherheit, einem häufigeren Berichten von eingetretenen Ereignissen sowie geringeren ablauforganisatorischen Problemen im Krankenhaus einhergehen. Die abhängige Variable Arbeitsbelastung steht nur mit der Variable Sozialkapital in Zusammenhang: Ein hohes Sozialkapital geht mit wenig Arbeitsintensität einher. Ob es sich bei den gefundenen Zusammenhängen um kausale Zusammenhänge handelt, kann im Rahmen der vorliegenden Querschnittstudie nicht beantwortet werden. Hierzu wären Längsschnittstudien nötig, die die gegebenen Variablen im Zeitverlauf erfassen. Zu berücksichtigen ist ebenfalls das methodische Problem der „common method variance“. Durch die Messung der abhängigen und unabhängigen Variablen über dieselbe Messmethode (Befragung) kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil der gemeinsamen Varianz zwischen abhängiger und unabhängiger Variable auf die gemeinsame Messmethode zurückzuführen ist. Ebenso kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich hier um Scheinzusammenhänge handelt. Dies wäre gegeben, wenn die gefundenen Zusammenhänge durch eine dritte Variable (Störgröße/Confounder) verursacht sind, die z.B. in der Person selbst liegt (z.B. „negative Brille“; Tendenz zur sozialen Erwünschtheit). Aus diesem Grunde müssten in weiterführenden Studien die Variablen über verschiedene Methoden erfasst werden und mögliche Störgrößen systematisch mit erfasst werden. Da die gefundenen Ergebnisse theoriekonform sind, so bestätigen sie z.B. das Fehlerkultur-Modell, spricht vieles dafür, dass man in den Krankenhäusern die sozialen Organisationsmerkmale nicht vernachlässigen sollte. Sie über systematische Organisationsentwicklung zu stärken, müsste ein Ziel eines modernen qualitätsorientierten Krankenhausmanagements sein.

Schlussfolgerungen

Die Schlussfolgerungen für die Krankenhauspraxis sind: Investitionen in das Sozialkapital, der Aufbau einer offenen Kommunikationskultur sowie die Schulung der Führungskräfte in transformationaler Führung lohnen sich aller Voraussicht für das Krankenhaus. Investitionen in alle drei Standbeine des sozialen Fundaments eines Krankenhauses können positive Effekte im Bereich der Patientensicherheit, der Arbeitsentlastung und der Ablauforganisation zeitigen.

Für die Wissenschaft ergeben sich aus der vorliegenden Studie vier Schlussfolgerungen. Die erste ist, dass es weiterer Untersuchungen zum Trägerwechsel bedarf. Es müsste genauer untersucht werden, warum sich die Thesen zum Trägerwechsel nicht bestätigen ließen. Dabei erscheint es notwendig, Faktoren zu identifizieren und zu erfassen, die vor dem Wechsel bereits gegeben waren und nach dem Wechsel weiter gegeben sind. Weiter müsste man zweitens der Frage genauer nachgehen, weshalb Krankenhäuser in privater Trägerschaft in vielen Wahrnehmungsdimensionen besser abschneiden als solche in nicht-privater Trägerschaft. Drittens scheint es von hohem Nutzen zu sein, in Zukunft über einen Vergleich der guten Krankenhäuser mit den schlechten Krankenhäusern die Erfolgsfaktoren der guten Krankenhäuser aufzuspüren. Dabei sollte geprüft werden, inwieweit die Prioritätensetzung im Top-Management in Bezug auf das Thema Qualität Einfluss auf die Qualitätsperformance eines Krankenhauses hat. Viertens schließlich wäre es gut, evidenzbasierte Krankenhausentwicklung zu betreiben und Maßnahmen zur Verbesserung der transformationalen Führung, des Sozialkapitals und der offenen Kommunikationskultur in randomisierten kontrollierten Experimenten zu testen.

Modul 2: Analyse der Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung mit Routinedaten

(Günther Heller, Christian Günster)

Ziel der Untersuchung im Modul 2 war es, den Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Trägerwechsel auf der einen und der Qualität der Krankenversorgung auf der anderen Seite zu untersuchen.

Methoden

Zur Gewinnung von Qualitätsergebnissen wurden Indikatorensets folgender Verfahren der Qualitätsmessung angewendet:

- I) uneingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene BQS-Qualitätsindikatoren des Jahres 2006
- II) QSR-Qualitätsindikatoren
- III) Globale Mortalitätsindikatoren (Charlson-Score und Elixhauser-Score)

Für die QSR-Qualitätsindikatoren (II) und die Globalen Mortalitätsindikatoren (III) wurde dabei auf Abrechnungsdaten aus dem Verfahren nach § 301 SGB V von AOK-versicherten Krankenhauspatienten mit Entlassdatum der Jahre 2002 bis 2006 zurückgegriffen. Diese Daten enthalten detaillierte Informationen über Alter und Geschlecht des Patienten, Behandlungsanlass, Begleiterkrankungen, durchgeführte Prozeduren und Operationen, den Entlassungsgrund wie auch die Abrechnungsnummer des behandelnden Krankenhauses. Zu diesen Angaben wurden über anonymisierte individuelle Verknüpfung Versicherten- und Überlebensstatus innerhalb von 30, 90 und 365 Tage nach Aufnahme hinzugespielt. Bei den uneingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlenen BQS-Qualitätsindikatoren (I) wurde der gesetzliche Qualitätsbericht mit Daten des Jahres 2006 als Quelle genutzt. Ergänzt wurden einrichtungsbezogene strukturelle Angaben, die ebenfalls den Qualitätsberichten nach § 137 SGB V entnommen wurden. Neben der Klinikgröße (Bettenzahl) wurde die Anzahl der hauptamtlich beschäftigten Ärzte wie auch die Gesamtzahl der Pflegekräfte genutzt. Bei den Indikatorensets nach I) und II) ist die Qualitätsmessung auf verschiedene definierte Leistungsbereiche beschränkt. Neben der Tatsache, dass damit nur ein geringer Teil der stationären Versorgung abgebildet wird, existiert das Problem, dass zahlreiche mitunter sehr unterschiedliche und im Ergebnis z. T. widersprüchliche Kennzahlen für Qualität zur Verfügung stehen. Darum wurden die Kennzahlen aus I) und II) zu jeweils einer Index-Kennzahl zusammengefasst.

Ergebnisse

Die Analysen zur Versorgungsqualität von Kliniken in privater und nicht privater Trägerschaft auf Basis der globalen Mortalitätsscores lassen sich in Stichpunkten wie folgt zusammenfassen:

- Bereits privatisierte Kliniken schneiden in zwei der drei Messmethoden merklich günstiger ab als nicht privatisierte Kliniken, wenn alle Krankenhäuser analysiert werden.
- Dieses Ergebnis zeigt sich für Charlson-Score-basierte Analysen bzw. für Analysen auf Basis von Alter und Geschlecht ausgeprägter als für Analysen auf Basis der Elixhauser-Scores.
- Dieser Zusammenhang schwächt sich deutlich ab, wenn nur Kliniken der Akutversorgung analysiert werden.
- Dabei zeigt sich für die Akutkliniken eine Zunahme des Unterschieds zwischen Kliniken in privater und nicht privater Trägerschaft mit längerer Nachbeobachtungszeit.
- Es zeigt sich, dass die befragten Kliniken bezüglich der Ergebnisse der globalen Mortalitäts-Scores eine selektive Stichprobe aller Akutkliniken darstellen.
- Eine Trendanalyse ergibt keine Hinweise auf einen kausalen Effekt der Trägerschaft im Beobachtungszeitraum und spricht daher für eine Selektionshypothese.
- Es zeigt sich ein deutlicher, wenngleich nicht monotoner Zusammenhang zur Klinikgröße für die diagnosebasierten Analysen. Dabei schneiden mittelgroße bis große Kliniken (500 Betten) und kleine Kliniken (<200 Betten) merklich günstiger ab.
- Kliniken in privater Trägerschaft weisen in eben diesen mittelgroßen bis großen Kliniken wie auch in den kleinen Kliniken bessere Ergebnisse auf. In den Kliniken mittlerer Größe sind keine relevanten Unterschiede erkennbar.
- Für 90-Tage- und 1-Jahres-SMR auf Basis von Alter und Geschlecht zeigt sich dagegen eine stetige Zunahme der Sterblichkeit mit der Größe der Klinik.

Schlussfolgerungen

In der Summe zeigen zwei von drei Qualitätsmessmethoden Hinweise auf eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung in Kliniken mit privater Trägerschaft. Auch wenn plausible inhaltliche Erklärungen für eine kausale Interpretation dieses Phänomens aus der Perspektive von privaten Klinikträgern vorliegen, liegen verschiedene Hinweise darauf vor, dass Selektionseffekte zur Erklärung dieses Phänomens überwiegen. Nach Privatisierungen war kein Trend in Richtung einer Qualitätsverbesserung erkennbar, die Unterschiede bestanden – soweit erkennbar – schon vor der Privatisierung. Darüber hinaus zeigte sich für Akutkliniken eine Zunahme der gemessenen Unterschiede mit der Dauer des (dann überwiegend poststationären) Follow-up.

Für alle drei Messmethoden zeigte sich ein weitaus stärkerer Zusammenhang von Versorgungsqualität und Klinikgröße als der einer privaten vs. nicht privaten Trägerschaft zur Qualität der Versorgung.

Vorabveröffentlichung

Pfaff H, Hammer A, Ernstmann N, Ommen O, Günster C, Heller G. 2010. Arbeitsbelastung in Krankenhäusern: Die Sicht ärztlicher Direktoren; die Beurteilung der Arbeits- und Organisationssituation fällt erstaunlich negativ und selbstkritisch aus. Deutsches Ärzteblatt; 107(16):A-752-A-753.

Heller, G. 2010. Der Einfluss von strukturellen klinikspezifischen Variablen auf die Qualität der Krankenversorgung. Pages 255-271 in J. Klauber, M. Geraedts, and J. Friedrich, eds. Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenversorgung in der Krise? Schattauer, Stuttgart.

Weitere geplante Veröffentlichungen

Veröffentlichung der Forschungsberichte Modul 1 und Modul 2

Antje Hammer, Nicole Ernstmann, Oliver Ommen, Markus Wirtz, Tanja Mansa, Yvonne Pfeiffer, Holger Pfaff. Psychometric properties of the Hospital Survey of Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS_M): eingereicht in BMC Health Services Research

Antje Hammer, Oliver Ommen, Kathrin Heinitz, Jens Rowold, Holger Pfaff. Transformational leadership and overall perceptions of safety: eingereicht in BMJ Quality and Safety

Antje Hammer, Oliver Ommen, Julia Röttger, Nicole Ernstmann, Thomas Groß, Holger Pfaff: The Relationship Between Transformational Leadership and Social Capital in Hospitals – A Survey of 1224 Medical Directors of All German Hospitals: Einreichung geplant in Journal of Public Health Management and Practice

Tristan Gloede, Antje Hammer, Oliver Ommen, Nicole Ernstmann, Holger Pfaff: The Relationship between Social Capital and Internal Coordination in German Hospitals (in Arbeit)

Kongressbeiträge (2009/2010)

Hammer, A., O. Ommen, N. Ernstmann, J. Röttger, Y. Pfeiffer, R. Manser, T. Wehner, G. Heller, C. Günster, und H. Pfaff. 2009. Zur Messung von Sicherheitskultur: Ergebnisse einer Befragung von Ärztlichen Direktoren deutscher Krankenhäuser. Das Gesundheitswesen 71[8/9], 534.

Heller, G., S. Rasch, A. Hammer, O. Ommen, C. Wagner, C. Günster, und H. Pfaff. 2009. Qualität der Versorgung in privaten und nicht-privaten Krankenhäusern. Korrelation oder Kausalität. Das Gesundheitswesen 71[8/9], 535.

Pfaff, H., A. Hammer, N. Ernstmann, und O. Ommen. 2010. Medical directors' evaluation of physician workload, organizational problems and organizational climate in hospitals: The results of a survey of 551 German hospitals. Annual Research Meeting 2010

Pfaff, H., O. Ommen, N. Ernstmann, und A. Hammer. 2010. Sozialkapital und klinisches Risikomanagement. Monitor Versorgungsforschung Sonderausgabe - Hauptprogramm / Abstractband:75.

Pfaff, H., O. Ommen, N. Ernstmann, und A. Hammer. 2010. The impact of social capital on clinical risk management. Annual Research Meeting 2010

Pfaff, H., O. Ommen, N. Ernstmann, und A. Hammer. 2010. The impact of social capital on the overall perception of safety. ISQUA Conference 2010

Hammer, A., O. Ommen, N. Ernstmann, C. Günster, G. Heller, und H. Pfaff. 2010. Transformationale Führung und die allgemeine Wahrnehmung der Patientensicherheit. Monitor Versorgungsforschung Sonderausgabe - Hauptprogramm / Abstractband:61.

Hammer, A., O. Ommen, N. Ernstmann, und H. Pfaff. 2010. Measuring safety culture in German hospital: Psychometric properties of a questionnaire for medical directors. ISQUA Conference 2010

Hammer, A., O. Ommen, N. Ernstmann, und H. Pfaff. 2010. Psychometric properties of the German version of the Hospital SOPS for leaders (medical directors). SOPS User Group Meeting 2010

Hammer, A., O. Ommen, N. Ernstmann, und H. Pfaff. 2010. The impact of social capital on patient safety. Annual Research Meeting 2010

Ommen, O., A. Hammer, N. Ernstmann, G. Heller, C. Günster, und H. Pfaff. 2010. Arbeits- und Organisationssituation in deutschen Krankenhäusern – Die Sicht Ärztlicher Direktoren. Zeitschrift für Medizinische Psychologie Sonderheft 2010:51.



2. Förderphase (2008/2009 bis 2010/2011)



T H E M E N F E L D

**Optimierung der palliativmedizinischen
Versorgung**

Projekttitle:

Geriatrische Palliativmedizin – Versorgungssituation und Verbesserungsbedarf aus den Perspektiven unterschiedlicher Fachrichtungen und Disziplinen

Institution:

Medizinische Hochschule Hannover

Projektdauer (Beginn/Ende):

Januar 2009 - März 2010

Projektleiter:

Prof. Dr. med. Nils Schneider, MPH

Kontakt:

Email: schneider.nils@mh-hannover.de

Ko-Projektleiter:

Dr. med. Thela Wernstedt, MA

Prof. Dr. phil. Ulla Walter

Hintergrund und Ziel

Die Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase weist in Deutschland, wie in vielen anderen Ländern auch, große Defizite auf. Die Palliativmedizin hat das Potenzial, zur Verbesserung der Situation beizutragen. Bislang beschäftigt sich die Palliativmedizin in Forschung und Praxis allerdings eher randständig mit der spezifischen Zielgruppe alter Menschen und mit ihren Problemen. Um hier fundierte empirische Grundlagen zur Verbesserung der Versorgung zu schaffen, ist die Berücksichtigung der Erfahrungen und Sichtweisen der ÄrztInnen in der Versorgungspraxis von großer Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund hatte das Projekt zum Ziel, die Versorgung von älteren Menschen in der letzten Lebensphase in Hinblick auf die derzeitige Situation und den Verbesserungsbedarf aus Sicht von Vertragsärzten unterschiedlicher Fachrichtungen zu erforschen.

Vorgehen

Aufbauend auf qualitative Vorstudien (Fokusgruppen, Einzelinterviews) erfolgte eine schriftliche Befragung von 4800 Haus- und Fachärzten im Bundesland Niedersachsen (Rücklauf: 40%). Die Ergebnisse wurden im Rahmen eines Expertenworkshops mit Vertretern von Ärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung, Pflege und Hospiz- und Palliativarbeit diskutiert.

Wesentliche Ergebnisse

In Zusammenschau der Vorstudien, der standardisierten Befragung und des Workshops lassen sich u.a. folgende Kernaussagen zur Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase treffen:

- Die Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase ist ein aktuelles und wichtiges Thema für die niedergelassene Ärzteschaft, das auf breites Interesse stößt. Es ist vielen Ärzten ein Anliegen, die Versorgung ihrer Patienten in dieser besonders vulnerablen Situation sicherzustellen. Ein hohes Verantwortungsgefühl drückt sich zum Beispiel in der persönlichen Erreichbarkeit auch abseits offizieller Notdienstregelungen aus; ebenso in dem artikulierten Selbstverständnis der Hausärzte, ihre Patienten kontinuierlich bis zuletzt zu betreuen.

- Die Ärzte sehen bei den Patienten und ihren Angehörigen einen erheblichen Gesprächs- und Informationsbedarf. Zugleich bestehen aus Sicht der Ärzte gegenwärtig die größten Defizite in „weichen“ Versorgungsaspekten (Kommunikation, Zeit für Gespräche).
- Die palliativmedizinisch relevanten gesundheitspolitischen Maßnahmen der jüngeren Vergangenheit wie die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die Verpflichtung zur palliativmedizinischen Lehre im Medizinstudium und die Einführung des Patientenverfügungsgesetzes stoßen auf breite Zustimmung innerhalb der Ärzteschaft. Allerdings besteht auch Skepsis, inwieweit sich das Patientenverfügungsgesetz in der Praxis bewähren wird, und inwieweit die SAPV tatsächlich die Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase verbessern wird.
- Für die Zusammenarbeit mit neu entstehenden Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung wünschen sich die Hausärzte vor allem kooperative, integrative Konzepte, die ihre Position als Primärversorger erhalten.

Empfehlungen

- Die Palliativmedizin hat sich in den letzten Jahren beachtlich entwickelt. Die weiteren Schritte sollten eine stärkere Fokussierung auf ältere und hochaltrige Patienten, insbesondere auch mit nicht-onkologischen Erkrankungen, beinhalten.
- Parallel zum Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind erhebliche Anstrengungen nötig, um die hausärztliche und pflegerische Primärversorgung von Menschen in der letzten Lebensphase zu stärken. Dabei geht es nicht nur um die Frage einer angemessenen finanziellen Vergütung, z.B. von den oft zahlreich erforderlichen Hausbesuchen, sondern auch um die grundsätzliche Wertschätzung dieses Versorgungsbereichs.
- Ein Schlüssel zur Optimierung der Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase liegt in der Stärkung von zeit- und gesprächsintensiver Medizin, und dies sowohl in Aus-, Fort- und Weiterbildung, als auch in den Strukturen und in dem Vergütungssystem. Hieraus ergeben sich Fragen der Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen. Es wäre im Sinne der Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen und den Wahrnehmungen vieler Ärzte, in zeit- und gesprächsorientierte Medizin zu investieren, nicht nur in Spezialstrukturen, sondern besonders auch in der Grund- und Basisversorgung.
- Ein weiterer zentraler Baustein sind integrative Versorgungsformen unter Mitwirkung von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen und nicht-ärztlicher Berufsgruppen. Dieser Aspekt gilt für viele Versorgungsbereiche, spielt aber für ältere Menschen in der letzten Lebensphase angesichts der Heterogenität und Komplexität der Problemstellungen eine besonders wichtige Rolle. Die gesetzlich neu verankerte spezialisierte ambulante Palliativversorgung bietet von ihrer Grundkonzeption her alle Voraussetzungen für integrative, interdisziplinäre Konzepte. Wichtig für die Akzeptanz und den Erfolg wird sein, die Hausärzte und relevanten Fachspezialisten angemessen zu beteiligen, abgestimmt auf die örtlichen Verhältnisse.
- Inwieweit die spezifische Zielgruppe der älteren, nicht-onkologisch Kranken (z.B. mit Herzinsuffizienz, Demenz, Frailty) von der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung profitiert, sollte Gegenstand der Evaluationsforschung sein.

Bisherige Veröffentlichungen

Aus der qualitativen Vorphase sind eine englischsprachige Originalarbeit (peer review) und eine Posterpräsentation entstanden:

- Brueckner T, Schumacher M, Schneider N: Palliative care for older people - Exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. BMC Palliative Care 2009; 8:7.

- Schumacher M, Behmann M, Kühne F, Wernstedt T, Schneider N: Ältere Menschen am Lebensende – Versorgungssituation und Verbesserungsbedarf aus der Perspektive ihrer Angehörigen. Gesundheitswesen 2009; 71: 583 (*ausgezeichnet mit dem Posterpreis der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention*)

Aus der Hauptstudie sind bislang fünf Kongress-Präsentation entstanden, vorgestellt auf unterschiedlichen Kongressen für Versorgungsforschung (Heidelberg, 2009), Allgemeinmedizin (Heidelberg 2009, Dresden 2010) und Palliativmedizin (Dresden 2010):

- Behmann M, Kühne F, Schumacher M, Wernstedt T, Walter U, Schneider N. Ältere Menschen in der letzten Lebensphase – Wie sind die Sichtweisen niedergelassener Ärzte in Niedersachsen? Z Allg Med (Sonderausgabe DEGAM/DKVF 2009), S. 161, PS4
- Schneider N, Kühne F, Behmann M, Wernstedt T, Walter U: Wie wünschen sich Hausärzte die Zusammenarbeit mit Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung? Z Allg Med (Sonderausgabe DEGAM/DKVF 2009), S. 200, PS100
- Kühne F, Behmann M, Wernstedt T, Walter U, Schneider N. Berufszufriedenheit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Niedersachsen. Z Allg Med (Sonderausgabe DEGAM/DKVF 2009), S. 192, PS77
- Schneider N, Behmann M, Wernstedt T, Walter U, Kühne F (2010): Schon wieder ein Fragebogen... Non-Responder Analysen zur Teilnahme von Ärzten an einer Befragungsstudie. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2010; 86 (Sonderausgabe): P1-3-7
- Schneider N, Kühne F, Behmann M, Bisson S, Gerlich MG, Wernstedt T (2010): Sind niedergelassene Ärzte für ihre älteren Patienten in der letzten Lebensphase auch außerhalb der Sprechzeiten erreichbar? Zeitschrift für Palliativmedizin 11: P49

Eine Originalarbeit (peer review) mit Themenschwerpunkt spezialisierte ambulante Palliativversorgung wurde in der Fachzeitschrift „Der Schmerz“ veröffentlicht:

- Schneider N, Engeser P, Behmann M, Kühne F, Wiese F. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Erwartungen von Hausärzten. Schmerz 2011;25: 166-173

Weitere Publikationen sind in Arbeit.



T H E M E N F E L D

**Optimierung der Versorgung multimorbider
Patienten**

Projekttitlel: Integriertes psychosoziales Behandlungsprogramm für Patienten mit Typ-2- Diabetes (psy-PAD) – Evaluation eines interdisziplinären psychosozialen Versorgungsmodells

Institutionen:

- Klinik für Psychosomatik der Justus-Liebig-Universität Gießen
- Deutsches Diabeteszentrum Düsseldorf
- Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Mergentheim

Projektleiter:

Prof. Dr. J. Kruse, Prof. Dr. Dr. A. Icks, Prof. Dr. G. Giani, Dr. B. Rose, Prof. Dr. N. Hermanns, PD Dr. B. Kulzer, Prof. Dr. Th. Haak

Kontakt Daten:

Prof. Dr. J. Kruse
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Friedrichstr. 33
35392 Gießen
Tel: 0641-985-45600
Email: johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de



Ziel des Projektes ist die Implementierung und Evaluation eines kooperativen Versorgungsangebotes (psy-PAD), das durch einen konsiliarisch tätigen Psychotherapeuten in der diabetologischen Schwerpunktpraxis in Kooperation mit dem Diabetologen durchgeführt wird.

Hintergrund/Hypothesen:

Psychosoziale Faktoren stellen häufig individuelle Behandlungsbarrieren in der Therapie des Diabetes dar. Zur Reduktion dieser Behandlungsbarrieren und der diabetesbezogenen emotionalen Belastungen wurde psy-PAD als niedrigschwelliges, lösungsorientiertes Kurzzeittherapieangebot entwickelt. Die Studie untersucht die Hypothese, dass durch das Versorgungsangebot psy-PAD im Vergleich zur Standardversorgung

- a) die Stoffwechseleinstellung (HbA1c) optimiert wird,
- b) individuelle Therapieziele in höherem Maße erreicht, die gesundheitsbezogene Lebensqualität gesteigert und die Ausprägung psychischer oder psychosozialer Probleme des Patienten reduziert werden,
- c) das Kompetenzerleben des Arztes und seine Arbeitszufriedenheit steigen
- d) und die Intervention kosteneffektiv ist.

Vorgehen/Verfahren:

Die Studie ist als randomisiert-kontrollierte Studie in diabetologischen Schwerpunktpraxen angelegt. 200 Patienten mit Diabetes mellitus, unzureichender Stoffwechseleinstellung sowie hoher diabetesbezogener emotionaler Belastung werden eingeschlossen. Patienten der Interventionsgruppe erhalten psy-PAD, die Kontrollgruppe eine optimierte Standardversorgung. Zielvariablen sind HbA1c, Blutdruck, Lebensqualität und Erreichungsgrad individueller Therapieziele sowie explorativ die Arbeitszufriedenheit des Arztes. Begleitend erfolgt eine gesundheitsökonomische Evaluation.

Erwartete Ergebnisse/Transferpotenzial:

Die Kooperation von Psychosomatikern/Psychotherapeuten und Diabetologen stellt ein innovatives, niedrigschwelliges, integrierbares Versorgungsmodell in der Betreuung von chronisch kranken Patienten mit ausgeprägter psychosozialer

Belastung dar, die in der bestehenden Regelversorgung unzureichend versorgt werden können.

Aktueller Stand – Zwischenergebnisse:

Für die Studie psy-PAD wurde ein psychosomatisches Behandlungsmanual entwickelt, das sowohl eine individuelle Diagnostik der psychosozialen Behandlungsbarrieren dieser Patientengruppe erlaubt, als auch ein daraus abgeleitetes, psychosomatisches Behandlungskonzept umfasst. Wesentliche Bausteine sind eine individuelle Therapiezieldefinition und -vereinbarung und ein lösungs- und ressourcenorientiertes Coaching, orientiert an Affektentlastung, Umgang mit Schuld- und Schamgefühlen, Stabilisierung des Selbstwertgefühls und Förderung des Genusserlebens.

Es wurde ein Erhebungsbogen zu den relevanten gesundheitsökonomischen Daten konstruiert, der es ermöglicht, eine gesundheitsökonomische Analyse für die Patientengruppen mit Typ 2-Diabetes und psychosozialer Belastung durchzuführen. Dieser wird in einem begleitenden, vom BMBF geförderten, Projekt evaluiert.

Der aktuelle Stand des Wissens zu den psychosozialen Behandlungsbarrieren wurde in zwei Schwerpunktheften in den Zeitschriften „Der Diabetologe“ und „Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie“ dargestellt. Durch Berichte in Zeitschriften (u.a. „Neue Apotheken Illustrierte“, „Der Insuliner“ etc.), die kein Fachpublikum ansprechen, konnte eine breite Öffentlichkeit über das Projekt informiert werden.

Die Rekrutierung der Patienten verläuft langsamer als zunächst erwartet. Gründe hierfür sind u. a. darin zu sehen, dass eine Patientengruppe angesprochen wird, die infolge der Behandlungsbarrieren eine geringe Behandlungsmotivation aufweist. Wir arbeiten mit Patienten, die trotz Schulung und umfassender diabetologischer Betreuung, keine befriedigende Stoffwechseleinstellung erzielen. Der Motivationsarbeit im Vorfeld der Studie kommt daher in der Kooperation mit dem Diabetologen eine entscheidende Bedeutung zu. Daher wurden weitere Möglichkeiten der Rekrutierung und Kooperation entwickelt und erprobt, z.B. die regelmäßige Teilnahme der Therapeuten an den Schulungen für Patienten mit Typ-2-Diabetes.

Zur Zeit kooperieren wir mit acht diabetologischen Schwerpunktpraxen. Mit Patienten der Interventionsgruppe wurden die Coachings durchgeführt und erste Patienten schlossen die Studie erfolgreich ab. Die Diabetologen machten immer wieder auf Patienten aufmerksam, die die entsprechenden HbA_{1c}-Werte aufwiesen und von dem Praxisteam aufgrund der langjährigen Kenntnisse der Krankengeschichte und der persönlichen Situation als sehr belastet beschrieben wurden, jedoch aufgrund der Screening-Werte nicht eingeschlossen werden konnten. Es wurden daher die Cut-off Werte im Fragebogen zu den psychosozialen Belastungen (PAID-K) gesenkt.

Ausblick auf die anstehenden Schritte:

Nächste Schritte sind die

- Fortführung der Patientenrekrutierung,
- weitere Durchführung der Intervention.

Publikationen:

Köhler B, Kruse J (Im Druck): Psychosomatischer Konsildienst bei Patienten mit Diabetes. Zeitschrift für Psychodynamische Psychotherapie

Kruse J (2010): Diabetes und Depression - eine folgenschwere Interaktion. Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin 2:95-100

Kruse J (2010): Psychodiabetologie – eine Herausforderung für die Psychosomatik. Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin 2: 81-82

Kulzer B, Krichbaum M, Kruse J, Haak Th, Hermanns N (2010): Patientenschulung bei Diabetes - Von der Complianceförderung zum Selbstmanagement. Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin 2:89-94

Kulzer B, Kruse J (2010): Diabetes und Depression. Der Diabetologe 6:253-254

Kulzer B, Hermanns N, Kruse J (2010): Diabetes und Depression – Risiken und Zusammenhänge. Der Diabetologe 6:255-265

Kruse J, Kulzer B. (2010): Screening, Diagnostik und psychosomatische Therapieansätze bei Patienten mit Diabetes und Depression. Der Diabetologe 6:272-279



T H E M E N F E L D

**Optimierung der Versorgungssituation für
Menschen mit psychischen Erkrankungen**

Projekttitlel: „Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer“.

Kurztitel: Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen

Institution:

Forschungsnetz psychische Gesundheit, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig

Projektleitung:

PD Dr. Anke Bramesfeld

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Kontakt:

anke.bramesfeld@medizin.uni-leipzig.de

www.forschung-psychische-gesundheit.de

Kooperationspartner:

- PD Prof. Reinhold Kilian, Abteilung Psychiatrie II der Universität Ulm, BKH Günzburg
- Dr. Dr. Helmut Hausner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg
- Dr. Barbara Kowalenko, Städtisches Klinikum Eisenhüttenstadt, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Projektdauer: 16.11.2008-30.04.2010

Ziele des Projektes:

Schaffen einer Übersicht über die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland in folgenden Bereichen:

1. Kenntnisse über die Versorgungspraxis (welche Leistungserbringer sind in welchem Maß beteiligt?)
2. Verständnis der Kooperationspraxis der Leistungserbringer in der Versorgung psychisch kranker Menschen

Hintergrund/Hypothesen:

An der Versorgung psychisch kranker Menschen sind mehrere Sektoren und Kostenträger beteiligt. Dies führt zu Vielseitigkeit aber auch Fragmentierung des Systems, das nicht nur für Unbeteiligte unübersichtlich ist. Die Versorgungsangebote unterscheiden sich regional deutlich, ohne dass klar ist was dies für den Versorgungsprozess und seine Ergebnisse bedeutet. Gute Kooperation zwischen den Leistungserbringern ist Voraussetzung für gute Versorgung.

Vorgehen/Verfahren:

Das Forschungsprojekt fokussiert auf die Diagnosen Depression, Alkoholsucht und Schizophrenie/Wahnhaftige Störung. Daten wurden in vier Untersuchungsregionen erhoben, die städtische und ländliche Räume sowie Ost- und Westdeutschland repräsentieren sollen. Es werden drei methodische Zugänge gewählt:

- Quantitative Primärerhebung der Versorgungsstruktur mittels des European Service Mapping Schedules.
- Qualitative Untersuchung (Fokusgruppen) in den vier Modellregionen um Praxen der Kooperation, informelle Prozesse und Motive des Kooperationsverhaltens von Leistungserbringern bei der Versorgung psychisch kranker Menschen zu verstehen.
- Standardisierte Befragung zur Kooperationspraxis der niedergelassenen PsychiaterInnen und NervenärztInnen in den Modellregionen.

Ergebnisse

Versorgungspraxis

Grundsätzlich besteht in allen vier Regionen ein gut ausgebautes psychiatrisches und psychosoziales Versorgungsangebot. Dies zeigt, dass die Forderungen der Psychiatriereform wie Dezentralisierung, Gemeindeförderung und Vielschichtigkeit des Angebotes weitgehend umgesetzt sind. Während der komplementäre Sektor in den städtischen Regionen stärker ausgebaut ist, scheinen im ländlichen Raum die Krankenhäuser eine größere Rolle zu spielen.

Ambulante Angebote mit Krisenbewältigung gibt es in allen Regionen. Die meisten Einrichtungen bieten diese im Rahmen ihres normalen Teams an. Nur wenige verfügen über ein auf Krisenbewältigung spezialisiertes Behandlungsteam und die Möglichkeit einer Intensivbetreuung. Die größten Unterschiede zeigen sich im Bereich der Angebote im Arbeitssektor. Vor dem Anspruch der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von psychisch kranken Menschen scheint hier nach wie vor der größte Reformbedarf zu bestehen.

Differenziert man die Inanspruchnahme nach Diagnosen, fällt auf, dass vor allem Menschen mit Diagnose Depression die ganze Breite der Angebote nutzen. Dagegen sind für Menschen mit Schizophrenie vor allem die stationäre Versorgung und Angebote des betreuten Wohnens bedeutsam. Alkoholabhängige Menschen nutzen – bei einer großen Varianz zwischen den Regionen – die psychiatrischen Versorgungsangebote insgesamt am wenigsten. Menschen über 65 Jahre sind vor allem in den Tagesangeboten, aber auch in anderen ambulanten Angeboten unterrepräsentiert.

Problematisch scheint, dass es sehr wenige explizite Angebote für KlientInnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse gibt. Die Angebote bestehen zudem in vielen Fällen eher informell und es gibt keine Policy multilingualer Behandlungsangebote.

Für die Nutzung der Angebote scheint vor allem die regionale Angebotsstruktur verantwortlich zu sein. Hinweise, dass unterschiedliche Krankheitsprävalenzen in den Regionen Einfluss auf die Nutzungsstruktur haben, fehlen ebenso wie Hinweise auf den Einfluss der ambulanten Versorgungsstruktur auf die stationären Aufnahmen.

Kooperationspraxis

In erster Linie wird unter Kooperation die einzelfallbezogene Zusammenarbeit verstanden, bei der zwei oder mehrere Akteure direkt und persönlich zusammenarbeiten, um idealerweise gleiche oder zumindest nicht widersprüchliche Ziele zu erreichen.

Kooperation wird als Kooperation zwischen den Professionellen verstanden. Es gibt wenig Konzepte, um PatientInnen systematisch zu ermächtigen, Kooperation selbst anzustoßen oder einzufordern.

Im Widerspruch zu der großen Bedeutung, die der Kooperation von allen Akteuren aber auch in der Literatur beigemessen wird, besteht ein wenig explizites Kooperationsverständnis. Das Fehlen eines theoretischen Kooperationsverständnisses wird insbesondere bei den ÄrztInnen deutlich. Ausschlaggebend für die Bewertung der Kooperationsqualität ist meist der persönliche Kontakt zu anderen Akteuren. Kooperationsbeziehungen werden somit an Einzelpersonen geknüpft und nicht als institutionell verankert verstanden.

Intensive Kooperation wird vor allem dort als notwendig beschrieben, wo „Routinekooperation“ nicht ausreicht. Die Kooperation in der psychiatrischen Versorgung ist wenig abgrenzbar, sehr flexibel und an dem Unterstützungsbedarf der PatientInnen/KlientInnen ausgerichtet. Kooperation in der psychiatrischen Versorgung lebt somit weniger von fest geschriebenen Kooperationsabläufen als von einem grundsätzlich bestehenden breiten Netzwerk, das fall- und problemorientiert genutzt werden kann.

Kooperation von Seiten der niedergelassenen Fachärzte findet hauptsächlich zwischen niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen statt sowie mit Kliniken und Tageskliniken. Sie findet wenig interdisziplinär statt, etwa mit Beratungsstellen, dem sozialpsychiatrischen Dienst und den psychosozialen Gemeindezentren. Die Qualität der Kooperation wird eher positiv bewertet, wobei die Niedergelassenen die Zusammenarbeit mit ambulanten komplementären Einrichtungen schlechter bewerten als die Kooperation mit FachärztInnen und Kliniken. Wichtige Fachtreffen der Niedergelassenen sind vor allem die Qualitätszirkel und Inter- und Supervisionsgruppen; interdisziplinäre Treffen wie Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften spielen in der Praxis kaum eine Rolle.

Die geringe interdisziplinäre Vernetzung, die von niedergelassenen Fachärzten beschrieben wird, wird von Angehörigen anderer Berufsgruppen als Defizit erlebt.

Diskussion

Vor dem Hintergrund der gut ausgebauten und vielschichtigen Angebotsstruktur in der psychiatrischen Versorgung in allen Untersuchungsregionen ist eine Verbesserung des Versorgungsangebots am ehesten durch eine bessere Kooperation der bestehenden Einrichtungen zu erwarten.

Bedingung für eine Verbesserung der Kooperation in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung wäre eine reflektierte und je nach Zweck spezifizierte Organisation der lokalen Netzwerke. PsychiatriekoordinatorInnen könnten dabei eine wichtige Rolle spielen.

Kooperation in der psychiatrischen Versorgung ist weniger diagnoseorientiert und folgt eher dem Hilfebedarf des PatientInnen/KlientInnen. Diese Form der Kooperation, bedarf eines breiten grundlegenden Kooperationsnetzwerkes, das unabhängig vom Einzelfall bestehen muss.

Die Form der Kooperation, die in der psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung vorherrscht, ist eine andere als die, wie sie in aktuellen Modellprojekten der integrierten Versorgung oder des Case Managements definiert wird. Die Kooperation in integrierter Versorgung oder Case Management geht von einer fest planbaren, vorherbestimmbaren und wieder kehrenden Aufteilung der Aufgaben in Bezug auf bestimmte Diagnosen aus. Dagegen orientiert sich der Kooperationsbedarf in der psychiatrischen Versorgung aber nur sekundär an Diagnosen sondern primär an der Behinderung der PatientInnen/KlientInnen und ihrem Bedarf nach Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags. Damit bedarf die psychiatrisch-psychotherapeutische Kooperation eines breiten Netzwerkes, das unabhängig vom Einzelfall existieren muss und das problemorientiert und flexibel eingesetzt werden kann.

Neben einer Verbesserung der Ressourcen für Kooperation sehen die AutorInnen Steuerungsmöglichkeiten vor allem in den Bereichen der Hochschul- und Facharztausbildung, der Vergütung sowie der Netzwerkkoordination.

Studierende der Medizin sowie ÄrztInnen in der Facharztausbildung sollten z.B. im Rahmen von Praktika Erfahrungen innerhalb eines nicht-medizinischen, aber medizin-relevanten Bereiches sammeln.

Es muss deutlich gemacht werden, dass Kooperation ein integraler Bestandteil der Versorgung ist, für den ausreichend zeitliche und personelle Ressourcen vorhanden sein müssen. Um dies sicherzustellen, muss Kooperation angemessen vergütet werden. Dabei ist neben einem „fee for service“ Modell, das Kooperation im Einzelfall honoriert, auch eine „Kooperationsbasisleistung“ notwendig. Diese trägt der Tatsache Rechnung, dass gute Kooperation nur auf der Basis langfristiger und kontinuierlicher Netzwerkarbeit funktionieren kann.

Geboten erscheint auch eine Verbesserung der interdisziplinären Vernetzung. Hier sollte z.B. der bisherige Schwerpunkt auf monodisziplinär besetzte Qualitätszirkel überdacht werden. Stattdessen empfiehlt sich die Etablierung von strategischen interdisziplinären Gremien mit versorgungsrelevanten Zielen. Mögliche Themen eines solchen Gremiums könnten z.B. sein: Gemeinsames Verständnis von Behandlungskonzepten, Zugang zur Versorgung für Schwerkranke, Zugang zu ambulanten Hilfen, Integration in den Arbeitsmarkt, Zugang psychisch Kranker zur somatischen Versorgung.

PsychiatriekoordinatorInnen können bei der Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der Vernetzung der psychiatrischen Versorgung unter Einbeziehung aller relevanten Akteure helfen. Wichtig scheinen auch Routinen zu sein, die gewährleisten, dass die Notwendigkeit der kooperativen Hilfeplanung und das Aufstellen gemeinsamer Behandlungskonzepte im Einzelfall erkannt wird. Ein zentrales und aktuelles Verzeichnis aller Angebote sollte als Grundlage für die Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern existieren.

Nicht vergessen werden darf die Rolle der PatientInnen und KlientInnen bei der Kooperation. Statt der häufig dominierenden Praxis, die sich stärker an Versorgung und Fürsorge orientiert, sollten systematische Strategien von Empowerment PatientInnen selber befähigen, eine Vernetzung zwischen verschiedenen Behandlungen zu organisieren.

Vereine und Initiativen Psychiatrieerfahrener sollten stärker in die Netzwerke einbezogen werden. Die Arbeit von regionalen Psychiatrieerfaherinneninitiativen sollte unterstützt werden.

Projekttitle:

Disziplinen- und Sektoren-übergreifende Versorgungs-Analyse
mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgungs-Situation von Menschen
mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen



Institution:

Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie
und Nervenheilkunde

Projektleiter/-in bzw.

Ansprechpartner/-in:

Univ.-Prof. Dr. med. W. Gaebel

Projektdauer (Beginn/Ende):

Beginn 12/09, Ende 06/11

Kontakt Daten:

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

LVR-Klinikum Düsseldorf

Bergische Landstr. 2

40629 Düsseldorf

Tel. 0211-922-2001

FAX 0211-922-2023

E-Mail: wolfgang.gaebel@uni-duesseldorf.de

Beteiligte Wissenschaftler und Kooperationspartner:

Univ.-Prof. Dr. med. W. Gaebel (Projektleiter, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, LVR-Klinikum Düsseldorf, Düsseldorf)

Prof. Dr. med. J. Fritze (Asterweg 65, 50259 Pulheim)

Priv.-Doz. Dr. med. J. Zielasek (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, LVR-Klinikum Düsseldorf, Düsseldorf)

E. Hempel, Dipl. oec. (IGES Institut GmbH, Berlin)

Dr. R. Buschmann-Steinhage (Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin)

Dr. med. E. Scharnetzky, MPH (DAK – Unternehmen Leben, Hamburg)

Dr. C. Vauth (KKH-Allianz, Hannover)

P. K. Josenhans (Handelskrankenkasse (hkk), Bremen)

S. Wöhrmann (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin)

Projektbeschreibung / Ziele des Projektes:

Mit dem hier vorgestellten Projekt zur Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wird das übergeordnete Ziel der Schaffung einer bislang nicht verfügbaren, umfassenden Datengrundlage verfolgt, die sektoren- und disziplinen-übergreifend die Versorgungssituation im Bereich der psychischen Störungen in Deutschland anhand von Versichertenverläufen über drei Jahre (2005-2007) darstellt. Diese Datengrundlage soll empirisch belastbare Belege für den Verbesserungsbedarf sowie Ansatzpunkte für zukünftige Verbesserungsmaßnahmen zur Versorgung psychisch Kranker liefern.

Ziele der Studie:

- Eine nach Versorgungssektoren und Leistungserbringern (Facharztgruppe; Fachgruppe des Krankenhauses bzw. der Rehabilitationseinrichtung) differenzierte deskriptive Darstellung **der Inanspruchnahme ambulanter, stationärer und rehabilitativer Leistungen** durch psychisch Kranke aus den Diagnosegruppen Demenz (ICD-10 F0-Gruppe), Abhängigkeitserkrankungen (F1-Gruppe), Schizophrenie (F2-Gruppe), affektive Störungen (F3-Gruppe), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4-Gruppe) und der Gruppe der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5-Gruppe) auf der Basis von Routinedaten der Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV);

- eine Analyse der **verordneten Medikation**;
- eine **Bestimmung von Outcomes** z.B. anhand von Arbeitsunfähigkeit, Übergang in Erwerbsminderungsrenten, stationären Wiederaufnahmeraten, Verweildauern in verschiedenen Versorgungssektoren sowie der Zahl der Arzt-Kontakte im Niedergelassenen-Bereich;
- eine Identifikation von **Prädiktoren ungünstiger Krankheitsverläufe** (z.B. in Form von Frühberentung) / **erhöhter Leistungsanspruchnahme** (definiert z.B. über die Kontaktdichte im ambulanten und stationären Sektor);
- eine Ermittlung von Indikatoren zur Identifikation von **Schnittstellenproblemen** an den Sektorengrenzen, z. B. auf der Basis von Zeiträumen zwischen stationärer Entlassung und dem Beginn der ambulanten Anschlussbehandlung.
- ein **interregionaler Vergleich** der Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zur Generierung von ersten Anhaltspunkten für Unter- oder Überversorgung.

Hintergrund/Hypothesen:

Es soll die Hypothese überprüft werden, dass aus Routinedaten der Krankenversorgung das Inanspruchnahmeverhalten analysiert, regionale Besonderheiten erkannt und Schnittstellenprobleme zwischen Versorgungssektoren aufgedeckt werden können.

Vorgehen/Verfahren:

Datenschutz:

- Das Projekt wird in enger Abstimmung mit den jeweiligen Verantwortlichen für den Datenschutz und unter strenger Beachtung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen geplant und durchgeführt. Die für die Studie generierte Datengrundlage dient ausschließlich der Durchführung dieser Studie und wird nicht für weitere Zwecke verwendet.

Datensatzgenerierung:

- Versichertenbezogene **anonymisierte** Zusammenführung der Routinedaten von drei Ersatzkassen (DAK, KKH-Allianz, hkk) sowie der DRV Bund im longitudinalen Design (2005-2007). Anhand der in den Routinedaten dokumentierten Diagnosen ließen sich von den insgesamt ca. 10 Mio. Personen, die im Untersuchungszeitraum 1.1.2005-31.12.2007 bei den beteiligten Krankenkassen versichert waren, diejenigen identifizieren, für die in diesem Zeitraum im Rahmen der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung eine oder auch mehrere Behandlungsdiagnosen (ambulant) bzw. Haupt-/Nebendiagnosen (stationär) der o.g. diagnostischen Gruppen psychischer Störungen (F0-F5, im Folgenden auch „Index-Diagnosen“ genannt) kodiert wurden. Die Versicherten mit Index-Diagnosen im Untersuchungszeitraum stellen die Untersuchungspopulation der vorliegenden Studie dar. Für die Analysen wurde eine Datenbasis generiert, in der die anonymisierten Kranken- und Rentenversicherungs-Daten aller Erkrankten mit Index-Diagnosen im Untersuchungszeitraum versichertenbezogen zusammengeführt wurden. Für die Auswertungen stehen nicht nur die Diagnose- und Leistungsdaten zur Verfügung, die in Verbindung mit den Index-Diagnosen F0-F5 standen, sondern auch Informationen zu somatischen Diagnosen und den hiermit verbundenen kurativen und rehabilitativen Leistungen wie auch Informationen zu Diagnosen und Leistungen in Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen (F6-F9), an denen die Erkrankten der Untersuchungspopulation ggf. zusätzlich zu ihrer Index-Diagnose (F0-F5) litten.

Datenanalyse:

- **deskriptive statistische Analyse** der Inanspruchnahme- und Outcomedaten differenziert nach Versorgungs-Sektoren und Diagnosegruppen; schließende statistische Berechnungen zu **Gruppenvergleichen** von High- und Low-Utilizern;
- **Prädiktorenanalyse** für ungünstige Versorgungsverläufe/erhöhte Leistungsanspruchnahme mittels **Regressionsanalysen** und „**Survival**“-**Analysen** nach Kaplan-Meier; Ermittlung komplexer Zusammenhänge zwischen den Indikatoren schlechter Verläufe und den Outcomeparametern mit Hilfe von **Modellierungs- und Simulationsverfahren**;
- **Interregionale Vergleiche** der ermittelten Kennzahlen (Vergleich neuer und alter Bundesländer & städtischer und ländlicher Regionen) im Rahmen eines **Benchmarking-Ansatzes**.

Erwartete Ergebnisse/Transferpotenzial:

Übergreifendes Ziel des Projekts ist die Schaffung einer bislang nicht verfügbaren, umfassenden Datengrundlage, die Sektoren- und Disziplinen-übergreifend die Versorgungssituation im Bereich der psychischen Störungen in Deutschland anhand von Versichertenverläufen über drei Jahre (2005-2007) darstellt.

Diese Datengrundlage soll empirisch belastbare Belege für den Verbesserungsbedarf sowie Ansatzpunkte für eine verbesserte Versorgung psychisch Kranker liefern.

Anhand Diagnose-bezogener **Inanspruchnahmeprofile** wird Disziplinen- und Sektoren-spezifisch bzw. -überlappend aufgezeigt, welche Patientengruppen von welchen Gesundheitsdienstleistern versorgt werden, wie lange die Behandlung dauert und zu welchem **Ergebnis** (Wiederaufnahmerate, Einleitung von Reha-Maßnahmen, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Erwerbsminderung, Berentung) sie führt.

Dabei werden **Schnittstellenprobleme** erkennbar (z.B. Verzögerungen beim Übergang in eine Reha-Maßnahme). Die Analyse von Schnittstellenproblemen soll dazu führen, zielgerichtet neue Strategien zu deren Überwindung zu entwickeln.

Aus der Kenntnis von **Prädiktoren ungünstiger Krankheitsverläufe** sollten sich Indikatoren für Optimierungspotential und Präventionsmaßnahmen ableiten lassen.

Auf der Basis des **regionalen Benchmark-Vergleichs** lassen sich Hypothesen für Ursachen von Unterschieden im Versorgungsgrad generieren, die den Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen bilden können.

Die Datenbasis dürfte sowohl für die Krankenhausbedarfsplanung der Länder wie für die Versorgungsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch für dezentrale Ansätze, z.B. im Rahmen neuer Versorgungsformen zur Verbesserung der Versorgung, von Bedeutung sein und eine gute Ausgangssituation für die weitere Forschung zur Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen darstellen.

Erste Ergebnisse:

Für ein Drittel aller Versicherten wurde im Rahmen der medizinischen Versorgung eine Index-Diagnose dokumentiert

Für knapp 3,3 Mio. der insgesamt 10 Mio. Versicherten der beteiligten Kassen wurden im Untersuchungszeitraum eine oder mehrere psychische Erkrankungen der diagnostischen Gruppen F0-F5 dokumentiert, d.h. für 33% der Versicherten liegen Daten zu medizinischen Behandlungen vor, im Rahmen derer eine oder mehrere Index-Diagnose(n) (F0-F5) als Abrechnungsdia­gnose (ambulanter Bereich) oder als Haupt- bzw. Nebendiagnose (stationärer Bereich) kodiert wurde(n).

Inanspruchnahme psychiatrischer, psychosomatischer bzw. psychotherapeutischer Versorger/Versorgungseinrichtungen im ambulanten und stationären Bereich

98% der Untersuchungspopulation hatten ambulante Kontakte zum medizinischen Versorgungssystem, die mit der Diagnose einer psychischen Störung assoziiert waren. Allerdings hatten davon nur knapp 40% Kontakt zu einer psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologischen Berufsgruppe (Nervenärzte/Psychiater, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärzte für Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten). Für mehr als die Hälfte der Erkrankten mit ambulanter Behandlung mit Diagnose einer psychischen Störung waren keine Kontakte zu psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologischen Berufsgruppen dokumentiert. Für ca. 6% der 3,3 Mio. Erkrankten wurden stationäre Aufenthalte mit Hauptdiagnose einer psychischen Störung dokumentiert. Die stationäre psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung obliegt sowohl den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkliniken wie auch den psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern bzw. Universitätskliniken. Ca. 70% der mit einer Hauptdiagnose einer psychischen Störung stationär behandelten Erkrankten wurden in einer dieser Einrichtungen versorgt. Daraus folgt, dass 30% der Erkrankten mit stationären Behandlungen mit Hauptdiagnose einer psychischen Störung in primär somatischen Einrichtungen versorgt wurden, wobei die Frage, ob hier eine psychiatrische/psychosomatische Konsiliarbehandlung erfolgt ist, anhand der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden kann.

Somatische Komorbidität

Für mehr als 99% der 3,3 Mio. psychisch Erkrankten wurde im Untersuchungszeitraum im Rahmen der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung auch eine somatische Diagnose kodiert (ICD-10-GM Kapitell A-E, G-T (außer G30)), d.h. nahezu alle psychisch Erkrankten hatten im Untersuchungszeitraum Kontakte zu medizinischen Versorgungseinrichtungen, bei denen somatische Diagnosen als Behandlungsdiagnose (ambulant) oder als Haupt-/Nebendiagnose (stationär) dokumentiert wurden.

Anteil Erkrankter, die wegen ihrer psychischen Störung arbeitsunfähig waren oder berentet wurden

Erste Auswertungen von Arbeitsunfähigkeits- und Renten-Daten von Erkrankten im erwerbsfähigen Alter (15-65 Jahre) zeigten, dass 22% dieser Erkrankten aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig wurden und 1,5% aufgrund einer psychischen Störung berentet waren. Für diejenigen, die von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen betroffen waren, entfiel durchschnittlich auf 2,5 Versichertenjahre eine Arbeitsunfähigkeit mit Diagnose einer psychischen Störung.

Stand des Projektes/Ausblick:

Das IGES-Institut führt zur Zeit die statistischen Analysen zur Versorgungssituation psychisch Erkrankter durch. Parallel dazu werden die Analyse-Ergebnisse durch die Projektleitung interpretiert, weitergehende Analysen konzipiert und der Abschlussbericht des Projektes erstellt. Der Abschluss der Studie ist für den 30.6.2011 vorgesehen.



T H E M E N F E L D

**Auswirkungen einer stärkeren Einbeziehung
nichtärztlicher Gesundheitsberufe in
Versorgungskonzepte**

Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen

Vorhabenbeschreibung

Vor dem Hintergrund absehbarer Engpässe in der medizinischen, insbesondere hausärztlichen Versorgung aufgrund der demographischen Entwicklung wird seit geraumer Zeit in Wissenschaft und Politik eine Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht ärztliches Personal diskutiert. Als Konsequenz aus dieser Diskussion wurde auf dem 110. Deutschen Ärztetag beschlossen, Arzthelferinnen bzw. Medizinische Fachangestellte (im Folgenden als MFA) bezeichnet, stärker in die medizinische Versorgung einzubeziehen und eine zusätzliche Qualifikationsstufe "Gesundheitsberatung" zu entwickeln. Für die entsprechenden Qualifizierungen der MFA wurde ein Curriculum für den Gegenstandsbereich der ambulanten Versorgung älterer Menschen entwickelt, das in den Landesärztekammern umzusetzen ist.

Im Oktober 2008 erteilte die Bundesärztekammer dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) den Auftrag, ein Modellprojekt „Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte in der Versorgung älterer Menschen“ durchzuführen. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein führte ein ebenfalls von der Bundesärztekammer gefördertes gleichgerichtetes Projekt (HELVER) durch. Beide Projekte hatten das Ziel, die Umsetzung des genannten Curriculums in verschiedenen Versorgungsregionen zu evaluieren. Dabei sollten die Angemessenheit des Curriculums eruiert und Konsequenzen für die das Konzept umsetzenden Praxen, sowohl für die MFA als auch für die Praxisinhaber, ermittelt werden. Weitere Untersuchungsschwerpunkte waren die Akzeptanz bei den Patienten und die Konsequenzen der Aufgabendelegation für das Arzt-Patient-Verhältnis und den medizinischen Outcome. Auch auf die Einbindung in die Versorgungsstruktur wurde ein Augenmerk gelegt.

Aufgrund der gleichartigen Konzeption beider Projekte beschlossen das WIAD und die Ärztekammer Schleswig-Holstein, ihre Projekte in enger Kooperation mit einer gemeinsamen Evaluation durchzuführen. Der Zeitraum für die Durchführung einschließlich der Evaluation war Oktober 2008 bis Dezember 2010. Der Abschlussbericht wurde im Januar 2011 vorgelegt. Fortbildungen durchführende Kooperationspartner im WIAD-Projekt waren die Carl-Oelemann-Schule der Ärztekammer Hessen in Bad Nauheim und die Akademie für ärztliche

Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe. Im HELVER-Projekt wurden die Fortbildungen vom Edmund-Christiani-Seminar der Ärztekammer Schleswig-Holstein durchgeführt.

Die Evaluation war multiperspektivisch angelegt, d.h., dass die Perspektiven der beteiligten MFA und der Ärzte – es handelt sich ganz überwiegend um die Inhaber der jeweiligen Praxis – sowie der Patienten die Basis für die Evaluation bildeten. Insgesamt konnten die Fragebögen von 65 MFA, 63 Ärzten und 669 Patienten ausgewertet werden. Flankiert wurden diese zentralen Evaluationsbausteine von umsetzungsbegleitenden Maßnahmen und Expertengesprächen. Ein methodisch sehr relevantes Ergebnis der Evaluation ist die hohe Übereinstimmung der Einschätzungen aller drei Befragten-Gruppen. Dies ist eine Bestätigung, dass das Evaluationskonzept angemessen war und dass die gewonnenen Ergebnisse eine reale Veränderung im Versorgungsgeschehen belegen.

Ergebnisse

Wenngleich nicht wenige der teilnehmenden Praxen Aufgabendelegation bereits aus eigener Initiative praktiziert hatten, bevor dieses Projekt startete, haben sich doch für alle Beteiligten deutliche und durchweg positive Effekte durch die Realisierung dieser Fortbildung ergeben. Das Fortbildungskonzept hat sich insgesamt bewährt und wurde sowohl von den MFA als auch von deren Arbeitgebern akzeptiert und überwiegend positiv beurteilt. In den Dimensionen Fachkompetenz, Sozialkompetenz bzw. Handlungssicherheit, deren Ausprägungen auf die Inhalte bzw. Intentionen des Curriculums bezogen untersucht wurden, haben die MFA ihr professionelles Niveau und in der Folge ihre Position als Team-Mitglied der Arztpraxis erhöhen können, sodass sie in der Lage sind, effektiver und effizienter einen Konnex zwischen Arzt und Patient herzustellen. Ganz überwiegend haben die MFA hierdurch eine (wenn auch nicht monetäre) Aufwertung ihres Berufs erlebt und auch persönlichen Gewinn realisieren können.

Für die beteiligten Praxen haben sich durch die Umsetzung des Konzepts keine nennenswerten organisatorischen oder sonstigen Probleme ergeben. Vielmehr ist die Zufriedenheit im Team wie auch die Berufszufriedenheit des Praxisinhabers insgesamt deutlich angestiegen. Im Schnitt haben die MFA ihre Hausbesuchstätigkeit ausgeweitet. Damit verbunden hat sich das Leistungsspektrum eines Teils der Praxen verändert, u.a. insofern technische Leistungen bedarfsspezifisch vor Ort erbracht werden. Dass bei der Delegation von Leistungen an die MFA kein Feld der Unsicherheit entsteht, wurde in den Einschätzungen beider Gruppen deutlich. Hierzu dürften auch die festgestellte hohe Kommunikationsdichte bzgl. der Fallbesprechungen bei der Leistungsdelegation sowie die recht häufige Telekommunikation zwischen Arzt und MFA bei der Durchführung der Hausbesuche beitragen.

Eventuelle Befürchtungen einer Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung werden durch die Ergebnisse der Studie widerlegt. Ganz im Gegenteil zeichnet sich für die befragten Ärzte eine Verstärkung der Bindung des Patienten an sie bzw. die Praxis ab, die aus der von den Patienten empfundenen verstärkten Zuwendung der MFA an sie resultiert. Auch für eine mögliche Zunahme der Leistungsbeanspruchung liefert die Untersuchung keinen Beleg. Die vertiefte Kenntnis der Lebenssituation des Patienten, welche die MFA bei den Hausbesu-

chen gewinnen, bietet die Chance, die Therapie in Hinblick auf die individuelle Situation des Patienten zu optimieren.

Die Patientengruppen, die aus Sicht der Ärzte am ehesten für die an MFA delegierten Leistungen in Frage kommen, sind Patienten mit einer Demenzerkrankung, ernährungsbedingten Erkrankungen, Apoplex, koronarer Herzkrankheit/Hypertonus, peripherer Gefäßerkrankung, Krebserkrankungen, chronischen Gelenkerkrankungen und chronischen Atemwegserkrankungen. Aus den Studienergebnissen lässt sich gut begründet ableiten, dass durch die Hausbesuche der MFA eine Compliance-Verbesserung resultiert. Dies bezieht sich v.a. auf die Medikamenteneinnahme, die Anwendung von Therapien, die Flüssigkeitsaufnahme und die Sturz- und Unfallvermeidung. Außerdem weisen die Ergebnisse auf eine Erhöhung der Selbständigkeit in der Lebensführung und eine günstige Beeinflussung möglicher Komplikationen der Erkrankung als Folge des MFA-Einsatzes hin.

In einem bemerkenswert hohen Maße zeigten sich die Patienten mit dem Leistungserhalt durch die MFA zufrieden. Wenn die Patienten den Leistungserhalt durch Arzt und MFA bewertend miteinander vergleichen, liegen die insgesamt hohen Werte nicht weit auseinander. Tendenziell wird die Leistungserbringung durch die MFA als intensiver eingeschätzt, wenn es um Leistungen geht, die stark mit Zuwendung verbunden sind wie Zeit haben oder auf Sorgen und Befürchtungen eingehen. Die primär ärztlichen Leistungen wie Aufklärung über die Krankheit erbringt in der Patientensicht erwartungsgemäß der Arzt intensiver, wobei die entsprechenden Werte für die MFA gleichwohl sehr hoch sind.

Die Ergebnisse der Evaluation laufen auf die eindeutige Empfehlung hinaus, das Modell in der Breite der hausärztlichen Versorgung älterer Menschen umzusetzen und die der Umsetzung entgegenstehenden rechtlichen und honorarpolitischen Hemmnisse zu beseitigen. Diese Hemmnisse bestehen in erster Linie in der unzureichenden Vergütung der Hausbesuche, darüber hinaus im Nebeneinander diverser Konzepte zur Delegation, das zu einer Verunsicherung der potenziellen Nachfrager führt. Die weitgehende Implementierung in der hausärztlichen Versorgung wäre die Basis für die Ausweitung des Konzepts auf Teile der fachärztlichen Versorgung und die Ausrichtung auf sektorenübergreifende Versorgung.

Abschlussbericht:

Gerhard Schüler, Ingbert Weber, Michael Löttgen, Lothar Klaes, Cordelia Andreßen (2011): Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen. Abschlussbericht im Auftrag der Bundesärztekammer. Bonn, Bad Segeberg, 7. Januar 2011

Wissenschaftliches Institut der Ärzte
Deutschlands (WIAD) gem. e.V.
Ubiestraße 78, 53173 Bonn

Dr. Gerhard Schüler
Telefon: 0228 8104-141 (gerhard.schueler@wiad.de)

Dr. Lothar Klaes
Telefon: 0228 8104-172 (lothar.klaes@wiad.de)

Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg

Volker Warneke
Tel.: 04551 8813-290 (volker.warneke@aeksh.org)

Anlage: Veröffentlichung im Hartmannbund-Magazin 2/2011



16 WIAD-Projekt zu Tätigkeitsprofilen für MFA abgeschlossen Arztentlastung durch Delegation

Im Januar 2011 hat das WIAD gemeinsam mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein der Bundesärztekammer (BÄK) den Abschlussbericht zum Projekt „Neue Tätigkeitsfelder für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen“ vorgelegt. Evaluert wurde die Umsetzung des zugrunde liegenden BÄK-Curriculums in Hessen, Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein in Kooperation mit den dortigen Ärztekammern und Fortbildungseinrichtungen. Die Ergebnisse beruhen auf Befragungen bei den MFA, Praxisinhabern und Patienten.

Vorteile für die Praxen

Das Fortbildungskonzept hat sich insgesamt bewährt und wurde sowohl von den MFA als auch von deren Arbeitgebern akzeptiert und überwiegend positiv beurteilt. In den Dimensionen Fachkompetenz, Sozialkompetenz bzw. Handlungssicherheit, deren Ausprägungen auf die Inhalte bzw. Intentionen des Curriculums bezogen untersucht wurden, haben die MFA ihr professionelles Niveau erhöhen und in der Folge ihre Position als Team-Mitglied der Arztpraxis verbessern können, sodass sie in der Lage sind, effektiver und effizienter einen Konnex zwischen Arzt und Patient herzustellen. Ganz überwiegend haben die MFA hierdurch eine (wenn auch nicht monetäre) Aufwertung ihres Berufes erlebt und auch persönlichen Gewinn realisieren können.

Für die beteiligten Praxen haben sich durch die Umsetzung des Konzepts keine nennenswerten organisatorischen oder sonstigen Probleme ergeben. Vielmehr ist die Zufriedenheit im Team wie auch die Berufszufriedenheit des Praxisinhabers insgesamt deutlich angestiegen. Im Schnitt haben die MFA ihre Hausbesuchstätigkeit ausgeweitet. Damit verbunden hat sich das Leistungsspektrum eines Teils der Praxen verändert, u.a. insofern technische Leistungen bedarfsspezifisch vor Ort erbracht werden. Dass bei der Delegation

von Leistungen an die MFA kein Feld der Unsicherheit entsteht, wurde in den Einschätzungen beider Gruppen deutlich. Hierzu dürften auch die hohe Kommunikationsdichte bezüglich der Fallbesprechungen bei der Leistungsdelegation sowie die recht häufige Telekommunikation zwischen Arzt und MFA bei der Durchführung der Hausbesuche beitragen.

Eventuelle Befürchtungen einer Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung werden durch die Ergebnisse der Studie widerlegt. Ganz im Gegenteil zeichnet sich für die befragten Ärzte eine Verstärkung der Bindung des Patienten an sie bzw. die Praxis ab, die aus der von den Patienten empfundenen verstärkten Zuwendung der MFA an sie resultiert. Auch für eine mögliche Zunahme der Leistungsbeanspruchung liefert die Untersuchung keinen Beleg. Die vertiefte Kenntnis der Lebenssituation des Patienten, welche die MFA bei den Hausbesuchen gewinnen, bietet vielmehr die Chance, die Therapie in Hinblick auf die individuelle Situation des Patienten zu optimieren.

Breite Eignung des Konzepts

Die Patientengruppen, die aus Sicht der Ärzte am ehesten für die an MFA delegierten Leistungen in Frage kommen, sind Patienten mit einer Demenzerkrankung, ernährungsbedingten Erkrankungen, Apoplex, koronarer Herzkrankheit/Hypertonus, peripherer Gefäßerkrankung, Krebserkrankungen, chronischen Gelenkerkrankungen und chronischen Atemwegserkrankungen. Aus den Studienergebnissen lässt sich gut begründet ableiten, dass durch die Hausbesuche der MFA eine Compliance-Verbesserung resultiert. Dies bezieht sich insbesondere auf die Medikamenteneinnahme, die Anwendung von Therapien, die Flüssigkeitsaufnahme und die Sturz- und Unfallvermeidung. Außerdem weisen die Ergebnisse auf eine Erhöhung der Selbständigkeit in der Lebensführung und eine günstige Beeinflussung

möglicher Komplikationen der Erkrankung als Folge des MFA-Einsatzes hin.

Patienten sind sehr zufrieden

In einem bemerkenswert hohen Maße zeigten sich die Patienten mit dem Leistungserhalt durch die MFA zufrieden. Wenn die Patienten den Leistungserhalt durch Arzt und MFA bewertend miteinander vergleichen, liegen die insgesamt hohen Werte nicht weit auseinander. Tendenziell wird die Leistungserbringung durch die MFA als intensiver eingeschätzt, wenn es um Leistungen geht, die stark mit Zuwendung verbunden sind, etwa Zeit haben oder auf Sorgen und Befürchtungen eingehen. Die primär ärztlichen Leistungen wie Aufklärung über die Krankheit erbringt in der Patientensicht erwartungsgemäß der Arzt intensiver, wobei die entsprechenden Werte für die MFA gleichwohl sehr hoch sind.

Empfehlungen

Die Ergebnisse der Evaluation laufen auf eine eindeutige Empfehlung hinaus, das Modell in der Breite der hausärztlichen Versorgung älterer Menschen umzusetzen und die der Umsetzung entgegenstehenden rechtlichen und honorarpolitischen Hemmnisse zu beseitigen. Diese Hemmnisse bestehen in erster Linie in der unzureichenden Vergütung der Hausbesuche, darüber hinaus im Nebeneinander diverser Konzepte zur Delegation, das zu einer Verunsicherung der potenziellen Nachfrager führt. Die weitgehende Implementierung in der hausärztlichen Versorgung wäre die Basis für die Ausweitung des Konzepts auf Teile der fachärztlichen Versorgung und die Ausrichtung auf sektorenübergreifende Versorgung.

*Dr. Lothar Klaes, Dr. Gerhard Schüler
(WIAD – Wissenschaftliches Institut der
Ärzte Deutschlands gem. e.V., Bonn)*



T H E M E N F E L D

**Versorgungssteuerung durch
„Qualitätswettbewerb“ am Beispiel der
„Qualitätsberichte“**

Projekttitle:

Qualitätsberichte zur Unterstützung
der ärztlichen Patientenberatung

**Institution:**

Institut für Gesundheitssystemforschung
der Universität Witten/Herdecke

Projektdauer (Beginn/Ende):

04/2009-11/2010

Projektleiter/-in bzw.**Ansprechpartner/-in:**

Univ.-Prof. Dr. M. Geraedts

Kontakt Daten:

Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten

Telefon: 02302-926-770

E-Mail: max.geraedts@uni-wh.de

Ziele des Projektes

Ermöglichung einer qualitätsorientierten ärztlichen Patientenberatung zur Auswahl von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung durch A) Analyse der von Ärzten präferierten Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern und ärztlichen Fachkollegen, um Patienten optimal bei Auswahlentscheidungen beraten zu können; B) Analyse der von Ärzten bevorzugten Darstellungsform für Qualitätsvergleiche.

Hintergrund/Hypothesen

Wesentliche Bedingung einer patienten- und qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung ist, dass Patienten und deren beratende Ärzte die Einrichtungen des Gesundheitswesens informiert auswählen können. Dreh- und Angelpunkt des Auswahlprozesses selber stellen dabei Ärzte dar, da diese von Patienten – neben Verwandten und Freunden - als die bedeutendsten Ansprechpartner bei Auswahlentscheidungen zu Gesundheitseinrichtungen benannt werden. Erkenntnisse darüber, welche Informationen in welcher Darstellungsform von Ärzten zur Erfüllung dieser Aufgabe benötigt werden, liegen in der internationalen Literatur kaum vor. Deshalb zielt das Projekt darauf, folgende Hypothesen zu testen: a) der für die Patientenberatung geäußerte Informationsbedarf von Ärzten unterscheidet sich von dem Versicherter und ist von der Facharztgruppe, dem Alter und Geschlecht der Ärzte sowie den jeweils verglichenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung abhängig; b) als präferierte Form vergleichender Qualitätsberichterstattung wird eine differenzierte Einzeldarstellung der Ausprägung von Qualitätsindikatoren einer zusammenfassenden Darstellungsform („Hotelsterne“) vorgezogen.

Vorgehen/Verfahren

a) Entwicklung eines Befragungsinstrumentes zur Erfassung der Relevanz verschiedener Qualitätsinformationen zu Gesundheitseinrichtungen und der Eignung qualitätsvergleichender Darstellungsformen als Grundlage einer ärztlichen Patientenberatung im Hinblick auf die Auswahl von Krankenhäusern bzw. ärztlichen Fachkollegen. b) Telefonische, strukturierte Primärbefragung einer geschichteten Zufallsstichprobe von 300 Ärzten verschiedener Facharztgruppen (je 20 Allgemeinärzte, Internisten, Chirurgen, Gynäkologen, Orthopäden aus 3 Regionen (Ost-, Nord-, Süddeutschland)). c) Auswertung deskriptiv sowie anhand bi- und multivariater Analyseverfahren (Relevanzeinschätzung der einzelnen Informationskriterien; Beurteilung und korrekte Interpretation der Darstellungsformate; Kenntnis und Nutzung der gesetzlichen Qualitätsberichte).

Ergebnisse

Nach Entwicklung des Fragebogens auf der Grundlage international diskutierter Kriterien für die ärztliche Patientenberatung (a) wurden im Zeitraum von Oktober 2009 bis September 2010 Telefoninterviews mit 300 Ärzten aus den KVen Baden-Württemberg, Niedersachsen sowie Thüringen und Sachsen durchgeführt. Die Besetzung der Strata mit je 20 Ärzten je Region und Facharztgruppe war annähernd perfekt. Sowohl die Geschlechtsverteilung der Teilnehmer (31% Frauen) als auch der Anteil von Ärzten in Gemeinschaftspraxen (36%) entsprach in etwa dem Durchschnitt in Deutschland.

Wichtige Kriterien für die Patientenberatung: Die Befragten sprachen solchen Kriterien für die Patientenberatung die höchste Relevanz zu, die die persönliche Erfahrung des Arztes mit dem Krankenhaus bzw. spezialisiertem Facharzt sowie die Rückmeldungen der Patienten in Bezug auf einen respektvollen Umgang durch die Weiterbehandler widerspiegeln. Dabei wurde deutlich, dass für Ärzte insbesondere die Qualität des Kommunikationsprozesses mit den Kollegen eine Schlüsselrolle einnimmt. Gleich 4 der ‚Top Ten‘ Informationskriterien zur Einweisung in ein Krankenhaus beziehen sich direkt auf einen reibungslosen und zeitnahen Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt bzw. mit einem kompetenten Ansprechpartner vor Ort. Weitere Kriterien von hoher Relevanz waren die Schwerpunktkompetenzen, Fallzahl- und Leistungsdaten über Behandlungserfolge sowie Informationen zur Sauberkeit und Hygiene. Einige der genannten Informationen sind – zumindest ansatzweise – in den gesetzlichen Qualitätsberichten enthalten. Insgesamt 14 der 39 direkt abgefragten Items der Qualitätsberichte wurden von mehr als der Hälfte der Befragten als wichtige oder sehr wichtige Informationen für die Patientenberatung angesehen. Dagegen spielten andere Kriterien der Qualitätsberichte, wie zum Beispiel die Krankenhausträgerschaft, Organisationsstruktur des Krankenhauses sowie nicht-medizinische Serviceleistungen (Hotelfaktoren) für die Einweisungsentscheidung kaum eine Rolle.

Aus der deskriptiven Analyse konnten Unterschiede bei der Relevanzbeurteilung einzelner Informationen hinsichtlich der 5 untersuchten Einflussfaktoren der Facharztgruppe, dem Alter und Geschlecht der Ärzte, der Praxisart sowie der KV-Region festgestellt werden. Ein Unterschied, der sich beispielsweise zwischen den Geschlechtern herauskristallisierte – neben der Beobachtung, dass Frauen dazu tendieren, die Wichtigkeit der einzelnen Informationen höher zu bewerten als Männer – war, dass Frauen der Zeit, die ein Arzt in der direkten Interaktion mit dem Patienten aufbringt, eine relativ höhere Bedeutung zuordnen, während sie Ergebnisindikatoren und Infektionsraten relativ niedriger gewichten als Männer. Eine Regressionsanalyse der ‚Top Ten‘ Informationspräferenzen zeigte zwar einzelne signifikante Assoziationen, die Beurteilungsunterschiede bezüglich der untersuchten Einflussfaktoren fielen insgesamt aber nur marginal und inkonsistent aus.

Ferner äußerten die Befragten nur unwesentliche Präferenzunterschiede hinsichtlich Krankenhauseinweisungs- oder Facharztüberweisungsentscheidungen. Darüber hinaus deckten sich die von Ärzten genannten wesentlichen Kriterien im Kern mit den in vergleichbaren Studien geäußerten Informationspräferenzen Versicherter und Patienten.

Vergleichende Darstellungsformen: In Bezug auf die Darstellungsformen vergleichender Qualitätsdarstellung bevorzugten die Ärzte eine differenzierte Einzeldarstellung der Ausprägung von Qualitätsangaben in Verbindung mit einem hohen Grad an Evaluierbarkeit gegenüber einer simplifizierenden Darstellungsform wie ‚Hotelsterne‘ ($p < 0.01$). Dabei fand die Kombination aus differenziertem Zahlenwerk und einer visuellen Interpretation in Form einer dreistufigen Ampel die höchste Akzeptanz unter den befragten Ärzten, deren Einschätzung nach dieses Darstellungsformat, auch eine gute Übersichtlichkeit, Verständlichkeit und guten

Informationsgehalt bot. Zudem wurde bei der genannten Darstellungsform die zweitniedrigste Fehlerquote bei der Interpretation der Grafiken erzielt.

Die multivariate Analyse ergab drei signifikante Trends: Ärzte aus den östlichen KV-Regionen beurteilten einige Darstellungsformen signifikant besser als Ärzte aus Niedersachsen und Baden-Württemberg. Ärzte in der höchsten Altersklasse sprachen sich signifikant häufiger für die Verwendung einiger Darstellungsformate aus, die eine schlechte Gesamtbewertung erhielten. Außerdem gab es Hinweise über einen Zusammenhang zwischen der Fehlerhäufigkeit und dem Alter; bei 2 der 8 Darstellungsformate machten Ärzte in der Altersklasse ab 57 Jahren signifikant häufiger Fehler als Ärzte in der Altersklasse bis 50 Jahren.

Aktueller Stand zur Kenntnis und Nutzung der Qualitätsberichte: Die Auswertungen zur Adoption der gesetzlichen Qualitätsberichte zeigten, dass weniger als die Hälfte der befragten Ärzte von der Existenz der Berichte wusste und knapp ein Drittel einzelne Qualitätsberichte angeschaut hatten. 43% der Ärzte, die angaben den Qualitätsbericht zu kennen, waren auf Initiative eines Krankenhauses aus der Region auf die Berichte aufmerksam geworden; sie erhielten den Bericht zugesendet. Unter 50-jährige Ärzte waren signifikant häufiger mit den Qualitätsberichten vertraut, jedoch nutzten sie die Qualitätsberichte nicht häufiger als ihre älteren Kollegen. Nur knapp ein Zehntel der Ärzte hatten Druckversionen der Qualitätsberichte in der Vergangenheit aktiv in der Patientenberatung genutzt. Erweitert man die Betrachtung auch auf die Verwendung der Daten in Form von Krankenhausvergleichsportalen im Internet, erhöhte sich der Nutzeranteil auf 14%.

Gestaltung von Qualitätsberichten: Erstens, das zeigen die Untersuchungen der Informationspräferenzen, müssen Überlegungen angestoßen werden, die von den Ärzten genannten Schlüsselfaktoren stärker in die Qualitätsberichte einzubinden. Denkbar ist eine Umsetzung durch eine strukturierte Einweiser- und Patientenbefragung. Die Implementierung dieser oben genannten „weichen“ Faktoren ist mit hohen Anforderungen an die Entwicklung geeigneter Qualitätsindikatoren verbunden.

Der zweite elementare Baustein liegt darin, die Qualitätsberichte bekannter zu machen und Qualitätsvergleiche in den von Ärzten bevorzugten Formaten zu präsentieren, damit diese besser in den Praxisbetrieb integriert werden.

Drittens ist es erforderlich, das Vertrauen der Ärzteschaft in ein solches Berichtsinstrument zu stärken. Dabei ist es dringend erforderlich die Glaubwürdigkeit der Berichte dahingehend zu vermitteln, dass es sich um objektive, strukturierte und somit vergleichbare Leistungsdaten aller in Deutschland zugelassenen Krankenhäuser handelt. Deshalb sollten die Leistungsdaten von einer unabhängigen Institution geprüft werden. Ziel der Gestaltung der Qualitätsberichte muss die klare Ausrichtung auf die Unterstützung des Arztes für seine Entscheidungsfindung sein. Qualitätsberichte können und sollen die Erfahrungen der Ärzte nicht ersetzen, aber sie können sie sinnvoll und zielführend ergänzen.

Ausblick: Publikationen aus dem Forschungsprojekt werden zurzeit erstellt; zudem sind die Ergebnisse dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung gestellt worden, der diese für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätsberichte nutzen will.

Bisher liegen folgende Abstracts anlässlich von Konferenzpräsentationen vor:

- Hermeling P, de Cruppé W, Geraedts M. Doctors' information needs for referral decisions. Eur J Public Health. 2010; 20 / Supplement 1: 192.

- Hermeling P, de Cruppé W, Geraedts M. Qualitätsberichte zur Unterstützung der ärztlichen Patientenberatung. Monitor Versorgungsforschung 2010; Abstractband DKVF APS 2010: 61-62.



Begrenzte Ausschreibung (2009/2010 bis 2010/2011)

Projekttitle:

Optimierung der Versorgung gesundheitlich besonders gefährdeter („vulnerabler“) Gruppen von Kindern und Jugendlichen

Institution:

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften

Projektdauer (Beginn/Ende):

01.02.2010-30.05.2011

Projektleiter/-in bzw.
Ansprechpartner/-in:

Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Eckhard Nagel
 Dr. rer. medic. Frank Pühlhofer
 Dipl.-Gesundheitsökonomin Janet Zowe

ggf. Kontaktdaten:

Prieserstr. 2
 95444 Bayreuth
 0921-55 4801
 Eckhard.nagel@uni-bayreuth.de

Ziele des Projektes:

Erforscht wird die gesundheitliche Versorgung von chronisch kranken bzw. behinderten Jugendlichen am Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin zur Erwachsenenmedizin. Kern der Befragung ist dabei zunächst die Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation, die Identifikation versorgungsrelevanter Probleme sowie die Ableitung von Lösungsansätzen und nachfolgende Entwicklung von plausiblen, auf die derzeitige Versorgungssituation übertragbaren Lösungsmodellen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von volljährigen Jugendlichen mit chronischer Behinderung bzw. Erkrankung in der Transitionsphase.

Hintergrund/Hypothesen:

Es besteht international Konsens, dass die Transition des Jugendlichen mit chronischer Behinderung oder Erkrankung von der Kinder- bzw. Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin von eminenter Bedeutung für die gesamte Lebensperspektive des Betroffenen ist. Es ist zu befürchten, dass es unter den gegebenen Voraussetzungen des deutschen Gesundheitsversorgungssystems, in dem Maßnahmen zur Verbesserung der Übergangsvorsorge wie Adoleszentenstationen, Übergangssprechstunden oder gemeinsame Sprechstunden von Kinder- bzw. Jugend- und Erwachsenenmedizinern eher die Ausnahme darstellen, einer Vielzahl von Betroffenen nicht gelingt, diese Transitionsphase erfolgreich zu meistern. Die Diskontinuität der Behandlung führt nicht selten zu gravierenden Einbußen in der medizinischen Versorgungsqualität (Behandlungsergebnisse im Langzeitverlauf, Compliance, Vermeidung von Komplikationen). Um hier fundierte Daten zur Verbesserung der Versorgungspraxis zu gewinnen, ist die Berücksichtigung der Erfahrungen sowohl von betroffenen Patienten als auch deren Angehörigen und betreuenden Ärzten unerlässlich.

Vorgehen/Verfahren:

Nach eingehender Literaturrecherche werden Jugendliche mit einer chronischen Erkrankung bzw. Behinderung (Patienten mit angeborenen Herzfehlern/AHF bzw. Patienten nach Nierentransplantation/NTX), die sich im Übergang von der Jugend- zur Erwachsenenmedizin befinden, sowie Angehörige und Ärzte von betroffenen Jugendlichen mittels leitfadengestützten Experteninterviews bzw. standardisierten Telefonbefragungen zur genannten Problematik befragt.

Erwartete Ergebnisse/Transferpotenzial:

Die Ergebnisse der Studie lassen relevante neue, verallgemeinerbare Erkenntnisse hinsichtlich der aktuellen Versorgungsrealität von Patienten mit chronischer Erkrankung oder Behinderung in der Transition erwarten und stellen so eine fundierte Entscheidungs- und Argumentationsgrundlage für die derzeitige und zukünftige standes- und gesundheitspolitische Debatte zur Transitionsphase bzw. zur Problematik des Erreichens der Volljährigkeit für die gesundheitliche Versorgung von Jugendlichen mit Behinderung unter besonderer Berücksichtigung der orphan diseases dar.

Aktueller Stand der Studie (bis 03/11)

Literaturrecherche, leitfadengestützte Experteninterviews (n=24) und standardisierte Telefonbefragungen (n=121) sind abgeschlossen. Die Studie befindet sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Auswertung, es liegen Zwischenergebnisse in Form einer deskriptiven Auswertung aus der Befragung der Ärzte, Patienten sowie Angehörigen/Eltern vor. Als nächste Schritte stehen die Subgruppenanalyse nach Alter, Geschlecht und Krankheitsbild des Patienten bzw. nach Facharztzugehörigkeit des Arztes sowie die Fertigstellung des Abschlussberichts mit der Ableitung von Handlungsempfehlungen an.

Zwischenergebnisse

Der Großteil der befragten Ärzte äußert sich als unzufrieden mit dem gegenwärtigen Transitionsprozedere der Patienten. Insbesondere die mangelnde Strukturiertheit der Transition, die suboptimale interdisziplinäre Kommunikation, fehlendes Problembewusstsein auf Seiten der Patienten wie auch der Leistungserbringer sowie ungeklärte Vergütungsmodalitäten erweisen sich dabei als Barrieren für eine erfolgreiche Transition. Demgegenüber stehen zahlreiche denkbare Ansätze zur Erleichterung der Transition wie etwa Übergangssprechstunden, transitionsspezifische Schulungen oder die Aufhebung der rigiden Altersbetreuungsgrenze, die - zwar mit unterschiedlichen Präferenzen – jedoch in ihrer Gesamtheit bei allen Beteiligten auf positive Resonanz stoßen. Dabei scheint es zudem, unabhängig von der im Einzelnen verfolgten Transitionsmaßnahme, von besonderer Bedeutung, die Transition früher als bisher anzubahnen und die Familie in ihrer Funktion als soziales Unterstützungssystem stärker als bislang in den Transitionsprozess zu integrieren.

Zwischenfazit

Nach der bisherigen Ergebnisauswertung ist davon auszugehen, dass auf dem Gebiet der Transition der jungen Erwachsenen mit AHF bzw. nach NTX in Deutschland zum gegenwärtigen Zeitpunkt Versorgungsdefizite bestehen. Die bisherigen Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass bei der Optimierung der Transition u. a. die bestehenden Versorgungsstrukturen, krankheitsspezifische Besonderheiten sowie Präferenzen der Patienten zu berücksichtigen sind. Es besteht insbesondere Handlungsbedarf, den Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin zu strukturieren, das Problembewusstsein aller am Transitionsprozess Beteiligten (Patienten, Eltern, pädiatrischer wie internistischer Arzt) zu sensibilisieren und die notwendigen Rahmenbedingungen (wie etwa die Klärung von Finanzierungsfragen) auch auf Systemebene zu schaffen.

Veröffentlichungen

Zowe J, Pühlhofer F, Nagel E. Welche Problematiken ergeben sich aus dem Erreichen der Volljährigkeit für die gesundheitliche Versorgung von Jugendlichen mit Behinderung? Zwischenergebnisse des Projekts zur Optimierung der Versorgung gesundheitlich besonders gefährdeter („vulnerabler“) Gruppen von Kindern und Jugendlichen. Symposium Transition – Spezielle Versorgungsanforderungen an die medizinische Betreuung beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer. [Vortrag + Poster] Berlin, 23.03.2011.

Palliativmedizinische Versorgung aus Sicht von Patienten und Angehörigen: Stärken, Schwächen und Möglichkeiten zur Verbesserung

Projektleitung: Prof. Dr. med. Nils Schneider MPH (Forschungsbereich Palliativ- und Altersforschung, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover)

Wiss. Mitarbeiterinnen: Dipl. Gesundheitswirtin Katharina Klindtworth, Dipl. Reha. Päd. Sandra Krenz MPH, Dr. med. Jutta Bleidorn

Unter Mitwirkung von: Cand. med. Helene Pahlow

Zusammenfassung

Ziele des Projektes: Es sollte ein tiefergehendes Verständnis der Sichtweisen und Einstellungen von Patienten, ihren Angehörigen und Hinterbliebenen zur palliativmedizinischen Versorgung gewonnen werden, insbesondere hinsichtlich folgender Fragen: Was sind die wesentlichen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen in Bezug auf medizinische, pflegerische und psychosoziale Aspekte der Versorgung? Wie werden diese Bedürfnisse aus Sicht von Patienten und Angehörigen in der gegenwärtigen Versorgung befriedigt? Wie werden bestehende Versorgungsangebote aus Sicht von Patienten und Angehörigen in Anspruch genommen, und werden sie als angemessen empfunden? Welche Möglichkeiten zur Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung werden gesehen?

Hintergrund/Hypothesen: Um patientengerechte Ansätze zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender zu entwickeln, ist es erforderlich, die Perspektiven der Betroffenen und ihrer Angehörigen eingehender zu erforschen, sowohl in Hinblick auf die gegenwärtige Situation als auch mögliche Optimierungsansätze. Dazu eignen sich im Besonderen qualitative Forschungsansätze.

Vorgehen/Verfahren: Von Juni bis Oktober 2010 wurden insgesamt 40 leitfadengestützte qualitative Interviews mit Patienten in einer palliativen Versorgungssituation (n=12), ihren Angehörigen (n=9) und Hinterbliebenen von verstorbenen Patienten (n= 19) durchgeführt. Im Leitfaden wurden neben Fragen zur Krankheitsgeschichte insbesondere die Unterstützung bei der Versorgung sowie die Bereiche Kommunikation und Information berücksichtigt. Die Rekrutierung der Gesprächspartner erfolgte über Hausärzte, Fachspezialisten, Selbsthilfegruppen und Palliativstützpunkte in Niedersachsen. Eingeschlossen wurden Patienten, bei denen eine chronisch-progrediente Erkrankung (onkologisch oder nicht-onkologisch) mit potenziellem palliativmedizinischem Versorgungsbedarf vorlag, abgeschätzt durch den behandelnden Arzt mit Hilfe der international erprobten „surprise question“ („Wären Sie überrascht, wenn Ihr Patient innerhalb der nächsten 12 Monate sterben würde?“). Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und mit einschlägigen Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Im Anschluss wurden zwei Fokusgruppen-Diskussionen mit Patienten und Angehörigen sowie mit Hinterbliebenen durchgeführt, um Kernaspekte aus den Interviews und mögliche Konsequenzen für die Versorgung zu diskutieren.

Die Projektlaufzeit endet am 30. April 2011. Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse, soweit bereits vorliegend, vorgestellt.

Wesentliche Ergebnisse (Auswahl) der Interviews:

Aus den Interviews wurden drei Schwerpunktthemen (Hauptkategorien) herausgearbeitet: 1) Aktuelle Versorgungssituation, 2) Ansprüche und Bedürfnisse an die Versorgung und 3) patientenbezogene Faktoren. Zur Illustration werden ausgewählte Zitate aus den Interviews wörtlich wiedergegeben.

Aktuelle Versorgungssituation: Neben vielen positiven Erfahrungen berichten die Patienten, Angehörigen bzw. Hinterbliebenen von Defiziten in unterschiedlichen Versorgungsbereichen, abhängig von der individuellen Situation des Patienten und der beteiligten Versorger. So werden

z.B. sowohl gute Erfahrungen als auch negative Erfahrungen hinsichtlich Information und Kommunikation mit Ärzten berichtet.

A-09: „Ähm, das sind ähm also so erstens (Ärzte) die in der Klinik dann nicht ansprechbar waren oder überhaupt nicht greifbar, also das fand ich wirklich sehr schwierig da. (...) Also die dann auch, (...) überhaupt nicht in Kommunikation in keinster Weise geschult waren, und eigentlich immer auf der Flucht waren. Also so kamen die mir immer vor. und das fand ich schon ganz fürchterlich.“

H- 07 „und dann hatten wir gleich (...) ein ganz ausführliches äh langes Gespräch mit dem Onkologen über Prognosen, über Weiterbehandlung, und diese Gespräche hatten wir auch immer zwischendurch.“

Unter Ansprüche und Bedürfnisse an die Versorgung fallen sowohl sehr konkrete Erwartungen als auch das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und der Wunsch nach Gesprächen. Konkret wurden häufig Wünsche nach mehr Zeit, mehr Information und Aufklärung durch die behandelnden Ärzte geäußert. (Hinterbliebene) Angehörige sehen großen Bedarf hinsichtlich Ansprechpartnern/Beratung für die medizinische und pflegerische Versorgung schwerkranker Patienten in häuslicher Umgebung; dies wurde auch in der Fokusgruppendifkussion aufgegriffen (s. unten). Pflegende Angehörige wünschen sich eine stärkere Entlastung, z.B. durch Bereitstellung von (mehr) finanziellen und personellen Ressourcen für die häusliche Betreuung und Pflege.

Immer wieder äußerten die Patienten das Bedürfnis, so lange wie möglich selbstbestimmt leben zu können. Das beinhaltet sowohl, sich so weit wie möglich eigenständig fortbewegen zu können, als auch, aktiv in Entscheidungen einbezogen zu werden. Verschlechtert sich der kognitive Zustand, kommen zunehmend die Angehörigen in Situationen, in denen sie Entscheidung im Sinne des Patienten treffen müssen. Viele Angehörige fanden es hilfreich, dabei auf eine Patientenverfügung zurück greifen zu können.

Der Wunsch nach offener Kommunikation wurde nahezu in allen Gesprächen geäußert. Für schwer kranke Patienten und ihre Angehörigen ist das offene Gespräch miteinander und mit Gesundheitsprofessionen (Pflegekräfte, Ärzte) von zentraler Bedeutung. Für die ärztliche Versorgung bedeutet das, eine situations- und personengerechte Kommunikation (besonders auch bei älteren Patienten) zu ermöglichen, Gespräche ohne Zeitdruck zu führen, aber auch, die Kommunikation an Schnittstellen zu ärztlichen Kollegen in der Praxis, im Krankenhaus und zu anderen Berufsgruppen zu pflegen.

A- 13: „(...) da hätt' ich einfach auch erwartet, dass die mal 'n Schritt auf uns zu machen und sagen, so ist die Situation, jetzt is' es so und so, sie müssen das und das bedenken“

Patientenbezogene Faktoren: Immer wieder wurde deutlich, wie sehr die Versorgung bzw. das Empfinden der Versorgungssituation abhängt von Faktoren auf Seiten der Patienten und seiner Angehörigen. Dazu zählen sowohl die Grundhaltung des Betroffenen gegenüber Leben, Krankheit und Sterben als auch persönliche Ressourcen in Form von Unterstützung durch Familie und Freunde, durch Hobbies und Spiritualität. Betroffene spüren eigene Grenzen, die nicht immer nur auf die konkrete Erkrankung zurückzuführen sind. Auch Spannungen im privaten Umfeld können sich erschwerend auf die Versorgung auswirken. In vieler Hinsicht werden die professionellen Versorgenden wenig Einfluss auf das Vorhandensein dieser Faktoren haben. Es ist es jedoch lohnend, sich vor Augen zu führen, wie diese Ressourcen in der Versorgungssituation optimal genutzt und gestärkt werden können.

Wesentliche Ergebnisse der Fokusgruppen (Auswahl)

Bei den Angehörigen, die an den Fokusgruppen-Diskussionen beteiligt waren, zeigte sich - trotz großer Eigenbelastung - ein ausgeprägtes Bedürfnis, schwerkranke und sterbende Patienten zu Hause versorgen zu können. Folgende Themen standen im Mittelpunkt der Diskussionen:

Beratung/Koordination: Häufig empfinden die Angehörigen die Koordination der Pflege, die Beschaffung von Hilfsmitteln und Verordnungen zusätzlich zur „normalen“ Pflege als erhebliche Belastung. Sie wünschen sich kompetente Ansprechpartner bzw. eine Institution, die als zentrale Anlaufstelle bzw. zur Koordination aller Bereiche der häuslichen Versorgung dient. Dies betrifft

besonders den Übergang von der stationären Versorgung zur häuslichen Pflege – hier fühlen sich Angehörige durch die neue Situation häufig überfordert – aber auch die häusliche Pflege bei zunehmend schlechtem Allgemeinzustand des Patienten. Wo diese Beratung angesiedelt sein könnte, wird kontrovers diskutiert – es könnte der Hausarzt sein, aber auch eine unabhängige Stelle, die im optimalen Fall zum Zeitpunkt der Diagnosestellung eingeschaltet wird. Inhaltlich ist sowohl Beratung in finanziellen und organisatorischen Angelegenheiten als auch in unterstützenden Angeboten für die pflegenden Angehörigen gewünscht. Besonders für die hinterbliebenen Angehörigen würde eine Übernahme der Koordination eine Entlastung bedeuten.

H-02: „Ja, also ich stell' mir das immer so vor wie so 'n- wie so 'ne Hand, wo- wo dann also einer sitzt und dann sagt, da gibt's 'n todkranken Mensch- 'n sterbenden Menschen, das bedeutet, ne, tack, tack, tack, tack, tack, da wird der gebraucht als Doktor, da wird der gebraucht als Pflegehilfe, da wird der gebraucht als äh Abfalleimer, da wird der gebraucht, um mal 'ne Stunde zu entlasten. Ne, da gehören ja ganz viele Dinge dazu.“

Gespräche mit den Ärzten werden ebenfalls als besonders relevant sowohl für Patienten wie Angehörige herausgestellt – sowohl hinsichtlich der Diagnoseübermittlung als auch im Verlauf. Hier spielt die Form, das „wie“, eine entscheidende Rolle. Ein Arzt, der sich Zeit für ein Gespräch nimmt, dabei die – aus Sicht der Patienten und Angehörigen - richtigen Worte wählt (z. B. in Hinblick auf den möglichen Sterbeprozess), wird sehr geschätzt.

Fazit:

Angehörige und Patienten schildern vielfältige Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich der palliativen Versorgung. Hervorzuheben ist das in unterschiedlichen Zusammenhängen immer wieder geäußerte Bedürfnis nach gelungener Kommunikation, der elementare Bedeutung in der am Patienten und seinem pflegenden Angehörigen orientierten Versorgung zukommt. Nicht nur in der spezialisierten Palliativmedizin, sondern auch und gerade in der allgemeinen palliativen Versorgung schwerkranker und sterbender Patienten, sollte diesem Grundbedürfnis durch eine Betonung der „sprechenden Medizin“ Rechnung getragen werden.

Veröffentlichungen:

Geplante Kongress-Präsentationen 2011:

- „Versorgung am Lebensende aus Sicht von PatientInnen und Angehörigen - Realität, Anspruch und Visionen“ (Abstract eingereicht für den Kongress der Deutschen Gesellschaft und Sozialmedizin und Prävention, DGSMP, Bremen)
- „Gemeinsam zu Hause für unheilbar Kranke sorgen“ (Vortrag auf dem Palliativtag der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, DGP, Saarbrücken)
- Weitere Abstract-Einreichungen geplant für den Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)

Geplante Publikationen:

- „Versorgung am Lebensende – Die Sicht von Betroffenen. Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Patienten, Angehörigen und Hinterbliebenen“ (für den redaktionellen Teil des Deutschen Ärzteblattes)
- In Arbeit sind mehrere Originalarbeiten (angestrebt: 2-3 Publikationen aus diesem Projekt) mit unterschiedlichem Fokus zur Patienten-/ Angehörigen- bzw. Hinterbliebenenperspektive. Es wird angestrebt, in nationalen oder internationalen Zeitschriften mit open access-Verfahren zu veröffentlichen, um einen barrierefreien Zugang für eine möglichst breite Leserschaft zu ermöglichen (z.B. Deutsches Ärzteblatt, BMC Family Practice).

Projekttitlel:

Vergleichende Untersuchung der Effektivität der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung im Kinder- und Erwachsenenbereich aus Sicht der Patienten, Angehörigen und betreuenden Ärzte

**Institution:**

Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Klinikum der Universität München

Projektdauer (Beginn/Ende):

1.3.2010-30.11.2011

Projektleiter:

Prof. Dr. Monika Führer
Professur für Kinderpalliativmedizin
Dr. med. Birgit Vyhnaek
Leiterin des Erwachsenen-SAPV-Teams
Prof. Dr. Gian Domenico Borasio
Lehrstuhl für Palliativmedizin, Univ. Lausanne

Kontakt Daten:

Koordinationsstelle Kinderpalliativmedizin
Schillerstr. 40
80336 München
Tel. 089 5160 7960
Fax 089 5160 7962

Ziele des Projektes:

- 1) Darstellung der **Effektivität der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** bei Erwachsenen und Kindern aus der Sicht der Patienten und Angehörigen.
- 2) Vergleich der Daten zwischen Erwachsenen und Kinderpalliativmedizin und Erarbeitung der möglichen organisatorischen **Synergien** und des wechselseitigen **Wissenstransfers** zwischen den zwei Bereichen.
- 3) Darstellung der Effektivität des **multiprofessionellen Ansatzes** der SAPV, mit besonderer Berücksichtigung der Rolle von **Pflegekräften, Sozialarbeitern und Seelsorgern**.

Hintergrund/Hypothesen:

Das IZP ist die einzige Einrichtung in Deutschland, die sowohl einen SAPV-Vertrag für die Erwachsenen- als auch einen für die Kinderpalliativversorgung mit den Kassen abgeschlossen hat. Die bisherigen Erfahrungen legen folgende Haupt-Hypothesen nahe:

- 1) Durch die SAPV werden bei den Palliativpatienten Symptomkontrolle, Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Versorgung verbessert; bei Angehörigen wird die Lebensqualität verbessert und die psychosoziale Belastung vermindert.
- 2) Die Einbeziehung von nichtärztlichen Professionen (Pfleger, Sozialarbeiter, Seelsorger) steigert die Effektivität der Palliativversorgung.
- 3) Die SAPV erleichtert die Arbeit der mitbetreuenden Ärzte durch Verbesserung der Kommunikation und Vernetzung mit den übrigen Leistungserbringern und erhöht deren Zufriedenheit (**physician factor**).

Vorgehen/Verfahren:

Befragung der Patienten und Angehörigen sowie der mitbetreuenden Ärzte und nicht-ärztlichen Professionellen mit standardisierten und validierten Fragebögen vor, während und nach Ende der SAPV. Vergleich der Daten aus dem Kinder- und Erwachsenenbereich.

Erwartete Ergebnisse

Erkenntnisse über Qualitätsmerkmale und Defizite in der SAPV; Erarbeitung von Strategien zur (i) Verbesserung der Effektivität der SAPV-Versorgung im Erwachsenen- und Kinderbereich (ii) Vernetzung von Erwachsenen- und pädiatrischen Palliative Care Teams, (iii) optimalen Einbindung von nichtärztlichen Berufen in Palliative Care Teams, (iv) Optimierung der Kooperation zwischen Palliative Care Teams und betreuenden Haus-, Fach- und Klinikärzten.

Transferpotenzial

Verbreitung der erhobenen Daten, der validierten Fragebögen und der erarbeiteten Strategien zur Optimierung von Struktur- und Prozessqualität von SAPV-Teams über die Bundesärztekammer an alle Interessierte.

Zwischenstand

Der Projektbeginn hat sich aus personaltechnischen und organisatorischen Gründen leider verzögert. Inzwischen konnte eine qualifizierte Mitarbeiterin gewonnen werden, die Erstellung der Fragebögen für alle Zielgruppen (Patienten, Angehörige, betreuende Ärzte und Pfleger) ist beendet und die Datenerhebung angeht. Die Datenerhebung wird voraussichtlich Ende September 2011 abgeschlossen sein.

Projekttitle:**Auswirkung von Rabattverträgen nach § 130a SGB V auf die Compliance und die Häufigkeit von Nebenwirkungen****Institution:****IGES Institut GmbH****Projektdauer (Beginn/Ende):****15.02.2019 / 30.06.2011****Projektleiter/-in bzw. Ansprechpartner/-in:****Dr. med. Ariane Höer****ggf. Kontaktdaten:****ariane.hoer@iges.de****Ziele des Projektes:**

- Qualitative Ergebnisse zum Erleben und Umgang von Patienten und Ärzten mit Rabattverträgen
- Wie häufig sind Präparatewechsel prinzipiell? Wirken sich Rabattverträge auf die Compliance und die Häufigkeit von Nebenwirkungen aus?

Hintergrund/Hypothesen:

Durch die Rabattverträge werden Patienten bei Verordnung eines Wirkstoffs, den sie schon länger erhalten, mit Herstellerwechseln konfrontiert: Die Patienten erhalten weiterhin den gleichen Wirkstoff, aber nicht ihr gewohntes Medikament. Auswirkungen auf Compliance und Nebenwirkungen wären möglich.

Vorgehen/Verfahren:

Durch qualitative Exploration (psychologische Tiefeninterviews) soll untersucht werden, wie Diabetes-Patienten sowie behandelnde Haus- und Fachärzte Rabattverträge erleben und damit umgehen. In Kooperation dem DAPI werden Analysen mit Verordnungsdaten durchgeführt werden. Hier soll einerseits untersucht werden, wie häufig Präparatewechsel - auch unabhängig von Rabattverträgen - sind. Andererseits soll für ausgewählte Arzneimittelgruppen (u.a. Antidiabetika, Thrombozytenaggregationhemmer) geprüft werden, ob sich im Zeitraum vor und nach Einführung der Rabattverträge Unterschiede bzgl. der Persistenz der Arzneimittelverordnung sowie der Häufigkeit von Präparatewechseln zeigen.

Erwartete Ergebnisse/Transferpotenzial:

Es wird eine umfassende Übersicht zu den Auswirkungen von Rabattverträgen erwartet aus der sich ggf. konkrete Ansatzpunkte zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ableiten lassen.

Zwischenergebnisse

Qualitative Exploration

Der erste Teil, eine qualitative Exploration zu Erfahrungen und Umgang mit rabattbedingten Präparatewechselln, wurde in Form von Tiefeninterviews durchgeführt. Dazu wurden Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und Ärzte, die Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 behandeln, befragt.

Drei Bereiche wirken sich auf Erleben und Verhalten einer Präparateumstellung infolge von Rabattverträgen aus. Dies ist zum einen der Umgang der Ärzte und Patienten mit der Diabetes-Erkrankung, das Erleben und Verhalten der beiden Gruppen im Umgang mit Präparaten sowie das Image der Rabattverträge.

Umgang mit der Diabetes-Erkrankung: Patienten zeigen zwei Motivtendenzen im Widerstreit. Auf der einen Seite versuchen sie, die Erkrankung zu verdrängen und gewohnte Lebensstile beizubehalten. Dieser Versuch wird angesichts immer wiederkehrender 'Störungen' durch die bedrohliche Erkrankung konterkariert, so dass man versucht, durch eine Anpassung seines Lebensstils ein sorgloses, stabiles Alltagsleben zu erreichen. Der Widerstreit der Motive hat drei Umgangsweisen zur Folge. Die erste zieht eine Krankheitsverdrängung mit nur schwachen Einflüssen einer Auseinandersetzung mit der Krankheit nach sich. Die zweite zieht nach sich, dass man Empfehlungen des Arztes gleichmütig erträgt, selbst jedoch kein aktives Verhalten in der Krankheitsbewältigung an den Tag legt. In der dritten Umgangsweise erfolgt eine weitestgehende Auseinandersetzung mit der Erkrankung, gefolgt von einer selbstbestimmten Änderung des Lebensstils. Ärzte hingegen erleben Diabetes-Patienten als schwer durchschau- und beeinflussbar, teils wird ihnen auch unterstellt, selbst an der Erkrankung schuld zu sein. In der Therapie sehen viele Ärzte keine andere Möglichkeit, als das eigenwillige Verhalten der Patienten zu akzeptieren. Es gibt jedoch immer wieder Tendenzen, sich damit nicht abzufinden und das Verhalten doch weitergehend zu beeinflussen.

Bedeutung der Antidiabetika: Eine Auseinandersetzung mit Medikamenten wollen Patienten so weit wie möglich unterdrücken. Nichtsdestotrotz haben Medikamente für die Patienten eine hohe Bedeutung über ihre pharmakologische Funktion hinaus. Während Insulin hohen Barrieren zu Beginn der Einstellung unterliegt, danach jedoch gut angenommen wird, werden orale Antidiabetika zwar gleich zu Beginn gut angenommen, führen jedoch teilweise dazu, dass Änderungen im Lebensstil unterlassen werden. Teils geht dies so weit, dass sogar die Einnahme der oralen Antidiabetika nach einiger Zeit unterbleibt. Auch für Ärzte geht die Bedeutung der Antidiabetika über die reine pharmakotherapeutische Eingriffsmöglichkeit hinaus. Insulin stellt ein weitestgehend angesehenes Arzneimittel dar, das jedoch durch den Umstand, dass die Applikation in den Händen der Patienten liegt, zuweilen für Verunsicherung sorgt. Orale Antidiabetika werden dagegen weitgehend als Routinepräparate angesehen, die lediglich in Fragen der Galenik differenzierter betrachtet werden (bspw. Laktose-Problematik).

Image der Rabattverträge: Sowohl Patienten als auch Ärzte fühlen sich von den Rabattverträgen im Alltag überrascht und auch im Folgeprozess eher als Zuschauer,

die dem erlebt willkürlichen 'Treiben' der Pharmahersteller und der gesetzlichen Krankenversicherungen schutzlos ausgeliefert sind. Die Umstände des Kennenlernens, die Einordnung als intransparenter Teil des Reformprozesses im GKV-System, aber auch das Gefühl der Fremdbestimmung und schlechterer Versorgung führen auf Patientenseite dazu, dass stärkere Vorbehalte entstehen. Ähnliches ist auch bei Ärzten der Fall, die Rabattverträge als (weitere) Einschränkung ihres Wirkungskreises interpretieren, oft jedoch auch noch einen Orientierung gebenden Handlungsrahmen suchen. In der Folge bilden sich auch bei den Ärzten offene oder verdeckte Widerstände.

Im Zusammenspiel dieser Faktoren ergibt sich, dass zunächst die Kommunikation das Zentrum der patientenseitigen Irritation ausmacht. Die oft überraschenden und aus Sicht der Patienten wenig informativen Umstellungssituationen können die Bedürfnisse der Patienten nur selten erfüllen. Auch eine Kommunikation im Nachhinein kann die entstandene Irritation nicht vollständig korrigieren.

1. Die fehlende Kommunikation von ärztlicher Seite ist teils auf offene oder verdeckte Widerstände gegen die Rabattverträge zurückzuführen, aber auch auf Verunsicherung und Orientierungslosigkeit.
2. Im Rahmen der Studie wird oft ein verstärktes Auftreten von Nebenwirkungen berichtet. Ein Auftreten von Nebenwirkungen im Rahmen der Präparatumstellung ist für Patienten oft kein primärer Grund den Wunsch nach einer Rück-Umstellung auf das alte Präparat. Vielmehr werden einzelne Präparate als subjektiv besonders wichtig erlebt. Deren Umstellung löst eine starke Verunsicherung aus und führt zu einer nachhaltigen Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses wie auch der gefühlten Lebensqualität.
3. Eine Einschränkung der Compliance wurde im Rahmen der vorliegenden Studie dagegen weitestgehend nicht berichtet. Im Gegenteil kann festgestellt werden, dass Patienten (auf ärztliches Anraten) am Präparat auch dann festhalten, wenn sie verstärkte Nebenwirkungen wahrzunehmen meinen.
4. Teils werden Nebenwirkungen nicht mit dem Arzt besprochen. Die Compliance können Ärzte in ihrem Erleben nur in geringem Maße überprüfen. Auch fehlerhaftes Einnahmeverhalten können Ärzte in ihrem Erleben nur sehr schwer überprüfen. Dies führt zu einer bleibenden hohen Verunsicherung der Ärzte.

Analyse von Verordnungsdaten

Die Analyse von Verordnungsdaten erfolgt aktuell. Ergebnisse liegen dazu noch nicht vor.

Projekttitle: Resilienz im Arztberuf

Laufzeit: Januar 2010 bis Juni 2011



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Institution:

Universitätsklinikum Heidelberg,
Institut für Medizinische Psychologie, Sektion
Medizinische Organisationspsychologie

Projektleitung:

Dr. Julika Zwack
Prof. Jochen Schweitzer

Kontaktdaten:

Dr. Julika Zwack
Institut für Medizinische Psychologie
Bergheimerstr. 20
69115 Heidelberg
Tel.: 06221-568149
julika.zwack@med.uni-heidelberg.de

Hintergrund:

Der Arztberuf gehört zu den besonders gesundheitsgefährdenden Tätigkeiten. Dieses Paradox ist seit langem bekannt und zwischenzeitlich auch wissenschaftlich untermauert. Die Interviewstudie „Resilienz im Arztberuf“ schließt eine zu den epidemiologischen Erkenntnissen zum Thema Ärztegesundheit komplementäre Forschungslücke:

Ärzte sind Experten in der Erbringung hochanspruchsvoller Dienstleistungen unter schwierigsten Rahmenbedingungen. Sie sind damit nicht nur belastet und psychophysisch vulnerabel, sondern auch kompetente Bewältiger fachlicher, psychophysischer, sozialer und organisationaler Herausforderungen. Dieser Aspekt, die *Resilienz* im Arztberuf, erscheint in der wissenschaftlichen Debatte wie der öffentlichen Diskussion bislang unterbeleuchtet, ist jedoch von zentraler Bedeutung für das Selbstverständnis zukünftiger und aktueller Berufsvertreter.

Ziele des Projektes:

I. Hauptstudie

Im Mittelpunkt stand die Herausarbeitung von wirksamen Strategien im Umgang mit den spezifischen Widrigkeiten, Belastungen und Herausforderungen des Arztberufs. In 200 Interviews mit unterschiedlich berufserfahrenen MedizinerInnen verschiedener Fachrichtungen und Arbeitssettings (Krankenhaus vs. Niederlassung) wurden ärztliche Resilienzprozesse anhand folgender Fragestellungen konkretisiert:

1. Wie lassen sich Gesundheit, Sinnerleben, Freude und Wirksamkeitserfahrung im Arztberuf auch unter widrigen Arbeitsbedingungen erhalten? Was tun bzw. lassen resiliente Ärzte, im Arbeitskontext, aber auch darüber hinaus?
2. Wie gelingt es erfolgreichen (d.h. biopsychosozial gesunden) Ärzten, Arbeit, Familie und eigene Bedürfnisse zu vereinen?

II. Katamnesestudie

In einer gesonderten Teilstudie befragten wir 32 von Burnout, Abhängigkeitserkrankungen oder Depression betroffene Ärzte (ehemalige Patienten der Oberbergkliniken) nach subjektiven Erfolgsfaktoren für ihren Genesungsprozess. Ziel war es, die vorliegenden epidemiologischen Daten durch eine prozessorientierte Perspektive zu ergänzen und aus der Perspektive ärztlicher Betroffener prototypische Wege in und aus Burnout, Abhängigkeitserkrankungen und Sucht zu beschreiben.

Methoden:

Haupt- und Katamnesestudie basieren auf halbstrukturierten qualitativen Interviews mit Ärzten. Die Auswertung erfolgte gemäß der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring entlang obiger Fragestellungen. In der Hauptstudie füllten die Teilnehmer noch zusätzlich das Maslach Burnout Inventar (MBI) aus.

Auf Basis der in Haupt- und Katamnesestudie gewonnenen Erkenntnisse wird ein Ratgeber für Ärzte und ein Präventionsprogramm zur Resilienzförderung entwickelt.

Ergebnisse:

I. Hauptstudie

Insgesamt wurden 30 Kategorien identifiziert, die sich den drei übergeordneten Feldern „Allgemeine Kraft-, Sinn- und Freudequellen“, „Konkrete Handlungen und Praktiken“ und „Nützliche Einstellungen und Grundhaltungen“ zuordnen lassen (vgl. Tabelle). Die Prozentangaben beziehen sich auf die relative Häufigkeit, mit der die jeweilige Resilienzstrategie über alle Interviews hinweg genannt wurde. Es sei darauf hingewiesen, dass die relativen Häufigkeiten der Spontannennungen nichts über die relative Wertigkeit der jeweiligen Resilienzstrategien aussagt.

Allgemeine Kraft- und Sinn- und Freudequellen			
Gratifikationen aus der Arzt-Patienten-Beziehung	65,9%	Auszeiten und strategisches Urlauben	26%
Gratifikation aus dem behandlungsbezogenen Vorher-Nachher-Vergleich	59,5%	Fehlermanagement	23,7%
Resilienzstrategien I: Konkrete Handlungen und Praktiken		Institutionalisierter kollegialer Austausch	19,1%
Freizeitaktivität zum Stressabbau	79,2%	Zweites Standbein (langjährige außerberufliche Interessensfelder)	14,5%
Kollegialität bewusst suchen und pflegen	53,2%	Einzelsupervision und therapeutische Unterstützung	13,3%
Investition in und Gratifikation durch die Familie/Freundschaften	47,4%	Selbstdisziplinierung im Arzt-Patienten-Kontakt	11,6%
Proaktiv-offene Kommunikation geg. Kollegen/Vorgesetzten	43,9%	Priorisieren der Basisversorgung	10,4%
Proaktiv-offene Kommunikation geg. Pat.	41,6%	Spiritualität	9,2%
Ziel- & Standortbestimmung	38,7%	Resilienzstrategien II: Nützliche Einstellungen und Grundhaltungen	
Privater Austausch über arbeitsplatzbezogene Belastungen	37%	Akzeptanz und Realismus	53,8%
Abgrenzung/Selbstschutz geg. Patienten	36,4%	Selbstbewusstheit & Reflexivität	49,7%
Abgrenzung/Selbstschutz geg. Kollegen und Vorgesetzten	34,1%	Handlungsorientierung	48%
Pflege der Professionalität	34,1%	Eigene Begrenzungen anerkennen	43,4%
Selbstorganisation	33,5%	„gehen können“	30,1%
Arbeitszeitbegrenzung	27,2%	Schätzen was ist	23,7%
...Fortsetzung Resilienzstrategien I		Innere Distanzierung	20,8%
		Sinngebung durch Kontextorientierung	16,2%

Tabelle: Überblick über die Resilienz-Kategorien und die relative Häufigkeit ihrer Nennung

II. Katamnesestudie

6 bis 36 Monate nach dem stationären Klinikaufenthalt in den Oberbergkliniken erlebten sich 12 Befragte als genesen und voll leistungsfähig, 4 Ärzte als weiterhin stark belastet und 16 Personen beschrieben deutliche Fortschritte bei gleichzeitig anhaltendem Ringen um neue Denk- und Handlungsgewohnheiten.

Motive und Auslöser für den stationären Aufenthalt

Für die Mehrheit der Befragten (N=24) war eine deutlich spürbare, drohende oder bereits eintretende psychophysische Dekompensation ausschlaggebend für die Hilfesuche. Für drei substanzabhängige Ärzte ging diese einher mit einem nicht mehr negierbaren Kontrollverlust. Neben massiven psychophysischen Symptomen sind kritische soziale Lebensereignisse und Traumatisierungen auslösendes Moment für den stationären Aufenthalt.

Welche Belastungsfaktoren spielen eine Rolle?

An allererster Stelle rangierte eine hohe zeitliche Beanspruchung (N=13), ausgelöst durch knappe Personaldecken, häufige Dienste, aber auch eigene Ansprüche an Erreichbarkeit und Präsenz. Vor allem niedergelassene Ärzte berichten über starke Beanspruchungen durch bürokratische Anforderungen und Vorgaben sowie finanzielle Belastungen (N=9), die im spannungsreichen Widerspruch zum eigenen professionellen Ethos stehen. Doppelbelastungen (N=12), die sich aus dem Versuch ergeben, Familie und Beruf zu vereinen, werden - auf Dauer gestellt - ebenfalls zu auslösenden Bedingungen für Symptomentwicklungen. Drei Ärzte beschrieben traumatische Erfahrungen im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit als auslösende Bedingungen für die Dekompensation.

Was bringt Ärzte dazu, ihre körperlichen wie emotionalen Grenzen chronisch zu überschreiten?

Von 30 der 32 Gesprächspartner hervorgehoben wurde ein biographisch verankertes Leistungsskript, in dem durch eigene Anstrengungen und Leistungen Zugehörigkeit und Anerkennung erworben wird. Handlungsleitend ist dabei häufig auch der Wunsch, es „sich selbst und anderen zu beweisen“ und dadurch Gefühle der Unzulänglichkeit zu überwinden.

Was hilft? (I) - Subjektive Wirkprozesse der stationären Psychotherapie

Besonders häufig (N=32) nennen die Ärzte eine Aufwertung des Stellenwerts persönlicher Selbstfürsorge als bedeutsame Lernerfahrung. Diese untergliedert sich in die zwei Unteraspekte Abgrenzung/„Nein sagen“ (N=9) und achtsame Selbstwahrnehmung (N=23). Mehr auf körperliche, geistige und soziale Grundbedürfnisse zu achten, wird gleichzeitig als Zuwachs an Selbstakzeptanz erlebt. Es geht um „gesunden Egoismus“, „das Recht, seinen eigenen Weg zu gehen“ und darum, „das eigene Überleben an die erste Stelle zu setzen.“ Zu den heilsamen Lernerfahrungen gehört weiter ein wachsender Stellenwert basaler Entspannungs- und Genussfähigkeit.

Lessons learned – Ratschläge an nachfolgende Medizinergenerationen

Wir baten die befragten Ärzte um eine Zusammenfassung ihrer persönlichen „lessons learned“ in Form eines Ratschlags an die nachfolgenden Medizinergenerationen. Acht Schwerpunkte kristallisierten sich heraus: 1) Aufrechterhaltung und Pflege von privaten Interessen, 2) Selbstfürsorge und Achtsamkeit: eigene Grenzen wahrnehmen und schützen, 3) Kollegialen Austausch suchen und pflegen, 4) regelmäßig Erwartungen und Prioritäten prüfen, 5) frühe Auseinandersetzung mit eigenen biographischen Anfälligkeiten, 6) Hilfe suchen und annehmen, 7) finanzielle Risiken minimieren und 8) bewusste Nähe-Distanz Regulation im Patientenkontakt.

Theoretische Einordnung und Implikationen für die Präventionsarbeit

Die theoretische Einordnung der Ergebnisse erfolgt vor dem Hintergrund der Konsistenztheorie von Grawe (2004), der Burnout-Theorie von Burisch (1994, 2009), des ressourcenorientierten Burnout-Modells von Buchwald & Hobfoll (2004), des Modells der Gratifikationskrise von Siegrist (z.B. 2008) sowie der Theorie maladaptiver Schemata von Young et al. (2005). Aus der Integration der empirischen Erkenntnisse mit den genannten Theorieansätzen ergeben sich folgende Metaziele für die Präventionsarbeit:

1. Seelische Erkrankungen sind dann wahrscheinlich, wenn wichtige motivationalen Ziele bzw. Bedürfnisse dauerhaft frustriert werden. Ansatzpunkt eines wirksamen Resilienzförderungsprogramms muss deshalb nicht nur eine akute Stressbewältigung, sondern vor allem eine langfristige Verbesserung der Bedürfnisbilanz sein.
2. Ein wichtiger Schwerpunkt resilienzfördernder Maßnahmen sollte die Arbeit an (dysfunktionalen) biografischen Schemata und damit verbundenen Vermeidungszielen sein.
3. Resilienzfördernde Maßnahmen sollten über die Dynamik von Ressourcen-Abwärts- und -Aufwärtsspiralen informieren, diese individuell identifizieren und modifizieren.
4. Resilienzförderung muss die inneren und äußeren Freiheitsgrade der Teilnehmenden berücksichtigen und möglichst erweitern. Dies schafft einerseits direkte Controllerlebnisse und andererseits die Voraussetzungen für eine verbesserte Bedürfnisbefriedigung und nachfolgende Ressourcen-Aufwärtsspiralen.

Die Operationalisierung der genannten Ziele erfolgt im Rahmen eines multisystemischen Präventionsansatzes in dem Inkongruenzreduktion und eine funktionale Ausgestaltung motivationaler Ziele in folgenden Subsystemen adressiert wird:

1. Der Arzt in der Arzt-Patienten-Interaktion
2. Der Arzt als Kollege, Mitarbeiter oder Vorgesetzter im Klinik- oder Praxis-System
3. Der Arzt im Kontext gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen und Vorgaben
4. Der Arzt in seiner außerberuflichen Lebenswelt (Familie, Freunde, Interessensfelder)
5. Der Arzt in Beziehung zu sich selbst (Selbstwahrnehmung & Selbstkenntnis)

In insgesamt acht Modulen werden unter Heranziehung entsprechender Originalaussagen aus den Interviews gesunderhaltende Prozesse illustriert, eigene Ressourcen und Investitionsentscheidungen in den unterschiedlichen Subsystemen reflektiert sowie alternative Verhaltensziele entwickelt und evaluiert.

Nicht mehr Bestandteil des laufenden Projekts aber im Anschluss angestrebt ist eine quasi-experimentelle Implementation und Längsschnittevaluation des Resilienzprogramms. Hierzu sollen die Ärzte, die das Programm durchlaufen haben über einen Fünfjahreszeitraum qualitativ und quantitativ zu Belastungserleben, psychischem und physischem Befinden, Lebensqualität und der Nützlichkeit der vermittelten Strategien im Arbeitsalltag des Berufseinstiegs befragt und mit Nicht-Teilnehmern verglichen werden.

Veröffentlichungen in Vorbereitung

- 1) Resilienz im Arztberuf. Salutogenetischen Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte. Zur Veröffentlichung geplant in der Zeitschrift *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* (Thieme Verlag)
- 2) Pathogenetische und salutogenetische Aspekte der Ärztegesundheit – eine qualitative Katamnese betroffener Ärzte. Zur Veröffentlichung geplant in der Zeitschrift *Psychiatrische Praxis* (Thieme Verlag)
- 3) Understanding Physician Resilience: a qualitative analysis of physicians` wellbeing and coping strategies. Zur Veröffentlichung geplant in *Psychosomatic Medicine* (Lippincott Williams & Wilkins)

Für Ratgeber und Präventionsprogramm streben wir eine Veröffentlichung im Deutschen Ärzteverlag an.

Neben den Hauptveröffentlichungen sind kürzere Übersichtsartikel im Deutschen Ärzteblatt und der Deutschen Medizinischen Wochenschrift geplant. Ebenfalls in Planung sind fachspezifische Veröffentlichungen zu den Substichproben der Chirurgen und Allgemeinärzte in jeweils einschlägigen Publikationsorganen.



Typ-II-Projekte

Report Versorgungsforschung

C. Fuchs / B.-M. Kurth / P. C. Scriba (Reihen-Hrsg.)

Report Versorgungsforschung



B.-M. Kurth (Hrsg.)

Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland

Konzepte, Anforderungen, Datenquellen



Deutscher
Ärzte-Verlag



C. Fuchs / B.-M. Kurth / P. C. Scriba (Reihen-Hrsg.)

Report Versorgungsforschung



F. W. Schwartz / P. Angerer (Hrsg.)

Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten

Befunde und Interventionen



Deutscher
Ärzte-Verlag



C. Fuchs / B.-M. Kurth / P.C. Scriba (Reihen-Hrsg.)

Report Versorgungsforschung



Band 3

G. Stoppe (Hrsg.)

Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen

Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung



Deutscher
Ärzte-Verlag



C. Fuchs/B.-M. Kurth/P. C. Scriba (Reihen-Hrsg.)

Report Versorgungsforschung (2011)

Band 4 „Telemedizinische Methoden in der Versorgungsforschung *(im Druck)*

Dr. F.-J. Bartmann¹, Univ.-Prof. Dr. M. Blettner²,
Prof. Dr. P. U. Heuschmann³ (Hrsg.),

¹Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein

²Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

³Charité - Universitätsmedizin Berlin, Center for Stroke Research Berlin

C. Fuchs/B.-M. Kurth/P. C. Scriba (Reihen-Hrsg.)

Report Versorgungsforschung (2011)

Band 5 „Transition – Spezielle Versorgungsanforderungen an die medizinische Betreuung beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter“

(im Druck)

Prof. Dr. M. Reincke¹, Prof. Dr. F. Zepp² (Hrsg.)

¹Medizinische Klinik Innenstadt, Ludwig-Maximilians-Universität, München

²Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz



Typ-III-Projekte

Expertisen/Literaturreviews

Machbarkeitsstudie

**zu den Folgen der Privatisierung von zwei
Universitätsklinika (Gießen/Marburg) auf die Kranken-
versorgung (ambulante, Anschlussbehandlung und
stationäre Versorgung) der Bevölkerung**

Prof. Dr. R. Busse, Dr. M. Wörz, M.A., Institut für Gesundheitswissen-
schaften, Technische Universität Berlin

**Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der
Bundesärztekammer unter**

www.bundesaerztekammer.de/downloads/Machbarkeitsstudie.pdf

Internationale Literatur zum Thema ,Physician Factor‘

**Review zum Stand des Wissens bezüglich der
Einflussfaktoren auf die Arbeits- und
Berufszufriedenheit und das professionelle Selbstver-
ständnis von Ärzten sowie deren Auswirkungen auf
die Versorgungsrealität**

Prof. Dr. B. Häussler, PD Dr. H. Gothe, IGES-Institut, Berlin

**Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der
Bundesärztekammer unter**

www.bundesaerztekammer.de/downloads/InternationaleLiteratur.pdf

sowie im Deutschen Ärzteblatt:

Gothe, Köster, Storz, Nolting, Häussler:
„Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten“
Dtsch Arztebl 2007; 104(20); A 1394-1402

Versorgungsqualität, Nutzen und Risiken von Telemonitoringverfahren

Prof. Dr. S. Schmidt, Institut für Psychologie, Ernst-Moritz-Arndt Universität
Greifswald

**Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der
Bundesärztekammer unter**

[www.bundesaerztekammer.de/downloads/Versorgungsforschung_
Telemonitoring.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Versorgungsforschung_Telemonitoring.pdf)

sowie im Deutschen Ärzteblatt:

Schmidt, Schuchert, Krieg, Oeff;
"Häusliches Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz"
Dtsch Arztebl Int 2010; 107(8): A 131-8

Evaluation der Ärztezufriedenheit bezüglich beruflichem Stressniveau und medizinischer Ausbildung

Prof. Dr. H. Drexler, Dr. E. Ochsmann, PD Dr. K. Schmid,
Institut und Poliklinik für Arbeits-, Umwelt- und Sozialmedizin,
Universität Erlangen-Nürnberg

Die Studie wurde veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt:

Ochsmann, Drexler, Schmid;
"Berufseinstieg bereitet vielen Absolventen Probleme"
Dtsch Arztebl 2010; 107(14): A 654-5

Einflüsse der Auftraggeber auf die wissenschaftlichen Ergebnisse von Arzneimittelstudien (Teil 1)

Prof. Dr. W.-D. Ludwig,
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Berlin

Univ.-Prof. Dr. K. Lieb,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Mainz

Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der Bundesärztekammer unter

www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arzneimittelstudien-1.pdf

sowie im Deutschen Ärzteblatt:

Schott, Pahl, Limbach, Gundert-Remy, Ludwig, Lieb:
„Finanzierung von Arzneimittelstudien durch pharmazeutische Unternehmen und die Folgen“

Teil 1 - Dtsch Arztebl Int 2010; 107(16); 279-85

Teil 2 - Dtsch Arztebl Int 2010; 107(17); 295-301

Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht- ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“

Dr. M. Redaelli, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin,
Private Universität Witten/Herdecke

**Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der
Bundesärztekammer unter**

www.bundesaerztekammer.de/downloads/Nicht-aerztliche-Berufe.pdf

Was können Ärzte (und Zahnärzte) in Deutschland zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und –misshandlung beitragen?

Prof. Dr. mult. E. Nagel, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth

Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der Bundesärztekammer unter

www.bundesaerztekammer.de/downloads/Kindesmisshandlung.pdf

Risikofaktorenadjustierung von Prognosemodellen zur Hochrechnung der Patientenanzahl bis zum Jahr 2020 - Erweiterung des demographieadjustierten Modells

Prof. Dr. W. Hoffmann, MPH; Institut für Community Medicine,
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health,
Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald

**Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der
Bundesärztekammer unter**

www.bundesaerztekammer.de/downloads/Prognosemodelle.pdf

Notwendigkeit des Datenzugangs und der Datentransparenz für ärztliche Körperschaften

Dr. I. Schubert, P. Ihle, PMV forschungsgruppe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters KJP, Universität zu Köln

Dr. E. Swart, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG), Med. Fakultät, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Prof. Dr. med. B.-P. Robra, M.P.H., FEISA GmbH, Magdeburg

Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der Bundesärztekammer unter

www.bundesaerztekammer.de/downloads/Datenzugang-1.pdf

Notwendigkeit eines ungehinderten Zugangs zu sozial- und krankheitsbezogenen Versichertendaten für die Bundesärztekammer und andere ärztliche Körperschaften sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften zur Optimierung der ärztlichen Versorgung

Prof. Dr. T. Mansky, Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der Bundesärztekammer unter

www.bundesaerztekammer.de/downloads/Datenzugang-2.pdf

Kleinräumige Bedarfsprognosen - Eine Machbarkeitsstudie für Deutschland

Prof. Dr. B.-M. Kurth, Dr. T. Ziese, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut

Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der Bundesärztekammer unter

www.bundesaerztekammer.de/downloads/Bedarfsprognosen-1pdf

Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung in anderen Gesundheitssystemen

Prof. Dr. R. Busse, Technische Universität Berlin

Die Studie wurde veröffentlicht auf der Homepage der Bundesärztekammer unter

www.bundesaerztekammer.de/downloads/Internationale-Bedarfsplanung.pdf