



X.

## **10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung**

Deutsches Netzwerk  
Versorgungsforschung e.V.

## **18. GAA-Jahrestagung**

Gesellschaft für Arzneimittel-  
anwendungsforschung und  
Arzneimittlepidemiologie e.V.

**Arzneimittelversorgung:  
Qualität und Effizienz**

**ABSTRACTS**

**20. bis 22. Oktober 2011**

**Maternushaus  
Tagungszentrum des Erzbistums Köln**

[www.dkvf2011.de](http://www.dkvf2011.de)





## BARMER GEK – der Partner fürs ganze Leben!

Erstklassiger Service, starkes Gesundheitsnetzwerk, mehr Leistung – ein Leben lang. Dafür steht unsere BARMER GEK.

Setzen Sie deshalb jetzt auf Sicherheit und Innovation. Wählen Sie einen Gesundheitspartner, der Ihnen immer verlässlich zur Seite steht. Kommen Sie zur BARMER GEK!

Sie wollen mehr erfahren?

**0800 45 40 100**

Informieren Sie sich jetzt bei unserem kostenfreien Interessententelefon.

➤ [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de)

**BARMER**  
**GEK** die gesund  
experten



## **10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung**

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

## **18. GAA-Jahrestagung**

Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie e.V.

20. - 22. Oktober 2011

Köln

# Abstracts

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) und die Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA) haben sich mit der Durchführung des 10. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung in Verbindung mit der 18. GAA-Jahrestagung in Köln drei übergreifende Ziele gesetzt.

Das erste Ziel ist es, dem Thema „Arzneimittelversorgung: Qualität und Effizienz“ in all seinen Facetten ausreichend Raum zu geben. Bei der Erörterung dieser Thematikspielen sowohl politische und strukturelle Rahmenbedingungen als auch Probleme des demographischen Wandels und der Implementierung von Innovationen eine wichtige Rolle. Schlagworte wie „Sicherheit“, „Qualität“, „Nutzen“ und „Effizienz“ beschreiben relevante Teilaspekte eines komplexen Versorgungsbereichs, der eine gute Vernetzung medizinischer, pharmazeutischer sowie psychosozialer und gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen erfordert. Dieser Kongress wird die Themen aufgreifen, die gegenwärtig am intensivsten in der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Debatte diskutiert werden. Dies sind:

- (1) die Nutzenbewertung und ihre Methodik,
- (2) die Problematik von Multimedikation bei Multimorbidität und die Vermeidung unangemessener Verordnungen, speziell bei älteren Patienten, und
- (3) die „personalisierte Medizin“ (auch „individualisierte“ oder „stratifizierte“ Medizin genannt).

Ziel dieses Kongresses ist es, diese Themen nicht nur parallel zu präsentieren, sondern die vorhandenen Schnittstellen zwischen den Themen aufzuzeigen. Es geht z.B. um die Frage, wie bei älteren Patienten durch Beachtung der Regeln einer individualisierten Medizin Nebenwirkungen reduziert werden können.

Das zweite Ziel ist es, mit dem DKVF den Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforschern in Deutschland eine Plattform für die Präsentation und Diskussion ihrer Studienergebnisse, ihrer Studienideen und ihrer Fördermöglichkeiten zu geben. Es wurden über 250 Abstracts eingereicht. Die Mehrzahl konnte auf der Basis eines Reviewverfahren als Poster und Vorträge ins Programm aufgenommen werden. Darüber hinaus haben einige DNVF-Mitgliedsgesellschaften zu aktuellen Themen Sitzungen organisiert.

Das dritte Ziel dieses Kongresses ist es, anlässlich des 10-jährigen Jubiläums des DKVF einen Rückblick und Ausblick bezüglich der Versorgungsforschung in Deutschland zu wagen. Hierzu haben wir an allen drei Kongresstagen entsprechende Sitzungen eingeplant. Während wir am Donnerstag unter dem Titel „10 Jahre DKVF – 10 Jahre Versorgungsforschung in Deutschland“ die Perspektiven des BMBF, der Wissenschaft und der Krankenversicherung hören, stellen wir uns am Freitag dem internationalen Vergleich. Am Samstag werden wir in einer Podiumsdiskussion unter Beteiligung von Vertretern aus dem Bereich der Selbstverwaltung, der Gesundheitspolitik, der Forschungsförderung und der Pharmaunternehmen über die „Versorgungsforschung Agenda 2020“ diskutieren.

Wir freuen uns, dass wir auch für diesen Kongress namhafte Redner, Referenten und Podiumsteilnehmer gewinnen konnten. Wir wollen an dieser Stelle den Sponsoren des Kongresses ganz herzlich für ihre Unterstützung danken.

Wir freuen uns auf den vor uns liegenden Austausch der aktuellen Forschungserkenntnisse sowie den fruchtbaren Dialog zwischen Versorgungsforschung, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik. In diesem Sinne wünschen wir dem Kongress einen guten und spannenden Verlauf und allen Teilnehmern anregende Diskussionen.

Ihre Kongresspräsidenten

Sebastian Harder

Holger Pfaff

## Abstracts

001

### 10-Jahres-Trend in der Verordnung von Opioiden – Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen der Jahre 2000 bis 2009

Peter Ihle<sup>1</sup>, Rainer Sabatowski<sup>2</sup>, Ingrid Schubert<sup>1</sup><sup>1</sup>PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln, Köln, Deutschland<sup>2</sup>UniversitätsSchmerzCentrum (USC), Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** In den 1990er Jahren wurde eine Unterversorgung von Tumor- und Schmerzpatienten mit Opioiden problematisiert. Seit Mitte der 1990er Jahren ist nach Angaben des GKV-Arzneimittelindex eine kontinuierliche Zunahme der Opioidverordnungen zu beobachten: 2002 lag die Anzahl der abgegebenen Tagesdosen erstmals über den Nichtopioid-Analgetika [1]. Von Interesse sind jedoch nicht nur die Entwicklungen der Pro-Kopf-Verbräuche, sondern versichertenbezogene Analysen. Ziel der Studie ist deshalb die Untersuchung sowohl der Behandlungsprävalenz nach Art der Opioide als auch deren Einsatz bei Tumor- und Nicht-tumorerkrankungen über einen Zeitraum von zehn Jahren (2000 bis 2009).

**Material und Methoden:** Datenbasis ist die Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen, eine 18,75%ige Zufallsstichprobe aller Versicherten der AOK Hessen. Im Jahr 2000 lag der Stichprobenumfang bei 326.599 Versicherten (51% Frauen, Durchschnittsalter 43,9 Jahre, Mortalitätsrate 1,5%) 2009 bei n=264.982 Personen (51,9% Frauen; Durchschnittsalter 46,4 Jahre, Mortalitätsrate 1,6%). Ausgewertet wurden die Opioide (ATC NO2A), nicht berücksichtigt wurden Codein, Codeinkombinationen und Methadon. Die Ergebnisse werden auf die Stichtagsbevölkerung Deutschlands zum 31. Dez. des jeweiligen Jahres standardisiert. Es wurde von einer Opioidverordnung für eine Tumorerkrankung ausgegangen, wenn im Verordnungsjahr eine Tumordiagnose (ICD-10 Kapitel II, C00 bis C97 ohne C44) kodiert war.

**Ergebnisse:** Im Jahr 2000 erhielten 3,74% der Bevölkerung (M: 2,99%, F: 4,46%) mindestens eine Opioidverordnung. 2009 lag die Behandlungsprävalenz bei 4,55% (M: 3,78%, F: 5,3%). Die Behandlungsprävalenz nahm somit um 21,7%, die Zahl der Tagesdosen um 187,2% und die DDD/Empfänger um 138,8% zu. An erster Stelle steht die Verordnung von Tramadol (2000: 2,65%, 2009: 2,44%), gefolgt von Tilidin/Naloxon (2000: 0,78%, 2009: 1,4%). WHO-Stufe-3-Opioide erhielten im Jahr 2000 0,72% der Versicherten, in 2009 1,29%. Die Behandlungsprävalenz mit retardierten Präparaten nahm deutlich zu (2000: 1,04%, 2009: 2,58%), bei Pflasterzubereitungen stieg sie von 0,20% im Jahr 2000 auf 0,66% im Jahr 2009. Der Anteil der Opioidempfänger mit einer Einmalverordnung nahm deutlich ab (2000: 55,0%, 2009: 40,7%). Im Jahr 2000 war bei 83,8% der Opioidpatienten keine Tumordiagnose dokumentiert. Dieser Anteil lag im Jahr 2009 mit 79,6 % etwas niedriger. Zeigten sich im Jahr 2000 noch deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Anzahl an Opioid-Tagesdosen zwischen Opioid-Empfängern mit und ohne Tumordiag-

nose (kein Tumor: 61 DDD, Tumor: 88 DDD), lagen die durchschnittlichen Tagesdosen in 2009 in den beiden Gruppen deutlich höher und näher zusammen (kein Tumor: 154 DDD, Tumor: 164 DDD).

**Schlussfolgerung:** Im Beobachtungszeitraum von 10 Jahren nahm nicht nur die Zahl der Opioidempfänger, sondern auch die Zahl der Tagesdosen je Empfänger deutlich zu. Der Anstieg ist insbesondere bei retardierten Opioiden und Opioiden der WHO-Stufe 3 zu beobachten. Der überwiegende Anteil der Verordnungen erfolgt für Nichttumorschmerzen. Die durchschnittliche Anzahl an verordneten Tagesdosen hat sich weitgehend angeglichen. Hier scheinen heute im Vergleich zum Jahr 2000 längere und/oder intensivere Therapien durchgeführt zu werden.

#### Literatur

1. Böger RH, Schmidt G. Analgetika. In: U Schwabe, D Paffrath, Hrsg. Arzneiverordnungs-Report 2010. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2010. p. 253-269.

Bitte zitieren als: Ihle P, Sabatowski R, Schubert I. 10-Jahres-Trend in der Verordnung von Opioiden – Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen der Jahre 2000 bis 2009. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf001. DOI: 10.3205/11dkvf001, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0012

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf001.shtml>

002

### Adherence-Management durch Krankenkassen – erste Ergebnisse einer Analyse von Routinedaten

Antje Groth<sup>1</sup>, Sabrina Mueller<sup>1</sup>, Roland Linder<sup>2</sup>, Susanne Ahrens<sup>2</sup>, Tim Steimle<sup>3</sup>, Edda Würdemann<sup>3</sup>, Frank Verheyen<sup>2</sup>, Thomas Wilke<sup>1</sup><sup>1</sup>IPAM, Wismar, Deutschland<sup>2</sup>WINEG, Hamburg, Deutschland<sup>3</sup>TK, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Non-Adherence (NA) von Patienten stellt eine der größten Versorgungsherausforderungen dar. NA ist korreliert mit negativen klinischen Outcomes, höherer Mortalität und höheren Kosten. In einem gemeinsamen Projekt der TK (FB Arzneimittel/WINEG) und des IPAM wurde das Ziel verfolgt, am Beispiel von oralen Antidiabetika (OAD) in der Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM)-Versorgung folgende Fragen zu beantworten:

- Eignen sich deutsche Routinedaten zur NAMessung; wenn ja, welche Methodik sollte angewendet werden?
- Wie viele Patienten sind im deutschen Versorgungsalltag betroffen?
- Geht NA mit höheren Raten negativer klinischer Ereignisse einher?
- Eignen sich Routinedaten auch als Basis des Adherence-Managements (AM)?

**Material und Methoden:** Sämtliche Analysen erfolgten mit einem pseudonymisierten TK-Routinedatensatz (5,4 Millionen durchgängig Versicherte 2006–2008; 2 gesicherte ambulante oder 1 gesicherte stationäre T2DM-Diagnose; 247.401 Patienten). Für die NA-Analyse wurden lediglich die T2DM-Patienten betrach-

tet, die 2006–2008 mindestens 3 Verordnungen in mindestens 1 der betrachteten OAD-ATC-Klassen hatten (113.108 Patienten).

Ein systematisches Review (47 Beiträge) identifizierte 12 wesentliche Parameter einer NA-Analyse, deren Einfluss in 19 univariaten Szenarien/216 Kombinations-szenarien simuliert wurde. Die Validität der NA-Ergebnisse wurde mit Hilfe multivariater logistischer Regressionsmodelle (abhängige Variable: Diabetes-bezogene Hospitalisierungen) geprüft.

**Ergebnisse:** Im betrachteten Sample beträgt das mittlere Alter 65,4 Jahre. Der Mittelwert der Medikamenten-verfügbarkeit aus den betrachteten Szenarien liegt bei 78,6% (SD: 19,6%); die NA-Quote (80% Grenzwert) bei 52,1% (SD: 19,4%). Je nach Parameterwahl liegt die abgeleitete Bandbreite der NA-Quote bei 15,7–97,0%. Ca. 70% der Parameterkombinationen erklären signifikant Diabetes-bezogene Hospitalisierungen. Die Szenarien mit der höchsten Erklärungskraft verwenden nicht die DDD als Sollprofil, sind intervallbasiert beginnend mit der 1. Verschreibung und verwenden die Medication Possession Ratio (MPR) als Adherence-Maß.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse einer NA-Analyse hängen stark von den methodischen Annahmen ab. Ein sinnvolles NA-Reporting sollte stets auf validierten Parameterkombination aufbauen; dies vorausgesetzt eignen sich deutsche Routinedaten gut für eine NAMessung. Basis eines effizienten AM-Programms (AMP) sind darauf aufbauend zwei weitere Schritte: (1) Identifikation der Patienten, die potenziell am stärksten von einem AMP profitieren („AMP-Patienten“) sowie (2) laufende Evaluation des AMP auf patientenindividueller Ebene.

Die Identifikation von „AMP-Patienten“ (niedrige Adherence, hohe Gesundheitskosten) ist auf Basis zuvor festgelegter Segmentierungskriterien gut möglich. Die Evaluation eines AMP ist allerdings mit deutschen Routinedaten nur eingeschränkt möglich (fehlende tägliche Verfügbarkeit, keine Dokumentation von NA-Ursachen). Hinzu kommt, dass die für die Patientensteuerung wesentliche Information über die tatsächlich verschriebene Tagesdosis nicht Teil der Datensätze ist. Hier bedarf es einer zusätzlichen Datendokumentation im Rahmen eines AMP. Auf dem „Weg“ zu einem AMP leisten die Routinedaten jedoch einen sehr bedeutenden Beitrag.

Bitte zitieren als: Groth A, Mueller S, Linder R, Ahrens S, Steimle T, Würdemann E, Verheyen F, Wilke T. Adherence-Management durch Krankenkassen – erste Ergebnisse einer Analyse von Routinedaten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf002.

DOI: 10.3205/11dkvf002, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0028

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf002.shtml>

003

### ADHS: Analyse der Auswirkungen des GBA-Beschlusses vom 16.09.2010 zur Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von ADHS-Arzneimitteln

Dirk Horenkamp-Sonntag<sup>1</sup>, Roland Linder<sup>1</sup>, Susanne Ahrens<sup>1</sup>, Peter Düker<sup>2</sup>, Claudia Junkmanns<sup>2</sup>, Frank Verheyen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>WINEG, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Techniker Krankenkasse, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Es ist bekannt, dass das Verordnungsvolumen für Methylphenidat in den letzten zehn Jahren in Deutschland erheblich zugenommen hat. Hierzu existieren bereits Publikationen, die den Arzneimittelverbrauch im Zusammenhang mit der Prävalenzentwicklung beim Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS) untersucht haben. Eine Neuerung ist, dass durch eine Richtlinienänderung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zur ADHS-Therapie in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt wurde.

Der G-BA setzte mit Beschluss vom 16.09.2010 Änderungen der Fach- und Gebrauchsinformationen von Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln als Ergebnis eines europäischen Risikobewertungsverfahrens in der Arzneimittel-Richtlinie um. Somit dürfen seit 01.12.2010 diese Arzneimittel nur noch angewendet werden, wenn die Diagnose umfassender als bisher gestellt wird. Dementsprechend dürfen die Arzneimittel nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und/oder Jugendlichen verordnet werden und unter dessen Aufsicht angewendet werden. Bei einer Dauertherapie über zwölf Monate sollte die Therapie mindestens einmal jährlich unterbrochen werden, wobei die Beurteilung der behandlungsfreien Zeitabschnitte besonders zu dokumentieren ist.

**Material und Methoden:** Im TK-Versichertenkollektiv wird die Inanspruchnahme von Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln (operationalisiert mit ATC-Code N06BA04) im Zeitverlauf untersucht. Durch einen Vorher-Nachher-Vergleich auf Basis von GKV-Routinedaten wird analysiert, inwiefern sich Art und Umfang der Arzneimittelanspruchnahme durch die G-BA-Richtlinie seit dem 01.12.2010 bei TK-Versicherten mit ADS / ADHS geändert haben.

**Ergebnisse:** Von Jan 2009 bis Feb 2010 (Zeitraum 1) wurden von TK-Versicherten Methylphenidat-Verordnungen mit einer Gesamtmenge von 7.341.561 DDD in Anspruch genommen, von Jan 2010 bis Feb 2011 (Zeitraum 2) insgesamt 7.452.843 DDD (+1,5%). Monatlich waren dies durchschnittlich 11.500 Versicherte, wobei von Zeitraum 1 zu 2 die Versichertenzahl um 0,3% und die Methylphenidatkosten um 13,1% rückläufig waren.

Inwieweit sich diese Entwicklung (Stand 20.05.2011) im Verlauf von 2011 fortsetzt, wird bis zum Kongress am 20.-22.10.2011 durch Ergänzung aktueller Zahlen (weitere Quartalsergebnisse aus 2011) detailliert dargestellt werden. Dabei wird auch auf regionale sowie arztgruppenspezifische Besonderheiten im Zeitverlauf eingegangen sowie detailliert analysiert werden, inwiefern bei den Versicherten Verhaltensänderungen (z.B. Art und Umfang von Arztkontakten) im Zeitverlauf eingetreten sind.

**Schlussfolgerung:** Drei Monate nach In-Kraft-Treten der GBA-Richtlinie sind unmittelbare Auswirkungen auf die Verordnungshäufigkeit von ADHS-Arzneimitteln im TK-Versichertenkollektiv nicht bzw. noch nicht erkennbar. Für vorbestehende ADHS-Fälle könnte somit die Umsetzung einer umfassenden ADHS-Diagnostik und-Therapie unabhängig von der GBA-Richtlinie angenommen werden. Inwieweit dies auch für neu diagnostizierte ADHS-Fälle zutrifft, ist durch Subgruppenanalysen separat zu untersuchen.

Trotz vorhandener methodischer Limitationen von GKV-Routinedaten können mit adäquaten Indikatoren aktuelle Verhaltensveränderungen von Versicherten und Leistungserbringern im Zusammenhang mit der Arzneimitteltherapie beim Krankheitsbild ADS/ADHS erfasst werden. GKV-Routinedatenanalysen sind geeignet, im Rahmen einer Politikfolgenforschung zeitnah Hinweise auf die Auswirkungen der Versorgung von GKV-Patienten zu geben.

#### Literatur

1. Schubert, et al. Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen, Analyse der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen zwischen 2000 und 2007. Deutsches Ärzteblatt. 2010; 107(36): 615–21. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0615
2. Braun, et al. Cost of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Germany. ISPOR Prague 2010, 13th Annual European Congress, Prague, 06-09.11.2010 (Abstract und Poster)
3. Zeidler, et al. Die Berechnung indikationsspezifischer Kosten bei Routinedatenanalysen am Beispiel von ADHS - ein Methodenvergleich. Jahreskonferenz 2011 der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (DGGÖ), 21.-22.03.2011 in Bayreuth (Abstract und Vortrag)
4. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 16.09.2010 zur Änderung der Anlage III der Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Dezember 2008/ 22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a vom 31. März 2009), zuletzt geändert am 19. August 2010 (BAnz. S. 3478)

Bitte zitieren als: Horenkamp-Sonntag D, Linder R, Ahrens S, Düker P, Junkmanns C, Verheyen F. ADHS: Analyse der Auswirkungen des GBA-Beschlusses vom 16.09.2010 zur Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von ADHS-Arzneimitteln. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf003. DOI: 10.3205/11dkvf003, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0031

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf003.shtml>

004

#### Adjustierung für Patientenmerkmale bei der Auswertung von Patientenbefragungen

Christoph Kowalski<sup>1</sup>, Kathrin Kuhr<sup>2</sup>, Holger Pfaff<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IMVR Uni Köln, Köln, Deutschland

<sup>2</sup>IMSIE Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Systematische Patientenbefragungen sind ein verbreitetes Instrument im Rahmen des Qualitätsmanagements in der ambulanten und stationären Versorgung. Häufig ermöglichen derartige Befragungen den Vergleich von Versorgungseinrichtungen mit der Konsequenz, dass einzelne Versorgungseinrichtungen sichtbar besser oder schlechter abschneiden als andere. Dieses Vorgehen wiederum macht es erforderlich zu

prüfen, ob die bei der Auswertung der Befragungen gefundenen Unterschiede tatsächlich die erlebte Versorgungsrealität angemessen wiedergeben und nicht lediglich Resultat der unterschiedlichen Zusammensetzung der Befragten in den Versorgungseinrichtungen sind. Obgleich häufig gefordert, werden in der Literatur nur selten das statistische Vorgehen und zugleich die Kriterien zur Auswahl der relevanten Variablen zur Adjustierung bei Patientenbefragungen beschrieben. Auch wird in bisherigen Untersuchungen kaum diskutiert, ob eine Case-Mix-Adjustierung bei Patientenbefragungen in sehr homogenen Stichproben überhaupt zu unterschiedlichen Ergebnissen führt. Dies versucht dieser Beitrag zu leisten.

**Material und Methoden:** Anhand der Befragungsdaten von 3856 Brustkrebspatientinnen aus 52 nordrhein-westfälischen Brustzentren aus dem Jahre 2010 wird untersucht, welche Patientenmerkmale zur Adjustierung von Zufriedenheitsratings sinnvollerweise herangezogen werden können und ob sich nach Adjustierung die Werte der Zentren sowie deren Position im Ranking für die unterschiedlichen Zufriedenheitsdimensionen ändern. Als Adjustorvariablen werden Alter, Bildungsabschluss, Muttersprache, die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, das Stadium, Grading, ASA-Klassifikation, die betroffene Brust, die Art der Operation, der Versichertenstatus, der Partnerschaftsstatus sowie die Zeit zwischen Operationsdatum und Eingang des ausgefüllten Fragebogens berücksichtigt. Die Werte für die Brustzentren werden als risikoadjustierte Mittelwerte dargestellt und mit den beobachteten Werten verglichen.

**Ergebnisse:** Es zeigen sich lediglich geringfügige Unterschiede zwischen den (nicht-adjustierten) beobachteten und den adjustierten Mittelwerten. Auch die Rangfolge der Brustzentren ändert sich nach Adjustierung kaum.

**Schlussfolgerung:** Der Nutzen der Adjustierung bleibt in dieser Analyse ebenso wie in vorherigen Untersuchungen mit heterogeneren Studienpopulationen begrenzt. Die durch die Adjustoren erklärte Varianz der abhängigen Variablen ist klein, bei Verzicht auf den diskussionswürdigen subjektiven Gesundheitszustand nimmt diese weiter ab. Letztlich kann aus unserer Sicht keine klare Empfehlung für oder gegen eine Casemix-Adjustierung bei Patientenpopulationen wie der hier untersuchten ausgesprochen werden. Den – wenn auch kleinen – Effekten für eine gerechtere Berichterstattung von Patientenbefragungen stehen bislang ungelöste methodische Herausforderungen gegenüber, beispielsweise das Erfordernis umfangreicher Datenmanipulationen im Rahmen der Imputation fehlender Werte. Ebenfalls von Bedeutung und in der Diskussion bislang nur selten Gegenstand ist die inhaltliche Bedeutung der Assoziation von Patientenmerkmalen mit besserer oder schlechterer Bewertung in Befragungen. Eine Adjustierung für die betreffenden Merkmale würde diese Befunde verschwinden lassen und keinen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten können.

Bitte zitieren als: Kowalski C, Kuhr K, Pfaff H. Adjustierung für Patientenmerkmale bei der Auswertung von Patientenbefragungen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf004. DOI: 10.3205/11dkvf004, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0047

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf004.shtml>

005

## Akzeptanz der häuslichen Wiederholungsmessung bei Beschäftigten mit entdecktem Bluthochdruck – Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie im betriebsärztlichen Setting

Martina Michaelis<sup>1</sup>, Carmen Farian<sup>2</sup>, Schüle Barbara<sup>3</sup>, Martin K. Riedel<sup>3</sup>, Monika A. Rieger<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum & FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), Tübingen; Freiburg, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum, Tübingen, Deutschland

<sup>3</sup>Daimler AG, Werksärztlicher Dienst, Stuttgart- Untertürkheim, Deutschland

**Hintergrund:** Die hohe Anzahl von Personen mit einer unentdeckten oder medikamentös unzureichend eingestellten arteriellen Hypertonie ist ein versorgungsrelevantes Problem [1], [2]. Die arterielle Hypertonie ist im Anfangsstadium mit Lebensstiländerungen gut modifizierbar. Im Vorfeld eines geplanten Projektes zu einer individuellen betriebsärztlichen Beratung von Beschäftigten mit auffälligen Blutdruck(BD)-Werten wurde evaluiert, wie die Diagnose „arterielle Hypertonie“ im betriebsärztlichen Setting gesichert werden kann. Auf Grund der großen Variabilität des Blutdrucks ist aus einmalig gemessenen Werten keine Diagnose abzuleiten. Nach den Empfehlungen der ÖGH [3] kann eine Validierung des Initialwertes z.B. durch insgesamt 30 häusliche Selbstmessungen erfolgen. Von diesen Messungen müssen für eine entsprechende Bestätigung mindestens 7 Werte auffällig sein. Zur Überprüfung der Durchführbarkeit eines geplanten RCTs unter Alltagsbedingungen wurden in der hier vorgestellten Machbarkeitsstudie zunächst die Einflussfaktoren auf die Bereitschaft der Beschäftigten, analysiert, an der validierenden Selbstmessung teilzunehmen.

**Material und Methoden:** In diesem Abstract werden zunächst nur Ergebnisse von GR1 berichtet (Datenmanagement für GR2 noch nicht abgeschlossen; Stand: Mai 2011). In 16 Wochen wurden 203 Beschäftigte mit auffälligen BD-Werten identifiziert (ca. 1% der WÄD-Kontakte). Der Altersdurchschnitt lag bei 46 Jahren (Standardabweichung 9 Jahre, Spanne von 24 bis 64; n=165 gültige Angaben). Nur einem guten Drittel war eine Hypertonie bereits bekannt (n=73); knapp die Hälfte mit „mittelstark bis stark erhöhten“ BD-Werten (ab 160/100 mmHG; n=161) wurde bereits medikamentös behandelt (n=36). Weniger als die Hälfte war bereit für eine „7/30“- Selbstmessung (n=88). Wichtigste Gründe für die Nichtteilnahme war der zeitliche Aufwand. Die Teilnahmebereitschaft war im Produktionsbereich signifikant niedriger als in der Verwaltung. In GR2 war die Teilnahmebereitschaft mit rund 60% deutlich höher.

**Ergebnisse:** In diesem Abstract werden zunächst nur Ergebnisse von GR1 berichtet (Datenmanagement für GR2 noch nicht abgeschlossen; Stand: Mai 2011). In 16 Wochen wurden 203 Beschäftigte mit auffälligen BD-Werten identifiziert (ca. 1% der WÄD-Kontakte). Der Altersdurchschnitt lag bei 46 Jahren (Standardabweichung 9 Jahre, Spanne von 24 bis 64; n=165 gültige Angaben). Nur einem guten Drittel war eine Hypertonie bereits bekannt (n=73); knapp die Hälfte mit „mittelstark bis stark erhöhten“ BD-Werten (ab 160/100

mmHG; n=161) wurde bereits medikamentös behandelt (n=36). Weniger als die Hälfte war bereit für eine „7/30“- Selbstmessung (n=88). Wichtigste Gründe für die Nichtteilnahme war der zeitliche Aufwand. Die Teilnahmebereitschaft war im Produktionsbereich signifikant niedriger als in der Verwaltung. In GR2 war die Teilnahmebereitschaft mit rund 60% deutlich höher.

**Schlussfolgerung:** Die Rate von Erwerbstätigen mit erhöhten Blutdruckwerten ist – eingeschränkt – vergleichbar mit bevölkerungsbasierten Untersuchungen. Die „7/30- Selbstmessung“ – für die Überprüfung der Blutdruckvariabilität neben der BD-Langzeitmessung als valide Methode empfohlen – scheint aus Akzeptanzgründen für das betriebsärztliche Setting nicht geeignet.

### Literatur

1. Middeke M. Epidemiologie und Behandlungsstatus der Hypertonie in Deutschland. In: Kirch W, Badura B, Pfaff H. Prävention und Versorgungsforschung (Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007). 2008: 869-881. DOI: 10.1007/978-3-540-73042-2\_45
2. Hense HW. Epidemiologie der arteriellen Hypertonie und Implikationen für die Prävention. 10-Jahres-Ergebnisse der MONICA-Studie Augsburg. DMW. 2000; 125: 1397-1402.
3. Slany K, Hitzberger G, Zweiker R, Mayer G, Rosenkranz AR, Watschinger B, Wenzel R. Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie (ÖGH) zur Arzt-, Selbst- und ambulanten 24-Stunden- Blutdruckmessung. J Hyperton. 2008; 12 (4): 13-19.

Bitte zitieren als: Michaelis M, Farian C, Barbara S, Riedel MK, Rieger MA. Akzeptanz der häuslichen Wiederholungsmessung bei Beschäftigten mit entdecktem Bluthochdruck – Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie im betriebsärztlichen Setting. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf005.

DOI: 10.3205/11dkvf005, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0054

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf005.shtml>

006

## Analyse der medikamentösen Versorgung von Hypertonikern mit Hilfe von GKV-Routinedaten

Sveja Eberhard, Matthias Schönermark

MHH, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** GKV-Routinedaten rücken zunehmend in den Fokus der Versorgungsforschung. Dabei ist oftmals noch unklar, wo Chancen, aber auch wo Grenzen von Krankenkassendaten liegen. Hypertonie stellt die häufigste Diagnose in Allgemeinarztpraxen, gleichzeitig wird bei ihrer Versorgung ein hoher Anteil an Über-, Unter- oder Fehlversorgung konstatiert. In einer Querschnittsstudie wurde daher untersucht, welche Erkenntnisse sich aus GKV-Routinedaten hinsichtlich der Versorgungslage von Bluthochdruckpatienten gewinnen lassen, welche Wirkstoffklassen bei Hypertonikern in Niedersachsen primär eingesetzt werden und ob soziodemographische Unterschiede bei der Wirkstoffauswahl zu erkennen sind.

**Material und Methoden:** Die in GKV-Daten verfügbaren Merkmale wurden hinsichtlich ihrer Validität und Reliabilität bewertet und den für die Abbildung von Versorgungsaspekten benötigten Informationen gegenübergestellt. Hieraus wurden machbare Fragestellungen abgeleitet und im Anschluss Routinedaten von Hypertonie-Patienten der AOK-Niedersachsen aus dem Jahr 2008 in Form einer Querschnittsstudie ausgewertet (n=554.276). Die verfügbaren Versichertenmerkmale wurden dabei über ein Pseudonym patientenbezogen mit Arzneimitteldaten und Diagnosedaten verknüpft und mittels deskriptiver Statistik und einem multivariaten logistischen Regressionsmodell ausgewertet.

**Ergebnisse:** Insgesamt erhielt jeder (diagnostizierte) Hypertonyker 7,4 unterschiedliche Wirkstoffe pro Jahr, darunter 2,1 antihypertensive Wirkstoffe. Die Diagnosehäufigkeit der Hypertonie lag bei Frauen ab 55 Jahren im Bereich der erwarteten Prävalenz, insbesondere bei jüngeren Männern zeigte sich jedoch eine Diskrepanz zwischen erwarteter und entdeckter Prävalenz. Etwa zwei Drittel der medikamentös behandelten Hypertonyker erhielten eine antihypertensive Kombinationstherapie aus mindestens zwei Wirkstoffen. Die Auswahl der Wirkstoffklassen unterschied sich nach Geschlecht, Alter und Einkommen der Patienten: beispielsweise wurden Betablocker häufiger jüngeren männlichen Patienten verordnet, ältere Patienten erhielten eher ein Diuretikum oder einen Kalziumkanalblocker. Das Einkommen der Patienten war leicht positiv mit den Arzneimittelkosten pro DDD assoziiert, u.a. bekamen Besserverdienende etwas häufiger ein Sartan. Hinsichtlich der betrachteten Komorbiditäten Asthma, COPD und Diabetes zeigte sich, dass nur ein Teil der Patienten die in den Leitlinien primär empfohlenen Wirkstoffe erhielt.

**Schlussfolgerung:** Trotz inhaltlicher und methodischer Beschränkungen stellen GKV-Routinedaten eine wertvolle Basis dar, um erste Einblicke in das Versorgungsgeschehen zu erhalten. Die Ergebnisse der Datenanalyse spiegeln summatorisch größtenteils die Empfehlungen aktueller Hypertonieleitlinien wider. Dies weist darauf hin, dass ein großer Teil der Hypertonyker bedarfsgerecht versorgt wird. Allerdings geben die Daten auch Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung, insbesondere bei der differenzialtherapeutischen Arzneimittelauswahl bei Patienten mit weiteren Erkrankungen. Dies könnte darauf hindeuten, dass bei komplexeren Versorgungsaufgaben wie der Behandlung multimorbider Patienten noch Erfahrungs- oder Wissensdefizite bestehen. Auch der gefundene Einfluss von Geschlecht und Einkommen auf die Wirkstoffauswahl sollte mit detaillierteren Daten näher untersucht werden.

Bitte zitieren als: Eberhard S, Schönermark M. Analyse der medikamentösen Versorgung von Hypertonykern mit Hilfe von GKV-Routinedaten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf006. DOI: 10.3205/11dkvf006, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0065

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf006.shtml>

007

## Analyse der Zytostatika-Verordnungen anhand von GKV-Routinedaten

Dorothea Thomas, Enno Swart

Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMHE),  
Magdeburg, Deutschland

**Hintergrund:** Detaillierte Auswertungen von GKV-Routinedaten sollen Erkenntnisse und Transparenz liefern. Auf die dabei auftretenden methodischen Schwierigkeiten bei der Datenauswertung und Dateninterpretation des Arzneimittelgeschehens in einem regionalen Kontext wird eingegangen.

**Material und Methoden:** Über die Pharmazentralnummern in den pseudonymisierten Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V lassen sich alle Arzneimittelverordnungen identifizieren. Die entstandene Datenbank kann zur Erstellung von Perioden- und Spezialauswertungen auf unterschiedlichem Aggregationsniveau, Detaillierungsgrad und regionaler Auflösung verwendet werden. Die Identifizierung mehrerer Verordnungen eines Versicherten erfolgt über dessen pseudonymisierte Krankenversicherungsnummer, was sowohl quer- und längsschnittliche verordnungs- und versichertenbezogenen Auswertungen ermöglicht. Das Gleiche gilt für arzt-, institutions-, apothekenbezogene und stationär-diagnosebezogene Auswertungen. Mit dem dokumentierten Wohnort bzw. Standort der abgebenden Institution (über deren Postleitzahl) haben die Daten einen eindeutigen regionalen Bezug. Dies ermöglicht eine Auflösung von erbrachten Versorgungsleistungen nach Landkreisen, Gemeinden oder Postleitzahlbereichen. Die Nutzbarkeit und Qualität von Routinedaten ist abhängig von vielen Faktoren, die sich über den Zeitraum ändern können. Aus diesem Grund verlangt jede Nutzung von Routinedaten für jede spezifische wissenschaftliche Fragestellung eine gesonderte Überprüfung dessen. Es wird evaluiert welche Einflussfaktoren und Determinanten – für die in den Daten beobachtbaren Inanspruchnahme- und Ordnungsverhalten sowie Ausgabeentwicklungen – eine Rolle spielen.

**Ergebnisse:** Bei den Auswertungen steht insbesondere die Darstellung der Kosten je Versicherten gesamt, je stationäre Diagnose, je verordnender Arzt, je abgebende Apotheke und regionsbezogen im Zeitverlauf im Vordergrund, wobei unterschieden wird zwischen Anzahl der Verordnungen, Kosten gesamt, Kosten je Verordnung und DDD je Verordnung. Die Datenauswertungen, jeweils getrennt für Rezepturen, Fertigarzneimittel oder beides, ermöglicht Antworten u.a. auf folgende Fragestellungen: Bei welchen Diagnosen werden welche Arzneimittel verordnet? Wie viele der Patienten mit den einschlägigen Diagnosen erhalten von welchem Arzt und Apotheker welche Verordnungen? Welche Arzneimittel erreichen in welcher „Leistungsdichte“ (Zahl der Leistungen pro 10.000 Versicherte) die Patienten? Wie viel kostet die Arzneimittelanwendung bei einer bestimmten Diagnose je nach Institution oder Region?

**Schlussfolgerung:** Bei kurzen Betrachtungszeiträumen, mangelnder Datenvollständigkeit, sowie fehlender Validierung der Arzneimittelverordnungen (z.B. durch Diagnosedaten) sind die Auswertungen nur begrenzt aussagefähig und belastbar. Sie geben jedoch Hinweise z.B. zu regionalen Behandlungs- und Leistungsvariationen, Vorschläge zur spezifischen regionalen Versor-

gungsverbesserung, sowie Anstöße für weitere Auswertungen.

Bitte zitieren als: Thomas D, Swart E. Analyse der Zytostatika-Verordnungen anhand von GKV-Routinedaten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf007.  
DOI: 10.3205/11dkvf007, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0071  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf007.shtml>

008

### Analyse und Optimierung der Krankenhaus-Markenidentität anhand einer empirischen Selbstbild-Fremdbild-Analyse von Patienten und Zuweisern am Beispiel des Universitätsklinikums Münster (UKM)

Sebastian Schulz, Norbert Roeder, Dominik Franz  
Universitätsklinikum Münster / DRG-Research-Group,  
Münster, Deutschland

**Hintergrund:** In einem durch ökonomischen Druck geprägten Umfeld erlangen Kliniken Wettbewerbsvorteile, die eine Markenidentität bei den relevanten Anspruchsgruppen auf- und ausbauen können. Professionelle Marketingkommunikation sichert bei Zuweisern und Patienten durch die Informiertheit über das Leistungsangebot sowie durch eine emotionale Bindung einen Entscheidungs- und Weiterempfehlungsvorsprung gegenüber Wettbewerbern. Trotzdem hat dieses Instrument im Klinikmanagement bisher einen nachrangigen Stellenwert. In einem Forschungsprojekt untersuchte die DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster (UKM) anhand empirischer Befragungen den Markenstatus des UKM bei Patienten und Zuweisern (Fremdbild) und führte einen Vergleich mit dem durch Befragung der Klinikleitung und wichtiger Ableitungen erhobenen Selbstbild des UKM im Sinne einer Operationalisierung der Marketingmanagement-Praxis durch.

**Material und Methoden:** Strukturierte, empirische, schriftliche Befragung von zufällig ausgewählten zuweisenden und nicht-zuweisenden Ärzten sowie von stationären Patienten der Pädiatrie, Orthopädie, Dermatologie, Gynäkologie, Innere Medizin und Ophthalmologie am UKM sowie der Klinikleitung im April/Mai 2011. Erhebung u. a. semantischer Differentiale (7er Skala: -3 bis +3) für das Selbst- und Fremdbild für 12 bipolare Attribute von anonym/persönlich bis starr/flexibel mit anschließender separater Gap-Analyse zwischen Zuweisern/Patienten und Klinikleitung.

**Ergebnisse:** Befragung von 200 Patienten (m:31%, w:69%) und 120 Zuweisern (m:60%, w:40%): Bei den semantischen Differentialen wählten Patienten jeweils auffallend oft die Höchstpunktzahl „3“ bei den Attributen „kompetent“, „bekannt“ und „beruhigend“. Die Höchstpunktzahl bei den Zuweisern erhielten „kompetent“, „bekannt“ und „vertrauenswürdig“. Z. T. deutliche Unterschiede gab es bei den Attributen „anonym“, „kühl“ und „reserviert“. Patienten sahen Optimierungspotentiale in den Bereichen Hotelleistungen, Sanitär und Einsatz von Informationsmedien. Auf Seiten der Zuweiser sind Faktoren wie regionale Nähe (30%) und Empfehlung des Hausarztes (70%) die Hauptgründe für

eine Einweisung. Empfehlungen von Freunden und Verwandten (15%) nehmen neben einer professionellen Information über die Internetseite aber an Bedeutung zu.

**Schlussfolgerung:** Die Kongruenz von Selbst- und Fremdbild ist ein hochrelevantes Kriterium für den Markenstatus einer Klinik. Dabei haben die Anspruchsgruppen Zuweiser und Patienten sowie die Klinikleitung idealerweise deckungsgleiche Vorstellungen von den Eigenschaften der Klinikmarke. Können in diesem Kontext Kommunikations- oder Umsetzungslücken (Gaps) aufgedeckt werden, ergeben sich entscheidende Ansatzpunkte für die Optimierung des Klinikmarketings. Einzelne Kliniken, die im Rahmen von Kampagnen regional beworben wurden, konnten in der vorliegenden Untersuchung einen stärkeren Markenstatus erreichen. Ein steigendes Gesundheitsbewusstsein und eine zunehmende Nutzung des Internets erhöhen die Bedeutung einer professionellen, konsistenten Marketingkommunikation. Kliniken mit starker Markenidentität und -bekanntheit haben durch ein positives Image im Wettbewerbsumfeld sowie durch stabile Zuweiserströme einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil. Die hier erarbeitete Methodik hat sich für ein Klinikum der Maximalversorgung bewährt. Übertragungen auf andere Bereiche der stationären Versorgung sind möglich und praktikabel.

#### Literatur

1. Storcks H. Markenführung im Krankenhaus, Eine empirische Analyse am Beispiel eines regionalen Konkurrenzumfeldes. Hamburg: Verlag Dr. Kovac; 2003.
2. Roeder N, Günnewig M, Franz D. Wettbewerb und Kooperation - (k)ein Widerspruch (!)? das Krankenhaus. 2009;10:918-928.
3. Roeder N. Markenbildung stärkt die Krankenhäuser. Die Mitarbeiter müssen wissen, für welche Werte ihr Haus steht. f&w. 2010;2:1 - 4.

Bitte zitieren als: Schulz S, Roeder N, Franz D. Analyse und Optimierung der Krankenhaus-Markenidentität anhand einer empirischen Selbstbild-Fremdbild-Analyse von Patienten und Zuweisern am Beispiel des Universitätsklinikums Münster (UKM). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf008.  
DOI: 10.3205/11dkvf008, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0086  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf008.shtml>

009

### Ansatzpunkte zur Verringerung von Medikationsfehlern durch Wissenstransfer zu Medizinprodukten

Claus Zippel<sup>1</sup>, Sabine Bohnet-Joschko<sup>1</sup>, Thomas Kral<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Forschungsgruppe Management im Gesundheitswesen, Fakultät für Wirtschaftswissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

<sup>2</sup>Abteilung für Neurochirurgie, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Herdecke, Deutschland

**Hintergrund:** Neben organisatorischen Mängeln (Zeitdruck, Kommunikationsprobleme etc.) und individuellen Ursachen (Arbeitsbelastung, Ermüdung, Stress etc.) stellt auch der Einsatz und die Nutzung von Medizinprodukten eine Quelle für Medikationsfehler dar [1], [2] [3], [4]]. Ziel des Beitrags ist die Vorstellung eines

Forschungsvorhabens, durch das der sektorübergreifende Wissenstransfer zu medienproduktbedingten Risiken bei der Arzneitherapie zwischen Anwendern und Herstellern von Medizinprodukten zum beiderseitigen Nutzen gefördert werden soll.

**Material und Methoden:** Im Rahmen des Vorhabens sollen medienproduktbedingte unerwünschte Ereignismeldungen krankenhausübergreifend zusammengeführt und dahingehend untersucht werden, ob sie in Zusammenhang mit einem Medikationsfehler stehen. Diese Meldedaten bilden die Grundlage für die Identifizierung und Analyse gehäuft auftretender und/ oder schwerwiegender Anwender- und Produktfehler bei der Gabe von Medikamenten. Darüber hinaus sollen die in den ausgewählten Meldungen genannten Medizinprodukte klassifiziert werden.

**Ergebnisse:** Aufbauend auf den Analyseergebnissen sollen für Hersteller erste Kategorien zur Weiterentwicklung fehleranfälliger Geräte und Produkte (Spritzenpumpe, Spritze, Kanüle etc.) erarbeitet werden. Dies betrifft beispielsweise den Austausch verwendeter (Verpackungs-) Materialien, die Veränderung der Produktbeschriftung sowie die Modifikation des Produktdesigns. Darüber hinaus soll das Wissen der Anwender über Risiken bei der Arzneimittelgabe als Grundlage für die Entwicklung von Empfehlungen zur Verbesserung des Einsatzes von Medizinprodukten im Medikationsprozess (also von der Verordnung und Bereitstellung bis zur Verabreichung und Dokumentation) dienen. Beispiele hierfür sind die einheitliche und eindeutige Kennzeichnung verwendeter Produkte, die Erweiterung von Pflegestandards sowie die Überarbeitung von Einweisungs-, Schulungs- und Informationsmaterialien zur sichereren und effizienten Anwendung von Medizinprodukten bei Injektion und Infusion.

**Schlussfolgerung:** Sowohl der Einsatz neuer bzw. optimierter Medizinprodukte, als auch die Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung des Umgangs mit Medizinprodukten bei der Applikation und Dosierung von Arzneimitteln können zur Prävention und Verringerung medienproduktbedingter Medikationsrisiken und damit zu einer Erhöhung der Arzneimitteltherapie- und Versorgungssicherheit beitragen [5], [6]. Das vorgestellte Forschungsvorhaben möchte einen Beitrag zur Identifizierung erster Ansatzpunkte wie auch zum Wissens- und Erfahrungsaustausch in diesem Bereich leisten.

#### Literatur

1. Beydon L, Ledenmat PY, Soltner C, Lebreton F, Hardin V, Benhamou D, Clergue F, Laguenie G. Adverse events with medical devices in anesthesia and intensive care unit patients recorded in the French safety database in 2005-2006. *Anesthesiology*. 2010;112(2):364-72.
2. Thomas AN, Galvin I. Patient safety incidents associated with equipment in critical care: A review of reports to the UK National Patient Safety Agency. *Anaesthesia*. 2008;63(11):1193-7.
3. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno RP, Dolanski L, Bauer P, Metnitz PG. Patient safety in intensive care: results from the multinational sentinel events evaluation (SEE) study. *Intensive Care Med*. 2006;32(10):1591-8.
4. Samore MH, Evans RS, Lassen A, Gould P, Lloyd J, Gardner RM, Abouzelof R, Taylor C, Woodbury DA, Willy M, Bright RA. Surveillance of medical device-related hazards and adverse events in hospitalized patients. *JAMA*. 2004;291(3):325-34.
5. Hamilton C. Critical assessment of new devices. *Perfusion*. 2007;22(3):167-71.
6. van den Bemt PM, Fijn R, van der Voort PH, Gossen AA, Egberts TC, Brouwers JR. Frequency and determinants of drug

administration errors in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2002;30(4):846-50.

Bitte zitieren als: Zippel C, Bohnet-Joschko S, Kral T. Ansatzpunkte zur Verringerung von Medikationsfehlern durch Wissenstransfer zu Medizinprodukten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf009.

DOI: 10.3205/11dkvf009, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0099

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf009.shtml>

#### O10

### Antidepressiva in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Auffällig hohe patientenbezogene Ausgabenunterschiede zwischen den Regionen

Christian Bensing<sup>1</sup>, Thomas Moormann<sup>2</sup>, André Kleinfeld<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSIGHT Health, Waldems-Esch, Deutschland

<sup>2</sup>INSIGHT Health, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Leiden und zu den häufigsten Erkrankungen. Die Lebenszeitprävalenz liegt in Deutschland bei 19 Prozent, wobei Frauen (25%) etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer (12%). Die Häufigkeit, die erhöhte Sterblichkeit der Betroffenen sowie Versorgungsdefizite beschreiben die große gesundheitspolitische Bedeutung der depressiven Erkrankungen. Es gibt ferner Hinweise auf regional gehäufte Diagnosen (z. B. RKI 2010) und damit zusätzlichen Anlass zur Optimierung der Versorgung. Hier setzt die vorliegende Studie an: Sie analysiert die regionalen Unterschiede in den patientenbezogenen Antidepressiva-Verordnungen und -Ausgaben erstmals auf Basis einer großen GKV-weiten Stichprobe.

**Material und Methoden:** Zentraler Ausgangspunkt der Sekundärdatenanalyse sind anonymisierte Rezeptdaten von 40 Millionen GKV-Patienten einer Routinedatenbank des Informationsdienstleisters INSIGHT Health. Als Studienpopulation definiert werden alle GKV-Patienten, die im Jahr 2010 mindestens eine Antidepressiva-Verordnung erhalten haben („AD-Patienten“), dies sind 3,0 Millionen Patienten. Statistisch ausgewertet werden neben Alter und Geschlecht die Verordnungen, Arzneimittelausgaben sowie Tagestherapiedosen (jeweils pro AD-Patient). Die regionale Differenzierung erfolgt entsprechend der 17 Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen („KV-Regionen“). Einbezogen werden die ambulant verordneten Antidepressiva der Gruppe „NO6A“ des ATC-Index (anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem) der European Pharmaceutical Market Research Association (EphMRA).

**Ergebnisse:** Die Altersgruppen ab 40 Jahren aufwärts haben den höchsten Anteil an AD-Patienten (Behandlungsprävalenz). 70 Prozent aller AD-Patienten sind weiblich. Die Antidepressiva-Ausgaben pro Patient variieren erheblich zwischen den einzelnen KV-Regionen. Nach den Ergebnissen einer Vorstudie verzeichnet Bremen mit 110 Euro die niedrigsten patientenbezogenen Ausgaben und Mecklenburg-Vorpommern mit 210 Euro die höchsten. Über dem Schnitt von 163 Euro liegen besonders Thüringen, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Die Anzahl der Verordnungen schwankt von Region zu Region

zwischen 3,5 Verordnungen pro AD-Patient in Sachsen und 4,6 im Saarland. Die niedrigsten Ausgaben pro AD-Verordnung verbucht Bremen (30 Euro), die höchsten Mecklenburg-Vorpommern (56 Euro).

**Schlussfolgerung:** Bekannt ist bereits, dass Frauen mehr Antidepressiva verordnet bekommen. Auch höhere patientenbezogene Arzneimittelaufwendungen in den neuen Bundesländern sind ein bekanntes Muster, überraschend ist das enorme Ausmaß der regionalen Ausgabenunterschiede bei den Antidepressiva. Die Regionen mit höheren patientenbezogenen Ausgaben verzeichnen tendenziell weniger Verordnungen je Patient. Dies deutet auf höhere Kosten je Verordnung hin (höherer Anteil an patentgeschützten Präparaten). Denkbar sind zudem Therapiekonzepte mit stärkerer Betonung der Antidepressiva wie auch unterschiedliche Schweregrade der depressiven Erkrankungen. Die großen Differenzen zwischen den Geschlechtern und den Regionen deuten Optimierungsspielräume bei der Versorgung von Patienten mit Antidepressiva an. In weiteren Untersuchungen sollten die Einflussfaktoren der Unterschiede identifiziert und validiert werden, um gesundheitspolitischen Handlungsbedarf auszuloten.

Bitte zitieren als: Bensing C, Moormann T, Kleinfeld A. Antidepressiva in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Auffällig hohe patientenbezogene Ausgabenunterschiede zwischen den Regionen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf010. DOI: 10.3205/11dkvf010, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0104  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf010.shtml>

## 011

### „Antihormonelle Therapie, was bringt das denn nochmal?“ Eine Untersuchung über die Einflussfaktoren auf das Behalten von Informationen zur adjuvanten antihormonellen Therapie bei Brustkrebspatientinnen

Eva Kluge<sup>1</sup>, Ute-Susann Albert<sup>2</sup>, Winfried Rief<sup>1</sup>, Yvonne Nestoriuc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie Philipps-Universität, Marburg, Deutschland

<sup>2</sup>Klinik für Gynäkologie, gynäkologische Endokrinologie und Onkologie Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Marburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die antihormonelle Therapie gehört bei Brustkrebs zu den wichtigsten Behandlungskomponenten. Für Patientinnen gibt es diesbezüglich eine unüberschaubare Menge an möglichen Informationsquellen, die sehr verwirrend und beängstigend sein können. Daher ist es wichtig, den ihnen eine transparente und umfassende Aufklärung zu geben. In dieser Studie werden die möglichen Faktoren untersucht, von denen es abhängt, wie viel die Patientinnen von einer standardisierten Aufklärung behalten. Zu den Faktoren zählen Intelligenz, Zahlenverständnis, Merkfähigkeit, Alter und das Verständnis der Informationen.

**Material und Methoden:** Am Brustzentrum Regio in Marburg werden Brustkrebspatientinnen vor Beginn der antihormonellen Therapie untersucht (aktuelles N=57, Alter=57,2, SD=11,2). Die Patientinnen erhalten

ein halbstandardisiertes ärztlich-psychologisches Aufklärungsgespräch sowie ein Informationsblatt, in dem die Schutzwirkung sowie die potentiellen Nebenwirkungen der geplanten Therapie erläutert werden. Im Anschluss werden Verständnis und Behalten der Informationen anhand von je 5 Items untersucht, sowie außerdem mittels validierter Instrumente das subjektive Zahlenverständnis, die Intelligenz und die Merkfähigkeit erhoben. Anhand regressionsanalytischer Verfahren werden Prädiktoren des Behaltens analysiert.

**Ergebnisse:** Die mittlere Behaltensleistung beträgt 67,9%. Die Prädiktoren Intelligenz ( $\beta = .18, p = .24$ ), subjektives Zahlenverständnis ( $\beta = .20, p = .22$ ), Merkfähigkeit ( $\beta = -.002, p = .99$ ), Alter ( $\beta = -.25, p = .13$ ) und Verständnis ( $\beta = .36, p = .53$ ) klären zusammen einen bedeutsamen Teil der Varianz im Behalten der Informationen über die antihormonelle Therapie auf ( $R^2 = .41, p = .005$ ). Eine Bootstrapanalyse bestätigt die Bedeutsamkeit des Verständnisses für die Vorhersage der Behaltensleistung ( $p = .03$  bei einer Stichprobenanzahl von 1000). Bivariat zeigen sich substantielle Korrelationen von Verständnis und Merkfähigkeit ( $r = .57, p < .01$ ) und von Verständnis und Alter ( $r = -.39, p < .05$ ).

**Schlussfolgerung:** Für eine wirksame Aufklärung bezüglich der antihormonellen Therapie, an deren Kernpunkte sich die Patientinnen erinnern können ist es entscheidend ob die Informationen verständlich dargestellt sind, wobei zu beachten ist, dass viele Patientinnen älter sind.

Bitte zitieren als: Kluge E, Albert US, Rief W, Nestoriuc Y. „Antihormonelle Therapie, was bringt das denn nochmal?“ Eine Untersuchung über die Einflussfaktoren auf das Behalten von Informationen zur adjuvanten antihormonellen Therapie bei Brustkrebspatientinnen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf011. DOI: 10.3205/11dkvf011, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0112  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf011.shtml>

## 012

### Antithrombotische Therapie bei Patienten mit Vorhofflimmern und akutem Koronarsyndrom (AFibACS-Register) – Behandlungsrealität und Entscheidungsdeterminanten

Claire Hegenbarth<sup>1</sup>, Birga Maier<sup>1</sup>, Hildegard Schulz<sup>1</sup>, Elke Braun<sup>1</sup>, Ralph Schoeller<sup>2</sup>, Helmut Schühlen<sup>3</sup>, Heinz Theres<sup>4</sup>, Steffen Behrens<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Berliner Herzinfarktregister, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>DRK-Kliniken Westend, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup>Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup>Universitätsklinikum Charité Mitte/Medical Park Berlin Humboldtstraße, Berlin, Deutschland

<sup>5</sup>Vivantes Humboldt Klinikum/Vivantes Klinikum Spandau, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** 15–20 Prozent aller Schlaganfälle werden durch Vorhofflimmern verursacht. Eine Antikoagulation mit Phenprocoumon vermindert das Schlaganfallrisiko um über 60 Prozent. Patienten mit Vorhofflimmern, die wegen eines akuten Koronarsyndroms behandelt werden, benötigen formal neben der Therapie mit Phenprocoumon eine duale Thrombozytenaggrega-

tionshemmung. Diese sogenannte Tripletherapie führt zu einem gesteigerten Blutungsrisiko von über 10 Prozent innerhalb von 12 Monaten. Die aktuellen Leitlinien empfehlen ein präzise abgestimmtes Therapie-konzept in Abhängigkeit des Schlaganfalls- und Blutungsrisikos. Unklar ist, wie diese Leitlinien gegenwärtig in Deutschland umgesetzt werden. Darüber hinaus ist unklar, wie sich die Einführung der neuen Thrombinantagonisten und Faktor-Xa-Inhibitoren auf die Behandlungsentscheidung auswirken wird.

Das AFibACS-Register ermittelt, welche antikoagulatorische und antithrombozytäre Therapie Patienten mit Vorhofflimmern und akutem Koronarsyndrom zur Vermeidung von Schlaganfällen und Reinfarkten in Berlin erhalten, welche Determinanten hierfür entscheidend sind und welche intrahospitalen Komplikationen dabei auftreten.

**Material und Methoden:** Im Berliner Herzinfarktregister (BHIR) werden seit 1999 kontinuierlich Daten zur stationären Therapie von Herzinfarktpatienten gesammelt. Es ist geplant, in das AFibACS-Register 1000 im BHIR erfasste Herzinfarktpatienten, die zusätzlich an Vorhofflimmern leiden, einzuschließen. Neben der standardisierten Erfassung im Rahmen des BHIR werden im AFibACS-Register zusätzlich die für die Therapieentscheidung wichtigen Determinanten, wie der CHA2DS2-VASc Score zur Schlaganfall-Risikokalkulation, der HAS-BLED Score zum Risikoassessment für Blutungskomplikationen sowie der Stent-Typ (beschichtet versus unbeschichtet) erfasst. Weiterhin wird eine Differenzierung zwischen paroxysmale, persistierendem und permanentem Vorhofflimmern vorgenommen. Der Einschluss erfolgt retrospektiv für den Zeitraum vom 1.4.2008 bis zum 31.3.2011 sowie prospektiv für den Zeitraum vom 1.4.2011 bis zum 31.3.2012. Alle Daten für diese Erfassung werden beim BHIR gesammelt und analysiert.

**Ergebnisse:** Die vorliegende Arbeit wird die retrospektiv erfassten Daten für den Zeitraum vom 1.4.2008 bis zum 31.12.2010 präsentieren.

**Schlussfolgerung:** Die älteren Leitlinien aus dem Jahr 2006 enthalten keine genauen Therapieempfehlungen für Patienten mit Vorhofflimmern und akutem Koronarsyndrom. Die vorliegende Datenerhebung wird zeigen, welche Behandlung diese Patientengruppe in Berlin innerhalb der letzten 2 Jahre erhielt und wie sich diese von den aktuellen Leitlinien unterscheidet.

#### Literatur

1. Camm AJ, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *EHJ*. 2010;31:2369-2429.
2. Fuster V, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation—Executive Summary. *Circulation*. 2006;114:700-752.
3. Paikin JS, et al. Triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation and coronary artery stents. *Circulation*. 2010;121:2067-2070.

Bitte zitieren als: Hegenbarth C, Maier B, Schulz H, Braun E, Schoeller R, Schühlen H, Theres H, Behrens S. Antithrombotische Therapie bei Patienten mit Vorhofflimmern und akutem Koronarsyndrom (AFibACS-Register) – Behandlungsrealität und Entscheidungsdeterminanten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf012. DOI: 10.3205/11dkvf012, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0122 Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf012.shtml>

## O13

### Arzneimittelanalyse bei älteren Patienten in Westfalen-Lippe – Polypragmasie und potenziell ungeeignete Arzneimittel

Cornelia Beimfohr, Gholamreza Pirasteh, Andreas Heeke  
AOK NORDWEST, Dortmund, Deutschland

**Hintergrund:** Die Arzneimitteltherapie von älteren Patienten stellt eine besondere und ständige Herausforderung für den behandelnden Arzt dar. Bei der Arzneimitteltherapie von Patienten im höheren Lebensalter sind eine Reihe von Besonderheiten zu berücksichtigen: z.B. eine Abnahme kognitiver Fähigkeiten, Abnahme der Leber- und Nierenfunktion sowie sonstige Stoffwechseleränderungen, Non-Adhärenz, Polypharmazie (≥ 5 Wirkstoffe in Dauermedikation), niedriges Körpergewicht. Chronisch Kranke, meist ältere Patienten, erhalten eine Vielzahl von Medikamenten, mit deren zunehmender Anzahl das Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) steigt. Ziel der Analyse für die Region Westfalen-Lippe war es, die Anzahl der Arzneimittel speziell bei den ≥ 70 Jahre alten Patienten und den Anteil potenziell ungeeigneter Arzneimittel zu bestimmen.

**Material und Methoden:** Routinedaten, d.h. Rezeptdaten des 3. Quartals 2010 der Region Westfalen-Lippe aller gesetzlichen Krankenkassen. Arzneimittelanalyse der ≥ 70 Jahre alten Patienten mit der PRISCUS-WiDo-Liste (ATC-Liste des WiDo, erstellt in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Frau Prof. Thürmann, [1]).

**Ergebnisse:** Die Anzahl der Patienten, die ≥ 70 Jahre alt war und im 3. Quartal 2010 mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen hatte, betrug 925.545. Im Durchschnitt bekam jeder Patient 394,9 DDD verordnet. Die durchschnittliche Anzahl der ATC je Patient lag bei 4,7. Ein Drittel der Patienten bekamen mehr als 5 unterschiedliche ATC-Codes verordnet. Ca. 22% der über 70-jährigen Patienten erhielten mehr als 450 DDD im 3. Quartal 2010.

Von diesen ≥ 70 Jahre alten Patienten bekamen 15,8% der Patienten (n = 146.380) mindestens ein potenziell inadäquates Arzneimittel der PRISCUS-Liste verordnet. Die potenziell ungeeigneten Arzneimittel stammten insbesondere aus der Gruppe der Schlaf- und Beruhigungsmittel wie Zopiclon (Rang 1, d.h. das am meisten verordnete PRISCUS-Arzneimittel), der Digitalis-Glykoside wie Acetyldigoxin (Rang 2), der Antidepressiva wie Amitriptylin (Rang 3) und Benzodiazepine (Bromazepam = Rang 5, Lorazepam = Rang 6).

**Schlussfolgerung:** Ca. 5% der Krankenhauseinweisungen gehen in Deutschland auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAE) zurück [2]. Um die Zahl der Kran-

kenhauseinweisungen zu vermindern, die Versorgungsqualität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern, ist die Anzahl der potenziell ungeeigneten Arzneimittel gerade bei älteren Patienten über 70 Jahre zu reduzieren.

Auch wenn ältere Menschen sicherlich von Arzneimitteltherapien profitieren können, ist es nicht immer notwendig und nützlich, alle Krankheiten umfassend und jedes Symptom einzeln zu behandeln; ohne das Gesamtbehandlungskonzept aus den Augen zu verlieren. Neu auftretende Symptome können auch unerwünschte Wirkungen der bisherigen Arzneimitteltherapie sein. Absetzen von Arzneimitteln und Beschränkung auf den zeitlich notwendigen Rahmen kann bereits zu Besserungen des Befindens führen und von Vorteil für Patienten sein.

#### Literatur

1. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. Deutsches Ärzteblatt. 2010;107:31-32, 543-551.
2. Leitliniengruppe KV Hessen, Hrsg. Hausärztliche Leitlinie Geriatrie Teil 1 und Teil 2, Version 1.00. 2008.

Bitte zitieren als: Beimfohr C, Pirasteh G, Heeke A. Arzneimittelanalyse bei älteren Patienten in Westfalen-Lippe – Polypragmasie und potenziell ungeeignete Arzneimittel. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf013. DOI: 10.3205/11dkvf013, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0131  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf013.shtml>

014

### Arzneimittelsicherheit für die Bürgerinnen und Bürger: Die amtliche Arzneimitteluntersuchungsstelle NRW im Public Health-Netzwerk

Matthias Heuermann

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, Deutschland

**Hintergrund:** Die Gesundheit des Einzelnen wie der Bevölkerung als Ganzes steht im Fokus des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Gerade bei Arzneimitteln für die Versorgung von Kranken wie für die Prävention ist dabei die Sicherheit der Produkte eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Arzneimittelanwendung. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund einer globalisierten Arzneimittelproduktion sowie einer zunehmenden Bereitschaft der Bevölkerung, Arzneimittel international per Versand zu beziehen.

Auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes und als Folge des föderalen Systems der Bundesrepublik überwachen die Länder den Arzneimittelverkehr nach dem Arzneimittelgesetz.

**Material und Methoden:** In der amtlichen Arzneimitteluntersuchungsstelle NRW werden die Proben, die die Überwachungsbehörden bei pharmazeutischen Herstellern, Großhändlern oder Apotheken ziehen, nach chemischen, physikalischen und mikrobiologischen Verfahren analysiert und begutachtet. Außerdem sind Zoll-dienststellen, Polizei, Staatsanwaltschaften oder Kri-

minalämter Auftraggeber für die Arzneimitteluntersuchungsstelle.

Durch Bündelung der Arbeit in Projekten werden Ergebnisse generiert, die über den Einzelfall hinaus Schlussfolgerungen zulassen, die anschließend von anderen Partnern im Public Health-Netzwerk genutzt werden können.

**Ergebnisse:** Jährlich werden ca. 450 bis 500 Proben abgeschlossen. Die Zahl der Proben aus dem Internet- bzw. Versandhandel ist in den vergangenen Jahren ständig gestiegen.

In den letzten Jahren sind bereits Projekte mit Public Health-Partnern durchgeführt worden. Durch die Zusammenarbeit mit Stiftung Warentest konnten bspw. kritische Arzneimittel von Internetangeboten identifiziert werden. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Arzneimitteluntersuchungsstelle konnte die Bevölkerung durch die weite Verbreitung und die hohe Glaubwürdigkeit der Publikationen der Stiftung Warentest über Gefahren aufgeklärt werden.

In Zusammenarbeit mit der WHO und Kriminalbehörden, wie dem Bundeskriminalamt (BKA), nahm die Arzneimitteluntersuchungsstelle an weltweiten Aktionen teil, mit dem Ziel, das Bewusstsein der Bevölkerung für die Gefahren eines illegalen Bezugs von Arzneimitteln zu schärfen.

**Schlussfolgerung:** Ein wesentlicher Baustein für die Arzneimittelsicherheit sind qualitativ einwandfreie Arzneimittel. Mit der amtlichen Arzneimitteluntersuchungsstelle und den anderen Arzneimittelüberwachungsbehörden hat das Bundesland NRW die ihm nach dem Arzneimittelgesetz übertragene Verantwortung für die Arzneimittelsicherheit seit inzwischen 65 Jahren übernommen.

Ergebnisse der amtlichen Arzneimitteluntersuchung sollen in Zukunft verstärkt auch für die anderen Partner im Public Health-Netzwerk zur Verfügung stehen.

Durch Teilnahme an Aktionen und Maßnahmen von Akteuren des Public Health-Netzwerkes können die Planungen innerhalb der Arzneimitteluntersuchungsstelle neu ausgerichtet werden, wobei die gesetzlichen Vorgaben des staatlichen Gesundheitsschutzes beachtet werden müssen.

Bitte zitieren als: Heuermann M. Arzneimittelsicherheit für die Bürgerinnen und Bürger: Die amtliche Arzneimitteluntersuchungsstelle NRW im Public Health-Netzwerk. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf014. DOI: 10.3205/11dkvf014, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0145  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf014.shtml>

015

## Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen

Petra Thürmann<sup>1</sup>, Friederike Schröder<sup>2</sup>, Frank Hanke<sup>3</sup>, Stefan Wilm<sup>4</sup>, Marcus Redaelli<sup>4</sup>, Rolf Fimmers<sup>5</sup>, David Schwappach<sup>6</sup>, Ulrich Jaehde<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Universität Witten/Herdecke, Helios Klinikum Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

<sup>2</sup>Pharmazeutisches Institut, Klinische Pharmazie, Universität Bonn, Bonn, Deutschland

<sup>3</sup>GerPharmCare, Köln, Deutschland

<sup>4</sup>Lehrstuhl und Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

<sup>5</sup>Medizinische Fakultät, Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie, Universität Bonn, Bonn, Deutschland

<sup>6</sup>Stiftung für Patientensicherheit, Schweiz, Zürich, Schweiz

**Hintergrund:** HeimbewohnerInnen (HBW) sind in der Regel hochbetagt, multimorbide und erhalten eine Polypharmazie. Neben einer hohen pflegerischen Kompetenz ist ein adäquates Medikationsmanagement erforderlich: die Beachtung von altersbedingten Besonderheiten der Pharmakokinetik und -dynamik, Interaktionen, potenziell inadäquater Medikation und sorgfältige Beobachtung hinsichtlich des Auftretens von unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE).

Ziel der Studie war zunächst a) die Ermittlung der Prävalenz und Inzidenz von UAE in deutschen Alten- und Pflegeheimen und anschließend b) die Erprobung einer Intervention zur Reduktion von UAE.

**Material und Methoden:** Im ersten Teil des Projektes wurden nach Einholung des Votums der Ethikkommission Heime zur Mitarbeit motiviert. Das Heimpersonal wurde in der Anwendung von Therapiebeobachtungsbögen geschult, die zur Detektion von UAE im Rahmen eines intensivierten Monitorings durch speziell geschulte Apotheker dienten. Neben den Therapiebeobachtungsbögen wurden die Heimbewohnerakten auf UAE-Hinweise überprüft. Alle im Beobachtungszeitraum von jeweils 30 Tagen erfassten potenziellen UAE-Fälle wurden anonymisiert in eine ACCESS-Datenbank eingegeben (demografische Daten, Diagnosen, verdächtige Arzneimittel, Verlauf, Schweregrad), in einem interdisziplinären Team bestehend aus einem Geriater, klinischen Pharmakologen und klinischen Pharmazeuten diskutiert und die Kausalität mit der Medikation nach Naranjo beurteilt. Basierend auf den Ergebnissen des ersten Teils wurde eine multiprofessionelle Intervention entwickelt, die im Wesentlichen aus der Bildung von AMTS-Teams (heimversorgender Apotheker + Pflegepersonal), der Fortbildung der heimversorgenden Hausärzte sowie einer strukturierten Dokumentation und Kommunikation bestand.

**Ergebnisse:** Es nahmen von Juli 2009 bis Dezember 2009 11 Altenheime aus NRW teil, eine Einverständniserklärung lag von 778 HBW (74.6% aller HBW der teilnehmenden Wohnbereiche) vor. Es wurden 102 UAE bei 80 Senioren (10,3%) detektiert, die 30-Tagesprävalenz der UAE lag bei 12,94 UAE/100 HBW-Monate und die Inzidenz betrug 7,87 UAE/100 HBW-Monate. Knapp die Hälfte (49%) der UAE waren leicht bis mäßig, d.h. Schweregrad 2 nach CTCAE-Kriterien, 27% wiesen Schweregrad 3 auf. Etwa ein Drittel der UAE betraf den Gastrointestinaltrakt, 25% waren neurologischer Natur.

Die anschließende 3-monatige Intervention wurde in 4 Heimen mit 339 teilnehmenden HBW durchgeführt. Die 30-Tages-Prävalenz nach Intervention wurde mit 15,93 und die Inzidenz mit 7,62 UAE/100 HBW-Monate berechnet. Im Vergleich zur 1. Erhebungsphase ergaben sich auffällige Änderungen der detektierten UAE hinsichtlich der betroffenen Organsysteme, es wurden deutlich mehr neurologische UAE beobachtet.

**Schlussfolgerung:** Die Häufigkeit von UAE in deutschen Alten- und Pflegeheimen entspricht internationalen Daten. Die Intervention wurde von den hauptbeteiligten Pflegekräften und Apothekern sehr gut angenommen. Der 2. Teil (Machbarkeitsstudie) war nicht angelegt, einen Unterschied hinsichtlich UAE-Prävalenz/Inzidenz vor und nach der Intervention zu belegen. Die Zeit der Anwendung war zu kurz und die beteiligten Personen befanden sich noch am Anfang ihrer Lernkurve. Im Bereich der Dokumentation und beim Ausfüllen der Therapiebeobachtungsbögen zeigte sich eine deutlich erhöhte Problemwahrnehmung bei den Pflegekräften und somit häufigere Dokumentation bestimmter UAE.

BMG Förderkennzeichen Kapitel 15 01 Titel 544 01

Bitte zitieren als: Thürmann P, Schröder F, Hanke F, Wilm S, Redaelli M, Fimmers R, Schwappach D, Jaehde U. Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf015.

DOI: 10.3205/11dkvf015, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0151

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf015.shtml>

016

## Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern: Verbesserungspotenzial bei der Pflege und bei den versorgenden Apotheken

Tanja Pixberg<sup>1</sup>, Julia Schumacher<sup>2</sup>, Udo Puteanus<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gesundheitsamt Stadt Bochum, Bochum, Deutschland

<sup>2</sup>Gesundheitsamt Stadt Hagen, Hagen, Deutschland

<sup>3</sup>Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, Deutschland

**Hintergrund:** Eine sichere Versorgung von Bewohnern der Alten- und Pflegeheime mit Arzneimitteln ist für alle beteiligten Heilberufe eine große Herausforderung. Aufgrund der vielen unterschiedlichen Arzneimittel, die älteren Menschen verordnet werden, muss mit Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten gerechnet werden. Außerdem sind bei vielen Arzneimitteln die richtigen Einnahmezeitpunkte zu beachten, Dauer- und Bedarfsmedikation müssen unterschieden werden. Auch gilt es, die spezifischen körperlichen Voraussetzungen der einzelnen Patienten zu berücksichtigen. Management einer zeitnahen Versorgung, Qualitätssicherung beim Stellen und Verabreichen der Medikamente, sowie die Kommunikation unter den Heilberufen müssen funktionieren. Seit 2003 sind Apotheken verpflichtet, Standards der Versorgung einzuhalten. Der Öffentliche Gesundheitsdienst NRW, hier Sozialpharmazie, überprüfte erstmals den Betreuungsumfang durch die versorgenden Apotheken. Außerdem wurde zum zweiten Mal nach 2001 die Qualität beim Stellen der Arzneimittel in Heimen untersucht.

**Material und Methoden:** Dokumentation und Auswertung von Apothekenbegehungen und der Befragung von 82 Apothekenleitern zur Darstellung des Versorgungsumfangs durch Apotheken.

Überprüfung der für den einzelnen Bewohner in den Heimen gestellten Arzneimittel. Es konnte die Medikation von 330 Heimbewohnern ausgewertet werden. Dabei wurden nicht nur die Arzneimittel überprüft, sondern gleichzeitig die Strukturen in den Heimen dokumentiert und ausgewertet sowie bezogen auf die Qualität des Stellens der Arzneimittel untersucht.

**Ergebnisse:** Im Vergleich zur Untersuchung 2001 konnten weniger Stellfehler beobachtet werden. Heime, in denen die Arzneimittel konsequent täglich gestellt wurden und in denen alle arbeitsschutzrechtlichen und hygienischen Standards eingehalten wurden, zeigten die besten Ergebnisse.

Knapp 30% der versorgenden Apotheken kannten die Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Heimversorgung nicht. Ungefähr zwei Drittel der überprüften Apotheken gaben den Pflegekräften wichtige Hinweise über die richtige Anwendung von Arzneimitteln. Nur bei 35% der befragten Apotheker konnte festgestellt werden, dass sie mit dem/den verordnenden Arzt/Ärztin „auf Augenhöhe“ kommunizieren.

**Schlussfolgerung:** Die seit der ersten Überprüfung erkennbaren Verbesserungen beim Stellen der Arzneimittel zeigen, dass es sich lohnt, von Seiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sozialpharmazeutische Projekte dieser Art durchzuführen und konsequent für eine Verbesserung der Versorgung einzutreten. In Zukunft kommt es darauf an, die Apotheken noch besser als bisher in die Versorgung einzubinden und die Kommunikation zwischen den Heilberufen zu verbessern.

Bitte zitieren als: Pixberg T, Schumacher J, Puteanus U. Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern: Verbesserungspotenzial bei der Pflege und bei den versorgenden Apotheken. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf016. DOI: 10.3205/11dkvf016, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0161  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf016.shtml>

017

## Arzneimittelversorgungsmanagement der Techniker Krankenkasse

Tim Steimle, Edda Würdemann, Thomas Widmann, Simone Woldmann, Sabrina Segebrecht  
TK, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die Arzneimitteltherapie gehört zu den effektivsten therapeutischen Maßnahmen, die aber auch mit hohen Kosten verbunden ist. Im Jahr 2010 gab die Techniker Krankenkasse (TK) über 2,5 Mrd. Euro für Arzneimittel aus. Dabei fiel die Steigerungsrate mit 1,6% je Versicherten deutlich niedriger aus als im Vorjahr (7,6% vs. 1,6%). Diese Veränderung ist sowohl durch gesetzliche Vorgaben als auch durch konsequentes Kostenmanagement seitens der TK begründet. Allein durch die Umsetzung von Rabattverträgen wurden im Jahr 2010 mehr als 100 Millionen Euro gespart.

Die hohen Arzneimittelkosten können durch den Therapieerfolg gerechtfertigt werden. Voraussetzung für diesen Therapieerfolg ist vor allem die sichere und vorschriftsmäßige Arzneimittelanwendung durch den Patienten. Die Umsetzung eines Arzneimittelversorgungsmanagements ist dementsprechend für die Verbesserung der Arzneimitteltherapie unabdingbar.

**Material und Methoden:** Die TK verfügt über wertvolle Routedaten, die dazu genutzt werden können, sowohl medizinische Beratungsangebote anzubieten als auch eine kosteneffiziente und sichere Arzneimitteltherapie zu fördern. Hierbei verfolgt die TK unterschiedliche Ansatzpunkte und unterstützt Ärzte, Apotheker und Patienten hinsichtlich der Arzneimittelauswahl, -abgabe und -anwendung. Ärzte erhalten über den TK-Arzneimittelverordnungsreport (TK-AVR) Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise mit dem Ziel der Effizienzsteigerung. Apotheker können Informationsmaterial der TK für die Arzneimittelberatung nutzen. Für Versicherte bietet die TK seit 2003 eine patientenindividuelle Verordnungsübersicht an, die inzwischen von mehr als 250.000 Versicherten genutzt wird. Anhand der Auflistung der Arzneverordnungen der letzten Jahre können sich die Patienten in ausgewählten Apotheken beraten lassen - zur Steigerung der eigenen Kompetenz. Seit Anfang 2011 erhalten Versicherte zusätzlich Hinweise zu potenziell ungeeigneten Medikamenten für Ältere auf Basis der Priscus-Liste. Alle Maßnahmen sind geeignet, Lösungen für arzneimittelbedingte Probleme zu finden.

**Ergebnisse:** Über den TK-AVR, der dem einzelnen Arzt eine Übersicht über seine Verordnungspraxis gibt, werden Ärzte bei der effizienten Arzneimittelverordnung unterstützt. Ergänzend enthält der TK-AVR pharmakunabhängige Informationen. Anhand einer Routedatenanalyse konnte nachgewiesen werden, dass Ärzte, die den TK-AVR beziehen, weniger Me-too-Präparate verordnen und schneller auf generische Produkte umstellen. Eine Befragung von mehr als 300 Ärzten im Februar 2011 ergab, dass Ärzte den TK-AVR überwiegend positiv beurteilen und ihn als praxisrelevant und glaubwürdig einstufen. Die befragten Ärzte wünschen sich zudem eine Darstellung klinisch relevanter Interaktionen, eine Übersicht verordneter Priscus-Arzneimittel sowie ein Adherence-Reporting.

**Schlussfolgerung:** Routedatenanalysen ermöglichen die Identifikation relevanter Handlungsfelder, wodurch es Krankenkassen ermöglicht wird, einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie und Kostenreduktion zu leisten. Denn Krankenkassen haben die Aufgabe, die Patienten über die Arzneimitteltherapie zu informieren um die Patientenkompetenz zu steigern. Die patientenindividuelle Analyse im Hinblick auf eine mögliche Non-Adherence ist dabei ein erfolgversprechendes Handlungsfeld der Zukunft.

Bitte zitieren als: Steimle T, Würdemann E, Widmann T, Woldmann S, Segebrecht S. Arzneimittelversorgungsmanagement der Techniker Krankenkasse. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf017. DOI: 10.3205/11dkvf017, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0176  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf017.shtml>

018

### Arztbezogene Darstellung der Anwendung potenziell ungeeigneter Arzneimittel bei Älteren

Gisbert W. Selke, Irene Langner

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Die Verordnung von Arzneimitteln an ältere Menschen, die bei diesen u.a. aufgrund veränderten Stoffwechsels mit größerem Risiko behaftet sind, wird seit geraumer Zeit kritisch beobachtet. In Deutschland hat die Veröffentlichung der Priscus-Liste (2010) das Thema verstärkt in den Blick gerückt. Der verordnende Arzt ist gefordert, diese Erkenntnisse zu berücksichtigen. Gleichzeitig steht er wegen der in der betroffenen Patientengruppe oft vorliegenden Multimorbidität vor der zusätzlichen Herausforderung, polypharmazeutische Therapien einzuschränken. Auf diese Fragen fokussierte Pharmakotherapieberatung kann den Arzt bei der Umsetzung der Anforderungen unterstützen.

**Material und Methoden:** Routine-Verordnungsdaten nach § 300 SGB V der AOK bundesweit wurden in Verbindung mit der präparatebezogenen Konkretisierung der Priscus-Liste (Kooperation von Prof. Thürmann und WIdO) analysiert und arzt- sowie patientenbezogen (anonymisiert) ausgewertet. Für einzelne Darstellungen wird die DU90-Methode verwendet.

**Ergebnisse:** Priscus-Verordnungen finden sich in praktisch allen Fachgruppen. In den mengenmäßig bedeutendsten Gruppen, also der hausärztlichen Versorgung, unterscheiden sich die Ärzte auch unter Berücksichtigung der Patientenzahlen deutlich in der (relativen) Verordnungshäufigkeit dieser Arzneimittel, die Werte reichen von vereinzelt Verschreibungen bis zu rd. 500 DDD je Patient (absolut: bis zu rd. 37.000 DDD im Jahr). Ein Faktor ist hierbei die Region (Kassenärztliche Vereinigung). Auch wenn die große Mehrzahl der (Haus-)Ärzte nur wenige Priscus-Wirkstoffe verordnet, verordnet eine substanzielle Teilmenge der Ärzte 20 oder mehr Wirkstoffe von der Priscus-Liste. Die Analyse ist zurzeit noch Work in Progress, weitere Ergebnisse werden gegenwärtig aufbereitet.

**Schlussfolgerung:** Eine nach Ärzten differenzierende Darstellung der Verordnung von Priscus-Präparaten zeigt deutliche Unterschiede. Dies ermöglicht eine Fokussierung von Interventionen, z.B. durch Academic Detailing, zur Reduzierung der Nutzung dieser Präparate. Die Beratung kann sich auf besonders betroffene Ärzte und bei diesen wiederum auf die bei ihnen besonders häufig auftretenden Präparate konzentrieren. Angesichts von Erfahrungen aus der Vergangenheit, wie langsam sich wissenschaftliche Erkenntnisse mitunter in der ärztlichen Praxis niederschlagen (siehe etwa die langsame Umsetzung der Studien zu den Risiken der Hormontherapie), bietet dies einen Ansatz, die Qualität der Versorgung schneller zu verbessern.

Bitte zitieren als: Selke GW, Langner I. Arztbezogene Darstellung der Anwendung potenziell ungeeigneter Arzneimittel bei Älteren. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf018.

DOI: 10.3205/11dkvf018, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0181

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf018.shtml>

019

### Ärztliche Präsentationspräferenzen für vergleichende Qualitätsinformationen

Max Geraedts, Peter Hermeling, Werner de Cruppé

Institut für Gesundheitssystemforschung, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Deutschland

**Hintergrund/Ziel:** Neben Verwandten und Freunden befragen Patienten typischerweise ihre Ärzte, wenn sie ein Krankenhaus für einen elektiven Eingriff auswählen müssen. Um Ärzte bei der Beratung ihrer Patienten im Hinblick auf eine Krankenhauswahl zu unterstützen, sollten vergleichende Qualitätsinformationen so gestaltet werden, dass sie den Präsentationspräferenzen der Ärzte entsprechen. Ziel der Studie war es, ärztliche Präferenzen für Darstellungsformen von Qualitätsvergleichen zu untersuchen.

**Methode:** Eine geschichtete Zufallsstichprobe von 300 niedergelassenen Fachärzten (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, Orthopädie) aus drei Regionen (Nord, Süd, Ost) wurden im Rahmen eines computergestützten Telefoninterviews zu ihren Einschätzungen in Bezug auf acht Darstellungsformen von Qualitätsvergleichen befragt. Dargestellt waren jeweils die Ergebnisse zu 6 Qualitätsindikatoren zu Knieendoprothesen von sieben fiktiven Krankenhäusern. Die Ärzte beurteilten die Übersichtlichkeit, subjektive und objektive Verständlichkeit, den Informationsgehalt und die Akzeptanz der Darstellungsformen und gaben ein Gesamturteil ab.

**Ergebnisse:** Die Ärzte bewerteten das Format "numerische Tabelle mit Rangordnung" am besten in Bezug auf den Informationsgehalt, die subjektive Verständlichkeit und beim Gesamturteil. Auch die objektive Verständlichkeit war bei dieser Darstellungsform am besten. Nur in Bezug auf die Übersichtlichkeit wurde das "einfache Sterndiagramm" besser beurteilt. Die Mehrzahl der Ärzte akzeptierten nur die beiden Darstellungsformen mit detaillierten numerischen Informationen. Eine stratifizierte Analyse der möglichen Einflussvariablen Alter, Geschlecht, Fachrichtung und Region ergab keine signifikanten Assoziationen.

**Fazit:** Tabellen mit detaillierten numerischen Informationen und einer Rangordnung werden von Ärzten als Darstellungsformen von Qualitätsvergleichen präferiert. Einfache Sterndiagramme werden nicht als Mittel der Patientenberatung zur Krankenhauswahl akzeptiert.

Bitte zitieren als: Geraedts M, Hermeling P, de Cruppé W. Ärztliche Präsentationspräferenzen für vergleichende Qualitätsinformationen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf019.

DOI: 10.3205/11dkvf019, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0199

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf019.shtml>

020

## Ärztlicher Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen: Defizite und Vorschläge aus Patientensicht

Susanne Richter<sup>1</sup>, Heiner Raspe<sup>2</sup><sup>1</sup>Institut für Sozialmedizin, Lübeck, Deutschland<sup>2</sup>Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Lübeck, Deutschland

**Hintergrund:** In Kassenarztpraxen werden immer häufiger individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten. Wurden 2001 noch 8.9% der GKV-Versicherten in den vergangenen zwölf Monaten individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten, so waren es 2010 bereits 28.3%. Der Markt hat sich seit 2005 nahezu verdoppelt. Verbindliche Definitionen, Abgrenzungen und Kataloge existieren nicht. In den vergangenen Jahren haben verschiedene Institutionen Informationen zusammengestellt, die Patienten in der konkreten IGeL-Situation zum kritischen Nachfragen befähigen sollen. Für die Ärzteschaft erstellte die Bundesärztekammer 2006 einen Codex zum Umgang mit IGeL, der auf dem diesjährigen Ärztetag erneut thematisiert werden soll. Zur Abschätzung der Prävalenzen, Leistungsarten, patientenseitigen Begründungen/Bewertungen sowie regionaler und soziodemographischer Determinanten von IGeL und Leistungsbegrenzungen führten wir 2007 eine repräsentative Bevölkerungsumfrage in Lübeck und Freiburg i.Br. durch. Individuelle Gesundheitsleistungen sind vielfältig, daher lassen sich einige Aspekte schwerlich leistungsübergreifend in Fragebögen erfassen. Um die Surveyergebnisse zu vertiefen und zu ergänzen, folgte der Umfrage eine qualitative Studienphase mit Fokusgruppen in beiden Städten. Die vorliegende Arbeit stellt die folgenden Kernfragen der Gruppendiskussionen vor:

- Welche Defizite sehen Patienten im (ärztlichen) Umgang mit IGeL?
- Welche konkreten Hinweise und Vorstellungen haben Patienten, wie Ärzte mit IGeL umgehen sollen?

**Material und Methoden:** Es wurden sieben leitfadengestützte Fokusgruppen durchgeführt. Sie waren nach Wohnregion, Geschlecht und Schulbildung stratifiziert, nach Alter und Gesundheitszustand homogenisiert. Die Fokusgruppen fanden im April und Mai 2008 werktags in Räumlichkeiten der Universitäten Lübeck bzw. Freiburg statt, dauerten etwa zwei Stunden (17.00-19.00 Uhr) und wurden jeweils von zwei Moderator/innen geleitet. Die Gruppendiskussionen wurden mittels digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet, vollständig transkribiert und inhaltsanalytisch nach dem Ansatz des thematischen Codierens ausgewertet.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 778 Surveyteilnehmer (N=331 Freiburger, N=447 Lübecker) eingeladen, 132 waren zur Teilnahme bereit (17%). Aus ihnen wurden anhand der Stratifizierungs- und Homogenisierungskriterien sowie der feststehenden Termine die Gruppenteilnehmer selektiert. Fokusgruppenübergreifend thematisiert wurden patientenseitige Wünsche nach umfassender Aufklärung, nach neutralen IGeL-Informationen, nach transparenter Abgrenzung von IGeL und GKV-Leistungen, nach angemessener Informations- und Bedenkzeit, nach Einholung einer Zweitmeinung und nach transparenter Abrechnung für alle medizinischen Leistungen. Kein Gruppenkonsens bestand, wer IGeL initiieren und wer IGeL-Informationen

erstellen solle. GKV-Versicherte wünschen sich transparente Informationen zum GKV-Leistungskatalog und IGeL-Informationen, die von neutraler Instanz erarbeitet werden sollten.

**Schlussfolgerung:** Die vorliegende Untersuchung exploriert unseres Wissens erstmalig die patientenseitigen Vorstellungen zum ärztlichen Umgang mit IGeL. Eine verbindliche Regulierung des Umgangs mit individuellen Gesundheitsleistungen erscheint dringend notwendig. Auf Basis der quantitativen und qualitativen Ergebnisse schlussfolgern wir patientenzentrierte Empfehlungen an verschiedene Adressaten.

### Literatur

1. Richter S, Raspe H. Wie sollen Kassenärzte mit individuellen Gesundheitsleistungen umgehen? Defizite und Vorschläge aus Patientensicht. Dtsch Arztebl. (in Vorbereitung).
2. Richter S. Schlusswort zum Beitrag Richter S, Rehder H, Raspe H. Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen: Erfahrungen GKV-Versicherter in Arztpraxen. Dtsch Arztebl. 2010; 107: 8-9.
3. Richter S, Rehder H, Raspe H. Individual health services and the denial of health services in German medical practices: prevalence, regional differences and socio-demographic influences. Eur J Public Health. 2009. DOI: 10.1093/eurpub/ckp145
4. Richter S, Rehder H, Raspe H. Individual health services and the limits to service provision in insurance registered German medical practices. Dtsch Arztebl Int. 2009; 106(26): 433-439. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0433

Bitte zitieren als: Richter S, Raspe H. Ärztlicher Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen: Defizite und Vorschläge aus Patientensicht. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf020. DOI: 10.3205/11dkvf020, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0204

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf020.shtml>

021

## Ärztliches Leitlinienwissen und die Leitliniennähe hausärztlicher Therapien – Eine explorative Studie am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen

Ute Karbach<sup>1</sup>, Ingrid Schubert<sup>2</sup>, Jens Hagemeyer<sup>3</sup>, Nicole Ernstmann<sup>1</sup>, Holger Pfaff<sup>1</sup>, Hans-Wilhelm Hopp<sup>3</sup><sup>1</sup>IMVR, Köln, Deutschland<sup>2</sup>PMV-forschungsgruppe, Köln, Deutschland<sup>3</sup>Herzzentrum Köln, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Die Einführung von Leitlinien ist eine der Strategien, mit welchen Gesundheitsorganisationen qualitätsbezogenen und ökonomischen Defiziten in der Gesundheitsversorgung begegnen wollen. Bisher beschleunigen Untersuchungen eine noch unzureichende Leitlinienumsetzung. Ziel der explorativen Studie [1] ist es, der Frage nach dem Zusammenhang von ärztlichem Leitlinienwissen und leitliniennahem Handeln am Beispiel der hausärztlichen Versorgung dreier Zielerkrankungen – arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, chronische KHK – nachzugehen.

**Material und Methoden:** Die Erfassung des ärztlichen Leitlinienwissens erfolgte über eine repräsentative postalische Arztbefragung anhand eines entwickelten Fragebogens zur Behandlung kardiovaskulärer Erkran-

kungen (n = 2500). Die Leitliniennähe des ärztlichen Handelns wurde explorativ erhoben. Hierzu wurden die Patientendaten von 15 Respondern mit im Sinne der Operationalisierung adäquatem Leitlinienwissen und 15 Respondern mit inadäquatem Leitlinienwissen anhand von Indikatoren ausgewertet.

**Ergebnisse:** 40% (n = 437) der befragten Ärzte verfügen definitionsgemäß über eine adäquate Leitlinienkenntnis. Fragen zur chronischen KHK werden im Vergleich zu Fragen zur Hypertonie von einem höheren Anteil der Ärzte im Sinne der Leitlinien beantwortet (74% versus 11%). Soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Tätigkeitsdauer, Fachrichtung, Region) haben nur geringen Einfluss auf das ärztliche Leitlinienwissen. Die explorative Indikatorenauswertung zeigt bei 12 von 16 Indikatoren keine wesentlichen Unterschiede in der therapeutischen Behandlung zwischen den beiden Arztgruppen. Vier Indikatoren werden von Ärzten mit inadäquater Leitlinienkenntnis zu einem höheren Anteil erfüllt.

**Schlussfolgerung:** Die als richtungweisend zu betrachtenden Ergebnisse stellen das ärztliche Leitlinienwissen als relevante Bezugsgröße einer höheren Leitlinienumsetzung im Praxisalltag in Frage. Dies gilt es in weiteren Studien zu überprüfen.

#### Literatur

1. Karbach U, Schubert I, Hagemeyer J, Ernstmann N, Pfaff H, Höpp HW. Ärztliches Leitlinienwissen und die Leitliniennähe hausärztlicher Therapien. Eine explorative Studie am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen. Dtsch Arztebl Int. 2011; 108(5): 61-9.

Bitte zitieren als: Karbach U, Schubert I, Hagemeyer J, Ernstmann N, Pfaff H, Höpp HW. Ärztliches Leitlinienwissen und die Leitliniennähe hausärztlicher Therapien – Eine explorative Studie am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf021. DOI: 10.3205/11dkvf021, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0212  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf021.shtml>

## 022

### Aufbau einer nachhaltigen Infrastruktur für Versorgungsforschung in Baden-Württemberg

Joachim Szecsenyi<sup>1</sup>, Joachim Fischer<sup>2</sup>, Stefanie Joos<sup>1</sup>, Gunter Laux<sup>1</sup>, Monika Rieger<sup>3</sup>, Hans-Joachim Salize<sup>4</sup>, Werner Vach<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum, Heidelberg, Deutschland

<sup>2</sup>Universitätsklinikum, Mannheim, Deutschland

<sup>3</sup>Universitätsklinik, Tübingen, Deutschland

<sup>4</sup>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland

<sup>5</sup>Universitätsklinikum, Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** Eine belastbare Infrastruktur, wie etwa für klinische Forschung oder Grundlagenforschung steht in Deutschland für die Versorgungsforschung bisher nur in Ansätzen zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund hat sich die Landesregierung Baden-Württemberg, vertreten durch die Ministerien für Gesundheit- und Soziales sowie Forschung, Wissenschaft und Kunst, entschlossen die Versorgungsforschung nachhaltig zu fördern.

**Material und Methoden:** Das Fördervolumen beträgt insgesamt € 3,4 Millionen über vier Jahre. Wichtige Strukturelemente sind sechs regionale und eine zentrale Koordinierungsstelle, eine Nachwuchsakademie (2x20 Teilnehmer) sowie der Aufbau einer gemeinsamen Infrastruktur für Daten der Versorgungsforschung. Ein breit aufgestellter Beirat soll die Vernetzung in Gesundheitswesen und Gesellschaft sicherstellen.

**Ergebnisse:** Seit Förderbeginn am 1.1.2011 erfolgte der Aufbau der Koordinierungsstellen und der Start der Nachwuchsakademie. Auf die Ausschreibung im Februar 2011 gingen 79 Antragskizzen ein, von denen 20 für die erste Runde ausgewählt wurden. Das Spektrum der Themen ist insgesamt sehr breit. Neben Versorgungsforschung im dem Bereich Psychiatrie/Psychosomatik (n=6) werden im Rahmen der Nachwuchsprojekte Fragestellungen aus dem Bereich Orthopädie/Sportmedizin (n=2) und Komplementärmedizin (n=2) bearbeitet. Weitere fachspezifische Versorgungsthemen kommen aus der Zahnmedizin und aus der Arbeitsmedizin. Darüber hinaus beschäftigen sich einige Projekte mit der ärztlichen Profession oder mit der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. In drei Projekten geht es um spezifische Fragestellungen zur Methodenentwicklung in der Versorgungsforschung. Im Mai 2011 erfolgte eine dreitägige Auftaktveranstaltung in der alle Projektskizzen gemeinsam diskutiert wurden. Als nächster Schritt ist die Vorlage von Studienprotokollen durch die Teilnehmer vorgesehen. Nach deren Abnahme soll der Start der Nachwuchsprojekte, die eine Laufzeit von 18 Monaten haben sollen, im September 2011 erfolgen. Inzwischen wurde auch der Beirat mit derzeit 28 Organisationen aus Gesundheitswesen und Gesellschaft etabliert.

**Schlussfolgerung:** Innerhalb kurzer Zeit konnten erste Schritte realisiert werden. Die Nachwuchsakademie stieß auf sehr großes Interesse. Eine regionale Vernetzung über Universitätstandorte, ZI und die im Beirat vertretenen Organisationen, sowie die auch ausseruniversitären Einrichtungen in denen die Teilnehmer der Nachwuchsakademie arbeiten, erscheint als vielversprechender Ansatz zur Stärkung der Versorgungsforschung.

Bitte zitieren als: Szecsenyi J, Fischer J, Joos S, Laux G, Rieger M, Salize HJ, Vach W. Aufbau einer nachhaltigen Infrastruktur für Versorgungsforschung in Baden-Württemberg. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf022. DOI: 10.3205/11dkvf022, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0225  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf022.shtml>

## 023

### Ausstattungsmerkmale von Kliniken und ihr Einfluss auf die akutstationäre Liegezeit von Patienten mit Hirninfarkt

Michael Unrath, Marianne Kalic, Klaus Berger

Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Münster, Münster, Deutschland

**Hintergrund:** Die akutstationäre Liegezeit ist eine zentrale Größe in der Behandlung des ischämischen Hirninfarkts (ICD I63). Sie bestimmt zu einem wesentlichen Anteil die Behandlungskosten [1], [2], [3] und ist eine

der möglichen Stellschrauben, um die Schlaganfallbehandlung kosteneffizient zu gestalten. Bereits in früheren Arbeiten aus Deutschland konnte der Einfluss von Ausstattungsmerkmalen der Krankenhäuser auf die Liegezeit gezeigt werden [4], [5]. Darüber hinaus haben eine Reihe nationaler und internationaler Studien Einflüsse von Variablen auf Patientenebene demonstriert. In den letzten Jahren sind allerdings wesentliche Veränderungen sowohl im Gesundheitswesen als auch speziell in der Schlaganfallbehandlung eingeführt worden. Ziel der vorliegenden Analyse war es daher, den Einfluss von Ausstattungsmerkmalen für verschiedene Kliniktypen an Hand eines großen und aktuellen Datensatzes erneut zu untersuchen.

**Material und Methoden:** Es wurden 175049 in den Jahren 2000 bis 2009 behandelte ischämische Hirninfarkte aus zehn deutschen Bundesländern einbezogen, die im Schlaganfallregister „Qualitätssicherung Schlaganfall Nordwestdeutschland“ erfasst worden waren. Die Datenerhebung erfolgte anhand anonymisierter Papierbögen oder in elektronischer Form über ein spezielles Modul, das von allen gängigen Krankenhausinformationssystemen (KIS) angeboten wird. Zusätzlich zur Dokumentation der Schlaganfallbehandlung wurden Ausstattungsmerkmale der Kliniken anhand von Fragebögen erfasst. Die logarithmierte Liegezeit wurde in multiplen linearen Regressionsanalysen stratifiziert nach Fachrichtung (Neurologie vs. Innere Medizin) analysiert.

**Ergebnisse:** Es zeigte sich eine Abnahme der medianen Liegezeit über die Jahre 2000 bis 2009. Diese war für internistische Abteilungen deutlicher ausgeprägt (von 16 auf 10 Tage) als für neurologische Abteilungen (von 12 auf 9 Tage).

In den Regressionsanalysen bestanden zwischen neurologischen und internistischen Abteilungen deutliche Unterschiede beim Einfluss einzelner Ausstattungsmerkmale. Wurden nur Variablen auf Klinikenebene berücksichtigt, war der Anteil erklärter Varianz für internistische Abteilungen deutlich höher als für neurologische.

Zusätzliche Adjustierung auf Fallebene ergab in beiden Modellen negative Assoziationen mit der Liegezeit für die durchschnittliche jährliche Fallzahl und die Arztdichte, während das Vorhandensein einer eigenen Intensivstation mit einer Verlängerung der Liegezeit verbunden war. Das Vorhandensein einer Stroke Unit war in neurologischen Abteilungen negativ mit der Liegezeit assoziiert, in internistischen Abteilungen das Vorhandensein einer Frührehabilitationseinrichtung.

**Schlussfolgerung:** Die analysierten Ausstattungsmerkmale hatten stärkere Assoziationen mit der Liegezeit in internistischen Abteilungen als in neurologischen Fachabteilungen. Die Ergebnisse legen nahe, dass über eine Optimierung von Ausstattungsmerkmalen die Liegezeit nach ischämischem Hirninfarkt günstig beeinflusst werden kann.

#### Literatur

1. Wei JW, Heeley EL, Jan S, Huang Y, Huang Q, Wang JG, Cheng Y, Xu E, Yang Q, Anderson CS. Variations and determinants of hospital costs for acute stroke in China. *PLoS One*. 2010;5(9).
2. Winter Y, Wolfram C, Schaeg M, Reese JP, Oertel WH, Dodel R, Back T. Evaluation of costs and outcome in cardioembolic stroke or TIA. *J Neurol*. 2009;256(6):954-63.

3. Yoneda Y, Okuda S, Hamada R, Toyota A, Gotoh J, Watanabe M, Okada Y, Ikeda K, Ibayashi S, Hasegawa Y. Hospital cost of ischemic stroke and intracerebral hemorrhage in Japanese stroke centers. *Health Policy*. 2005 Aug;73(2):202-11.
4. Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Misselwitz B, Hermanek P, Leffmann C, Von Reutern GM, Lachenmayer L, Bucker-Nott HJ, Berger K. [Factors influencing duration of hospitalization after stroke in Germany]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2004 Feb 13;129(7):299-304.
5. Schmidt WP, Berger K, Taeger D, Lay M, Bucker-Nott HJ, Kolominsky-Rabas P. [Influence of institutional factors in neurological, medical and geriatric departments on length of stay in patients with stroke]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2003 May 2;128(18):979-83.

Bitte zitieren als: Unrath M, Kalic M, Berger K. Ausstattungsmerkmale von Kliniken und ihr Einfluss auf die akutstationäre Liegezeit von Patienten mit Hirninfarkt. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf023. DOI: 10.3205/11dkvf023, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0231  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf023.shtml>

## O24

### Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf das Arbeiterleben und die Gesundheit niedergelassener Onkologen – Ergebnisse einer qualitativen Vorstudie

Julia Jung<sup>1</sup>, Melanie Neumann<sup>2</sup>, Holger Pfaff<sup>1</sup>, Lena Ansmann<sup>1</sup>, Tristan Gloede<sup>1</sup>, Sophie Diener<sup>1</sup>, Markus Wirtz<sup>3</sup>, Walter Baumann<sup>4</sup>, Stephan Schmitz<sup>5</sup>, Nicole Ernstmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MVR - Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, Köln, Deutschland

<sup>2</sup>Gemeinschaftskrankenhaus IBAM, Private Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

<sup>3</sup>Abteilung für Forschungsmethoden Institut für Psychologie Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

<sup>4</sup>Wissenschaftliches Institut der Hämatologen und Onkologen GmbH - WINHO -, Köln, Deutschland

<sup>5</sup>Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e.V., Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Die Untersuchung basiert auf einer qualitativen Studie im Rahmen des Forschungsvorhabens WIN ON (Working conditions in oncology) zu Arbeitsbedingungen bei niedergelassenen Onkologen und deren Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Kommunikation und das Outcome beim Patient. Die qualitative Studie untersucht, welche Arbeitsbedingungen von niedergelassenen Onkologen wahrgenommen werden und welchen Einfluss diese ihrer Meinung nach auf das individuelle Arbeiterleben und die eigene Gesundheit haben.

**Material und Methoden:** In dieser qualitativen Studie werden semi-strukturierte Interviews mit 8–12 niedergelassenen Onkologen durchgeführt. Die Auswertung erfolgt mittels qualitativer Inhaltsanalyse.

**Ergebnisse:** Ergebnisse liegen bis zum Zeitpunkt des Kongresses vor.

**Schlussfolgerung:** Auf Basis der Ergebnisse werden Forschungshypothesen für die folgende quantitative Hauptstudie abgeleitet sowie erste Implikationen für die Praxis diskutiert.

Bitte zitieren als: Jung J, Neumann M, Pfaff H, Ansmann L, Gloede T, Diener S, Wirtz M, Baumann W, Schmitz S, Ernstmann N. Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf das Arbeiterleben und die Gesundheit niedergelassener Onkologen – Ergebnisse einer qualitativen Vorstudie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf024.  
DOI: 10.3205/11dkvf024, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0243  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf024.shtml>

025

### Auswirkungen von Arbeitsbedingungen niedergelassener Hämatologen und Onkologen auf Patientengespräche – Ergebnisse einer qualitativen Vorstudie

Sophie E. Diener<sup>1</sup>, Nicole Ernstmann<sup>1</sup>, Julia Jung<sup>1</sup>, Tristan D. Gloede<sup>1</sup>, Lena Ansmann<sup>1</sup>, Holger Pfaff<sup>1</sup>, Markus Wirtz<sup>2</sup>, Walter Baumann<sup>3</sup>, Stephan Schmitz<sup>4</sup>, Melanie Neumann<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften, Köln, Deutschland

<sup>2</sup>Pädagogische Hochschule Freiburg, Abteilung für Forschungsmethoden, Köln, Deutschland

<sup>3</sup>Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH (WINHO), Köln, Deutschland

<sup>4</sup>Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e.V. (BNHO), Köln, Deutschland

<sup>5</sup>Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin, Witten-Herdecke, Deutschland

**Hintergrund:** Die Untersuchung basiert auf einer qualitativen Studie im Rahmen des Forschungsvorhabens WIN ON (Working conditions in oncology). Innerhalb dieses Forschungsprojektes werden Arbeitsbedingungen bei niedergelassenen Hämatologen und Onkologen und deren Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation und das Outcome beim Patienten eruiert. Bisher ist wenig über den Einfluss von Arbeitsbedingungen auf das Arzt-Patienten-Gespräch bekannt, weshalb dies in der vorliegenden Studie näher untersucht werden soll.

**Material und Methoden:** Anhand von qualitativen Interviews sollen mögliche Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation erfasst werden. Zu diesem Zweck werden mit 8–12 niedergelassenen Hämatologen und Onkologen teilstandardisierte Leitfadeninterviews durchgeführt, die inhaltsanalytisch ausgewertet werden.

**Ergebnisse:** Ergebnisse liegen bis zum Zeitpunkt des Kongresses vor.

**Schlussfolgerung:** Auf Basis der Ergebnisse werden Forschungshypothesen für die folgende quantitative Hauptstudie abgeleitet sowie erste Implikationen für die Praxis diskutiert.

Bitte zitieren als: Diener SE, Ernstmann N, Jung J, Gloede TD, Ansmann L, Pfaff H, Wirtz M, Baumann W, Schmitz S, Neumann M. Auswirkungen von Arbeitsbedingungen niedergelassener Hämatologen und Onkologen auf Patientengespräche – Ergebnisse einer qualitativen Vorstudie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf025.

DOI: 10.3205/11dkvf025, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0258  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf025.shtml>

026

### Avastin, Glivec & Co: Zytostatika in der ambulant-ärztlichen Versorgung

Falk Hoffmann, Gerd Glaeske  
Universität Bremen, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Zytostatika werden vor allem zur Behandlung von Krebs im Rahmen einer Chemotherapie eingesetzt und haben insbesondere aufgrund hoher Kosten in den letzten Jahren zunehmende Versorgungsrelevanz erlangt. Im Zuge der 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) sind seit Januar 2010 bei der Abrechnung parenteraler Zytostatika-Rezepturen im ambulanten Bereich auch die eingearbeiteten Fertigarzneimittel elektronisch zu übermitteln (vor 2010 lagen diese Informationen in der Regel nicht vor). Ziel dieses Beitrages ist es, die Versorgung mit Zytostatika auf Basis von Daten der größten deutschen Krankenkasse zu untersuchen [1].

**Material und Methoden:** Wir nutzten Daten der BARMER GEK von 9,1 Mio. Personen, die im Jahr 2010 mindestens einen Tag versichert waren. Wir selektierten alle Verordnungen mit dem ATC-Code L01 (Antineoplastische Mittel) und untersuchten sowohl orale (Dragees, Filmtabletten, Kapseln, Tabletten) wie auch parenterale Darreichungsformen (Ampullen, Fertigspritzen, Infusionsflaschen, Injektionsflaschen, Trokkanampullen).

**Ergebnisse:** Lediglich 0,1% aller insgesamt im Jahr 2010 verordneten Packungen waren orale Zytostatika. Allerdings entfallen auf diese Präparate bereits Kosten von fast 113 Mio. Euro, was 2,9% der Arzneimittelausgaben ausmachen. Eine Tagesdosis kostet durchschnittlich 63,33 Euro. Etwa die Hälfte der verordneten Packungen entfällt auf die drei Wirkstoffe Hydroxycarbamid (Litalir u.a.), Capecitabin (Xeloda) und Temozolomid (Temodal u.a.). Die Proteinkinase-Inhibitoren (Tyrosinkinaseinhibitoren, TKIs) machen etwa ein Viertel der Verordnungen aus, auf sie entfallen aber bereits etwa drei Viertel der Ausgaben (74,4%). Die 36,6 Mio. Euro Umsatz von Glivec (Wirkstoff: Imatinib; Tagestherapiekosten: 141,89 Euro) verteilen sich insgesamt nur auf 1.126 Patienten. Auch für parenterale Zytostatika zeigt sich eine erhebliche Konzentration: Allein 3 Wirkstoffe (Fluorouracil, Mistelkraut, Trastuzumab) machen über ein Drittel und 7 bereits über 50% der Verordnungen aus. Der anteilig höchste Umsatz entfällt auf die monoklonalen Antikörper Trastuzumab (Herceptin) und Bevacizumab (Avastin). Verordnungen mit Trastuzumab bzw. Bevacizumab kosten durchschnittlich 1.865 Euro bzw. 1.962 Euro. Insgesamt verursachen die monoklonalen Antikörper 48,1% des Umsatzes für parenterale Zytostatika, aber lediglich 18% der Verordnungen.

**Schlussfolgerung:** Zytostatika, und dabei vor allem die neueren Mittel, sind insgesamt mit sehr hohen Kosten verbunden und zeigen über die letzten Jahre steigende Verordnungszahlen. Besonders die Tyrosinkinase-Inhibitoren weisen bei vergleichsweise wenigen versorgten Patienten extrem hohe Jahrestherapiekosten auf. Bei den parenteralen Zubereitungen schaffen die

seit 2010 bestehenden neuen Abrechnungsmodalitäten weitere Möglichkeiten für die Versorgungsforschung mit Kassendaten.

#### Literatur

1. Hoffmann F. Versorgung mit Krebstherapeutika im Jahr 2010. In: Glaeske G, Schickanz C, Hrsg. BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. St. Augustin: Asgard; 2011. p. 128-142.

Bitte zitieren als: Hoffmann F, Glaeske G. Avastin, Glivec & Co: Zytostatika in der ambulant-ärztlichen Versorgung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf026.

DOI: 10.3205/11dkvf026, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0267

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf026.shtml>

027

### Bedingungen und Möglichkeiten qualitativ-orientierter Forschungen in der Versorgungsforschung – das Beispiel der informierten Einverständniserklärungen

Christine Holmberg

Berlin School of Public Health, Charite Universitätsmedizin Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Versorgungsforschung ist darauf angewiesen, realistische Daten zur tatsächlichen Versorgungssituation und –form zu erhalten, um optimale Versorgungsstrukturen zu sichern und zu gestalten. Um dies zu erreichen, muss die Versorgungsforschung mit einer Bandbreite an empirischen Methoden, unter anderen qualitativen Methoden, arbeiten. Die Arbeit mit qualitativen Methoden ist aus unterschiedlichen Perspektiven umstritten. Zum einen entspricht sie häufig nicht dem Objektivitätsanspruch einer positivistisch geprägten Wissenschaft, zum anderen ist es schwierig, Qualitätskriterien an qualitative Forschung anzulegen. Ziel des Beitrags ist es, anhand von Forschungen zu informierten Einverständniserklärungen aufzuzeigen, welchen Beitrag qualitative Studien zur Versorgungsforschung leisten, und welche Kriterien qualitativen Arbeitens erfüllt sein müssen, um das Potenzial qualitativer Forschung für die Versorgungsforschung nutzbar machen zu können.

**Material und Methoden:** In einer Fallanalyse wird mithilfe einer kritischen Begutachtung (in Anlehnung an das Diskussionspapier der AG Qualitative Methoden des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V.) herausgearbeitet, welchen Beitrag ein theoretisch fundierter qualitativer Zugang zu Fragen der Versorgungsforschung leisten kann. Als Fallbeispiel dient die informierte Einverständniserklärung, deren Praxis von Dixon-Woods et al. [1] beschrieben und analysiert wird. Der Artikel wird in Beziehung zu quantitativ-orientierten Artikeln zu informierter Einverständniserklärung gesetzt.

**Ergebnisse:** Dixon-Woods et al. liefern eine Analyse von 25 Interviews mit Frauen, die Einwilligungserklärungen zu chirurgischen Eingriffen unterschrieben haben. Zehn der Probanden, die unterschrieben haben, wünschten den Eingriff nicht. In einer quantitativen Befragung wurde erfasst, dass Personen, die eine Einwilligung

unterschreiben, nicht notwendigerweise den Eingriff möchten. Die qualitative Analyse der Interviews zeigt auf, wie eine solche Diskrepanz zwischen unterschriebener Einwilligungserklärung und Wunsch zustande kommt. Dixon-Woods et al. [1] zeigen auf, dass die medizinische Institution ein Feld ist, in dem bestimmte Kräfte wirken, die einzelne Akteure in bestimmte Rollen mit bestimmten Handlungsmustern zwingen. Für die Versorgungsforschung sind das wichtige Erkenntnisse über den Alltag der Krankenversorgung, die zwingend in die Planung und Organisation von Gesundheitsversorgung einbezogen werden müssen. Eine Analyse der Interviews, die es ermöglicht, die Ergebnisse der Auswertung von 25 Interviews auf andere Settings zu übertragen, war nur möglich, weil die Autoren über ein fundiertes sozialwissenschaftliches Theoriewissen verfügten.

**Schlussfolgerungen:** Im Gegensatz zur Auswertung quantitativer Forschung sind in der qualitativen Forschung die theoretischen Überlegungen nicht notwendigerweise in der Auswertungsmethodik enthalten (Statistik), vielmehr muss dies von den Analysanden aktiv an das Material herangetragen werden. Qualitative Forschung, deren Design und Analyse theoretische Überlegungen integriert, ist in der Lage, Erkenntnisse zu generieren, die konzeptionell in andere Settings übertragbar sind und die einen eigenen, wichtigen Beitrag zur Versorgungsforschung leistet. Um hochwertige Ergebnisse qualitativer Studien in der Versorgungsforschung zu erhalten, bedarf es neben einer prozess-orientierten Qualitätskontrolle einer klaren theoretischen Ausrichtung der Analyse. Eine Ausbildung in qualitativen Methoden muss damit eine sozialwissenschaftliche Theorienbildung mit einschließen.

#### Literatur

1. Dixon-Woods M, Williams SJ, Jackson CJ, Akkad A, Kenyon S, Habiba M. Why do women consent to surgery, even when they do not want to? An interactionist and Bourdieusian analysis. *Social Science and Medicine*. 2006;62:2742-2753.

Bitte zitieren als: Holmberg C. Bedingungen und Möglichkeiten qualitativ-orientierter Forschungen in der Versorgungsforschung – das Beispiel der informierten Einverständniserklärungen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf027.

DOI: 10.3205/11dkvf027, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0271

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf027.shtml>

028

### Berücksichtigung der Mitversorgungsfunktion in der Versorgungsplanung durch Analyse der Einzugsbereiche von fachärztlichen Praxen

Manja Schalllock, Jobst Augustin, Dominik von Stillfried  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Bereits heute bestehen auf Kreisebene teils deutliche regionale Ungleichheiten in der fachärztlichen Versorgung. Vor dem Hintergrund einer bedarfsgerechten Versorgung wird deshalb die Verteilung der Praxisstandorte zur Gestaltung einer flächendeckenden Versorgung für die alternde Bevölkerung unter Berück-

sichtigung der Binnenwanderung in Deutschland künftig an Bedeutung gewinnen. Hierbei ist die planungsbezugsübergreifende Mitversorgungsfunktion insbesondere der ländlichen Räume durch zentrale Standorte besonders zu beachten. Um Entscheidungen zur Zentralität oder Dezentralität des Versorgungsangebots zu unterstützen, werden Merkmale der Erreichbarkeit von Praxen und der tatsächlichen Einzugsbereiche fachärztlicher Praxen miteinander verglichen.

**Material und Methoden:** Grundlagen sind Abrechnungsdaten der KVen des Jahres 2007, Fahrtzeitmatrix zwischen Gemeinden und mit durchschnittlichen Fahrtzeiten innerhalb der Gemeinden unter Berücksichtigung von durchschnittlichen Geschwindigkeiten nach Straßentypen, amtliche Statistik zu Bevölkerungsdaten und Bundesarztregister zum 31.12.2007. Erwartete Einzugsbereiche von Facharztpraxen werden anhand von Faktoren wie z.B. der Arztdichte, kürzester Wegezeiten, Durchschnittsalter der ein- und ausströmenden Patienten ermittelt und mit tatsächlichen Einzugsbereichen verglichen. Regionale Unterschiede von Einzugsgebieten werden anhand einer KV-gebietsübergreifenden Inanspruchnahmeanalyse dargestellt.

**Ergebnisse:** Die Bedeutung von verkehrsinfrastrukturellen Gegebenheiten, der Bevölkerungsdichte und der Sozialstruktur der Patienten sowie der bisherigen Versorgungsstrukturen zur Beschreibung fachärztlicher Einzugsgebiete als mögliche Gründe für starke Abweichungen zwischen erwarteten und tatsächlichen Einzugsbereichen wird analysiert. Unterschiede in den Mitversorgungsfunktionen von Ballungszentren, bzw. von Stadtteilen, Mittelzentren und ländlichen Gemeinden werden dargestellt.

**Schlussfolgerung:** Um die Bedeutung von Versorgungsstandorten für die fachärztliche Versorgung zu analysieren ist die Intensität der Mitversorgungsfunktionen von Versorgungsstandorten ein wichtiges Instrument. Abweichungen der tatsächlichen von erwarteten Einzugsbereichen können Hinweise auf die Attraktivität von Standorten für Vertragsärzte sowie auf weitere Maßnahmen zur Versorgungsplanung geben.

Bitte zitieren als: Schallock M, Augustin J, von Stillfried D. Berücksichtigung der Mitversorgungsfunktion in der Versorgungsplanung durch Analyse der Einzugsbereiche von fachärztlichen Praxen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf028. DOI: 10.3205/11dkvf028, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0285  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf028.shtml>

029

## Berufsalltagspraktische therapeutische Empfehlungen zur Steigerung der Adhärenz bei der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

Anke Menzel-Begemann

Universität Bielefeld - Fak. f. Gesundheitswissenschaften - AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, Bielefeld, Deutschland

**Hintergrund:** Die berufliche Wiedereingliederung ist für die meisten Betroffenen ein zentrales Anliegen. Nach

erworbenen Hirnschädigungen stehen die Betroffenen oftmals jedoch vor einer großen Herausforderung, wenn sie in den Berufsalltag zurückkehren möchten. Dies gilt auch für leichter betroffene Patient(inn)en, die häufig Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses oder der Planungsfähigkeit anfangs gar nicht oder nur unzureichend wahrnehmen und die Bedeutung für die Bewältigung des Alltags unterschätzen ([1]). Diese mangelnde Krankheitseinsicht geht weiterhin damit einher, dass die Patient(inn)en ihre Leistungsfähigkeit überschätzen und versuchen, unmittelbar an gewohnte Abläufe anzuknüpfen. Therapeutische Empfehlungen, die ein Aufbrechen alter Gewohnheiten verlangen, werden daher nur unzureichend umgesetzt und damit die berufliche Reintegration behindert. Das Konzept BOMeN, das sich an Schlaganfall- und Schädelhirntraumapatient(inn)en bis 60 Jahre mit prognostisch positivem berufsbezogenen Leistungsprofil richtet, setzt daher auf eine beruflich orientierte Behandlung, die die individuellen beruflichen Kontexte berücksichtigt und im Rahmen einer intensiven Patientenschulung berufsalltagspraktische Handlungsempfehlungen gibt. So werden die „Patienten (...) mit notwendigen Informationen, Erfahrungen und Unterstützung versorgt, um ein bestmögliches Selbstmanagement [bei der Wiedereingliederung] zu gewährleisten“ ([2], S. 233).

**Material und Methoden:** Innerhalb der beruflich orientierten Intervention werden durch Wissensvermittlung und vor allem durch praktische Elemente klare Bezüge zu erwerbsbezogenen Anforderungen hergestellt und die Bedeutung der therapeutischen Empfehlungen für den Alltag verdeutlicht. Die Betroffenen werden dadurch in ihrer Krankheitsverarbeitung sowie beim Erwerb von Kompetenzen zur Bewältigung arbeitsrelevanter Folgen und bei der (Re)Aktivierung vorhandener Ressourcen unterstützt.

Das Konzept wird mittels kontrollierter, randomisierter Interventionsstudie evaluiert, bei der 297 Patient(inn)en in zwei Kliniken nach dem Standard- oder BOMeN-Konzept behandelt und zu fünf Zeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6, 12, und 15 Monate nach der Reha) befragt wurden. Vor dem Hintergrund des Tagungsthemas soll der Frage nachgegangen, ob eine berufsalltagsnahe Behandlung die Umsetzung der Therapieempfehlungen erhöhen kann.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen sowohl sechs als auch 15 Monate nach der Behandlung keine Gruppenunterschiede in der Umsetzung allgemein auf den Alltag bezogener Empfehlungen. Ein signifikanter Unterschied hingegen zeigt sich sowohl mittel- als auch langfristig in der Umsetzung konkret auf den Beruf bezogener Empfehlungen (6 Monate:  $p=010$ ,  $d=37$ ; 15 Monate:  $p=46$ ,  $d=29$ ).

**Schlussfolgerung:** Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dass konkrete und (berufs-)kontextnahe Anregungen die Umsetzung und auch längerfristige Beibehaltung der therapeutischen Empfehlungen fördern und sie damit einen wichtigen Beitrag zur Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen und zur Unterstützung einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung leisten.

## Literatur

1. Fischer S, Scholler I, Bank, Post, Metzgerei. Erinnern, Planen, Organisieren im Alltag – Umgang mit kognitiven Störungen. In: Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S, eds. Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart: Thieme; 2007. p. 99-114.
2. Heesen C, Berger B, Hamann J, Kasper J. Empowerment, Adhärenz, evidenzbasierte Patienteninformation und partizipative Entscheidungsfindung bei MS – Schlagworte oder Wegweiser? Neurologie & Rehabilitation. 2006;12 (4):232-238.

Bitte zitieren als: Menzel-Begemann A. Berufsalltagspraktische therapeutische Empfehlungen zur Steigerung der Adhärenz bei der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf029. DOI: 10.3205/11dkvf029, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0299  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf029.shtml>

## 030

### Besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf des Disease-Management-Programms (DMP) zum Diabetes mellitus Typ 1 im Vergleich zu aktuellen Leitlinien?

Wiebke Hoffmann-Eßer, Carmen Bartel, Elke Hausner, Eva Höfer, Petra Lange, Ulrich Siering, Alric Rütger  
IQWiG, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat 2009 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt auf der Grundlage von systematisch recherchierten, evidenzbasierten Diabetes Leitlinien den potenziellen Aktualisierungsbedarf des DMP Diabetes mellitus Typ 1 zu prüfen.

**Material und Methoden:** Aktuelle Diabetes-Leitlinien wurden in fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinien- sowie bibliographischen Datenbanken systematisch recherchiert. Wesentliche Einschlusskriterien waren der Publikationszeitraum ab Januar 2005, die Publikationssprachen Deutsch, Englisch und Französisch sowie die Evidenzbasierung der Leitlinie. Zu den Versorgungsaspekten des DMP Diabetes mellitus Typ 1 wurden Empfehlungen aus den Leitlinien extrahiert und tabellarisch dargestellt. Im Anschluss erfolgten die Synthese der Empfehlungen sowie eine inhaltliche Gegenüberstellung dieser mit den Anforderungen des DMP. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf des DMP wurde identifiziert, wenn eine Leitlinie neue Inhalte mit hohem GoR darstellt oder mehrere Leitlinien abweichende Inhalte mit mehrheitlich hohem GoR im Vergleich zu den Anforderungen des DMP liefert.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 23 Leitlinien eingeschlossen. Für einige Gliederungspunkte des DMP ergab sich ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf. Ein solcher besteht bezüglich der Ernährungsberatung/-therapie für Kinder, Erwachsene und Schwangere, ein Aspekt, der im DMP bisher nicht genannt wird. Die Leitlinien beinhalten auch für die Therapie des klinisch relevanten Makulaödems und des

Einsatzes von Opioidanalgetika bei der schmerzhaften diabetischen Neuropathie zusätzliche Empfehlungen. Bei arterieller Hypertonie fordern die Leitlinien einen niedrigeren Blutdruckzielwert unter Therapie als das DMP. In den eingeschlossenen angloamerikanischen Leitlinien werden Insulinanaloga den (Human-) Insulinen gleichgestellt und in bestimmten Situationen bevorzugt. Demgegenüber sieht das DMP Typ-1-Diabetes vorrangig Humaninsulin vor. Aufgrund der Nutzenbewertungen des IQWiG zu diesen Medikamenten wurde jedoch kein Aktualisierungsbedarf festgestellt. Die Leitlinien geben auch zum Einsatz von Kalziumkanalblockern und zu Blutfettzielwerten zusätzliche Empfehlungen, die einen potenziellen Aktualisierungsbedarf begründen könnten.

**Schlussfolgerung:** Im Wesentlichen entsprechen die Anforderungen des DMP Typ-1-Diabetes den aktuellen Leitlinien. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf wurde nach der inhaltlichen Gegenüberstellung der Leitlinienempfehlungen und den Anforderungen des DMP jedoch für einige Versorgungsaspekte identifiziert. In der Fachwelt gibt es zurzeit eine kontroverse Diskussion zu den Blutdruckzielwerten. In den Fachgesellschaften wird über das Ausmaß der notwendigen Senkung des arteriellen Blutdrucks (d.h.  $\leq 140/90$  mmHg bzw.  $\leq 130/80$  mmHg) unter Einbeziehung aktueller Studien diskutiert. Die Leitlinien fordern eine stärkere Blutdrucksenkung als das DMP, daher ergab sich dafür ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf. Die endgültige Entscheidung bezüglich der Aktualisierung und/oder Ergänzung der betreffenden Versorgungsaspekte des DMP Diabetes mellitus Typ 1 trifft der Gemeinsame Bundesausschuss.

Bitte zitieren als: Hoffmann-Eßer W, Bartel C, Hausner E, Höfer E, Lange P, Siering U, Rütger A. Besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf des Disease-Management-Programms (DMP) zum Diabetes mellitus Typ 1 im Vergleich zu aktuellen Leitlinien? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf030. DOI: 10.3205/11dkvf030, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0304  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf030.shtml>

## 031

### Betriebliches Gesundheitsmanagement als Bestandteil der Gesundheitsförderung von Arbeitnehmern – eine Analyse des Stellenwertes aus der Perspektive der 30 DAX-Unternehmen

Anne Prenzler

Leibniz Universität Hannover, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** Der deutsche Arbeitsmarkt steht aufgrund des demographischen Wandels und des resultierenden Fachkräftemangels vor großen Herausforderungen. Das größte Potential, um diesem Mangel zu begegnen, liegt gemäß eines Berichtes der Bundesagentur für Arbeit, welcher Anfang 2011 veröffentlicht wurde, in der Erhöhung der Erwerbstätigkeit von Personen über 55 Jahren. Besondere Bedeutung habe hierbei das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), da mehr als 25% aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben ausscheidet. Im Fokus stehen hier neben

Erkrankungen des Bewegungsapparates psychische Belastungen im Arbeitsalltag. Insgesamt wird den Unternehmen hiermit eine wichtige Rolle in der gesundheitlichen Prävention und Versorgung von Arbeitnehmern zugesprochen. Ziel dieser Studie ist es daher, den aktuellen Stellenwert des BGM für die 30 DAX-Unternehmen abzuschätzen.

**Material und Methoden:** Die Geschäftsberichte des Jahres 2010, die allgemeinen Internetseiten und Karrierewebsites sowie spezielle Berichte (z.B. Nachhaltigkeitsberichte) der 30 DAX-Konzerne wurden systematisch durchsucht und Angaben zum BGM (Beweggründe, konkrete Angebote, Maßnahmen etc.) dokumentiert. Zudem wurden Eigenschaften der Firmen (Art des Gewerbes, Mitarbeiteranzahl, Alter der Belegschaft, Betriebszugehörigkeit etc.) erfasst, um Zusammenhänge zu identifizieren. Die Untersuchung fand im Zeitraum April / Mai 2011 statt.

**Ergebnisse:** Ausgewählte Ergebnisse: Insgesamt ist das Bild sehr heterogen. Einige Konzerne haben ihre Programme zum BGM sehr präsent platziert (z.B. Kali&Salz, Deutsche Post) – bei anderen wie Fresenius oder Linde sind kaum Informationen verfügbar. Als Gründe für ein BGM wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit aufgeführt (70%). Je die Hälfte der Firmen nennen desweiteren den demographischen Wandel sowie Motivation/Wohlfühlen der Mitarbeiter. Als konkrete Maßnahmen führen 70% Sport- und Fitnessangebote an. Je 50% werben mit regelmäßigen Vorsorgeprogrammen, Ergonomie-/Rückenschulungen sowie Ernährungsberatungen. 18 Konzerne führen Programme zum Thema Entspannung/ Stressbewältigung an. Suchtpräventionsprogramme werden nur bei acht Firmen erwähnt. Die Gründe und Maßnahmen stimmen in den Berichten und Internetseiten selten überein, welches in der Masse nicht für eine einheitliche und systematische Unternehmensstrategie spricht. Die mehrheitliche Darstellung des BGM auf den Internetseiten in der Rubrik „(Soziale) Verantwortung“ deutet darauf hin, dass BGM vor allem als ein Instrument zur Imageverbesserung angesehen. Klare Zusammenhänge zwischen Firmen-Eigenschaften und BGM-Engagement sind nicht erkennbar, die Dauer der Betriebszugehörigkeit scheint jedoch einen positiven Einfluss zu haben. Nur noch sieben DAX-Firmen arbeiten mit einer geschlossenen BKK zusammen; individuelle Versorgungskonzepte einer Kasse, die speziell auf die Bedürfnisse einer Firma zugeschnitten sind, werden durch die weitere Fusionswelle an Bedeutung verlieren.

**Schlussfolgerung:** Präventions- und Versorgungskonzepte innerhalb der Unternehmen werden aufgrund des demographischen Wandels zu einem wichtigen Bestandteil der Gesundheitsförderung werden (müssen). Die Ergebnisse dieser Studie deuten jedoch darauf hin, dass die Unternehmen diese Bedeutung bislang unterschiedlich wahrnehmen. Es muss daher diskutiert werden, ob es ausreichend ist, den Betrieben die unternehmerischen Vorteile eines systematischen und nachhaltigen BGM zu verdeutlichen oder den Firmen weitere Anreize zur Intensivierung ihres BGM gegeben werden müssen.

Bitte zitieren als: Prenzler A. Betriebliches Gesundheitsmanagement als Bestandteil der Gesundheitsförderung von Arbeitnehmern – eine Analyse des Stellenwertes aus der Perspektive der 30 DAX-Unternehmen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf031. DOI: 10.3205/11dkvf031, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0312  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf031.shtml>

## 032

### Biosimilare Arzneimittel: Kosten und regionale Unterschiede bei den Verordnungsanteilen

Roland Windt, Gerd Glaeske

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Biosimilars sind Zweitanbieterpräparate von Biologicals (bio- bzw. gentechnisch hergestellte Arzneimittel), die einen arzneilich wirksamen Bestandteil mit strukturellen Ähnlichkeiten zum Erstanbieterpräparat (Referenzarzneimittel) enthalten und identische pharmakologische Wirkungen am Rezeptor ausüben. Derzeit sind für die Wirkstoffe Epoetin (Blutbildner), Filgrastim (Granulozyten-Koloniestimulierender Faktor) und Somatotropin (Wachstumshormon) biosimilare Arzneimittel im deutschen Markt verfügbar, die kostengünstiger sind als die entsprechenden Erstanbieterpräparate. Aufgrund der sich bietenden Wirtschaftlichkeitsreserven wurden in Arzneimittelvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Mindestquoten für Verordnungen von Biosimilars aufgenommen. Ziel der Untersuchung ist die Darstellung von durchschnittlichen Kosten pro Tagesdosis auf Basis der Verordnungsmengen sowie von regionalen Unterschieden bei den Biosimilar-Verordnungsanteilen [1].

**Material und Methoden:** Arzneimittel-Verordnungen der BARMER GEK aus dem Jahre 2010 stellten die Datenbasis dar. Berücksichtigt wurden Daten von 9,1 Mio. Personen, die im Jahr 2010 mindestens einen Tag in dieser Krankenkasse versichert waren. Biosimilarfähige Biologicals wurden über den ATC-Code (Wirkstoffe) und die Pharmazentralnummer (Biosimilar-Präparate) selektiert. Auf Basis der verordneten definierten Tagesdosen (DDD) und der Arzneimittelausgaben wurden die durchschnittlichen Kosten je Tagesdosis für Biosimilars und Referenzarzneimittel sowie die Biosimilar-Verordnungsanteile je KV-Region ermittelt.

**Ergebnisse:** Die durchschnittliche Tagesdosis eines Epoetin-Biosimilars kostet 8,48 Euro (Referenzarzneimittel: 11,23 Euro/DDD), bei Filgrastim sind es 153,30 Euro (Referenzarzneimittel: 191,68 Euro/DDD), bei Somatotropin 32,46 Euro (Referenzarzneimittel: 40,91 Euro/DDD). Die Tagesdosen der entsprechenden Biosimilars sind damit etwa 20–25% günstiger als die vergleichbaren Referenzarzneimittel. Es zeigten sich deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verordnungsanteile. Für den Wirkstoff Epoetin reichen die Biosimilar-Anteile auf Basis der verordneten DDD von 16,2% (KV-Region Saarland) bis 69,2% (KV-Region Bremen).

**Schlussfolgerung:** Aufgrund niedrigerer Tagestherapiekosten erscheint die Förderung von Biosimilar-Verordnungen als sinnvolle Strategie im Sinne der Effizienzoptimierung. Die gefundenen Differenzen bei den Verordnungsanteilen hängen möglicherweise mit den KV-unterschiedlichen Zielvereinbarungen und deren Kommunikation zusammen. Für Epoetin gab es 2010 im Gegensatz zu den anderen Biosimilar-fähigen Arzneimitteln in den meisten KVen Verordnungsquotenregelungen mit (variierenden) Mindestwerten.

#### Literatur

1. Windt R. Biologicals und Biosimilars. In: Glaeske G, Schickanz C, Hrsg. BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. St. Augustin: Asgard; 2011. p. 113-129.

Bitte zitieren als: Windt R, Glaeske G. Biosimilare Arzneimittel: Kosten und regionale Unterschiede bei den Verordnungsanteilen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf032. DOI: 10.3205/11dkvf032, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0328  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf032.shtml>

### 033

#### Bone Evaluation Study (BEST) – Epidemiologie der Osteoporose in Deutschland

Silvia Klein<sup>1</sup>, Roland Linder<sup>2</sup>, Peyman Hadji<sup>3</sup>, Bertram Häussler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IGES Institut, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>WINEG, Hamburg, Deutschland

<sup>3</sup>Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

**Hintergrund:** Aus der Studie BoneEVA liegen Angaben zur Häufigkeit der Osteoporose sowie mit der Krankheit einhergehenden Frakturen aus dem Jahr 2003 vor [1], [2]. Bedingt durch die demografische Entwicklung ist eine steigende Zahl an Menschen mit Osteoporose zu erwarten. Aktuelle Prävalenzangaben wurden vom RKI publiziert [3]. Ein wichtiges Ziel der BEST-Studie war die sektorenübergreifende Sekundärdatenanalyse von Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Menschen mit Osteoporose.

**Material und Methoden:** Datenbasis von BEST sind pseudonymisierte Abrechnungsdaten der Jahre 2006 bis 2009 der Techniker Krankenkasse. Im Rahmen einer retrospektive Kohortenstudie wurden Versicherte ab einem Alter von 50 Jahren mit ambulanten Diagnosen, Krankenhaus-, Anschlussheilbehandlung- und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen mit dem ICD-10-Kode M80.\* und M81.\* sowie mit Verordnungen osteoporosespezifischer Arzneimittel eingeschlossen. Darüber hinaus wurden Versicherte mit Frakturen über die Diagnosen (S22.\*–S82.\*) identifiziert. Bei den Hochrechnungen auf die deutsche Bevölkerung wurde die unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten berücksichtigt.

**Ergebnisse:** In der Studienpopulation betrug die Prävalenz der Osteoporose 12% (Frauen: 22%; Männer: 5%). Hochgerechnet auf Deutschland ergibt sich eine Prävalenz von 17% bzw. 5,6 Mio. Menschen mit Osteoporose (Frauen: 4,8 Mio.; Männer: 849.000). Es ist ein starker Altersanstieg zu beobachten (50–54 Jahre: 6%; >74 Jahre 34%). Die Inzidenz in der Studienpopulation lag

bei 1,9% im Jahr 2009; dies ergibt eine Neuerkrankungsrate in Deutschland von 2,3% bzw. 768.000 Menschen jährlich. Hinzu kommen Versicherte, die im Beobachtungszeitraum osteoporosebedingte Frakturen erlitten haben, aber nicht als Osteoporotiker diagnostiziert oder behandelt wurden. Die jährliche Mortalität unter Menschen mit Osteoporose liegt bei 2% in der deutschen Bevölkerung.

Unter den identifizierten Versicherten mit Osteoporose erlitten 28% innerhalb des Beobachtungszeitraums mindestens eine Fraktur. Die häufigsten Frakturen waren Frakturen der Lendenwirbelsäule und des Beckens (S32.\*). 69% der Versicherten mit einer Fraktur erlitten sogar mehrfach Frakturen.

**Schlussfolgerung:** Die in BEST auf Basis von Routinedaten ermittelte Prävalenz liegt deutlich höher als die vom RKI im telefonischen Gesundheitssurvey 2009 (GEDA) ausgewiesenen 11,9% (Frauen: 17,6%; Männer: 5,2%)(RKI 2011). Ein Vergleich zu BoneEVA wird vorgenommen.

Die Studie wurde mit freundlicher Unterstützung der Firmen AMGEN GmbH und Nycomed Deutschland GmbH durchgeführt.

#### Literatur

1. Häussler B, Gothe H, Göl D, Glaeske G, Pientka L, Felsenberg D. Epidemiology, treatment and costs of osteoporosis in Germany. The BoneEVA Study. *Osteoporosis International*. 2007;18: 77-84.
2. Häussler B, Gothe H, Mangiapane S, Glaeske G, Pientka L, Felsenberg D. Versorgung von Osteoporose-Patienten in Deutschland. Ergebnisse der BoneEVA-Studie. *Deutsches Ärzteblatt (Ausgabe A)*. 2006;103(39): 2542-2548.
3. RKI. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: 2011.

Bitte zitieren als: Klein S, Linder R, Hadji P, Häussler B. Bone Evaluation Study (BEST) – Epidemiologie der Osteoporose in Deutschland. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf033. DOI: 10.3205/11dkvf033, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0331  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf033.shtml>

### 034

#### Bone Evaluation Study (BEST) – Versorgung und Kosten

Bertram Häussler<sup>1</sup>, Silvia Klein<sup>1</sup>, Roland Linder<sup>2</sup>, Holger Gothe<sup>3</sup>, Peyman Hadji<sup>4</sup>

<sup>1</sup>IGES Institut, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>WINEG, Hamburg, Deutschland

<sup>3</sup>UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol, Österreich, und IGES Institut, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup>Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

**Hintergrund:** Defizite bei der Versorgung von Menschen mit Osteoporose werden seit Längerem diskutiert. In Deutschland wurde für das Jahr 2003 in der BoneEVA-Studie erstmals mit Bevölkerungsbezug aufgezeigt, dass ohne adäquate Versorgung die Erkrankung häufig mit Frakturen einhergeht, die die Lebensqualität stark beeinträchtigen können und deren Versorgung wiederum hohe Kosten verursacht. Ein Ziel der BEST-Studie ist es nun, die aktuelle Situation bezüglich Inanspruch-

nahme von Diagnostik und Therapie sowie die damit einhergehenden Kosten zu ermitteln und zu analysieren, ob sich die Versorgungssituation der Osteoporose in Deutschland verändert hat.

**Material und Methoden:** Es wurde eine retrospektive Kohortenstudie mit pseudonymisierten Abrechnungsdaten der Jahre 2006 bis 2009 der Techniker Krankenkasse durchgeführt. Zur Quantifizierung der Kosten wurde eine Analysepopulation gebildet, die neu an Osteoporose erkrankte Versicherte enthält, die mindestens über ein Jahr nach Neuerkrankung beobachtbar sind. Bei diesen Versicherten wurden die direkten Gesamtkosten sowie die direkten osteoporose- bzw. frakturbedingten Kosten zu Lasten der Kranken- und Pflegeversicherung ermittelt.

**Ergebnisse:** Unter den Versicherten mit Osteoporose erhielten innerhalb des Beobachtungszeitraums 24% Basistherapie, 26% Bisphosphonate und 13% eine Hormontherapie. Versicherte mit Osteoporose und Frakturen erhielten in 33% aller Fälle Basistherapie. Bei 14% der Versicherten mit Osteoporose und Frakturen wurde eine Knochendichtemessung durchgeführt.

Innerhalb eines Jahres nach Neuerkrankung erhielten 34% der Versicherten eine medikamentöse Osteoporose-Therapie: 15% der Versicherten hatten basistherapeutische Verordnungen, 17% Bisphosphonat-Verordnungen und 9% Verordnungen von entsprechenden Hormonen.

Die direkten Gesamtkosten sowie die direkten osteoporose- bzw. frakturbedingten Kosten zu Lasten der Kranken- und Pflegeversicherung werden beziffert.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich die Versorgung seit 2003 verbessert hat. Trotzdem liegen die Versorgungsprävalenzen und die Häufigkeit der Knochendichtemessung unter denen, die bei leitliniengemäßem Vorgehen zu erwarten wären. Die Häufigkeit von Knochendichtemessungen wurde ggf. unterschätzt, da es unter den Ärzten Präferenzen für die private Abrechnung (IGeL) dieser Leistung geben könnte.

Die Studie wurde mit freundlicher Unterstützung der Firmen AMGEN GmbH und Nycomed Deutschland GmbH durchgeführt.

Bitte zitieren als: Häussler B, Klein S, Linder R, Gothe H, Hadji P. Bone Evaluation Study (BEST) – Versorgung und Kosten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf034.  
DOI: 10.3205/11dkvf034, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0341  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf034.shtml>

035

## Bundesweite Ergebnisse für die G-IQI Indikatoren aus den Daten nach § 21 KHEntgG

Thomas Mansky, Ulrike Nimptsch  
TU Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Mit Einführung des DRG-Systems im deutschen Krankenhauswesen und der damit einhergehenden Notwendigkeit der flächendeckenden Erhebung

von medizinischen Falldaten zu Kalkulationszwecken ist ein umfassender Datenbestand entstanden, der der Versorgungsforschung über das Statistische Bundesamt zur Verfügung steht.

Das stationäre Versorgungsgeschehen konnte bislang nur auf der Grundlage von Erhebungsdaten und Stichproben beschrieben werden. Die routinemäßig erfassten Daten nach § 21 KHEntgG stellen dagegen eine Vollerhebung nahezu aller akutstationären Krankenhausfälle dar und ermöglichen Berechnungen von Kennzahlen zur Abbildung der Versorgungswirklichkeit. In dieser Arbeit werden sie zur Ermittlung bundesweiter Referenzwerte für die von über 400 Kliniken in Deutschland sowie modifiziert in der Schweiz und Österreich flächendeckend eingesetzten German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) genutzt.

**Material und Methoden:** Analysiert werden die Daten nach § 21 KHEntgG des Datenjahres 2009. Die Auswertungen erfolgen im Wege der kontrollierten Datenfernverarbeitung beim Statistischen Bundesamt. Berechnet werden Kennzahlen des G-IQI Indikatorensets in der Version 3, die ca. 30% aller akutstationären Krankenhausfälle abbilden. Die Indikatoren umfassen Ergebniskennzahlen (z.B. alters- und geschlechtsstandardisierte Krankenhaussterblichkeit bezogen auf bestimmte Eingriffe oder Behandlungsanlässe), Prozesskennzahlen (z.B. Anteil minimalinvasiver Operationstechniken) und Mengeninformationen. Die G-IQI Indikatoren der Version 3 enthalten zudem Kennzahlen mit Bezug zur Versorgungssituation, wie z.B. den Anteil der therapeutischen Interventionen an allen Linksherzkathetereingriffen oder den Anteil der Schlaganfallpatienten, die auf einer Stroke Unit versorgt wurden oder die eine Thrombolyse erhielten.

Die Kennzahlen werden auf Bundesebene zusammengefasst. Ferner werden Kennzahlen zur krankenhausbewerteten Varianz wichtiger Ergebnisindikatoren in Deutschland ermittelt.

**Ergebnisse:** Als Beispiel seien hier die Magenresektionen genannt (G-IQI 19.1). In Deutschland fanden sich 2009 15.103 Behandlungsfälle in 1.011 Akutkliniken. 25% der Kliniken operierten weniger als 5 Fälle, 25% der Kliniken operierten mehr als 18 Fälle im Betrachtungsjahr. Weitere Ergebnisse werden auf der Tagung präsentiert.

**Schlussfolgerung:** Der Datenbestand nach § 21 KHEntgG liefert eine nahezu unverzerrte Abbildung des Versorgungsgeschehens und erlaubt eine detaillierte Beschreibung der Versorgungssituation. Die auf Grundlage dieser Daten gewonnenen Erkenntnisse können der Hypothesengenerierung dienen, sowie potentielle Versorgungsdefizite sichtbar machen. Die Berechnung von standardisierten Kennzahlen, wie den G-IQI Indikatoren, ermöglicht auch übergreifende Vergleiche, z.B. international oder im Zeitverlauf. Ferner stellen diese Referenzwerte wesentliche Eckpunkte für das Qualitätsmanagement dar. Sie geben den Kliniken eine Rückmeldung über ihre Ergebnisse im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und können so wichtige Verbesserungsmöglichkeiten verdeutlichen.

## Literatur

1. Mansky T, Nimptsch U, Winklmaier C, Vogel K, Hellerhoff F. G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 3.1. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin; 2011. Available from: <http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2011/3004/>

Bitte zitieren als: Mansky T, Nimptsch U. Bundesweite Ergebnisse für die G-IQI Indikatoren aus den Daten nach § 21 KHEntgG. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf035. DOI: 10.3205/11dkvf035, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0354  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf035.shtml>

## 036

### Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der Medizin: Was können wir von Bürgern lernen?

Sabine Stumpf, Heiner Raspe

Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Universität Lübeck, Lübeck, Deutschland

**Hintergrund:** Die Debatte über Priorisierung in der medizinischen Versorgung gewinnt in Deutschland zunehmend an Fahrt – bislang jedoch fast ausschließlich in Fachkreisen. Politik und Kostenträger vermeiden nach wie vor einen öffentlichen Diskurs. Gerade die Frage nach Grundwerten und Kriterien, die einer Priorisierung zugrunde liegen sollen, kann jedoch nicht durch Fachwissen allein entschieden werden. Die Klärung solcher ethischer Fragen bedarf vielmehr eines gesellschaftlichen Konsenses ([1], vgl. auch [2], [3]). Aus diskursethischer Sicht haben Betroffene ein legitimes Recht, an solchen Debatten teilzuhaben [4]. Zudem können Bürgerinnen und Bürger (als Laien) Probleme aus einer Alltags- bzw. Betroffenenperspektive bearbeiten und so zu anwendungsorientierteren Lösungen kommen als Experten [5], [6].

Dieser Beitrag untersucht, ob Bürgerinnen und Bürger auch zur bislang nur in Fachkreisen geführten Priorisierungsdebatte einen eigenständigen inhaltlichen Beitrag leisten können.

**Material und Methoden:** In Lübeck wurde 2010 eine Bürgerkonferenz zur Priorisierung durchgeführt. Vorbild hierfür ist die in den 90er Jahren in Dänemark entwickelte Konsensuskonferenz [7]. 19 Bürgerinnen und Bürger Lübecks (7 ♀, 12♂; Alter Ø=53) haben sich an vier Wochenenden zwischen Mai und Juli 2010 mit Unterstützung eines professionellen Moderators intensiv in die Problematik der Priorisierung eingearbeitet, gemeinsam Argumente diskutiert und neun Experten befragt. Zum Abschluss haben sie ihre Empfehlungen zu Prozessen und Kriterien der Priorisierung in einem Bürgervotum festgehalten.

Ein Vergleich der Inhalte des Lübecker Bürgervotums mit den Berichten anderer Gremien (Parlamentskommissionsbericht in Schweden und Norwegen sowie Stellungnahmen der ZEKO [8], [9]) sowie mit regionalen und nationalen Bevölkerungsumfragen (nationaler Bevölkerungssurvey [10]; und eigener Lübecker Survey) soll Aufschluss über einen inhaltlichen Beitrag der Konferenz zur Priorisierungsdebatte geben. Dazu werden mit Hilfe einer inhaltsanalytischen Textanalyse jeweils Priorisierungsbegriffe sowie Empfehlungen zu Priorisierungskriterien identifiziert und verglichen.

**Ergebnisse:** Viele der von den Lübecker Bürgern identifizierten Grundwerte und Kriterien zur Priorisierung sind bereits von früheren Gremien und/oder in der Fachliteratur diskutiert worden. Die Ergebnisse der

Bürgerkonferenz zeigen, dass viele dieser Werte und Kriterien auch aus Bürgersicht konsensfähig sind. Darüber hinaus werden besondere Akzente gesetzt: Dies sind z.B. die Forderungen, auch in der Priorisierung interkulturelle Unterschiede zu berücksichtigen, weiterhin Forschung und Entwicklung in der Medizin zu fördern sowie systematische Nachteile bestimmter Patienten(gruppen) auszugleichen.

Insgesamt fordern die Teilnehmer einen breiten öffentlichen Diskurs über Priorisierung in der Medizin unter Berücksichtigung relevanter Berufsgruppen und Stakeholder. Sie betonen, dass dadurch gesellschaftliche und politische Prozesse transparenter und Entscheidungen nachvollziehbarer werden könnten. Dies könne das Vertrauen und die Akzeptanz im Gesundheitssystem vergrößern.

**Schlussfolgerung:** Über ihren inhaltlichen Beitrag hinaus zeigt die Lübecker Bürgerkonferenz, dass Bürgerinnen und Bürger sich aktiv an der Debatte um Priorisierung in der Medizin beteiligen wollen und können. Damit räumt sie die Argumente der Politik aus, die Priorisierungsproblematik sei zu komplex für Bürgerinnen und Bürger und überdies zu schwer zu vermitteln, um sie öffentlich zu diskutieren.

#### Literatur

1. Meyer T. Zusammenhang zwischen Priorisierung und Rationierung - zwei Modelle. ZEFQ. 2009;103(2): 80-4.
2. Daniels N. Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. BMJ. 2000;321:1300-1.
3. Daniels N, Sabin JE. Accountability for reasonableness: an update. BMJ. 2008;337:1850.
4. Schickanz S. Bürger als Experten? Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs. In: Graumann S, Grüber K, eds. Biomedizin im Kontext. Beiträge aus dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft – Band 3. Berlin: Lit Verlag; 2006. p. 105-129.
5. Saretzki T. Demokratisierung von Expertise? Zur politischen Dynamik der Wissensgesellschaft. In: Klein A, Schmalz-Bruns R, eds. Politische Beteiligung und Bürgerengagement in Deutschland – Möglichkeit und Grenzen. Baden-Baden: Nomos; 1997. p. 277-313.
6. Andersen I-E, Jæger B. Scenario workshops and consensus conferences: Towards more democratic decision-making. Science and Public Policy. 1999;26(5):331-340.
7. Hendriks CM. Consensus Conferences and Planning Cells - Lay Citizen Deliberations. In: Gastil J, Levine P, eds. The Deliberative Democracy Handbook - Strategies for Effective Civic Engagement in the Twenty-First Century. San Francisco: Jossey-Bass; 2005. p. 80-110.
8. ZEKO. Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? DAB. 2000;9(15):1017-1023.
9. ZEKO. Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). DAB. 2007;104(40):1-5.
10. Diederich A, Schreier M. Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. FOR655 Working-Paper Nr. 27. 2010(4).

Bitte zitieren als: Stumpf S, Raspe H. Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der Medizin: Was können wir von Bürgern lernen? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf036. DOI: 10.3205/11dkvf036, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0362  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf036.shtml>

037

### Cardiovascular drug use and excess mortality in patients with schizophrenia

Christiane Gasse, Preben Bo Mortensen, Thomas Munk Laursen

NCCR, Aarhus, Denmark

**Background:** Increased physical comorbidity is one of the major reasons for excess mortality in individuals with schizophrenia. Cardiovascular comorbidity is considered a major modifiable risk factor to improve physical health and survival in these patients. Population-based studies in this area are sparse.

The objective of the presented study was to examine the incidence of drugs used in cardiovascular disease (CVD drugs) in subjects with schizophrenia compared with the general population and its impact on mortality.

**Materials and methods:** We performed a register-based population-based cohort study based on a 25% sample of the Danish population between 1995 and 2007 using data on prescriptions for CVD drugs (betablockers (BB), diuretics (DIU), drugs acting on the renin-angiotensin system (ACE), calcium channel blockers (CCBs), lipid modifying drugs (LIP) and aspirin), hospitalizations and mortality. Individuals without CVD drug use between 1995 and 1997 were followed from Jan 1, 1998 to first prescription of CVD drug classes (not mutually exclusive), emigration, death or end of study period, whatever came first. Using Poisson regression analysis, we calculated incidence rate ratios (IRRs) and mortality rate ratios (MRRs) adjusted for gender, age, calendar time, and Charlson Index comparing subjects with schizophrenia with subjects with no prior psychiatric hospitalization.

**Results:** The IRR for prescription of any kind of CVD drug was 1.13 (95% confidence interval (CI): 1.05, 1.21) in subjects with schizophrenia, due to increased use of DIU. IRRs were significantly decreased for LIP, BB, ACE, and CCB compared with the general population. In individuals with schizophrenia using CVD drugs the MRR was 2.82 (95% CI: 2.54, 4.00) compared with individuals in the general population using CVD drugs, while excess mortality was 5.02 (95% CI: 4.63; 5.45) in subjects with schizophrenia without prescriptions for CVD drugs compared with the general population not using CVD drugs.

**Conclusions:** Excess mortality was by almost 50% decreased in individuals with schizophrenia treated with CVD drugs compared with the excess mortality in subjects with schizophrenia not treated with CVD drugs. Our results further indicate potential undertreatment with LIP, BB, ACE and CCB in these patients.

Please cite as: Gasse C, Mortensen PB, Laursen TM. Cardiovascular drug use and excess mortality in patients with schizophrenia. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf037. DOI: 10.3205/11dkvf037, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0376

Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf037.shtml>

038

### COMPACT (Compliance and Arthralgias in Clinical Therapy): Eine Untersuchung zum Management von Aromatasehemmer-assoziierten Arthralgien in der adjuvanten endokrinen Therapie des Mammakarzinoms bei postmenopausalen Frauen

Peyman Hadji<sup>1</sup>, Maria Blettner<sup>2</sup>, Wolfgang W. Bolten<sup>3</sup>, Nadia Harbeck<sup>4</sup>, HJ. Hindenburg<sup>5</sup>, Christian Jackisch<sup>6</sup>, Klaus König<sup>7</sup>, Hans-Joachim Lück<sup>8</sup>, Rolf Kreienberg<sup>9</sup>, Diethelm Wallwiener<sup>10</sup>, Silke Zaun<sup>11</sup>, Winfried Rief<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Phillips-Universität, Marburg, Deutschland

<sup>2</sup>biometrisches Institut, Universität Mainz, Mainz, Deutschland

<sup>3</sup>Klaus-Miehlke-Klinik für Rheumatologie, Wiesbaden, Deutschland

<sup>4</sup>Brustzentrum Universitätsfrauenklinik, Köln, Deutschland

<sup>5</sup>BNGO e.V., Berlin, Deutschland

<sup>6</sup>Klinikum Offenbach, Offenbach, Deutschland

<sup>7</sup>Berufsverband der Frauenärzte e.V., Bonn, Deutschland

<sup>8</sup>Gyn. Onkologische Praxis, Hannover, Deutschland

<sup>9</sup>Frauenklinik der Universität, Ulm, Deutschland

<sup>10</sup>Universitäts-Frauenklinik, Tübingen, Deutschland

<sup>11</sup>AstraZeneca, Wedel, Deutschland

**Einführung:** Aromatasehemmer (AH) der 3. Generation sind in der adjuvanten Therapie postmenopausaler Frauen mit HR+ Brustkrebs etabliert. Jedoch gehen AH häufiger als Tamoxifen mit Arthralgien einher. Die COMPACT-Studie soll klären, welchen Einfluss Arthralgien auf die Compliance haben und welche Kosten ihre Behandlung verursacht.

**Material und Methoden:** COMPACT ist eine offene, prospektive, nicht-interventionelle Studie (Sponsor AstraZeneca Deutschland, NCT00857012) der Versorgungsforschung in Deutschland. Ziel ist, die Inzidenz von Arthralgien im Therapiealltag, Therapiekosten und Compliance im ersten Jahr einer adjuvanten Anastrozoltherapie zu untersuchen. Die Studie wird von Krankenkassen unterstützt (GWQ ServicePlus AG [Vertragspartner von 26 BKKn], DAK, TK). Patientinnen, die innerhalb der letzten 3–6 Monate adjuvant auf Anastrozol eingestellt wurden, werden stratifiziert in COMPACT aufgenommen nach entweder initialer adjuvanter Anastrozoltherapie oder adjuvanter Switch von Tamoxifen auf Anastrozol. Die Compliance wird mit standardisierten Informationsmaterialien zu Brustkrebs im ersten Therapiejahr unterstützt. Primärer Endpunkt sind skalierte Daten zu Arthralgien und Compliance innerhalb des ersten Jahres. Sekundär werden Arthralgieinzidenz und -prävalenz, Kosten der Arthralgietherapie, Gründe für Nicht-Compliance und die Assoziation zwischen Arthralgien und Krankheitsrückfällen ermittelt (zur Baseline, nach 3, 6, 9 Monaten). Für eine Subgruppe von Patientinnen werden gesundheitsökonomische Daten pseudonymisiert anhand von Daten der teilnehmenden Krankenkassen validiert.

**Ergebnisse:** Von April 2009 bis März 2011 wurden 2313 Patientinnen an 622 Zentren deutschlandweit eingeschlossen. Methodik der COMPACT Untersuchung und erste Baselineanalysen werden vorgestellt.

**Zusammenfassung:** Die COMPACT Studie untersucht das komplexe Problem AH-assoziiierter Arthralgien in der adjuvanten Therapie postmenopausaler Frauen im Alltag, mit dem Ziel, die Therapietreue zu optimieren und damit die Vorteile der AH-Therapie besser zu nut-

zen. Zusätzlich werden Daten zu Therapie und Therapiekosten AH induzierter Nebenwirkungen erhoben.

#### Literatur

1. Jackisch C, Hadji P, Bolten WW, Zaun S, Maass N. Aromatasehemmer-assoziierte Arthralgien: klinische Erfahrungen und Therapieempfehlungen. *Geburtsh Frauenheilk.* 2008; 68: 977–985.

Bitte zitieren als: Hadji P, Blettner M, Bolten WW, Harbeck N, Hindenburg HJ, Jackisch C, König K, Lück HJ, Kreienberg R, Wallwiener D, Zaun S, Rief W. COMPACT (Compliance and Arthralgias in Clinical Therapy): Eine Untersuchung zum Management von Aromatasehemmer-assoziierten Arthralgien in der adjuvanten endokrinen Therapie des Mammakarzinoms bei postmenopausalen Frauen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf038. DOI: 10.3205/11dkvf038, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0380

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf038.shtml>

039

#### Comparison of different ways of calculation (DDD vs. SPC) to determine persistence and compliance with beta blockers in the DAPI database

Miriam Ude<sup>1</sup>, Katrin Schüssel<sup>1</sup>, Sittah Czeche<sup>1</sup>, Kristina Leuner<sup>2</sup>, Walter E. Müller<sup>3</sup>, Martin Schulz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Verein Deutsches Arzneiprüfungsinstitut e. V. (DAPI), Eschborn, Germany

<sup>2</sup>Molekulare und Klinische Pharmazie, FAU Erlangen/Nürnberg, Erlangen, Germany

<sup>3</sup>Pharmakologisches Institut für Naturwissenschaftler, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, Germany

**Background:** To determine persistence and compliance with pharmacy claims data, the prescribed daily dosage (PDD) should be known. Because it is not compulsory for physicians in Germany to note this information on the prescription, other ways of calculation like the DDD of the WHO [1] or the dosing information according to the SPC can be used. The aim of this investigation was to test the influence of estimating the prescribed daily dosage with the DDD or with information from the SPC in patients being treated with beta blockers.

**Materials and methods:** We utilized the DAPI database (Verein Deutsches Arzneiprüfungsinstitut e.V., Eschborn), which comprises anonymous claims data of prescribed medicinal products dispensed at community pharmacies in Germany at the expense of the statutory health insurance funds.

Patients were included if they received at least one prescription for a beta blocker in monotherapy between January and June 2005. In order to observe only newly treated patients, no prescriptions of beta blockers were allowed in the 12 months prior to the first prescription in 2005. In the following 6 months (January to December 2005), patients had to receive at least one further prescription (defined as index prescription) for the same drug.

For analyses of persistence and compliance within 24 months from the index date, two different methods were applied: the occurrence of treatment gaps in dispensed drugs as well as the medication possession ratio (MPR).

The average amount of units (e.g. one tablet) to be taken per day was assessed according to the SPC. Based on this, the measurement variables MPR\_SPC and Gaps\_SPC (duration until the first occurrence of a gap) were determined.

In addition, the DDD according to the definition of the WHO in 2010 was used. The corresponding measurement variables were denominated as Gaps\_DDD and MPR\_DDD.

**Results:** In total, 98,828 patients initiated therapy with at least two prescriptions for a beta blocker in 2005.

Results of the calculation based on the DDD differed from those based on information from the SPC: Median duration until the first occurrence of a gap was 75 days according to the DDD, whereas 227 days passed until the first gap appeared calculated with the information from the SPC. The proportion of non-persistent patients (at least one treatment gap in the observation period) was higher with Gaps\_DDD than with Gaps\_SPC accordingly (95.4% vs. 77.6%).

Furthermore, MPR values differed considerably (median MPR\_DDD: 0.342, median MPR\_SPC: 0.684). The proportion of non-compliant patients (defined as having MPR values <0.8) according to MPR\_DDD was much higher compared to the MPR\_SPC (87.7% vs. 55.2%).

**Conclusions:** The DDD for beta blockers compared to the dosing frequency according to the SPC is relatively high. This may lead to an underestimation of the MPR and the duration until the occurrence of a first gap in treatment with the DDD method – especially in patients receiving beta blockers in preparations with (tablet) strengths lower than the DDD. Therefore, the DDD seems to be of limited suitability for the determination of the number of the PDD relative to the information from the SPC.

#### References

1. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2010. Available from: [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/). 2010.

Please cite as: Ude M, Schüssel K, Czeche S, Leuner K, Müller WE, Schulz M. Comparison of different ways of calculation (DDD vs. SPC) to determine persistence and compliance with beta blockers in the DAPI database. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf039.

DOI: 10.3205/11dkvf039, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0399

Freely available from:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf039.shtml>

040

#### Cost-effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors for the prevention of diabetic nephropathy in the Netherlands – a Markov model

Charles Christian Adarkwah<sup>1,2,3</sup>, Afschin Gandjour<sup>4</sup>, Maren Akkerman<sup>5</sup>, Silvia Evers<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>CAPHRI School of Public Health and Primary Care, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

<sup>2</sup>Department of Health Services Research, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

<sup>3</sup>Department of Medicine III, RWTH-University Hospital Aachen, Aachen, Germany

<sup>4</sup>Pennington Biomedical Research Center, Louisiana State University, Baton Rouge, USA

<sup>5</sup>Faculty of Medicine, RWTH-University Aachen, Aachen, Germany

**Objective:** Type 2 diabetes is the main cause of end-stage renal disease (ESRD) in the Netherlands [1] as well as in other European countries and the United States [2], [3]. Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors have a potential to slow down the progression of renal disease and therefore provide a renal-protective effect [4], [5]. The aim of our study was to assess the most cost-effective time to start an ACE inhibitor (or an angiotensin II receptor blocker (ARB) if coughing as a side effect occurs) in patients with newly diagnosed type 2 diabetes in the Netherlands.

**Methods:** A lifetime Markov decision model with simulated 50-year-old patients with newly diagnosed diabetes mellitus was developed using published data on costs and health outcomes and simulating the progression of renal disease. A health insurance perspective was adopted.

Three strategies were compared: treating all patients at the time of diagnosing type 2 diabetes, screening for microalbuminuria, and screening for macroalbuminuria.

**Results:** In the base-case analysis, the treat-all strategy is associated with the lowest costs and highest benefit and therefore dominates screening both for macroalbuminuria and microalbuminuria. A multivariate sensitivity analysis shows that the probability of savings is 70%.

**Conclusions:** In the Netherlands patients with type 2 diabetes should receive an ACE inhibitor immediately after diagnosis if they do not have contraindications. An ARB should be considered for those patients developing a dry cough under ACE inhibitor therapy. The potential for cost savings would be even larger if the prevention of cardiovascular events were considered.

#### References

1. RenineStatistic Report. The development of the renal replacement program in the Netherlands in the period 1990-2006. [Article in Dutch]. Registry renal replacement Netherlands. Dutch End-Stage Renal Disease Registry. Registratie Nierfunctievervangend Nederland). 2007.
2. Frei U, Schober-Halstenberg HJ. Nierenersatztherapie in Deutschland. Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland 2005/2006. Berlin: Quasi-Niere; 2004.
3. U.S. Renal Data System. USRDS 2001 annual data report: atlas of ESRD in the United States. Bethesda, MD: National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2001.
4. Ahmad J, Siddiqui MA, Ahmad H. Effective postponement of diabetic nephropathy with enalapril in normotensive type 2 diabetic patients with microalbuminuria. *Diabetes Care*. 1997;20(10):1576-81.
5. Lewis EJ, Hunsicker LG, Bain RP, Rohde RD. The effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition on diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. *N Engl J Med*. 1993;329(20):1456-62.

Please cite as: Adarkwah CC, Gandjour A, Akkerman M, Evers S. Cost-effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors for the prevention of diabetic nephropathy in the Netherlands – a Markov model. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf040.

DOI: 10.3205/11dkvf040, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0404

Freely available from:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf040.shtml>

#### O41

### Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich aus Sicht der Allgemeinbevölkerung

Antje Miksch<sup>1</sup>, Katja Götz<sup>1</sup>, Klaus Koch<sup>2</sup>, Joachim Szecsenyi<sup>1</sup>, Stefanie Joos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Die Ermöglichung von Empowerment und die Verbesserung der Gesundheitskompetenz innerhalb der Bevölkerung sind wichtige Ziele bei der Ausgestaltung von Gesundheitssystemen. Der Erhebung der Patientenperspektive kommt dabei eine immer größere Bedeutung zu. In Kooperation mit dem Commonwealth Fund (CWF) wurde im Jahr 2010 die Allgemeinbevölkerung in Deutschland und in zehn weiteren Ländern zu ihren Erfahrungen und ihrer Zufriedenheit mit dem jeweiligen Gesundheitssystem befragt. Das Ziel der vorliegenden Betrachtung ist es, die Ergebnisse dieser Befragung für Deutschland darzustellen und in den internationalen Kontext zu setzen.

**Material und Methoden:** Es wurden insgesamt 1005 Erwachsene in Deutschland telefonisch befragt. Die Rücklaufquote lag in Deutschland bei 20%, in den anderen Ländern zwischen 13 und 54%. Die Stichprobenziehung erfolgte zufällig. Der Fragebogen wurde vom CWF entwickelt und im Zeitraum von März bis Juni 2010 parallel in den Ländern Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Schweden, Schweiz, Großbritannien und USA eingesetzt.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass insgesamt 36,9% der Befragten in Deutschland der Meinung sind, dass das Gesundheitssystem gut funktioniert. Allerdings halten 11,7% es für komplett reformbedürftig. 83% der Befragten sind davon überzeugt, dass sie bei Bedarf eine effektive Versorgung bekommen, 70% sind zuversichtlich, dass sie sich die benötigte Versorgung leisten können. 66% geben an, bei Bedarf am selben oder spätestens am folgenden Tag einen Hausarzt aufsuchen zu können, 83% geben an, weniger als 4 Wochen auf einen Termin beim Facharzt warten zu müssen. Weitere Fragen, deren Ergebnisse auf dem Kongress präsentiert werden, beziehen sich u.a. auf die Themen „finanzielle Eigenbeteiligung“, „Krankenversicherung“ und die „Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung“.

**Schlussfolgerung:** Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und mit der medizinischen Versorgung sowie der Zugang zum System unterscheiden sich im internationalen Vergleich stark. Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Reformbedarfs mit dem Ziel der

Stärkung der Patientensouveränität und der Diskussion um einen Ausbau der Eigenbeteiligung von Patienten ist es wichtig, die deutschen Ergebnisse dieser Befragung detailliert zu analysieren. Insbesondere der internationale Vergleich erscheint wichtig, um Defizite und Besonderheiten in Deutschland zu erkennen und daraus Ansätze zur Verbesserung herausarbeiten zu können.

Bitte zitieren als: Miksch A, Götz K, Koch K, Szecsenyi J, Joos S. Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich aus Sicht der Allgemeinbevölkerung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf041.

DOI: 10.3205/11dkvf041, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0412

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf041.shtml>

## 042

### Das Deutsche Psoriasis-Register PsoBest: Sicherheit und Wirksamkeit der Biologika- und Systemtherapie bei Psoriasis und Psoriasis-Arthritis in der Versorgung – 30 Monate Pharmakovigilanz

Stephan Jeff Rustenbach<sup>1</sup>, Sandra Purwins<sup>1</sup>, Marc Alexander Radtke<sup>1</sup>, Kristian Reich<sup>2</sup>, Saskia Knopf<sup>1</sup>, Christina Spehr<sup>1</sup>, Matthias Augustin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UKE, IVDP, CVderm, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Dermatologikum Hamburg, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** PsoBest beobachtet die systemische Therapie der (mittel-)schweren Psoriasis und Psoriasis-Arthritis in Deutschland seit 2008. Im Gemeinschaftsprojekt von DDG, BVDD, pharmazeutischen Herstellern, Dermatologen und Patienten werden am CVderm (DIN ISO 9001:2008 zertifiziert) Wirksamkeit, patientenseitige Nutzen, Sicherheit und Nebenwirkungsprofile, Anwendung bei/Wirksamkeit auf Co-Morbidität, optimale Erhaltungsdosierungen und Prädiktoren der Response in der Versorgungsroutine untersucht.

Erstmalig auf ein Systemtherapeutikum eingestellte Patienten werden unabhängig der weiteren Therapie für 5 Jahre über standardisierte Arzt- und Patientenfragebögen beobachtet. Eine Methodik nach internationaler Guidance und ein interdisziplinäres Advisory Board sichern in Abstimmung mit dem Berufsverband und den Fachgesellschaften die wissenschaftliche Qualität. Als Mitglied des ENCePP-Netzwerks europäischer Psoriasis-Register (psonet) trägt PsoBest proaktiv zur Sicherheits-Überwachung in Europa bei.

**Material und Methoden:** Präsentiert werden Zwischenergebnisse zur Pharmakovigilanz nach 30 Monaten. Unerwünschte Ereignisse werden nach den europäischen Vorgaben in MedDRA<sup>®</sup> als preferred terms kodiert und einer System-Organ-Klasse zugeordnet. Die Zuordnung zu einer Exposition erfolgt, wenn das Ereignisdatum in einen Expositionszeitraum fällt, der ein Risikozeitfenster von 90 Tagen nach Expositionsende umfasst. Für maligne Erkrankungen und Todesfälle erfolgt die Zuordnung für jede vorausgehende Exposition während der Registerbeobachtung. Summarisch werden Anzahl der Ereignisse, Anzahl und Prozent der betroffenen Patienten sowie die Rate pro 100 Patientenjahre mit 95%-Vertrauensintervall separat für Be-

handlungsperioden mit Biologika- und Systemtherapie bestimmt. Eine Risikoadjustierung erfolgt in der Routineberichterstattung bisher nicht, obwohl systematische Unterschiede zwischen Biologika- und konventionell systemischer Behandlung (z.B. first-/second line Therapie) zu erwarten sind.

**Ergebnisse:** Den Ergebnissen liegen Daten von insgesamt 1479 Patienten zugrunde, von denen 619 Patienten eine Biologika- und 1030 Patienten eine Systemtherapie erhalten hatten. Die Patientenjahre (PJ) unter Behandlung summieren sich für Biologika- auf 702.6 Jahre und 918.2 Jahre für die konventionellen Systemtherapien. Insgesamt wurden 91 schwerwiegende unerwünschte Ereignisse bei 62 Patienten (4.2%) an PsoBest gemeldet, 51 Ereignisse unter Biologika- (42 Patienten, 6.8%) und 52 unter konventioneller Systemtherapie (36 Patienten, 5.0%). 17 Ereignisse (19%) davon traten im Risikofenster kombinierter Exposition bei 11 Patienten auf. Getrennt nach MedDRA<sup>®</sup>-SOC wurden Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort bei 1.94% der Biologika- (1.71/100 PJ) und 1.26% der Systemtherapiepatienten (1.42/100 PJ) beobachtet. Für Chirurgische und medizinische Eingriffe entsprechend 1.3% (1.00) vs. 0.68% (0.76), für Herzerkrankungen 0.81% (0.71) vs. 0.58% (0.65), für Infektionen 0.97% (0.85) vs. 0.38% (0.44) und für Neubildungen bei 65% (0.57) vs. 0.39% (0.44).

**Schlussfolgerung:** Die systematische Beobachtung liefert dringend nachgefragte Daten zur Sicherheit der Biologika- und Systemtherapie der Psoriasis und Psoriasis-Arthritis in der breiten Versorgung. Gegenwärtig werden die Ergebnisse klinischer Studien und die Sicherheit der zeitgemäßen Psoriasis-therapie in der Versorgungsroutine bestätigt. Mit zunehmender Laufzeit wird PsoBest relevante Langzeitbefunde generieren, die über die bisher verfügbare Evidenz hinausgehen.

Bitte zitieren als: Rustenbach SJ, Purwins S, Radtke MA, Reich K, Knopf S, Spehr C, Augustin M. Das Deutsche Psoriasis-Register PsoBest: Sicherheit und Wirksamkeit der Biologika- und Systemtherapie bei Psoriasis und Psoriasis-Arthritis in der Versorgung – 30 Monate Pharmakovigilanz. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf042.

DOI: 10.3205/11dkvf042, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0422

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf042.shtml>

## 043

### Das Deutsche Psoriasis-Register PsoBest: Sicherheit und Wirksamkeit der Biologika- und Systemtherapie bei Psoriasis und Psoriasis-Arthritis in der Versorgung – Soziodemographie, klinische Merkmale und Versorgungsverlauf nach 30 Monaten Beobachtungszeit

Stephan Jeff Rustenbach<sup>1</sup>, Sandra Purwins<sup>1</sup>, Marc Alexander Radtke<sup>1</sup>, Kristian Reich<sup>2</sup>, Saskia Knopf<sup>1</sup>, Christina Spehr<sup>1</sup>, Matthias Augustin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UKE, IVDP, CVderm, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Dermatologikum Hamburg, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** PsoBest beobachtet die systemische Therapie der (mittel-)schweren Psoriasis/Psoriasis-

Arthritis in Deutschland seit 2008. Im Gemeinschaftsprojekt von DDG, BVDD, pharmazeutischen Herstellern, Dermatologen und Patienten werden am CVderm (DIN ISO 9001:2008 zertifiziert) Wirksamkeit, patientenseitige Nutzen, Sicherheit und Nebenwirkungsprofile, Anwendung bei/Wirksamkeit auf Co-Morbidität, optimale Erhaltungsdosierungen und Prädiktoren der Response in der Versorgungsroutine untersucht.

**Material und Methoden:** Erstmals auf ein Systemtherapeutikum eingestellte Patienten werden unabhängig der weiteren Therapie für 5 Jahre über standardisierte Arzt- und Patientenfragebögen beobachtet. Eine Methodik nach internationaler Guidance und ein interdisziplinäres Advisory Board sichern in Abstimmung mit dem Berufsverband und den Fachgesellschaften die wissenschaftliche Qualität. Als Mitglied des ENCePP-Netzwerks europäischer Psoriasis-Register (psonet) trägt PsoBest proaktiv zur Sicherheits-Überwachung in Europa bei.

Alle 6 Monate erfolgt ein direktes outcome-reporting an die beteiligten Zentren, welches sowohl tabellarische und graphische Zusammenfassungen der mittleren Zentrumsperformance als auch des individuellen Behandlungsverlaufs jedes PsoBest-Patienten umfasst. Dieses zeitnahe Feedback in die Versorgung garantiert einen frühen Evidenztransfer und ermöglicht zugleich eine Sicherung der Versorgungsqualität und individuellen Behandlungsplanung auf Zentrums- und Patientenebene. Für das Register wird so eine Sicherung der Langzeitmotivation teilnehmender Zentren und Patienten erwartet.

**Ergebnisse:** Präsentiert werden der durchschnittliche Behandlungsverlauf über 30 Monate Beobachtungszeit sowie soziodemographische und klinische Charakteristika zur Baseline. Das mittlere Alter der 1479 Patienten (60% männlich) betrug 48 Jahre, die mittlere Erkrankungsdauer 19 ( $\pm$  14) Jahre. Biologika-Patienten ( $n=619$ ) waren tendenziell eher männlich (63 vs. 58%), älter (48.4 vs. 47.2 Jahre) und länger erkrankt (22.5 vs. 17.9 Jahre) als Systemtherapiepatienten ( $n=1030$ ). Nagelbeteiligung (65.3 vs. 54.8%) sowie Anzeichen einer Arthritis (41.4 vs. 21.65), Schweregrad (PASI:16.3 vs. 15.0, BSA:22.8 vs. 21.55) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (DLQI: 11.6 vs. 10.8, EQ 5-D VAS: 50.5 vs. 52.9) zeigen eine tendenziell höhere Belastung der Biologika-Patienten.

Insgesamt wurde der durchschnittliche Schweregrad der Psoriasis (PASI) durch die dermatologische Behandlung von 15.3 auf 5.1 gesenkt (55.1% mittlere Reduktion gegenüber der Baseline). Die durchschnittliche Belastung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (DLQI) nahm von 11.0 auf 3.3 ab (mittlere Reduktion 56.1%). Bei Vergleich der Subgruppen Psoriasis und Psoriasis-Arthritis, Geschlecht und den Altersklassen der Patienten <40 Jahre, 40-60 Jahre und >60 Jahre zeigen sich keine differentiellen Verläufe.

**Schlussfolgerung:** Die systematische Beobachtung der Psoriasis und Psoriasis-Arthritis liefert erstmals Daten zur Biologika- und Systemtherapie in der breiten Versorgung und über einen ausgedehnten Zeitraum. Deutlich wird, dass die Ergebnisse aus RCTs nicht auf die breite Versorgung übertragbar sind, die dort erreichte Effektivität wird in der Behandlungsroutine nur annähernd erzielt. Die Ergebnisse zeigen jedoch eine hohe Qualität der dermatologischen Versorgung der Psoriasis mit zeitgemäßer Biologika- und Systemtherapie und einen hohen Patientennutzen.

Bitte zitieren als: Rustenbach SJ, Purwins S, Radtke MA, Reich K, Knopf S, Spehr C, Augustin M. Das Deutsche Psoriasis-Register PsoBest: Sicherheit und Wirksamkeit der Biologika- und Systemtherapie bei Psoriasis und Psoriasis-Arthritis in der Versorgung – Soziodemographie, klinische Merkmale und Versorgungsverlauf nach 30 Monaten Beobachtungszeit. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf043.

DOI: 10.3205/11dkvf043, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0431

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf043.shtml>

## O44

### Das niedersächsische Nachuntersuchungsprojekt: Qualitätsanalysen zur Steigerung der Therapieeffizienz bei Frühgeborenen

Gabriele Damm<sup>1</sup>, Paul Wenzlaff<sup>1</sup>, Karsten Harms<sup>2</sup>, Wolfgang Voss<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ), Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen, Hannover, Deutschland

<sup>2</sup>Kinderzentrum des Klinikums Hildesheim, Hildesheim, Deutschland

<sup>3</sup>Sozialpädiatrisches Zentrum des Kinderkrankenhauses auf der Bult, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** Mit einer deutschlandweit einmaligen flächendeckenden prospektiven Langzeitstudie werden Aussagen über die Entwicklung extrem unreifer Frühgeborener getroffen, die als Basis für die Optimierung der Versorgungsqualität und Steigerung der Therapieeffizienz in den wichtigen ersten Lebensjahren dieser Hochrisikogruppe genutzt werden.

**Material und Methoden:** Nach einem standardisierten Untersuchungskonzept werden zu definierten Entwicklungszeitpunkten (6 Monate, 2 – 5 – 10 Jahre) mithilfe etablierter Entwicklungstests alle seit dem 1. Oktober 2004 in Niedersachsen geborenen Kinder (< 28 Schwangerschaftswochen) nachuntersucht und körperliche, entwicklungsneurologische sowie psychologische Daten erhoben. Durch die zusätzliche Untersuchung eines Vergleichskollektivs von reif geborenen Kindern in niedersächsischen Kindergärten wird eine valide Datenbasis für notwendige Fördermaßnahmen geschaffen.

**Ergebnisse:** 739 extrem unreife Frühgeborene (81% der Überlebenden) konnten in den ersten 5 Untersuchungsjahren nachuntersucht werden. Für 95 dieser Kinder liegen schon 5-Jahres-Ergebnisse vor. 78% dieser Frühgeburten werden nach 5 Jahren als beeinträchtigt eingestuft (51% auffällig, 27% deutlich auffällig). 85% der Kinder erhielten im Laufe der ersten 5 Lebensjahre eine Therapie bzw. wurden gefördert. Bei einem Viertel der Kinder wird im Alter von 5 Jahren ein zusätzlicher bzw. modifizierter Therapiebedarf festgestellt und es kann noch rechtzeitig vor dem Schulbesuch bei 12% der Kinder eine Ergotherapie und bei 10% der Kinder eine Logopädie eingeleitet werden.

**Schlussfolgerung:** Die Voraussetzung für ein zielgerichtetes Therapiekonzept der Hochrisikokinder sind standardisierte regelmäßige Untersuchungen und Analysen der medizinischen und therapeutischen Versorgung. Auf diese Weise kann eine Transparenz der

Versorgungssituation erzielt, ein Verbesserungsbedarf identifiziert und es können gezielt Maßnahmen abgeleitet werden („Die richtige Therapie zum richtigen Zeitpunkt für den richtigen Patienten“).

Mit dem Projekt wird erstmals eine Längsschnittanalyse in einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung an einem klar umschriebenen, gesundheitsökonomisch relevanten Kollektiv realisiert. Durch das systematische Untersuchungskonzept und die Kooperation der beteiligten Einrichtungen wird fundiertes Wissen zum Gesundheitsstatus der Kinder generiert und mittels eines dialogischen Ansatzes werden Handlungsempfehlungen erarbeitet um die Vermeidung von Fehlern (Unter- oder Fehltherapie, z.B. nicht erkannte Entwicklungsstörungen) zu forcieren und eine Steigerung der Therapieeffizienz zu bewirken.

#### Literatur

1. Wirtz M. Versorgungsnaher Organisationsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer, Glaeske, Schrappe, Hrsg. Lehrbuch Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer; 2011. p. 284-289.
2. Voss W, Damm G, Harms K, Wenzlaff P. Niedersächsisches Frühgeborenen-Nachuntersuchungsprojekt. Entwicklungsergebnisse von extrem unreifen Frühgeborenen im Alter von 2 Jahren. Pädiat prax. 2010; 76: 203-212.
3. SVR-Sondergutachten: Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundestags-Drucksache. 2009; 16/13770. Available from: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>
4. Larroque B, et al. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. Lancet. 2008; 371:813-820.
5. Neubauer AP, Voss W, Kattner E. Outcome of extremely low birth weight survivors at school age: the influence of perinatal parameters on neurodevelopment. 2008; 167:87-95.
6. Geraedts M, Schwenk U. Wie rückt Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung? – Ergebnisse einer Delphi- und Akteurbefragung. Qualität im Fokus. 2009.
7. Voss W, Neubauer AP, Wachtendorf M, Verhey JF, Kattner E. Neurodevelopmental outcome in extremely low birth weight infants. What is the minimum age of reliable developmental prognosis? Acta Paediat. 2007;96: 342-347.

Bitte zitieren als: Damm G, Wenzlaff P, Harms K, Voss W. Das niedersächsische Nachuntersuchungsprojekt: Qualitätsanalysen zur Steigerung der Therapieeffizienz bei Frühgeborenen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf044. DOI: 10.3205/11dkvf044, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0449  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf044.shtml>

045

#### Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE)

Antje Hammer, Oliver Ommen, Holger Pfaff  
IMVR, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Krankenhäuser in Europa verfügen über ein breites Spektrum an Qualitätsverbesserungsstrategien, wie Ereignisberichtssysteme, evidenzbasierte Leitlinien oder Audits. Das Wissen über die Wirksamkeit dieser Strategien, als Bestandteil des Qualitäts- und Risikomanagements, ist jedoch begrenzt. Ziel dieser von der EU (7. Rahmenprogramm) geförderten

Studie ist es daher, die Beziehung zwischen dem organisationalen Qualitätsmanagement, der Organisationskultur, der Einbindung von Fachkräften und dem Patienten-Empowerment auf der einen Seite sowie der Versorgungsqualität auf der anderen Seite zu analysieren.

**Material und Methoden:** Seit Mai 2011 werden in insgesamt 8 Europäischen Ländern (Tschechien, Frankreich, Deutschland, Polen, Portugal, Spanien, Türkei und Großbritannien) Daten auf Basis eines Multi-Methodenansatzes erhoben und analysiert. Die Datenerhebung erfolgt auf Krankenhaus-, Abteilungs-, Mitarbeiter- und Patienten- Ebene. Für die Bewertung krankenhauserweiter Qualitätsverbesserungsstrategien werden in jedem der teilnehmenden Länder 30 zufällig ausgewählte Krankenhäuser in die Stichprobe eingeschlossen. Zusätzlich werden in 12 dieser 30 Krankenhäuser, Daten von Patienten erhoben, die hinsichtlich einer der vier Indikationen Akuter Myokardinfarkt, Hirninfarkt, Fraktur des Femurs und Spontangeburt behandelt werden. Hierzu wurden verschiedene Instrumente zur Datenerhebung auf Krankenhaus-, Abteilungs- und Patientenebene entwickelt. Der Abschluss der Datenerhebung ist für November 2011 vorgesehen.

**Ergebnisse:** Die Präsentation zielt darauf ab, einen Überblick über die verschiedenen, im Rahmen des Projektes entwickelten Instrumente, zu liefern.

**Schlussfolgerung:** Insgesamt werden zwei wesentliche Resultate erwartet: Zum einen sollen Anleitungen für Krankenhäuser entwickelt werden, die einen fundierten Überblick über die Wirksamkeit von Qualitäts- und Sicherheitsstrategien sowie ihrer Umsetzung auf Krankenhaus- und Abteilungsebene liefern. Zum anderen soll ein Bewertungsschema entwickelt werden, das es ermöglicht, wesentliche Qualitäts- und Sicherheitsstrategien für Europäische Krankenhäuser zu identifizieren. Die Ergebnisse dieser Studie werden den Krankenhäusern in Form eines Kataloges, für den individuellen Aufbau krankenhauserweiterungs- und abteilungsspezifischer Qualitäts- und Sicherheitsprogramme zur Verfügung gestellt. Dieser Katalog enthält außerdem ein Bewertungsschema für Leistungseinkäufer zur Beurteilung von Qualitätssicherungssystemen im Krankenhaus.

Bitte zitieren als: Hammer A, Ommen O, Pfaff H. Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf045. DOI: 10.3205/11dkvf045, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0451  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf045.shtml>

046

#### Demographic changes and medical development – Influence on the future expenses on prescribed drugs

Reinhard Schuster, Eva von Arnstedt  
MDK-Nord, Lübeck, Germany

**Background:** Demographic changes in general and the aging of our society in particular is a well known problem for the public economy. So in the system of statutory health insurances the growing number of elderly

patients is often seen as relevant for further economic development. The question arises if the aging of society is the main reason for the cost increase or if there might be other implications as for example medical development. The expenses for prescribed drugs are the second largest part in the costs of statutory health insurances and an ever-growing one. Therefore on behalf of gross expenditures of prescribed drugs, we analysed age dependent costs and number of patients for the years 2006 to 2010 and developed prognosis up till 2014. Next we looked for medication differences with respect to different ages.

**Materials and methods:** We examined drug prescription data of a regional representative sample of statutory health insurances. According to age, costs were analysed from 2006 to 2010 and the situation for 2014 was prospected. This was achieved by a kind of Markov model based on annually transition coefficients for age and expenses. Furthermore we considered age specific cost-development.

In order to evaluate the influence of medication differences, we examined drug groups (level two of the international ATC – anatomical therapeutic chemical – classification) with respect to cost-proportion of total expenditure, quantities prescribed and price per patient.

**Results:** In order to evaluate the influence of demographic changes, age distributions of patient-numbers and according to costs were examined. For the period 2006 to 2010 as well as the projected period till 2014, the fraction of patients older than 65 years moderately increased whereupon the fraction of costs for this population sank slightly. The highest increase could be found in the fraction of expenses for the 40 to 50 year old. For drug groups with high rise in costs, different patterns can be found. One of these has a peak for the age group 65 to 75 years (type A) while another shows the highest cost-proportion for the 40 to 50 year old (type B). Drugs with low costs per patients are likely to show a distribution of type A while high priced drugs are either similar distributed to total expenses or show type B distribution.

**Conclusions:** The aging of society seems not to be the major reason for the cost increase in the public health system. Elderly patients do get a high number of medicals but these by the majority belong to ATC groups with a low cost per patient ratio. The innovative and highly expensive drugs are focused on middle aged patients. It is that age group which shows an increase in cost ratio. Therefore we conclude that the aging of our society might have a minor effect on the economic situation of the public health system, but that the growing number of highly expensive innovative drugs already has high effect and will increase in influence.

Please cite as: Schuster R, von Arnstedt E. Demographic changes and medical development – Influence on the future expenses on prescribed drugs. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf046. DOI: 10.3205/11dkvf046, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0468  
Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf046.shtml>

O47

## Depressive Symptoms in Late Life: Incidence, Persistence and Risk Factors – Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+)

Melanie Lupp<sup>1</sup>, Claudia Sikorski<sup>1</sup>, Tobias Luck<sup>1</sup>, Siegfried Weyerer<sup>2</sup>, Hans-Helmut König<sup>3</sup>, Steffi G. Riedel-Heller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Social Medicine, Occupational Health and Public Health, University of Leipzig, Leipzig, Germany

<sup>2</sup>Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany

<sup>3</sup>Department of Medical Sociology and Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

**Background:** With regard to the increasing importance of depressive symptoms in the elderly population, the present study aims to determine the incidence, risk factors and the course of depression in latest-life within a German population-based, representative study of individuals aged 75 years and older.

**Materials and methods:** As part of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+), a population-based sample of 1,265 individuals aged 75 years and older were interviewed on socio-demographic, clinical, and psychometric variables. Depressive symptoms were assessed using the CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression scale; cut-off score  $\geq 23$ ); cognitive state was assessed using the Mini-Mental Status Examination. Predictors of depressive symptoms were determined with Cox proportional hazards regression models.

**Results:** The incidence of depression in the 860 participants without depression at baseline was 34 per 1,000 person-years (95% confidence interval 31–37). Female gender, a poor self-rated health status, stroke in the past, risky alcohol consumption, a poor social network, higher number of specialist's visits, and functional impairment increased the risk of development of depression. The CES-D score at baseline was associated with a 20% increased risk per point increase. During the 8-year follow-up, we observed remission in 55%, an unstable course in 22% and a chronic course in 23% of the participants.

**Conclusions:** Since depressive symptoms are common in oldest age and associated with broad categories of risk factors, late-life depression represents an important public health issue. Employment of comprehensive geriatric assessment to ascertain depressive symptoms and its concomitants could help to improve treatment success.

Please cite as: Lupp M, Sikorski C, Luck T, Weyerer S, König HH, Riedel-Heller SG. Depressive Symptoms in Late Life: Incidence, Persistence and Risk Factors – Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf047.

DOI: 10.3205/11dkvf047, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0471

Freely available from:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf047.shtml>

048

## Der Einfluss von ECASS III auf die Thrombolyserate von Schlaganfallpatienten

Heike Wersching, Jens Minnerup, Jürgen Wellmann, Klaus Berger

Universität Münster, Münster, Deutschland

**Hintergrund:** Durch die Ergebnisse der European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS III) wurde das Zeitfenster für die systemische Thrombolyse von 3 auf 4,5 Stunden nach Symptombeginn eines ischämischen Schlaganfalles ausgedehnt [1]. Da der insgesamt geringe Anteil lysierter Patienten auch auf das begrenzte therapeutische Zeitfenster zurückgeführt wird, war mit der Publikation von ECASS III die Hoffnung verbunden, dass zukünftig mehr Schlaganfallpatienten mit einer Thrombolyse behandelt werden. In der vorliegenden Studie haben wir untersucht, wie sich die Publikation von ECASS III im September 2008 sowie die nachfolgende Änderung der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie im Mai 2009 auf die Thrombolyserate von Schlaganfallpatienten auswirken. Zudem wurde bestimmt, ob das erweiterte Zeitfenster zu einer Verzögerung des Lysebeginns, also zu einer verlängerten Door-To-Needle-Zeit (DTN) führt.

**Material und Methoden:** Die prospektiv erhobenen Daten des Schlaganfallregisters Nordwestdeutschland aus dem Zeitraum von Januar 2007 bis Dezember 2009 wurden für die Analyse herangezogen. Die Zeit von Symptombeginn bis zur Aufnahme in der Klinik wurde in 4 Gruppen kategorisiert (<2, 2-3, 3-6 und >6 Stunden). Die DTN wurde in <30, 30-60, 60-120, 120-180 und >180 Minuten kategorisiert. Zum Vergleich der Thrombolyserate vor und nach Publikation von ECASS III bzw. vor und nach der Leitlinienänderung wurde eine logistische Regression durchgeführt.

**Ergebnisse:** Es wurden 91.805 Patienten mit ischämischem Schlaganfall in die Analyse eingeschlossen. Hiervon erhielten 9.262 (10,1%) eine systemische Thrombolyse. Der Anteil lysierter Patienten nahm signifikant über die Zeit zu. Die stärkste Zunahme konnte zwischen dem dritten und vierten Quartal 2008 für Patienten, die zwischen 3 und 6 Stunden nach Symptombeginn aufgenommen wurden, verzeichnet werden (88,9 % relative Zunahme der Thrombolyserate im vierten Quartal 2008 verglichen mit dem ersten Halbjahr 2007,  $P < 0,05$ ). Ein weiterer überproportionaler Anstieg zeigte sich zwischen dem zweiten und vierten Quartal 2009 (144,4 % bzw. 194,4 % relative Zunahme der Thrombolyserate im dritten bzw. vierten Quartal 2009 verglichen mit dem ersten Halbjahr 2007,  $P < 0,05$ ). In den Jahren 2007 bis 2009 nahm der Anteil von Patienten mit einer DTN unter 30 Minuten zu und der Anteil von Patienten mit einer DTN über 60 Minuten nahm ab.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse von ECASS III wurden unmittelbar nach Publikation der Studie in die klinische Routine übernommen. Vor allem Patienten, die zuvor aufgrund des Zeitfensters von 3 Stunden nicht lysiert werden konnten erhielten vermehrt eine systemische Thrombolyse. Die Änderungen der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie führten zu einem weiteren Anstieg der Lyserate. Eine zuvor befürchtete Verzögerung des Lysebeginns wurde nicht beobachtet.

## Literatur

1. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Davalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2008; 359(13):1317-1329.

Bitte zitieren als: Wersching H, Minnerup J, Wellmann J, Berger K. Der Einfluss von ECASS III auf die Thrombolyserate von Schlaganfallpatienten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf048. DOI: 10.3205/11dkvf048, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0484

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf048.shtml>

049

## Der Medication Appropriateness Index (MAI) als Zielgröße für komplexe Interventionen: erste Erfahrungen aus der PRIMUM-Pilotstudie (BMBF-Förderkennzeichen: 01GK0702)

Christiane Muth<sup>1</sup>, Sebastian Harder<sup>2</sup>, Justine Rochon<sup>3</sup>, Birgit Fullerton<sup>1</sup>, Martin Beyer<sup>1</sup>, Marjan van den Akker<sup>4</sup>, Ferdinand M. Gerlach<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin / Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Klinische Pharmakologie / ZAFES, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Medizinische Biometrie und Informatik (IMBI), Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

<sup>4</sup>Netherlands School of Primary Care Research – CaRe, Department of General Practice, Maastricht University, Maastricht, Niederlande

**Hintergrund:** Multimedikation als Folge von Multimorbidität ist ein zentrales Problem der Hausarztpraxis und erhöht das Risiko für unangemessene Arzneimittel-Verordnungen (VO). Um die Medikation bei älteren, multimorbiden Patienten zu optimieren und zu priorisieren, wurde eine computergestützte, durch Medizinische Fachangestellte (MFA) assistierte, komplexe Intervention (checklistengestütztes Vorbereitungsgespräch sowie Überprüfung eingenommener Medikamente durch MFA, Einsatz des web-basierten Arzneimittelinformationsdienstes AiD, spezifisches Arzt-Patienten-Gespräch) entwickelt und in einer 12-monatigen Pilotstudie auf Machbarkeit getestet. Ein auf 9 Items reduzierter MAI [1] wurde eingesetzt, um dessen Eignung als potentielles primäres Outcome der Hauptstudie zu prüfen.

**Material und Methoden:** In die Pilotstudie in 20 Hausarztpraxen mit Cluster-Randomisation auf Praxisebene in Kontrollgruppe (Regelversorgung b. empfohlenem Standard) vs. Interventionsgruppe (komplexe Intervention b. empfohlenem Standard) wurden 5 Pat./Praxis eingeschlossen ( $\geq 65$  Jahre,  $\geq 3$  chron. Erkrankungen,  $\geq 5$  Dauermedikamente, MMSE  $\geq 26$ , Lebenserwartung  $\geq 6$  Monate). Zur Bewertung des MAI wurden an Baseline (T0), 6 Wo. (T1) & 3 Mon. (T2) nach Intervention erhoben: VO, Diagnosen, Natrium, Kalium & Kreatinin i.S., Größe, Gewicht, Geschlecht, Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) [2] durch die Hausarztpraxis; Symptome für unerwünschte Arzneimittelwirkungen im Patienten-Telefoninterview.

Für den MAI wurde die Angemessenheit jeder VO in den 9 Kategorien Indikation, Effektivität, Dosierung, korrekter & praktikabler Applikationsweg, Arzneimittelwechselwirkung, Drug-disease-Interaktion, Doppelverordnung, Anwendungsdauer 3-stufig bewertet (1 = korrekt - 3 = unkorrekt) und für die Auswertung auf Patientenebene summiert. Die Bewertung erfolgte ohne Kenntnis der Gruppenzugehörigkeit. Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalysen, ungewichtete Auswertung und Gewichtung n. Bregnhøj [3].

**Ergebnisse:** Es wurden N=100 Patienten in die Studie eingeschlossen, im Mittel 76 Jahre (Standardabweichung, SD 6; Range, R: 64-93), 52% Frauen, durchschnittlich 9 VO/Pat. (SD 2; R 4-16), mittlerer CIRS-Score 10 (SD 4; R 0-23). Basierend auf N=851 VO (100 Pat.) zu T0 betrug der Reliabilitätskoeffizient (RK, Cronbachs Alpha) der ungewichteten 9 Items 0,70. Items 1-5 wiesen akzeptable Trennschärfen auf (0,52-0,64), die der Items 6, 7 & 9 fielen mit 0,21-0,29 niedriger aus, die des Item 8 betrug 0,06. Auf der Basis der 9 gewichteten Items fiel die interne Konsistenz des MAI erwarteter höher aus (0,75). Die Reliabilitätsanalysen auf VO-Ebene zeigten einen RK von 0,67 (ungewichtet) vs. 0,75 (gewichtet), die Trennschärfen waren vergleichbar. Zur Zwischenauswertung betrug der MAI (T1-T0) in der Interventionsgruppe (5 Praxen, 24 Pat.) -0,9 (SD 5,6), in der Kontrollgruppe (7 Praxen, 35 Pat.) -0,5 (SD 4,9); die Differenz zwischen beiden Gruppen Mi-Mk -0,4 [95% Konfidenzintervall: -3,4;2,6].

**Schlussfolgerung:** Der MAI ist als potentiell primäres Outcome in der Hauptstudie geeignet: wenige fehlende Werte, Darstellung von Unterschieden prä-post und zwischen den Gruppen, akzeptable interne Konsistenz. Der niedrige Trennschärfekoeffizient des Items 8 weist darauf hin, dass dieses Item nicht mit dem Gesamt-Skalenwert korreliert, auch die Items 6, 7 und 9 korrelieren wesentlich schwächer mit dem Gesamt-Skalenwert als die Items 1 bis 5. Eine Wichtung z.B. der Items 2, 5, 6 und 9 könnte erwogen werden, um den Fokus der Intervention in der Hauptzielgröße angemessen abzubilden.

#### Literatur

1. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol.* 1992 Oct;45(10):1045-51.
2. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc.* 1968 May;16(5):622-6.
3. Bregnhøj L, Thirstrup S, Kristensen MB, Bjerrum L, Sonne J. Combined intervention programme reduces inappropriate prescribing in elderly patients exposed to polypharmacy in primary care. *Eur J Clin Pharmacol.* 2009 Feb;65(2):199-207.

Bitte zitieren als: Muth C, Harder S, Rochon J, Fullerton B, Beyer M, van den Akker M, Gerlach FM. Der Medication Appropriateness Index (MAI) als Zielgröße für komplexe Interventionen: erste Erfahrungen aus der PRIMUM-Pilotstudie (BMBF-Förderkennzeichen: 01GK0702). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc1dkvf049. DOI: 10.3205/11dkvf049, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0499

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf049.shtml>

#### O50

### Der medizinische Nutzen als Kriterium für eine Priorisierung in der Onkologie: qualitative Stakeholderinterviews

Marina Otten, Margrit Schreier  
 Jacobs University, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Der Bereich der Onkologie ist unter anderem bekannt für eine hohe Mortalität und Morbidität sowie für hohe Kosten und starke Nebenwirkungen. Auch hier machen sich die aktuellen Probleme des Gesundheitswesens, wie der demografische Wandel, medizinische Innovationen und dem daraus resultierenden Kostendruck, bemerkbar. Es ist absehbar, dass in Zukunft nicht mehr alle bisherigen Leistungen für alle gesetzlich Krankenversicherten finanziert werden können, was eine explizite Prioritätenbildung bzw. Auswahlentscheidung notwendig macht.

Das Ziel dieser Erhebung ist es, Präferenzen von verschiedenen Personengruppen empirisch zu untersuchen und deren Kriterien hinsichtlich der Verteilung medizinischer Leistungen in der Onkologie zu erheben.

**Material und Methoden:** Es wurden 16 teilstrukturierte Interviews mit unterschiedlichen Stakeholdern (acht Patienten, drei Onkologen, drei Mitarbeiter des Pflegepersonals sowie jeweils ein Verwaltungsmitarbeiter bzw. Vertreter der Krankenkassen) durchgeführt. Dabei wurden unter anderem ihre Meinungen über die Verteilung finanzieller Mittel im Gesundheitswesen in Relation zur Onkologie sowie innerhalb der Onkologie erhoben. Ihre Einstellungen zur evidenzbasierten Medizin und zur Berücksichtigung von Kosten bei der Überlegung, ob eine Behandlung durchgeführt wird oder nicht, wurden untersucht. Die Interviews wurden daraufhin vollständig transkribiert sowie inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse:** Der medizinische Nutzen stellte einen Hauptfaktor für Entscheidungen in den o.g. Bereichen dar. Ein erster Schwerpunkt der Befragten lag auf dem therapeutischen Nutzen und insbesondere auf der Wirksamkeit einer Therapie, der von der Mehrzahl der Befragten über alle Stakeholdergruppen hinweg als zentrales Kriterium für die Finanzierung einer therapeutischen Maßnahme angesetzt wurde. Allerdings wurde dieses Kriterium zwar als notwendig, nicht jedoch als hinreichend angesehen. Ergänzende Kriterien, die im Zusammenhang mit dem therapeutischen Nutzen betrachtet wurden, umfassten u.a.: Nutzen für den einzelnen Patienten, Heilungschancen, Zustand des Patienten, Lebensqualität und Nebenwirkungen einer Behandlung. Auch die Dringlichkeit einer Behandlung und die Lebensverlängerung, die ein Patient durch sie erzielt, spielte bei der Entscheidung eine wichtige Rolle. Diese Kriterien wurden von den unterschiedlichen Stakeholdern recht einheitlich gehandhabt, sie argumentierten jedoch aus ihrer jeweiligen interessengerechten Sicht als Stakeholder heraus.

**Schlussfolgerung:** Die Erhebung zeigt, dass der medizinische Nutzen in der Onkologie eine besondere Rolle bei der Überlegung spielt, welche Behandlung an welchem Patienten durchgeführt wird. Dabei wird nicht nur der Nutzen oder die Wirksamkeit der Therapien betrachtet, sondern der individuelle Patient rückt in den Mittelpunkt. Diese Untersuchung macht zusätzlich deutlich, dass sich unterschiedliche Interessengruppen

zwar hinsichtlich der Bedeutung eines Entscheidungskriteriums einig sein können, sie die Situation allerdings aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten. Zu der Frage, inwieweit diese unterschiedlichen Perspektiven eventuelles Konfliktpotenzial beinhalten, sind weitere Untersuchungen erforderlich.

Bitte zitieren als: Otten M, Schreier M. Der medizinische Nutzen als Kriterium für eine Priorisierung in der Onkologie: qualitative Stakeholderinterviews. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf050. DOI: 10.3205/11dkvf050, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0504

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf050.shtml>

051

### DFG-Nachwuchsakademie Versorgungsforschung – Konzept – Ablauf – Teilnehmerrückmeldungen

Martin Scherer<sup>1</sup>, Dagmar Lühmann<sup>2</sup>, Hanna Kaduskiewicz<sup>3</sup>, Bettina Villmann<sup>2</sup>, Meike Thiele<sup>1</sup>, Heiner Raspe<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Sozialmedizin, Universität Lübeck, Lübeck, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

<sup>4</sup>Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Universität Lübeck, Lübeck, Deutschland

**Hintergrund:** Trotz einer nennenswerten Förderung können relevante Fragestellungen der Versorgungsforschung nicht bearbeitet werden, weil es an qualifizierten jüngeren Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern fehlt.

**Material und Methoden:** Anfang Dezember 2010 fand die erste Phase der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) neu eingerichteten Nachwuchsakademie Versorgungsforschung in den Instituten für Sozialmedizin und Krebs Epidemiologie der Universität zu Lübeck statt. Durch sie sollen interessierte Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler, die sich mit Fragen der Versorgungsforschung beschäftigen, in einem frühen Stadium ihrer Karriere gefördert werden, indem sie frühzeitig eigene Forschungsfragen formulieren und an die erste eigene Drittmittelinwerbung herangeführt werden. Auf dem Kongress möchten wir über Hintergrund, Konzept, Umsetzung und Zukunft des Projekts berichten.

**Ergebnisse:** Interessenten mussten sich mit einer Projektskizze bewerben und entweder promoviert bzw. kurz vor Abgabe ihrer Dissertation sein. Nach breiter Ausschreibung gingen 120 Bewerbungen ein, von denen 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einem aufwändigen Begutachtungsprozess ausgewählt wurden. Die vorgeschlagenen Projektthemen wiesen ein breites Spektrum auf und umfassten u. a. Fragestellungen zum Versorgungszugang und Schnittstellen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, zur Qualitätsförderung in Praxen (z.B. Evaluation von Disease-Management-Programmen) oder zu Zielvereinbarungen in der Rehabilitation. Ein besonderes versorgungswissenschaftliches Interesse galt Personen mit Migrationshintergrund.

Die fünftägige Nachwuchsakademie hatte zwei Arbeitsschwerpunkte: Zum Einen hatten die Teilnehmer Gelegenheit, ihre Projektskizzen vorzustellen, mit Experten zu diskutieren und in interaktiver Kleingruppenarbeit weiter zu entwickeln. Zum Anderen gaben renommierte Expertinnen und Experten aus dem In- und Ausland in Vorträgen und Diskussionen Einblick in aktuelle konzeptionelle und methodische Entwicklungen der Versorgungsforschung. Das unmittelbar nach der Veranstaltung eingeholte Feedback der Teilnehmer signalisierte, dass insbesondere die supervidierte Arbeit an der eigenen Projektskizze als hilfreich empfunden wurde.

**Schlussfolgerung:** Im Nachgang zur Veranstaltung haben die Teilnehmer nun Gelegenheit, ihren Forschungsantrag zu finalisieren und als Sachbeihilfeantrag bei der DFG einzureichen. In einem Jahr werden die Kandidatinnen und Kandidaten zu einem Alumni-Treffen eingeladen. Anfang 2012 soll eine zweite DFG-Nachwuchsakademie stattfinden.

Bitte zitieren als: Scherer M, Lühmann D, Kaduskiewicz H, Villmann B, Thiele M, Raspe H. DFG-Nachwuchsakademie Versorgungsforschung – Konzept – Ablauf – Teilnehmerrückmeldungen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf051. DOI: 10.3205/11dkvf051, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0512

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf051.shtml>

052

### Diabetes patients taking part in the national Disease Management Program: pharmacotherapy and comorbidities

Gabriele Köhler<sup>1</sup>, Petra Wippenbeck<sup>1</sup>, Sebastian Harder<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MedicalContact AG, Essen, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Klinische Pharmakologie/ZAFES, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Deutschland

**Background:** The telephone-based coaching program for chronic ill patients with diabetes mellitus "Intensivberatung Diabetes mellitus" is an addition to the national structured care program ("DMP") for diabetes patients. It is designed to decrease the progression of diabetes mellitus and to avoid cost-intensive sequelae and concomitant diseases. Patients eligible are selected by an algorithm which relies on age, previous hospitalisations and amount of practitioners prescribing antidiabetics or antidiabetics and medication for hypertension. Currently more than 3000 patients participate in the coaching program. Incident patients are contacted and undergo a problem-oriented case management by experienced health care coaches aimed to advice patients regarding lifestyle management, physicians surveillance, medication use and risk management. This study should give insight in the treatment and comorbidities of diabetes patients and whether pharmacotherapy of the treating doctors addresses these facts.

**Materials and methods:** In a subset of diabetic patients, who inscribed in the programme in the 4. quarter in 2009, data on medication use up to 4 quarters before (period 1) and 4 quarters after (period 2) inclusion of the programme was selected. This cohort consisted of 262 patients (172 male/90 female; age 17–

76 years). Using Risk Classification Groups (RCG®), a condensation of ICDs in groups of chronic conditions, we analysed comorbidities, summarized the prescriptions of the 4 quarters in each period and derived the arithmetic mean.

**Results:** The mean value of RCG´s per patient is 10.2 (min. 2, max. 23). Most of the patients have also hypertension (83.5%), other moderate endocrine and metabolic disorders or nutritional disturbances (82.5%), pain disorders/diseases of musculoskeletal system (74.8%) and mental disorders (69.4%). We found a gradual increase in the use of insuline preparations (fast acting insuline and analoga 43.6% in period 1 vs. 49.6% in period 2, intermediate acting insuline and analoga 14.2% vs. 19.1%, long acting insuline and analoga 14.4% vs. 17.5%, intermediate acting insuline mixed with fast acting insuline and analoga 3.4% vs. 4.2%), suggesting intensified insuline therapy after entering the programme. An increase was also noted for the use of statins (26.7% vs. 30.1%) and the rate of ACE-inhibitors or angiotensin-receptor-blockers (66.8% to vs. 70.2%). The rate for platelet inhibitors remained widely unchanged (10.7% to 10.8%), indicating no apparent deterioration of the patients condition. A decline was noted in the use of oral antidiabetics: metformine (66.1% vs. 62.0%), sulfonylureas (16.9% vs. 13.3%) and glitazones (5.8% vs. 3.8%).

**Conclusion:** The increase of the prescription of insuline (analoga, fast acting insuline and premixed-insulin) might be a result of the intensification of the therapy with insuline caused by unsatisfying blood-glucose-rates, higher consumption of insuline due to increase of weight or adaption of the therapy in consequence of a malfunction of oral antidiabetics on type 2 diabetes patients. Probably the last fact could be explained with the decrease of the prescriptions of oral antidiabetics. Follow-up analyses, including metabolic-parameters, weight and type of diabetes (in particular analyses for type-2) should be done. The high rate of the concomitant disease hypertension or sequelae like nephropathy might be a reason for the increasing prescription-rate of ACE-inhibitors or angiotensin-receptor-blockers. This should be verified in further analyses. Also it might be interesting to examine to what extend participants of this program get a pharmacotherapy more conform to medical guidelines than other patients.

Please cite as: Köhler G, Wippenbeck P, Harder S. Diabetes patients taking part in the national Disease Management Program: pharmacotherapy and comorbidities. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf052.  
DOI: 10.3205/11dkvf052, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0525  
Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvvf2011/11dkvf052.shtml>

053

## Die Berücksichtigung der Patientenperspektive in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren: eine systematische Literaturübersicht

Thomas Kötter<sup>1</sup>, Friederike Schaefer<sup>2</sup>, Eva Blozik<sup>2</sup>, Martin Scherer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin / UKE, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Sozialmedizin / UK S-H, Lübeck, Deutschland

**Hintergrund:** Qualitätsindikatoren (QI) werden in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung verwendet, um Qualität zu messen, vergleichen und zu verbessern. Für die effiziente Entwicklung von qualitativ hochwertigen QI sind anerkannte und evidenzbasierte Entwicklungsmethoden die Voraussetzung [1]. Die Vorstellung von Qualität variiert jedoch zwischen Leistungserbringern, Patienten und anderen Interessengruppen [2]. Die Berücksichtigung der Patientenperspektive bei der Entwicklung von QI wird daher gefordert, bisher werden Patienten jedoch selten und auf uneinheitliche Art und Weise beteiligt [3]. Diese systematische Übersichtsarbeit zielt darauf ab, bisher beschriebene Methoden zur Einbeziehung der Patientenperspektive in die Entwicklung und von QI zu sammeln und gegenüberzustellen.

**Material und Methoden:** Wir haben Medline, Embase und Cinahl mit einer aus kontrolliertem Vokabular und Freitextbegriffen zusammengestellten Suchstrategie nach Studien, in denen Methoden zum Einbezug der Patientenperspektive in die Entwicklung von QI beschrieben werden, durchsucht. Zusätzlich haben wir nach Grauliteratur gesucht und Experten auf dem Gebiet der QI-Entwicklung kontaktiert. In einem dreistufigen Screeningverfahren identifizierten wir relevante Literatur. Im Anschluss führten wir eine Referenzlisten-suche zur Vervollständigung der Literaturrecherche durch. Wir extrahierten aus relevanten Publikationen anhand eines vorab entwickelten Extraktionsformulars diverse methodische Variablen, technische Informationen sowie Daten zur Qualitätsbeurteilung. Die Methoden wurden gegenübergestellt, Stärken und Schwächen verschiedener Ansätze analysiert und diskutiert.

**Ergebnisse:** Aus insgesamt 1.214 Primärtreffern identifizierten wir zehn relevante Publikation. Die Studien zeigten sich heterogen hinsichtlich Qualität und methodischem Ansatz. Drei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze wurden identifiziert: Fragebögen, Fokusgruppeninterviews und individuelle Interviews. Zusätzlich lassen sich die Ansätze nach Art und Anzahl der Personen, die einbezogen werden (bspw. Patienten, Patientenvertreter oder Angehörige), sowie nach dem Zeitpunkt ihres Einbezugs (z.B. Auswahl potentieller QI, Bewertung dieser i. R. e. Panelverfahrens oder Bewertung bestehender QI), weiter differenzieren. Die meisten der relevanten Publikationen beschreiben die Entwicklung von QI für die Versorgung von Krebspatienten, einem Gebiet, in dem die Berücksichtigung der Patientenperspektive als besonders weit verbreitet erscheint.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse unserer systematischen Übersichtsarbeit zeigen, dass zwar – insbesondere im Bereich der Versorgung von Krebspatienten – Aktivitäten hinsichtlich der Berücksichtigung der Patientenperspektive in der Entwicklung von QI vorhanden sind. Diese müssen jedoch in Zukunft noch deut-

lich ausgebaut und von einer systematischen Evaluation begleitet werden. Denn noch ist unklar, auf welche Art die Patientenperspektive in der Entwicklung von QI am besten berücksichtigt werden kann.

#### Literatur

1. Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Braspenning J, Ouwens M, Schouten J, Marres H, Dijkstra R, Grol R. Clinical indicators: development and application. *Netherlands Journal of Medicine*. 2007;65:15-22
2. Gagliardi A, Lemieux-Charles L, Brown A, Sullivan T, Goel V. Stakeholder preferences for cancer care performance indicators. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008;21:175-189.
3. Ouwens MM, Marres HA, Hermens RR, Hulscher MM, van den Hoogen FJ, Grol RP, Wollersheim HC. Quality of integrated care for patients with head and neck cancer: Development and measurement of clinical indicators. *Head & Neck*. 2007;29:378-86.

Bitte zitieren als: Kötter T, Schaefer F, Blozik E, Scherer M. Die Berücksichtigung der Patientenperspektive in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren: eine systematische Literaturübersicht. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf053. DOI: 10.3205/11dkvf053, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0531

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf053.shtml>

## 054

### Die Biographieanalyse – ein qualitatives Verfahren zur Untersuchung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen am Beispiel der Inanspruchnahme künstlicher Befruchtung (IVF/ICSI)

Britt Hoffmann

Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Magdeburg, Deutschland

**Hintergrund:** Mit Methoden qualitativer Sozialforschung kann die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ausgehend von subjektiven Handlungsorientierungen und Sinnzuschreibungen der Patientinnen untersucht werden. Am Beispiel der Inanspruchnahme künstlicher Befruchtung (IVF, ICSI) soll gezeigt werden, welches spezifische Erkenntnisinteresse das qualitative Verfahren der Biographieanalyse nach Schütze [1], [2] verfolgt und welchen Nutzen es für die Versorgungsforschung haben kann. Die Reproduktionsmedizin ist durch zwei Besonderheiten gekennzeichnet: a) Der Krankheitswert der ‚ungewollten Kinderlosigkeit‘ ist umstritten. b) In der Reproduktionsmedizin kombinieren sich relativ geringe Erfolgsquoten (ca. 17% Baby-take-Home Rate nach IVF/ ICSI) mit der Wiederholungsmöglichkeit der Behandlung. Beide Merkmale stellen die Patientinnen vor die Herausforderung, ihren Behandlungsplan wesentlich entlang eigener Relevanzen zu gestalten.

**Material und Methoden:** Das Verfahren der Biographieanalyse nach Schütze wurde auf das empirische Material von insg. 18 autobiographisch-narrativen Interviews mit Frauen angewandt, die künstliche Befruchtungen (IVF/ICSI) ohne Erfolg (Geburt eines Kindes) endgültig beendet haben. Wesentliches Merkmal der Biographieanalyse nach Schütze ist das Interesse an den Erfahrungen und dem Erleben der Subjekte auf dem Wege

der Erzählung. Die besondere Erkenntnisperspektive der Biographieanalyse wird bestimmt durch drei Merkmale: 1) die prozessuale Analyse: sie verfolgt die langfristigen Handlungs- und Erleidensprozesse der Patientinnen entlang der Bedingungen ihrer Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung, 2) die kontextuelle Analyse: durch definierte Analyseschritte, die das ‚Was‘ (Inhalt) mit dem ‚Wie‘ (Sprache) verzahnen, bleiben die subjektiven Kundgaben der Patientinnen auf den Kontext ihrer Entstehung bezogen, werden also nicht kontextfrei interpretiert, 3) die fallvergleichende Analyse: nach der Einzelfallanalyse werden Patientenfälle systematisch miteinander verglichen, die sich minimal und maximal voneinander unterscheiden. Der systematische Fallvergleich ist Basis für die Entwicklung eines theoretischen Modells.

**Ergebnisse:** Auf der empirischen Basis einer weitgehend offenen Steggreiferzählung der Lebens- und Behandlungsgeschichte konnten mit der Biographieanalyse Prozesse des Umgangs mit der Reproduktionsmedizin herausgearbeitet werden. Sie lassen sich einerseits als zunehmende Extremfokussierung auf die Behandlung und andererseits als kritisch-distanziertes Inanspruchnahmeverhalten maximal kontrastieren. Außerdem konnten biographische und soziale Bedingungen des Inanspruchnahmeverhaltens herausgearbeitet werden.

**Schlussfolgerung:** Die spezifische Erkenntnisperspektive der Biographieanalyse nach Schütze erlaubt es, langfristige Handlungs- und Erleidensprozesse systematisch aus der Sicht der Betroffenen zu untersuchen – und zwar auch solche Prozesse, die für die Patientinnen „seen, but unnoticed“ (Harold Garfinkel) sind. Die ärztliche Kenntnis der biographischen und sozialen Bedingungen, die den Umgang der Patientinnen mit den therapeutischen Angeboten beeinflussen, kann in der medizinischen Praxis die Ausrichtung auf eine rein biowissenschaftlich standardisierte Versorgung überwinden und für die psycho- und somatischen Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit und ihrer Behandlung sensibilisieren – kurz, den umsichtigen Blick für die Individualität des Falles verbreitern und vertiefen.

#### Literatur

1. Schütze F. Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes J, et al, Hrsg. Biographie in Handlungswissenschaftlicher Perspektive. Nürnberg: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg; 1981. p. 67-156.
2. Schütze F. Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives - how to analyse autobiographical narratives interviews. Part 1. 2007. Available from: <http://www.forschung-sachsen-anhalt.de/>

Bitte zitieren als: Hoffmann B. Die Biographieanalyse – ein qualitatives Verfahren zur Untersuchung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen am Beispiel der Inanspruchnahme künstlicher Befruchtung (IVF/ICSI). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf054. DOI: 10.3205/11dkvf054, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0547

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf054.shtml>

055

## Die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal aus Sicht der beteiligten Leistungserbringer – Ergebnisse einer Trend- bzw. Kohortenstudie

Matthias Nübling<sup>1</sup>, Achim Siegel<sup>2</sup>, Ulrich Stöbel<sup>2</sup><sup>1</sup>Gesellschaft für empirische Beratung, Denzlingen, Deutschland<sup>2</sup>Universität Freiburg, Abt. f. Med. Psych. und Med. Soz., Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) in Südbaden ist eines der wenigen integrierten Vollversorgungsprojekte in Deutschland. Es wird von der Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH in enger Zusammenarbeit mit dem regionalen Ärztenetz MQNK sowie den beiden Krankenkassen AOK Baden-Württemberg und LKK Baden-Württemberg gesteuert. Hauptziel der Projektträger ist, die Versorgungsqualität zu erhöhen – auch im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung –, und gleichzeitig den Kostenanstieg stärker zu dämpfen als in der herkömmlichen Versorgung. Die Managementgesellschaft hat mit den beiden Krankenkassen ein Einspar-Contracting vereinbart (Referenzkosten: adjustierte RSA-Normkosten Deutschland-West). Bereits in den ersten Jahren der IVGK (2006–08) wurden überraschend positive finanzielle Ergebnisse erzielt. Auch hinsichtlich der Versorgungsqualität, d.h. bzgl. der Reduktion von Phänomenen der Über-, Unter- und Fehlversorgung, sind viel versprechende Entwicklungsansätze erkennbar [1]. Die Leistungserbringer sind nicht nur an der operativen Steuerung der IVGK beteiligt, sondern auch an den IVGK-Gewinnen, über deren Verwendung sie mitentscheiden. Angesichts dieser Konstellation interessiert mit Blick auf die Leistungserbringer vor allem die Frage, wie zufrieden diese mit verschiedenen Aspekten der IVGK sind.

**Material und Methoden:** Die über fünfzig Leistungspartner der IVGK (Hausärzte, Fachärzte, Kliniken, Psycho- und Physiotherapeuten, Pflegeheime) wurden in den Jahren 2008–2010 einmal pro Jahr mit einem psychometrisch geprüften, weitgehend standardisierten Fragebogen befragt, und zwar zu folgenden Themen: Einstellung und Bewertung organisatorischer Aspekte der IVGK, Informations- und Kenntnisstand in puncto IVGK-Gesundheitsprogramme, Nachfrage der Angebote durch Patienten, Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der IVGK und der eigenen Tätigkeit im Versorgungsnetz. Die Studie folgt dem Design einer Kohorten- bzw. Trendstudie.

**Ergebnisse:** Im Vortrag werden Ergebnisse der drei Befragungen der Jahre 2008–2010 präsentiert. Dabei werden wichtige Ergebnisvariablen sowohl für die Gesamtgruppe als auch für verschiedene Subgruppen getrennt wiedergegeben (z.B. Hausärzte vs. Fachärzte; niedergelassene Ärzte vs. sonstige Leistungserbringer, etc.). Es zeigt sich, dass die Bewertungen je nach befragter Subgruppe und nach Dauer der Netzzugehörigkeit variieren.

**Schlussfolgerung:** Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass die Leistungspartner der IVGK überwiegend sehr zufrieden mit der IVGK sind. Die Bewertungsunterschiede bei verschiedenen Subgruppen (Hausärzte vs. Fachärzte vs. sonstige Leistungserbringer) lassen aber auch noch Optimierungspotential erkennen. Eine re-

gelmäßige standardisierte Leistungspartnerbefragung erscheint geeignet und sinnvoll, wenn man die Stimmung in einem IV-Netz auch unter den verschiedenen Subgruppen der Leistungspartner differenziert erfassen will.

### Literatur

1. Siegel A, Stöbel U. Kurzbericht zur Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal 2010 (EKIV-Evaluationsbericht 2010). Available from: [http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Evaluationsbericht\\_2010\\_Kurzbericht\\_fin\\_2011-02-24.pdf](http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Evaluationsbericht_2010_Kurzbericht_fin_2011-02-24.pdf), abgerufen am 06.06.2011

Bitte zitieren als: Nübling M, Siegel A, Stöbel U. Die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal aus Sicht der beteiligten Leistungserbringer – Ergebnisse einer Trend- bzw. Kohortenstudie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf055. DOI: 10.3205/11dkvf055, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf055  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf055.shtml>

056

## Die Matrix – Entwicklung und Bewertung eines Rahmenmodells zur Messung der Qualität ambulanter Versorgung – eine Delphi Expertenbefragung

Michael Erhart<sup>1</sup>, Susanne Kleudgen<sup>2</sup>, Burgi Riens<sup>1</sup>, Maike Schäfer<sup>1</sup>, Dominik Graf von Stillfried<sup>1</sup><sup>1</sup>Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin, Deutschland<sup>2</sup>Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Im Rahmen des Projektes «Gute Versorgung» zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten Versorgung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde unter anderem ein theoretischer Rahmen zur Erfassung der Qualität der Ambulanten Versorgung konzipiert. Kern dieser Arbeit war die Spezifikation von Dimensionen, d.h. Aspekte und Bereiche ambulanter Versorgung, welche als Determinanten der Qualität guter Versorgung berücksichtigt werden sollen zur

- arztübergreifenden regionaler Erfassung der Versorgungsqualität
- transparenten Darstellung guter Qualität der Versorgung und
- zur Begründung zusätzlicher Mittel zur Verbesserung der Qualität und zusätzlicher Leistungen.

Dieses Rahmenmodell kann dann als Messmodell mit Messindikatoren «befüllt» werden.

Ein spezielles Ziel war die Kombination der Dimensionen in eine Matrix die die Überlappungen und Beziehungen zwischen den Dimensionen berücksichtigt und eine konzise Basis für die Analyse der Qualität ambulanter Versorgung in Deutschland bietet.

**Material und Methoden:** Basierend auf einer Sichtung aktueller Literatur und vorhandener Indikatorensets wurde in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe (n=10) unter Diskussion ein theoretisches Rahmenmodell – die Matrix – entwickelt. Zur Konsentierung wurde ein formaler Delphi Expertenfragebogen entwickelt und

mit einer Beschreibung der Matrix an alle Vorstände der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen gesandt. 25 der Angeschriebenen (60%) bewerteten die Matrix und hatten nach Rückmeldung der Gesamtergebnisse in einem Expertenworkshop die Möglichkeit zur Neubewertung. Die konsentrierte Matrix wurde in einem weiteren Workshop mit Vertretern der RAND Corporation diskutiert.

**Ergebnisse:** Über 110 theoretische Modelle wurden gesichtet. In 4 Runden halbwöchiger Diskussionen einigten sich die Mitarbeiter auf die wichtigsten Dimensionen und deren Organisation in einer Matrix:

In den Spalten werden Dimensionen angeordnet mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten für die Durchführung/Bewertung Guter Versorgung:

Prävention, Behandlungsqualität, Patientensicherheit, Koordination/Kontinuität und Patientenerfahrungen/-zufriedenheit. In den Zeilen werden Dimensionen angeordnet, die das Erreichte jeder Spalte näher charakterisieren:

Zugang, Chancengleichheit, Prozessqualität, Ergebnisqualität und Befähigung der Beteiligten. Die 5\*5 Matrix definiert somit 25 Felder. Im Rahmen der Delphi-Befragung gaben die KV-Vorstände auf einer Skala von 1-4 im Durchschnitt eine positive Bewertung der Dimensionen:

- Gesamtbewertung ( $\bar{x}$ =3,2)
- Relevanz für die medizinische Versorgung der Bevölkerung ( $\bar{x}$ =3,2)
- Gesellschaftlich legitimierte Versorgungsziel ( $\bar{x}$ =3,2)
- Verbesserungspotential und Beeinflussbarkeit ( $\bar{x}$ =2,6)
- Der Kostenaufwand für die Einführung wurde negativ bewertet ( $\bar{x}$ =1,7).

Die Matrix-Form bewerteten 78,3% als übersichtlich und Verständnis-erleichternd. Nur 27,2% bevorzugten eine andere Darstellungsform und nur 4,8% weitere Dimensionen. Als guten Ansatz für die öffentliche Diskussion schätzten 73,9% der Befragten die Matrix ein. Dennoch sehen 78,3% noch einen erheblichen Weiterentwicklungsbedarf vor der Verwendung in der öffentlichen Diskussion.

**Schlussfolgerung:** Die entwickelte 5\*5 Felder Matrix stellt nur eine Möglichkeit zur Organisation der 10 Messdimensionen guter Versorgung aus allen 10\*9 möglichen Kombinationen dar. In einem nächsten Schritt sollen Indikatoren zur Befüllung der Matrixfelder identifiziert werden. In einer praktischen Anwendung soll die Validität des Messmodells empirisch geprüft werden.

#### Literatur

1. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med.* 2000;51:1611–25.
2. Klassen A, Miller A, Anderson N, Shen J, Schiariti V, O'Donnell M. Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social service systems: a systematic review. *Int J Quality Health Care.* 2010;22:44-69.
3. Murrey JL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization.* 2000;78(6):717-731.

Bitte zitieren als: Erhart M, Kleudgen S, Riens B, Schäfer M, Graf von Stillfried D. Die Matrix – Entwicklung und Bewertung eines Rahmenmodells zur Messung der Qualität ambulanter Versorgung – eine Delphi Expertenbefragung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf056.

DOI: 10.3205/11dkvf056, URN: urn:nbn:de:0183-

11dkvf0564

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf056.shtml>

## 057

### Die praktische Umsetzung unabhängiger Arzneimittelinformationen für Patienten

Jörg Schaaber

Gute Pillen – Schlechte Pillen, Bielefeld, Deutschland

**Hintergrund:** Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass gut informierte Patientinnen und Patienten besser über Behandlungsoptionen entscheiden können und tendenziell auch bessere Behandlungsergebnisse erzielen können bzw. ggf. auch eine bewusstere Entscheidung über Nichtbehandlung treffen können.

**Material und Methoden:** Die Umsetzung des Themas Arzneimittelinformation für Patienten wird am Beispiel der Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ dargestellt. Sie wird gemeinsam von den vier unabhängigen Arzneimittelfachzeitschriften *arznei-telegramm*, *DER ARZNEIMITTELBRIEF*, *Arzneiverordnung in der Praxis* und dem *Pharma-Brief* herausgegeben.

Die Zeitschrift will nicht nur über konkrete Behandlungsmöglichkeiten informieren, sondern auch ein besseres Allgemeinverständnis über die Möglichkeiten und Grenzen von Arzneimitteltherapie fördern. Prägende Elemente der Zeitschrift werden vorgestellt: Überblicksartikel zur Therapie verbreiteter Krankheiten und deren Prävention, Preisvergleiche, Warnungen vor risikoreichen Arzneimitteln, praktische Tipps wie „Tabletten teilen“ und Berichte aus der Grauzone Nahrungsergänzungsmittel und pflanzliche Arzneimittel. Eine wichtige Rubrik ist „Gepantschtes“, in der vor pflanzlichen Produkten gewarnt wird, denen heimlich – oft risikoreiche – chemische Wirkstoffe beigemischt wurden. Hintergrundartikel berichten über übergreifende Themen wie zum Beispiel Prodrugs, aber auch über Arzneimittelpolitik, die konkrete Auswirkungen auf Verbraucher hat.

Es werden unterschiedliche Formen der Darstellung genutzt. So bieten Interviews mit Fachleuten einen persönlicheren Blick auf Problemstellungen. Der Cartoon spießt besonders krasse Versprechungen auf. In der Glosse werden Absurditäten im Gesundheitsbereich aufs Korn genommen. Der Immunisierung gegen Irreführung dient die Rubrik „Werbung – Aufgepasst!“, die Werbeanzeigen oder -methoden auf leicht verständliche Art anschaulich dekonstruiert.

**Ergebnisse:** Die Vorstellung des konkreten Projekts bietet Anregungen für eine vielseitigere und abwechslungsreichere Herangehensweise an Arzneimittelinformation für Patienten. Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten werden verdeutlicht.

**Literatur:** Ausgewählte Artikel der Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ können unter <http://gutepillen-schlechtepillen.de/> nachgelesen werden.

#### Literatur

1. WHO; HAI. Understanding and Responding to Pharmaceutical Promotion. Geneva/Amsterdam: WHO/Health Action International; 2010. Available from: [http://www.haiweb.org/03\\_other.htm](http://www.haiweb.org/03_other.htm)
2. BUKO Pharma-Kampagne. Schöne neue Pharmawelt. Pharma-Brief Spezial. 2010;1.
3. Schaaber J, Kochen MM, Müller-Oerlinghausen B, Niebling W. Warum unabhängige Arzneimittelzeitschriften und Fortbildungsveranstaltungen wichtig sind. In: Lieb K, et al, Hrsg. Interessenkonflikte in der Medizin. Berlin Heidelberg: Springer; 2011 (im Druck).

Bitte zitieren als: Schaaber J. Die praktische Umsetzung unabhängiger Arzneimittelinformationen für Patienten . In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf057. DOI: 10.3205/11dkvf057, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0576  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf057.shtml>

058

### Die Sicherheit von Metamizol mit Schwerpunkt Agranulozytose – eine systematische Literaturübersicht, gefördert durch das BMBF. Vorstellung von ersten Ergebnissen

Thomas Kötter<sup>1</sup>, Eva Blozik<sup>2</sup>, Margrit Fässler<sup>3</sup>, Klaus Linde<sup>3</sup>, Eveline Nüesch<sup>4</sup>, Stephan Reichenbach<sup>4</sup>, Peter Jüni<sup>4</sup>, Martin Scherer<sup>1</sup>

- <sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin / UKE, Hamburg, Deutschland  
<sup>2</sup>Institut für Sozialmedizin / UK S-H, Lübeck, Deutschland  
<sup>3</sup>Institut für Allgemeinmedizin / TUM, München, Deutschland  
<sup>4</sup>Institut für Sozial- und Präventivmedizin / UB, Bern, Deutschland

**Hintergrund:** Metamizol wurde bereits 1922 als Analgetikum und Antipyretikum eingeführt. Es ist in vielen Ländern erhältlich, zum Teil sogar frei verkäuflich. In Deutschland ist die Anwendung weit verbreitet. In einigen Ländern (u.a. USA, Großbritannien, Schweden, Japan) ist es wegen des Risikos schwerer Nebenwirkungen (insbes. Agranulozytose) nicht zugelassen. Bislang existieren nur wenige Studien zur Inzidenz von Agranulozytose infolge Metamizol-Einnahme. Diese kommen zu stark heterogenen Einschätzungen des Agranulozytoserisikos [1], [2]. Mehrere Cochrane-Reviews zu verschiedenen Indikationen von Metamizol berichten keine schweren Nebenwirkungen [3], [4]. Ein genauere Einschätzung der Sicherheit von Metamizol, vor allem im Hinblick auf Agranulozytose, ist äußerst relevant.

**Material und Methoden:** Mittels einer hochsensitiven Suchstrategie (eine Suchwortsäule mit allen Synonymen und Handelsnamen für Metamizol) haben wir in Medline, Embase, Cinahl und Central relevante Literatur (RCTs, Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien und andere Interventions- und Beobachtungsstudien, welche sich Sicherheitsaspekten von Metamizol befassen) gesucht und in einem mehrstufigen Screeningverfahren ausgewählt. Zudem haben wir

systematisch nach Fallberichten gesucht und Pharmakovigilanzregister kontaktiert. Wir werden eine ausführliche Grauliteratursuche durchführen und ausgewiesene Experten persönlich kontaktieren. Aus relevanten Publikationen werden wir mittels eines auf der Basis international anerkannter Standards entwickelten Formulars einen umfangreichen Datensatz, u.a. Daten zum Nebenwirkungsrisiko, zur Applikationsform, Dosierung und zur Qualität der Studien, extrahieren. Wenn möglich, werden wir diese Daten einer Metaanalyse unterziehen.

**Ergebnisse:** Aus 7.999 Primärtreffern wurden bislang ungefähr 200 relevante Publikationen identifiziert. Davon waren ca. 100 Studien RCTs, ca. 15 Kohortenstudien, ca. 20 Fall-Kontroll-Studien und ca. 65 Studien ohne eindeutige Zuordenbarkeit des Studientypes. Mittels einer Kurzcharakterisierung im Rahmen des Volltextscreenings werden die Studien u.a. auf das Auftreten von Agranulozytosen geprüft. Keiner der bislang untersuchten RCTs berichtete eine Agranulozytose. Die Kurzcharakterisierung der Fall-Kontroll- und Kohortenstudien, die ein Risikomaß für Agranulozytose infolge Metamizoleinnahme angeben, ergab ein ähnlich heterogenes Bild der Einschätzung des Risikos wie die Vorabrecherche im Rahmen der Konzeption dieser Übersichtsarbeit. Die Qualität der Studien ist sowohl methodisch als auch im Hinblick auf die Berichterstattung äußerst heterogen.

**Schlussfolgerung:** Es existieren zahlreiche Primärstudien, in denen Sicherheitsaspekte von Metamizol berichtet werden. Die Heterogenität des Primärstudienmaterials und das Fehlen von Agranulozytose-Ereignissen in den kontrollierten Studien machen eine besondere methodische Herangehensweise erforderlich. Wir möchten im Rahmen des DKVF 2011 in Köln erste Ergebnisse aus der Arbeit vorstellen und mit den Teilnehmern diskutieren.

#### Literatur

1. Hedenmalm K, Spigset O. Agranulocytosis and other blood dyscrasias associated with dipyron (metamizole). *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2002;58:265-274.
2. Kramer MS, Lane DA, Hutchinson TA. The International Agranulocytosis and Aplastic Anemia Study (IAAAS). *Journal of Clinical Epidemiology*. 1988;41:613-616.
3. Edwards JE, Meseguer F, Faura C, Moore RA, McQuay HJ. Single dose dipyron for acute renal colic pain. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2002:CD003867.
4. Edwards JE, Meseguer F, Faura CC, Moore RA, McQuay HJ. Single-dose dipyron for acute postoperative pain. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2001:CD003227.

Bitte zitieren als: Kötter T, Blozik E, Fässler M, Linde K, Nüesch E, Reichenbach S, Jüni P, Scherer M. Die Sicherheit von Metamizol mit Schwerpunkt Agranulozytose – eine systematische Literaturübersicht, gefördert durch das BMBF. Vorstellung von ersten Ergebnissen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf058. DOI: 10.3205/11dkvf058, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0589  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf058.shtml>

059

## Die somatische Versorgung psychisch Kranker – eine ambulante Bestandsaufnahme

Ida Haussleiter, Barbara Emons, Markus Schaub, Carina Armgart, Georg Juckel

LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit am LWL-Universitätsklinikum Bochum, Bochum, Deutschland

**Hintergrund:** Psychisch Kranke haben eine erhöhte Morbidität und Mortalität und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine deutlich verkürzte Lebenszeit-erwartung [1]. Somatische Krankheiten werden vielfach nicht adäquat diagnostiziert oder behandelt. In einer Metaanalyse wies die Hälfte der psychiatrischen Patienten eine somatische Komorbidität auf, bei 30% war diese Störung vor stationärer Aufnahme nicht bekannt und bei jedem Fünften Ursache der psychischen Störung [2]. Psychisch Kranke leiden häufiger an den beeinflussbaren Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen wie Übergewicht, Rauchen, Diabetes, arterieller Hypertonie und Dyslipidämie [3]. Antipsychotische und andere psychotrope Medikation können zu einer Gewichtszunahme führen und metabolische Risikofaktoren beeinflussen [4]. Möglicherweise haben betroffene Patienten, aufgrund ihrer psychischen Grunderkrankung wie auch der gesellschaftlichen Stigmatisierung, verminderten Zugang zum Gesundheitssystem und entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen [5]. Die vorliegende Studie soll den somatischen Status von Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) bezüglich Erkrankungen, Risikofaktoren, Anbindung an Haus- und Fachärzte sowie Routineuntersuchungen erheben.

**Material und Methoden:** Im zweiten Quartal 2011 wurden Patienten der psychiatrischen Institutsambulanz mittels eines 14-Item-Fragebogens diesbezüglich befragt. Die Daten wurden in eine SPSS-Matrix eingegeben und deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse:** Bisher wurden 151 PIA-Patienten (durchschnittliches Alter 48,4 Jahre; 45,7% Männer) eingeschlossen, von denen knapp die Hälfte eine psychiatrische Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen aufwies. Die durchschnittliche Körpergröße der befragten Patienten betrug 1,71m, das Körpergewicht 81,4 kg. Der mittlere Body Mass Index betrug 27,7. Insgesamt 60% der Patienten waren übergewichtig (BMI>25) oder adipös (BMI>30). 77,8% der psychotisch Erkrankten und 62% der affektiv Erkrankten hatten einen BMI>25, bei den übrigen Diagnosegruppen betraf dies jeden zweiten Patienten. 92,7% aller Patienten gaben einen behandelnden Haus- oder Facharzt an. Die Hälfte der Patienten hatte diesen zuletzt im ersten Quartal 2011 gesehen, ein Viertel im Befragungsquartal. Die übrigen 25% konsultierten den Behandler zuletzt 2010 oder früher. Jeder fünfte Patient unter 40 Jahren verschwie dem somatischen Behandler seine psychiatrische Diagnose. 62,9% aller Patienten benannten mindestens eine somatische Diagnose. 47,7% der Patienten gab aktuelle körperliche Beschwerden an, mehrheitlich waren dies affektiv Erkrankte. Bei weniger als der Hälfte der Patienten war 2011 bisher eine Blutentnahme erfolgt, bei einem Drittel ein EKG.

**Schlussfolgerung:** Somatische Erkrankungen müssen in der Versorgung psychisch Kranker vermehrt berück-

sichtigt werden. Neben der Fortsetzung der Befragung im ambulanten Setting sollen auch stationäre Patienten einbezogen und weitere klinische Merkmale erfasst werden.

### Literatur

1. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens C, Lambert M, Leucht S. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy and research challenges. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:514–519.
2. Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv*. 1996;47(12):1356-1363.
3. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66 (7):713–720.
4. Stahl SM, Mignon L, Meyer JM. Which comes first: atypical antipsychotic treatment or cardiometabolic risk? *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119 (3):171–179.
5. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry*. 2009;24 (6):412-424.

Bitte zitieren als: Haussleiter I, Emons B, Schaub M, Armgart C, Juckel G. Die somatische Versorgung psychisch Kranker – eine ambulante Bestandsaufnahme. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf059. DOI: 10.3205/11dkvf059, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf059

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf059.shtml>

060

## Die Wirksamkeit von Vitamin-D zur Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung

Dagmar Lühmann<sup>1</sup>, Katrin Balzer<sup>2</sup>, Martina Bremer<sup>2</sup>, Heiner Raspe<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

<sup>2</sup>Sektion Forschung und Lehre in der Pflege, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

<sup>3</sup>Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

**Hintergrund:** Stürze und ihre Konsequenzen tragen erheblich zur Morbidität von älteren Menschen bei. Nicht selten sind es Sturzfolgen, die die Fähigkeit der Betroffenen zur selbstständigen Lebensführung einschränken.

Daher wird in der Gesundheitsversorgung von älteren Menschen der Sturzprophylaxe ein hoher Stellenwert beigemessen. Interventionen zielen auf die Beseitigung von Sturzrisikofaktoren, die biologisch, verhaltens- oder sozioökonomisch bedingt sein können bzw. aus der Umgebung der Betroffenen resultieren. Entsprechend vielfältig sind die eingesetzten Maßnahmen. Die hier präsentierte Wirksamkeitsbewertung von Vitamin D zur Sturzprophylaxe ist Teil einer umfassenden Nutzenbewertung [1], die mit dem Ziel konzipiert wurde, rationelle Entscheidungen über einen möglichst effektiven und effizienten Einsatz von Ressourcen in der Sturzprophylaxe zu unterstützen.

**Material und Methoden:** Die Wirksamkeitsbewertung beruht auf einer systematischen Literaturübersicht über die Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien (RCT). Die Recherche wurde in 31 elektronischen Literaturdatenbanken durchgeführt und deckt den Publikationszeitraum von 2003 bis 2010 ab. Zusätzlich wurden die Referenzlisten systematischer Übersichtsarbeiten gesichtet. Eingeschlossen wurden RCT mit mehr als 30 Teilnehmern, mindestens 3 Monaten Follow-Up sowie kontinuierlicher prospektiver Erfassung des Endpunktes „Sturz“. Die Gefährdung der Studienergebnisse durch systematische Verzerrung wurde mit einer Modifikation des „Risk-of-Bias“-Tool der Cochrane Collaboration beurteilt. Auf die Durchführung von Meta-Analysen wurde aufgrund erheblicher klinischer Heterogenität (Interventionen, Populationscharakteristika, Dauer des Follow-Up, Zielgrößen) des Studienmaterials verzichtet.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 28 plazebokontrollierte RCT identifiziert, die die Wirksamkeit von Vitamin D zur Sturzprophylaxe untersuchten. Fünfzehn RCT erfüllten die Einschlusskriterien nicht, Hauptgrund war die retrospektive Erfassung von Stürzen (10 Studien). Von den 13 analysierten Studien zielten acht auf ältere, in der eigenen Häuslichkeit lebende Menschen. In vier Arbeiten wurden Vitamin D3- sowie in zwei Studien Vitamin D2-Präparate in unterschiedlichen Dosierungen, Applikationsschemata und über unterschiedliche Zeiträume untersucht. Zwei Studien evaluierten die Effekte von Alphacalcidol. Die Ergebnisse sind inkonsistent. Je eine Studie berichtet signifikant positive bzw. negative Effekte von Vitamin D3 auf das Sturzrisiko. Alle übrigen Arbeiten zeigen keine Unterschiede zwischen Verum- und Kontrollgruppen.

Von den fünf in Pflegeheimen durchgeführten Studien berichten zwei die Ergebnisse zur Wirksamkeit von Vitamin-D3, drei Studien untersuchten die Effekte von Vitamin-D2. Auch in diesem Setting sind die Ergebnisse inkonsistent. Zwei Studien (davon 1 Subgruppenanalyse) verweisen auf positive Effekte unterschiedlicher Vitamin D2- Dosierungen auf die Sturzrate. Die Nachbeobachtungsdauern betragen 5 bzw. 20 Monate. Die übrigen sieben Vergleiche zeigen keine Unterschiede zwischen Verum- und Kontrollgruppen.

**Schlussfolgerung:** In der vorliegenden Übersicht werden strenge methodische Qualitätskriterien für die Auswahl von Studien für die Wirksamkeitsbewertung von Vitamin-D angelegt, auf das meta-analytische Zusammenfassen von Ergebnissen klinisch heterogener Studien wird verzichtet. Unter diesen Vorgaben ist die in vielen systematischen Übersichtsarbeiten (z. B. [2], [3]) berichtete Effektivität einer Vitamin-D Substitution zur Sturzprophylaxe nicht mehr nachweisbar.

#### Literatur

1. Balzer K, Lühmann D, Bremer M, Schramm S, Raspe H. Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. Schriftenreihe Health Technology Assessment. 1. Aufl. Köln: DIMDI; in press.
2. Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD005465.
3. Kalyani RR, Stein B, Valiyil R, Manno R, Maynard JW, Crews DC. Vitamin D treatment for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2010 Jul;58(7):1299-310.

Bitte zitieren als: Lühmann D, Balzer K, Bremer M, Raspe H. Die Wirksamkeit von Vitamin-D zur Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf060. DOI: 10.3205/11dkvf060, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0604  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf060.shtml>

#### O61

### Do different matching approaches result in equivalent findings?

Robert Krohn<sup>1</sup>, Boris Pöhlmann<sup>1</sup>, Birgit Fullerton<sup>2</sup>, Thomas P. Zahn<sup>3</sup>, Petra Kaufmann-Kolle<sup>4</sup>, Günther Heller<sup>4</sup>, Björn Broge<sup>4</sup>, Erik Bauer<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Aqua Institut, Göttingen, Germany

<sup>2</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt, Germany

<sup>3</sup>DCC Risikoanalytik GmbH, Berlin, Germany

<sup>4</sup>AQUA-Institut GmbH, Göttingen, Germany

**Background:** Statutory health care funds in Germany are obliged to offer their insured a general practitioner (GP) centered health care contract to strengthen the GP in his role as a gatekeeper and focusing on better quality in medical care and cost effectiveness. To evaluate such programs properly it is important to gain a control group for a self selected study population. In this context it is of great interest whether or not different matching methods could result in different results.

**Materials and methods:** The statutory health insurance funds provided us with routine data for the years from 2004 to 2008. Because of the data characteristics the researcher has to cope with heterogeneity and self selection. As randomization is unfeasible due to the voluntary design of enrolment models it is essential to build up a control group via matching approach. Within two different evaluation projects we applied different approaches to construct a control group, inter alia propensity score matching.

To compare the results we applied different quality measures (T-Test, Kruskal Wallis Test and standardized mean difference (Cohen's D)) to explore disparities between matching methods for different variables.

**Results:** Each approach has its own advantages and disadvantages the researcher has to choose between. The application of different quality measures showed us that there is no gold standard for matching approaches. However, direct covariate matching is of limited use in practical studies where many variables must be accounted for. The use of propensity score matching is encouraged for such studies with a broader spectrum of use.

**Conclusions:** Matching approaches are the method of choice to find a control for a self selected study population. The right decision in choosing an adequate approach depends on the data set, the mathematical background of the researcher and the complexity of the algorithm.

## References

1. Ariel Linden JL. Using Propensity Scores to Construct Comparable Control Groups for Disease Management Program Evaluation. *Disease Management Health Outcomes*. 2005;12(2):107-115.
2. Austin PC. A critical appraisal of propensity-score matching in the medical. *Statistics in medicine*. 2008;27:2037-249.
3. Riens B, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Pöhlmann B, Grün B, Ose D, Szecsenyi J. Creation of a control group by matched pairs with GKV routine data for the evaluation of enrollment models. *Gesundheitswesen*. 2010;72(6):363-70.

Please cite as: Krohn R, Pöhlmann B, Fullerton B, Zahn TP, Kaufmann-Kolle P, Heller G, Broge B, Bauer E. Do different matching approaches result in equivalent findings? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf061. DOI: 10.3205/11dkvf061, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0612 Freely available from: <http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf061.shtml>

## 062

### Does GP training in depression care affect patient outcome? A systematic review

Claudia Sikorski<sup>1</sup>, Melanie Luppá<sup>1</sup>, Hans-Helmut König<sup>2</sup>, Hendrik van den Bussche<sup>3</sup>, Steffi G. Riedel-Heller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Leipzig, Germany

<sup>2</sup>Universität Hamburg, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG), Hamburg, Germany

<sup>3</sup>Universität Hamburg, Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg, Germany

**Background:** Primary care practices provide a gate-keeping function in many health care systems. Since depressive disorders are highly prevalent in primary care settings, reliable detection and diagnoses are a first step to enhance depression care for patients. Provider training is a self-evident approach to enhance detection, diagnoses and treatment options and might even lead to improved patient outcomes.

**Materials and methods:** A systematic literature search was conducted reviewing research studies providing training of general practitioners, published from 1999 until May 2010, available on the electronic databases Medline, Web of Science, PsycINFO and the Cochrane Library as well as national guidelines and health technology assessments (HTA).

**Results:** 100 articles were fully assessed and 12 articles met the inclusion criteria and were included. Training of providers alone (even in a specific interventional method) did not result in improved patient outcomes. The additional implementation of guidelines and the use of more complex interventions in primary care yield a significant reduction in depressive symptomatology. The number of studies examining sole provider training is limited, and studies include different patient samples (new on-set cases vs. chronically depressed patients), which reduce comparability.

**Conclusions:** This is the first overview of randomized controlled trials introducing GP training for depression care. Provider training by itself does not seem to improve depression care; however, if combined with additional guidelines implementation, results are promising for new-onset depression patient samples. Additional

organizational structure changes in form of collaborative care models are more likely to show effects on depression care.

Please cite as: Sikorski C, Luppá M, König HH, van den Bussche H, Riedel-Heller SG. Does GP training in depression care affect patient outcome? A systematic review. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf062. DOI: 10.3205/11dkvf062, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0628 Freely available from: <http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf062.shtml>

## 063

### Does health care infrastructure have an impact on time to diagnosis and outcomes?

Carl Rudolf Blankart<sup>1</sup>, Tom Stargardt<sup>1</sup>, Linder Roland<sup>2</sup>, Frank Verheyen<sup>2</sup>, Jonas Schreyögg<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hamburg Centre for Health Economics, University of Hamburg, Hamburg, Germany

<sup>2</sup>WINEG – Scientific Institute of the Techniker Krankenkasse (TK) for Benefit and Efficiency in Health Care, Hamburg, Germany

**Background:** Gastric cancer is one of the most incident cancers. However, survival time for this entity is very short. Thus gastric cancer with a prevalence of 20 per 100.000 is considered as rare disease. The disease is difficult to diagnose in its early stages, because it often progresses asymptomatic or causes nonspecific symptoms. Late diagnosis in an advanced stage is one of the main reasons for the disease's poor prognosis. We therefore aim a) to evaluate whether health infrastructure has an impact on time to diagnosis and b) to determine whether time to diagnosis and quality of health care facilities treating the patient impacts mortality.

**Materials and methods:** A retrospective analysis with administrative data from 3,004 gastric cancer patients with an incidental ICD-10 diagnosis of C16 between January 2004 and June 2009 was conducted. The dataset was obtained from the Techniker Krankenkasse, a nationwide operating German sickness fund that covers more than seven million insured, i.e. about 9% of Germany's population. We assumed gastric cancer to have been prevalent but undiagnosed when symptoms such as duodenitis (K29), gastro-oesophageal reflux disease (K21), abdominal and pelvic pain (R10) and other conditions typical for gastric cancer were present before the incidental diagnosis. To evaluate the relationship between in- and outpatient health care infrastructure and time to diagnosis, we employed cox proportional hazard models with time to diagnosis as dependent variable. Outpatient health care infrastructure was conceptualized by including a) the density of general practitioners or b) the density of gastroenterologists at the patient's residence. Inpatient health care infrastructure was defined by the proximity of patients to specialty treatment centers. In a second model we evaluated the impact of health facilities treating the patient and time to diagnosis on mortality. Again, we applied cox proportional hazard models with mortality as dependent variable. We defined outpatient health care infrastructure as described above. Quality of inpatient health care facilities was defined by the number of gastric cancer cases performed and the nurses per bed at hospital where the patient was

treated. In both models, we additionally adjusted for co-morbidities applying the Elixhauser co-morbidity index, age and gender.

**Results:** While greater availability of inpatient health care infrastructure increases the likelihood of an incidental diagnosis ( $p=0.0003$ ) and decreases the hazard of dying ( $p<0.0001$ ), an effect of outpatient health care infrastructure on time to diagnosis ( $p=0.5731$ ) and mortality ( $p=0.5491$ ) was not evident. We could not either find an impact of time to diagnosis on mortality ( $p=0.9767$ ). Thus, living 1 km nearer to a specialist treatment center increases the probability of a diagnosis of gastric cancer by 0.3% whereas living in an area with a higher density of physicians did not have an influence. Treatment in hospital with 100 additional cases of gastric cancer decreased the hazard of dying by 19.6%.

**Conclusions:** Our results suggest that the quality of inpatient health care infrastructure decreases time to diagnosis of gastric cancer and positively impacts mortality. However, an impact of outpatient health care infrastructure could not be shown. Therefore, it seems advisable to centralize the treatment of gastric cancer in specialist treatment centers while also trying to ensure adequate access to inpatient health care facilities for patients living in remote areas.

This study was supported by a research grant from the Federal Ministry for Research and Education in Germany (grant number: BMBF 01FG09007). The sponsor had no role in the study design, collection and analysis of data, the writing of the report or the submission of the paper for publication.

Please cite as: Blankart CR, Stargardt T, Roland L, Verheyen F, Schreyögg J. Does health care infrastructure have an impact on time to diagnosis and outcomes? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf063. DOI: 10.3205/11dkvf063, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0631

Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf063.shtml>

064

## Drugs causing immune haemolytic anaemia: results from the Berlin Case-Control Surveillance Study (FAKOS)

Elisabeth Bronder<sup>1</sup>, Hanife Kurtal<sup>1</sup>, Andreas Klimpel<sup>1</sup>, Frank Andersohn<sup>2</sup>, Michael Thomae<sup>3</sup>, Hubert Schrezenmeier<sup>4</sup>, Martin Hildebrandt<sup>5</sup>, Ernst Späth-Schwalbe<sup>6</sup>, Andreas Grüneisen<sup>7</sup>, Beate Mayer<sup>8</sup>, Abdulgabar Salama<sup>8</sup>, Edeltraut Garbe<sup>1,9</sup>

<sup>1</sup>Centre of Clinical Pharmacology and Toxicology, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

<sup>2</sup>Institute for Social Medicine, Epidemiology and Health Economy, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

<sup>3</sup>Department of Surgery, Maria-Heimsuchung Caritas Klinik Pankow, Berlin, Germany

<sup>4</sup>University Hospital Ulm, Ulm, Germany

<sup>5</sup>Hannover Medical School, Hannover, Germany

<sup>6</sup>Vivantes Klinikum Spandau, Berlin, Germany

<sup>7</sup>Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin, German

<sup>8</sup>Institute for Transfusion Medicine, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

<sup>9</sup>Department of Clinical Epidemiology, Bremen Institute for Prevention Research and Social Medicine, University of Bremen, Bremen, Germany

**Background:** Drug-induced immune haemolytic anaemia (DIIHA) is a rare but serious condition with an estimated incidence of 1 case/million/year. More than 130 drugs have been implicated as a cause, but reports are often incomplete.

**Objectives:** To characterize the spectrum of drugs associated with immune haemolytic anaemia (IHA) in the Berlin Case-Control Surveillance Study and to quantify the risk.

**Material and Methods:** Patients with incident IHA and control patients were ascertained through active surveillance in more than 50 Berlin hospitals (>180 clinical departments) between 2000 and 2009. Drug exposures/risk factors were ascertained in a standardized personal interview. IHA cases were characterized as acute, chronic or non-evaluable in a follow-up after >6 months. Drug relationship was assessed in a standardized causality assessment. Case-control analyses included IHA cases developed in outpatient care (all cases and excluding chronic cases). Odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CI) were calculated using logistic regression analysis, adjusting for age, sex and other drugs with significant results.

**Results:** Of 134 validated cases of IHA, 59 cases were assessed as at least possibly drug related with a wide range of drugs implicated. Single drugs related to IHA in >3 cases with >1 certain/probable causality assessment included diclofenac, fludarabine, oxaliplatin, ceftriaxone, and piperacillin. In the case-control analysis of all 124 outpatient IHA cases and 731 controls, significantly increased risks were observed for beta-lactam antibiotics, cotrimoxazole, ciprofloxacin, fludarabine and lorazepam with ORs ranging from 5.3 for lorazepam to 22.2 for fludarabine. Drugs with a significant association in the case-control analysis of the 71 cases excluding chronic cases were similar. In this analysis, an increased risk was also apparent for diclofenac with an OR of 3.1 (95% CI, 1.3-7.0).

**Conclusions:** The spectrum of drugs associated with IHA in the standardized causality assessment in the Berlin Case-Control Surveillance Study is consistent with the spectrum of drugs reported in the literature. This is the first case-control analysis which quantifies the risk of IHA related to drugs.

The study was supported by a grant from the Federal Institute for Drugs and Medical Devices, Bonn, Germany.

Please cite as: Bronder E, Kurtal H, Klimpel A, Andersohn F, Thomae M, Schrezenmeier H, Hildebrandt M, Späth-Schwalbe E, Grüneisen A, Mayer B, Salama A, Garbe E. Drugs causing immune haemolytic anaemia: results from the Berlin Case-Control Surveillance Study (FAKOS). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf064. DOI: 10.3205/11dkvf064, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0645

Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf064.shtml>

065

## Effekt der Delegation hausärztlicher Hausbesuche auf die Entwicklung der Patientenzahlen in den Hausarztpraxen eines Medizinischen Versorgungszentrums

Neeltje van den Berg<sup>1</sup>, Romy Heymann<sup>2</sup>, Claudia Meinke<sup>1</sup>, Sebastian Baumeister<sup>1</sup>, Steffen Fleßa<sup>2</sup>, Wolfgang Hoffmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Greifswald, Inst. für Community Medicine, Greifswald, Deutschland

<sup>2</sup>Universität Greifswald, LS für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** In den AGnES-Projekten (AGnES = Arztlastende, Gemeindefähige, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) wurden hausärztliche Hausbesuche an qualifizierte PraxismitarbeiterInnen (AGnES-Fachkräfte) delegiert. Hauptziel war die Entlastung des Hausarztes, um diesen in der Lage zu versetzen, mehr Patienten zu behandeln [1], [2].

Auf der Basis der durchgeführten AGnES-Hausbesuche wurde hochgerechnet, wie viele Patienten ein Hausarzt unter optimalen Bedingungen zusätzlich behandeln könnte. Am Beispiel des Modellprojektes AGnES-Brandenburg (Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit 6 Hausarztpraxen, davon 4 mit AGnES-Unterstützung) wurden die tatsächlichen Auswirkungen der Unterstützung durch die AGnES-Fachkräfte auf die Gesamtanzahl der Patienten in den teilnehmenden Hausarztpraxen ermittelt.

**Material und Methoden:** Die Daten zur Anzahl und Dauer der AGnES-Hausbesuche sowie die Fahrzeiten wurden der Projektdokumentation entnommen. Angenommen wurde, dass eine AGnES-Fachkraft zu 50% in der Hausarztpraxis beschäftigt ist. Auf der Basis dieser Daten wurde die durchschnittliche Kapazität einer AGnES-Fachkraft berechnet. Mit Daten zu Konsultationszeiten aus der Literatur [3] wurde hieraus die Anzahl möglicher zusätzlicher Patienten in der Hausarztpraxis berechnet.

Für die zweite Analyse wurden die Patientenzahlen pro Quartal aus den Abrechnungsdaten des MVZ erhoben. Für die zwei nicht-teilnehmenden und die vier teilnehmenden Hausarztpraxen wurden die Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Patientenzahlen vor und während der Intervention berechnet. Mit dem nicht-parametrischen Wilcoxon Rangsummentest wurden die Unterschiede in den Patientenzahlen zwischen Praxen mit und ohne AGnES-Fachkraft statistisch analysiert.

**Ergebnisse:** Eine 0,5 AGnES-Fachkraft kann durchschnittlich 688 Hausbesuche/Jahr durchführen und erarbeitet dem Hausarzt eine durchschnittliche zeitliche Entlastung von 360 Stunden/Jahr. Unter der Annahme, dass der Hausarzt 80% der eingesparten Zeit für Konsultationen verwendet, könnte er jährlich 2.038 zusätzliche Konsultationen durchführen. Bei durchschnittlich 3 Patientenkontakten entspricht dies pro Quartal 170 zusätzlichen Patienten.

Im MVZ Brandenburg betrug die durchschnittliche Anzahl der Patienten bei den teilnehmenden Praxen 1245/Quartal in den 4 Quartalen vor der Intervention und 1378/Quartal während der 8 Quartalen der Intervention (+ 133 Patienten). Bei den nicht-teilnehmenden Hausarztpraxen betrug die durch-

schnittliche Anzahl der Patienten vor der Intervention 415/Quartal, während der Intervention 519/Quartal (+ 104 Patienten;  $p=0,643$ ).

**Schlussfolgerung:** Die teilnehmenden Hausarztpraxen konnten pro Quartal durchschnittlich 133 zusätzliche Patienten behandeln, obwohl diese Praxen bereits vor der Intervention überdurchschnittlich groß waren. Gleichzeitig stiegen die Patientenzahlen auch in den nicht-teilnehmenden Praxen. Der erhebliche Größenunterschied zwischen den teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Praxen schränkt einen direkten Vergleich ein.

Die Ergebnisse dieser orientierenden Analyse sprechen dafür, dass eine tatsächliche Erhöhung der Patientenzahlen in einer Hausarztpraxis durch die Implementierung des AGnES-Konzeptes möglich ist. Ein Nachweis erfordert jedoch eine prospektiv randomisierte Studie.

### Literatur

1. van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, Dreier A, Rogalski H, Karopka T, Oppermann R, Hoffmann W. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter - Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. Deutsches Ärzteblatt. 2009;106(1-2): 3-9.
2. van den Berg N, Meinke C, Matzke M, Heymann R, Fleßa S, Hoffmann W. Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants: assessment of economic effects in an ambulatory healthcare centre. BMC Health Services Research. 2010;10:155.
3. van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, et al. Communication in general practice: differences between European countries. Fam Pract. 2003;20(4):478-85.

Bitte zitieren als: van den Berg N, Heymann R, Meinke C, Baumeister S, Fleßa S, Hoffmann W. Effekt der Delegation hausärztlicher Hausbesuche auf die Entwicklung der Patientenzahlen in den Hausarztpraxen eines Medizinischen Versorgungszentrums. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf065. DOI: 10.3205/11dkvf065, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0654

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf065.shtml>

066

## Effekte des Screenings auf Zervix-Karzinom in Deutschland: Häufigkeit und Verteilung von Konisationen

Hardy Müller

WINEG, TK, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die Inanspruchnahme der gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen (§ 25 SGB V), die Konsequenzen für die Individuen sowie die Effizienz der Verfahren und der Nutzen für das Gesundheitswesen insgesamt sind kaum bekannt und werden bis heute nicht systematisch erhoben. Zur rationalen evidenzbasierten Klärung des Nutzens der Früherkennungsuntersuchungen sind weitere Studien zwingend. Im Beitrag wird für die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung am Beispiel der Konisationen (Kegelschnitte an der Gebärmutter) ein Ansatz zur Evaluation von Früherkennungsmaßnahmen demonstriert.

**Material und Methoden:** Grundlage der Analysen sind die bei der TK versicherten Frauen (3,7 Millionen).

Untersucht werden die Dokumentationen in der Krankenkasse aus den Jahren 2007 bis 2009 (Routinedaten-Analyse).

Die Konisationen wurde über OPS-Codes operationalisiert (Anlehnung an AQUA 2010). Die Analysen wurden nach Altersklassen und in zeitlicher und regionaler Differenzierung (KV-Bezirke) ausgeführt.

**Ergebnisse:** Die Konisations-Raten stiegen von 130 im Jahre 2007 auf 175 pro 100.000 Frauen im Jahre 2009 an. Demnach ist für Deutschland 2009 mit insgesamt 72.000 Konisationen jährlich zu rechnen. Der Anstieg geht ausschließlich auf die ambulant erbrachten Konisationen zurück: pro Jahr sind zweistellige Steigerungsquoten der Konisationen im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen: 2008 +36%, im Jahr 2009 +23%.

Im Jahr 2009 wurden 70% der Konisationen ambulant erbracht, 2007 waren es 55%.

Die Häufigkeit der erbrachten Leistungen variiert stark zwischen den Regionen. Während in Bremen 290 Konisationen/100.000 Versicherten jährlich durchgeführt werden, sind es in der Region Nordbaden nur 73 Konisationen.

Eine große Varianz zeigt auch das Verhältnis von ambulanter zu stationärer Konisation in den verschiedenen KV Regionen. In Bremen erfolgen 4% der Konisationen stationär, in Sachsen dagegen 66%.

Eine Analyse nach Altersklassen zeigt, dass unter 15-Jährige nur in Einzelfällen konisiert werden.

**Schlussfolgerung:** Der Anstieg der Konisationen und die absolute Häufigkeit stehen im Widerspruch zu internationalen evidenzbasierten Empfehlungen über Screening-Intervalle und Intensitäten. Die Forderungen nach Evaluationen und Einführung qualitätsgesicherter Screening-Programme werden durch diese Ergebnisse gestützt.

Der Vergleich der Zahlen mit anderen Häufigkeitsberechnungen macht deutlich, dass die Operationalisierung der "Konisation" maßgeblich für die Ergebnisse ist (Abrechnungsziffern vs. Operations-Schlüssel). Eine Vereinheitlichung der Operationalisierung zur Entität "Konisation" ist notwendig, damit zukünftig die berichteten Häufigkeiten vergleichbar werden.

Lege artis werden nur schwere Fälle im Krankenhaus durchgeführt. Durch die große Zahl von stationären Konisationen in bestimmten Regionen sind Angebotsstrukturen und Angebots-induzierte Nachfragen zu hinterfragen.

Die Analysen zeigen, welche Evaluations-Aspekte von Screening-Verfahren durch Sekundär-Datenanalysen an Abrechnungsdaten bedient werden können. Die Potentiale der Sekundärdatenanalysen für die Evaluation von Screening-Verfahren sollten zukünftig systematisch berücksichtigt werden.

Bitte zitieren als: Müller H. Effekte des Screenings auf Zervix-Karzinom in Deutschland: Häufigkeit und Verteilung von Konisationen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf066.  
DOI: 10.3205/11dkvf066, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0660

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf066.shtml>

O67

## Effekte eines ärztlichen Betreuungs- und Behandlungsnetzwerkes für Demenzpatienten auf die Konsultation von Fachärzten und die Einnahme von Antidementiva: Ergebnisse der prospektiven IDemUck-Studie

Konstanze Fendrich<sup>1</sup>, Claudia Meinke<sup>1</sup>, Thomas Fiß<sup>2</sup>, Stefan Weiß<sup>1</sup>, Romy Heymann<sup>1</sup>, Wolfgang Hoffmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Community Medicine, Universität Greifswald, Greifswald, Deutschland

<sup>2</sup>DZNE, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** Im Interdisziplinären Betreuungs- und Behandlungsnetz für Demenzpatienten im Landkreis Uckermark (IDemUck) bilden die Fachabteilungen der regionalen Krankenhäuser, niedergelassene Haus- und Fachärzte, Pflegende und Angehörige von Sozialberufen ein Netzwerk zur Früherkennung und Begleitung von Demenzpatienten. Durch eine definierte Aufgabenteilung und abgestimmte Behandlungspfade innerhalb des fachübergreifenden Netzwerkes sollen eine frühzeitige Diagnosestellung der Demenzerkrankung und eine Optimierung der demenzspezifischen Arzneimitteltherapie erfolgen.

Ziel der IDemUck-Studie war es, die Auswirkungen der Arbeit des Netzwerkes hinsichtlich der Einnahme von Antidementiva sowie der Konsultation eines Facharztes (Neurologe, Psychiater) patientenbezogen zu evaluieren.

**Material und Methoden:** Die IDemUck-Studie ist eine cluster-randomisierte kontrollierte prospektive Studie mit N=235 Demenzpatienten (Interventionsgruppe: N=118, Kontrollgruppe: N=117) und deren betreuenden Angehörigen (N=184). Eingeschlossen wurden noch in der Häuslichkeit lebende Patienten mit einem DemTect-Wert von  $\leq 8$  Punkten und einem GDS-Wert von  $\leq 10$  Punkten. Die Patienten der Interventionsgruppe wurden entsprechend den Algorithmen des Netzwerkes, diejenigen der Kontrollgruppe entsprechend des „care as usual“ Ansatzes behandelt. Alle Patienten und Angehörigen wurden mit einem standardisierten Interview durch spezifisch geschultes Studienpersonal befragt. Die Inhalte des Interviews umfassten u.a. die Soziodemographie, Inanspruchnahme und Medikation der Demenzpatienten. Die Datenerhebungen erfolgten zur baseline sowie zum 6- bis 12-Monats-follow-up. Für die Auswertung wurden, sofern vorhanden, die Angaben der Angehörigen zur Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen genutzt, in den Fällen von allein lebenden Demenzpatienten deren eigene Angaben.

**Ergebnisse:** Von den hinsichtlich Demenzverdacht positiv gescreenten Probanden erfüllten N=235 alle weiteren Einschlusskriterien und nahmen an der Studie teil (Response: 82,5%, Alter: 55–100 Jahre). Zum Zeitpunkt der baseline-Erhebung bestanden keine Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe hinsichtlich des kognitiven und soziodemografischen Status und der Medikation.

Die Inanspruchnahme eines Neurologen innerhalb von sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt lag zu beiden Messzeitpunkten in der Interventionsgruppe deutlich höher als in der Kontrollgruppe (baseline: 46,4% vs. 20,8%,  $p < 0.01$ ; follow-up: 24,4% vs. 10,9%;  $p < 0.05$ ). In der Interventionsgruppe stieg der Anteil von

Probanden, die ein Antidementivum einnahmen von 26,5% (baseline) auf 51,6% (follow-up), in der Kontrollgruppe hingegen nur von 27,1% auf 35,9% ( $p < 0.05$ ). Durch das Netzwerk konnten keine signifikanten Effekte auf die insgesamt sehr niedrige Heimeinweisungsrate, Inanspruchnahme von Ergotherapie oder Physiotherapie erzielt werden.

**Schlussfolgerung:** IDemUck ist eine der wenigen Studien, die in einem prospektiven kontrollierten randomisierten Design die Effekte strukturierter Behandlungsalgorithmen auf Patienten mit Demenz und deren Angehörige in Deutschland ergebnisbasiert untersucht hat. Die IDemUck-Studie liefert wichtige Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit, aber auch für die Ausgestaltung weiterer neuartiger Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte. Für zukünftige Studien wünschenswert ist ein längerer follow-up Zeitraum, um beispielsweise Effekte der Netzwerkarbeit auf die Heimübertrittsrate analysieren zu können.

Die Evaluationsstudie wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Leuchtturmprojekte Demenz finanziell gefördert.

Bitte zitieren als: Fendrich K, Meinke C, Fiß T, Weiß S, Heymann R, Hoffmann W. Effekte eines ärztlichen Betreuungs- und Behandlungsnetzwerkes für Demenzpatienten auf die Konsultation von Fachärzten und die Einnahme von Antidementiva: Ergebnisse der prospektiven IDemUck-Studie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf067.

DOI: 10.3205/11dkvf067, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0671

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf067.shtml>

068

## Effektivität computer- und internetgestützter kognitiver Verhaltenstherapie bei Depression – Ein systematischer Literaturüberblick

Claudia Sikorski<sup>1</sup>, Melanie Luppá<sup>1</sup>, Anette Kersting<sup>2</sup>, Hans-Helmut König<sup>3</sup>, Steffi G. Riedel-Heller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Leipzig, Deutschland

<sup>2</sup>Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leipzig, Deutschland

<sup>3</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG), Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Depression ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen. Hindernis für höhere Therapiequoten sind, neben unzureichenden Erkennungsraten durch Hausärzte, die eingeschränkte psychotherapeutische Versorgung in einigen Regionen Deutschlands (einhergehend mit langen Wartezeiten) und strukturelle Defizite. Auch persönliche Einwände gegen Psychotherapie als solche, wie auch die Angst vor Stigmatisierung stehen einer flächendeckenden adäquaten Versorgung im Weg. Angesichts der weiten Verbreitung von Internetzugang und -nutzung und der einfachen Adaption kognitiver Verhaltenstherapie an computer- und internetgestützte Ansätze, erscheinen diese als geeigneter Ansatz, diese Versorgungslücken zu schließen. Diese Übersichtsarbeit evaluiert Ansätze internetbasierter

Verhaltenstherapie und stellt effektivitätsrelevante Faktoren heraus.

**Material und Methoden:** Es wurde eine systematische Literaturrecherche in Medline, Web of Science, Cochrane und PsycINFO durchgeführt. Studien wurden ausgewählt, wenn sie (i) eine Form internet- oder computerbasierter Verhaltenstherapie, (ii) in einer Stichprobe mit depressiven Patienten (sowohl kategoriale – auf Diagnosesystemen wie ICD und DSM basierend – als auch dimensionale Diagnose – auf Fragebögen basierend) untersuchten und (iii) ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign verwendeten.

**Ergebnisse:** 16 Publikationen (2 Publikationen zur gleichen Studie) wurden identifiziert. Effekte der Interventionen sind abhängig von der Häufigkeit und Dauer des Therapeutenkontaktes und der Art der Kontrollgruppe. Die Effektstärken erstrecken sich von Cohens  $d=0,0$  bis  $d=1,1$ . Von acht Studien ohne Therapeutenkontakt können vier einen signifikanten Effekt in Form von Symptomreduktion nachweisen. Diese Studien inkludierten Patienten mit dimensionaler Diagnose und berichten Effektstärken von Cohens  $d=0,2-0,6$ . Betrachtet man die sechs Studien mit minimalem und moderatem Therapeutenkontakt, so weisen alle kurz- und mittelfristig eine signifikante Symptomreduktion im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.

**Schlussfolgerung:** Die Wirksamkeit internetbasierter kognitiver Verhaltenstherapie ist vor allem für leichte und mittelschwere depressive Symptomatik belegt. Ebenso erhöht ein begleitender Therapeutenkontakt die Wirksamkeit internet- und computerbasierter Verhaltenstherapie. Als komplementäre Therapie und ersten Schritt im Rahmen von gestuften Behandlungsplänen („stepped care“) kann internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie dazu beitragen, die bestehenden Versorgungslücken zu schließen.

Bitte zitieren als: Sikorski C, Luppá M, Kersting A, König HH, Riedel-Heller SG. Effektivität computer- und internetgestützter kognitiver Verhaltenstherapie bei Depression – Ein systematischer Literaturüberblick. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf068.

DOI: 10.3205/11dkvf068, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0683

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf068.shtml>

069

## Ein Überblick über die Diskussionspapiere der AG Qualitative Methoden im DNVF

Thorsten Meyer

Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) hat verschiedene Arbeitsgruppen, die sich insbesondere mit Fragen zur methodischen Qualität von Versorgungsforschungsstudien auseinandersetzen. Ein Ziel der Arbeitsgruppen drückt sich u.a. in der Erstellung der Memoranden des DNVF aus. Die AG Qualitative Methoden wurde gegründet, um auch einen Beitrag über qualitative Versorgungsforschungsstudien und ihre Qualität für ein Memorandum zu erstellen. Allerdings wurde schnell deutlich, dass der Bereich qualitative Forschung so vielschichtig und heterogen ist, dass ein einfacher Memorandumsbeitrag die Pro-

bleme und bisher eingebrachten Lösungsvorschläge nicht adäquat abzubilden gestattet. Daher wurden in einem ersten Schritt Diskussionsbeiträge erstellt, die den Mitgliedsorganisationen des DNVF und einer breiteren interessierten Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht und diskutiert werden sollen. Das übergeordnete Ziel der Diskussionsbeiträge besteht darin, einen Beitrag zur Förderung qualitativer Studien in der Versorgungsforschung und ihrer Qualität zu leisten. Ziel dieser Präsentation ist es, einen Überblick über die bisher erstellten Diskussionsbeiträge der AG Qualitative Methoden zu liefern und damit zur Diskussion um die Bedeutung und Qualität qualitativer Versorgungsforschung beizutragen.

**Material und Methoden:** Es wurden in den verschiedenen Diskussionsbeiträgen unterschiedliche Fragestellungen bearbeitet. In den Diskussionsbeiträgen erfolgt a) eine Kennzeichnung des Gegenstands und des Spektrums qualitativer Versorgungsforschung, b) eine Verortung der Stellung qualitativer Methoden im Methodenspektrum der Versorgungsforschung und c) eine Darstellung der Ansätze und Möglichkeiten zur Bewertung der Qualität qualitativer Versorgungsstudien. Zur Abbildung des Spektrums qualitativer Versorgungsforschung wurden alle Abstracts des 8. Kongresses für Versorgungsforschung des DNVF nach qualitativen Studien gescreent und die Beiträge aus methodischer Perspektive analysiert.

**Schlussfolgerung:** Die Diskussionsbeiträge dienen als Grundlage für die Erstellung eines Memorandumbeitrags zu Qualitativen Methoden in der Versorgungsforschung. Die Fachgesellschaften und die interessierte Fachöffentlichkeit ist aufgerufen, zu den Beiträgen Stellung zu nehmen.

Im Namen der aktiven Mitglieder der AG Qualitative Methoden.

Bitte zitieren als: Meyer T. Ein Überblick über die Diskussionspapiere der AG Qualitative Methoden im DNVF. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf069. DOI: 10.3205/11dkvf069, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0699  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf069.shtml>

070

## Einbindung der Sozialen Pflegeversicherung in das trägerübergreifende Persönliche Budget – Erfahrungen aus den Niederlanden, Schweden und Finnland

Antje Schwinger, Anke Schliwen, Hans-Dieter Nolting  
IGES Institut GmbH, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Für Menschen mit Behinderung besteht seit 2008 ein rechtsverbindlicher Anspruch, Teilhabeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2-4 SGB IX beziehen zu können. Kern des Persönlichen Budgets ist es, das Sachleistungsprinzip aufzuheben und damit Sozialleistungen aus der vertraglichen Dreiecksbeziehung (Kostenträger – Leistungserbringer – Leistungsnehmer) herauszulösen und in ein direktes Vertragsverhältnis von Leistungserbringer und -nehmer zu überführen. Faktisch ausge-

schlossen vom Persönlichen Budget sind bisher ambulante Sachleistungen der Sozialen Pflegeversicherung.

Vor diesem Hintergrund wurde auf Grundlage eines Beschlusses des Deutschen Bundestags Mitte des Jahres 2010 durch den GKV-Spitzenverband ein Modellprojekt gestartet, in welchem eine veränderte Beteiligung der Pflegeversicherung erprobt werden soll. Vor der Feldphase wurden zunächst Erfahrungen aus drei europäischen Referenzländern (Schweden, Niederlande, Finnland) u.a. hinsichtlich der folgenden Fragestellungen erhoben: Wie wird bei Aufhebung des Sachleistungsprinzips (1) die Administration vor und während der Leistungserbringung erfüllt, (2.) die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gewährleistet sowie (3) die Qualität sichergestellt? Gleichzeitig wurden die durch die Inanspruchnahme von „Persönlichen Budgets“ erzielten Wirkungen (4a) aus Sicht der Menschen mit Behinderung und (4b) der Kostenträger analysiert.

**Material und Methoden:** Mithilfe einer Literaturrecherche sowie 16 qualitativen telefonischen leitfadengestützten Experteninterviews wurden die jeweiligen Systemmerkmale und die Wirkungen von Persönlichen Budgets in den Referenzländern analysiert.

**Ergebnisse:** In allen drei Referenzländern waren unterschiedliche institutionelle Angebote hinsichtlich der Unterstützung von Budget-/Assistenznehmern etabliert. Die konkrete Ausgestaltung dieser ist durch das Gesamtsystem der Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit beeinflusst. Die Sicherstellung der Versorgung obliegt in den skandinavischen Ländern den Kommunen, d.h. diese haben den Assistenznehmern einen Assistenten zu vermitteln/anzubieten. In den Niederlanden sind die Budgetnehmer für die Sicherstellung ihrer Versorgung selbst verantwortlich. In allen drei Referenzländern liegt die Qualitätssicherung allein in der Verantwortung der Budgetnehmer. Dies wird begründet durch den budgetbedingten Perspektivenwechsel zu Eigenverantwortlichkeit und dem hieraus folgenden subjektiven Qualitätsbegriff.

In allen drei Referenzländern sind sehr hohe Wachstumsraten der Inanspruchnahme zu beobachten. Die Nachfrage unterschiedlicher Gruppen von Menschen mit Behinderung (Art der Behinderung, Alter etc.) unterscheidet sich wiederum systembedingt zwischen den Ländern. Die Zufriedenheit der Budgetnehmer mit der Leistungsform ist hoch. In allen drei Referenzländern sind sehr hohe Wachstumsraten der Ausgaben zu beobachten. Wissenschaftlich fundierte Studien über die Wirtschaftlichkeit der Leistungsform im Vergleich zu alternativen Formen liegen nicht vor.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse machen deutlich, dass Schlussfolgerungen aus den Vergleichsländern nur bedingt auf den deutschen Kontext übertragbar sind. Auch haben die betrachteten Vergleichsländer sehr distinkte Ausrichtungen, die eine Verallgemeinerung von Aussagen erschweren. Gleichwohl konnten die Analysen eine Reihe von Anstößen für die Ausgestaltung der Erprobung einer veränderten Einbindung der Pflegeversicherung in das trägerübergreifende Persönliche Budget liefern.

Bitte zitieren als: Schwinger A, Schliwen A, Nolting HD. Einbindung der Sozialen Pflegeversicherung in das trägerübergreifende Persönliche Budget – Erfahrungen aus den Niederlanden, Schweden und Finnland. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf070. DOI: 10.3205/11dkvf070, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0704

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf070.shtml>

071

### Eine retrospektive Untersuchung zur leitliniengerechten Antibiotikaprophylaxe nach chirurgisch erfolgter Intervention bei akuter Endokarditis

Christian Flörke<sup>1</sup>, Anne Garling<sup>1</sup>, David Christofzik<sup>1</sup>, Oliver Vollrath<sup>1</sup>, Hagemann Angelika<sup>2</sup>, Georg Lutter<sup>2</sup>, Christof Dörfer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel, Deutschland

<sup>2</sup>Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel, Deutschland

**Hintergrund:** Die akute Endokarditis, bedingt durch eine mikrobielle Infektion des Endokards, gehört mit einer Inzidenz von 3/100.000 zwar eher zu den selteneren Erkrankungen, jedoch wird ihre Letalität mit 16% beziffert. Bei etwa 50% der erkrankten Patienten wird verlaufsbedingt eine chirurgische Intervention/Therapie notwendig. Diese Patienten werden gemäß der durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie herausgegebenen Leitlinie zur Antibiotikaprophylaxe vor zahnärztlicher Intervention der höchsten Risikogruppe zugeordnet. In retrospektiven Studien konnte ein Zusammenhang zwischen der oralen Keimbeseidlung und der Besiedlung des vorgeschädigten Endokards von bis zu 60% erbracht werden. Die zu Grunde liegenden Bakteriämien korrelieren in Häufigkeit und Umfang mit chronisch entzündlichen Verhältnissen der Mundhöhle. Ziel dieser Untersuchung war die Überprüfung der Umsetzung der obengenannten Leitlinie. Des Weiteren wurde erfragt, in wie weit ein regelmäßiger Zahnarztbesuch zur Erhaltung gesunder oraler Verhältnisse empfohlen wurde.

**Material und Methoden:** Es wurden 135 Patienten der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie Kiel ermittelt, die innerhalb der letzten 10 Jahren an einer akuten Endokarditis erkrankten und einer chirurgischen Therapie unterzogen wurden. Davon konnten 105 Patienten nachuntersucht werden. Alle Patienten wurden telefonisch oder schriftlich bezüglich eines regelmäßigen Zahnarztbesuches, ihres Zahnstatus und der notwendigen Einnahme einer Antibiotikaprophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen von einem Mitarbeiter der Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie befragt. Bei der Beantwortung konnte zwischen ‚ja‘ und ‚nein‘ entschieden werden. Die Fragen nach einem regelmäßigen Zahnarztbesuch und einer Antibiotikaprophylaxe konnten von allen Befragten beantwortet werden, wohingegen 19% keine Angaben über ihren Zahnstatus machen konnten.

**Ergebnisse:** 70,5% der Befragten besuchten nach eigenen Angaben nicht regelmäßig einen Zahnarzt. 73,3% gaben an, keine Antibiotikaprophylaxe vor zahnärztlicher Behandlung zu nehmen. Mittels  $\chi^2$ -Test konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem

regelmäßigen Zahnarztbesuch und der Antibiotikaprophylaxe statistisch auf einem Niveau von 0.05 abgesichert werden ( $p < 0.001$ ).

**Schlussfolgerung:** Die retrospektive Untersuchung zeigte, dass ein massives Informationsdefizit bei diesen Patienten vorhanden ist. Daneben besteht eindeutiger Zusammenhang zwischen einem unregelmäßigen Zahnarztbesuch und der fehlenden Antibiotikaprophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen. Zahnärzte können daher nicht davon ausgehen, dass diese Patienten über die Notwendigkeit einer antibiotischen Abschirmung vor zahnärztlichen Eingriffen informiert sind.

Bitte zitieren als: Flörke C, Garling A, Christofzik D, Vollrath O, Angelika H, Lutter G, Dörfer C. Eine retrospektive Untersuchung zur leitliniengerechten Antibiotikaprophylaxe nach chirurgisch erfolgter Intervention bei akuter Endokarditis. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf071.

DOI: 10.3205/11dkvf071, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0712

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf071.shtml>

072

### Einfluss von Dronedaron auf die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland für die Behandlung von Patienten mit Vorhofflimmern

Kathrin Lottmann<sup>1</sup>, Xiaoyu Chen<sup>1</sup>, Dmitry Gulyaev<sup>2</sup>, Stephanie Rosenfeld<sup>3</sup>, Peter K. Schädlich<sup>1</sup>, Christoph Seifert<sup>3</sup>, Elvira Müller<sup>4</sup>

<sup>1</sup>IGES Institut GmbH, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>Analytica International Inc., Lörrach, Deutschland

<sup>3</sup>Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup>Analytica International Inc., Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Mit Dronedaron steht seit 2010 ein neues orales Antiarrhythmikum zur Behandlung von nicht-permanentem Vorhofflimmern (VHF) zur Verfügung. So zeigte die ATHENA-Studie, dass Dronedaron zu einer signifikanten Reduktion von kardiovaskulär-bedingter Hospitalisierung und Tod jeglicher Ursache führte [1]. Über den Einfluss von Dronedaron auf die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland für die Behandlung von VHF-Patienten war bisher nichts bekannt. Ziel der Untersuchung war daher die Ermittlung der zusätzlichen GKV-Ausgaben, die bei Therapieumstellung von einem der vier am häufigsten verordneten Antiarrhythmika (Amiodaron, Flecainid, Propafenon, Sotalol) auf Dronedaron und bei Behandlung zusätzlich zu Beta-Blockern mit Dronedaron entstehen. Hierzu wurden ein 5-Jahres-Zeitraum insgesamt sowie das 4. Jahr nach Markteinführung herangezogen (2013). Gemäß Zulassung von Dronedaron umfasste die Zielpopulation Patienten mit akutem (neu diagnostiziertem), paroxysmalem sowie persistierendem VHF.

**Material und Methoden:** Für die Ermittlung der zusätzlichen GKV-Ausgaben wurde ein Excel®-basiertes Budget-Impact-Modell verwendet, das auf einem inkrementellen Ansatz beruht. Als Input-Parameter dienten epidemiologische Daten zur Prävalenz von VHF insgesamt sowie zur Zielpopulation (60,5% aller VHF-Patienten), Marktforschungsergebnisse zur Verordnungsprävalenz

der Antiarrhythmika und zu durchschnittlichen Therapietagen sowie Annahmen zur Marktentwicklung von Dronedaron. Die Vermeidung kardiovaskulär-bedingter Hospitalisierungen sowie Art und Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) stammten aus klinischen Studien bzw. Produktinformationen. Die ökonomischen Parameter umfassten GKV-Ausgaben für die Antiarrhythmika (Referenzjahr 2010) sowie GKV-Ausgaben im ambulanten und stationären Sektor (Referenzjahr 2009) für Einstellung auf die Medikation, Therapiemonitoring, UAW-Behandlung und kardiovaskulär-bedingte Hospitalisierung. In der Basisanalyse wurde von der durchschnittlichen Ausprägung aller Input-Parameter ausgegangen. Das Basisergebnis für das 4. Jahr wurde mittels univariater Sensitivitätsanalysen mit Variation um jeweils  $\pm 10\%$  für sechs zentrale Input-Parameter überprüft.

**Ergebnisse:** Im 4. Jahr nach Markteinführung von Dronedaron sind für die verbesserte Versorgung zusätzliche GKV-Ausgaben in Höhe von 42,5 Mio. € oder 298 € pro Patient zu erwarten, die im ambulanten und stationären Sektor anfallen; über den gesamten 5-Jahres-Zeitraum sind es 137,2 Mio. €. Den stärksten Einfluss auf die zusätzlichen GKV-Ausgaben im 4. Jahr zeigten die Arzneimittelausgaben für Dronedaron, gefolgt von den durchschnittlichen jährlichen Therapietagen unter Dronedaron. Vorhergesagter Marktanteil von Dronedaron, Behandlungsausgaben für kardiovaskulär-bedingte Hospitalisierung sowie Anteil der Patienten mit Dronedaron zusätzlich zu Beta-Blockern hatten einen geringeren, Ausgaben für die UAW-Behandlung einen sehr geringen Einfluss.

**Schlussfolgerung:** Die zusätzlichen GKV-Ausgaben nach Einführung von Dronedaron fallen deutlich geringer aus als aufgrund der reinen Arzneimittelpreise zu erwarten wäre, da insbesondere die Reduktion der kardiovaskulär-bedingten Hospitalisierungen durch Dronedaron zu Einsparungen bei diesem Ausgabenblock führt. Die für Jahr 4 ermittelten zusätzlichen GKV-Ausgaben machen nur 4,5% bis 6,4% der gesamten direkten medizinischen Kosten zur Behandlung von VHF in Deutschland von 661 bis 924 Mio. € jährlich aus [2].

Erstellt mit Unterstützung von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Berlin.

#### Literatur

1. Hohnloser SH, Crijns HJGM, van Eickels M, Gaudin C, Page R, Torp-Pedersen C, Connolly SJ. Effect of Dronedaron on Cardiovascular Events in Atrial Fibrillation. *N Engl J Med.* 2009;360:668-78.
2. Brüggjen Jürgen B, Reinhold T, McBride D, Willich SN. Vorhofflimmern - epidemiologische, ökonomische und individuelle Krankheitsbelastung. *Dtsch Med Wochenschr.* 2010;135:21-S25.

Bitte zitieren als: Lottmann K, Chen X, Gulyaev D, Rosenfeld S, Schädlich PK, Seifert C, Müller E. Einfluss von Dronedaron auf die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland für die Behandlung von Patienten mit Vorhofflimmern. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf072.

DOI: 10.3205/11dkvf072, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0722

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf072.shtml>

#### 073

### Einflussfaktoren auf die Verordnung einer potentiell inadäquaten Medikation nach PRISCUS-Liste – Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen

Jutta Küpper-Nybelen<sup>1</sup>, Stefanie Holt<sup>2</sup>, Petra Thürmann<sup>3</sup>, Ingrid Schubert<sup>4</sup>

<sup>1</sup>PMV forschungsgruppe, KJP, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

<sup>2</sup>Klinische Pharmakologie, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Wuppertal, Deutschland

<sup>3</sup>Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

<sup>4</sup>PMV forschungsgruppe, KJP, Universität zu Köln, Wuppertal, Deutschland

**Hintergrund:** Die im Expertenkonsens erstellte PRISCUS-Liste [1], die 83 für die Therapie älterer Menschen potentiell inadäquate Arzneimittel aufführt, benennt u.a. auch medikamentöse Behandlungsalternativen. Ziel der Studie ist die Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Verordnung einer potentiell inadäquaten Medikation (PIM). Dies erfolgt mittels eines Vergleiches inzidenter Empfänger eines PIMs mit inzidenten Empfängern der in der PRISCUS-Liste genannten Alternativen im jeweiligen Indikationsgebiet.

**Material und Methoden:** Datenbasis: Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen, eine 18,75%ige Zufallsstichprobe aller Versicherten der AOK Hessen. Studienpopulation sind inzidente Empfänger (65 Jahre und älter) von Analgetika (n=8895), Anticholinergika (n=1696), Antidementiva (n=799) bzw. Antidepressiva (n=2729) im Jahr 2008. Zur Bestimmung der Inzidenz mussten die Versicherten der Bezugspopulation 365 Tage vor der ersten Verordnung durchgängig versichert sein. In dieser Zeit durfte die jeweils untersuchte Arzneimittelgruppe nicht verordnet worden sein. Die Auswahl der potentiell inadäquaten Wirkstoffe und der jeweiligen Alternativen beruht auf den Angaben der PRISCUS-Liste. Mittels multivariater logistischer Regression wird der unabhängige Zusammenhang zwischen verschiedenen Einflussfaktoren und der Verordnung eines PIMs geschätzt. Als mögliche Einflussfaktoren werden Alter, Geschlecht, Multimedikation im Inzidenz- und Vorquartal (<5, 5-10, >10 Arzneimittel, ATC 7-stellig), Multimorbidität im selben Zeitraum nach Anzahl der ICD-10 Kapitel (<10, 10-20, >20) sowie Krankenhausaufenthalte und Pflegeleistungen in den 30 Tagen vor der Verordnung berücksichtigt.

**Ergebnisse:** In allen betrachteten therapeutischen Gruppen sinkt das Risiko für eine PIM-Verordnung mit zunehmendem Alter. Frauen haben im Vergleich zu Männern ein signifikant höheres Risiko für ein PIM bei Anticholinergika (OR 1,39; KI 1,09-1,79), ein signifikant niedrigeres bei Analgetika (OR 0,76; KI 0,62-0,92). Tendenziell (n.s.) mit Ausnahme der Analgetika steigt das Risiko für eine PIM-Verordnung mit der Anzahl verordneter verschiedener Arzneimittel und entsprechend mit der Anzahl an Diagnosen aus verschiedenen ICD-10 Kapiteln. Dieses Ergebnis ist signifikant für die Verordnung eines PIM-Antidementivums. Patienten mit Diagnosen aus mehr als 20 verschiedenen ICD-10 Kapiteln haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko, ein PIM-Antidementivum anstelle einer Alternative zu erhalten, als Patienten mit Diagnosen aus weniger als 10 ICD-10 Kapiteln (OR 2,38; KI 1,39-4,08). Inzidente

Arzneimittlempfänger der hier betrachteten Arzneimittelgruppen mit Dokumentation eines Krankenhausaufenthaltes hatten im Vergleich zu denen ohne einen Krankenhausaufenthalt ein signifikant geringeres Risiko für eine PIM-Verordnung. Dies zeigt sich auch bei Versicherten mit Pflegeleistung (Analgetika: OR 0,50; KI 0,34-0,75; Anticholinergika: OR 0,33; KI 0,24-0,45; Antidementiva: OR 0,17; KI 0,11-0,26; Antidepressiva: OR 0,61; KI 0,50-0,75).

**Schlussfolgerung:** Da sich die Anzahl der als PIM eingestufteten Wirkstoffe in den Indikationsgebieten deutlich unterscheidet, ist es empfehlenswert, eine Analyse der Einflussfaktoren innerhalb einer Indikationsgruppe und bei Patienten mit Erstverordnung durchzuführen. Hierbei zeigte sich kein einheitlicher Trend der verschiedenen Einflussfaktoren. Während das Risiko mit der Zahl der Arzneimittel tendenziell zunimmt, ist es signifikant geringer bei Patienten mit kurz zurückliegendem Krankenhausaufenthalt und bei Pflegeleistungsempfängern.

#### Literatur

1. Holt A, Schmiedl S, Thuermann PA. Potentially Inappropriate Medications in Elderly. The Priscus List. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(31-32):543-551.

Bitte zitieren als: Küpper-Nybelen J, Holt S, Thürmann P, Schubert I. Einflussfaktoren auf die Verordnung einer potentiell inadäquaten Medikation nach PRISCUS-Liste – Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf073. DOI: 10.3205/11dkvf073, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0731  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf073.shtml>

#### 074

### Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung der Behandlungsqualität in der Inneren Medizin: Unterschiede in Abhängigkeit des Alters der Patienten

Tonio Schönfelder, Joachim Kugler  
Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Verschiedene Untersuchungen haben die Effekte von klinischen und soziodemografischen Faktoren auf die Patientenzufriedenheit untersucht. Die meisten Studien fanden einen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Grad der Zufriedenheit [1]. Dabei weisen besonders Patienten ab 65 Jahren ein abweichendes Antwortverhalten auf [2]. Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass dies teilweise mit unterschiedlichen Erwartungen älterer Patienten an den Krankenhausaufenthalt im Vergleich mit jüngeren zusammenhängt [3]. Das Ziel dieser Untersuchung war es, Einflussfaktoren der Zufriedenheit in der Inneren Medizin unter Berücksichtigung des Alters zu identifizieren.

**Material und Methoden:** Die Daten wurden mittels einer anonymen Befragung von zufällig ausgewählten Patienten aus dem Fachbereich Innere Medizin von insgesamt 28 Dresdner Krankenhäusern erhoben. Es konnten circa 2.300 Fragebögen ausgewertet werden. Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit wurden durch multivariate logistische Regressionsanalysen berechnet. Hierzu wurden drei Altersgruppen ( $\leq 60$ ,  $>60$ ,  $<15-80+$ ) gebildet für die jeweils ein Regressionsmodell erstellt wurde.

**Ergebnisse:** Für alle Studienteilnehmer unabhängig von deren Alter sind die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis (OR: 9,4), ärztliche Betreuung (OR: 2,3) sowie Qualität der Mahlzeiten (OR: 2,4) von großer Bedeutung, während die Informationsvermittlung (z.B. zu Medikation) von geringer Priorität war. In der Altersgruppe  $>60$  hatten zusätzlich die Freundlichkeit des Pflegepersonals (OR: 2,0) und die Sauberkeit (OR: 3,7) einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. In der Altersgruppe  $\leq 60$  wirkte sich hingegen die Zimmeraustattung auf die Evaluation des Krankenhausaufenthaltes aus. Zwischen dem Geschlecht der Patienten, der Einweisungsart (z.B. Notfall, Verlegung), der Anzahl früherer Krankenhausbesuche und der Patientenzufriedenheit bestand kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Tabelle 1.

**Schlussfolgerung:** Es ist notwendig das Alter von Patienten bei der Evaluation von Erhebungen zur Patientenzufriedenheit zu berücksichtigen, da sich die Prioritäten älterer Patienten von denen jüngerer unterscheiden. Die Ergebnisse zeigen, dass besonders bei älteren Patienten die Servicequalität eine bedeutende Rolle einnimmt. Dies sollte Berücksichtigung finden, wenn die Ergebnisqualität von Abteilungen bzw. Krankenhäusern miteinander oder über einen längeren Zeitraum verglichen und daraus Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung abgeleitet werden sollen.

#### Literatur

- Hall J, Dornan M. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. Soc Sci Med. 1990;30:811-818.
- Moret L, Nguyen J, Volteau C, Falissard F, Lombrail P, Gasquet I. Evidence of a non-linear influence of patient age on satisfaction with hospital care. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):382-389.
- Jaipaul C & Rosenthal G. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? J Gen Intern Med. 2003;18(1):23-30.

Bitte zitieren als: Schönfelder T, Kugler J. Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung der Behandlungsqualität in der Inneren Medizin: Unterschiede in Abhängigkeit des Alters der Patienten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf074. DOI: 10.3205/11dkvf074, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0743  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf074.shtml>

Altersgruppen	<15 to 80+	<15 to 60	61 to 80+
	OR (95% Konfidenzintervall), P-Wert		
Variable			
Persönliche ärztliche Betreuung	2.137 (1.460 to 3.127), p<0.001	4.085 (2.787 to 5.987), p<0.001	2.311 (1.572 to 3.399), p<0.001
Kenntnisse der Ärzte zur Krankheitsvorgeschichte	/	/	2.085 (1.374 to 3.166), p=0.001
Beantwortung der Fragen durch die Ärzte	/	/	/
Verständliche Informationen zur Medikation	/	/	/
Verständliche Informationen zu bevorstehenden Operationen	/	/	/
Verständliche Informationen zur Anästhesie	/	/	/
Organisation der Entlassung	1.532 (1.099 to 2.134), p=0.012	/	1.406 (1.007 to 1.926), p=0.045
Organisation der Krankenhausaufnahme	/	/	/
Organisation von Untersuchungen	/	/	/
Beurteilung des Behandlungsergebnisses	9.605 (5.198 to 17.750), p<0.001	11.066 (6.371 to 19.220), p<0.001	9.484 (5.670 to 15.860), p<0.001
Freundlichkeit des Pflegepersonals	2.067 (1.276 to 3.349), p=0.003	/	1.919 (1.175 to 3.134), p=0.009
Freundlichkeit der Ärzte	/	/	/
Sauberkeit	/	/	3.676 (2.086 to 6.478), p<0.001
Zimmerausstattung	/	1.833 (1.278 to 2.629), p=0.001	/
Qualität der Mahlzeiten	2.374 (1.702 to 3.312), p<0.001	2.396 (1.746 to 3.288), p<0.001	3.440 (2.328 to 5.082), p<0.001
Model-Statistiken:	Nagelkerke-R <sup>2</sup> = 0.74; X <sup>2</sup> Hosmer-Lemeshow= 6.05, 8 Freiheitsgrade, P= 0.64; 92% der Fälle wurden korrekt klassifiziert	Nagelkerke-R <sup>2</sup> = 0.76; X <sup>2</sup> Hosmer-Lemeshow= 5.08, 8 Freiheitsgrade, P= 0.75; 91.9% der Fälle wurden korrekt klassifiziert	Nagelkerke-R <sup>2</sup> = 0.80; X <sup>2</sup> Hosmer-Lemeshow= 7.57, 8 Freiheitsgrade, P= 0.58; 93,5% der Fälle wurden korrekt klassifiziert

/: Variable war statistisch nicht signifikant (P≤0,05)

Tabelle 1: Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung der Behandlungsqualität: Ergebnisse der multivariaten logistischen Regressionsanalyse

075

## Einflussfaktoren der Akzeptanz eines Patientenfragebogens zur Lebensqualität

Moritz Schulz, Michaela Nagl, Erik Farin-Glattacker  
Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** Bisher haben nur wenige Studien die patientenseitige Akzeptanz von Fragebogen im Rahmen der Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gLQ) untersucht [1]. Dabei konnten jedoch keine spezifischen Einflussfaktoren auf die Akzeptanz der verwendeten Instrumente gefunden werden. Die Akzeptanz eines solchen exemplarischen Fragebogens [2] soll in der vorliegenden Arbeit betrachtet und mögliche Faktoren zu ihrer Vorhersage gefunden werden. Die Ergebnisse stammen aus dem BMBF geförderten Projekt „Patientenorientierte Veränderungsmessung (POEM)“.

**Material und Methoden:** N=336 Patienten mit chronisch-ischämischer Herzkrankheit (Kardiologie), N=193 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (MSK) und N=319 Patientinnen mit Brustkrebs (Onkologie) wurden zu Reha-Beginn (t0) und Reha-Ende (t1) befragt. Neben soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht, höchster Schulabschluss), wurden die Verständlichkeit des Fragebogens, die generische gLQ (SF-12), sowie die indikationsspezifische gLQ [Kardiologie: MacNew, Seattle Angina Questionnaire (SAQ); MSK: Fragebogen zur Erfassung schmerzbezogenen Verhaltens (FESV), Oswestry Disability Index (ODI); Onkologie: Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23), Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-B)] erfasst. Zudem wurden die Patientenzufriedenheit, das Vertrauen in den Arzt (VIA), die

Einbeziehung des Patienten in die Behandlung (PICS) sowie Persönlichkeitsvariablen mit Hilfe etablierter Fragebogen gemessen (Kardiologie: STAXI-Ärgerdispositionsskala, MMPI-2 Zynismusskala, MSK: Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ), Onkologie: Life Orientation Test (LOT-R)).

Zunächst wurde eine einfache Imputation fehlender Werte mit Hilfe eines EM-Algorithmus (NORM) durchgeführt. Zur Vorhersage der AV (Akzeptanz: 0=gering; 1=hoch) wurde eine logistische Regression mit Rückwärts-Selektion berechnet. In die Analysen gingen alle Variablen, die Korrelationen von  $p \leq .2$  mit der AV aufwiesen, ein.

**Ergebnisse:** Kardiologie: Hohe Werte in Verständlichkeit (t0: beta=21.819; t1: beta=2.724), MMPI-2 Zynismusskala (t0: beta=0.113; t1: beta=.120), der Patientenzufriedenheit mit der Pflege (t1: beta=.941) und der MacNew physische Skala (t1: beta=.280) sind mit höherer Akzeptanz assoziiert. Nagelkerkes R<sup>2</sup> betrug zu t0 R<sup>2</sup>=.118 und zu t1 R<sup>2</sup>=.280.

MSK: Für t0 ergibt sich ein Nagelkerkes R<sup>2</sup>=.212. Die Variablen Verständlichkeit (beta=21.501) und SF-12 psychische Subskala (beta=-.052) wurden in das Regressionsmodell aufgenommen. Zu t1 gingen die Variablen Verständlichkeit (beta=1.170), Patientenaktivierung durch Ärzte (PICS) (beta=.538) und die Skala Ruhe- und Entspannungstechniken des FESV (beta=.103) bei einem R<sup>2</sup>=.176 in das Modell ein.

Onkologie: Zu t0 diente die Subskala Brustkrebs des FACT als Prädiktor (beta=.41), bei Nagelkerkes R<sup>2</sup>=.018. Hohe Werte der Skalen Angst (beta=.451) und Soziale Belastungen (beta=.508) des FBK R23 und des FACT-B Gesamtscore (beta=.117) gingen zu t1 mit hoher Akzeptanz einher. Der LOT Pessimismuswert

zeigt einen negativen Zusammenhang ( $\beta = -.842$ ), Nagelkerkes  $R^2 = .595$ .

**Schlussfolgerung:** Die Verständlichkeit scheint eine wichtige Rolle für die Akzeptanz zu spielen, was auf die Bedeutung der Verständlichkeitsprüfung beim Einsatz von Fragebogen der gLQ verweist. Ferner sind Aspekte des Gesundheitsstatus und Persönlichkeitsmerkmale von Bedeutung; zum Zeitpunkt Reha-Ende zudem Aspekte der Patient-Behandler-Beziehung. In der Onkologie besitzen die krankheitsbedingten Belastungen eine besondere Relevanz.

#### Literatur

1. Singer S, Kuhnt S, Momenghalibaf A, Stuhr C, Dimmel-Hennersdorf, Köhler U, Eienkel J. Patients' acceptance and psychometric properties of the EORTC QLQ-CX24 after surgery. *Gynecologic Oncology*. 2010; 116:82-87.
2. Nagl M, Farin E. Die Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der Teilhabe-Relevanz von Rehabilitations-Effekten: Retest-Reliabilität und deskriptive Ergebnisse. *Rehabilitation*. (im Druck).

Bitte zitieren als: Schulz M, Nagl M, Farin-Glattacker E. Einflussfaktoren der Akzeptanz eines Patientenfragebogens zur Lebensqualität. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf075. DOI: 10.3205/11dkvf075, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0751

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf075.shtml>

## 076

### Einstellung zur Erkrankung als Prädiktor von Lebensqualität und Fatigue bei Brustkrebspatientinnen mit antihormoneller Therapie – Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie

Pia von Blanckenburg<sup>1</sup>, Franziska Schuricht<sup>1</sup>, Ute-Susann Albert<sup>2</sup>, Winfried Rief<sup>1</sup>, Yvonne Nestoriuc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

<sup>2</sup>Klinik für Gynäkologie, gynäkologische Endokrinologie und Onkologie, Universitätsklinikum Marburg und Gießen, Marburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die antihormonelle Therapie ist Standard der adjuvanten Behandlung bei Brustkrebspatientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus, wobei eine Einnahmedauer von 5 Jahren empfohlen wird. Die Behandlung bringt oftmals Beeinträchtigungen für die Lebensqualität der Patientinnen mit sich, z.B. durch Nebenwirkungen wie Fatigue. Befunde zeigen, dass Einstellungen von Patienten zu ihrer Krankheit und Behandlung einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben können. Ziel dieser Studie ist daher zu untersuchen, in welchem Maße das subjektive Krankheitsverständnis mit der Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen zusammenhängt sowie einen Prädiktor für die Lebensqualität drei Monate nach Beginn einer adjuvanten antihormonellen Therapie darstellt.

**Material und Methoden:** In einem prospektiven Design wurden bisher 37 Brustkrebspatientinnen (mittleres Alter: 55,6; SD: 11,3) postoperativ (t0), nach Entlassung aus dem Krankenhaus (t1) und 3 Monate nach Beginn der antihormonellen Therapie (t2) mittels Fragebogenerhebungen untersucht. Zur Erfassung des

subjektiven Krankheitskonzeptes wurde der Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) verwendet, zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) mit Brustmodul (EORTC BR-23) eingesetzt. Weiterhin wurden relevante demografische und medizinische Variablen erfasst.

**Ergebnisse:** In hierarchischen multiplen Regressionsanalysen zeigte sich ein eher negatives subjektives Krankheitsverständnis - nach Kontrolle demografischer Variablen - als Prädiktor für eine niedrigere globale Lebensqualität ( $\beta = -.588$ ,  $p < .001$ ; korrigiertes  $R^2 = .290$ ,  $p < .001$ ) und eine höhere Fatigue ( $\beta = .428$ ,  $p < .05$ ; korr.  $R^2 = .133$ ,  $p < .05$ ) nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Schwere der Brustkrebserkrankung medierte die Zusammenhänge zwischen krankheitsbezogenen Einstellungen und lebensqualitätsbezogenen Faktoren nicht. Auch längsschnittlich ließen sich für die bisher zu t2 ausgewerteten Patientinnen Tendenzen in diese Richtung feststellen. Positive Einstellungen zur Kohärenz (QoL:  $r = .740$ ,  $p < .05$ ; Fatigue:  $r = -.703$ ,  $p < .05$ ) zeigten hierbei die höchsten Zusammenhänge.

**Schlussfolgerung:** Das subjektive Krankheitskonzept hängt mit der Lebensqualität postoperativer Brustkrebspatientinnen nach Krankenhausentlassung und nach Beginn mit einer adjuvanten antihormonellen Therapie zusammen. Psychologische Interventionen, die eine Bearbeitung der krankheitsbezogenen Einstellungen der Patientinnen beinhalten, könnten zur Steigerung der Lebensqualität beitragen.

Bitte zitieren als: von Blanckenburg P, Schuricht F, Albert US, Rief W, Nestoriuc Y. Einstellung zur Erkrankung als Prädiktor von Lebensqualität und Fatigue bei Brustkrebspatientinnen mit antihormoneller Therapie – Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf076. DOI: 10.3205/11dkvf076, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0765

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf076.shtml>

## 077

### Einstellungen von Ärzten, Pflegepersonal, Patienten und der Allgemeinbevölkerung zu Evidenzbasierung und Behandlungskosten als Kriterien für eine Priorisierung in der Medizin

Jeannette Winkelhage, Adele Diederich  
Jacobs University, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Priorisierung medizinischer Leistungen bietet eine Möglichkeit, die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Ein Teilprojekt der DFG-Forschergruppe FOR655 „Priorisierung in der Medizin“ hat in einer repräsentativen Befragung untersucht, welche Kriterien für eine Prioritätensetzung in der Medizin von der Bevölkerung akzeptiert werden und welche Unterschiede sich dabei zwischen Vertretern verschiedener Interessengruppen abzeichnen. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit Einstellungen zu Evidenzbasierung und Behandlungskosten als Kriterien für eine Priorisierung medizinischer Leistungen.

**Material und Methoden:** Die Befragung umfasst 2031 Personen und ist repräsentativ für die erwachsene Bevölkerung Deutschlands. Von 135 Items befassen sich 11 mit Evidenzbasierung und Kosten von Behandlungen als Priorisierungskriterien. Mittels inferenzstatistischer Analysen werden Unterschiede zwischen Ärzten, Vertretern des Pflegepersonals, Patienten und der Allgemeinbevölkerung untersucht.

**Ergebnisse:** Behandlungskosten per se werden mehrheitlich nicht als Priorisierungskriterium akzeptiert. Evidenzbasierung wird von einer knappen Mehrheit als Kriterium befürwortet, spielt aber nur noch eine untergeordnete Rolle, wenn z.B. lebensbedrohliche Erkrankungen thematisiert werden. Insbesondere die Gruppe der Ärzte unterscheidet sich von den übrigen Befragungsteilnehmern: Sie sprechen sich häufiger als andere Bevölkerungsgruppen für die Berücksichtigung von Behandlungskosten bei der Priorisierung medizinischer Leistungen aus und plädieren häufiger gegen die Finanzierung nicht evidenzbasierter Maßnahmen.

**Schlussfolgerung:** Einstellungen zu Evidenzbasierung und Behandlungskosten als Priorisierungskriterien in der Medizin variieren innerhalb der Bevölkerung. Insbesondere Ärzte sprechen sich häufiger als andere Gruppen für eine Berücksichtigung dieser beiden Kriterien aus.

Bitte zitieren als: Winkelhage J, Diederich A. Einstellungen von Ärzten, Pflegepersonal, Patienten und der Allgemeinbevölkerung zu Evidenzbasierung und Behandlungskosten als Kriterien für eine Priorisierung in der Medizin. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf077. DOI: 10.3205/11dkvf077, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0776  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf077.shtml>

078

## emerge – sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation

Barbara Eckl  
Verein Outcome, Zürich, Schweiz

**Hintergrund:** Dem gelungenen Eintritt des Patienten ins Spital kommt im Behandlungsprozess eine wichtige Bedeutung zu. Für den Patienten entscheidend ist das Ergebnis der Behandlung. Outcomedaten – auch aus Patientensicht – helfen zum Informationsgewinn, um die Patientenaufnahme optimal zu gestalten. Der Verein Outcome bietet die Messung „emerge – schnelle und sichere Hilfe in der Notfallstation“ zur Evaluation des Eintrittsgeschehens in der Notfallsituation an. Die Besonderheit der Outcome-Messungen liegt darin, dass sie sowohl die Patientenperspektive als auch die der Professionellen abbilden. Die standardisierten Auswertungen werden in Benchmarkingveranstaltungen – gemäss dem „Lernen vom Besten“ – von den teilnehmenden Spitälern diskutiert. Diese Datengrundlage macht es den Spitälern möglich, in ihrem Eintrittsgeschehen Schwachstellen und somit Potenziale für Verbesserungen aufzudecken.

**Material und Methoden:** Der Fokus beim Notfalleintritt liegt neben der Patientenzufriedenheit auf den Bereichen Sicherheit und Geschwindigkeit im Prozess.

Die Messung erfolgt mit Hilfe eines Erhebungsbogens, der von Pflegenden und Ärzten auf dem Notfall für jeden Patienten ausgefüllt wird. Mit diesem Bogen werden unterschiedliche Zeitpunkte erfasst, z.B. Zeitpunkt Aufnahme ins Spital, Erstkontakt Arzt oder Entlassung/Verlegung aus der Notfallstation. Neben diesen Zeitpunkten werden Triagierung, Information oder auch Schmerzerfassung erhoben. Der Patientenfragebogen mit über 20 Fragen zu den Bereichen Organisation (Wartezeit, Strukturen der Notfallstation), Information (Aufklärung) und Kommunikation (Freundlichkeit, Respekt) am Ende der Versorgung an den Patienten abgegeben.

Die Erhebung läuft in der Regel über einen Zeitraum von acht Wochen. In dieser Zeit werden alle stationären und ambulanten Patienten, die über den Notfall eines Krankenhauses eintreten, in die Erhebung aufgenommen. Nach Abschluss der Messung werden die Daten und den Krankenhäusern übermittelt.

**Ergebnisse:** Mit Hilfe der Ergebnisse der emergemessung kann jedes Krankenhaus so seinen Notfall evaluieren. Indikatoren, wie z.B. Bestätigung der Dringlichkeitseinstufung oder Erfassen einer Verzögerung im Notfall, zeigen mögliche Schwachstellen auf, die den Bereich der Patientensicherheit betreffen. Berechnungen von Zeitintervallen, wie z.B. Zeit von Eintritt ins Krankenhaus bis Zeitpunkt Erstkontakt Arzt oder Eintritt bis Entlassung/Verlegung zeigen die Leistungen im Bereich Geschwindigkeit auf. Eine detaillierte Aufschlüsselung der verschiedenen Zeitpunkten und Intervallen macht es den Krankenhäusern möglich, tief in den Prozess einzusteigen und so Ihre Notfallversorgung zu betrachten.

**Schlussfolgerung:** In den Benchmarking Veranstaltungen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser untereinander verglichen. Der geschützte Rahmen ermöglicht es den Teilnehmenden, ihre Erfahrungen auszutauschen und ganz offen über ihre eigenen Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Massnahmen zu sprechen. Erfahrungen von Krankenhäusern, welche die Messung „emerge“ bereits einige Male durchgeführt hatten, zeigen auf, dass die Ergebnisse zu Verbesserungsmassnahmen in der Notfallversorgung geführt haben und sich somit die Zufriedenheit der Patienten erhöht hat.

Die Messung wird aktuell weiterentwickelt. Neu hinzugekommene Indikatoren erweitern die Ergebnisse um Bereiche, die in der Notfallversorgung in den letzten Jahren mehr Gewicht erhalten haben. Die Pilotmessung wird momentan abgewickelt. Erste Ergebnisse der weiterentwickelten Messung stehen im Herbst 2011 zur Verfügung.

Bitte zitieren als: Eckl B. emerge – sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf078. DOI: 10.3205/11dkvf078, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0788  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf078.shtml>

079

## Entscheidungsfindung: Einfluss von Setting und Indikation auf Beteiligungswunsch und Informationsbedürfnis

Daniel R. Reißmann<sup>1</sup>, Jürgen Kasper<sup>2</sup>, Wilma Pahl<sup>2</sup>, Mareike Bührens<sup>1</sup>, Guido Heydecke<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Partizipative Entscheidungsfindung (PEF; Shared decision making, SDM) wird als das ideale Modell der Arzt-Patienten-Kommunikation angesehen. Es war das Ziel dieser Studie, den Einfluss des Erhebungssettings und der medizinischen Indikation auf den Wunsch der Patienten nach Beteiligung und Information zu bestimmen.

**Material und Methoden:** Studienteilnehmer waren eine Stichprobe von insgesamt N=288 Patienten, welche in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik (N=97), der Ambulanz für Multiple Sklerose (N=105), beide Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, sowie in 10 Hausarztpraxen (N=86) in Hamburg konsekutiv rekrutiert wurden. Beteiligungswunsch und Informationsbedürfnis der Patienten wurden mit der deutschen modifizierten Fassung des Autonomie-Präferenz-Index (API-Dm) erhoben und für die drei Settings verglichen. Die Ergebnisse des API-Dm wurden für Beteiligungswunsch und Informationsbedürfnis als standardisierte Rohgesamtwerte (Bereich von 0-keine Präferenz bis 100-maximale Präferenz) dargestellt. Unterschiede hinsichtlich des Settings wurden mittels einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA) auf statistische Signifikanz geprüft. Der Einfluss der Indikation auf den Beteiligungswunsch wurde mittels Vignetten für Atemwegserkrankung (2 Fragen), erhöhter Blutdruck (2 Fragen) und Zahnprobleme (3 Fragen) mit der modifizierten 5-Punkte Kontrollpräferenzskala (Control Preference Scale, CPS) mit den Kategorien von "1-Patient trifft Entscheidung allein" über "3-Patient trifft Entscheidung zusammen mit Zahnarzt" bis "5-Zahnarzt trifft Entscheidung allein" ermittelt. Für die einzelnen Indikationen (Vignetten) wurden Mittelwerte der CPS gebildet und diese mittels einer ANOVA auf signifikante Unterschiede innerhalb der Patienten getestet.

**Ergebnisse:** Das Informationsbedürfnis der Patienten war unabhängig vom Setting sehr hoch (alle:  $\geq 95,0$ ; ANOVA:  $p > 0,05$ ). Der Beteiligungswunsch war mit 62,1 im zahnmedizinischen Setting am höchsten. Der Wert aus den Hausarztpraxen lag bei 58,8; während in der Ambulanz für Multiple Sklerose der Wert mit 52,9 am niedrigsten lag. Der Unterschied in Bezug auf das Setting war statistisch signifikant (ANOVA:  $p = 0,035$ ). In Bezug auf Indikationen wurde bei der Vignette mit Fragen zum Vorgehen bei erhöhtem Blutdruck die eigene Kontrollpräferenz von den Patienten am niedrigsten eingeschätzt (3,4). Die Präferenzwerte für Atemwegserkrankungen und Zahnprobleme waren mit 3,0 identisch und statistisch signifikant (ANOVA:  $p < 0,001$ ) niedriger als beim erhöhten Blutdruck, was einer stärkeren aktiven Rolle im Entscheidungsfindungsprozess entspricht. Der Wert 3 steht dabei für eine gleichberechtigte Rolle von Arzt und Patient im Entscheidungsfindungsprozess.

**Schlussfolgerung:** Patienten haben ein sehr hohes Informationsbedürfnis und wünschen eine Beteiligung

bei Entscheidungen im Sinne einer gleichberechtigten Rolle von Arzt und Patient (partizipative Entscheidungsfindung). Beteiligungswünsche von Patienten können vom Erhebungssetting und der erfragten medizinischen Indikation abhängen. Ergebnisse von Studien, die sich in diesen Punkten unterscheiden, sind daher nur bedingt vergleichbar.

Bitte zitieren als: Reißmann DR, Kasper J, Pahl W, Bührens M, Heydecke G. Entscheidungsfindung: Einfluss von Setting und Indikation auf Beteiligungswunsch und Informationsbedürfnis. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf079.

DOI: 10.3205/11dkvf079, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0799

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf079.shtml>

080

## Entwicklung eines neuen medikationsbasierten Chronic Disease Scores (med-CDS; BMBF-FZ: 01ET1004B)

Renate Quinzler<sup>1</sup>, Michael Freitag<sup>2</sup>, Martin Beyer<sup>3</sup>, Anne Dahlhaus<sup>3</sup>, Angela Döring<sup>4</sup>, Tobias Freund<sup>5</sup>, Margit Heier<sup>6</sup>, Stefanie Holt<sup>7</sup>, Hildtraud Knopf<sup>8</sup>, Melanie Lupp<sup>9</sup>, Jana Prokein<sup>10</sup>, Steffi Riedel-Heller<sup>9</sup>, Ingmar Schäfer<sup>11</sup>, Christa Scheidt-Nave<sup>8</sup>, Joachim Szecsenyi<sup>5</sup>, Petra Thümann<sup>7</sup>, Hendrik van den Bussche<sup>11</sup>, Birgitt Wiese<sup>10</sup>, Jochen Gensichen<sup>2</sup>, Walter E. Haefeli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Heidelberg, Deutschland

<sup>2</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Jena, Deutschland

<sup>3</sup>Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main, Deutschland

<sup>4</sup>Institut für Epidemiologie I, Helmholtz Zentrum München, Neuherberg, Deutschland

<sup>5</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin u. Versorgungsforschung, Heidelberg, Deutschland

<sup>6</sup>Institut für Epidemiologie II, Helmholtz Zentrum München, Neuherberg, Deutschland

<sup>7</sup>Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Department für Humanmedizin, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Wuppertal, Deutschland

<sup>8</sup>Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Berlin, Deutschland

<sup>9</sup>Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland

<sup>10</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Biometrie, Hannover, Deutschland

<sup>11</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Um den Gesundheitsstatus einer Population zu beschreiben und gesundheitsrelevante Endpunkte vorauszusagen, müssen chronischen Erkrankungen erfasst und gewichtet werden. Medikationsbezogene Multimorbiditäts-Scores haben den Vorteil, dass sie auch dann anwendbar sind, wenn Diagnosen nicht verfügbar, inkonsistent oder unzuverlässig sind. Bisherige vor allem in den USA entwickelte, medikationsbezogene Scores [1], [2] bilden die aktuelle Behandlungssituation in Deutschland nur ungenügend ab (anderes Arzneimittelsortiment, veraltete Therapierichtlinien, keine Berücksichtigung von Kombinationen). Ziel dieses Projektes ist, einen Score für chronische Erkrankungen zu entwickeln, mit dem sich die Multimorbidität von älteren ambulanten Patienten anhand der Arzneimittelverordnung charakterisieren

lässt, um daraus eine Risikoeinschätzung für das Auftreten relevanter Endpunkte (z.B. Hospitalisierung) vorzunehmen.

**Material und Methoden:** In Kohorten des BMBF-Forschungsverbundes „Gesundheit im Alter“ werden zunächst Bezüge zwischen Einzelkrankheiten und medikamentösen Therapien entwickelt und validiert. Anhand des so entwickelten Sets chronischer Krankheiten und der zugehörigen Medikation werden die Kohorten der Verbundprojekte bezüglich Multimorbidität charakterisiert und verglichen. Dabei werden auch Kombinationstherapien (als Indikator für Differenzialdiagnose oder Schweregrad einer Erkrankung) definiert und deren Bezug zum tatsächlichen Endpunkt verifiziert. Arzneimittel(kombinationen) mit guten Indikator-eigenschaften bilden dann die Grundlage für die Entwicklung eines medikationsbezogenen Multimorbiditätsscores, der hinsichtlich seiner Prädiktivität für krankheitsbezogene Endpunkte unter Verwendung eines Trainingsdatensatzes und eines oder mehrerer konfirmatorischen Datensätze validiert wird.

**Ergebnisse:** Es wird das Studienkonzept sowie die Vorgehensweise für die Zuordnung von Arzneimitteltherapien zu den als relevant eingeschätzten korrespondierenden Diagnosen vorgestellt. Medikamentöse Therapieempfehlungen aktueller Therapieleitlinien mit hohem Evidenzgrad sowie Zulassungsinformationen bilden hierbei die Grundlage. Des Weiteren werden beispielhaft Bezüge zwischen chronischen Diagnosen und Arzneimittel(kombinationen) vorgestellt.

**Schlussfolgerung:** Die Verwendung von prospektiv definierten Kriterien für die Arzneimittelselektion, die interdisziplinäre Zusammensetzung der Arbeitsgruppe und die unterschiedlichen herangezogenen Kohorten lassen erwarten, dass eine hohe Validität des so entstehenden Multimorbiditätsscores erreicht werden kann. Dies ermöglicht seine Anwendung für die Risikoprädiktion und den Vergleich von Patientenpopulationen anhand von Arzneimitteldaten.

Diese Studie wurde unterstützt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Förderkennzeichen 01ET1004B.

#### Literatur

1. Von Korff M, Wagner EH, Saunders K. A chronic disease score from automated pharmacy data. *J Clin Epidemiol.* 1992;45:197-203.
2. Fishman PA, Goodman MJ, Hornbrook MC, Meenan RT, Bachman DJ, O'Keefe Rosetti MC. Risk adjustment using automated ambulatory pharmacy data: the RxRisk model. *Med Care.* 2003;41:84-99.

Bitte zitieren als: Quinzler R, Freitag M, Beyer M, Dahlhaus A, Döring A, Freund T, Heier M, Holt S, Knopf H, Luppä M, Prokein J, Riedel-Heller S, Schäfer I, Scheidt-Nave C, Szecsenyi J, Thürmann P, van den Bussche H, Wiese B, Gensichen J, Haefeli WE. Entwicklung eines neuen medikationsbasierten Chronic Disease Scores (med-CDS; BMBF-FZ: 01ET1004B). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf080. DOI: 10.3205/11dkvf080, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0804  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf080.shtml>

081

## Entwicklung eines strukturierten Protokolls für die Therapieplanung von Straftätern mit substanzbezogenen Störungen im Maßregelvollzug (§64 StGB)

Angela Buchholz

Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** Bei einem Großteil der Patienten, die aufgrund von Delikten im Zusammenhang mit substanzbezogenen Problemen im Maßregelvollzug (§64 StGB) behandelt werden, wird die Behandlung aufgrund von Aussichtslosigkeit vorzeitig beendet. Für die „freiwillige“ Suchthilfe gibt es Hinweise, dass eine bedarfsorientierte, strukturierte Behandlungsplanung sinnvoll ist. Zum Maßregelvollzug nach §64 StGB gibt es kaum systematische Evaluationsstudien. Zwar gibt es Studien über die Vorhersage eines Behandlungsabschlusses wg. Aussichtslosigkeit, wie diese Ergebnisse für die Behandlungsplanung nutzbar gemacht werden können, wurde bisher nicht untersucht.

**Ziel:** In dieser Pilotstudie soll ein Protokoll entwickelt werden, mit dessen Hilfe eine systematische Behandlungsplanung unter Berücksichtigung des Behandlungsbedarfs und des Risikos für einen ungünstigen Therapieverlauf erstellt werden kann.

**Methode:** Zunächst werden Daten von ca. 250 Patienten im Maßregelvollzug in Bezug auf Behandlungsbedarf und Prädiktoren eines ungünstigen Behandlungsverlaufs ausgewertet, die während zu Behandlungsbeginn mit einem standardisierten Interview befragt wurden. Basierend auf den Ergebnissen soll ein Protokoll entwickelt werden, mit dem Angaben zum Behandlungsbedarf und zu möglichen Risikofaktoren eines vorzeitigen Behandlungsabbruchs systematisch in die Therapieplanung eingehen sollen. Anschließend wird die Akzeptanz dieses Verfahrens bei Patienten und Mitarbeitern erfasst. Zudem soll ein Studienprotokoll erstellt werden, welches eine Evaluation des Behandlungsprotokolls ermöglichen soll.

**Erwartete Ergebnisse:** Die strukturierte Behandlungsplanung kann ein Weg sein, um die Anzahl an Aussichtsloschreibungen zu reduzieren und eine systematische Behandlungsplanung und -evaluation unterstützen.

Bitte zitieren als: Buchholz A. Entwicklung eines strukturierten Protokolls für die Therapieplanung von Straftätern mit substanzbezogenen Störungen im Maßregelvollzug (§64 StGB). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf081. DOI: 10.3205/11dkvf081, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0812  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf081.shtml>

082

## Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Feedbackberichte zum Ordnungsverhalten

Frank Meyer, Dominik von Stillfried

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Routinedaten gemäß §300 SGB V sind häufig Grundlage für Feedbackberichte zum Ordnungsverhalten, die Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder andere Institutionen den Vertragsärzten im Rahmen von Pharmakotherapieberatungen verfügbar machen. Diese Standardberichte enthalten in der Regel Übersichten und Kennzahlen, die die Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie des Arztes im Vergleich zur Fachgruppe oder anderen Vergleichsgruppen darstellt. Die Darstellung von Qualitätsindikatoren (z.B. Abbildung von Leitlinienadhärenz) auf Basis von Routinedaten scheint eher schwierig [1].

**Material und Methoden:** Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) beschafft im Auftrag aller Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Rezeptdaten gemäß §300 Absatz 2 SGB V. Die Daten werden von den KVen zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben genutzt. Für die Umsetzung von Pharmakotherapieberatungen gemäß §305a SGB V entwickelt das ZI zusammen mit KVen Standardberichte, die auch qualitätsorientierte Aspekte darstellen sollen. Das ZI hat im Rahmen eines Experten-Workshops den Bedarf und die Möglichkeiten für Qualitätsindikatoren, die auf Basis von Routinedaten in Standardberichten integriert werden können, erarbeitet.

**Ergebnisse:** Als priorisierte Handlungsfelder für Qualitätsindikatoren im Rahmen von Feedbackberichten wurden von den Teilnehmern des Workshops u.a. die Themenbereiche potenziell inadäquate Medikation (PIM), Polypharmazie und potenzielle Interaktionen identifiziert. Ziel des Beitrages ist es, die bisherige Umsetzung vorzustellen. Dabei soll insbesondere die methodische Operationalisierung des Indikators, die Bestimmung von Referenzbereichen und die Kommunikationsstrategie erörtert werden.

**Schlussfolgerung:** Es besteht großer Bedarf für Feedbackberichte, die qualitätsorientierte Aspekte der Pharmakotherapie in den Vordergrund stellen. Die Umsetzung auf Basis von Routinedaten ohne Kenntnis von zusätzlichen klinischen Informationen ist jedoch problematisch. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Feedbackberichte sind die Vertragsärzte frühzeitig mit einzubinden.

### Literatur

1. Laux G, Nothacker M, Weinbrenner S, Störk S, Blozik E, Peters-Klimm F, Szecsenyi J, Scherer M. Using routine data for quality of care assessments: a critical review, taking quality indicators for the "National Disease Management Guideline for Chronic Heart Failure" as an example. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2011;105(1):21-6. DOI: 10.1016/j.zefq.2010.08.005

Bitte zitieren als: Meyer F, von Stillfried D. Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Feedbackberichte zum Ordnungsverhalten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf082.

DOI: 10.3205/11dkvf082, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0825

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf082.shtml>

083

## Erfassung und Lösung von Arzneimittelbezogenen Problemen bei Demenzpatienten in der ambulanten Versorgung – Das Medikationsmanagement der Studie DelpHi-MV

Thomas Fiß<sup>1</sup>, Adina Dreier<sup>2</sup>, Georgia Böwing<sup>1</sup>, Jochen René Thyrian<sup>1</sup>, Wolfgang Hoffmann<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Bonn/Greifswald, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Community Medicine, Abt. Allgemeinmedizin, Greifswald, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Community Medicine, Greifswald, Deutschland

**Einleitung:** Die Erkrankung Demenz kann derzeit pharmakotherapeutisch nicht geheilt werden [1]. Gleichzeitig erfolgt jedoch eine intensive Medikalisierung von Ko-Morbiditäten und Begleiterscheinungen der Demenz. Mit der Komplexität der Pharmakotherapie steigt das Risiko für das Auftreten von Arzneimittelbezogenen Problemen (ABP). Speziell bei Demenzpatienten sind Präparate problematisch, die kognitive Störungen verursachen, das Sturzrisiko erhöhen oder bei denen ein komplexes Therapieschema zu beachten ist. Die Studie DelpHi-MV (Demenz: lebenswelt- und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern) dient der Evaluation der Effektivität eines integrierten und subsidiären Versorgungskonzeptes, das ein Medikamentenreview einschließt.

**Ziel:** Entwicklung und Testung von Erfassungs- und Interventionsinstrumenten für das Medikationsmanagement in der prospektiven Interventionsstudie DelpHi-MV.

**Methoden:** Auf Basis einer Literaturrecherche erfolgte die Identifizierung von relevanten ABP für die Gruppe der Demenzpatienten. Deren Erfassung wurde in einer retrospektiven Auswertung der Medikationsdaten der AGnES-Kohorte (n=779 Probanden) [2], [3] geprüft.

In einem zweiten Entwicklungsschritt erfolgte eine Anpassung und Erweiterung der Befragungsinstrumente aus dem Medikamentenmodul der AGnES-Studien. Der Beliefs About Medicine Questionnaire (BMQ) wurde als zusätzliches Befragungsinstrument integriert. Für das Medikationsmanagement wurden weitere Interventionsinstrumente wie ein Dokumentationsbogen für die gemeinsame Intervention von lokalen Apotheken und Hausarzt sowie ein Therapietagebuch für Proband und Hauptversorgungsperson entwickelt. Alle Fragebögen wurden als Teil einer MySQL-basierten Befragungssoftware als computer-basiertes Patienteninterview (CAPI) implementiert. Die Qualität der Medikamentenerfassung wird durch die Stammdatei des GKV-Arzneimittelindex gesichert. In der Pilotstudie sollen etwa 25 Patienten in der Häuslichkeit durch zusätzlich qualifizierte Dementia Care Manager [4] u. a. zur Medikamentenanwendung befragt werden.

**Ergebnisse:** Der BMQ erwies sich in der qualitativen Bewertung zur Anwendbarkeit als wenig interventionsleitend, war jedoch verwirrend für viele Probanden. Zur Adhärenz-Förderung wurde ein Reminder-System entwickelt. Ein Identifikationsalgorithmus, u. a. unter Berücksichtigung der PRISCUS-Kriterien, soll den lokalen Apotheker bei der Identifizierung ausgewählter ABP unterstützen und bei der Standardisierung der Intervention helfen.

**Diskussion:** Erstmals stehen Erfassungsinstrumente für ABP bei der Demenztherapie in einer großen Versorgungsforschungsstudie unter Beteiligung von Patient, Hauptversorgungsperson sowie der lokalen Apotheke und dem Hausarzt zur Verfügung. Der lokale Apotheker hat in der DelpHi-MV-Studie die Möglichkeit, seine pharmazeutische Kompetenz im Versorgungsnetzwerk einzubringen. Die Wirksamkeit des integrierten Versorgungskonzeptes wird cluster-randomisiert, prospektiv evaluiert. Nach Abschluss der Pilotphase ist eine explorative Datenauswertung geplant und die entwickelten Instrumente werden nochmals angepasst. Die weiterentwickelten Instrumente und Ergebnisse sollen vorgestellt werden.

#### Literatur

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Abschlussbericht A05-19A: Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz. 2007 Apr 10.
2. Fiss T, Ritter CA, Alte D, van den Berg N, Hoffmann W. Detection of drug related problems in an interdisciplinary health care model for rural areas in Germany. *Pharm World Sci.* 2010;32(5):566-76.
3. Fiss T, Dreier A, Meinke C, van den Berg N, Ritter CA, Hoffmann W. Frequency of inappropriate drugs in primary care – analysis of a sample of immobile patients who received periodic home visits. *Age Ageing.* 2011;40(1):66-73.
4. Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Terschueren C, van den Berg N, Hoffmann W. A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care. *J Adv Nurs.* 2010;66(3):635-44.

Bitte zitieren als: Fiß T, Dreier A, Böwing G, Thyrian JR, Hoffmann W. Erfassung und Lösung von Arzneimittelbezogenen Problemen bei Demenzpatienten in der ambulanten Versorgung – Das Medikationsmanagement der Studie DelpHi-MV. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf083. DOI: 10.3205/11dkvf083, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0831

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf083.shtml>

084

### Ergebnisse der Versorgungsstudie LEOS – Lymphödeme im Großraum Hamburg

Kristina Heyer, Christine Blome, Matthias Augustin  
IVDP, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Chronische Lymphödeme sind keine seltene Erkrankung, ca. 4,5 Millionen Menschen leiden in Deutschland an Lymphödemem. Im Hinblick auf die Chronizität der Erkrankung und die dadurch erforderliche kontinuierliche und meist langwierige therapeutische Betreuung lassen sich finanzielle Belastungen, Zeitintensität der Behandlung und Einschränkungen der Lebensqualität für die betroffenen Patienten nur erahnen. Auch sozioökonomisch stellt die Behandlung von Lymphödempatienten – insbesondere vor dem

Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Situation – ein erhebliches Problem dar. Ziel der Studie ist die Generierung erster Basisdaten zu Versorgungsqualität, Versorgungsbedarf und leitliniengerechter Versorgung von Lymphödemem in der Metropolregion Hamburg.

**Material und Methoden:** LEOS ist eine nicht-interventionelle, querschnittliche Versorgungsstudie. Über Sanitätshäuser, Ärzte, Lymphtherapeuten und Zeitungen wurden Patienten mit Lip- oder Lymphödem rekrutiert und zu ihrer bisherigen und aktuellen Versorgung, Begleiterkrankungen und Krankheitskosten interviewt. Mit Patientenfragebögen wurden Daten zu Lebensqualität, Therapienutzen und Versorgungszufriedenheit erhoben.

**Ergebnisse:** Für die Auswertungen standen die Daten von 348 Studienteilnehmern zur Verfügung; 91% waren Frauen. Die Mehrheit der Patienten hatten Lymphödem (66%) im Stadium 2 (45%). 54% erhielten zweimal wöchentlich eine Lymphdrainage. 91% erhielten keine Wickel der Arme oder Beine. 91% der Patienten führten keine Bewegungstherapie mit Kompression durch. Häufigste Begleiterkrankungen waren Adipositas (48%), arterielle Hypertonie (44%) und chronische Veneninsuffizienz (31%). Im Mittel vergingen 8 Jahre vom ersten Symptom des Ödems bis zur richtigen Diagnose. 77% der Patienten gaben an, einige bis viele Schmerzen und körperliche Beschwerden zu haben. 43% der befragten Patienten beschrieben sich als mäßig ängstlich oder deprimiert. Bei der Frage nach der Einschätzung des Gesundheitszustandes im Vergleich zwischen heute und vor 12 Monaten gaben knapp 64% der Patienten an, dass dieser nahezu gleich geblieben sei.

Hinsichtlich der Versorgung bei Patienten mit Ödemen zeigte sich, dass bei der Mehrheit keine Passformkontrolle bei Kompressionsbestrumpfung, kein Ganzkörperstatus bei der klinischen Untersuchung und kein MLD durchgeführt wurden. Neben der Schwellungsverringerung war wichtigstes Therapieziel, eine optimale Bestrumpfung zu erhalten und Komplikationen zu vermeiden. Viele persönliche Therapieziele wurden noch nicht erreicht. 65% beurteilten die bisherige Behandlung als gut/sehr gut, 28% als mittel und 6% als eher/sehr schlecht.

**Schlussfolgerung:** Obwohl an dieser Studie viele gut versorgte Patienten teilnahmen, waren viele körperlich und psychisch stark belastet und viele Behandlungsziele wurden noch nicht erreicht. Rückblickend wurde von einer langen Zeit berichtet, in der das Ödem unerkannt blieb. Dennoch fühlen sich nur wenige Patienten schlecht versorgt.

Um Fehldiagnosen des Lip- und Lymphödems zu vermeiden und so die Voraussetzungen für die richtige Therapie zu schaffen, ist eine bessere Aufklärung sowohl der Patienten als auch der Versorger vonnöten.

#### Literatur

1. Augustin M, Reich C, Schaefer I, Zschocke I, Rustenbach S. Entwicklung und Validierung eines neuen Instrumentes zur Erfassung patientendefinierten Nutzens in der Therapie der Akne. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.* 2008;6:1-8.
2. Földi M, Földi E, Kubik S. *Lehrbuch der Lymphologie.* 6. Auflage. München: Urban & Fischer; 2005.

Bitte zitieren als: Heyer K, Blome C, Augustin M. Ergebnisse der Versorgungsstudie LEOS – Lymphödeme im Großraum Hamburg. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf084.  
DOI: 10.3205/11dkvf084, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0841  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf084.shtml>

## 085

### Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei nierentransplantierten Patienten durch Förderung der Compliance

Katja Weber<sup>1</sup>, Sandra Gerlach<sup>2</sup>, Susanne Schwickert<sup>2</sup>, Ulrike Trost<sup>2</sup>, Susan Bischoff<sup>2</sup>, Ralf Schindler<sup>3</sup>, Stefan Schwenzer<sup>4</sup>, Marion Schaefer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>Apotheke der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup>Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Nephrologie und internistische Intensivmedizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup>ID - Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Für Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz ist eine Nierentransplantation die Therapie der Wahl. Nach der Transplantation werden sie auf eine komplexe Arzneimitteltherapie eingestellt, wobei die meist lebenslange Einnahme der immunsuppressiven Arzneimittel mit einem erhöhten Risiko für Wechselwirkungen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen einhergeht. Das Auftreten dieser arzneimittelbezogenen Probleme, aber auch fehlendes Wissen sowie das Gefühl der Überforderung sind vielfach Ursache für Non-Compliance [1], [2]. Ein hoher Grad an Komorbidität ist ebenso mit geringerer Compliance assoziiert [3]. Dabei ist eine gute Compliance, insbesondere hinsichtlich der immunsuppressiven Therapie, eine wichtige Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Funktion und den Erhalt des transplantierten Organs. Untersucht wird, ob eine interdisziplinäre Betreuung, die den Apotheker an allen Schnittstellen der Versorgung einbezieht, die Compliance und das Patientenwissen verbessert sowie das Auftreten weiterer arzneimittelbezogener Probleme reduziert.

**Material und Methoden:** Die Studie ist eine im Rahmen des „Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit“ vom BMG geförderte monozentrische, prospektive, offene, randomisierte Interventionsstudie mit Kontrollgruppendesign. Die Interventionsgruppe erhält neben der ärztlichen Beratung stationär und ambulant über ein Jahr eine umfassende zusätzliche Betreuung durch den Apotheker. Die Kontrollgruppe wird ausschließlich ärztlich betreut. Die Maßnahmen zur Förderung der Compliance umfassen patientenindividuelle Schulungen, Verständnistests von Arzneimittelinformationen sowie die Unterstützung des Selbstmanagements in der Arzneimitteltherapie hinsichtlich der Immunsuppressiva und der Komedikation. Zur Erfassung der Compliance wird der Essener Compliance Score eingesetzt. Ergänzend dazu erhalten die Patienten Fragebögen zur Selbsteinschätzung bzw. Befürchtungen sowie zur Lebensqualität (SF-36 Health Survey). Darüber hinaus erfolgt eine EDV-gestützte Dokumentation arzneimittelbezogener Probleme mittels des in die Medi-

kations-Software ID Diacos® Pharma integrierten PIE-Doc®-Formulars. Die Auswertung erfolgt im intra- und interindividuellen Vergleich.

**Ergebnisse:** Die Untersuchungen zum krankheitsbezogenen Patientenwissen, Verständnis und Selbstmanagement, die zu definierten Erhebungszeitpunkten dokumentiert werden, dienen als Indikator für die Umsetzung und Anwendbarkeit der Schulungsinhalte durch die Patienten. Zudem lassen sich anhand der Auswertung der erkannten arzneimittelbezogenen Probleme die Ursachen und deren Vermeidungspotenzial abschätzen. Mit der abschließenden Interpretation der Ergebnisse können Rückschlüsse auf den Erfolg der durchgeführten Maßnahmen und damit auf die Compliance gezogen werden.

**Schlussfolgerung:** Die Umsetzung der individuellen, strukturierten Betreuung nierentransplantierten Patienten, die den Apotheker an allen Schnittstellen einbezieht, ermöglicht eine nachhaltige Förderung der Compliance und dadurch eine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Darauf basierend soll das Konzept der Studie etabliert und ausgebaut werden. Hierbei ist insbesondere der interdisziplinäre Ansatz eine optimale Voraussetzung für die Gestaltung der künftigen Zusammenarbeit.

#### Literatur

1. Denhaerynck K, Schäfer-Keller P, Young J, Steiger J, Bock A, De Geest S. Examining assumptions regarding valid electronic monitoring of medication therapy: development of a validation framework and its application on a European sample of kidney transplant patients. *BMC Med Res Methodol.* 2008; 19(8): 5.
2. Dobbels F, Vanhaecke J, Dupont L, Nevens F, Verleden G, Pirenne J, De Geest S. Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: an evidence base for pretransplant psychosocial screening. *Transplantation.* 2009; 87(10): 1497-504.
3. Goldfarb-Rumyantzev AS, Wright S, Ragasa R, Ostler D, Van Orden J, Smith L, Efimova E, Emerson L, Sandhu GS, Shihab F. Factors Associated with Nonadherence to Medication in Kidney Transplant Recipients. *Nephron Clin Pract.* 2010; 117(1): c33-c39.

Bitte zitieren als: Weber K, Gerlach S, Schwickert S, Trost U, Bischoff S, Schindler R, Schwenzer S, Schaefer M. Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei nierentransplantierten Patienten durch Förderung der Compliance. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf085.  
DOI: 10.3205/11dkvf085, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0858  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf085.shtml>

## 086

### Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit im Arzneimittelkreislauf der MHH

Anja Sievers<sup>1</sup>, Maria Ines Cartes<sup>2</sup>, Heike Alz<sup>1</sup>, Christian Schmidt<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zentralapotheke, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

<sup>2</sup>Risikomanagement, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

<sup>3</sup>Geschäftsführer, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Eine Analyse der Meldungen zum Medikationsprozess aus dem hauseigenen Critical Incident

Reporting System (CIRS) soll detektieren, welche Risiken im Arzneimittelkreislauf der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bestehen. Die Ergebnisse sollen zeigen, welche Maßnahmen eingeleitet werden müssen, um die Arzneimitteltherapiesicherheit in der MHH zu erhöhen.

**Material und Methoden:** Zur Beurteilung der Ausgangslage wurden alle zwischen Oktober 2004 und Mai 2010 eingegangenen CIRS-Meldungen zu Beinahe-Zwischenfällen aus dem Medikationsbereich ausgewertet. Dabei konnten die einzelnen Meldungen unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden.

Ergänzend dazu wurde eine Analyse der von der Zentralapotheke der MHH in ADKA DokuPIK (Online-Datenbank des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker e.V. zur Dokumentation von Medikationsfehlern und pharmazeutischen Interventionen im Krankenhaus) dokumentierten Verordnungsfehler auf allen in der Apotheke eingehenden Zytostatika-Fax-Anforderungen durchgeführt.

**Ergebnisse:** 588 Meldungen (17,63%) der im gewählten Beobachtungszeitraum im CIRS eingegangenen Meldungen betreffen den Medikationsbereich. Diese konnten fünf Abschnitten des Arzneimittelkreislaufs und damit den Bereichen Station, Zentralapotheke und Transportlogistik zugeordnet werden.

Vierzehn Einzelprojekte zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit in der MHH wurden aus der vorangegangenen Analyse abgeleitet und in einem Maßnahmenkatalog zusammengefasst.

**Schlussfolgerung:** Höchste Priorität im Medikationsprozess hat die Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Durch Optimierung von Schnittstellen, Einführung von Kontrollmechanismen und standardisierten Prozessabläufen wird das Unternehmensziel Steigerung der Patientensicherheit kontinuierlich erreicht.

Bitte zitieren als: Sievers A, Cartes MI, Alz H, Schmidt C. Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit im Arzneimittelkreislauf der MHH. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf086. DOI: 10.3205/11dkvf086, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0861  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf086.shtml>

087

## Erreichbarkeit niedergelassener Fachärzte in Mecklenburg-Vorpommern – Ergebnisse einer repräsentativen Querschnitterhebung bei 60-Jährigen und Älteren zu Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme

Ulrike Siewert, Konstanze Fendrich, Wolfgang Hoffmann  
Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** Ziel der Studie ist es, die subjektiv empfundene Erreichbarkeit niedergelassener Fachärzte aus Sicht älterer Patienten im städtischen und ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns im Zusammenhang

mit weiteren Einflussfaktoren als Prädiktor für die Inanspruchnahme zu analysieren.

**Material und Methoden:** In einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 1.200 Personen der Allgemeinbevölkerung ab 60 Jahren in den beiden Landkreisen Ostvorpommern und Uecker-Randow sowie der kreisfreien Stadt Greifswald (Mecklenburg-Vorpommern) wurde mittels eines modular aufgebauten Fragebogens zum Selbstausfüllen eine Erhebung zur Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzten in den letzten 12 Monaten, der subjektiv wahrgenommenen Erreichbarkeit der Ärzte sowie weiteren möglichen Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme (v.a. Alter, Geschlecht, soziodemografische Variablen, chronische Erkrankungen, gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF 12), Einstellungen zur Gesundheit) durchgeführt. Die Fragen zur Erreichbarkeit der Fachärzte bezogen sich auf die eingeschätzte Wegzeit zum „am besten erreichbaren Facharzt“, Wartezeiten auf einen Termin und im Wartezimmer sowie die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit und den Wartezeiten. Den theoretischen Rahmen für die Erhebung bildete das Health Behavior-Modell von Anderson.

**Ergebnisse:** 316 Männer und 399 Frauen im Altersbereich 60–94 Jahre beantworteten den zugesandten Fragebogen (Response 61,2%). In einem Modell wurde neben den Variablen des Grundmodells (Alter, Geschlecht, soziale Schicht, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands, Anzahl der Erkrankungen, physischer und psychischer Faktor der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie Klassifikation der Orte nach den Raumtypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung) die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit getestet (Negativ-Binomialregression). Neben der Anzahl der Erkrankungen (RR=1,11; 95%-CI 1,08–1,14) erwies sich die Zufriedenheit mit der Wartezeit auf einen Termin beim letzten Arztbesuch (RR=1,29; 95%-CI 1,05–1,57) als signifikanter Prädiktor für die Anzahl der Facharzt-Kontakte insgesamt. Die Zufriedenheit mit der Wegzeit zum am besten erreichbaren Facharzt (unabhängig vom genutzten Verkehrsmittel) sowie die Zufriedenheit mit der Wartezeit in der Praxis beim letzten Facharzt-Besuch waren dagegen nicht signifikant.

**Schlussfolgerung:** Neben den bisher gezeigten Zusammenhängen zwischen objektiven Fahrzeitanalysen zur Erreichbarkeit medizinischer Versorgungseinrichtungen und der Inanspruchnahme können auch Zusammenhänge mit der Zufriedenheit mit Wartezeiten auf einen Termin nachgewiesen werden. Weitere multivariate Modelle zu Zusammenhängen zwischen der subjektiv eingeschätzten Erreichbarkeit der fachärztlichen medizinischen Versorgung mit dem Inanspruchnahmeverhalten im Kontext weiterer Einflussfaktoren wurden berechnet, sie werden vorgestellt und diskutiert.

Bitte zitieren als: Siewert U, Fendrich K, Hoffmann W. Erreichbarkeit niedergelassener Fachärzte in Mecklenburg-Vorpommern – Ergebnisse einer repräsentativen Querschnitterhebung bei 60-Jährigen und Älteren zu Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf087. DOI: 10.3205/11dkvf087, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0871  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf087.shtml>

088

## (Erste) Ergebnisse einer systematischen Bewertung von Gesundheitsinformationen zur Darmkrebsfrüherkennung in Deutschland

Ulla Walter<sup>1</sup>, Maren Dreier<sup>1</sup>, Birgit Borutta<sup>1</sup>, Gabriele Seidel<sup>1</sup>, Inga Kreusel<sup>1</sup>, Julia Helmstädter<sup>2</sup>, Jürgen Töppich<sup>3</sup>, Eva Maria Bitzer<sup>2</sup>, Marie-Luise Dierks<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

<sup>2</sup>Pädagogische Hochschule, Freiburg, Deutschland

<sup>3</sup>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Die Entscheidungsfindung zur Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Darmkrebsfrüherkennung (fäkaler Okkult-Bluttest FOBT, Screening-Koloskopie) kann durch Gesundheitsinformationen unterstützt werden. Ziel ist die systematische Bewertung der Güte dieser Gesundheitsinformationen mit Hilfe einer neu entwickelten Kriterienliste basierend auf den Vorgaben für evidenzbasierte Patienteninformationen [1], [2].

**Material und Methoden:** Die Entwicklung einer Kriterienliste mit zugehörigem Manual umfasste folgende Schritte: Systematische Literaturrecherche zur Identifikation von Empfehlungen und Bewertungsinstrumenten für Gesundheitsinformationen, Extraktion der enthaltenen Kriterien, Zusammenstellung und Sortierung nach Themenfeldern, Review durch externe Experten, Modifikation. Das Manual unterstützt die Bewertung mit Antwortvorgaben, die auf Basis von systematischen Reviews, HTA-Berichten, S3-Leitlinien und weiteren publizierten Daten aus Deutschland erstellt wurden.

Zur Identifikation von Gesundheitsinformationen zur Darmkrebsfrüherkennung wurden in 8/2010 wesentliche Akteure per E-Mail angefragt und eine Internetrecherche durchgeführt. Eingeschlossen wurden deutschsprachige, seit 10/2002 erschienene, bundesweit angebotene Printmedien, die sich an Personen ohne erhöhtes Darmkrebsrisiko richten. Die Bewertung erfolgte durch zwei unabhängige Reviewer. Häufigkeiten der Ausprägung der einzelnen Kriterien werden insgesamt sowie stratifiziert nach Flyer/Broschüre berechnet.

**Ergebnisse:** Die Kriterienliste enthält insgesamt 235 Einzelkriterien in folgenden Kategorien: Formalia, Informationen zur Zielerkrankung, Informationen zur Screening-Koloskopie/FOBT, Lesbarkeit/Verständlichkeit, Layout, Neutralität, Richtigkeit der Angaben. Die Kriterien werden mehrdimensional bewertet, d.h. mit Ausnahme der formalen Kriterien wird nicht nur das Vorhandensein einer Information (ja/nein), sondern auch deren Korrektheit (ja/nein/unklar), die Art der Darstellung (Text, Zahl, Diagramm, Tabelle, Bild) sowie die Angabe der Evidenzstärke (ja/nein/Hinweis auf fehlende Evidenz) dokumentiert.

Es wurden 41 Informationsmaterialien identifiziert: 28 Flyer und 13 Broschüren. Es zeigte sich, dass eine ausgewogene, unverzerrte, verständliche und evidenzbasierte Informationsvermittlung von vielen der untersuchten Gesundheitsinformationen nicht erfüllt wurde. Eine einseitige Darstellung des Nutzens ohne die Risiken der Darmkrebsfrüherkennung lag in 7 (54%) Broschüren und 21 (75%) Flyern vor. Informatio-

nen sind häufig nicht enthalten (z.B. Risiken, Quantifizierung des Nutzens, Hinweis auf freie Entscheidung, Erstellungsdatum) oder es werden falsche Angaben gemacht (z.B. „Koloskopie ist schmerzfrei“, „...bringt auf alle Fälle einen Gewinn an Lebensjahren und Lebensqualität“). Auch irreführende Informationen wurden identifiziert: Die Testgüte der Koloskopie wird als „sicherste Form der Vorsorge“ bezeichnet, was als niedriges Untersuchungsrisiko missverstanden werden kann. Nur ein Informationsangebot weist keine fehlerhaften Inhalte auf.

**Schlussfolgerung:** Das Bewertungsspektrum der umfangreichen, Manual-gestützten Kriterienliste ist gegenüber bisherigen Bewertungsinstrumenten deutlich erweitert [3], [4]. Zur Findung einer informierten Entscheidung sind die vorhandenen Informationen wenig geeignet, so dass die dringende Notwendigkeit zur Verständigung auf Basisinformationen in Materialien zur Darmkrebsfrüherkennung abgeleitet wird.

### Literatur

1. Bunge M, Mühlhauser I, Steckelberg A. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient Educ Couns. 2010;78(3):316-28.
2. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zur Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Stellungnahme des Fachbereichs Patienteninformation des Deutschen Netzwerkes für Evidenzbasierte Medizin. Berlin: 2008.
3. Charnock D. The DISCERN handbook: quality criteria for consumer health information. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 1998. Available from: <http://www.discern.org.uk>.
4. Check-In. Instrument zur Qualitätsbewertung von gedruckten und elektronischen Gesundheitsinformationen. Anwendungsbeschreibung. Available from: [http://www.patienteninformation.de/patientenbeteiligung/check\\_in.pdf](http://www.patienteninformation.de/patientenbeteiligung/check_in.pdf).

Bitte zitieren als: Walter U, Dreier M, Borutta B, Seidel G, Kreusel I, Helmstädter J, Töppich J, Bitzer EM, Dierks ML. (Erste) Ergebnisse einer systematischen Bewertung von Gesundheitsinformationen zur Darmkrebsfrüherkennung in Deutschland. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf088. DOI: 10.3205/11dkvf088, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0882  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf088.shtml>

089

## Erwartungen zu Nebenwirkungen der adjuvanten antihormonellen Therapie des Mammakarzinoms – Die Bedeutung einer standardisierten Aufklärung

Franziska Schuricht<sup>1</sup>, Pia von Blanckenburg<sup>1</sup>, Ute-Susann Albert<sup>2</sup>, Winfried Rief<sup>1</sup>, Yvonne Nestoriuc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Arbeitsgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

<sup>2</sup>Klinik für Gynäkologie, gynäkologische Endokrinologie und Onkologie Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Marburg, Deutschland

**Hintergrund:** Erwartungen zu den Nebenwirkungen einer Pharmakotherapie konnten in Zusammenhang mit tatsächlich auftretenden Nebenwirkungen gebracht werden. Die systematische Erfassung der a priori Erwartungen, z.B. durch Aushändigen von Listen mit Nebenwirkungen, wird als Risikofaktor zur Erhöhung

dieses Nocebo-Effekts diskutiert. Ziel der Studie war es zu untersuchen, wie sich die Auflistung der wichtigsten potentiellen Nebenwirkungen der antihormonellen Therapie (AHT) auf die Erwartungen der Patientinnen auswirkt, wenn dieses im Rahmen eines standardisierten Aufklärungsgesprächs und Informationsblatts auch zu der Wirkweise und erwünschten Wirkung der AHT geschieht.

**Material und Methoden:** Bisher 37 postoperative Patientinnen mit Mammakarzinom im Alter von durchschnittlich 55.57 Jahren (SE=1.85) erhielten ein standardisiertes Aufklärungsgespräch mit Informationsblatt zu potentiellen Nebenwirkungen, zur Wirkung und Wirkweise der AHT. Unmittelbar vor und kurz nach der Aufklärung wurde den Patientinnen eine Auflistung von 45 Nebenwirkungen (AHT spezifisch und unspezifisch) präsentiert. Auf einer visuellen Analogskala gaben sie an, ob und in welcher Intensität sie eine jeweilige Beschwerde in den ersten drei Monaten nach Beginn mit der AHT erwarten.

**Ergebnisse:** Die durchschnittliche Erwartung, während der ersten drei Monate der AHT Nebenwirkungen zu erfahren, sank im Mittel aller Symptombereiche nach der Aufklärung ( $F(1,36)=10.814$ ,  $p<.005$ ). Signifikante Erwartungsabnahmen zeigten sich dabei sowohl für spezifische Nebenwirkungen der AHT (z.B. Scheidentrockenheit, Knochenbrüche) als auch für unspezifische Nebenwirkungen (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel). In keinem der aufgeführten Symptombereiche kam es zu einem signifikanten Anstieg an Erwartungen. Die Höhe der Erwartung vor der Aufklärung korreliert negativ mit dem Alter der Patientinnen ( $r_{15}=-.294$ ,  $p<.05$ ; kontrolliert für Bildungsstatus). Von Alter und Bildungsstatus unabhängig besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Höhe der Erwartungen vor der Aufklärung und Differenz der Prä-Post-Erwartungen ( $r_{15}=-.668$ ,  $p<.001$ ).

**Schlussfolgerung:** Eine Aufklärung zu potentiellen Nebenwirkungen der AHT kann insbesondere stark erhöhte nebenwirkungsbezogene Erwartungen senken, wenn die Information im Zusammenhang mit der AHT-Wirkung und Wirkweise gegeben wird. Inwiefern reduzierte negative Therapie-Erwartungen mit einem tatsächlich reduziertem Nebenwirkungsrisiko einhergehen (wie nach der Nocebo-Hypothese postuliert), gilt es zu prüfen.

Bitte zitieren als: Schuricht F, von Blanckenburg P, Albert US, Rief W, Nestoriuc Y. Erwartungen zu Nebenwirkungen der adjuvanten antihormonellen Therapie des Mammakarzinoms – Die Bedeutung einer standardisierten Aufklärung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf089.

DOI: 10.3205/11dkvf089, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0899

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf089.shtml>

O90

## Evaluation der Arzneimitteltherapiesicherheit in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankung durch Einsatz eines elektronischen Patientenkurvensystems

T. Vraetz<sup>1</sup>, T. Schäfer<sup>2</sup>, H. Escobar<sup>3</sup>, M. Wuttke<sup>2</sup>, G. Walz<sup>4</sup>, C. M. Niemeyer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Klinik IV: Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Freiburg, Deutschland

<sup>2</sup>Medizinische Klinik - Abteilung Innere Medizin IV, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

<sup>3</sup>ZKJ, Klinik IV - Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

<sup>4</sup>ZKJ, Medizinische Klinik - Abteilung Innere Medizin IV, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

**Einführung:** Durch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit onkologischen Erkrankungen in Rahmen von Therapieoptimierungsstudien konnten die Heilungschancen deutlich erhöht werden. Die Verordnung und Anwendung von Chemotherapie gehört zu den anspruchsvollsten Arzneimitteltherapien. Aufgrund des sehr heterogenen Patientenkollektivs, der geringen therapeutischen Breite und den zahlreichen schweren Nebenwirkungen der Medikamente ist sowohl in Hinsicht auf die Verordnung als auch auf die Applikation der Medikamente besondere Vorsicht geboten. Die Entwicklung moderner EDV-gestützter Patientenkurvensysteme bietet die Möglichkeit die Therapieelemente in einem neuen Maß zu strukturieren und die Applikation zu steuern.

**Hypothese:** Durch die Einführung einer elektronischen Patientenkurve zur Verordnung und Dokumentationsvergabe von Chemotherapie in einer kideronkologischen Abteilung kann die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert werden.

**Material:** Es werden die Verordnung und Applikation von Chemotherapieelementen der Therapieoptimierungsstudien für die Leukämie des Kindesalters (ALL, AML) nach Einführung einer elektronischen Patientenkurve untersucht. Als Kontrollkollektiv stehen historische Kontrollen mit konventioneller papierbasierter Dokumentation zur Verfügung

**Methoden:** Die Auswertung erfolgt hinsichtlich der Verordnung, Distribution, Applikation und Dokumentation. Die historische Kontrolle ermöglicht den Vergleich der Arzneimitteltherapiesicherheit. Zusätzlich soll im Forschungsvorhaben die subjektive Einschätzung der verschiedenen Berufsgruppen nach Einführung der EDV ausgewertet werden.

Bitte zitieren als: Vraetz T, Schäfer T, Escobar H, Wuttke M, Walz G, Niemeyer CM. Evaluation der Arzneimitteltherapiesicherheit in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankung durch Einsatz eines elektronischen Patientenkurvensystems. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf090. DOI: 10.3205/11dkvf090, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0906

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf090.shtml>

091

## Evaluation zur Nutzung einer elektronischen Patientenakte für eine bessere Vernetzung zwischen der medizinischen Forschung und Versorgung

Krister Helbing<sup>1</sup>, Christof Geßner<sup>2</sup>, Roland Krause<sup>3</sup>, Sebastian C. Semler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

<sup>2</sup>TMF e.V., Berlin, Deutschland

<sup>3</sup>FU Berlin, Berlin, Deutschland

Die stärkere Vernetzung von Forschung und Versorgung ist Ziel der vom BMBF ins Leben gerufenen Kompetenznetze in der Medizin. Ergebnisse aus der Forschung sollen unmittelbar in die Versorgung zurückfließen, Wissenschaftler werden besser miteinander vernetzt, Patienten und Versorgung stark mit eingebunden.

Eine einheitliche technische Lösung, die den sicheren Datenaustausch der IT-Systeme innerhalb der Forschung bzw. von und zu den Systemen der Versorgung ermöglicht und auch den Patienten mit einbindet, fehlt bisher jedoch. Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und einer entsprechenden Telematikinfrastruktur schreitet die technische Vernetzung voran; der Patient wird stärker in die Prozesse einbezogen.

Im Kontext des FuE Projektes zur »Elektronischen Patientenakte« gemäß § 291a SGB V (ePA) wurde untersucht, inwieweit das in diesem Projekt entwickelte Konzept zur Nutzung einer elektronischen Patientenakte (ePA) nach § 291a SGB V für den Datenaustausch im Bereich der versorgungsnahen Forschung genutzt werden kann. Hierzu wurden unter anderem folgende Fragen untersucht:

- Wie kann der Patient stärker an der Forschung partizipieren und sich mit Daten aus seiner ePA einbringen?
- Welche Anwendungsszenarien ergeben sich aus einer Vernetzung der versorgungsnahen Forschung mit der Versorgung über eine ePA?
- Wie kann eine datenschutzkonforme Vernetzung der versorgungsnahen Forschung mit der Versorgung über eine ePA aussehen?

Zudem wurden die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Nutzung von Daten aus der Versorgung für die Forschung mittels einer ePA untersucht und kritisch gewürdigt.

Im Vordergrund des Konzeptes zur Nutzung einer elektronischen Patientenakte für die versorgungsnahen Forschung stehen:

- die direkte Patientenbeteiligung
- der effiziente Datenaustausch und die Steigerung der Datenqualität
- Datensicherheit und Datenschutz

Ein Ergebnis des Projektes ist die Spezifikation von Schnittstellen für den sicheren Datenaustausch zwischen einer ePA in der Hoheit des Bürgers und den Datenverarbeitungssystemen von Ärzten und Krankenhäusern sowie den Anwendungen der versorgungsnahen Forschung.

Die Validierung des Konzeptes erfolgte anhand eines konkreten Nutzungsszenarios: der Erstellung eines Patientenpasses für Patienten mit angeborenem Herzfehler im Rahmen der Teilnahme am Nationalem Register für Angeborene Herzfehler. Die prototypische Implementierung erfolgte durch einen Hersteller von Aktensystemen für die Forschung, das verwendete System bildet die Vorgaben des Datenschutzes für Forschungsdaten gemäß dem TMF-Datenschutzkonzept ab. Ein Forschungsadapter pseudonymisiert Daten, die von der ePA kommen und schickt sie an die Datenbanken des Registers, dort werden die identifizierenden Daten getrennt von den medizinischen Daten der Patienten gespeichert. Somit wird es möglich, Daten auszutauschen, ohne dass die Pseudonymisierung im Register aufgelöst wird.

Die Schnittstelle basiert auf etablierten Kommunikationsstandards und bietet IT-Herstellern eine einheitliche Möglichkeit, ihre Systeme an die "Plattform ePA" anzubinden.

Es konnte somit gezeigt werden, dass eine ePA geeignet ist für den bidirektionalen Datenaustausch von medizinischen Versorgungsdaten zwischen einem Patienten und einem Forschungsverbund. Die genannten Ziele aber auch die technische Machbarkeit konnten mit der prototypischen Umsetzung erreicht werden.

**Acknowledgements:** Das FuE Projekt zur »Elektronischen Patientenakte« gemäß § 291a SGB V wurde gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages. Die in diesem Projekt entstandene Konzeption und die Umsetzung des Prototyps sind in Zusammenarbeit mit den Fraunhofer Instituten ISST und SIT sowie mit Unterstützung der Kooperationspartner Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. und gematik Gesellschaft für Telematik-anwendungen der Gesundheitskarte mbH entstanden.

Die Arbeit zum Projekt „Patientenpass für Patienten mit angeborenem Herzfehler“ wurde unterstützt durch das Nationale Register für Angeborene Herzfehler e. V. und das Kompetenznetz Angeborene Herzfehler (Förderkennzeichen O1GI0210), gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Bitte zitieren als: Helbing K, Geßner C, Krause R, Semler SC. Evaluation zur Nutzung einer elektronischen Patientenakte für eine bessere Vernetzung zwischen der medizinischen Forschung und Versorgung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf091. DOI: 10.3205/11dkvf091, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0914

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkvh2011/11dkvf091.shtml>

092

## Evidenz-basierte aber Ethik-freie Leitlinien? Status quo und Lösungsansätze

Hannes Knüppel<sup>1</sup>, Martina Schmidhuber<sup>2</sup>, Marcel Mertz<sup>3</sup>,  
Gerald Neitzke<sup>1</sup>, Daniel Strech<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

<sup>2</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Universität Salzburg,  
Salzburg, Deutschland

<sup>3</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Universität Mannheim,  
Mannheim, Deutschland

**Hintergrund:** Klinische Leitlinien (KLL) übertragen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in klinische Standards und zielen damit auf eine Sicherung bzw. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Mit bestimmten Versorgungsfragen gehen z.T. spezifische klinisch-ethische Fragestellungen einher. Eine explizite und systematische Berücksichtigung dieser krankheitsspezifischen klinisch-ethischen Aspekte (KETA) ist in den gängigen Methodenmanualen zur Entwicklung von KLL kaum vorgesehen. Offen ist, ob KLL, trotz der fehlenden Vorgaben in den Methodenmanualen, Hilfestellungen für den adäquaten Umgang mit KETA geben. Weiter ist offen, wie eine angemessene Methodik für die systematische Integration von klinischer Ethik in S3- oder Nationale Versorgungsleitlinien ausgestaltet sein muss.

**Material und Methoden:** In einem DFG geförderten Projekt wurde zunächst eine systematische Recherche der Literatur zu KETA für Demenz und Niereninsuffizienz in Medline durchgeführt. Durch eine qualitative Themenanalyse der eingeschlossenen Literatur wurde das Spektrum von KETA für Demenz und Niereninsuffizienz dargestellt. In einer weiteren Literatursuche wurden KLL zu Demenz und Niereninsuffizienz in Medline sowie in 5 Leitlinien-spezifischen Datenbanken recherchiert (u.a. bei GIN, AWMF, US National Guideline Clearinghouse). Das qualitative Spektrum von KETA wurde als Rahmengerüst verwendet, um die gegenwärtige Berücksichtigung von ethischen Aspekten in den untersuchten Leitlinien zu evaluieren.

**Ergebnisse:** In der systematischen Recherche mit anschließender qualitativer Analyse wurden 56 KETA für Demenz und 18 KETA für Niereninsuffizienz ermittelt. Diese konnten fünf Hauptkategorien in dem Rahmengerüst zugeordnet werden (Indikation, Information, Entscheidungskompetenz, Soziale und Kontextabhängige Aspekte, Durchführung und Evaluation). Erste Untersuchungen der KLL ergaben eine sehr geringe Repräsentation von KETA. Die genauen Zahlen liegen nach Abschluss der Untersuchungen im Juli 2011 vor und werden im Vortrag vorgestellt und diskutiert. Neben den Ergebnissen der Auswertung werden methodische Ansätze zur Implementierung von KETA in KLL-Manuale vorgestellt.

**Schlussfolgerung:** Auf Grund der großen Bedeutung eines adäquaten Umgangs mit KETA liegt deren Integration in KLL nahe. Bislang fehlen jedoch evaluierte Methoden, um dies möglichst systematisch und transparent zu gestalten. Die hier vorgestellten Ergebnisse bilden einen Grundstein, von dem ausgehend es weiterer Konzept- und Evaluationsforschung zu Fragen der systematischen Berücksichtigung von KETA in der Leitlinienentwicklung bedarf.

Bitte zitieren als: Knüppel H, Schmidhuber M, Mertz M, Neitzke G, Strech D. Evidenz-basierte aber Ethik-freie Leitlinien? Status quo und Lösungsansätze. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf092.

DOI: 10.3205/11dkvf092, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0923

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf092.shtml>

093

## Fall Risk Increasing Drugs: The effect on injuries of the elderly estimated from routine data of the Techniker Krankenkasse

Thomals K. Bauer<sup>1</sup>, Katharina Lindenbaum<sup>2</sup>, Magdalena A. Stroka<sup>1</sup>, Susanne Ahrens<sup>3</sup>, Roland Linder<sup>3</sup>, Frank Verheyen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>RWI Essen, Essen, Germany

<sup>2</sup>Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Germany

<sup>3</sup>WINEG, Hamburg, Germany

**Background:** Society benefits from increasing life expectancy due to medical care. However, the usage of pharmaceuticals also carries several risks. A widely discussed hazard is the increased risk of falls owing to medication, especially in elderly persons. This implies the requirement to explore risks related to pharmacotherapy. The aim of this study is to investigate the influence of fall risk increasing drugs (FRIDs) on the number of injuries in elderly persons by using a count data model as an innovative statistical method and to compare these results with those from a logistic regression which is the default model in this field of research.

**Materials and methods:** Routine data from the Techniker Krankenkasse of 2009 regarding elderly persons aged  $\geq 65$  years was analysed in order to assess the effect of FRIDs on injuries in a multivariate setting. We applied two types of regression models: (i) a logistic regression, where the dependent variable took the value "1" if at least one injury occurred in 2009, and "0" otherwise; and (ii) a count data model, which took into account the specific form of the dependent variable (non-negative integer values). Here the dependent variable was the number of injuries in the considered year. In both models we controlled for variables describing the individual medication and for variables describing disease patterns, socio-economic characteristics as well as care dependency of the insureds.

**Results:** Our results are ambiguous. We found positive significant effects of antidepressants, anxiolytic agents, hypnotics and sedatives, antiarrhythmics and drugs from the Priscus-List on the number of injuries in the same year. In contrast, for antihypertensives and antiparkinsonian agents no significant effects could be detected. For neuroleptics, even a negative significant effect was obtained.

**Conclusions:** When prescribing specific drugs to potentially frail elderly people, one should act with caution. These drugs include antidepressants, anxiolytic agents, hypnotics and sedatives, antiarrhythmics as well as drugs from the Priscus-List. Comparing the count data model estimation with the logistic regression implementation, that is commonly used in this research field, the results clearly show an advantage of more precise outcomes using the former method.

## References

1. Hartikainen, Sirpa, Eija Lönnroos, Kirsti Louhivuori. Medication as a Risk Factor for Falls: Critical Systematic Review. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2007;62(10): 1172-81.
2. Takkouche, Bahi, Agustín Montes-Martínez, Sudeep S Gill, Mahyar Etminan. Psychotropic Medications and the Risk of Fracture: A Meta-Analysis. *Drug Safety*. 2007;30(2): 171-84.
3. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999a; 47(1): 30-39.
4. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int*. 2010; 107: 543-551.

Please cite as: Bauer TK, Lindenbaum K, Stroka MA, Ahrens S, Linder R, Verheyen F. Fall Risk Increasing Drugs: The effect on injuries of the elderly estimated from routine data of the Techniker Krankenkasse. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf093. DOI: 10.3205/11dkvf093, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0933  
Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf093.shtml>

## 094

### Father's got the Blues – Postpartum Depression in Fathers

Lars P. Hölzel  
Universitätsklinikum, Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** Obwohl die postpartale Depression bei Müttern ein gut untersuchtes Forschungsgebiet ist, wurde die postpartale Depression bei Vätern bisher nur wenig beachtet. Eine aktuelle und qualitativ hochwertige Metaanalyse [1] ergibt für die postpartale Depression bei Vätern zwischen der Empfängnis und dem ersten Lebensjahr des Kindes eine gemittelte Rate von 10%. Für verschiedene Zeitabschnitte zeigten sich aber z.T. deutlich höhere Raten. Für die Zeitspanne 3 bis 6 Monate nach Geburt wird sie auf 25% (CI 17,3%–36,1%) geschätzt. Für Deutschland fehlen bisher entsprechende Untersuchungen. Während in der Bevölkerung bzgl. Depressionen von einer Punktprävalenz von 5,5% für Männer ausgegangen werden kann, ist die Prävalenz für Väter somit deutlich erhöht. Die bisher geringe Forschungsaktivität auf diesem Gebiet und die generell geringe Versorgung depressiver Erkrankungen macht eine Unterversorgung dieser Hochrisikogruppe wahrscheinlich.

Neben den direkten Krankheitsfolgen für die betroffenen Väter erhält das Thema eine besondere Versorgungsrelevanz durch die Auswirkungen auf die Entwicklung von Emotionen, Verhalten und Sprache bei Kindern depressiver Väter.

Primäres Ziel des Forschungsvorhabens ist die:

- Erfassung der Prävalenz postpartaler Depressionen bei Vätern im ersten Jahr nach der Geburt ihres Kindes

Weitere Ziele sind:

- die Beschreibung der aktuellen medizinischen Versorgung von Vätern mit postpartaler Depression und

- die Untersuchung von spezifischen Versorgungskonzepten in geburtshilflichen Kliniken

**Material und Methoden:** Um die Prävalenz postpartaler Depression bei Vätern im ersten Jahr nach der Geburt eines Kindes zu ermitteln, wird eine Fragebogenerhebung an allen Vätern durchgeführt, die innerhalb der letzten 12 Monate Vater eines Kindes geworden und wohnhaft in Freiburg sind (ca. 4200). Die Befragung soll in Kooperation mit dem Einwohnermeldeamt Freiburg und den lokalen geburtshilflichen Einrichtungen durchgeführt werden.

Da es im Rahmen der oben berichteten Metaanalyse einen signifikanten Einfluss des Zeitpunkts auf die Prävalenz depressiver Störungen gab, soll der Einfluss der Zeit seit Geburt auf die Prävalenz der Depressionen untersucht werden.

**Ergebnisse:** Aufgrund der Ergebnisse bisheriger Untersuchungen ist es wahrscheinlich, dass sich auch in Deutschland eine Prävalenzrate zeigt, die gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöht ist. Damit stellen Väter wahrscheinlich eine Hochrisikogruppe dar, die in der Versorgungspraxis besonderer präventiver und kurativer Maßnahmen bedarf.

**Schlussfolgerung:** Auf Grundlage der Ergebnisse der Untersuchung können Aussagen über die aktuelle Versorgung bzw. Unterversorgung von Vätern mit postpartalen Depressionen getroffen werden. In weiteren Studien könnten präventive Interventionen und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Vätern mit postpartaler Depression entwickelt und durchgeführt werden.

## Literatur

1. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in fathers and Its Association With Maternal Depression. A Meta-analysis. *JAMA*. 2010;303:1961-1969.

Bitte zitieren als: Hölzel LP. Father's got the Blues – Postpartum Depression in Fathers. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf094. DOI: 10.3205/11dkvf094, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0940  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf094.shtml>

## 095

### Follow-up-Angaben zur Mortalität bei chirurgischen Tracern: Eine ökologische Studie zu AOK-Versicherten

Jürgen Stausberg  
Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

**Hintergrund:** Zur Bewertung der medizinischen Behandlungsqualität in der stationären Versorgung wird die routinemäßige Ermittlung von unerwünschten Ereignissen über eine längere Nachbeobachtungszeit diskutiert. Beispiele sind die Sterblichkeit ein Jahr nach stationärer Aufnahme wegen Schlaganfall oder die Revisionsrate im ersten Jahr nach Implantation einer Hüftendoprothese bei Coxarthrose. Eine längere Nachbeobachtungszeit ist sinnvoll, wenn sich die danach ermittelte Bewertung der medizinischen Behandlungsqualität von der Bewertung zum Zeitpunkt des Kran-

kenhausaufenthaltes substantiell unterscheidet. In einer vorangehenden Untersuchung konnte bereits die Übereinstimmung der Krankenhaussterblichkeit mit der Sterblichkeit in Nachbeobachtungszeiträumen bis zu einem Jahr für konservative Tracer gezeigt werden. In einer größeren Stichprobe soll nun der Zusammenhang für chirurgische Tracer analysiert werden.

**Material und Methoden:** Im Rahmen einer ökologischen Studie wurden Sterblichkeitsraten aus öffentlich verfügbaren Berichten des Projekts „Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung mit Routinedaten“ verwendet. Eingeschlossen wurden 78 Qualitätsberichte der Jahre 2006 bis 2008, darunter 70 Berichte der HELIOS Kliniken Gruppe. Für 8 Tracer werden dort beobachtete und erwartete Raten zur Mortalität im Krankenhaus sowie in 30, 90 und 360 Tagen nach Aufnahme ausgewiesen. Von den theoretisch möglichen 624 Verläufen (78 Krankenhäuser mit je 8 Tracern) standen Angaben zu 213 Verläufen aus 69 Krankenhäusern komplett zur Verfügung. Zusätzlich zu den veröffentlichten Angaben wurden Sterblichkeitsraten für die Zeiträume 31 bis 90 Tage sowie 91 bis 365 Tage nach Aufnahme berechnet. Die Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Zeiträumen wurde für die rohen Raten sowie für die standardisierten Sterblichkeitsverhältnisse (SMR) mit dem nicht-parametrischen Korrelationskoeffizienten analysiert.

**Ergebnisse:** Für die nicht-chirurgischen Tracer Herzinsuffizienz, Herzinfarkt und Hirninfarkt bestätigten sich die signifikanten (alle  $p < 0,001$ ) und relevanten ( $r$  zwischen 0,591 und 0,939) Korrelationen für die überlappenden Zeiträume ab Aufnahme. Im Gegensatz hierzu zeigt sich für die Tracer Kolon- bzw. Rektum-Operation bei kolorektalem Karzinom und Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Hüftfraktur eine negative Korrelation der 30-Tages-Sterblichkeit zur Sterblichkeit 91 Tage bis 365 Tage nach Aufnahme ( $r = -0,724$ ,  $p = 0,012$ ;  $r = -0,490$ ,  $P = 0,028$ ).

**Schlussfolgerung:** Bei den chirurgischen Tracern zeigen Krankenhäuser mit niedriger 30-Tages-Sterblichkeit eine hohe Sterblichkeit im 2. Halbjahr nach Behandlung und umgekehrt. Sowohl eine aggressive Therapie als auch Qualitätsmängel könnten zu einem Vorziehen des Sterbezeitpunktes von Patienten mit erhöhtem Risiko führen. Für Patienten mit kolorektalem Karzinom ergibt sich ein Dilemma. Entscheiden sie sich für eines der fünf Krankenhäuser mit der niedrigsten SMR 30 Tage nach Aufnahme, treffen sie drei der fünf Krankenhäuser mit der schlechtesten SMR 1 Jahr nach Aufnahme. Entscheiden sie sich für eines der fünf Krankenhäuser mit der niedrigsten SMR 1 Jahr nach Aufnahme, treffen Sie nur eines der fünf Krankenhäuser mit der niedrigsten SMR 30 Tage nach Aufnahme. Es bedarf noch intensiver Diskussion und weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen, um Sterblichkeitsraten für eine externe Bewertung von Krankenhäusern sinnvoll zu verwenden.

#### Literatur

1. Heller G. Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2008;51:1173-1182.
2. Rosenthal GE, Baker DW, Norris DG, et al. Relationships between in-hospital and 30-day standardized hospital mortality: implications for profiling hospitals. Health Services Research. 2000;34:1449-1468.

3. Stausberg J. Zusammenhang von Sterblichkeit im Krankenhaus und Sterblichkeit in definierten Zeiträumen nach stationärer Aufnahme. Eine Analyse von Qualitätsberichten zu AOK-Versicherten. DMW. 2010;135:2015-2020.
4. Visser BC, Keegan H, Martin M, et al. Death After Colectomy. It's Later Than We Think. Arch Surg. 2009;144:1021-1027.

Bitte zitieren als: Stausberg J. Follow-up-Angaben zur Mortalität bei chirurgischen Tracern: Eine ökologische Studie zu AOK-Versicherten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf095. DOI: 10.3205/11dkvf095, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf095  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf095.shtml>

#### 096

### Führt die Zertifizierung eines QM-Systems zu mehr Mitarbeiterzufriedenheit?

Björn Malchow<sup>1</sup>, Thomas Küchler<sup>1</sup>, Esther van der Sloot<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RZLQ, UKSH, Campus Kiel, Kiel, Deutschland

<sup>2</sup>ORM, UKSH, Campus Lübeck, Lübeck, Deutschland

**Hintergrund:** Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) als eines der größten europäischen Zentren für medizinische Versorgung deckt an den Standorten Kiel und Lübeck das gesamte Spektrum der Medizin ab. Dazu gehört jeweils eine Zentrale Einrichtung Physiotherapie und Physikalischen Therapie (ZE) mit ca. 60 Mitarbeitern pro Standort. Die Physiotherapeuten arbeiten in sämtlichen Fachkliniken des UKSH. Dazu gibt es zusätzlich je Standort eine Ambulanz für Physiotherapie und Physikalische Therapie. Hier werden externe Patienten oder Mitarbeiter physiotherapeutisch behandelt. Die arbeitsrechtlichen und arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen sind für alle Mitarbeiter unabhängig vom Standort gleich. Wesentlicher Unterschied zwischen den beiden ZE liegt darin, dass die ZE auf dem Campus Lübeck im Frühjahr 2011 erfolgreich das etablierte QM-System nach DIN ISO 9001 zertifizieren konnte, während ein solches System in der ZE auf dem Campus Kiel noch im Aufbau ist.

**Material und Methoden:** Im Rahmen der Zertifizierung bzw. der geplanten Zertifizierung des QM-Systems wurden die Leitungen der beiden ZE aufgefordert ihre Mitarbeiter zu ihrer Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen zu befragen. Mit der Durchführung der Befragung wurde der Bereich Qualitäts- und Risikomanagement in Zusammenarbeit mit dem Referenzzentrum Lebensqualität beauftragt. Als Befragungsinstrument wurde ein Fragebogen aus der „InterKiK-Toolbox“ zur Interprofessionellen Kommunikation im Krankenhaus ausgewählt und auf die Besonderheiten der Physiotherapie angepasst. Der Fragebogen enthält 89 Fragen zu folgenden Themen:

- Angaben zur Person
- Allgemeine Fragen
- Tätigkeiten und Arbeitsaufgaben
- Arbeitsbedingungen
- Berufliches Vorwärtkommen
- Arbeitsorganisation
- Kollegen
- Vorgesetzte

- Arbeitsklima
- Informationen

Der Fragebogen wurde den Mitarbeitern vorgestellt und ausgeteilt. Die Befragung war freiwillig, vertraulich, anonym und mit den örtlichen Personalräten abgestimmt.

**Ergebnisse:** In Lübeck haben 38 Mitarbeiter und in Kiel 41 Mitarbeiter einen ausgefüllten Fragebogen abgegeben. Dies entspricht einem durchschnittlichen Rücklauf von ca. 70%. Sehr viele Mitarbeiter gaben an, dass die Arbeitsbedingungen anstrengend und hektisch sind und das Personalmangel die Arbeitssituation erschwert. Viele Physiotherapeuten würden sich mehr Zeit für Gespräche mit Patienten wünschen. Trotzdem gaben viele Mitarbeiter an mit ihrer Tätigkeit und dem Verhältnis zu ihren Kollegen insgesamt zufrieden zu sein. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Campi liegt allerdings in der Zufriedenheit mit der Organisation. Dabei ist die Unzufriedenheit mit der Arbeitsorganisation bei den Physiotherapeuten auf dem Campus Lübeck deutlich höher.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der ersten campusübergreifenden Mitarbeiterbefragung in der ZE Physiotherapie und Physikalischen Therapie haben viele Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit geführt. Diese werden z.Zt. durch die Mitarbeiter zusammen mit der jeweiligen Leitung umgesetzt. Bemerkenswert war der große Unterschied in der Zufriedenheit mit der Arbeitsorganisation. Obwohl das QM-System auf dem Campus Lübeck schon etabliert und zertifiziert war, waren die Mitarbeiter dort unzufriedener in diesem Punkt als die Kollegen in Kiel. Offensichtlich ist die Beanspruchung der Mitarbeiter bei einer QM-Zertifizierung sowie die Kommunikation mit und über die Einführung eines QM-Systems ein wichtiger Faktor zur Mitarbeiterzufriedenheit.

Bitte zitieren als: Malchow B, Küchler T, van der Sloot E. Führt die Zertifizierung eines QM-Systems zu mehr Mitarbeiterzufriedenheit? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf096.  
DOI: 10.3205/11dkvf096, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0969  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf096.shtml>

097

## Führung als Sicherheitsfaktor in der Arzneimittelversorgung

Christian Schmidt<sup>1</sup>, Malchow Björn<sup>2</sup>, Schmidt Kristina<sup>3</sup>, Thomas Küchler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Köln, Deutschland

<sup>2</sup>Referenzzentrum Lebensqualität, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Deutschland

<sup>3</sup>Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Universitätsklinikum zu Köln, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Aus der Luftfahrt ist bekannt, dass Kommunikation und Teamführung großen Einfluss auf Fehler haben. Durch Trainings, Standardisierung und Supervision konnten dort Erfolge im Risikomanagement verzeichnet werden. Auch in der Medizin sind in den letzten Jahren Elemente des Risikomanagements, wie beispielsweise Checklisten eingeführt worden, die

Fehler, vor allem in operativen Bereich reduzieren konnten. Wenig bekannt ist jedoch über den Einfluss von Teamfindungsprozessen auf den Stationen, die alle 6-9 Monate in den meisten Kliniken stattfinden.

**Material und Methoden:** Am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein wurde seit dem Jahr 2005 eine kontinuierliche Patientenbefragung mit einem standardisierten Fragebogen (FB) durchgeführt. Der FB enthält 8 Fragen zu Abläufen, Sauberkeit, Verpflegung Zufriedenheit mit ärztlichem und pflegerischem Dienst sowie zu Information, Fachlichkeit und Respekt. Alter, Geschlecht und Schulbildung werden ebenfalls erfasst. Über einen Zeitraum von 10 Quartalen wurde die Zufriedenheit für das chirurgische Zentrum Kiel ausgewertet wobei vor allem der ärztliche und pflegerische Dienst aus Sicht der Patienten im Vordergrund stand. Parallel dazu wurden Rotationszeiträume und Meldungen im CIRS für Medikationsfehler bzw. Beinahefehler auf insgesamt 8 Stationen erfasst.

**Ergebnisse:** Im Untersuchungszeitraum erhielten wir 2.164 Fragebögen zurück, was einer durchschnittlichen Rücklaufquote von etwa 26% entspricht. Im CIRS wurden in 10 Quartalen insgesamt 231 Meldungen erfasst, von denen sich über 80% auf die Medikation von Patienten bezogen. Es zeigte sich nach jeder Rotation eine signifikante Zunahme der Patientenunzufriedenheit mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst, die von signifikant vermehrten Fehlermeldungen im CIRS begleitet waren. Auf den Privatstationen war die Fehlerquote und Unzufriedenheit signifikant geringer.

**Schlussfolgerung:** Findungsprozesse finden nach jeder neuen Zusammensetzung eines Stationsteams zwischen Pflege und Ärzten statt. Aus Sicht der Patienten werden diese wahrgenommen und führen zu einem erhöhten Fehlerrisiko bzw. zu mehr Beinahefehlern bei der medikamentösen Therapie. Dort wo täglich Führung durch den Chefarzt stattfindet, beispielsweise auf der Privatstation, sind die Effekte weniger stark ausgeprägt. Folglich ergeben sich gute Ansätze, über konsequentes Coaching nach Rotation und stärkere Supervision die Arzneimittelsicherheit auf den Stationen zu verbessern.

## Literatur

1. Schmidt CE, Malchow B, Schmidt K, Meyer J, Küchler T. Patientenzufriedenheit als Eckpfeiler der Unternehmenssteuerung. Dtsch Med. Wochenschr. 2009;134:1151-1156.
2. Schmidt CE, Hardt F, Möller J, Malchow B, Schmidt K, Bauer M. Verbesserung der Teamkompetenz im OP – Trainingsprogramme aus der Luftfahrt. Anästhesist. 2010;59:717-22.

Bitte zitieren als: Schmidt C, Björn M, Kristina S, Küchler T. Führung als Sicherheitsfaktor in der Arzneimittelversorgung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf097.  
DOI: 10.3205/11dkvf097, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0972  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf097.shtml>

098

## Geringes Quality of Reporting beeinträchtigt die Leitlinienentwicklung – Das Beispiel der Arzneimittelversorgung bei bipolarer Störung

Daniel Strech<sup>1</sup>, Bettina Soltmann<sup>2</sup>, Beate Weikert<sup>3</sup>, Michael Bauer<sup>4</sup>, Andrea Pfennig<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

<sup>2</sup>Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

<sup>3</sup>Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Studienziele waren die Erfassung (i) des Quality of Reporting“ randomisiert-kontrollierter Studien (RCTs) zur pharmakologischen Behandlung bipolarer Störungen, (ii) potentieller Qualitätsverbesserung im Zeitverlauf, (iii) Qualitätsunterschiede zwischen Journals welche die Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (URM) verfolgen oder nicht verfolgen.

**Material und Methoden:** Im Zusammenhang mit der Erstellung der S3 Leitlinie Bipolare Störungen der DGPPN und der DGBS wurden alle im Zeitraum von 2000 bis 2008 veröffentlichten RCTs zur pharmakologischen Behandlung bipolarer Störungen systematisch re recherchiert. Der Ein- und Ausschluss erfolgte gemäß der im Rahmen der S3 Leitlinie konsentierten Kriterien. Das „Quality of Reporting“ wurde anhand einer auf dem CONSORT Statement basierenden Checkliste erfasst [1].

**Ergebnisse:** Insgesamt 105 RCTs wurden berücksichtigt. Von den 72 Checklistenitems wurden 42% adäquat (in über 75% aller Studien) und 25% inadäquat (in weniger als 25% aller Studien) dargestellt. Zum Beispiel definierten nur 16% der Studien die „generation of allocation sequence“ und 15% die Methodik des „allocation concealments“. Auch Informationen von essentieller klinischer Relevanz wie die Effektgröße (in 18% der Studien) oder die Number Needed to Treat (in 8% der Studien) wurden sehr oft nicht dargestellt. Eine Qualitätsverbesserung im Verlauf der Zeit oder in Zusammenhang mit der Befolgung der URM konnte nicht konsistent über alle Items festgestellt werden.

**Schlussfolgerung:** Unsere Ergebnisse zeigen, dass während einige Studieninformationen adäquat dargestellt sind, ein großer Teil der Darstellungsqualität von RCTs im Bereich bipolarer Störungen für viele essentielle CONSORT Items weit unter dem geforderten und praktisch möglichem Niveau liegt. Autoren von klinischen Leitlinien oder von Bewertungen klinischer Verfahren sind dazu angehalten, Studien ohne adäquate Informationen u.a. zum Randomisierungsprozess auszuschließen oder in ihrer Wertung herabzusetzen. Autoren sollten weiter dazu angehalten werden, die CONSORT Kriterien zu befolgen.

### Literatur

1. Strech D, Soltmann B, Weikert B, Bauer M, Pfennig A. Quality of reporting of randomized controlled trials of pharmacologic treatment of bipolar disorders: a systematic review. J Clin Psychiatry. 2011.

Bitte zitieren als: Strech D, Soltmann B, Weikert B, Bauer M, Pfennig A. Geringes Quality of Reporting beeinträchtigt die Leitlinienentwicklung – Das Beispiel der Arzneimittelversorgung bei bipolarer Störung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf098.

DOI: 10.3205/11dkvf098, URN: urn:nbn:de:0183-

11dkvf0985

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf098.shtml>

099

## Geschlechts- und altersspezifische Evaluation einer evidenzbasierten Patienteninformation zu Blutzuckertest und Primärprävention des Diabetes mellitus Typ 2: randomisiert-kontrollierte Studie

Jutta Genz<sup>1</sup>, Burkhard Haastert<sup>2</sup>, Hardy Müller<sup>3</sup>, Frank Verheyen<sup>3</sup>, Dennis Cole<sup>3</sup>, Wolfgang Rathmann<sup>1</sup>, Bettina Nowotny<sup>1</sup>, Michael Roden<sup>1</sup>, Guido Giani<sup>1</sup>, Andreas Mielck<sup>4</sup>, Christian Ohmann<sup>5</sup>, Andrea Icks<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Deutsches Diabetes-Zentrum, Düsseldorf, Deutschland

<sup>2</sup>mediStatistica, Neuenrade, Deutschland

<sup>3</sup>WINEG - TK, Hamburg, Deutschland

<sup>4</sup>Helmholtz Zentrum München, Neuherberg, Deutschland

<sup>5</sup>KKS, Düsseldorf, Deutschland

<sup>6</sup>Deutsches Diabetes-Zentrum und Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland

**Hintergrund:** Ziel der Studie war, den Effekt evidenzbasierter Online-Patienteninformation (EBPI) mit Standard-Patienteninformationen zum Thema grenzwertig erhöhte Blutzuckerwerte und Primärprävention des Diabetes auf informierte Patientenscheidungen gesamt, sowie alters- und geschlechtsstratifiziert zu vergleichen.

**Material und Methoden:** Besucher der Internetseiten der kooperierenden Krankenversicherung, Techniker Krankenkasse (TK) und des Deutschen Diabetes Zentrum (DDZ) wurden eingeladen, an einer web-basierten randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) teilzunehmen. Die Population nach Randomisation bestand aus 1120 Individuen zwischen 40 und 70 Jahren ohne bekannten Diabetes. Die Interventionsgruppe erhielt die EBPI, die Kontrollgruppe die Standard-Patienteninformationen aus dem Internet. Endpunkte waren (I) Wissen zum Thema grenzwertig erhöhte Blutzuckerwerte (primärer Endpunkt), (II) Einstellung gegenüber Stoffwechselfests, (III) Absicht, sich einem Stoffwechselfest zu unterziehen, (IV) Entscheidungskonflikt, (V) Zufriedenheit mit der Information. Es erfolgten stratifizierte Analysen und multiple Regressionen.

**Ergebnisse:** In der Gesamtgruppe fand sich ein signifikant größerer Wissenszuwachs in der Interventionsgruppe (n=1120).

In den Regressionsanalysen konnten als signifikante Einflussfaktoren auf „gutes Wissen“ versus „mittleres/schlechtes Wissen“ das Wissen vor Intervention, Geschlecht, Alter und Blutfettwerte identifiziert werden (n=786). Letztere Variable stand in den geschlechtsstratifizierten Analysen in keinem Zusammenhang mit dem Wissen. In der altersstratifizierten Analyse hatte in der jüngeren Gruppe lediglich das Wissen vor Intervention einen Einfluss auf Unterschiede im Wissen. Die sekundären Outcomes der Teilnehmer, welche auch

am 2-Wochen Follow-up teilnahmen, ergaben folgendes Bild (n=466): In der Interventionsgruppe waren die Werte der Decision Conflict Scale und ihrer Teilskalen sowohl alters- als auch geschlechtsstratifiziert signifikant größer als in der Kontrollgruppe, was einen größeren Entscheidungskonflikt bedeutet. Frauen, die die EBPI erhielten, hatten eine signifikant kritischere Einstellung und äußerten eine signifikant geringere Absicht sich einem Stoffwechselltest zu unterziehen. Bei den Männern konnte kein signifikanter Einfluss der Intervention auf Einstellung und Absicht beobachtet werden. Die Auswertung der Teilskalen zur Einstellung gegenüber einem Stoffwechselltest ergab in den zwei Altersstrata ein uneinheitliches Bild. Lediglich in der jüngeren Altersgruppe beobachteten wir eine signifikant verminderte Absicht sich einem Stoffwechselltest zu unterziehen. Frauen waren mit der Standardinformation im Vergleich zur EBPI signifikant zufriedener. Männer zeigten keinen signifikanten Unterschied. Auch altersstratifiziert fand sich kein signifikanter Unterschied.

**Schlussfolgerung:** EBPI erhöhte signifikant das Wissen zum Thema grenzwertig erhöhte Blutzuckerspiegel, allerdings auch den Entscheidungskonflikt in beiden Geschlechtern und beiden Altersgruppen. Bei den Frauen wurde eine kritische Einstellung gegenüber einem Screening gefördert, resultierend in einer verminderten Absicht, sich einem Stoffwechselltest zu unterziehen. Eine Abnahme der Intention trat auch in der jüngeren Altersgruppe auf.

#### Literatur

1. Steckelberg A, Berger B, Köpke S, Mühlhauser I. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformation. Z Ärztl Fortb Qual Gesundh.wes. 2005.
2. Genz J, Haastert B, Meyer G, Steckelberg A, Müller H, Verheyen F, et al. Blood glucose testing and primary prevention of diabetes mellitus type 2 - evaluation of the effect of evidence based patient information (study protocol). BMC Public Health. 2010; DOI: 10.1186/1471-2458-10-15.
3. Gattellari M, Ward E. Does evidence-based information about screening for prostate cancer enhance consumer decision-making? A randomised controlled trial. J Med Screen. 2003;10:27-39.
4. Kellar I, Sutton S, Griffin S, Prevost AT, Kinmonth AL, Marteau TM. Evaluation of an informed choice invitation for type 2 diabetes screening. Patient Educ Couns. 2008;72:232-8.
5. Smith SK, Trevena L, Simpson JM, Barrat A, Nutbeam D, McCaffery KJ. A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low education: randomised controlled trial. BMJ. 2010;341:c5370.
6. Marteau TM, Mann E, Prevost AT, Vasconcelos JC, Kellar I, Sanderson S, et al. Impact of an informed choice invitation on uptake of screening for diabetes in primary care (DICISION): randomised trial. BMJ. 2010;340:v2138.
7. Härter M. Wissenschaftliche Begleitung eines webbasierten interaktiven Systems zur Förderung der Partizipativen Entscheidungsfindung – der TK-Patientendialog. Final report. Freiburg University Medical Center. 2009.

Bitte zitieren als: Genz J, Haastert B, Müller H, Verheyen F, Cole D, Rathmann W, Nowotny B, Roden M, Giani G, Mielck A, Ohmann C, Icks A. Geschlechts- und altersspezifische Evaluation einer evidenzbasierten Patienteninformation zu Blutzuckertest und Primärprävention des Diabetes mellitus Typ 2: randomisiert-kontrollierte Studie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf099. DOI: 10.3205/11dkvf099, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf0995  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf099.shtml>

100

## Geschlechtsspezifische Unterschiede in der medikamentösen Behandlung der KHK

Susann Conrad, Dana Rütters, Susanne Weinbrenner  
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Das biologische Geschlecht sowie die soziokulturelle Definition der Geschlechterrolle beeinflussen die Gesundheit und bewirken Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit und den Verlauf von Erkrankungen sowie den Zugang zum Gesundheitssystem und die Interaktion mit Leistungserbringern [1], [2], [3]. Soweit wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich relevanter Differenzen im Hinblick auf diese Aspekte bestehen, sollen sie bei der Entwicklung Nationaler Versorgungsleitlinien (NVL) berücksichtigt werden. Im Aktualisierungsprozess der NVL Chronische Koronare Herzkrankheit (KHK) wird diese Aufgabenstellung zum ersten Mal konsequent beachtet.

**Material und Methoden:** Seit Oktober 2009 befindet sich die erste Auflage der NVL Chronische KHK in Überarbeitung. Die Schwerpunkte der Aktualisierung wurden durch ein Wartungsverfahren der Literatur, das Vorliegen aktualisierter Auflagen der Quell-Leitlinien und eine Befragung des Expertenkreises festgestellt und liegen zunächst auf den Kapiteln Pharmako- und Revaskularisationstherapie. Die entsprechenden Kapitel werden als Einzelmodule veröffentlicht. Unter der Fragestellung „Welchen Einfluss hat das Geschlecht auf die verschiedenen Versorgungsbereiche bei Menschen mit KHK?“ wurde eine sensitive Recherche in Medline, der Cochrane Library, Google (Scholar) und weiteren relevanten Suchquellen durchgeführt. Die Treffer wurden thematisch den entsprechenden Kapiteln der ersten Auflage zugeordnet. In erster Linie werden Quellen aufbereiteter Evidenz (z.B. Metaanalysen) und danach Primärstudien (RCTs) berücksichtigt. Bei der modularen Bearbeitung werden zusätzliche Handsuchen in den Literaturlisten der jeweiligen Treffer durchgeführt. Für die Literaturbewertungen wurde die Evidenzklassifizierung des Scottish Intercollegiate Guidelines Network angewendet.

**Ergebnisse:** Als erstes wurde das Modul „Medikamentöse Therapie“ bearbeitet und veröffentlicht. Die Effektivität von ASS, Clopidogrel und Statinen in der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse ist zwischen den Geschlechtern vergleichbar. Befürchtungen einer erhöhten nichtkardialen Mortalität bei Frauen unter Lipidsenkern, insbesondere durch Karzinome, haben sich nicht bestätigt. Geschlechterunterschiede in der Pharmakokinetik von CYP2D6-metabolisierten Betarezeptorenblockern führen bei Frauen häufig zu deutlich stärkeren Wirkungen in Bezug auf die Herzfrequenz-

und Blutdrucksenkung aber auch schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen. In Bezug auf die Sterblichkeit wurden keine Unterschiede gefunden. Die bisherigen ACE-Hemmer- und Kalziumkanalblocker-Studien sind nicht geeignet, die klinische Relevanz der beobachteten pharmakokinetischen Unterschiede definitiv zu beantworten. Der häufigste Nebeneffekt der ACE-Hemmer – Husten – war jedoch in allen Studien bei Frauen häufiger als bei Männern.

**Schlussfolgerung:** Obwohl wiederholt auf die weniger konsequente Diagnose und Therapie der koronaren Herzkrankheit bei Frauen hingewiesen wird [4] ist die Ableitung von Empfehlungen zur KHK speziell bei Frauen nach wie vor durch einen Mangel an Studien und deren häufig unzureichende methodische Qualität erschwert. In RCTs zur Untersuchung der Effektivität verschiedener Therapieoptionen sind Frauen immer noch unterrepräsentiert [5]. Die Anwendung sensitiver Recherchestrategien und die Konsultation von Fachleuten aus der genderspezifischen Forschung ist notwendig, da die Studien zum Einen selten zu diesen speziellen Fragestellungen angelegt sind und die Definitionen für „Gender“ je nach Kulturraum unterschiedlich sind.

#### Literatur

1. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003;32(4):652-7.
2. Baumhäkel M, Müller U, Böhm M. Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. *Eur J Heart Fail.* 2009;11(3):299-303.
3. Jahn I, Foraita R. Geschlechtergerechte epidemiologische Datenanalyse: Methodische Aspekte und empirische Befunde. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2008;51(1):13-27.
4. Frauen bei der KHK weiterhin benachteiligt. *Nachrichten Medizin* 08.03.2011. *Deutsches Ärzteblatt.*
5. Bartlett C, Doyal L, Ebrahim S, Davey P, Bachmann M, Egger M, Dieppe P. The causes and effects of socio-demographic exclusions from clinical trials. *Health Technol Assess.* 2005;9(38):iii-x, 1.

Bitte zitieren als: Conrad S, Rütters D, Weinbrenner S. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der medikamentösen Behandlung der KHK. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf100. DOI: 10.3205/11dkvf100, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1003

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf100.shtml>

101

### Gesetzliche Evaluation der DMP-Programme: Längsschnittsanalysen zum Krankheitsverlauf bei Typ2-Diabetikern der AOK

Johannes Leinert, Thorsten Köhler  
infas, Bonn, Deutschland

**Hintergrund:** Die Disease-Management-Programme (DMP) zielen auf die flächendeckende Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten. Das Ziel des Behandlungsprogramms ist es über den gesamten Verlauf einer chronischen Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg die Behandlung der Patienten zu koordinieren

sowie auf der Grundlage medizinischer Evidenz zu optimieren. Die Behandlungsschritte und der gesundheitliche Zustand werden in einem Dokumentationsbogen durch den behandelnden Arzt festgehalten. Im Rahmen der gesetzlichen Evaluation der DMPs werden zudem für eine Stichprobe der Patienten Leistungsausgaben und Befragungsdaten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität erhoben. Diese Daten werden – in pseudonymisierter Form – auf Individual-ebene verknüpft und ausgewertet.

Für die Indikation DM2 liegen diese Daten im Herbst 2011 erstmals für einen Beobachtungszeitraum von bis zu 7,5 Jahren vor. Sie beinhalten wichtige Informationen über die Langzeitwirksamkeit strukturierter Behandlungsprogramme. Der Fokus der Untersuchung liegt auf Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Hypertonus), Medikation sowie Begleit- und Folgeerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetischer Fuß).

Aufgrund der bundesweit flächendeckenden Einführung der DMPs ohne vorangehende Pilotphase sind in der gesetzlichen Evaluation keine Kontrollgruppen vorgesehen. Diesem Nachteil steht der Vorteil einmaliger Fallzahlen gegenüber: In die Evaluation der AOK-Programme flossen bislang rund 2,5 Millionen Fälle ein. Davon wird für den Beitrag der Krankheitsverlauf derjenigen ca. 150.000 bis 200.000 Patienten betrachtet, für die eine Längsschnittbetrachtung über mindestens 6,5 bis zu 7,5 Jahren möglich ist.

**Material und Methoden:** Basis der Auswertungen sind die Ergebnisse der gesetzlichen Evaluation, d.h. es werden deskriptive Auswertungen auf Fallbasis mit halbjährlicher Betrachtungsweise vorgenommen. Um für die Längsschnittbetrachtung eine über die Zeit stabile Grundgesamtheit zu erhalten, werden alle Programmteilnehmer bzw. Fälle der ersten drei Halbjahreskohorten (Programmeintritt zwischen 1.1.2003 und 30.06.2004) selektiert, die mindestens 13 Halbjahre lang ohne Unterbrechung am DMP teilnahmen. Da nicht für alle Patienten in jedem Halbjahr eine medizinische Dokumentation vorliegt, kann die Zahl der auswertbaren Patienten dennoch im Zeitverlauf leicht schwanken. In der solchermaßen abgegrenzten Grundgesamtheit werden definitionsgemäß vorzeitig ausgeschiedene Patienten nicht berücksichtigt. Um zu überprüfen, ob deren Einbezug zu qualitativ anderen Ergebnissen führen würde, werden zu Vergleichszwecken ergänzende Auswertungen vorgenommen.

**Ergebnisse:** Die Auswertungen basieren auf den aktuellsten Ergebnissen der gesetzlichen Evaluation, die erst am 30.09.2011 vorliegen werden. Zum Stichtag für die Einreichung der Abstracts können daher erst Aussagen über die Zwischenergebnisse für bereits vorliegende Beobachtungszeiträume getroffen werden. Demnach ist in den DMPs im Zeitverlauf mit einer positiven Entwicklung wichtiger Indikatoren zu rechnen. So gingen nach den bislang vorliegenden Daten der Raucheranteil und die mittleren Blutdruckwerte der Programmteilnehmer zurück, der Anteil der Patienten ohne diabetes-spezifische Medikation verringerte sich und bei wichtigen Begleit- und Folgeerkrankungen war bei den Patienten unter Risiko ein Rückgang der neuen Inzidenzen zu beobachten.

**Schlussfolgerung:** Nach Vorlage der aktuellen Daten im Herbst 2011 möglich.

Bitte zitieren als: Leinert J, Köhler T. Gesetzliche Evaluation der DMP-Programme: Längsschnittsanalysen zum Krankheitsverlauf bei Typ2-Diabetikern der AOK. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf101.  
DOI: 10.3205/11dkvf101, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1012  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf101.shtml>

102

### Gesundheitsbezogene Lebensqualitätsmessungen (HRQoL) und gesundheitsökonomische Effizienzmaße (Quality adjusted Life Years) im methodischen Vergleich anhand des PRÄVENT-Datensatzes

CO Jacke, H Dressing, HJ Salze

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland

**Hintergrund:** Medizinische Leistungserbringer haben den Nachweis einer qualitativ und quantitativ hohen Versorgungsqualität zu erbringen. Es liegt nahe, oftmals vorliegende, gesundheitsbezogene Lebensqualitätsdaten (HRQoL) zur Berechnung von qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALY) heranzuziehen. Der Beitrag zielt darauf ab, die methodischen Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Transferoptionen anhand eines realen Datensatzes der psychiatrischen Versorgung zu demonstrieren.

**Material und Methoden:** Der PRÄVENT-Datensatz (Erhebungszeitraum 1.2.2008–31.1.2011) basiert auf einer prospektiven Interventionsstudie im Kontrollgruppendesign und umfasst zum Zeitpunkt der klinischen Entlassung bzw. Baseline-Messung N0=201, nach 12 Monaten N1=138 und nach 24 Monaten N2=60 Personen aus fünf Kliniken aus dem Rhein-Neckar Gebiet. Mit dem WHO-QoL BREF Instrument lagen Lebensqualitätsmessungen zu Personen vor, die infolge der Randomisierung eine psychiatrische Standardtherapie (N=101) oder ein spezifisches Maßnahmenpaket zur Behandlung der Schizophrenie erhielten (N=100). Es gingen die QoL-Domänen der physischen und psychischen Gesundheit (physical, psychological), der sozialen Beziehungen (social relationships) sowie Aspekte der unmittelbaren Umgebung (environment) in die Berechnungen ein. Einer Exploration der Fläche unter der Kurve (Area Under the Curve, AUC) erfolgte im querschnittlichen Sinne. Ein polynomiales, gemischt-lineares Wachstumskurven-Modell bildet die längsschnittliche Entwicklung der Lebensqualität zu den verschiedenen Zeitpunkten ab. Ein von der WHO entwickelter Transformationsalgorithmus überführt die Messwerte des WHO-QoL schließlich im Sinne einer visuellen Analog-Skala (VAS) auf die Skala der qualitätsadjustierten Lebensjahre (quality adjusted life years, QALY).

**Ergebnisse:** Die AUC-Berechnungen, das gemischt-lineare Modell und die berechneten QALYs können keine signifikanten, gruppenspezifischen Unterschiede in den Endpunkten entdecken.

**Schlussfolgerung:** Das AUC-Modell schließt nicht vollständig dokumentierte Datensätze aus und fasst die

durchschnittliche Lebensqualität zwischen Messzeitpunkten summierend zusammen. Das gemischt-lineare Modell hingegen verwendet alle verfügbaren Personen-Messzeitpunkte und kann individuelle Zufallseinflüsse berücksichtigen. Dominante Präferenzordnungen einer Intervention auf allen Domänen ist jedoch eher die Ausnahme. Das QALY-Konzept bietet hier eine Komplexitätsreduktion an, indem es die Überlebensdauer mit der Lebensqualität verknüpft und Aussagen über durchschnittliche Veränderungen zwischen Zeitpunkten ermöglicht. Der verfügbare Transferalgorithmus bietet hier eine gute Möglichkeit an, QALYs zu berechnen. Die drei Methoden kommen zum gleichen Ergebnis.

Bitte zitieren als: Jacke C, Dressing H, Salze H. Gesundheitsbezogene Lebensqualitätsmessungen (HRQoL) und gesundheitsökonomische Effizienzmaße (Quality adjusted Life Years) im methodischen Vergleich anhand des PRÄVENT-Datensatzes. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf102.  
DOI: 10.3205/11dkvf102, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1021  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf102.shtml>

103

### Gesundheitsökonomische Evaluation von Software Assisted Medicine (SAM) bei Diabetes mellitus Patienten

Florian Meier<sup>1</sup>, Oliver Schöffski<sup>1</sup>, Hans-Adolf Müller<sup>2</sup>, Florian Fuhrmann<sup>3</sup>, Frank Ladendorf<sup>4</sup><sup>1</sup>Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, Friedrich-Alexander-

Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

<sup>2</sup>Knappschaft Bahn-See, Bochum, Deutschland<sup>3</sup>CompuGroup Medical Deutschland GmbH, Koblenz, Deutschland<sup>4</sup>Gesellschaft für integrierte Versorgungsformen mbH, Koblenz, Deutschland

**Hintergrund:** Eine qualitativ hochwertige Versorgung von mittlerweile 7,5 Mio. Diabetes mellitus (DM)-Patienten fordert den Einsatz umfangreicher Ressourcen. Durch die komplexe interdisziplinäre, sektor übergreifende Behandlung entstehen geschätzte Kosten in Höhe von jährlich 11 Mrd. €, die eine entsprechende Belastung für das Gesundheitswesen darstellen. Es wird erwartet, dass durch Software Assisted Medicine (SAM) Einsparpotenziale realisiert werden können, die dem beschriebenen Problem entgegenwirken. Das übergeordnete Ziel von SAM ist, die behandelnden Ärzte durch leistungsfähige IT-Strukturen und ergonomische Software bei der leitliniengerechten Behandlung durch aktuelles medizinisches Wissen und Prozesshilfen zu unterstützen, sie mit Kollegen zu vernetzen und damit eine evidenzbasierte und systematische Betreuung von Diabetes-Patienten zu gewährleisten.

**Material und Methoden:** Für die gesundheitsökonomische Evaluation von SAM standen stationäre Abrechnungsdaten sowie Apothekendaten von insgesamt 2.957 Patienten der Krankenkasse Knappschaft Bahn-See (KBS) im Zeitraum vom 1. Quartal 2007 bis zum 3. Quartal 2009 zur Verfügung. Da es für DM verschiedene Versorgungskonzepte gibt, wählte man für die Fall-Kontroll-Studie drei Referenzgruppen, die miteinander verglichen wurden. Die drei Gruppen sind Regelversorgung, Disease Management Programm (DMP) und eine spezielle SAM-Gruppe, wobei die DMP-Versicherten

sowie die SAM-Patienten komplett in das prosper-Netz Saarland eingeschrieben waren und somit Effekte von regionalen Versorgungsunterschieden ausgeschlossen werden konnten. Die Gruppen wurden zwecks Vergleichbarkeit hinsichtlich relevanter Parameter (Alter, Geschlecht, Diagnosestruktur) optimiert. Um die Kosteneffekte zu messen, wurden die vorhandenen Daten der drei Gruppen in zwei Perioden aufgeteilt. Dabei wurden die jeweiligen durchschnittlichen Quartalskosten vor dem Start des SAM-Projektes (Q1 2007 – Q3 2008) mit den durchschnittlichen Quartalskosten im anschließenden Beobachtungszeitraum (Q4 2008 – Q3 2009) verglichen.

**Ergebnisse:** Die Ausgaben der beiden betrachteten Kostenarten sind im Evaluationszeitraum für alle drei Gruppen angestiegen, was sich auf die allgemein steigenden Gesundheitsausgaben und das zunehmende Patientenalter in den geschlossenen Referenzgruppen zurückführen lässt. Die SAM-Patienten liegen bei der prozentualen Veränderung der Gesamtausgaben mit einem Anstieg von 19,7% (von durchschnittlich 728,20€ auf durchschnittlich 871,47€), unterhalb des prozentualen Anstiegs der beiden anderen Vergleichsgruppen (DMP: 36,4% und Regelversorgung: 22,5%), die beim Evaluationsstart jeweils ein höheres Kostenniveau aufwiesen. Weitere Analysen haben gezeigt, dass bei der Arzneimittelversorgung sofortige Kosteneffekte erzielt werden können. So ist hier die SAM-Versorgung, trotz eines durchschnittlichen Anstiegs von 13,5%, im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen prozentual und absolut gesehen vorteilhaft.

**Schlussfolgerung:** Das Evaluationsprojekt hat gezeigt, dass durch SAM positive Kosteneffekte bewirkt werden können. Somit kann die softwarebasierte Unterstützung der Ärzte bei der Betreuung von Diabetes-Patienten Einsparpotenziale generieren, und die Belastungen für das Gesundheitssystem im Allgemeinen und für Krankenkassen im speziellen senken. Der Einsatz von SAM sollte auch bei anderen komplexen und interdisziplinären Indikationen, die sich stark an Leitlinien orientieren, untersucht werden, um weitere Effizienzreserven zu identifizieren.

Bitte zitieren als: Meier F, Schöffski O, Müller HA, Fuhrmann F, Ladendorf F. Gesundheitsökonomische Evaluation von Software Assisted Medicine (SAM) bei Diabetes mellitus Patienten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf103. DOI: 10.3205/11dkvf103, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1031  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf103.shtml>

104

## Gibt es einen potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf des DMP-Moduls Herzinsuffizienz?

Carmen Bartel<sup>1</sup>, Thomas Kötter<sup>2</sup>, Martin Scherer<sup>3</sup>, Petra Lange<sup>1</sup>, Eva Höfer<sup>1</sup>, Dagmar Lüthmann<sup>2</sup>, Susanne Schramm<sup>2</sup>, Susanne Ein Waldt<sup>1</sup>, Siw Waffenschmidt<sup>1</sup>, Wiebke Hoffmann-Eßer<sup>1</sup>, Alric Rütther<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IQWiG, Köln, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wurde 2009 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, den potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf des DMP-Moduls Herzinsuffizienz bei koronarer Herzkrankheit zu prüfen.

**Material und Methoden:** Zur Feststellung eines potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarfs wurde ein Abgleich zwischen den Leitlinienempfehlungen und dem DMP-Modul durchgeführt. Dazu erfolgte zunächst eine systematische Recherche nach Leitlinien in den Leitliniendatenbanken des National Guideline Clearinghouse, des Guidelines International Network und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, bei fachspezifischen und -übergreifenden Anbietern sowie in bibliografischen Datenbanken. Der Publikationszeitraum umfasste Januar 2005 bis April 2010. Die identifizierten Leitlinien wurden anhand der Einschlusskriterien und auf ihre Relevanz für das DMP-Modul hin geprüft. Dann wurden aus diesen Leitlinien die relevanten Empfehlungen extrahiert, nach den Gliederungspunkten des DMP-Moduls sortiert, zusammengefasst und mit den Anforderungen des DMP-Moduls abgeglichen. Zur Darstellung der Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Leitlinien erfolgte eine methodische Bewertung mit dem Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation-(AGREE)-Instrument.

**Ergebnisse:** 16 evidenzbasierte Leitlinien wurden in den Bericht eingeschlossen. Darunter waren 3 deutsche, 5 europäische und 8 amerikanische Leitlinien. Nur 2 von 16 Leitlinien gaben Empfehlungen für die gesamte Versorgung, alle anderen beschränkten sich auf einen oder mehrere Versorgungsaspekte. Die beste methodische Bewertung wurde in den Domänen 1 (Scope and Purpose), 3 (Rigour of Development), 4 (Clarity and Presentation) und 6 (Editorial Independence) des AGREE-Instruments erreicht. Die Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien entsprechen im Wesentlichen den Anforderungen des DMP-Moduls, die Leitlinien sind aber meist detaillierter als diese Anforderungen. Für einige Gliederungspunkte des DMP-Moduls kann ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf diskutiert werden: Dies betrifft allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen wie die Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms, Beratung zur sexuellen Aktivität, Impfungen und Reiseberatung. Aber auch für die medikamentöse Kardioversion mit Amiodaron kann ein potenzieller Ergänzungsbedarf diskutiert werden. Die in den Bericht eingeschlossenen Leitlinien geben darüber hinaus Empfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad zur Herzschrittacherthera-

pie oder zur elektrischen Kardioversion, die bisher nicht Bestandteil des DMP-Moduls sind.

**Schlussfolgerung:** Für das DMP-Modul Herzinsuffizienz kann ein Ergänzungsbedarf diskutiert werden; es ergab sich aufgrund der Leitliniensynopse aber kein zwingend erforderlicher Änderungsbedarf. Bei der Recherche nach evidenzbasierten Leitlinien zur Herzinsuffizienz wurden überwiegend angloamerikanische Leitlinien identifiziert und nur wenige deutsche Leitlinien. Inwiefern Empfehlungen aus anderen Gesundheitssystemen auf Deutschland übertragbar sind, muss im Fall der Übernahme einer Empfehlung geprüft werden. Die Entscheidung über die Aktualisierung des DMP-Moduls Herzinsuffizienz obliegt dem G-BA.

Bitte zitieren als: Bartel C, Kötter T, Scherer M, Lange P, Höfer E, Lühmann D, Schramm S, Ein Waldt S, Waffenschmidt S, Hoffmann-Eber W, Rütger A. Gibt es einen potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf des DMP-Moduls Herzinsuffizienz? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf104. DOI: 10.3205/11dkvf104, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1045  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf104.shtml>

## 105

### GKV-Routinedaten: Potential von klinischen DMP-Verlaufsangaben zur arztbezogenen Qualitätsmessung am Beispiel des TK-DMP-Asthma

Dirk Horenkamp-Sonntag<sup>1</sup>, Frank Petereit<sup>2</sup>, Christian Pieper<sup>2</sup>, Daniel Wildner<sup>2</sup>, Susanne Ahrens<sup>1</sup>, Roland Linder<sup>1</sup>, Frank Verheyen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>WINEG, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Techniker Krankenkasse, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Durch eine Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist für Disease-Management-Programme nach §137 SGBV seit 2008 eine indikationübergreifende Dokumentation in ausschließlich elektronischer Form in Kraft getreten. Somit können Krankenkassen zusätzlich zu bereits etablierten GKV-Routinedatenquellen wie den ambulanten Diagnosedaten (§295 SGBV) auch klinische Angaben auf individueller (pseudonymisierter) Versichertenebene berücksichtigen, so dass aktuellere und umfangreichere Aussagen zur ambulanten Qualitätsmessung im zeitlichen Verlauf getroffen werden können.

**Material und Methoden:** Um für die beispielhafte Indikation Asthma Aussagen zur arztbezogenen Qualitätsmessung auf Basis von GKV-Routinedaten treffen zu können, wurden durch das WINEG im Rahmen einer umfangreichen Recherche verschiedene Indikatoren zur Qualitätsmessung identifiziert, die auch in der Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma [1] sowie in den Verträgen der DMP-Behandlungsprogramme nach §137 SGBV enthalten sind. Diese bilden Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, die Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie, die Einhaltung von Kooperationsregeln der Versorgungsebenen sowie die aktive Teilnahme des Patienten ab.

Für die Anwendung der Qualitätsindikatoren ist die bisherige GKV-Sekundärdatenanalyse nicht ausrei-

chend, weshalb eine zusätzliche Einbeziehung von DMP-Verlaufsdaten erforderlich ist. Um abschätzen zu können, in welchem Umfang und mit welcher Validität die DMP-Verlaufsdaten zur arztbezogenen Qualitätsmessung genutzt werden können, hat das WINEG eine Potentialanalyse auf Basis von TK-Routinedaten durchgeführt.

**Ergebnisse:** Bei der TK sind bundesweit mehr als 106.000 Versicherte in den DMPs Asthma und COPD eingeschrieben. Für die 32.887 Versicherte, die im Zeitraum 2009-2010 durchgängig am DMP-Asthma teilgenommen haben und bei denen sich das Dokumentationsintervall (n=3 oder 6 Monate) nicht geändert hat, wurden von 13.319 Ärzten insgesamt 201.411 Verlaufsdaten dokumentiert.

Die DMP-Dokumentationen stammen in erster Linie aus den KV-Bereichen Bayern (12,9%), Berlin (8,5%), Niedersachsen (12,5%), Nordrhein (15,1%) und Westfalen (16,2%). Bei 23.691 Versicherten war alle drei Monate eine Kontrolluntersuchung vereinbart, bei 9.196 alle 6 Monate. Dabei wurde die vertraglich vereinbarte (Mindest-) Anzahl an Dokumentationen bei 48,2% (43,7%) der Versicherten mit quartalsweiser (halbjährlicher) Kontrolle nicht eingehalten.

**Schlussfolgerung:** Es zeigt sich, dass wider Erwarten bei fast der Hälfte der Fälle nicht die vertraglich vereinbarte Anzahl an Dokumentationen für Kontrolluntersuchungen vorliegt. Deshalb müssen durch Subgruppenanalysen mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Hierzu zählen neben Arztgruppenzugehörigkeit, Versichertenalter, KV-Region auch Art und Umfang von Begleiterkrankungen sowie die Entwicklung der Datenübermittlungsqualität im zeitlichen Verlauf.

Durch valide klinische Primärdatenangaben aus DMP-Dokumentationen (§137 SGBV) lassen sich GKV-Sekundärdatenanalysen auf Basis ambulanter vertragsärztlicher Versorgungsdaten (§295 SGBV) zu einer erweiterten Routinedatenbasis ergänzen. Mit adäquater Operationalisierung können trotz vorhandener methodischer Limitationen dieser Datenbasis wichtige und aktuelle Erkenntnisse zur aktuellen vertragsärztlichen Versorgungssituation generiert werden, die auch zur Beurteilung von Qualitätsaspekten berücksichtigt werden sollten.

### Literatur

1. Nationale Versorgungsleitlinie Asthma: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung, 2. Auflage. Version 1.2, November 2010. Available from:  
<http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma>

Bitte zitieren als: Horenkamp-Sonntag D, Petereit F, Pieper C, Wildner D, Ahrens S, Linder R, Verheyen F. GKV-Routinedaten: Potential von klinischen DMP-Verlaufsangaben zur arztbezogenen Qualitätsmessung am Beispiel des TK-DMP-Asthma. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf105. DOI: 10.3205/11dkvf105, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1051  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf105.shtml>

106

### Greifswald Approach to Individualized Medicine – (GANI\_MED) – Standardisierung von klinischen Daten für die Forschung

Roberto Lorbeer<sup>1</sup>, Susann Wrobel<sup>1</sup>, Marcus Dörr<sup>2</sup>, Henry Völzke<sup>1</sup>, Heyo K. Kroemer<sup>3</sup>, Wolfgang Hoffmann<sup>1</sup>, Wolfgang Lieb<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin, Greifswald, Deutschland

<sup>2</sup>Klinik für Innere Medizin, Universitätsmedizin, Greifswald, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Pharmakologie, Universitätsmedizin, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** Das Forschungsprojekt "Greifswald Approach to Individualized Medicine – (GANI\_MED)" verfolgt das Ziel, Individualisierte Medizin in einem umfassenden und interdisziplinären Ansatz an einem Universitätskrankenhaus zu etablieren. Zu diesem Zweck werden große Patientenkohorten mit verschiedenen hochprävalenten Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz und metabolisches Syndrom aufgebaut. Diese Patienten werden dann mit der gut charakterisierten Bevölkerungsstichprobe der Kohortenstudie „Study of Health in Pomerania – (SHIP)“ in verschiedenen Fall-Kontroll-Ansätzen verglichen, um neue Risikofaktoren und Biomarker zu identifizieren, die für die entsprechende Erkrankung von Bedeutung sind.

Neben der hypothesengeleiteten klinischen und analytischen Forschung ist ein wichtiges Ziel des GANI\_MED Projektes die Standardisierung und Qualitätskontrolle klinischer Routinedaten, damit diese zukünftig für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden können.

**Material und Methoden:** Die Patienten der einzelnen Kohorten werden durch einen standardisierten Fragebogen, medizinische Basisuntersuchungen (z.B. Blutdruckmessungen und Somatometrie) sowie durch komplexere Untersuchungen wie bildgebenden Verfahren (z.B. Ultraschalluntersuchungen) charakterisiert.

Um eine adäquate Standardisierung dieser Daten zu erreichen, wurden verschiedene Verfahren entwickelt. Für die Anamnese wurde eine standardisierte Frage-Antwort-Syntax erarbeitet und in eine mobile Datenerfassungssoftware mit Validierungsfunktion implementiert, sodass die Anamnese mit einem medizinischen Tablet-PC erhoben werden kann. Die Daten werden in einer Datenbank gespeichert und ein Datenreport kann für den klinischen Gebrauch erstellt werden.

Für alle relevanten klinischen Untersuchungen sind genaue Protokolle zum Untersuchungsablauf erstellt worden, sog. „Standard Operating Procedures – (SOP)“. Die SOPs sind mit den Protokollen der SHIP-Studie abgestimmt, um eine bestmögliche Vergleichbarkeit der Patientenkohorten mit der Kontrollstichprobe aus SHIP sicherzustellen.

Alle Ärzte und Untersucher, welche die Datenerhebung im Rahmen der Patientenkohorten durchführen, werden regelmäßig geschult, zertifiziert und kontrolliert. Die erhobenen Daten werden kontinuierlich auf Plausibilität und systematische Abweichungen geprüft. In Zertifizierungen werden Unterschiede innerhalb und zwischen den einzelnen Untersuchern ermittelt und jedem Untersucher wird ein persönliches Feedback zur Qualität der von ihm erhobenen Daten gegeben.

Für die medizinischen Basisuntersuchungen, wie die Messungen von Größe, Gewicht und Blutdruck, werden in allen Kohorten Geräte gleichen Typs verwendet. Regelmäßige Gerätezertifizierungen, Kalibrierungen und Vergleichsstudien werden durchgeführt, um systematische Abweichungen zwischen den verschiedenen Geräten auszuschließen.

**Schlussfolgerung:** GANI\_MED erweitert bestehende Forschungskonzepte der Individualisierten Medizin durch eine erhöhte Standardisierung von klinischen Routinedaten und umfassend charakterisierte Patientenkohorten. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um diese Daten wissenschaftlich nutzen zu können. Perspektivisch stellt der Aufbau dieser umfangreich charakterisierten Patientenkohorten eine wichtige Grundlage für die Etablierung und Validierung von individualisierten Präventions- Diagnostik- und Behandlungs-Strategien dar.

Bitte zitieren als: Lorbeer R, Wrobel S, Dörr M, Völzke H, Kroemer HK, Hoffmann W, Lieb W. Greifswald Approach to Individualized Medicine – (GANI\_MED) – Standardisierung von klinischen Daten für die Forschung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf106. DOI: 10.3205/11dkvf106, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1061

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf106.shtml>

107

### Grenzen der gesundheitsökonomischen Evaluation neuer Versorgungsformen

Ch.-Markos Dintsios, Andreas Gerber  
IQWiG, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) ist der Vertragswettbewerb in der GKV erweitert worden. Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten können Vertragspartner integrierter Versorgung (IV) sein. Da konkurrierende Ansätze zur Durchsetzung der effizientesten IV vorteilhaft scheinen, ist ihre Evaluation zwingend. Primäres Anliegen der IV ist die Überwindung der sektoralen Trennung und damit einhergehend die Steigerung der Effizienz in der Versorgung. Somit handelt es sich um Interventionen mit hohem Komplexitätsgrad, die sich gesundheitsökonomischen Evaluationen zum Teil verschließen.

Ziel ist die Identifizierung vorhandener Ansätze zur gesundheitsökonomischen Evaluation der IV, ihre kritische Bewertung und die Entwicklung eines Vorschlags für eine methodische Vorgehensweise, die vorhandene Limitationen in der bisherigen Praxis zu überwinden versucht, indem sie über die aktuell oft angewandten Benchmarks hinausreicht.

**Material und Methoden:** Mittels Literaturrecherche wurden gesundheitsökonomische Evaluationen von IV identifiziert. Die Studien wurden nach Design und gesundheitsökonomischer Form der Analyse klassifiziert. Vor- und Nachteile der Studien werden präsentiert. Spezifische methodische Herausforderungen, die sich aus dem Komplexitätsgrad der IV ergeben, werden vorgestellt. Als methodischer Vorschlag für die gesundheitsökonomische Evaluation von IV wird die Effizienzgrenzenmethode diskutiert.

**Ergebnisse:** Sieben gesundheitsökonomische Evaluationen (hauptsächlich Kosten-Effektivitäts-Analysen) integrierter Versorgungsformen (populationsbezogen und indikationsbezogen) wurden identifiziert. Die Studien hatten eher anspruchsvolle Designs ((pragmatisch) randomisiert kontrolliert, quasi-experimentell, Anwendungsbeobachtungen). Primär wurde die Implementierungsphase der IV evaluiert.

Eine zielführende Möglichkeit zur gesundheitsökonomischen Evaluation von IV bietet die Effizienzgrenzenanalyse. Für die Konstruktion der Effizienzgrenze werden alternative IV nach ihrem Nutzen und den einhergehenden Kosten in ein Koordinatensystem eingetragen. Nach diesem auch unter Messung der produktivsten Effizienz bekannten Ansatz können diejenigen IV mit dem jeweils effizientesten Kosten-Nutzen-Verhältnis – ausgehend von der Regelversorgung – zur Effizienzgrenze verbunden werden. Die Effizienz einer neu zu beurteilenden Intervention wird dann in Relation zu den effizientesten unter den bereits vorhandenen Interventionen bewertet.

Die alleinige Berücksichtigung der Implementierungsphase von IV greift zu kurz. Deshalb erfordert ihre gesundheitsökonomische Evaluation ein eigenes methodisches Vorgehen. Hierzu gibt es bislang keine methodischen Standards. Weitere Herausforderungen der Evaluation liegen in der Komplexität der Intervention, in der Auswahl geeigneter Komparatoren, in der Definition und Erhebung relevanter Kosten und in der Verwendung geeigneter Effektparameter.

**Schlussfolgerung:** Im Vergleich zu gesundheitsökonomischen Evaluationen weniger komplexer Gesundheitstechnologien gibt es grundlegende methodische Herausforderungen. Die Evaluation von einzelnen Phasen der IV ohne Berücksichtigung des realen Versorgungsgeschehens läuft Gefahr, wichtige Aspekte zur Bestimmung ihrer Kosten-Effektivität auszublenden. Die Effizienzgrenzenanalyse scheint eine geeignete Vorgehensweise für die gesundheitsökonomische Evaluation neuer Versorgungsformen zu sein.

## Literatur

1. Dintsios CM, Gerber A. Gesundheitsökonomische Evaluation der Integrierten Versorgung: Stößt die Gesundheitsökonomie an ihre Grenzen? In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Hrsg. Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2011.

Bitte zitieren als: Dintsios CM, Gerber A. Grenzen der gesundheitsökonomischen Evaluation neuer Versorgungsformen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf107.

DOI: 10.3205/11dkvf107, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1076

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf107.shtml>

108

## Growing old at home – Evaluation of the effectiveness of preventive home visits to reduce the number of falls and to preserve quality of life

Tobias Luck<sup>1</sup>, Tom Motzek<sup>1</sup>, Melanie Lupp<sup>1</sup>, Herbert Matschinger<sup>1</sup>, Steffen Fleischer<sup>2</sup>, Yves Sesselmann<sup>2</sup>, Gudrun Røling<sup>2</sup>, Katrin Beutner<sup>2</sup>, Hans-Helmut König<sup>3</sup>, Johann Behrens<sup>2</sup>, Steffi G. Riedel-Heller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Social Medicine, Occupational Health and Public Health, University of Leipzig, Leipzig, Germany

<sup>2</sup>Institute of Nursing and Health Science, Medical Faculty, Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Halle, Germany

<sup>3</sup>Department of Medical Sociology and Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

**Background:** Preventive home visits (PHVs) offer the possibility to identify and to treat risk factors for institutionalization in old age. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of PHVs to reduce the number of falls and to preserve the health-related quality of life in a community sample aged 80 years and older.

**Materials and methods:** The study was designed as a prospective multi-center randomized controlled trial including a baseline assessment and one follow-up assessment after 18 months. Participants (n=305) were randomized to an intervention group (IG) and a control group (CG). The intervention group received up to three PHVs including tailored interventions on identified risks factors for institutionalization.

**Results:** The number of falls significantly increased between the pre- and the post measurement in the CG and significantly decreased in the IG. Overall health-related quality of life (EQ VAS) remained stable over time in the IG and significantly decreased in the CG. No intervention effects were found on health-related quality of life reflecting more specific domains like mobility or pain (EQ 5D sum score).

**Conclusions:** Results of the evaluation indicate that PHVs are effective in reducing the number of falls and in preserving overall health-related quality of life in elderly people living in the community. PHVs, however, are complex and individualized interventions. Further research is required to identify those factors of PHVs that specifically cause the changes in complex outcome measures like the quality of life.

Funded by the German Federal Ministry of Education and Research (grant O1GT0601 and O1GT0604).

Please cite as: Luck T, Motzek T, Lupp M, Matschinger H, Fleischer S, Sesselmann Y, Røling G, Beutner K, König HH, Behrens J, Riedel-Heller SG. Growing old at home – Evaluation of the effectiveness of preventive home visits to reduce the number of falls and to preserve quality of life. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf108.  
DOI: 10.3205/11dkvf108, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1081

Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf108.shtml>

109

## Gründe von Änderungen der medikamentösen Therapie nach Krankenhausentlassung – eine qualitative Studie aus Sichtweise von Hausärzten und Patienten

Dagmar Gröber-Grätz<sup>1</sup>, Uta-Maria Waldmann<sup>1</sup>, Uwe Metzinger<sup>2</sup>, Petra Werkmeister<sup>3</sup>, Markus Gulich<sup>1</sup>, Hans-Peter Zeitler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Ulm, Deutschland

<sup>2</sup>FA für Allgemeinmedizin, Friedrichshafen, Deutschland

<sup>3</sup>FA für Innere Medizin, Volkertshausen, Deutschland

**Hintergrund:** Durch einen Krankenhausaufenthalt kommt es häufig zu einer Änderung der Medikation. Üblicherweise werden in einem „Entlassbrief“ die wesentlichen Ergebnisse des stationären Aufenthaltes sowie die weiteren Therapieempfehlungen zusammengefasst. Der Hausarzt entscheidet auf dieser Grundlage über das weitere Vorgehen unter Berücksichtigung individueller Aspekte seines Patienten. Ziel der Studie ist es, die Entwicklung der Medikation vom Therapie-vorschlag im Krankenhausentlassbrief über den Hausarzt bis hin zum Patienten nachzuzeichnen und die Gründe/Einflussfaktoren für etwaige Änderungen oder auch Beibehalten der Medikation zu identifizieren.

**Material und Methoden:** Prospektive qualitative Studie mit konsekutiv ausgewählten Patienten, die mit neuer Dauermedikation nach einem stationären Aufenthalt von einer internistischen Station entlassen wurden. Semistrukturierte Interviews mit Patienten 4–10 Wochen nach Krankenhausentlassung. Daran anschließend wurden Interviews mit den behandelnden Hausärzten zum Stand der aktuellen Medikation durchgeführt. Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet, nach der Konsensmethode ausgewertet und auf Veränderungen sowie auf Einflussfaktoren hin untersucht. Zur Aufdeckung von Diskrepanzen in der medikamentösen Therapie wurde der Entlassbrief in die Analyse mit aufgenommen.

**Ergebnisse:** Es wurden insgesamt mit 34 Patienten und deren Hausärzte leitfragengestützte Interviews durchgeführt. Medikationsänderungen traten verzögert, jedoch gehäuft im Verlauf von Wochen nach Krankenhausentlassung auf. Die medikamentöse Therapieempfehlung wurde von den Hausärzten aus unterschiedlichen medizinischen oder nichtmedizinischen Gründen geändert. Als nichtmedizinische Gründe könnten ökonomische, gesundheitspolitische Zwänge aber auch die persönliche Überzeugung oder eine Non-Compliance des Patienten identifiziert werden. Gründe für eine Änderung der Medikation durch den Patienten waren, wenn die Notwendigkeit der Einnahme des Medikamentes angezweifelt wurde, eine Unverträglichkeit bestand aber auch Ängste und eine unzureichende Aufklärung über ein Medikament.

**Schlussfolgerung:** Die erhobenen Daten zeigen auf, dass der Übergang von der stationären zur ambulanten Betreuung eine empfindliche Schnittstelle in der Patientenversorgung darstellt. Die Daten erlauben keine quantitative Schätzung der Größenordnung des Phänomens. In dieser Studie sollten die Gründe für die Modifikation der Medikation aufgezeigt werden. Diese Erkenntnisse könnten als Grundlage für weitere Untersuchungen oder die Entwicklung von Intervention zur

Vermeidung unerwünschter Medikationsänderungen herangezogen werden.

### Literatur

1. Lamnek S. Qualitative Sozialforschung. 4. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2005.
2. Müller-Bühl U, Gerold C, Engeser P, Szecsenyi J. Changes in drug therapy following hospital discharge for patients in a general practice: A German incident study. *J Public Health*. 2009;17(3):217-23.
3. Roth-Isigkeit A, Harder S. Die Entlassmedikation im Arztbrief. Eine exploratorische Befragung von Hausärzten/-innen. *Med Klin (Munich)*. 2005;100(2):87-93.

Bitte zitieren als: Gröber-Grätz D, Waldmann UM, Metzinger U, Werkmeister P, Gulich M, Zeitler HP. Gründe von Änderungen der medikamentösen Therapie nach Krankenhausentlassung – eine qualitative Studie aus Sichtweise von Hausärzten und Patienten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf109. DOI: 10.3205/11dkvf109, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1098

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf109.shtml>

110

## HAROW – Versorgungsstudie zum lokal begrenzten Prostatakarzinom

Sandra Beermann<sup>1</sup>, Nicole Ernstmann<sup>2</sup>, Lothar Weißbach<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Stiftung Männergesundheit, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>IMVR-Universität Köln, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Jährlich wird bei etwa 64.000 Männern in Deutschland ein Prostatakrebs festgestellt. Der Tumor wird meist in frühen Stadien diagnostiziert, in denen er seinen Träger nicht vital gefährdet. Die Behandlungsmöglichkeiten bei einem lokal begrenzten Prostatakarzinom sind vielfältig: Operation und Bestrahlung können zwar heilen, bei vielen Patienten wird die Lebensqualität jedoch durch physische und psychische Belastungen der Behandlung sowie Nebenwirkungen dauerhaft eingeschränkt.

Mit der Aktiven Überwachung (Active Surveillance) und dem Beobachtenden Abwarten (Watchful Waiting) stehen leitliniengerechte Überwachungsstrategien bereit, die im Versorgungsalltag allerdings selten angewandt werden. Die Urologie besitzt kaum Erkenntnisse darüber, wie sich wenig aggressive Tumore entwickeln und welcher Behandlungsweg für welchen Patienten am besten geeignet ist.

Die gemeinnützige Stiftung Männergesundheit führt daher mit finanzieller Förderung durch die GAZPROM Germania GmbH zunächst bis ins Jahr 2013 die HAROW-Studie durch. Unter Alltagsbedingungen bewertet die Studie die häufigsten Behandlungsarten (einschließlich Active Surveillance und Watchful Waiting), um daraus Kriterien zu entwickeln, nach denen eine Therapie eingeleitet werden muss oder bei regelmäßigen Kontrolluntersuchungen zurückgestellt werden kann.

**Material und Methoden:** HAROW ist eine multizentrische, nicht-interventionelle Beobachtungsstudie. Die Datenerhebung erfolgt durch voneinander unabhängige Dokumentationen der vorrangig niedergelassenen Ärzte und Patienten. Fortlaufend vom Zeitpunkt der Diagnose erfasst die Studie in halbjährlichen Abstän-

den Angaben zu Behandlungsmaßnahmen, zur Tumorcharakteristik, zum Krankheitsverlauf, zum Patienten und möglichen Komorbiditäten, zur Beziehung zwischen Arzt und Patient sowie zu gesundheitsökonomischen Faktoren.

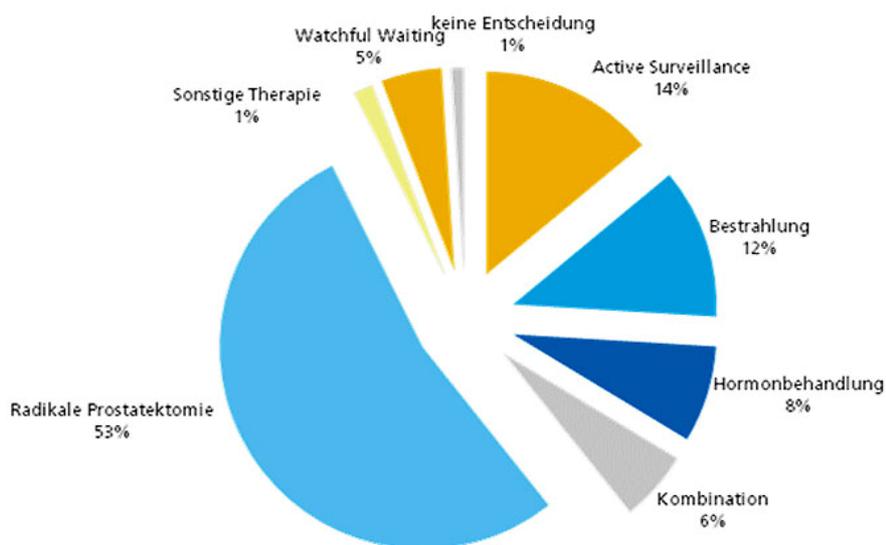
Im Mittelpunkt der Studie steht der Patient mit seinen subjektiven Einschätzungen der Lebensqualität und des Krankheitserlebens. Er dokumentiert Lebensqualität, Nebenwirkungen der Behandlung, Reha-Maßnahmen, stationäre Aufenthalte, Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittelverbrauch. Angaben zur Lebensqualität werden allgemein (EQ 5D), krebsbezogen (QLQ C30) und prostatakrebspezifisch (QLQ PR 25) erhoben. Die psychosoziale Versorgungsqualität durch Ärzte wird u. a. anhand des Kölner Patientenfragebogens erfasst.

**Ergebnisse:** 240 aktive Ärzte und 2.042 Patienten (04/2011) nehmen bislang an HAROW teil. 51% der Patienten entschieden sich für eine Operation, 13% für Active Surveillance, 12% für eine Bestrahlung, 7% für eine Hormonbehandlung, 5% für Watchful Waiting und weitere 7% für eine Therapie-Kombination (Abbildung 1). Die Auswertung zeigt das unterschiedliche Auftreten von Nebenwirkungen und Einschränkungen der Lebensqualität in Abhängigkeit zur Therapieform. Die Arzt-

Patient-Interaktion wird von den Patienten positiv wahrgenommen, jedoch können Erfordernisse einer besseren Information/Kommunikation identifiziert werden.

**Schlussfolgerung:** Die Frage, welcher Patient mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom zu welchem Zeitpunkt mit welcher Invasivität behandelt werden muss, kann am ehesten durch Versorgungsforschung beantwortet werden. Die HAROW-Studie ist eine qualitativ hochwertige Versorgungsstudie, deren am Beispiel des Prostatakarzinoms gewonnenen Erkenntnisse auch über die Urologie hinaus Bedeutung für die Versorgung onkologischer Patienten anderer medizinischer Fachbereiche entfalten können

Bitte zitieren als: Beermann S, Ernstmann N, Weißbach L. HAROW – Versorgungsstudie zum lokal begrenzten Prostatakarzinom. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf110. DOI: 10.3205/11dkvf110, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1103  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf110.shtml>



**Verteilung der Therapiestrategien (n=1892)**

111

### Hat die ärztliche psychosoziale Versorgung einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Prostatakrebspatienten?

Nicole Ernstmann<sup>1</sup>, Oliver Ommen<sup>1</sup>, Julia Jung<sup>1</sup>, Christoph Kowalski<sup>1</sup>, Holger Pfaff<sup>1</sup>, Lothar Weißbach<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IMVR, Köln, Deutschland

<sup>2</sup>Stiftung Männergesundheit, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Jährlich wird bei etwa 64.000 Männern in Deutschland ein Prostatakarzinom festgestellt. Es handelt sich um einen langsam wachsenden Tumor, der ein sorgfältiges Abwägen zwischen Risiken und Nutzen der einzelnen Therapieformen erfordert. Somit

kommt der Kommunikation und gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Urologen und betroffenem Patient eine besondere Bedeutung zu. Zahlreiche Studien konnten Hinweise auf die positive Wirkung einer an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Kommunikation liefern. Bislang mangelt es jedoch an prospektiven Studien zu dieser Fragestellung. Ziel der vorliegenden prospektiven Studie ist es daher zu untersuchen, ob sich die Arzt-Patient-Kommunikation auf den Behandlungserfolg der teilnehmenden Prostatakrebspatienten auswirkt.

**Material und Methoden:** Die deutschlandweite HAROW-Studie untersucht über 5 Jahre den Krankheitsverlauf von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom in Abhängigkeit von der Therapiestrategie (Hormonthe-

rapie, Active Surveillance, Radiation, Operation oder Watchful Waiting). In halbjährlichen Abständen werden Daten zu Tumorcharakteristika, Krankheitsverlauf, Lebensqualität, Arzt-Patient-Beziehung und Gesundheitsökonomie erhoben. Die Arzt-Patient-Interaktion wird mittels der Skala "Psychosoziale Versorgung" [1], [2] aus Patientensicht erhoben. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird mittels des EORTC-C30-Fragebogens gemessen.

**Ergebnisse:** Die Analysen zum Zusammenhang zwischen Therapiestrategie, psychosozialer Versorgung und gesundheitsbezogener Lebensqualität werden zurzeit durchgeführt und liegen zum Zeitpunkt des Kongresses vor.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse werden wichtige Hinweise zur Bedeutung der Interaktion zwischen Urologen und Patienten in der Versorgung des Prostatakarzinoms liefern.

#### Literatur

1. Ommen O, Wirtz M, Janssen C, Neumann M, Ernstmann N, Pfaff H. Validation of a theory-based instrument measuring patient-reported psychosocial care by physicians using a multiple indicators and multiple causes model. *Patient Education and Counseling*. 2010; 80(1): 100-106.
2. Ommen O, Wirtz M, Janssen C, Neumann M, Driller E, Ernstmann N, Loeffert S, Pfaff H. Psychometric evaluation of an instrument to assess patient-reported 'psychosocial care by physicians': A structural equation modelling approach. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009;21(3): 190-197.

Bitte zitieren als: Ernstmann N, Ommen O, Jung J, Kowalski C, Pfaff H, Weißbach L. Hat die ärztliche psychosoziale Versorgung einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Prostatakrebspatienten? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf111. DOI: 10.3205/11dkvf111, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1112

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf111.shtml>

112

### Häufigkeit der Diagnose „Depressive Episode“ in Hausarzt- und Nervenarztpraxen im Zeitverlauf

Joachim Heuer

Zentralinstitut, Berlin, Deutschland

**Einleitung:** Das Patienten-Arzt-Panel zur Morbiditätsanalyse (ZI-ADT-Panel) des Zentralinstituts für die kasernenärztliche Versorgung erlaubt eine längsschnittliche Darstellung der Häufigkeit in Hausarzt- und Nervenarztpraxen behandelter depressiver Episoden.

**Methoden:** Dazu werden alle Behandlungsfälle von Patienten allgemeinärztlicher, hausärztlich-internistischer und nervenärztlicher Praxen mit der Diagnose „Depressive Episode“ (F32) aus dem ZI-ADT-Panel der Jahre 2000 bis 2009 ausgewählt. Die Behandlungsfälle werden je Jahr sowohl fall- als auch patientenbezogen aufbereitet. Patienten werden durch die Kombination aus pseudonymisierter Arztnummer und im Panel gebildeter Versichertenidentifikation erkannt.

Für die vorliegende Analyse werden geschlechtsbezogen drei Altersgruppen bis 24, 25–64, ab 65 Jahre gebildet.

Lediglich fachgruppenbezogene Aussagen werden in der geschichteten Stichprobe des ADT-Panels dargestellt. Ein Vergleich zur Morbiditätsstatistik der KV Nordrhein als Grundgesamtheit des Panels wird für die jeweils ersten Quartale ab 2006 je Fachgruppe auf Ebene dreistelliger ICD-10-Schlüsselnummern durchgeführt.

**Ergebnisse:** Bezogen auf das jeweils erste Quartal der Jahre 2006 bis 2010 steigt der Anteil depressiver Episoden bei den Fällen aller ausgewählten Fachgruppen sowohl im Panel wie auch in der gesamten KV Nordrhein in annähernd gleichem Maß. Bei Nervenärzten war es die Diagnose mit dem stärksten Anstieg in diesem Zeitraum. Depressive Episoden rangieren jeweils unter den zehn häufigsten Diagnosen (ICD-10-Dreisteller). Bei Nervenarztpatienten ist es die häufigste Diagnose. Die Stichprobe des ADT-Panels repräsentiert diesbezüglich die Grundgesamtheit gut,

Die ausgewählten Diagnosen werden bei weiblichen Patienten deutlich häufiger diagnostiziert als bei männlichen Patienten. Die anteilige Häufigkeit sonstiger und nicht näher bezeichneter depressiver Episoden nach endstelligen ICD-10-Schlüsselnummern ist bei Allgemeinarztpatienten und Patienten hausärztlicher Internisten sowohl bei männlichen wie weiblichen Patienten im Lauf des Untersuchungszeitraums angestiegen.

Sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Nervenarztpatienten zeigen sich im Vergleich aller endstelligen ICD-10-Schlüsselnummern zu F32 im Verlauf des Untersuchungszeitraums folgende Entwicklungstrends: Die Häufigkeiten von F32.0 (Leichte depressive Episoden), von F32.8 (Sonstige depressive Episoden) und F32.9 (Depressive Episode, nicht näher bezeichnet) weisen rückläufige Tendenzen auf. Auffälligkeiten von F32.1 (Mittelgradige depressive Episode) und F32.2 (Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome) sowie von F32.3 (Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) nehmen zu; diese sind für die Patienten im Alter von 25 bis 64 Jahren besonders ausgeprägt.

Während das mittlere Alter der Patienten von Allgemeinärzten, hausärztlichen Internisten und Nervenärzten ansteigt, ist das mittlere Alter der Teilgruppe von Nervenarztpatienten mit mittelgradigen depressiven Episoden rückläufig.

**Diskussion/Schlussfolgerungen:** Insbesondere in Allgemeinarztpraxen und bei hausärztlichen Internisten werden depressive Störungen nicht nach Schweregrad differenziert, sondern überwiegend unspezifische als „nicht näher bezeichnet“ oder „sonstige depressive Störungen“ diagnostiziert. Nervenärzte dokumentieren depressive Episoden spezifischer. Dieser Unterschied nimmt im Lauf des zehnjährigen Untersuchungszeitraums zu.

Bitte zitieren als: Heuer J. Häufigkeit der Diagnose „Depressive Episode“ in Hausarzt- und Nervenarztpraxen im Zeitverlauf. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf112. DOI: 10.3205/11dkvf112, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf11225

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf112.shtml>

113

## Häufigkeit und Intensität der ambulanten Inanspruchnahme im Spiegel großer Bevölkerungsumfragen. Sind die Ergebnisse vergleichbar?

Enno Swart

Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg, Deutschland

**Hintergrund:** In den letzten zwei Jahrzehnten sind vielfach große bevölkerungsrepräsentative Surveys durchgeführt worden, die neben Fragen zur Gesundheit und ihren Determinanten auch die Häufigkeit und Intensität der ambulanten Inanspruchnahme erhoben haben. Danach wurde ebenfalls im Rahmen des sozioökonomischen Panels (SOEP) und des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors gefragt. In diesem Beitrag wird untersucht, inwieweit die Instrumente und damit die Ergebnisse aus diesen Untersuchungen vergleichbar sind.

**Material und Methoden:** Es werden die Fragen zur ambulanten Inanspruchnahme in den public use files des Ost-West-Surveys 1991 (OW91), des Bundesgesundheits surveys 1998 (BGS98), des telefonischen Gesundheits surveys 2003 (Tel03) und des Surveys ‚Gesundheit in Deutschland aktuell‘ 2009 (GEDA09) genutzt. Hinzu kommen Daten der 26 Wellen des SOEP (1984-2009) und des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors (2001-2009).

**Ergebnisse:** Im Ost-West-Survey und dem Bundesgesundheits survey differenzieren die Fragen nach der ambulanten Inanspruchnahme nach Facharztgruppen. Die 4-Wochen Behandlungsprävalenz bei Allgemeinärzten im OW91 beträgt 29%, die 12-Monatsprävalenz im BGS98 69%; im OW91 wird nach der Zahl der Arztkontakte gefragt (durchschnittlich 1,8 für Befragte mit Kontakt zum Allgemeinmediziner), beim BGS98 liegen die Angaben nur klassifiziert vor. Der Tel03 fragt nach der Behandlungsprävalenz im letzten Quartal bei niedergelassenen Ärzten insgesamt (63%) und der Zahl der Hausarztkontakte in den letzten zwölf Monaten (88% mindestens 1x, durchschnittlich 4,6x, Spanne 1-92). Im GEDA2009 berichten 88% der Befragten über mindestens einen Arztkontakt in den letzten zwölf Monaten und über durchschnittlich 6,1 Kontakte bei allen Vertragsärzten. Im SOEP2009 ergibt sich eine 3-Monats-Behandlungsprävalenz bei allen Facharztgruppen von 28% bei durchschnittlich 3,6 Kontakten (der Befragten mit mindestens einem Kontakt), im Gesundheitsmonitor eine 12-Monats-Allgemeinmedizin-Behandlungsprävalenz von 82% bei durchschnittlich 5,0 Kontakten. Der Gesundheitsmonitor differenziert nach weiteren vier Facharztgruppen, beim OW91 und dem BGS98 ist die Frage nach der Intensität der Inanspruchnahme nach mehr als zehn Facharztgruppen gegliedert. Die Analysen können nach Geschlecht, Altersgruppen, sozioökonomischen Variablen und zum Teil nach Anlass des Kontakts differenziert werden.

**Schlussfolgerung:** Die Surveys des RKI, das SOEP und des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors unterscheiden sich nicht nur in ihren Zielgruppen, sondern auch in den Fragen zur ambulanten Inanspruchnahme bzgl. des betrachteten Intervalls, der Differenzierung nach Facharztgruppen und der Formulierung der Fragen incl. der Erläuterungen (etwa zur Berücksichtigung nicht-persönlicher Kontakte) und der Antwortkategorien. Die

Ergebnisse sind daher – anders als bei Fragen zu Krankenhausaufenthalten – auch für die Kontakte zu Haus- und Allgemeinärzten nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar. Eine externe Validierung mit Ergebnissen von GKV-Sekundärdatenanalysen bietet sich an.

### Literatur

1. Bergmann E, Kamtsiuris P. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Das Gesundheitswesen. 1999;61(Sonderheft 2):S138-S144.
2. Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheits surveys 2003. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. 2005;48:1365-73.

3. Winkelhake O, Mielck A, John J. Einkommen, Gesundheit und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in Deutschland 1992. Sozial- und Präventivmedizin. 1997;42(1):3-10.

Bitte zitieren als: Swart E. Häufigkeit und Intensität der ambulanten Inanspruchnahme im Spiegel großer Bevölkerungsumfragen. Sind die Ergebnisse vergleichbar? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf113. DOI: 10.3205/11dkvf113, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1131  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf113.shtml>

114

### Health Technology Assessment (HTA) zur Effektivität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal

Barbara Buchberger<sup>1</sup>, Romy Heymann<sup>2</sup>, Natalie Pomorin<sup>3</sup>, Katharina Friepörtner<sup>4</sup>, Hendrik Huppertz<sup>5</sup>, Philipp Geer<sup>5</sup>, Jürgen Wasem<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Universität Duisburg-Essen, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>Universität Duisburg-Essen, Greifswald, Deutschland

<sup>3</sup>Universität Duisburg-Essen, Ratingen, Deutschland

<sup>4</sup>Universität Duisburg-Essen, Köln, Deutschland

<sup>5</sup>Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland

<sup>6</sup>Universität Duisburg-Essen, Troisdorf, Deutschland

**Hintergrund:** Dem wachsenden Anteil von Betagten und Hochbetagten an der Gesellschaft mit entsprechendem Pflegebedarf stehen älter werdende Belegschaften und Personalabbau im Pflegebereich gegenüber, in dem Beschäftigte hohen beruflichen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind. Maßnahmen der BGF stellen eine Möglichkeit zur Verbesserung von Verhältnissen und Verhaltensweisen dar. Ziel dieses HTA im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information ist es, die Effektivität von Maßnahmen der BGF zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal unter medizinischen, ökonomischen, sozial-ethischen und juristischen Aspekten zu beurteilen.

**Material und Methoden:** In 32 Datenbanken wird eine systematische Literaturrecherche nach englisch- und deutschsprachigen Publikationen seit 1990 durchgeführt. Darüber hinaus erfolgt eine Internet-Recherche und Sichtung der Referenzlisten identifizierter Publikationen. Die Literaturliste wird entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien von zwei unabhängigen Gutachtern getroffen. Datenextraktion und Evidenztabelle werden von einem Zweitgutachter überprüft, wie auch die Bewertung des Verzerrungspotentials anhand des Risk of bias tool der Cochrane Collaboration.

**Ergebnisse:** Durch die Recherchen wurden elf Interventionsstudien und zwei systematische Übersichtsarbeiten identifiziert. In drei randomisierten kontrollierten Studien (RCT) und einer kontrollierten Studie ohne Randomisierung (CCT) wurden Maßnahmen zur Verbesserung der physischen Gesundheit untersucht, in vier RCT und zwei CCT Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und in einem RCT Maßnahmen zu physischer und psychischer Gesundheit. Die Dauer der Studien reichte von vier Wochen bis zu

zwei Jahren und die Anzahl eingeschlossener Teilnehmer von 20 bis 345, im Median 56. Interventionen und Studienpopulationen waren überwiegend heterogen. Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit führten in drei Studien hinsichtlich von Beschwerden sowie Kraft und Beweglichkeit zu Veränderungen mit statistisch signifikanten Gruppenunterschieden. Aktive Teilnehmer an Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit konnten mit statistisch signifikanten Gruppenunterschieden von einer geringeren Einnahme von Analgetika, besserem Umgang mit beruflich bedingtem Stress und Arbeitsbelastungen, einer verbesserten Kommunikationsfähigkeit und beruflicher Weiterbildung profitieren.

**Schlussfolgerung:** Die überwiegend kleinen bis sehr kleinen Populationen, ein hohes Verzerrungspotential und eine schlechte Berichtsqualität schränken die Aussagekraft der Studienergebnisse stark ein. Ein Vergleich der Resultate ist sowohl aufgrund der Heterogenität der Interventionsmaßnahmen und Studienpopulationen mit verschiedensten Spezialisierungen als auch infolge der unterschiedlich langen Studiendauern und Nachbeobachtungsphasen wenig sinnvoll.

Weitere Forschungsarbeiten mit größeren Stichproben, ausreichend langen Studiendauern und Nachbeobachtungsphasen, einem geringeren Verzerrungspotential durch Einhaltung relevanter Qualitätskriterien und mit einer besseren Berichtsqualität sind notwendig.

Bitte zitieren als: Buchberger B, Heymann R, Pomorin N, Friepörtner K, Huppertz H, Geer P, Wasem J. Health Technology Assessment (HTA) zur Effektivität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf114. DOI: 10.3205/11dkvf114, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1143  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf114.shtml>

115

### Heterogeneous effects of the 2004 health care reform

Helmut Farbmacher<sup>1</sup>, Peter Ihle<sup>2</sup>, Ingrid Schubert<sup>2</sup>, Joachim Winter<sup>1</sup>, Amelie Wuppermann<sup>3</sup>

<sup>1</sup>LMU München, München, Germany

<sup>2</sup>PMV forschungsguppe, Köln, Germany

<sup>3</sup>Universität Mainz, Mainz, Germany

**Background:** The health care reform of 2004 was intended to reduce moral hazard in the statutory health insurance through various financial incentives. An important element of the reform has been the introduction of a per-quarter fee for doctor visits. The second part of the reform has been an increase in prescription fees. Additionally, the reform has abolished the possibility to prescribe over the counter medications and the sickness funds no longer pay for eyeglasses and visual aids. The aim of the study is to explore the impact of the reform on changes in health care utilization, especially whether the percentage of patients seeing a doctor diminishes in 2004 compared to the years before and how the utilization pattern develops further on.

**Materials and methods:** Database: Statutory health insurance sample of the AOK Hesse/KV Hesse, allowing to reliably observe physician visits. Study population: roughly 250.000 insured individuals in each calendar quarter. Observation period: 2002 to 2005. The data includes information about the type of doctors visits (general practitioner; other specialists). This allows us to analyze whether the reform has had differential effects on these two types of doctor visits. Furthermore, the data set only includes few individuals who are generally exempt from copayments and could thus serve as a control group (e.g. the youths). We therefore revert to before-after comparisons to identify the effects of the reform. Our results thus rely on the assumption that in the absence of the reform changes in health care use would not have occurred or at least these changes are not considerably large. First, we compare the percentage of patients with any physician contact for each quarter of the observation period. Second, we develop a finite mixture bivariate Probit model to investigate whether the reform has had heterogeneous effects.

**Results:** The probability to visit any kind of doctor at least once within a quarter decreases by about 3 percentage points after the increase in copayments. Distinguishing the results between GP and specialist visits shows that the probability of at least one GP visit decreases slightly less than the probability of at least one specialist visit. Furthermore, we can distinguish two underlying groups: likely users who react less to the increase in copayments and less-likely users who show a strong reduction in the probability to visit a doctor.

**Conclusions:** The reform has had an effect on patients' behavior. But not all insured persons have an equal chance to avoid physician contacts as demonstrated with the two user groups. This result aligns with findings in the literature that the demand for health care is more elastic among low users of health care than among high users. Claims data are a valuable source for impact research, but further analysis should include socio-demographic information on the insured persons in order to gain a better picture on determinants of health care utilization behavior.

Please cite as: Farbmacher H, Ihle P, Schubert I, Winter J, Wuppermann A. Heterogeneous effects of the 2004 health care reform. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf115.  
DOI: 10.3205/11dkvf115, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1158  
Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf115.shtml>

116

### Hochpreisige Arzneimittel: Kausalitäten zwischen Markteinführung von Orphan Drugs und der Inanspruchnahme von Off-Label-Präparaten am Beispiel "Pulmonale arterielle Hypertonie"

Dirk Horenkamp-Sonntag, Susanne Ahrens, Roland Linder, Frank Verheyen  
WINEG, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Um die bei der Techniker Krankenkasse (TK) vorhandene Morbidität ihrer Versicherten zu vali-

dieren, erfolgt durch das WINEG standardmäßig ein Vergleich mit verschiedenen externen Datengrundlagen. In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass bei ausgewählten Krankheitsentitäten überproportionale Kostenzunahmen im Arzneimittelbereich aufgetreten sind. So konnte nachgewiesen werden, dass im Zeitraum 2006 bis 2009 Arzneimittelkostenanstiege von 42,8% bei der Grunderkrankung Mukoviszidose [1], [2] bzw. von 94,1% bei der Indikation pulmonale arterielle Hypertonie (PAH) [3], [4], [5] eingetreten sind.

**Material und Methoden:** Um herauszufinden, welche Faktoren zu überproportionalen Kostenzuwachsen geführt haben, wurde durch das WINEG eine systematische Kostentreiberanalyse für die beispielhafte Krankheitsentität PAH durchgeführt. Hierzu wurden innerhalb der TK-Datengrundlage Patientengruppen identifiziert, bei denen im Leistungsverlauf bestimmte Krankheits-Diagnosen und / oder medizinische Leistungsanspruchnahmen dokumentiert waren. Innerhalb dieses krankheitsspezifischen Versichertenkollektivs wurden detailliert Analysen des versichertenbezogenen Arzneimittelverbrauchs über den Zeitraum 2007–2010 durchgeführt und nach Wirkstoffen differenziert ausgewertet. Berücksichtigt wurden nicht nur PAH-Orphan Drugs (Tracleer, Volibris, Thelin, Revatio, Adcirca und Ventavis), sondern auch PAH-Off-Label-Use-Präparate (z.B. Viagra).

**Ergebnisse:** Bei TK-Versicherten, die zur Therapie der PAH entsprechende Arzneimittel beziehen und seit mindestens 2006 entsprechende Diagnosen im Leistungsverlauf haben (ambulante und /oder stationäre ICD I27, I50.0, J43 und /oder J44), gibt es einen Anstieg der Arzneimittelgesamtkosten pro Versichertem in Höhe von 169,4% von 2006 zu 2010. Dies resultiert in erster Linie aus einer Kombination von Preis- und Strukturkomponenten: Zunahme der Kosten je DDD um 69,9% insgesamt, hauptsächlich bedingt durch Revatio (+73,3%), Ventavis (+69,5%) und Tracleer (+40,7%). Die Mengenkomponekte spielt eine sekundäre Rolle: Zunahme der DDD pro Versichertem um 39,4% insgesamt, in erster Linie durch Tracleer (+173,4%) und Revatio (+209,6%).

Hinsichtlich der Off-Label-Use-Inanspruchnahme bei der medikamentösen Therapie der PAH fällt eine deutlicher Rückgang auf. In 2006 hatten 26,1% aller PAH-Versicherten mindestens ein Off-Label-Use-Präparat in Anspruch genommen, in 2010 lag der Anteil bei 9,5%.

**Schlussfolgerung:** Die Interpretation der Ergebnisse ist komplex, da sich ökonomische, medizinische und ordnungspolitische Effekte überlagern. Neben Änderungen infolge gesetzgeberischer Maßnahmen wie z.B. der Erhöhung der Mehrwertsteuer zum 01.01.2007 oder der Einführung des GBA-Zweitmeinungsverfahrens [6] bei besonderen Arzneimitteln zum 28.03.2009 sind wettbewerbliche Aktivitäten von Arzneimittelherstellern zu berücksichtigen. Davon zu trennen ist die epidemiologische Zunahme von Morbidität infolge des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts in Verbindung mit modifizierten Indikationsstellungen beim Einsatz von Arzneimitteltherapien. Trotzdem muss kritisch hinterfragt werden, warum für die seltene Erkrankung PAH mit einer externen Prävalenz von 1,5/100.000 [7] sechs Orphan-Drugs unterschiedlicher Arzneimittelhersteller im Zeitraum 2002–2009 zugelassen worden sind. Auffällig ist, dass im TK-Versichertenkollektiv die interne Prävalenz (8,4/100.000) um den Faktor 5,6

erhöht ist, was als Hinweis auf eine massive Indikationsausweitung interpretiert werden kann.

#### Literatur

1. Horenkamp-Sonntag, et al. Versorgung von Mukoviszidose-Patienten in Deutschland im Vergleich zu anderen EU-Ländern. Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) und der European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS), 21.-25.09.2010 in Berlin. (Abstract und Vortrag)
2. Horenkamp-Sonntag, et al. Versorgung von Patienten mit Cystischer Fibrose im europäischen Vergleich. 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), 05.-09.09.2010 in Mannheim. (Abstract und Vortrag)
3. Horenkamp-Sonntag, et al. Kostentreiberanalyse von Arzneimitteln bei ausgewählten chronischen Erkrankungen auf Basis von GKV-Routinedaten. Jahreskonferenz 2011 der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (DGGÖ), 21.-22.03.2011 in Bayreuth. (Abstract und Vortrag)
4. Horenkamp-Sonntag, et al. Systematische Analyse von ATC-Zuordnungsfehlern in GKV-Routinedaten und deren ökonomische Auswirkung auf Arzneimittelkostenanalysen. AGENS-Methodenworkshop, veranstaltet von der Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) in Kooperation mit der PMV-Forschungsgruppe und dem ZVFK-Zentrum für Versorgungsforschung Köln, 14.-15.04.2011 in Köln. (Abstract und Vortrag)
5. Linder, et al. Analysen des WINEG zu den Auswirkungen des G-BA-Zweitmeinungsverfahrens bei besonderen Arzneimitteln auf die Versorgung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie. 9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 5. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 30.09.-02.10.2010 in Bonn (Abstract und Poster)
6. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie in Anlage 13 / Verordnung besonderer Arzneimittel vom 22. Januar 2009: Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie)
7. Orphanet Berichtsreihe: Orphan Drugs Datenerhebung (Oktober 2010) und Seltene Krankheiten Datenerhebung (November 2010). Available from: [http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education\\_Home.php?lng=DE](http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_Home.php?lng=DE)

Bitte zitieren als: Horenkamp-Sonntag D, Ahrens S, Linder R, Verheyen F. Hochpreisige Arzneimittel: Kausalitäten zwischen Markteinführung von Orphan Drugs und der Inanspruchnahme von Off-Label-Präparaten am Beispiel "Pulmonale arterielle Hypertonie". In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf116.  
DOI: 10.3205/11dkvf116, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1167  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf116.shtml>

117

#### How to generate evidence for the clinical benefit of a diagnostic method

Werner Vach<sup>1</sup>, Poul Flemming Høilund-Carlsen<sup>2</sup>, Oke Gerke<sup>2</sup>, Wolfgang Weber<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Clinical Epidemiology, University Medical Center Freiburg, Freiburg, Germany

<sup>2</sup>Dept. of Nuclear Medicine, Odense University Hospital, Odense, Denmark

<sup>3</sup>Dept. of Nuclear Medicine, University Medical Center Freiburg, Freiburg, Germany

**Background:** Today diagnostic methods like PET/CT have to demonstrate not only their diagnostic accuracy, but also their clinical benefit [1]. However, there is a lack of consensus about how to approach this aim. [2].

**Materials and methods:** We review some basic approaches to demonstrate the clinical benefit of a new diagnostic method compared to a current standard procedure: accuracy studies, decision modeling, un-gated and gated RCTs, management studies and clinical registries. We discuss the basic problems, possibilities and limitations using some typical diagnostic scenarios:

Replacement of a current invasive procedure, improved accuracy of initial diagnosis, improved accuracy of staging – curative vs. palliative treatment and radiation vs. chemotherapy – response evaluation, and acceleration of decisions.

**Results:** Decision modeling suffers a first sight from the basic limitation that we need to assess the expected benefit in those subjects for whom the result of the new procedure differs from the result of the current standard. Such patients are rarely the exact population of a study, hence we are forced to work with analogies and generalizations often only allowing to determine some bounds on the benefit. On the other side, an improved diagnostic accuracy implies typically many more changes in the correct than in the incorrect direction, and hence even with conservative bounds we can often still demonstrate a benefit. RCTs can avoid these problems and can additionally take into account intended and unintended effects not directly related to improved diagnostic accuracy. However, as typically only a fraction of all patients will experience a change in the diagnostic decision, the impact on long term patient related outcomes is often small and hence these studies require large sample sizes.

**Conclusions:** We propose the following simple guideline for evaluation of the clinical benefit of a new diagnostic method: First it should be clarified whether there is a direct benefit from applying the new method, or an indirect benefit due to improved diagnosis implying better treatment and management decisions. In the first case, the second step is to demonstrate non-inferiority with respect to diagnostic accuracy. In the latter case, the second step should be to combine the available evidence on accuracy and on expected benefits due to improved management and treatment in a decision modeling to assess the expected overall benefit. Only if this does not allow definite conclusions, RCTs can and should be planned.

## References

- Schuenemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Bossuyt P, Chang S, Muti P, Jaeschke R, Guyatt GH. GRADE: assessing the quality of evidence for diagnostic recommendations. *Annals of Internal Medicine*. 2008;149(12):JC6-2.
- Tunis SR, Benner J, McClellan M. Comparative effectiveness research: Policy context, methods development and research infrastructure. *Statistics in Medicine*. 2010;2(19):1963-76.

Please cite as: Vach W, Hoiland-Carlsen PF, Gerke O, Weber W. How to generate evidence for the clinical benefit of a diagnostic method. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf117.

DOI: 10.3205/11dkvf117, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1171

Freely available from:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf117.shtml>

118

## Hyperhidrose – die fachärztliche Versorgung aus Sicht von Patient und Arzt

Christian Müller

Riemser Arzneimittel AG, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** Die Hyperhidrose ist definiert als ein Übermaß an Schwitzen, welches über das Erfordernis der Wärmeregulation hinausgeht. Hyperhidrose wird daher nicht anhand der Schweißmenge, sondern über die Fehlfunktion des Schwitzens definiert [1]. Sie hat einen erheblichen Einfluss auf das berufliche, körperliche, emotionale und soziale Leben der Betroffenen [2], [3]. Bislang fehlten jedoch Erhebungen zur Krankheitsqualität und zum Nutzen einer Arzneimitteltherapie bei Hyperhidrose aus Sicht von Patienten und behandelnden Ärzten in einer Studie. Ziel der Versorgungsanalyse war eine Evaluierung der fachärztlichen Hyperhidrose Versorgung durch Arzt und behandelten Patienten.

**Material und Methoden:** Die Versorgungsanalyse wurde via Mailing bei 4.400 Dermatologen und 6.000 Allgemeinärzten, Praktikern und Internisten (API) sowie in Fachzeitschriften der o.g. Fachrichtung in einer Gesamtauflage von 63.500 Beilegern angekündigt. Der Beobachtungszeitraum erstreckte sich von 1. Juli bis 31. Oktober 2010. 27 Ärzte und 96 Patienten wurden in die Auswertung aufgenommen. Ärzte und Patienten gaben Auskunft über die Dauer, die Hyperhidrosepatienten schon an der Erkrankung litten, bevor sie vorstellig wurden und wie lange sie bereits in Behandlung waren bzw. sie eine zufriedenstellende Therapie erhielten. Der behandelnde Arzt sollte Auskunft geben über die Einschränkung der Lebensqualität des Patienten je nach Lokalisation der Hyperhidrose, der Therapie-Compliance der Leitlinien basierten Therapieformen und der bisherigen Therapien der Patienten. Patienten wurden nach der Willingness-to-pay vor und nach der Therapie, einer genetischen Prädisposition, Comorbiditäten und dem Wissen zu ihrer Krankheit befragt. Der Patient Benefit Index (PBI) wurde ermittelt.

**Ergebnisse:** Eine positive Familienanamnese der befragten Hyperhidrotiker wurde, wie bereits in anderen Studien, mit ca. 40% ermittelt. Im Median litten Patienten zum Zeitpunkt der Befragung 60,0 Monaten (5,0 Jahre) unter Hyperhidrose. 71 der 96 Patienten gaben an, dass es im Median 12,0 Monate dauerte, bis die

Diagnose Hyperhidrose gestellt wurde (0,5–240 Monate). 65 der 96 Patienten gaben Auskunft, eine zufriedenstellende Therapie seit 4,0 Monaten [Median] (0,3–144 Monate) zu erhalten.

**Schlussfolgerung:** Die Ermittlung der Versorgungssituation von Patienten mit übermäßigem Schwitzen aus Sicht der Betroffenen und der behandelnden Ärzte wurde in dieser Studie erstmals in Deutschland durchgeführt. Dabei sei vor allem auf die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität Hyperhidrotiker aus der Perspektive des Arztes und der Bekanntheit der aktuellen AWMF-Leitlinie „Primäre Hyperhidrose“ hingewiesen.

Trotz der hohen Auflage der Fachzeitschriftenbeileger und des direkten Ansprechens der Fachärzte forderte nur ein geringer Teil die Fragebögen an und war bereit selbst die Fragen zu beantworten bzw. die Fragebögen an Patienten mit übermäßigem Schwitzen weiter zu geben. Dies lässt im derzeitigen Arbeitsalltag der Ärzte auf ein geringes Interesse an der Versorgungsforschung der Hyperhidrose schließen.

Um die Versorgungsforschung in dieser Indikation voranzubringen, sollten die Ermittlung der Prävalenz in Deutschland durchgeführt und ein Outcomes-Instrument zur umfassenden Beurteilung des individuellen Patientennutzens aus jeglichen Therapiealternativen entwickelt werden.

## Literatur

- Worle B, Rappich S, Heckmann M. Definition and treatment of primary hyperhidrosis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007 Jul;5(7):625-8.
- Lowe N, Campanati A, Bodokh I, Cliff S, Jaen P, Kreyden O, et al. The place of botulinum toxin type A in the treatment of focal hyperhidrosis. *Br J Dermatol*. 2004 Dec;151(6):1115-22.
- Strutton DR, Kowalski JW, Glaser DA, Stang PE. US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: results from a national survey. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Aug;51(2):241-8.

Bitte zitieren als: Müller C. Hyperhidrose – die fachärztliche Versorgung aus Sicht von Patient und Arzt. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf118. DOI: 10.3205/11dkvf118, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1185

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf118.shtml>

119

## Illegale Arzneimittelimporte nach Deutschland. Auswertung von Routinedaten aus der örtlichen Arzneimittelüberwachung Nordrhein-Westfalen

Jan Giersdorf, Udo Puteanus

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, Deutschland

**Hintergrund:** Seit einigen Jahren hat der illegale Import von Arzneimitteln zugenommen. Durch mediale Aufbereitung erreichen illegal importierte Arzneimittel inzwischen einen großen Diskussionskreis. Spektakuläre Einzelerfolge von Zoll- und Kriminalbehörden geben einen Eindruck, welche Arzneimittel bevorzugt von Dealern umgeschlagen werden. Die örtliche Arzneimittelüberwachung in Nordrhein-Westfalen arbeitet in

einigen Städten und Kreisen eng mit den Zollbehörden zusammen und begutachtet eingeführte Produkte im Auftrag dieser Behörden. Dabei werden hauptsächlich die (versuchten) Importe von Privatpersonen erfasst, die häufig nur für den eigenen Gebrauch per Internet im Ausland einkaufen oder von einer Auslandsreise dort gekaufte Arzneimittel einführen möchten.

**Material und Methoden:** Die stichprobenartig von Zollbehörden gezogenen Produkte werden von der örtlichen Arzneimittelüberwachung begutachtet. Die Daten der Begutachtung werden zentral im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LI-GA.NRW) gesammelt und ausgewertet. Für die vorliegende Auswertung lagen die Daten aus den Jahren 2005 bis 2009 zugrunde. Insgesamt wurden in diesen fünf Jahren knapp 11.000 Vorgänge ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Daten zeigen, dass die Importe hauptsächlich aus den sechs Ländern USA, Russland, Türkei, Thailand, Indien und China kommen. Lifestyle-Produkte spielen eine große Rolle, wobei Kontrazeptiva und Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (in der Szene auch als Potenzmittel angewendet) davon am häufigsten eingeführt werden. Einwanderer aus Russland und aus den übrigen ehemaligen Staaten der Sowjetunion führen häufig ihnen bekannte Medikamente aus ihren Heimatregionen ein. Es lassen sich auch Trends erkennen, aus welchen Ländern Arzneimittel zu gewerblichen Zwecken oder zum rein persönlichen Gebrauch importiert werden sollen.

**Schlussfolgerung:** Durch die kontinuierliche Erfassung und Auswertung der illegalen Arzneimittelimporte lassen sich inzwischen stabile Trends herausarbeiten, die Aussagen über das illegale Importgeschehen von Verbrauchern ermöglichen. Vor allem der Import verschreibungspflichtiger Arzneimittel birgt gesundheitliche Risiken für die Anwender. Auf der Grundlage der Daten lassen sich Gefahrenquellen herausfiltern, auf die durch Aufklärungsarbeit hingewiesen wird.

Bitte zitieren als: Giersdorf J, Puteanus U. Illegale Arzneimittelimporte nach Deutschland. Auswertung von Routinedaten aus der örtlichen Arzneimittelüberwachung Nordrhein-Westfalen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf119. DOI: 10.3205/11dkvf119, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1198

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf119.shtml>

120

### Impfung gegen die humanen Papillomviren (HPV) – Eine Analyse von Verwaltungsdaten Privatversicherter

Frank Wild  
WIP, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Seit September 2006 ist in Deutschland ein Impfstoff gegen die humanen Papillomviren (HPV) zugelassen. Die Impfung bietet einen Schutz gegen bestimmte HPV-Typen, die für die Mehrzahl der durch HPV verursachten Zervixkarzinome verantwortlich sind. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die HPV-Impfung seit März 2007 für alle Mädchen vom 12. bis 17. Lebensjahrs. Laut Studienlage sollte eine Impfung möglichst vor dem ersten sexuellen Kontakt

erfolgen, als primäre Zielgruppe gelten die 12- bis 13-jährigen Mädchen.

**Material und Methoden:** Aufgrund eines fehlenden Impfregeisters wird der Impfstatus der Bevölkerung in Deutschland nicht vollständig erfasst. Damit muss indirekt auf die Durchimpfungsquote geschlossen werden. Dies geschieht hier für Privatversicherte anhand einer Auswertung von Arzneimittelverordnungsdaten aus den Jahren 2006–2009. Grundlage sind die Daten von vier PKV-Unternehmen, bei denen zusammen knapp 80.000 Frauen im – für die HPV-Impfung relevanten Alter – von 9 bis 26 Jahren versichert sind.

**Ergebnisse:** Nach anfänglich hohen Impffzahlen sind deutlich sinkende Impfraten zu verzeichnen. Auf den von der STIKO empfohlenen Altersbereich entfallen je nach Untersuchungszeitraum zwischen 64,7% bis 74,3% aller Impfungen. Bemerkenswert ist, dass die meisten Impfungen bei den 17-Jährigen vorgenommen werden. Auf die 12- bis 13-Jährigen entfallen dagegen nur 10,1% bis 12,4% der Impfungen. Während etwas mehr als ein Drittel aller Mädchen des Geburtsjahrganges 1991 einen HPV-Impfschutz vorweisen können, sind es vom 1994er Jahrgang nur ein Fünftel und vom 1995er Jahrgang weniger als ein Sechstel.

**Schlussfolgerung:** Im internationalen Vergleich ist die Durchimpfungsrate eher niedrig. Allerdings wird in einer Reihe anderer Länder (Großbritannien, Australien, Spanien) die HPV-Impfung im Rahmen von Schulimpfprogrammen vorgenommen. Das Impfalter ist in Deutschland im Vergleich zu Ländern mit schulbasierten Impfsystemen hoch. In einem Impfsystem, wie in Deutschland, welches auf Freiwilligkeit und auf Nachfrage basiert, ist eine hohe Akzeptanz sowohl bei den Eltern als auch bei den Ärzten notwendig. Bezüglich der Versorgungsqualität wäre vor allem eine höhere Impfquote bei den unter 13-Jährigen anzustreben.

Bitte zitieren als: Wild F. Impfung gegen die humanen Papillomviren (HPV) – Eine Analyse von Verwaltungsdaten Privatversicherter. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf120. DOI: 10.3205/11dkvf120, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1203

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf120.shtml>

121

### Implementation of the German PIM list in a large-scale quality circle program in Baden-Wuerttemberg

Petra Kaufmann-Kolle<sup>1</sup>, Tonia Kazmaier<sup>1</sup>, Kirstin Neidhart<sup>1</sup>, Petra Bludau-Mysegades<sup>1</sup>, Erik Bauer<sup>1</sup>, Joachim Szecsenyi<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen, Germany  
<sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg, Germany

**Background:** In cooperation with the Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG), the MEDIVERBUND and the participating general practitioners (GPs) the AOK Baden-Wuerttemberg offers as a sickness fund in line with its statutory obligation on the basis of § 73 b SGB V the insured persons the opportunity to participate in the doctor-centered care. Such a consistent and continuous management by the general practitioner is

supposed to guarantee a high quality and efficient care of the insured. Participating in data-based quality circles managed by the AQUA-Institute GPs are supported in meeting their personal quality requirements.

**Materials and methods:** The intervention comprises 315 quality circles with about 3,500 GPs including feedback on prescribing patterns and a series of quarterly sessions in which the feedback reports, guidelines on appropriate prescribing were discussed as well as best practices exchanged in order to reflect prescription routines and improve patient care. Each feedback and each quality circle session, respectively, focuses on a different category of drugs (antibiotics, antidiabetic or antihypertensive drugs etc.) Drugs considered to have an increased risk of adverse drug events are classified as potentially inappropriate medication (PIM). The department of P. Thuermann developed a PIM list for elderly especially for use in Germany. Immediately after the publication one quality circle session dealt with the PIM list.

**Results:** There were mixed reactions to the first German PIM list in the quality circles. While the recommendations were considered by some GPs to be very helpful, others found them difficult to implement in daily practice. Main criticism was the currently missing validation of the German PIM list. At present time, the effect of the intervention cannot be conclusively assessed but will be subject of later evaluation.

**Conclusions:** The implementation of the current best available evidence in the daily routine of general practice is a major challenge. A number of approaches with varying degrees of success has been described in literature. Particularly promising are multifaceted interventions. Quality circles with structured feedback improve demonstrably the prescription behavior. However, it is expected that a single session can serve to raise awareness of the subject, but cannot initiate a sustainable change. It is therefore important to focus again on this theme after some time and after validation of the German PIM list.

Please cite as: Kaufmann-Kolle P, Kazmaier T, Neidhart K, Bludau-Mysegades P, Bauer E, Szecsenyi J. Implementation of the German PIM list in a large-scale quality circle program in Baden-Wuerttemberg. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf121. DOI: 10.3205/11dkvf121, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1212  
Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf121.shtml>

122

## Inanspruchnahme von Komplementärmedizin standardisiert erheben – ein internationaler Fragebogen

Corina Güthlin<sup>1</sup>, Meike Lo Re<sup>1</sup>, Ferdinand M. Gerlach<sup>1</sup>, Stefan Schmidt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Umweltmedizin, Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** Komplementär-/Alternativmedizin erfreut sich zunehmender Beliebtheit, ebenso die Erfassung der Inanspruchnahme. Hierbei fällt auf, dass Inanspruchnahmeraten von Studie zu Studie stark schwanken. Dies ist nicht nur mit der Untersuchung

verschiedenster Populationen (z.B. an Krebs Erkrankte, Normalbevölkerung [1], [2] sowie länderspezifischen Unterschieden zu erklären, sondern auch mit der Wahl unterschiedlicher Erhebungsinstrumente. Meist handelt es sich um selbst konzipierte Fragebögen, die nicht von psychometrisch geschulten Experten entworfen worden sind und weder Zeiträume noch Modalitäten der Komplementärmedizin einheitlich erfassen. Der englischsprachige I-CAM-Q ist ein diesbezüglich standardisierter Fragebogen eines internationalen Konsortiums[3], der von uns ins Deutsche übertragen und validiert wurde. Er wird derzeit in vier weitere Sprachen übersetzt und es kann somit eine standardisierte Erfassung über Sprachgrenzen hinweg gewährleistet werden.

**Material und Methoden:** Zunächst wurde eine Übersetzung durch Englisch- und Deutschsprachige mit Vorwärts-, Rückwärtsübersetzung und Adaptation vorgenommen. Dann wurde eine vorläufige Version mit kognitiven Prätests pilotiert und eine daraus entstandene Version in zwei Stichproben validiert.

### Ergebnisse: Der Fragebogen

Der ins Deutsche übersetzte Fragebogen umfasst vier Seiten, auf denen jeweils eine Liste komplementärmedizinischer Methoden abgefragt wird. Die erste Seite erfragt, von welchen Anbietern die Befragten im letzten Jahr behandelt wurden (z.B. Arzt/Ärztin für Naturheilverfahren, Hausarzt/ärztin), während auf der zweiten Seite explizit nach Behandlungsverfahren gefragt wird, die Befragte von Ärzten erhielten (z.B. Akupunktur, Homöopathie). Auf den folgenden Seiten lassen sich komplementärmedizinische Produkte eintragen sowie aus einer Liste Selbsthilfemaßnahmen auswählen (z.B. Yoga).

**Schlussfolgerung:** Mit dem deutschen Fragebogen für Komplementärmedizin liegt zur Konferenz ein validierter Fragebogen vor (Publikation in Vorbereitung), mit dem sich Komplementärmedizin in allen Facetten (Behandler, Methoden, Produkte, Selbsthilfetechniken) standardisiert erfassen lässt. So kann nicht nur in deutschsprachigen Ländern eine einheitliche Erfassung garantiert werden, sondern auch internationale Vergleiche werden möglich.

### Literatur

1. Härtel U, Volger E. Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. *Forsch Komplementmed.* 2004;11(6):327–34.
2. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Panteli V, Margulies A et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer Patients: a European survey. *Ann Oncol.* 2005;16:655–63.
3. Quandt SA, Verhoef MJ, Arcury TA, Lewith GT, Steinsbekk A, Kristoffersen AE et al. Development of an international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-Q). *J Altern Complement Med.* 2009;15(4):331–9.

Bitte zitieren als: Güthlin C, Lo Re M, Gerlach FM, Schmidt S. Inanspruchnahme von Komplementärmedizin standardisiert erheben – ein internationaler Fragebogen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf122. DOI: 10.3205/11dkvf122, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1228  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf122.shtml>

123

## Inanspruchnahme, Bedarf und Budget Impact bei neuen und alten Arzneimitteln

Holger Bleß

IGES Institut GmbH, Berlin, Deutschland

Im Unterschied zur Vergütung in der stationären und ambulanten Versorgung sowie zum Ausgleich von Finanzmitteln zwischen den Krankenversicherungen wurde im Bereich der Arzneimitteltherapie bislang keine demographische bzw. risikoadjustierte Ermittlung des Bedarfs von Populationen vorgenommen. Vielfach unterblieb dies mit dem Hinweis, dass die epidemiologische Datenlage in Deutschland nicht ausreichend sei, obwohl verschiedentlich gezeigt worden war, dass zumindest für wichtige Segmente des Versorgungsspektrums eine Bedarfsermittlung mit hinreichender Genauigkeit möglich ist. Durch das AMNOG ist nunmehr verpflichtend geregelt, dass jedes Dossier die präzise Ermittlung des Bedarfs beinhaltet. Einer populationsbezogenen Ermittlung des Arzneimittelbedarfs steht nunmehr nichts im Wege.

Bitte zitieren als: Bleß H. Inanspruchnahme, Bedarf und Budget Impact bei neuen und alten Arzneimitteln. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf123.

DOI: 10.3205/11dkvf123, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1231

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf123.shtml>

124

## Indikatoren der Versorgung des Bluthochdrucks in einer Kohorte von 10.271 Beschäftigten

Ines Schäfer<sup>1</sup>, Sebastian Debus<sup>2</sup>, Hagen Heigel<sup>3</sup>, Marc Radtke<sup>1</sup>, Matthias Augustin<sup>4</sup><sup>1</sup>CVderm, UKE, Hamburg, Deutschland<sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, UKE, Hamburg, Deutschland<sup>3</sup>heigel.com, Hanstedt, Deutschland<sup>4</sup>CVerm, UKE, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Hypertonie ist ein bedeutender Risikofaktor für Morbidität und Mortalität zerebro- und kardiovaskulärer Erkrankungen und eine der häufigsten Diagnosen in der ärztlichen Praxis. Trotz wirksamer medikamentöser Therapiemöglichkeiten wurde bzw. wird eine ausreichende Senkung des Blutdrucks bei vielen Patienten noch nicht erreicht. Allerdings scheinen aktuelle Daten darauf hinzuweisen, dass sich die Versorgung der Hypertoniker in den letzten Jahren verbessert hat. Studienziel war die Ermittlung von Merkmalen der Versorgung von Personen mit Bluthochdruck in einer umfangreichen Beschäftigtenpopulation.

**Material und Methoden:** Es wurde eine Sekundärdatenanalyse auf der Basis von betrieblichen Herz-Kreislauf-Screenings durchgeführt. Die Screening-Untersuchungen fanden von 2008-2010 deutschlandweit in 80 Betrieben unterschiedlicher Branchen statt. Auftraggeber waren u.a. betriebsärztliche Dienste oder Betriebskrankenkassen. Die Datenerhebung erfolgte computergestützt und standardisiert in Form von Be-

fragungen, klinischen und gerätegestützten Untersuchungen durch ein geschultes und ärztlich supervidiertes Untersuchungsteam. Die Einteilung und Bewertung der gemessenen Blutdruckwerte in die Klassen der milden, mittleren und schweren Hypertonie folgt der WHO-Klassifikation. Entsprechend wurde bei einer dichotomen Stratifizierung ab einem systolischen Wert von  $\geq 140$  mm Hg oder einem diastolischen Wert von  $\geq 90$  mm Hg von einem Bluthochdruck ausgegangen.

**Ergebnisse:** Für die Auswertung standen die Daten von 10.271 Beschäftigten (42,9% weiblich) im Alter von 16-92 Jahren (MW  $47,4 \pm 13,1$  Jahre) zur Verfügung. 588 Studienteilnehmer (5,7%) waren älter als 70 Jahre.

Der mittlere systolische Blutdruck lag bei  $135$  mm Hg ( $\pm 19,6$ ) der mittlere diastolische Wert bei  $82,5$  mm Hg ( $\pm 10,9$ ). Bei 41% wurde ein Bluthochdruck ( $> 140/90$  mm Hg) festgestellt. Nach der WHO-Klassifikation litten 27,6% unter mildem, 10,0% unter mittelschwerem und 3,3% unter schwerem Bluthochdruck. Im Interview gaben insgesamt 21,9% der Befragten an, Bluthochdruck zu haben, 19,1% blutdrucksenkende Medikamente zu nehmen. Unter den Personen, bei denen ein Bluthochdruck gemessen wurde, betrug die Einnahmeprevalenz von Blutdrucksenkern 30,4%. Wurde zusätzlich zu den gemessenen Werten die Eigenangabe zum Vorliegen eines Bluthochdrucks berücksichtigt, zeigte sich, dass 27,9% aller Personen, die Angaben unter Hypertonie zu leiden, Blutdrucksenker einnahmen und bei der Messung keinen erhöhten Blutdruck aufwiesen (Indikator „Gut-Versorgte“). 13,6% derer, die Angaben unter Hypertonie zu leiden und bei der Messung auch einen erhöhten Blutdruck aufwiesen, nahmen keine blutdrucksenkenden Medikamente ein (Indikator „Versorgungsmangel“).

**Schlussfolgerung:** Der hier identifizierte Anteil der bekannten, behandelten und kontrollierten Hypertoniker von 28% entspricht dem in anderen Bevölkerungsbezogenen Studien ermittelten Prozentsatz (30% in der KORA-Studie). Die Studienergebnisse sprechen für den Nutzen einer wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung umfangreicher Herz-Kreislaufscreenings, die für die Planung der medizinischen Versorgung sowie für die Identifizierung von Risikogruppen herangezogen werden kann.

Bitte zitieren als: Schäfer I, Debus S, Heigel H, Radtke M, Augustin M. Indikatoren der Versorgung des Bluthochdrucks in einer Kohorte von 10.271 Beschäftigten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf124.

DOI: 10.3205/11dkvf124, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1241

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf124.shtml>

125

## Individualisierte Medizin und gesundheitliche Eigenverantwortung

Martin Langanke<sup>1</sup>, Tobias Fischer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität Greiswald, Theologische Fakultät, Greifswald, Deutschland

<sup>2</sup>Universität Greifswald, Department für Ethik in den Lebenswissenschaften, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** Von verschiedenen Seiten wird der Individualisierten Medizin (IM) das Potential zugeschrieben, ein neues Zeitalter gesundheitlicher Eigenverantwortung einläuten.

**Material und Methoden:** In unserem Vortrag werden wir mit den Mitteln der Begriffs- und Argumentationsanalyse aufzeigen, dass und warum dieser angebliche Konnex zwischen IM und gesundheitlicher Eigenverantwortung weit weniger plausibel und selbstverständlich ist, als man dies auf den ersten Blick vermuten könnte. Dieser Konnex besteht nämlich nur, wenn einerseits die IM bestimmte Leistungsversprechen wird einlösen können und wenn andererseits auf der gesundheitspolitischen Ebene Entscheidungen getroffen werden, die in keinsten Weise schon durch die IM selbst vorgegeben sind.

**Ergebnisse:** Bei einer genaueren Analyse zeigt sich insbesondere, dass die Vision einer neuen Kultur gesundheitlicher Eigenverantwortung im Zeichen der IM nur dann Wirklichkeit werden kann, wenn gesundheitspolitische Vorstellungen umgesetzt werden, die nicht allein hinsichtlich ihrer politischen Durchsetzbarkeit, sondern auch mit Blick auf ihre genuin ethische Wünschbarkeit kritisch zu sehen sind. Besonders strittig dürften dabei die mit folgenden Fragen umrissenen Themenfelder sein:

1. Verpflichtende Screenings?
2. Kontrolle der Umsetzung medizinisch gebotener Empfehlungen hinsichtlich des Lebensstil und/oder des Gesundheitsverhaltens?
3. Implementierung von Sanktionen in Form von Selbstbeteiligungsregelungen?
4. Gestaltung eines praktikablen und nicht willkürlichen Allokationsmechanismus?

**Schlussfolgerung:** Wenn aber die Antworten auf diese Fragen nicht aus der IM selbst kommen können, sondern Ihre Beantwortung wesentlich auf einer normativen Diskursebene wie der politischen erfolgen muss, dann lässt sich die These vertreten, dass diejenigen, die einen radikalen Umbau des solidarisch finanzierten Gesundheitswesens auch auf den mit diesen Fragen bezeichneten Handlungsfeldern planen, sich nicht hinter der IM „verstecken“ können. Die IM als fachwissenschaftliches Vorhaben zwingt niemanden, sanktionsbewährte Elemente der Eigenverantwortung in unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem zu integrieren. Bestehende politische Handlungsspielräume im Hinblick darauf, wie unser Gesundheitssystem künftig aussehen soll, können nicht mit Argumenten, die die Kluft zwischen Sein und Sollen in unzulässiger Weise verwischen oder überspringen, kleingeredet werden – auch nicht unter dem Schlagwort der „Individualisierten Medizin“.

Bitte zitieren als: Langanke M, Fischer T. Individualisierte Medizin und gesundheitliche Eigenverantwortung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf125.

DOI: 10.3205/11dkvf125, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1254

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf125.shtml>

126

## Individualisierte Therapie beim Schwerverletzten

R. Lefering, S. Peiniger, S. Steinhausen

Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM), Universität Witten/Herdecke, Campus Köln-Merheim, Köln, Deutschland

Schwerverletzte Patienten stellen ein sehr heterogenes Patientenkollektiv dar, sowohl im Hinblick auf die erlittenen Verletzungen als auch bezüglich der betroffenen Personen. Während sich die Akuttherapie individuell nach den Verletzungen richtet, basiert die Nachsorge sowohl auf den verbliebenen Funktionseinschränkungen als auch auf den persönlichen Wünschen und Vorstellungen der Patienten. Der Begriff der Lebensqualität spielt hier eine zentrale Rolle. Ziel der geplanten Studie ist die Einführung einer Lebensqualitätsmessung in die Routine-Nachsorge von Unfallpatienten, um so den individuellen Erfordernissen der Patienten besser Rechnung zu tragen.

In der geplanten Studie sollen bei allen Patienten ab einer bestimmten Verletzungsschwere routinemäßig 3 Monate nach Entlassung eine Erhebung der aktuellen Lebensqualität erfolgen. Dazu wird ein speziell für Unfallpatienten entwickeltes und validiertes Instrument eingesetzt, die POLO-Chart. Bei einer zweiten Erhebung 6 Monate später wird der Status erneut erhoben, um Veränderungen zu identifizieren. Es kommt dabei eine Computer-Version des POLO Chart zum Einsatz, die direkt eine Auswertung der Fragen durchführt.

Während die Patienten in der ersten Studienphase keine Informationen zum LQ-Status erhalten, soll ihnen dieser in der zweiten Studienphase erläutert und auf auffällige Defizite hingewiesen werden. Zudem werden für erkannte Defizite auch Angebote und Hilfseinrichtungen benannt, an die sich der Patient wenden kann.

Ziel der Untersuchung ist es zu prüfen, ob eine routinemäßige Untersuchung der Lebensqualität nach Unfällen (1) von den Patienten akzeptiert wird, (2) einen Effekt zeigt insbesondere im Hinblick auf eine Reduzierung auffälliger Bereiche, und (3) bei welchen Patienten diese Effekte besonders ausgeprägt sind. Bei entsprechenden Ergebnissen bietet sich die Routine-Erhebung der Lebensqualität als ein effektives Instrument zur individualisierten Therapie von Unfallopfern insbesondere in der post-stationären Phase an.

In Kooperation mit dem IZVF (Interdisziplinäres Zentrum für Versorgungsforschung) der UW/H.

Bitte zitieren als: Lefering R, Peiniger S, Steinhausen S. Individualisierte Therapie beim Schwerverletzten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf126.  
DOI: 10.3205/11dkvf126, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1262  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf126.shtml>

127

## Individualisierte Versorgungsempfehlungen für Patienten und Patientinnen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen – Erprobung eines proaktiven Versorgungskonzeptes

Angelika Hüppe<sup>1</sup>, Jana Langbrandtner<sup>2</sup>, Heiner Raspe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

<sup>2</sup>Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin an der Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

**Hintergrund:** Patientinnen und Patienten mit Morbus Crohn (MC) oder Colitis ulcerosa (CU) müssen sich im Verlauf der chronischen Erkrankung mit verschiedensten körperlichen, psychischen und sozialen Problemen auseinandersetzen [1]. Manche Problembereiche entziehen sich dabei leicht der spontanen ärztlichen Wahrnehmung. Im Jahr 2009 veröffentlichte Versorgungspfade (VP) [2] empfehlen für den ambulanten Versorgungssektor die regelmäßige Durchführung eines fragebogengestützten Problemscreenings („Assessment“). Für aktive Problemfelder werden aussichtsreiche Behandlungen, Beratungen, Schulungen oder Programme vorgeschlagen („Assignment“). Dabei sind in der Regel Angehörige verschiedener Disziplinen gefragt. Um die Umsetzung der Empfehlungen aus den VP für eine wohnortnahe, inter- und multidisziplinäre Versorgung zu erproben, wurde im Rahmen eines Pilotprojektes in einer Region in Schleswig-Holstein ein Versorgungsnetzwerk für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen aufgebaut. Anfang 2010 wurden 114 ärztliche und 59 nichtärztliche Behandler für die Netzwerk-Idee gewonnen.

**Material und Methoden:** Zur Prüfung der Machbarkeit des Problemscreenings kam ein 14seitiger Selbstausfüllfragebogen für Betroffene (ab 18 Jahre, MC o. CU Diagnose) zum Einsatz (04–06/2010). 22 Problemfelder wurden zweimal im Abstand von 6 Monaten erfasst. Der Bogen wurde über Arztpraxen des Netzwerkes sowie zusätzlich über die Selbsthilfeorganisation DCCV sowie die Presse ausgegeben. Nach Auswertung am Institut für Sozialmedizin erhielten die Teilnehmenden eine schriftliche Rückmeldung ihres individuellen Problemprofils mit Behandlungsempfehlungen nach den VP. Alle erhielten zusätzlich ein Verzeichnis der Netzwerker sowie eine laienverständliche Kurzfassung der VP. Zeitgleich wurden in 2 Kontrollregionen (Minden, Herne) Vergleichsgruppen über Arztpraxen rekrutiert, eine Rückmeldung der Problemprofile erfolgte hier erst zum 2. Erhebungszeitpunkt.

**Ergebnisse:** Für die Modellregion lagen 287 Fragebögen vor (151 über Arztpraxen, 109 DCCV, 27 Presse), 254 nahmen auch an der 2. Befragung teil (Dropout 11.5%). Für die Vergleichsgruppe konnten 190 Betroffene gewonnen werden, von diesen antworteten nach 6

Monaten 177 (Dropout 6,8%). Die Gesamtstichprobe ist im Mittel 46 Jahre alt, 61% sind Frauen, 51% haben MC, mittlere Erkrankungsdauer 14 Jahre, 61% sind erwerbstätig.

Es zeigt sich in beiden Gruppen zu beiden Messzeitpunkten eine vielfältige Problemlast von im Durchschnitt 3 Problemfeldern. Etwa jeder Fünfte weist kein „aktives“ Problemfeld auf, jeder Zehnte kommt auf neun und mehr Problemfelder. Am häufigsten berichtet werden gefährdete Teilhabe am Arbeitsleben (34%), beeinträchtigte Sexualität (26%), anhaltende Stressbelastung (26%), erhöhte Depressivität (21%).

82% der Teilnehmer in der Modellregion bewerten das Vorgehen als (sehr) gut, 89% würden es anderen weiterempfehlen. 50% gaben an, alle/einige der erhaltenen Empfehlungen umgesetzt zu haben. 15% besprachen die Auswertungsergebnisse mit ihrem Arzt. Für Teilnehmende der Modellregion finden sich Hinweise auf eine verbesserte soziale Teilhabe (IMET) [3].

**Schlussfolgerung:** Die „maßgeschneiderten“ Informationen zu individuellen Problemen und Risiken scheinen Betroffenen nach den Ergebnissen der Machbarkeitsstudie helfen zu können, sich aktiv(er) in ihre Behandlung einzuschalten. Ob dadurch auch eine günstigere Entwicklung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann, wird aktuell in einer bundesweiten randomisierten kontrollierten Studie mit GKV-Versicherten überprüft.

### Literatur

1. Hardt J, Muche-Borowski C, Conrad S, Balzer K, Bokemeyer B, Raspe H. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen als multifokale Erkrankungen: Körperliche und psychosoziale Probleme von Patienten mit CED. Ergebnisse eines Fragebogen-Surveys. *Z f Gastroenterol.* 2010; 47:381-391.

2. Raspe H, Conrad S, Muche-Borowski C. Evidenzbasierte und interdisziplinär konsentrierte Versorgungspfade für Patientinnen/Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa. *Z Gastroenterol.* 2009; 47: 541-562.
3. Deck R, Mittag O, Hüppe A, Muche-Borowski C, Raspe H. Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation.* 2007; 76:113-12.

Bitte zitieren als: Hüppe A, Langbrandtner J, Raspe H. Individualisierte Versorgungsempfehlungen für Patienten und Patientinnen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen – Erprobung eines proaktiven Versorgungskonzeptes. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf127. DOI: 10.3205/11dkvf127, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1276  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf127.shtml>

## 128

### Infektionen mit multiresistenten Erregern: Prävalenz- und Kostenanalysen auf Basis von GKV-Routinedaten

Roland Linder<sup>1</sup>, Dirk Horenkamp-Sonntag<sup>1</sup>, Ingo Pfenning<sup>2</sup>, Frank Verheyen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>WINEG, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>TK, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Multiresistente Erreger (MRE) stellen im Hinblick auf steigende Prävalenzen eine ernste Bedrohung dar. Vor diesem Hintergrund hat das WINEG analysiert, ob und inwieweit sich die GKV-Routinedaten der Techniker Krankenkasse zur Prävalenzbestimmung und Prädiktion der Kostenentwicklung eignen.

**Material und Methoden:** Untersucht wurden die stationären Abrechnungsdaten aller TK-Versicherten in den Jahren 2006–2010, Aufgreifkriterium waren der OPS-Code 8-987\* (Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit MRE) sowie die ICD-Codes U80.-I (Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen) und U81I (Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika). Die so ermittelte (Sekundärdaten-) Prävalenz wurde mit der für die Versicherten der TK hochgerechneten (Primärdaten-) Prävalenz von MRE verglichen, wie sie vom Nationalen Referenzzentrum (NRZ) angegeben wird [1].

Hinsichtlich der Kostenbetrachtung wurden stationäre Kosten, ambulante Behandlungen (EBM-Punkte x Orientierungswert) sowie die Inanspruchnahme von Arzneimitteln betrachtet. Ausgewertet wurden zum einen absolute Kosten, zum anderen Mehrkosten gegenüber einer Vergleichsgruppe (Matching nach Basis-DRG und Lebensalterdekaden, Annuisierung für unterjährig Versicherte, Winsorisierung).

**Ergebnisse:** Im Gegensatz zum ambulanten Bereich wurden MRE im Krankenhaus als ICD-Diagnosen nur in Einzelfällen dokumentiert (17 Diagnosen in 5 Jahren). Im selben Zeitraum wurden 13.121 OPS-Codes 8-987.\* dokumentiert, d.h. 520 Versicherte mit MRE pro 100.000 Versicherten in 2010. Dies entspricht etwa 1/3 der vom NRZ geschätzten Prävalenz.

Mehrkosten entstehen ganz überwiegend im stationären Bereich (DRG mit höherem ökonomischen Schweregrad, lange Verweildauern, Rehospitalisierungen), weniger ausgeprägt bei den Arzneimitteln. Insgesamt

betragen die mittleren inkrementellen Kosten für Versicherte mit MRE 20.525 € in 2009. Entsprechend der Größe eines Prävalenz-Korrekturfaktors im Intervall von 1 bis 3 werden die Mehrkosten durch MRE für die TK bis 2015 auf 144 Mio. – 432 Mio. € jährlich ansteigen. Dabei handelt es sich hinsichtlich der Prävalenz zwar um ein Problem vorwiegend der älteren und immungeschwächten Patienten, in Bezug auf die Mehrkosten zeigen jüngere Menschen jedoch eine weit höhere Leistungsanspruchnahme.

**Schlussfolgerung:** Als Gründe für die vermutete Nicht-Dokumentation von MRE im Krankenhaus kommen die Vermeidung von Stigmatisierung, vor allem jedoch Fehlanreize in der bestehenden DRG-Systematik in Betracht [2]. Ende Februar hat die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) dem DIMDI einen separaten Code für den Methicillinresistenten *Staphylococcus aureus* mit Unterscheidung des Erwerbs des Erregers vor oder während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes vorgeschlagen. Sollte dies mit einer Korrektur des DRG-Systems einhergehen, ist die Eignung von Routinedaten zur Inzidenzbestimmung nosokomialer Infektionen als Qualitätsindikator zu prüfen, nicht zuletzt im Rahmen selektivvertraglicher Regelungen.

Alle bisherigen Kostenbetrachtungen wurden aus Krankenhaussicht erstellt [3], so dass die Krankenkassenperspektive bislang nicht berücksichtigt wurde. Während dem Krankenhaus pro Behandlung ein Minus in Höhe von knapp 6000 € entsteht [4], kommen auf die Krankenkassen weit höhere Kosten mit steigender Tendenz zu. Sollte das neue Hygienegesetz nicht greifen, droht die MRE-Thematik neben allem menschlichen Leid zu einem gesellschaftspolitischen Problem zu werden.

### Literatur

- Gastmeier P, Behnke M, Schwab F, Geffers C. Das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) - aktueller Stand. *Das Krankenhaus.* 2010;7:645-648.
- Linder R, Horenkamp-Sonntag D, Pfenning I, Verheyen F. Quantifizierung stationärer Patientenfallzahlen mit nicht-dokumentierter Infektion multiresistenter Erreger. AGENS-Methodenworkshop der Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) am 14.-15.04.2011 in Köln. Available from: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/339556/Da/tei/53777/Nicht-Dokumentation-MRE-Infektionen.pdf>
- Korczak D, Schöffmann C. Medizinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität von Präventions- und Kontrollmaßnahmen gegen Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)-Infektionen im Krankenhaus. Köln: HTA des DIMDI; 2010. [http://portal.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta263zusammenfassung\\_de.pdf](http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta263zusammenfassung_de.pdf)
- Wernitz MH, Keck S, Swidsinski S, et al. Cost analysis of a hospital-wide selective screening programme für methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) carriers in the context of diagnosis related groups (DRG) payment. *Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis.* 2005;11:466-71.

Bitte zitieren als: Linder R, Horenkamp-Sonntag D, Pfenning I, Verheyen F. Infektionen mit multiresistenten Erregern: Prävalenz- und Kostenanalysen auf Basis von GKV-Routinedaten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf128. DOI: 10.3205/11dkvf128, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1280  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf128.shtml>

129

### Information und Beratung durch Apotheken: Ergebnisse einer Untersuchung der Apothekenüberwachung in Kooperation mit der Apothekerkammer in Berlin

Katja Lorenz

Landesamt für Gesundheit und Soziales - Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Apotheken haben den gesetzlichen Auftrag, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen. Information und Beratung der Kunden und Patienten zum Arzneimittel werden seit vielen Jahren als Kernaufgabe der Apotheken betrachtet, um die Anwendung von Arzneimitteln sicherer zu machen und damit die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu stärken. Dieses Ziel wird auch von Seiten der organisierten Apothekerschaft unterstützt. Verbraucherschutzorganisationen und Medien haben bei Untersuchungen jedoch wiederholt Defizite festgestellt. Die Berliner Apothekenüberwachung nahm dies zum Anlass, gemeinsam mit der Berliner Apothekerkammer eine eigene Untersuchung zur Qualität von Information und Beratung durchzuführen.

**Material und Methoden:** Das Testmodell wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern des Kammervorstandes und ehrenamtlichen Pharmazieräten erarbeitet. Ziel war die Entwicklung einer Methode jenseits der Modelle der Stiftung Warentest und dem bisher von den Kammern favorisierten Pseudo Customer-Modell. Es wurden Fragen verschiedener Schwierigkeitsgrade formuliert. Der Erwartungshorizont und ein Punktesystem für die Auswertung wurden festgelegt. Die Untersuchung erfolgte offen (Vorab-Darstellung im Kammer-rundschreiben, Vorstellung der Testperson vor Befragung des Personals).

Die Untersuchung wurde in 50 Apotheken durchgeführt, die sich sowohl in Stadtvierteln, als auch in Citylage befanden. Befragt wurde die im Handverkauf tätige Person. Sie konnte zur Beantwortung Hilfsmittel nutzen.

**Ergebnisse:** Von 50 Testgesprächen flossen 49 in die Auswertung ein. Die Apotheken zeigten – unabhängig von der örtlichen Lage und Größe – überwiegend Defizite bei den Fragen der höheren Schwierigkeitsgrade. Die mehrheitlich installierten Datenbanken und die aktuelle Literatur konnten nicht fehlerfrei angewendet werden.

**Schlussfolgerung:** Die Untersuchungsergebnisse zeigen deutlich, dass Information und Beratung durch Apotheken weiter verbessert werden müssen. Das Testmodell eignet sich aufgrund seiner offenen Form gegenüber dem befragten Apothekenpersonal für Überwachungsbehörden. Eine Darstellung der tatsächlich angebotenen und durchgeführten Information und Beratung im Alltag lässt sich daraus nicht ableiten. Im Rahmen der derzeitigen rechtlichen Möglichkeiten bleibt zu diskutieren, wie schlechte bzw. keine Beratung und Information rechtssicher überwacht werden können.

Bitte zitieren als: Lorenz K. Information und Beratung durch Apotheken: Ergebnisse einer Untersuchung der Apothekenüberwachung in Kooperation mit der Apothekerkammer in Berlin. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf129. DOI: 10.3205/11dkvf129, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1298

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf129.shtml>

130

### Initiative für gute Gesundheitsversorgung (INIG): Regionale Unterschiede aufzeigen, Lösungsansätze erarbeiten, Bürger aktivieren

Jan Boecken, Marion Grote-Westrick, Uwe Schwenk, Eckhard Vollbracht

Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, Deutschland

**Hintergrund:** Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen werden in Fachkreisen schon seit Jahren diskutiert. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zeigte die Problemlage bereits 2001 deutlich auf. In unserem Gesundheitssystem werden nicht nur wertvolle Ressourcen unnötig und unangemessen verbraucht. Auch der regionale Einsatz von Gesundheitsleistungen und das Angebot an Versorgungsstrukturen variieren und entsprechen dabei nicht immer dem Bedarf der Bevölkerung. Obwohl diese Probleme in Fachkreisen bekannt sind, sind sie nur schwer zu lösen. Komplexe Zusammenhänge, die unklare Datenlage und unterschiedliche Interessen stehen notwendigen Verbesserungen im Wege.

**Material und Methoden:** Die Initiative für gute Gesundheitsversorgung will Über-, Unter- und Fehlversorgung konkret und nachvollziehbar aufzeigen – auf einer fundierten Datengrundlage. Sie wird Beispiele für regionale Unterschiede regelmäßig analysieren, interpretieren und veröffentlichen. Dazu gehören auch Ursachenforschung und Lösungsvorschläge für die jeweiligen Themen. Die ausgewählten Themen stehen beispielhaft für strukturelle Defizite des deutschen Gesundheitswesens, wie Planungs- und Koordinationsmängel, fehlende Verantwortlichkeiten, Fehlanreize und mangelhafte Einbindung der Patienten. Das Themenspektrum ist breit – von häufigem Antibiotika-Einsatz bei Kindern bis zu regionalen Unterschieden bei der ärztlichen Versorgung. Bei der Themenauswahl helfen diverse Filterkriterien. So sollen die Themen eine hohe Relevanz für die Bevölkerung haben, bedeutsame Defizite im System aufzeigen und konkrete Handlungs- und Verbesserungsansätze ermöglichen. Die Bearbeitung und Interpretation der Themen erfolgt durch Themenpaten aus der Wissenschaft und ein strukturiertes Themen-Review. Die Reports sollen nicht nur Daten auswerten und Fakten beschreiben, sondern Interpretationen und Analysen liefern, Ursachenforschung betreiben und nicht zuletzt Empfehlungen abgeben, wie die identifizierten Defizite verändert werden können. Kartografische Darstellungen bilden die regionale Versorgungsrealität ab und sollen das Interesse der Menschen wecken, sich mit den dargestellten Problemen in ihrer Region aktiv auseinanderzusetzen. Damit sollen eine bedarfsgerechte Gestaltung und

Inanspruchnahme von Versorgung und Verständnis für notwendige Veränderungen gefördert werden.

**Ergebnisse:** Es werden ausgewählte Beispiele von Über-, Unter- und Fehlversorgung und regionalen Variationen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland präsentiert.

**Schlussfolgerung:** Auch in Deutschland gibt es Variationen in der Versorgung. Diese können bedarfsgerecht sein, aber auch eine Folge unerwünschter lokaler Versorgungsmuster. Die Differenzierung zwischen erwünschten und unerwünschten Variationen erfordert die entsprechende Evidenz und Datenlage. Mit der Initiative für gute Gesundheitsversorgung werden neue Wege beschritten, um Veränderungsdruck in Richtung bedarfsgerechter Versorgung und gerechter Verteilung der begrenzten Ressourcen zu erzeugen. Statt Informationen primär auf die Fachöffentlichkeit auszurichten, setzen wir auf eine starke Bürgerorientierung und Vermittlung der Ergebnisse in die breite Öffentlichkeit. Die Kenntnis und sachgerechte Interpretation regionaler Unterschiede von Angebotsstrukturen, Aktivitäten und Ergebnissen ist eine wichtige Voraussetzung für eine sachgerechte Ressourcenallokation.

#### Literatur

1. Wennberg JE. Time to tackle unwarranted variations in practice. *BMJ*. 2011;342
2. Frosch D, et al. Variation und Verteilungsgerechtigkeit: Patientenpräferenzen berücksichtigen. *Dtsch Ärztebl*. 2010;107(43).
3. Gigerenzer G, Gray M. *Better doctors, Better Patients, Better Decisions*. MIT Press. 2011
4. Fisher E, et al. Slowing the Growth of Health Care Costs: Lessons from Regional Variation. *N Engl J Med*. 2009;360.
5. Schubert I, et al. Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. *Bundesgesundheitsblatt*. 2008;1095–1105.

Bitte zitieren als: Boecken J, Grote-Westrick M, Schwenk U, Volbracht E. Initiative für gute Gesundheitsversorgung (INIG): Regionale Unterschiede aufzeigen, Lösungsansätze erarbeiten, Bürger aktivieren. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf130.  
DOI: 10.3205/11dkvf130, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1303  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf130.shtml>

131

### Innovative Konzepte zur Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung im ländlichen Raum: Modellprojekt „Zentrales Gesundheitshaus Woldegk“

Claudia Berlin, Neeltje van den Berg, Wolfgang Hoffmann  
Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** In den 11 Gemeinden des Nahbereiches Woldegk (Landkreis Mecklenburg-Strelitz) lebten am 31.12.2009 insgesamt 8.825 Personen. Die Einwohnerdichte von 25,6 Einw./km<sup>2</sup> ist eine der niedrigsten in Deutschland.

Im Nahbereich Woldegk besteht Unterversorgung sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich. In der Stadt Woldegk soll deshalb das erste zentrale Gesundheitshaus in Mecklenburg-Vorpommern entstehen. Aus einer umfassenden Analy-

se der aktuellen Versorgungssituation wurden Eckpunkte für die Konzeptentwicklung des zentralen Gesundheitshauses abgeleitet.

**Material und Methoden:** Für die Analyse wurden Bevölkerungsdaten für die einzelnen Ortsteile im Nahbereich für den Zeitraum 2011-2020 hochgerechnet. Anhand der Ergebnisse zur Prävalenz ausgewählter Erkrankungen und der Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzten aus der Study of Health in Pomerania (SHIP-1) erfolgte eine Prognose der Patientenzahlen und Versorgungsbedarfe an Haus- und Fachärzten im Nahbereich bis 2020. Der geplante Standort des Gesundheitshauses wurde hinsichtlich seiner Erreichbarkeit mit dem (1) Pkw und (2) ÖPNV mit Hilfe eines Geoinformationssystems untersucht. Zusätzlich erfolgte in den 5 Haus- und Facharztpraxen (davon 1 Zweigpraxis) eine standardisierte Befragung von Patienten zur aktuellen Versorgungssituation. Die ansässigen Haus- und Fachärzte sowie weitere Leistungserbringer des Gesundheitswesens in Woldegk wurden qualitativ interviewt.

**Ergebnisse:** Wichtigstes Ziel ist die Einrichtung mindestens einer Hausarztpraxis im Gesundheitshaus. Zweiter Stützpfeiler des Gesundheitshauses ist die Einrichtung von Praxisräumen, die abwechselnd für die Sprechstunden verschiedener Fachärzte genutzt werden können (z. B. Psychotherapeut: 2 Tage/Woche, Gynäkologe: 1,5 Tage, x). Fachärzte aus ambulanten Praxen bzw. Krankenhäusern aus der Region haben eine Teilzeittätigkeit im Gesundheitshaus zugesagt. Das Angebot soll durch weitere Leistungserbringer erweitert werden: Sozialpsychiatrischer Dienst, Pflegestützpunkt, Physiotherapiepraxis oder Pflegedienst. Der Einsatz von innovativen Konzepten wie Delegation von Hausbesuchen an AGnES-Fachkräfte oder der Einsatz von telemedizinischen Funktionalitäten ist geplant.

Infrastruktur (z. B. Räumlichkeiten, telemedizinische Geräte) und personelle Ressourcen (z. B. medizinische Fachangestellte, Koordinator) werden durch die verschiedenen Leistungserbringer genutzt.

Zentrale Aufgaben umfassen: die Koordination von Terminen und dem Patiententransport zu Fachärzten, die aufgrund ihrer geringeren Inanspruchnahme nicht im Gesundheitshaus tätig sind, der gemeinsame Einkauf und die gemeinsame Nutzung von Dienstleistungen wie z.B. Transport von Proben zur Laboranalyse.

**Schlussfolgerung:** Durch die Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Leistungserbringer im Gesundheitswesen konnte ein attraktives und innovatives Angebot für die Sicherung der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum geschaffen werden. Weiterhin kann ein zentrales Gesundheitshaus die Attraktivität einer Niederlassung von Hausärzten in peripheren Regionen fördern. Als Träger kommen die kassenärztliche Vereinigung, die Stadt Woldegk oder regionale Krankenhäuser in Frage.

Bitte zitieren als: Berlin C, van den Berg N, Hoffmann W. Innovative Konzepte zur Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung im ländlichen Raum: Modellprojekt „Zentrales Gesundheitshaus Woldegk“. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf131.  
DOI: 10.3205/11dkvf131, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1312  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf131.shtml>

132

## Interessenkonflikt-Regulierung: Konzepte und offene Fragen zu ihrer Evaluation

David Klemperer<sup>1</sup>, Hannes Knüppel<sup>2</sup>, Daniel Strech<sup>2</sup>, AG "Interessenkonflikt-Regulierung des DNEbM"

<sup>1</sup>Hochschule Regensburg, Regensburg, Deutschland

<sup>2</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

Interessenkonflikte können als eine Quelle für Bias (Verzerrungen und systematischen Fehler) in medizinischen Informationen und medizinischen Handlungen verstanden werden. In letzter Konsequenz resultiert aus diesem Bias das Risiko einer geringeren Qualität medizinischer Versorgung. Diese Biasquelle wurde in Deutschland bislang wenig kritisch untersucht und ist in Methodenvorgaben der Evidenz-basierten Medizin auch international noch wenig berücksichtigt. Während andere Bias-Quellen (z.B. Publikationsbias) relativ einfach konsensfähig zu definieren sind, besteht bei Interessenkonflikten bereits eine Herausforderung darin, eine sinnvolle, allgemein verständliche und Praxis-relevante Definition zu entwickeln. Erst dann jedoch wird eine rationale und effektive Diskussion über geeignete Methoden der Interessenkonflikt-Regulierung und deren Evaluation möglich sein.

Die AWMF hat 2010 neue Vorgaben zur Interessenkonflikt-Regulierung in den Fachgesellschaften und in der Leitlinienentwicklung publiziert [1]. Es gibt verschiedene Anzeichen dafür, dass in den nächsten Jahren durch interne Überlegungen oder aufgrund einer externen Erwartungshaltung (z.B. von nationalen und internationalen Forschungsförderern) auch in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung, Forschung und Lehre Interessenkonflikt-Regulierungen überarbeitet oder grundsätzlich neu entwickelt werden (müssen).

Der erweiterte Vorstand des DNEbM hat im Januar 2010 eine AG „Regulierung von Interessenkonflikten“ eingerichtet, welche 2011 ein Diskussionspapier veröffentlicht hat [2]. Ziel der AG ist die Aufarbeitung und kritische Diskussion der Möglichkeiten und Grenzen für eine Evidenz-basierte Regulierung von Interessenkonflikten und nicht die Erstellung konkreter Regulierungsvorgaben.

Im Workshop informieren Mitglieder der DNEbM-AG über ein im angloamerikanischen Raum zunehmend einflussreiches Konzept zu Interessenkonflikten und ihrer Regulierung [3], [4], [5]. Weiterhin werden einige Empfehlungen des 2009 publizierten Institute of Medicine (IOM) Reports „Conflicts of Interest in Medical Research, Education, and Practice“ vorgestellt und exemplarisch auf den deutschsprachigen Raum übertragen [6].

Anschließend sollen die methodischen und praktischen Herausforderungen für erste Schritte einer angemessenen Evaluation von Interessenkonflikt-Regulierungen konstruktiv diskutiert werden.

### Input:

1. Prof. Dr. David Klemperer: Das Risiko-Konzept nach Dennis Thompson und seine Rolle für eine konstruktive Diskussion zur Interessenkonflikt-Regulierung
2. Prof. Dr. Daniel Strech: Einführung in die Grundprinzipien einer Interessenkonflikt-

Regulierung nach den Empfehlungen des Institute of Medicine (IOM).

3. Hannes Knüppel, cand. MPH: Status quo der Interessenkonflikt-Regulierung in Deutschland

### Literatur

1. Müller W. Empfehlungen der AWMF zum Umgang mit Interessenkonflikten bei Fachgesellschaften. GMS Mitt AWMF. 2010;7:Doc8. DOI: 10.3205/awmf000206
2. Strech D, Klemperer D, Knüppel H, Kopp I, Meyer G, Koch K. Interessenkonfliktregulierung: Internationale Entwicklungen und offene Fragen. Ein Diskussionspapier. Berlin: Deutsches Netzwerk Evidenz-basierte Medizin (DNEbM); 2011. Available from: [www.ebm-netzwerk.de/aktuelles/news2011-03-16-1](http://www.ebm-netzwerk.de/aktuelles/news2011-03-16-1)
3. Emanuel EJ, Thompson DF. The Concept of Conflicts of Interest, in The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics, EJ Emanuel, Grady C, Crouch RA, et al, eds. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 758-766.
4. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. N Engl J Med. 1993;329(8): 573-6.
5. Klemperer D. Interessenkonflikte. Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen. Deutsches Ärzteblatt. 2008;105(40): A2098-A2100.
6. IOM. Conflicts of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Washington D.C.: National Academies Press, Institute of Medicine (IOM); 2009.

Bitte zitieren als: Klemperer D, Knüppel H, Strech D; AG "Interessenkonflikt-Regulierung des DNEbM".

Interessenkonflikt-Regulierung: Konzepte und offene Fragen zu ihrer Evaluation. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf132.

DOI: 10.3205/11dkvf132, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1321

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf132.shtml>

133

## Interne Koordination und Sozialkapital in deutschen Krankenhäusern

Tristan Gloede, Antje Hammer, Oliver Ommen, Holger Pfaff  
Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Humanwissenschaftliche und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Die deutsche Krankenhauslandschaft hat sich seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahre 1993 nachhaltig verändert. Der ökonomische Druck ist insbesondere seit der Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems gestiegen und zwingt Krankenhäuser effizient zu wirtschaften. Dies erfordert effektive Koordination zwischen Mitarbeitern, da in zahlreichen Studien ein positiver Zusammenhang zwischen interner Koordination und Versorgungsqualität nachgewiesen werden konnte. In der vorliegenden Arbeit untersuchen wir den Zusammenhang zwischen der organisationalen Ressource Sozialkapital und der wahrgenommenen internen Koordination in deutschen Krankenhäusern.

**Material und Methoden:** Im Rahmen der ATRäK-Studie wurden im Jahre 2008 die ärztlichen Direktoren von 1.224 deutschen Krankenhäusern schriftlich befragt. Dies waren alle deutschen Krankenhäuser welche mindestens eine Grundversorgung (innere Medizin und Chirurgie) anboten. Der Fragebogen enthielt unter anderem Skalen zur Erhebung von interner Koordination und Sozialkapital (jeweils 6 Items) in den untersuch-

ten Krankenhäusern. Wir führten eine lineare, multiple Regressionsanalyse durch, um den Einfluss von Sozialkapital auf interne Koordination, unter der Berücksichtigung von Trägerschaftsform, Status als Lehrkrankenhaus, und Bettenzahl zu berechnen.

**Ergebnisse:** Die Rücklaufquote beträgt 45% (n= 551). Das erste Modell, welches nur die Kontrollvariablen enthält, zeigt eine erklärte Varianz von 9,2%. Das zweite Modell, welches neben den Kontrollvariablen auch die Variable „Sozialkapital“ enthält, erklärt 29% der Varianz in der Variable interner Koordination. Der Beta-Koeffizient deutet auf einen positiven Zusammenhang von interner Koordination und Sozialkapital hin.

**Schlussfolgerung:** Unsere Ergebnisse zeigen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen interner Koordination und Sozialkapital besteht. Daher erscheint eine gezielte Stärkung des Sozialkapitals im Krankenhaus – von Seiten der Krankenhausführung – als eine lohnenswerte Investition. Aufgrund des Querschnittsdesigns der zugrunde liegenden ATräK-Studie ist jedoch keine Aussage über einen kausalen Zusammenhang zwischen den beobachteten Größen möglich. Dieser Zusammenhang sollte daher in zukünftigen Längsschnittstudien untersucht werden.

Bitte zitieren als: Gloede T, Hammer A, Ommen O, Pfaff H. Interne Koordination und Sozialkapital in deutschen Krankenhäusern. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf133. DOI: 10.3205/11dkvf133, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1331  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf133.shtml>

## 134

### Inwiefern unterscheiden sich Menschen mit und ohne Demenz hinsichtlich Inanspruchnahmeraten und Dauer stationärer Versorgung?

Marion Eisele<sup>1</sup>, Hendrik van den Bussche<sup>1</sup>, Daniela Koller<sup>2</sup>, Birgitt Wiese<sup>3</sup>, Hanna Kaduszkiewicz<sup>1</sup>, Karl Wegscheider<sup>1</sup>, Gerd Glaeske<sup>4</sup>, Martin Scherer<sup>1</sup>, Gerhard Schön<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UKE, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Universität Bremen, Bremen, Deutschland

<sup>3</sup>MHH, Hannover, Deutschland

<sup>4</sup>Universität Bremen, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Anzahl von Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, wird sich in Deutschland Schätzungen zufolge von aktuell 1 Mio. auf 2,5 Mio. im Jahr 2050 erhöhen [1, 2]. Der Versorgungsbedarf dieser Patientengruppe muss in der Planung des Gesundheitssystems berücksichtigt werden. Bisher ist es jedoch unklar, inwiefern sich eine Demenzerkrankung auf die stationäre Versorgung auswirkt. Ziel dieser Studie ist die Darstellung von Hospitalisierungsraten und Dauer stationärer Aufenthalte von Menschen mit Demenz im Vergleich zu einer nicht-dementen Kontrollgruppe.

**Material und Methoden:** Die Krankenkassendaten von 1.848 Menschen mit Demenz und einer nicht-dementen Kontrollgruppe (1:4 Matching nach Alter, Geschlecht, Anzahl der ambulanten Arztkontakte und Anzahl der ambulant aufgesuchten Ärzte im ersten Quartal des Beobachtungszeitraums) wurden im Hin-

blick auf Anzahl und Gründe stationärer Aufnahmen, Diagnosen, Liegezeiten und Entlassungsgründe innerhalb des Jahres vor und nach Erstdiagnose einer Demenz verglichen. Mittels multivariater logistischer Regression wurde untersucht, welche Faktoren mit einer Notfallaufnahme assoziiert sind.

**Ergebnisse:** Während 38,9% der Menschen, die eine Demenz entwickelten, im Jahr vor Diagnosestellung mindestens einen stationären Aufenthalt vorwiesen, belief sich der Anteil der Kontrollpatienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt auf 25,6%. Im ersten Jahr nach Diagnosestellung vergrößerte sich dieser Unterschied weiter auf 44,2% versus 26,4%. Die durchschnittliche Anzahl von Leistungstagen pro Aufenthalt war bei der Demenzgruppe um 3,6 Tage vor und 1,8 Tage nach Inzidenz gegenüber der Kontrollgruppe erhöht, während der Anteil der Notfallaufnahmen sowohl im Jahr vor als auch im Jahr nach Erstdiagnose einer Demenz um 10% erhöht war. Im Regressionsmodell waren neben der Diagnose, das Alter (OR = 1,03 pro Lebensjahr; p < 0,001) und Geschlecht (OR = 1,16 für Frauen; p = 0,048) sowie die urbane Umgebung (OR = 1,18; p = 0,048) signifikant mit der Notfallaufnahme assoziiert. Unter Kontrolle dieser Einflussgrößen wies die Demenzgruppe ein gegenüber der Kontrollgruppe um 26% erhöhtes Risiko (OR = 1,26; p < 0,01) auf, als Notfall aufgenommen zu werden.

**Schlussfolgerung:** Die Anzahl stationärer Aufenthalte und deren Dauer sind bei Menschen mit Demenz gegenüber einer nicht-dementen Kontrollgruppe deutlich erhöht. Die häufigeren und längeren Aufenthalte von Menschen mit Demenz wurden auch in anderen europäischen Ländern gefunden. Ihre häufigeren Aufnahmen als Notfall können nur teilweise durch unterschiedliche Diagnosen in den beiden Gruppen erklärt werden. Diskussionswürdig erscheint die erhöhte Notfallrate in urbanen gegenüber ländlichen Regionen.

Bitte zitieren als: Eisele M, van den Bussche H, Koller D, Wiese B, Kaduszkiewicz H, Wegscheider K, Glaeske G, Scherer M, Schön G. Inwiefern unterscheiden sich Menschen mit und ohne Demenz hinsichtlich Inanspruchnahmeraten und Dauer stationärer Versorgung? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf134. DOI: 10.3205/11dkvf134, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1349  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf134.shtml>

## 135

### Is the Clock Drawing Test Appropriate for Screening for Mild Cognitive Impairment? – Results of the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe)

Lena Ehreke<sup>1</sup>, Melanie Lupp<sup>1</sup>, Tobias Luck<sup>1</sup>, Birgitt Wiese<sup>2</sup>, Siegfried Weyerer<sup>3</sup>, Sandra Eifflaender-Gorfer<sup>3</sup>, Dagmar Weeg<sup>4</sup>, Julia Olbrich<sup>4</sup>, Hendrik van den Bussche<sup>5</sup>, Cadja Bachmann<sup>5</sup>, Marion Eisele<sup>5</sup>, Wolfgang Maier<sup>6</sup>, Frank Jessen<sup>6</sup>, Michael Wagner<sup>6</sup>, Angela Fuchs<sup>7</sup>, Michael Pentzek<sup>7</sup>, Matthias C. Angermeyer<sup>1</sup>, Hans-Helmut König<sup>8</sup>, Steffi G. Riedel-Heller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Social Medicine, Occupational Health and Public Health, University of Leipzig, Leipzig, Germany

<sup>2</sup>Institute for Biometrics, Hannover Medical School, Hannover, Germany

<sup>3</sup>Central Institute for Mental Health, Mannheim, Germany

<sup>4</sup>Department of Psychiatry, Technical University of Munich, Munich, Germany

<sup>5</sup>Institute for General Medicine, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

<sup>6</sup>Department of Psychiatry, University of Bonn, Bonn, Germany

<sup>7</sup>Department of General Practice, University Medical Centre, Düsseldorf, Germany

<sup>8</sup>Department of Medical Sociology and Health Economics, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

**Background:** Individuals with Mild Cognitive Impairment (MCI) are at high risk to develop dementia and are a target group for preventive interventions. Therefore, research aims at diagnosing MCI at an early stage with short, simple and easily administrable screening tests. Due to the fact that the Clock Drawing Test (CDT) is widely used to screen for dementia, it is questionable whether the CDT is suited to screen for MCI.

**Materials and methods:** 3,198 primary care patients aged 75+ were divided into two groups according to their cognitive status, assessed by comprehensive neuro-psychological testing: individuals without MCI and individuals with MCI. The CDT-scores, evaluated by the scoring system of Sunderland et al. (1989), of both groups were compared. Multivariate analyses were calculated as well as sensitivity, and the specificity of the CDT to screen for MCI were reported.

**Results:** Significant differences were found for CDT-results: MCI-patients obtained worse results than cognitively unimpaired subjects. CDT has a significant impact on the diagnosis of MCI. However, sensitivity and specificity as well as ROC analyses are not adequate, meaning CDT could not be named as an exact screening tool.

Limitations: Applying different CDT-versions of administration and scoring could yield different results.

**Conclusions:** CDT did not achieve the quality to screen individuals for MCI.

Please cite as: Ehreke L, Luppä M, Luck T, Wiese B, Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Weeg D, Olbrich J, van den Bussche H, Bachmann C, Eisele M, Maier W, Jessen F, Wagner M, Fuchs A, Pentzek M, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG. Is the Clock Drawing Test Appropriate for Screening for Mild Cognitive Impairment? – Results of the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf135. DOI: 10.3205/11dkvf135, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1351

Freely available from:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf135.shtml>

136

### Kann eine betriebsärztliche Beratung bei Beschäftigten mit arterieller Hypertonie zum Besuch des Hausarztes motivieren? – Ergebnisse einer Pilotstudie

Martina Michaelis<sup>1</sup>, Sarah Hudak<sup>2</sup>, Carmen Farian<sup>2</sup>, Barbara Schüle<sup>3</sup>, Martin K. Riedel<sup>3</sup>, Monika A. Rieger<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum & FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), Tübingen; Freiburg, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Universitätsklinikum & FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Tübingen, Deutschland

<sup>3</sup>Daimler AG, Werksärztlicher Dienst, Stuttgart- Untertürkheim, Deutschland

**Hintergrund:** Bis zu einem Drittel erwerbstätiger Kollektive weist in arbeitsmedizinischen Screenings erhöhte Blutdruckwerte auf [1], [2], [3], [4]. Nicht nur die über lange Zeit unentdeckte, auch die häufig medikamentös unzureichend eingestellte arterielle Hypertonie ist ein versorgungsrelevantes Problem. Eine individuelle betriebsärztliche Beratung von Beschäftigten mit erhöhten Werten bietet die Möglichkeit, die Schnittstelle zwischen Betriebsmedizin und weiterer haus-/ fachärztlicher Versorgung zu besetzen und ansonsten gesunde Personen zu erreichen und zu sensibilisieren. Im Vorfeld einer geplanten entsprechenden Interventionsstudie wurde eine Pilotstudie durchgeführt. Im Fokus standen zum Einen Beschäftigten mit erstmals dokumentierter leichter Hypertonie (Blutdruck (BD) 140/90-160/100 mmHg) (Studienarm 1), zum Anderen die hier im Fokus stehenden Beschäftigten mit stärker erhöhten BD-Werten ( $\geq 160/100$  mmHg) bzw. mit leicht erhöhten BD-Werten trotz medikamentöser Therapie (Studienarm 2).

**Material und Methoden:** Bei allen Beschäftigten, die den Werksärztlichen Dienst Untertürkheim der Daimler AG zwischen 1. Oktober 2010 und 30. April 2011 aufsuchten, wurde routinemäßig eine BD-Messung durchgeführt. Das Ergebnis wurde durch Wiederholungsmessungen überprüft. Beschäftigte mit bestätigten BD-Werten wurden zu einer betriebsärztlichen Beratung eingeladen. In dieser wurden Risikofaktoren für erhöhten BD, mögliche Folgeerkrankungen und ggf. Therapieoptionen besprochen. Personen im Studienarm 2 wurden insbesondere auf die Notwendigkeit einer Abklärung und ggf. Therapie-Einleitung bzw. -modifikation beim Haus- oder Facharzt hingewiesen. Die von ihnen ergriffenen Maßnahmen wurden im Rahmen eines teilstandardisierten Telefoninterviews 4-6 Wochen nach der betriebsärztlichen Beratung erfasst (Erhebung noch nicht abgeschlossen, Stand Juni 2011). Primäres Outcome war die erfolgte Arztkonsultation, weitere Outcomes waren u.a. ärztliche Beratungsinhalte und Effekte auf Lebensstilfaktoren (nachfolgend deskriptiv berichtet).

**Ergebnisse:** 20 von 24 zwischenzeitlich interviewten Personen des Studienarms 2 ohne regelmäßige ärztliche Betreuung erhielten in der betriebsärztlichen Beratung die ausdrückliche Empfehlung zu einer Haus-/ Facharztkonsultation. 16/20 Befragten hatten anschließend den Impuls zu einer Terminvereinbarung, 9 bemühten sich unmittelbar anschließend darum. Zum Interviewzeitpunkt hatten 13 den Arzt bereits aufgesucht, davon 12 ihren Hausarzt (i.d.R. Allgemeinmediziner). Bei nahezu allen Arztbesuchen wurde der Blutdruck gemessen (12/13), und es erfolgte einer Beratung zu Blutdruckmedikamenten (10/13) und – seltener – zu Lebensstiländerungen (7/13). Die Zufriedenheit mit dem Arzt war recht hoch (Schulnote  $2,1 \pm 1,0$ ). 13 von 24 Interviewten hatten ihre Lebensweise zwischenzeitlich verändert (v.a. Ernährungsumstellung, Sport). 5 Befragte verbalisierten dabei als Auslöser die betriebsärztliche Beratung. 6 Personen hatten die (neue) medikamentöse Therapie bereits begonnen. Ihren aktuellen BD-Wert kannten 8 Personen nicht, bei 12 Befragten lag er nach eigenen Angaben unter 140/90 mmHg.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der Pilotstudie weisen darauf hin, dass eine ausdrücklich zu erhöhten BD-Werten geführte betriebsärztliche Beratung Beschäftigte dazu motivieren kann, zur (weiteren) Diagnostik und Therapie den Haus- oder Facharzt aufzusuchen. Dieses mögliche Potential der betriebsärztlichen Betreuung für die Gesundheitsversorgung sollte weiter erforscht werden.

#### Literatur

1. Schneider M, Ernsting A, Antoni CH. Programm zur Gesundheitsprävention FIT IM LEBEN – FIT IM JOB. Eine effektive Maßnahme zum Aufbau eines gesundheitsförderlichen Verhaltensstils. ASU. 2009;10:540-547.
2. Bünger J, Lanzerath I, Ruhnau P, Görlitz A, Fischer C, Kott J, Ellrott T, Fiege A, Tschentscher H, Reutemann S-K, Meier W., Schwaldat M, Niklas A, Pudiel V, Hilgers R, Hallier E. Betriebliche Gesundheitsförderung: Evaluation von Interventionen zur Senkung kardiovaskulärer Risiken. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 2003;38:421–425.
3. Hartmann B, Seidel D, Hahn T, Bräuer Pieth J. Ergebnisse betriebsärztlicher Beratung bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 2007;42(4): 236-242.
4. Michaelis M, Farian C, Schüle B, Riedel MK, Rieger MA. Hypertonie-Screening im betriebsärztlichen Setting – Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. (Abstract P57). Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed. 2001;46(03):57.

Bitte zitieren als: Michaelis M, Hudak S, Farian C, Schüle B, Riedel MK, Rieger MA. Kann eine betriebsärztliche Beratung bei Beschäftigten mit arterieller Hypertonie zum Besuch des Hausarztes motivieren? – Ergebnisse einer Pilotstudie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf136.  
DOI: 10.3205/11dkvf136, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1368  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf136.shtml>

137

### Kenntnisstand der Zahnärzte und Ärzte über Risikofaktoren und ihre Anamneseerhebung bei Tumoren der Mundhöhle in Schleswig-Holstein

Katrin Hertrampf<sup>1</sup>, Hans-Jürgen Wenz<sup>2</sup>, Michael Koller<sup>3</sup>, Nadine Arpe<sup>4</sup>, Jörg Wiltfang<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für MKG-Chirurgie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Deutschland

<sup>2</sup>Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Propädeutik und Werkstoffkunde, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Deutschland

<sup>3</sup>ZKS, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

<sup>4</sup>Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Deutschland

**Hintergrund:** Jedes Jahr wird bei mehr als 10.000 Menschen in Deutschland die Diagnose Tumor im Mund- und Rachenraum gestellt. Bisher ist wenig über das Anamneseverhalten in Bezug auf die Risikofaktoren bei Zahnärzten und den involvierten ärztlichen Fachdisziplinen bekannt. Ziel des Projektes war es, anhand eines standardisierten international akzeptierten Fragebogens dieses Verhalten zu evaluieren.

**Material und Methoden:** Ein standardisierter aus dem Englischen ins Deutsche professionell übersetzter Fragebogen wurde im November 2007 an die Zahnärz-

teschaft (n=2233) und im Herbst 2009 an die ärztlich involvierten Berufsgruppen (HNO-Ärzte, Internisten, Allgemeinmediziner, Dermatologen, n=2575) in Schleswig-Holstein versendet. Jeweils im Abstand von etwa 3 Wochen wurde eine zweimalige Erinnerung versendet. Enthalten waren Fragen zu den Risikofaktoren und ob Angaben hierzu in der Anamnese erhoben wurden. Zusätzlich wurde abgefragt wie der eigene Kenntnisstand und die eigenen Fähigkeiten im Bereich der primären Prävention eingeschätzt wurden.

**Ergebnisse:** 306 Fragebögen der Zahnärzte (14%) und 408 Fragebögen der Ärzte (17%) wurden zurückgesendet. Etwa 50% der Zahnärzte und Dermatologen schätzten ihr eigenes Wissen über diese Tumorerkrankung als aktuell ein, gegenüber 90% der HNO-Ärzte und nur etwa 12% der Allgemeinmediziner und Internisten. Fast alle Berufsgruppen identifizierten mit über 90% die Hauptrisikofaktoren. Die Mehrheit der Zahnärzte und Ärzte gab an den gegenwärtigen Tabakkonsum der Patienten in der Anamnese zu erheben. Bei der Alkoholanamnese zeigten sich deutliche Unterschiede innerhalb der Berufsgruppen. Über 90% der teilnehmenden Berufsgruppen stuften eine Mundkrebsläsion als Risikofaktor ein, nur 66% der Zahnärzte gegenüber mehr als 85% der ärztlichen Berufsgruppe gaben an die Krebsvorgeschichte ihrer Patienten zu erheben. Mehr als zwei Drittel aller Berufsgruppen denken, dass ihre Patienten nicht ausreichend über Risikofaktoren in Bezug auf Mundkrebs informiert sind.

**Schlussfolgerung:** Das Wissen über Risikofaktoren, der an der Befragung teilgenommenen Zahnärzte und Ärzte ist als gut zu bewerten, weist aber Ambivalenzen bezüglich des Kenntnisstandes über Risikofaktoren und ihre Weitervermittlung an den Patienten auf. Daher sollten den Berufsgruppen entsprechende spezifische Fortbildungs- und Informationsmöglichkeiten angeboten werden, um das vorhandene Wissenspotential besser abrufen zu können.

Bitte zitieren als: Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Arpe N, Wiltfang J. Kenntnisstand der Zahnärzte und Ärzte über Risikofaktoren und ihre Anamneseerhebung bei Tumoren der Mundhöhle in Schleswig-Holstein. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf137.  
DOI: 10.3205/11dkvf137, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1371

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf137.shtml>

138

### Kontinuität und Adhärenz bei der medikamentösen ADHS-Therapie

Veronika Egen-Lappe<sup>1</sup>, Gerd Lehmkuhl<sup>2</sup>, Ingrid Schubert<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PMV Forschungsgruppe, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

<sup>2</sup>KJP, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Der Arzneimittelreport 2010 weist steigende Verordnungszahlen bei den Psychostimulantien aus, die überwiegend zur Therapie des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) eingesetzt werden [1]. Die vorliegende Studie untersucht an drei 2-Jahres-Kohorten von Kindern und Jugendlichen mit jeweils neu beginnender ADHS Medikation, ob sich die Therapieadhärenz im ersten Behandlungsjahr bzw. die Kontinuität der Therapie über

zwei Jahre verändert. Die medikamentöse ADHS-Therapie wird somit vom Medikationsbeginn der ersten Kohorte in den Jahren 2000/2001 bis einschließlich der Nachbeobachtung von Kohorte 3 in 2006/2007 untersucht.

**Material und Methoden:** Datenbasis: Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. Grundgesamtheit: Kinder und Jugendliche 4–17 Jahre, Kohorte 1 (2000/1): N=37.966, Kohorte 2 (2002/3): N=37.299, Kohorte 3 (2004/5): N=35.380. Durchschnittsalter K1: 10,6 Jahre, K2: 10,8 Jahre, K3: 10,9 Jahre. Studienpopulation: Kinder und Jugendliche mit neu beginnender Verordnung von Methylphenidat/Atomoxetin, d.h. keine ADHS-Medikation im Zeitraum von zwei Jahre davor: K1: n=259, K2: n=249, K3: n=228. Nachbeobachtung über acht Quartale à 90 Tage. Eine 80%ige Adhärenz wurde erreicht, wenn 150 DDD Methylphenidat/Atomoxetin im Jahr verordnet wurden. Hierbei wurde von einer Therapie mit einer DDD pro Tag und Therapiepausen in den Schulferien und an Wochenenden/Feiertagen ausgegangen. Die Adhärenzauswertung beschränkt sich auf Patienten mit mindestens einer zweiten Verordnung, um Therapieversuche auszuschließen.

**Ergebnisse:** Die Auswertungen ergaben, dass in Kohorte 3 im Vergleich zu den Vorkohorten die Medikation über einen längeren Zeitraum fortgeführt wurde und die Anzahl der durchschnittlich verordneten Tagesdosen höher lag: So erhielten in Kohorte 1 37% der Kinder und Jugendliche im ersten Therapiejahr zwischen 150 bis 365 Tagesdosen (DDD); in Kohorte 2 lag dieser Anteil bei 36%, in Kohorte 3 bei 46%. Der Anteil der Patienten mit weniger als 150 DDD im ersten Jahr ist seit 2000 rückläufig (K1: 61%, K2: 56%, K3: 46%), der Anteil mit über 365 DDD stieg seit 2000 deutlich an (K1: 2%, K2: 8%, K3: 8%). Die Adhärenz im Sinne der Definition nahm von Kohorte zu Kohorte zu: Mindestens 150 DDD erhielten 54% der Patienten in Kohorte 3 im Vergleich zu 44% bei K2 und 39% bei K1. Betrachtet man acht Quartale ab Medikationsbeginn, so erhielt in Kohorte 3 mit 29% ein deutlich höherer Anteil der Patienten in jedem der acht Quartale eine Verordnung im Vergleich zu 23% in Kohorte 2 und 21% in Kohorte 1. In Kohorte 1 brachen 24% nach dem ersten Quartal die Therapie ab im Vergleich zu 22% in Kohorte 2 und 21% in Kohorte 3. Mit Unterbrechung(en) von maximal einem Quartal setzten 30% (K1), 34% (K2) und 43% (K3) der Medikationsempfänger die Therapie bis zum achten Quartal fort.

**Schlussfolgerung:** Die Untersuchung zeigt, dass in den vergangenen Jahren die Kontinuität der medikamentösen ADHS-Therapie im Sinne einer längeren Fortführung ab Medikationsbeginn sowie die Menge der im ersten Therapiejahr verordneten Tagesdosen (DDD) zugenommen haben. Die Therapieadhärenz ist von Kohorte 1 zu Kohorte 3 deutlich (15%) angestiegen. Über die Angemessenheit der Indikationsstellung und individuelles Ansprechen auf die Medikation kann die Studie keine Aussage treffen. Die Untersuchung bildet die Versorgungsrealität über einen längeren Zeitraum ab und macht dadurch Veränderungen im Versorgungsgeschehen sichtbar.

#### Literatur

1. Schwabe U, Paffrath D. Arzneiverordnungs-Report 2010. Heidelberg: Springer; 2010. p. 828-831.

Bitte zitieren als: Egen-Lappe V, Lehmkuhl G, Schubert I. Kontinuität und Adhärenz bei der medikamentösen ADHS-Therapie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf138. DOI: 10.3205/11dkvf138, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1384  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf138.shtml>

## 139

### Konzeption und Entwicklung eines integrierten Systems zur Unterstützung des Managements krankheitspezifischer Patientenkohorten

Wolfgang Hoffmann, Christian Schack, Daniel Fredrich, Jens Piegsa, Mandy Zühlsdorf, Angela Krug, Christoph Havemann  
Insitut. für Community Medicine, Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** Im klinischen Teil des Verbundprojektes GANI\_MED (Greifswald Approach to Individualized Medicine, gefördert durch das BMBF, Laufzeit 10/2009–09/2014) erfolgt innerhalb der zuständigen Klinikabteilungen die Rekrutierung von fünf krankheitsspezifischen Patientenkohorten, um das Konzept der Individualisierten Medizin am Standort Greifswald zu etablieren und fortzuentwickeln. Hierfür sind alle Voraussetzungen zu schaffen, um die dafür benötigten patientenbezogenen Daten umfassend, standardisiert und qualitätsgesichert zu erfassen sowie unter strenger Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Anforderungen zu verwalten, zu speichern und für hypothesengeleitete Auswertungen zur Verfügung zu stellen.

**Material und Methoden:** Zu diesem Zweck wurde innerhalb des Projektes IT-Kohortenmanagement des Strukturbereiches 3 Medizininformatik, ein System konzipiert, welches innerhalb der verschiedenen klinischen Abteilungen der Universitätsmedizin Greifswald verwendet werden kann, um eine umfangreiche elektronische Basis- sowie Spezialanamnese von allen Patienten durchzuführen. Zusätzlich unterstützt es den aufnehmenden Arzt, geeignete Kohortenpatienten zu identifizieren sowie die für eine Rekrutierung des Patienten notwendige Einverständniserklärung (Informed Consent) elektronisch zu erfassen und mit der digitalen Unterschrift von Patient sowie Arzt abzuspeichern. Nach der erfolgreichen Rekrutierung des Patienten erlaubt die Software die Abfrage und Eingabe von zusätzlichen studienbezogenen Daten.

**Ergebnisse:** Das Softwaresystem wurde in Form einer Client-Server Architektur mit einer zentralen Datenbank realisiert. Der Client zeichnet sich dadurch aus, dass er als komplexe Rich-Client-Applikation umgesetzt wurde, die über eine lokale Datenbank verfügt und dadurch im Offline-Modus betrieben werden kann. Sobald eine Netzwerkverbindung zum Server verfügbar ist, werden die Daten zwischen Client und Server vollständig synchronisiert und zentral abgespeichert. Die Installation des Clients erfolgt auf einem tragbaren Mobile Clinical Device (MCA) und kann damit in allen Bereichen des Klinikums sowie externen medizinischen Einrichtungen eingesetzt werden.

Zur Gewährleistung des Datenschutzes verfügt die Anwendung über eine Benutzerverwaltung sowie ein umfangreiches Rechte- und Rollensystem. Zudem werden die sensiblen medizinischen Daten zwischen Client und Server ausschließlich über eine verschlüsselte Verbindung übertragen.

**Schlussfolgerung:** Durch die Einführung der im IT-Kohortenmanagement entwickelten Software in die klinische Routine der Universitätsmedizin Greifswald wird eine standardisierte Erfassung von umfangreichen Anamnesedaten und die Identifikation sowie Rekrutierung von geeigneten GANI\_MED Kohortenpatienten unter Berücksichtigung des dafür notwendigen Informed Consents ermöglicht. wodurch ein nach epidemiologischen Gesichtspunkten qualitativ hochwertiger Datenbestand aufgebaut wird, der für die weitere Entwicklung einer Individualisierten Medizin in Greifswald Voraussetzung ist.

Bitte zitieren als: Hoffmann W, Schack C, Fredrich D, Piegsa J, Zühlsdorf M, Krug A, Havemann C. Konzeption und Entwicklung eines integrierten Systems zur Unterstützung des Managements krankheitspezifischer Patientenkohorten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf139.  
DOI: 10.3205/11dkvf139, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1398  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf139.shtml>

140

### Kosten und Kosteneffektivität einer polypharmazeutischen psychopharmakologischen Behandlung von Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen in der psychiatrischen Regelversorgung

Reinhold Kilian<sup>1</sup>, Tilman Steinert<sup>2</sup>, Prisca Weiser<sup>1</sup>, Wiltrud Bayer<sup>3</sup>, Susanne Jaeger<sup>2</sup>, Carmen Pfiffner<sup>2</sup>, Karel Frasch<sup>1</sup>, Gerd W. Eschweiler<sup>4</sup>, Thomas Messer<sup>5</sup>, Daniela Croissant<sup>6</sup>, Gerhard Längle<sup>7</sup>, Thomas Becker<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Ulm, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie II, Günzburg, Deutschland

<sup>2</sup>Universität Ulm, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie I, Ravensburg, Deutschland

<sup>3</sup>Bezirksklinikum Regensburg, Abteilung für forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Regensburg, Deutschland

<sup>4</sup>Universität Tübingen, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

<sup>5</sup>Danuvius Klinik, Pfaffenhofen, Deutschland

<sup>6</sup>Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Zwiefalten, Deutschland

<sup>7</sup>Universität Tübingen, Zwiefalten, Deutschland

**Hintergrund:** Obwohl die Leitlinien für die Schizophreniebehandlung eine antipsychotische Monotherapie empfehlen, ist die gleichzeitige Behandlung mit verschiedenen psychopharmakologischen Wirkstoffen in der Regelversorgung weit verbreitet. Im Rahmen der vorliegenden Studie werden die gesundheitsökonomischen Effekte einer derartigen polypharmazeutischen Behandlungspraxis untersucht.

**Material und Methoden:** Im Rahmen einer nicht-randomisierten prospektiven Längsschnittstudie wurden 374 Patienten mit schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankungen zu fünf messzeitpunkten im Abstand von jeweils sechs Monaten untersucht. Die Rekrutierung der Patienten erfolgte jeweils bei Entlassung aus einer stationären Behandlung in 9 psychiatrischen Kliniken in Süddeutschland. Die Erfassung der klinischen Merkmale, der subjektiven Lebensqualität und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einschließlich der verordneten Medikamente erfolgte mit standardisierten Messverfahren durch trainierte Interviewer. Die Datenanalyse erfolgte mit random-effects Regressionsmodellen für Längsschnittdaten unter Verwendung robuster Varianzschätzer zur Berücksichtigung der Verteilungsschiefe der Kostendaten. Zur Korrektur des Selektionsbias wurde eine Propensityscoreadjustierung durchgeführt.

**Ergebnisse:** Zu Studienbeginn erhielten 21% (77) der Patienten eine antipsychotische Monotherapie während 79% (297) der Studienteilnehmer mit mehr als einem psychopharmakologischen Medikament behandelt wurden. 20% (74) der Patienten erhielten zwei oder mehr antipsychotische Substanzen, 16,3% (61) der Studienteilnehmer erhielten Antipsychotika kombiniert mit Antidepressiva, 16% (60) erhielten Antipsychotika zusammen mit einem Tranquillizer (Benzodiazepin), bei 11,5% (59) der Patienten wurden Antipsychotika mit Medikamenten zur Stimmungsstabilisierung (Antiepileptika) kombiniert und 15,8% (59) der Patienten wurden mit Medikamenten aus drei oder mehr unterschiedlichen psychopharmakologischen Substanzklassen gleichzeitig behandelt. Für alle Formen der psychopharmakologischen Polypharmazie, mit Ausnahme der Kombination von Antipsychotika und Stimmungsstabilisierern zeigten sich im Vergleich zu einer antipsychotischen Monotherapie höhere direkte Gesamtkosten. Gleichzeitig zeigten mit Ausnahme der Kombinationen von Antipsychotika und Tranquillizern oder Antipsychotika und Stimmungsstabilisierern alle übrigen

**Schlussfolgerung:** Eine polypharmazeutische psychopharmakologische Behandlung verursacht im Vergleich zu einer antipsychotischen Monotherapie bei geringerer oder gleicher Wirksamkeit höhere Behandlungskosten und sollte deshalb nur nach sorgfältiger Abwägung der Notwendigkeit und des zu erwartenden Nutzens angewendet werden.

Bitte zitieren als: Kilian R, Steinert T, Weiser P, Bayer W, Jaeger S, Pfiffner C, Frasch K, Eschweiler GW, Messer T, Croissant D, Längle G, Becker T. Kosten und Kosteneffektivität einer polypharmazeutischen psychopharmakologischen Behandlung von Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen in der psychiatrischen Regelversorgung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf140.  
DOI: 10.3205/11dkvf140, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1403

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf140.shtml>

141

### Kosten-Effektivitäts-Analyse eines 3MTM-Ödem-Reduktionssystem für die Behandlung des Lymphödems

Sandra Purwins, Katharina Herberger, Stephan J. Rustenbach, Matthias Augustin  
UKE, IVDP, CVderm, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die Behandlung des Lymphödems ist aus ökonomischer Sicht von besonderem Interesse, da oftmals hohe Kosten generiert werden und die Patienten teilweise hohe Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erleiden.

**Zielsetzung:** Ermittlung der Kosten-Effektivität des 3M™ Coban 2™ Kompressionssystems im Vergleich zu Comprilan® Kurzzugbinden in der Therapie des Lymphödems.

**Methoden:** In Großbritannien und den Vereinigten Staaten wurde eine multizentrische, randomisierte Studie durchgeführt. 40 Arm- und 40 Beinlymphödempatienten wurden zufällig auf 4 Studienarme (tägliche, zweimal und dreimal wöchentliche Therapie mit 3M™ Coban 2™ Kompressionstherapie sowie tägliche Kompressionstherapie mit Comprilan und standard Bandagen) verteilt. Als Effektivitätsparameter der ökonomischen Analyse wurde die prozentuale Reduktion des Gliedmaßenumfangs nach 19 Tagen gewählt. Die Kosten wurden aus dem Ressourcenverbrauch für verwendete Medizinprodukte und die direkten Therapiekosten nachträglich ermittelt und in Euro dargestellt.

**Ergebnisse:** Es zeigte sich, dass die Kompressionstherapie mit 3M™ Coban 2™ Kompressionssystem zweimal wöchentlich am kosteneffektivsten gegenüber den anderen Therapien war. Das Ergebnis war unabhängig von der Lokalisation des Lymphödems. Die mittleren Behandlungskosten betragen 1.092,99 EUR pro Lymphödempatient.

**Diskussion:** Die Behandlung der Lymphödeme mit 3M™ Coban 2™ Kompressionstherapie zweimal wöchentlich ist kosteneffektiver als die tägliche oder dreimal wöchentliche Anwendung und auch kosteneffektiver als die tägliche Kompressionsbehandlung mit Comprilan® Kurzzug- und Standardbandagen.

Bitte zitieren als: Purwins S, Herberger K, Rustenbach SJ, Augustin M. Kosten-Effektivitäts-Analyse eines 3MTM-Ödem-Reduktionssystem für die Behandlung des Lymphödems. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf141.

DOI: 10.3205/11dkvf141, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1412

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf141.shtml>

142

### Krankheitskosten bei pädiatrisch-diabetologischen Patienten mit unterschiedlicher Diabetesdauer

Christina Bächle<sup>1</sup>, Joachim Rosenbauer<sup>1</sup>, Andrea Icks<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Düsseldorf, Deutschland

<sup>2</sup>Heinrich-Heine Universität und Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Düsseldorf, Deutschland

**Hintergrund:** Der Typ-1-Diabetes mellitus (T1DM) ist eine der häufigsten chronischen Stoffwechselerkrankungen im Kindesalter. Im Jahr 2007 waren laut Inzidenzregister des DDZ Düsseldorf in Deutschland ca. 31.250 Kinder und Jugendliche im Alter von 0-19 Jahren insgesamt davon betroffen. Die Erkrankung ist mit weitreichenden Konsequenzen für Betroffene und ihre Familien, aber auch für Gesundheitssystem und Gesellschaft verbunden. In dieser Studie wurden direkte Diabetes-bezogene Kosten aus Patientendaten eines bundesweiten Computerdokumentationssystems zur prospektiven Verlaufsdocumentation von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (DPV) analysiert.

**Material und Methoden:** Erhebungsjahr ist das Kalenderjahr 2007. Alle in DPV dokumentierten medizinischen Daten (Stoffwechseleinstellung, Krankheitsereignisse) wurden erfasst und Inanspruchnahmen medizinischer Leistungen mit Vergütungspauschalen und Handelspreisen bewertet. Gesamtkosten und die Verteilung der Kosten auf verschiedene Kostenkategorien wurden ermittelt. Die Kostenanalyse erfolgte getrennt für zwei Patientengruppen: In eine Analyse (A1) wurden alle prävalenten Patienten < 20 Jahre (ohne 2007 neu erkrankte Patienten) eingeschlossen, deren Diabetesbehandlung 2007 kontinuierlich in DPV dokumentiert wurde. Die zweite Analyse (A2) beschränkte sich auf alle Patienten < 20 Jahre mit früher Diabetesmanifestation (Alter < 5 Jahre) und mindestens achtjähriger Diabetesdauer.

**Ergebnisse:** Es wurden Daten von 12.001 (A1) bzw. 1.473 (A2) Patienten ausgewertet. 52,6 bzw. 53,0% der Patienten waren männlich, das mittlere Alter betrug 12,6/13,4 Jahre, die mittlere Diabetesdauer 5,0/10,4 Jahre. Die mittleren HbA1c-Werte in den beiden Gruppen unterschieden sich geringfügig (7,7 vs. 8,1%). Die mittleren jährlichen Diabetes-assoziierten Gesamtkosten aller prävalenten Patienten < 20 Jahre (A1) betragen 3.508 €. Hauptkostenkategorien waren Blutzuckerselbstkontrollen (32,4%), gefolgt von Diabetes-assoziierten Krankenhausaufhalten (24,1%), Insulinpumpentherapie (21,6%) und Insulin (16,6%). Andere Kostenkategorien (Kosten für ambulante Versorgung, Injektionsnadeln, Glukagonsets, Medikamente bei Komorbiditäten) waren von untergeordneter Bedeutung. Die Diabetes-assoziierten Gesamtkosten bei längerer Diabetesdauer (A2) waren durchschnittlich 267 € (7,6%) pro Person höher als in A1. Patienten mit längerer Diabetesdauer hatten im Mittel geringere relative Kosten für Krankenhausaufhalte (21,9%) und Blutzuckerselbstkontrollen (29,4%), jedoch höhere relative Kosten für Insulin (18,2%) und Insulinpumpentherapie (25,8%).

**Schlussfolgerung:** Die Diabetes-assoziierten Gesamtkosten von pädiatrischen Patienten mit längerer Diabetesdauer waren 7,6% höher als von allen pädiatrisch-diabetologischen Patienten. Zu beachten ist, dass Spätschäden in diesem Alter auch bei längerer

Diabetesdauer selten sind. Unterschiede in der Verteilung auf verschiedene Kostenkategorien lassen sich auf verschiedene Faktoren zurückführen, darunter verschiedene Anforderungen an die Diabetestherapie sowie metabolische Veränderungen mit Fortschreiten der Erkrankung.

Die Studie wurde mit Hilfe der DPV-Wiss-Initiative durchgeführt. Die Studie wird unterstützt durch das "Kompetenznetz Diabetes mellitus" ([www.kompetenznetz-diabetes-mellitus.net](http://www.kompetenznetz-diabetes-mellitus.net)), gefördert vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01GI0802, 01GI0859).

Bitte zitieren als: Bächle C, Rosenbauer J, Icks A. Krankheitskosten bei pädiatrisch-diabetologischen Patienten mit unterschiedlicher Diabetesdauer. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf142. DOI: 10.3205/11dkvf142, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1425  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf142.shtml>

143

### Kundenorientierte Angebote unter ökonomischen Gesichtspunkten im Krankenhaus entwickeln – Vorstellung eines praktischen Vorgehens zur kundenorientierten Angebotsentwicklung im Krankenhaus mittels adaptiertem Quality Funktion Deployment Verfahren

Claudia Welz-Spiegel  
QM im Gesundheitswesen, Oberursel, Deutschland

**Hintergrund:** Zur zielgerichteten Entwicklungsplanung im Krankenhaus gehört heute auch die gezielte Ausrichtung auf ökonomische Aspekte. Eine Entwicklung ist vor allem dann erfolgreich, wenn Angebote entwickelt werden die zu einer höheren Auslastung der Dienstleistungen und somit der Bettenbelegung führen. Es muss gelingen, Angebote zu entwickeln die für Patienten und die Organisation gut nutzbar sind und zur Inanspruchnahme führen. Die Sicherheit der Patienten und deren Kundenzufriedenheit sind hierbei wesentliche Merkmale zur Zukunftssicherung im Verdrängungswettbewerb der Kliniken.

Ziel ist es daher sich der Wettbewerbssituation aktiv zu stellen und Marktsegmente zu belegen. Somit die Auslastung der vereinbarten Betten zu erreichen und damit verbunden die Umsätze durch Behandlungsvergütung zu erzielen. Dies unter der Berücksichtigung bei der Angebotsentwicklung keine zusätzlichen Risiken für die Patienten oder die Organisation zu erzeugen.

Den Krankenhausverantwortlichen muss es daher gelingen, schon im Vorfeld auf der Grundlage von Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen bedarfsorientierte Angebote unter der Berücksichtigung des Risikomanagements zu entwickeln und im Markt zu etablieren. Systematisch kann dies unter anderem durch die praktische Entwicklungsarbeit mittels einer adaptierten QFD-Methode für Kliniken erfolgen. Dies wird exemplarisch am Beispiel einer Klinik für Geburtshilfe vorgestellt.

**Material und Methoden:** Ziel des Vortrags ist es, die adaptierte QFD-Methode und die praktischen Möglichkeiten von Innovationen im Krankenhaus trotz verschärfter Bedingungen unter Berücksichtigung ökonomischer Gesichtspunkte aufzuzeigen. Dies am praktischen Ergebnis eines Entwicklungsprojekts mittels der QFD-Methode und einer anschließenden Conjoint Analyse.

**Schlussfolgerung:** Die praktischen Erfahrungen des Einsatzes der QFD-Methode im Gesundheitswesen verdeutlichen eine gut zu nutzende Chance. Es besteht durch die Verwendung der QFD-Methode die Möglichkeit, kundenorientierte Angebote zu entwickeln die zu einer Erhöhung der Inanspruchnahme von Dienstleistungen führen.

#### Literatur

1. Saatweber J. In: Masing, Hrsg. Handbuch Qualitätsmanagement, QFD - Quality Function Deployment. 3. Auflage. Carl Hanser Verlag; 1994.
2. Schmutte AM. Total Quality Management im Krankenhaus. Wiesbaden: 1998.
3. Streckfuss G. QFD – Kundenorientierte Produktgestaltung in der Praxis. In: Wege zum erfolgreichen Qualitätsmanagement in der Produktentwicklung. VDI – Berichte 1106. Düsseldorf: 1994.
4. Weis HC. Marketing, Kompakt-Training. 4. überarbeitete Aufl. Ludwigshafen: Friedrich Kiehl-Verlag; 2005.
5. Akao Yoji. QFD, Quality Function Deployment, Wie die Japaner Kundenwünsche in Qualität umsetzen. Landsberg: Verlag Moderne Industrie; 1992.

Bitte zitieren als: Welz-Spiegel C. Kundenorientierte Angebote unter ökonomischen Gesichtspunkten im Krankenhaus entwickeln – Vorstellung eines praktischen Vorgehens zur kundenorientierten Angebotsentwicklung im Krankenhaus mittels adaptiertem Quality Funktion Deployment Verfahren. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf143. DOI: 10.3205/11dkvf143, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1431  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf143.shtml>

144

### Langfristige Wirksamkeit einer integrativen Patientenschulung zur Optimierung der stationären Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz – Eine multizentrische, prospektive Kontrollgruppenstudie

J. Hofmann<sup>1</sup>, J. Buchmann<sup>2</sup>, K. Meng<sup>2</sup>, H. Vogel<sup>2</sup>, H. Bork<sup>3</sup>, K. Pfeifer<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Institut für Sportwissenschaft und Sport, FAU Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, Würzburg, Deutschland

<sup>3</sup>Asklepios Klinik, Schaufling, Deutschland

<sup>4</sup>Institut für Sportwissenschaft und Sport, Arbeitsbereich Bewegung und Gesundheit, FAU Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

**Hintergrund:** Die kurzfristige Wirksamkeit intensivierter Rehabilitationsprogramme mit einem biopsychosozialen Ansatz bei chronischen Rückenschmerzen ist international bestätigt [1]. Der Nachweis der langfristigen Wirksamkeit intensivierter Rehabilitationsprogramme in Deutschland steht noch aus und es findet in der Praxis der rehabilitativen Versorgung bisher kaum eine

zielgerichtete Verknüpfung von wissens-, verhaltens- und bewegungsbezogenen Interventionsformen statt. Vor diesem Hintergrund erfolgten die Entwicklung und Implementierung eines integrativen, d.h. interdisziplinär aufeinander abgestimmten Schulungsprogramms „PASTOR“ zum Aufbau von aktiven Selbstmanagementkompetenzen bei Personen mit chronischen Rückenschmerzen sowie die Evaluation der Wirksamkeit im Vergleich zur stationären Standardrehabilitation.

**Material und Methoden:** Die Wirksamkeit wurde in einer multizentrischen quasi-experimentellen Kontrollgruppenstudie mit drei Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 12-Monats-Katamnese) untersucht. Die Zielparameter wurden bei Probanden mit orthopädischer Hauptindikation (M54.4 – M54.9, M51.2 – M51.9, M53.8 – M53.9 nach ICD-10) mittels standardisierter Befragungsinstrumente erhoben. In der Kontrollphase erfolgte die Analyse der Effekte der Standardrehabilitation in drei Rehabilitationskliniken („usual care“). Im Anschluss wurde das integrative Schulungsprogramm in den Kliniken implementiert und in der Interventionsphase die Effekte des neuen Programms untersucht. Das vorliegende integrative Schulungsprogramm wurde an 12 Tagen in geschlossenen Gruppen durchgeführt und umfasste fünf Module mit einem Umfang von 48 Einheiten. Eine Vergleichbarkeit des zeitlichen Umfangs beider Gruppen wurde angestrebt. Primäre Zielgröße ist die subjektive Funktionskapazität (FfbH-R). Sekundäre Zielgrößen betreffen Schmerz (NRS), schmerzbezogene Kognitionen (TSK, PCI, KSI), kognitive und behaviorale Schmerzbewältigungskompetenzen (FESV), körperliche Aktivität (HAPA-Skalen, FFA), subjektive Gesundheit (SF-12), rücken-schmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Die Stichprobe umfasst 537 Rehabilitanden (KG: n = 270; IG: n = 267). Der Anteil von Frauen ist 51%. Das durchschnittliche Alter beträgt 49 Jahre (SD = 8,4).

Die Analyse des primären Effektes sowie sekundärer Effekte erfolgte durch den Intergruppenvergleich zum dritten Messzeitpunkt mittels Kovarianzanalyse unter Kontrolle bedeutsamer Baseline-Unterschiede.

**Ergebnisse:** Nach 12 Monaten liegen Daten von 382 Personen (71%) vor. Ein Jahr nach der Rehabilitation besteht ein signifikanter kleiner Intergruppeneffekt in der Verbesserung der Funktionskapazität zugunsten der IG ( $\eta^2 = 0,036$ ;  $p < 0,001$ ). Hinsichtlich sekundärer Zielparameter zeigen sich langfristig ebenfalls signifikante, kleine bis mittlere Interventionseffekte. Probanden der Interventionsgruppe weisen eine höhere körperliche Funktionsfähigkeit, geringere Schmerzbelastung, verbesserte kognitive und behaviorale Schmerzbewältigungskompetenzen sowie eine höhere Sportaktivität auf.

**Schlussfolgerung:** Langfristig zeigen sich mit kleinen bis mittleren Interventionseffekten im primären Zielparameter und in weiteren sekundären Zielparametern höhere Effekte des integrativen Schulungsprogramms „PASTOR“ im Vergleich zur Standardrehabilitation. Auf Basis dieser Ergebnisse kann der Einsatz des Programms zur Optimierung der Standardrehabilitation empfohlen werden.

## Literatur

1. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic back-pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2002.

Bitte zitieren als: Hofmann J, Buchmann J, Meng K, Vogel H, Bork H, Pfeifer K. Langfristige Wirksamkeit einer integrativen Patientenschulung zur Optimierung der stationären Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz – Eine multizentrische, prospektive Kontrollgruppenstudie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf144.

DOI: 10.3205/11dkvf144, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1447

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf144.shtml>

## 145

### Längsschnittlicher Vergleich der Brustkrebbsversorgung zwischen Marburg-Biedenkopf (1996–97, 2003–04), Oberpfalz (1995–2004) und USA (1990–2002) mittels des relativen Überlebens

C.O. Jacke<sup>1</sup>, M. Kalder<sup>2</sup>, J. Etter<sup>2</sup>, N. Hefendieh<sup>2</sup>, M. Koller<sup>3</sup>, M. Klinkhammer-Schalke<sup>4</sup>, J. Hofmann<sup>5</sup>, D. Wallwiener<sup>5</sup>, U. Wagner<sup>2</sup>, U.S. Albert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland

<sup>2</sup>Universitätsklinikum Giessen und Marburg, Standort Marburg, Brustzentrum Regio, Marburg, Deutschland

<sup>3</sup>Zentrum für klinische Studien, Universitätskrankenhaus Regensburg, Regensburg, Deutschland

<sup>4</sup>Tumorzentrum Regensburg e.V., Regensburg, Deutschland

<sup>5</sup>Institut für Frauengesundheit, Universitätsfrauenklinik Tübingen, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** In der Brustkrebbsversorgung gilt es, erkrankte Frauen in möglichst frühen Krankheitsstadien zu erkennen und zu behandeln. Um eine Versorgungsverbesserung zu erreichen wurde die erste S3-Leitlinie „Brustkrebbs-Früherkennung in Deutschland“ 2000–2003 entwickelt. Sie beschreibt eine evidenz- und konsensusbasierte qualitätsgesicherte Diagnosekette zur sektorübergreifenden Versorgung. Die S3-Leitlinie zur „Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau“ lag 2004 vor. Ziel dieses Beitrags ist ein längsschnittlicher Kohortenvergleich zwischen den Regionen Marburg-Biedenkopf, Oberpfalz und siebzehn Bundesstaaten der USA (SEER17) hinsichtlich der Stadienverteilungen und des relativen 5-Jahres-Überlebens nach Erstdiagnose zur S3-Leitlinienimplementierung vor Einführung des qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings.

**Material und Methoden:** Aus dem Landkreis Marburg-Biedenkopf wurden N=266 (1996–97) und N=311 (2003–04) primär therapierte Brustkrebspatientinnen in den drei regionalen Krankenhäusern erfasst. Das Follow-Up erfolgte über die Einwohnermeldeämter im vierten Quartal 2008 (N=17 Drop Outs). Aus der Oberpfalz gingen zwischen N=482 (1995) und N=785 (2004) insgesamt N=5.988 primär therapierte Brustkrebspatientinnen ein. Der Vitalstatus-Abgleich mit den Einwohnermeldeämtern erfolgte zur Jahresmitte 2010. Aus den USA sind die Daten dem Surveillance, Epidemiology, and End Results für 17 Staaten (SEER17) insgesamt N=317.252 zwischen den Jahren

1990–2002 entnommen. Der Vitalstatusabgleich erfolgte über das National Vitalstatistics System des Centers for Disease Control and Prevention. Deskriptive Statistiken bezogen sich auf die relativen Stadienverteilungen in der jeweiligen Fassung (UICC 5 bis 2002, UICC 6 ab 2003). Die Berechnung der relativen Überlebensmaße basieren auf der Methode nach Hakulinen (1982) und den alters- sowie geschlechtsspezifischen Sterbetafeln der Human Mortality Database (HMD).

**Ergebnisse:** Die stadienspezifischen und jahresaggregierten relativen 5-Jahres Überlebensverhältnissen ab Erstdiagnose der drei Kohorten werden vergleichend dargestellt. Im internationalen Vergleich wurden in Deutschland in den 1990er Jahren weniger Patientinnen in frühen Stadien diagnostiziert und erklären somit die niedrigeren Überlebensraten im Vergleich. Im weiteren Verlauf stieg das relative 5-Jahres Überleben unter Etablierung der S3-Leitlinien an und weist eine konvergierende Tendenz an das amerikanische Versorgungsniveau aus.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen relevante Stadienverschiebungen bereits mit der Etablierung der sektorübergreifenden S3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland an, bevor die Einführung des flächendeckenden qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings erfolgte. Die Implementierung der S3-Leitlinien geht mit Verbesserungen im relativen 5-Jahres Überleben für Brustkrebspatientinnen in Deutschland einher. Weitere Verbesserungen in der Brustkrebversorgung in Deutschland können ab 2010 nach flächendeckender Implementierung des qualitätsgesicherten Mammographie-Screening Programms erwartet werden.

Bitte zitieren als: Jacke C, Kalder M, Etter J, Hefendiehl N, Köller M, Klinkhammer-Schalke M M, Hofmann J, Wallwiener D, Wagner U, Albert U. Längsschnittlicher Vergleich der Brustkrebversorgung zwischen Marburg-Biedenkopf (1996–97, 2003–04), Oberpfalz (1995–2004) und USA (1990–2002) mittels des relativen Überlebens. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf145. DOI: 10.3205/11dkvf145, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf145

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf145.shtml>

146

## Lebensqualität nach bariatrischer OP bei Patienten mit Adipositas per magna (BMI>35)

Thomas Kuechler<sup>1</sup>, Markus Ahrens<sup>2</sup>, Thomas Becker<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RZLQ, UK S-H, Kiel, Deutschland

<sup>2</sup>Chirurgie, UK S-H, Kiel, Deutschland

**Hintergrund:** Adipositas per magna oder Übergewicht ab einem BMI>35 stellt nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern zunehmend auch für die Gesellschaft (u.a. Krankenkassen) ein schwerwiegendes Problem dar. Bei diesen Patienten stellt unter beschreibbaren Voraussetzungen die bariatrische

Chirurgie in der Techniken "Magen-Bypass" oder "Schlauchmagen" die letzte Möglichkeit dar, das lebensbedrohliche Übergewicht und damit auch seine sekundären Symptome orthopädischer, kardiologischer und pulmonaler Art zu stoppen.

**Material und Methoden:** Im Adipositas-Zentrum Kiel wird im Rahmen eines "comprehensive programs", d.h. unter Mitarbeit von Chirurgen, Internisten/Kardiologen, Physiotherapeuten und Psychologen dieser Weg beschritten und wissenschaftlich begleitet. Als primäres Outcome fungiert in dieser Studie neben der objektivierbaren Gewichtsreduktion die subjektive Lebensqualität, gemessen mit dem EORTC QLQ C30 + Adipositasmodul und erhoben prä- und direkt postoperativ sowie in der Folge nach 1, 3, 6, 12 und 24 Monaten.

Ein besonderer Schwerpunkt stellt die präoperative psychologische Indikationsdiagnostik dar, da in Vorstudien ein erhebliches Ausmass an frühen Störungen, in mehr als 1/3 aller Fälle durch (frühkindlichen) sexuellen Missbrauch oder familiäre Gewalt bedingt, diagnostiziert wurde.

**Ergebnisse:** Die vorläufigen Ergebnisse der Studie zeigen, dass über 90% der behandelten Patienten im ersten postoperativen Jahr von diesem interdisziplinären Behandlungskonzept profitieren. Dies zeigt sich zum Einem in z.T. dramatischer Gewichtsreduktion, entsprechend zunehmender Beweglichkeit, weniger Diabetes, weniger Schmerzen u. a. m., zum Anderen aber auch in einer ebenfalls dramatisch zu nennenden Weise in einigen Bereichen (Domänen) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Verbesserung bis zu 50 Punkten z.B. im Bereich "Dispneu" (Abbildung 1, Abbildung 2).

Es ist aber auch darauf hinzuweisen, dass ein solch physiologisch und vor allem psychologisch "einschneidender" Eingriff die Gefahr von (temporären) psychischen Problemen bis hin zu psychopathologischen Episoden führen kann: drei der bisherigen >150 chirurgisch behandelten Patienten mußten kurzzeitig psychiatrisch behandelt werden, ca. 1/4 der Patienten benötigte psychotherapeutische Unterstützung.

**Schlussfolgerung:** Bariatrische Chirurgie stellt für Patienten/Innen mit massivem Übergewicht (BMI>35) oftmals die letzte Möglichkeit zur Reduktion ihrer häufig absehbar lebensbedrohlichen Adipositas dar. Mit Hilfe eines interdisziplinären Gesamtbehandlungskonzeptes lassen sich hier bessere Ergebnisse als bei den üblichen konservativen Massnahmen erzielen. Bedeutsam für sowohl die präoperative Indikationsstellung als auch für die postoperative Begleitung ist die Evaluation der psychischen Anteile an der Genese der dem massiven Übergewicht zugrundeliegenden Essstörung.

Bitte zitieren als: Kuechler T, Ahrens M, Becker T. Lebensqualität nach bariatrischer OP bei Patienten mit Adipositas per magna (BMI>35). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf146. DOI: 10.3205/11dkvf146, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf146

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf146.shtml>

**Lebensqualitätsentwicklung nach bariatrischer OP (n = 120)**  
 - von präoperativ bis 1 Jahr postop -  
 EORTC QLQ-C30 Funktionskalen

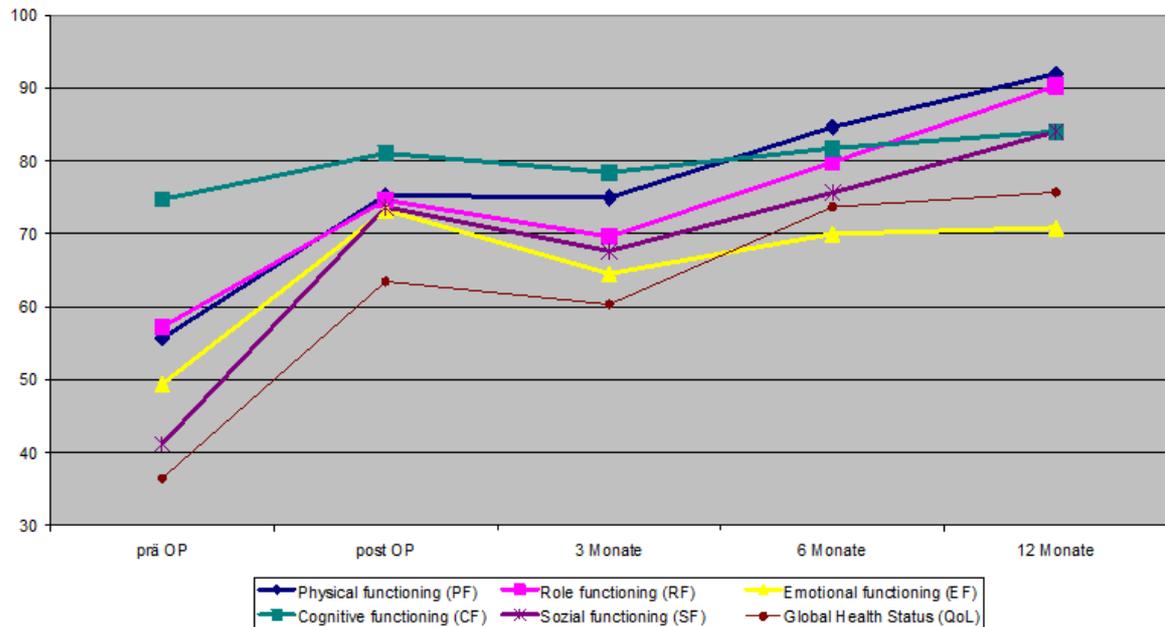


Abbildung 1: Lebensqualitätsentwicklung nach bariatrischer OP (Funktionskalen)

**Lebensqualitätsentwicklung nach bariatrischer OP (n = 120)**  
 - von präoperativ bis 1 Jahr postop -  
 EORTC QLQ-C30 Symptomskalen

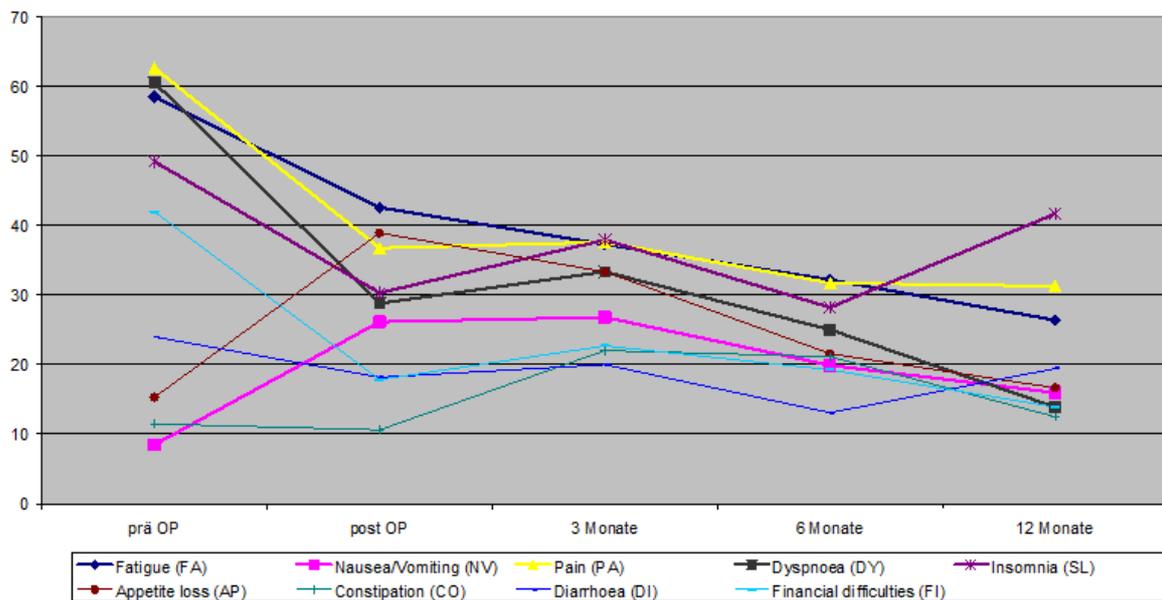


Abbildung 2: Lebensqualitätsentwicklung nach bariatrischer OP (Symptomskalen)

147

## Leitliniengerechte Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern: Versorgungsforschung auf Basis von Primär- und Sekundärdaten

Thomas Wilke<sup>1</sup>, Sabrina Müller<sup>1</sup>, Antje Groth<sup>1</sup>, Frank Verheyen<sup>2</sup>, Roland Linder<sup>2</sup>, Matthias Pfannkuche<sup>3</sup>, Günter Breithardt<sup>4</sup>, Rupert Bauersachs<sup>5</sup>, Ulf Maywald<sup>6</sup>

<sup>1</sup>IPAM, Wismar, Deutschland

<sup>2</sup>WINEG, Hamburg, Deutschland

<sup>3</sup>Boehringer Ingelheim Pharma, Ingelheim, Deutschland

<sup>4</sup>Universität Münster, Münster, Deutschland

<sup>5</sup>Universitätsklinikum Darmstadt, Darmstadt, Deutschland

<sup>6</sup>AOK Plus, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Vorhofflimmern (VHF) ist mit einer Inzidenz von 0,85–4,10 pro 1.000 Personenjahre die häufigste Rhythmusstörung. Sie ist verbunden mit erhöhter Letalität in Folge von Schlaganfällen und thromboembolischen Ereignissen. Leitlinien empfehlen für Patienten mit moderatem/hohem Schlaganfallrisiko (CHADS<sub>2</sub> > 1; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc > 1) die orale Antikoagulation (OAK). Daten zur OAK-Versorgung von deutschen VHF-Patienten, die in Hausarztpraxen betreut werden (ca. 90% aller Patienten), liegen bislang nicht umfassend vor. Ziel dieser Studie ist es deshalb, das Ausmaß etwaiger VKA-Unterversorgung in Deutschland zu ermitteln und deren Ursachen zu identifizieren.

**Material und Methoden:** Im Rahmen der Studie wurden sowohl Beobachtungsdaten als auch Krankenkassendaten genutzt. Zum einen wurde eine Versorgungsforschungsstudie (ACT-AF) mit 71 randomisiert ausgewählten Hausarztpraxen und 786 VHF-Patienten initiiert, in der prospektiv für Ø 6,9 Monate und retrospektiv für 12 Monate die Versorgung dokumentiert wurde. Andererseits wurde mit 2 Krankenkassen eine Datenanalyse mit 184.682 VHF-Versicherten (Gesamtprävalenz 2,066%) durchgeführt, die in den Jahren 2007/2008 mindestens zwei gesicherte ambulante VHF-Diagnosen in 2 unterschiedlichen Quartalen und/oder eine stationäre VHF-Diagnose (ICD-10: I48.) hatten.

Ein Patient galt dann als OAK-unterversorgt (OAK-UV), wenn er einen CHADS<sub>2</sub>-Score >1 bzw. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score >1 und keine Kontraindikationen (KI) nach Fachinformation aufwies, dennoch aber nicht mindestens 1 Verordnung einer oralen Antikoagulation pro Jahr erhielt.

**Ergebnisse:** Das untersuchte GKV-Sample weist ein Durchschnittsalter von 73,4 Jahren auf und ist zu 55,8% männlich (CHADS<sub>2</sub>-Score 2,52; 86,5% der Patienten mit Hypertonie; 43,9% mit Diabetes). Das ACT-AF-Sample ist durchschnittlich 73,2 Jahre alt (Anteil Männer 54,2%; CHADS<sub>2</sub>-Score 2,32) aus.

Je nach Anwendung des CHADS<sub>2</sub>-Score oder des CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score weisen 137.571 (74,5%)/167.792 Patienten (90,9%) im Kassendatensatz einen OAK-Bedarf auf; nach Berücksichtigung der KI sind dies 78.032 (42,3%)/102.940 Patienten (55,7%). Im Kassendatensatz ergibt sich eine relative OAK-UV von 47,9% (37.409 Patienten)/48,2% (49.634 Patienten). Davon erhalten 19,6%/18,9% zumindest ASS. In der ACT-AF-Studie zeigten 12,7% der Patienten OAK-UV (davon 64,0% mit ASS). Das auf diesem Datensatz basierende logistische Modell zur Erklärung der OAK-UV zeigte, dass Patienten mit persistierendem

bzw. permanentem VHF eine geringere OAK-UV-Wahrscheinlichkeit aufweisen als Patienten mit paroxysmalem VHF (OR 0,310 bei p < 0,001). Weiterhin halbiert die Tatsache, dass ein Patient bereits einen Kardiologen konsultierte, die OAK-UV-Wahrscheinlichkeit (OR von 0,511 bei p = 0,004).

**Schlussfolgerung:** Mit der Analyse konnten erstmals repräsentative und auf einem großen Sample basierende Daten zum Ausmaß der OAK-UV in Deutschland abgeleitet werden. Durch die in die Forschung integrierte Beobachtungsstudie gelang zudem, Patienten- und Arztspezifika, die in Kassendatensätzen nicht enthalten sind, als OAK-UV-Ursachen zu identifizieren. Versorgungsforschungsdesigns, die Primär- und Sekundärdaten verknüpfen, können somit einen deutlichen Erkenntnisgewinn bieten.

Bitte zitieren als: Wilke T, Müller S, Groth A, Verheyen F, Linder R, Pfannkuche M, Breithardt G, Bauersachs R, Maywald U. Leitliniengerechte Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern: Versorgungsforschung auf Basis von Primär- und Sekundärdaten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf147. DOI: 10.3205/11dkvf147, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1476  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf147.shtml>

148

## Leitliniengerechte medikamentöse Begleittherapie von Männern und Frauen mit akutem Herzinfarkt – 10 Jahre Daten des Berliner Herzinfarktregisters

Jens-Uwe Röhnisch<sup>1</sup>, Birga Maier<sup>2</sup>, Steffen Behrens<sup>3</sup>, Ralf Schoeller<sup>4</sup>, Helmut Schuehlen<sup>5</sup>, Heinz Theres<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Vivantes-Klinikum Berlin-Hellersdorf, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>BHIR, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup>Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup>DRK-Klinikum Westend, Berlin, Deutschland

<sup>5</sup>Vivantes-AVK, Berlin, Deutschland

<sup>6</sup>Charite, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Die ersten Leitlinien zur Behandlung von Herzinfarktpatienten nach der Neudefinition des akuten Myokardinfarkts (AMI) im Jahre 2000 wurden 2003 publiziert und werden seitdem laufend aktualisiert. Entsprechend dieser Leitlinien sollen Herzinfarktpatienten neben einer wiedereröffnenden Therapie des verschlossenen Herzkranzgefäßes Medikamente aus 4 Substanzgruppen: ASS, Beta-Blocker, ACE-Hemmer bzw. Angiotensinrezeptor-Blocker (ARB) und CSE-Hemmer erhalten. Da das Berliner Herzinfarktregister (BHIR) seit 1999 Daten zur stationären Behandlung von Herzinfarktpatienten erhebt, bieten die Registerdaten die Möglichkeit, die Umsetzung der in den Leitlinien geforderten medikamentösen Therapie im Alltag über die Zeit zu dokumentieren.

**Material und Methoden:** Im BHIR werden seit 1999 kontinuierlich Daten zur stationären Versorgung von Patienten mit AMI (Prähospitalzeit <48h) erhoben. In die Analyse sind die über einen 10 Jahreszeitraum (1.1.1999–31.3.2008) erhobenen Daten von 3247 Frauen und 8074 Männern mit AMI im Alter unter 80 Jahren eingeflossen

**Ergebnisse:** 3 Tabellen zu Entwicklungen über die Zeit: Tabelle 1, Tabelle 2, Tabelle 3.

Ambulante Vormedikation in %		99/00	01/02*	03/04	05/06	07/08	X2 Trend test
<b>Frauen</b> (n=3247)							
TAH**		26	-	40	37	39	<0,001
Beta-Blocker	23	-	40	45	48		<0,001
ACE-Hemmer o. ARB	25	-	31	38	45		<0,001
CSE-Hemmer	11	-	21	20	28		<0,001
<b>Männer</b> (n=8074)							
TAH**		25	-	35	35	36	<0,001
Beta-Blocker	20	-	31	36	36		<0,001
ACE-Hemmer o. ARB	20	-	31	33	37		<0,001
CSE-Hemmer	10	-	21	20	26		<0,001

\* Daten für den Zeitraum nicht erhoben \*\* Thrombozytenaggregationshemmer

Tabelle 1

Medikation bei stationärer Aufnahme(%)		99/00	01/02	03/04	05/06	07/08	X2 Trend test
<b>Frauen</b> (n=3247)							
TAH		91	93	96	98	97	<0,001
Beta-Blocker	64 75	86	81	80			<0,001
ACE-Hemmer o. ARB	50 61	70	63	68			<0,001
CSE-Hemmer	39	68	64	75			<0,001
<b>Männer</b> (n=8074)							
TAH		93	95	97	97	98	<0,001
Beta-Blocker	75 81	88	81	81			0,001
ACE-Hemmer o. ARB	49 57	74	65	70			<0,001
CSE-Hemmer	40	71	68	79			<0,001

\* Daten für den Zeitraum nicht erhoben \*\* Thrombozytenaggregationshemmer

Tabelle 2

Medikation bei stationärer Entlassung in %		99/00	01/02	03/04	05/06	07/08	X2 Trend test
<b>Frauen</b> (n=3247)							
TAH		90 93	98	97	97		<0,001
Beta-Blocker	82 88	94	93	95			<0,001
ACE-Hemmer o. ARB	70 76	89	88	93			<0,001
CSE-Hemmer	49 70	87	84	90			<0,001
<b>Männer</b> (n=8074)							
TAH		92 95	97	97	97		<0,001
Beta-Blocker	88 91	95	95	96			<0,001
ACE-Hemmer o. ARB	75 81	91	90	94			<0,001
CSE-Hemmer	59 72	90	89	94			<0,001

\*\* Thrombozytenaggregationshemmer

Tabelle 3

**Schlussfolgerung:** Die in den Leitlinien geforderte stationäre medikamentöse Begleittherapie sowie die Krankenhausentlassungsmedikation haben für Männer und Frauen mit AMI über die Zeit stetig zugenommen und auf hohem Niveau ein Plateau erreicht. Auch die ambulante Vormedikation von Patientinnen und Patienten mit AMI konnte über die Zeit gesteigert werden.

#### Literatur

1. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology, Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KAA, Julian D, Lengyel M, Neumann FJ, Ruzyllo W, Thygesen C, Underwood SR, Vahanian A, Verheugt FWA, Wijns W. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2003;24:28–66.
2. The American Heart Association Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Acute Cardiac Care), Council on Cardiovascular Nursing, and Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group, in Collaboration With the Society of Chest Pain Centers, Gibler WB, Cannon CP, Blomkalns AL, Char DM, Drew BJ, Hollander JE, Jaffe AS, Jesse

RL, Newby LK, Ohman EM, Peterson ED, Pollack CV. Practical Implementation of the Guidelines for Unstable Angina/Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in the Emergency Department: A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Clinical Cardiology. *Circulation*. 2005;111:2699-2710.

Bitte zitieren als: Röhnisch JU, Maier B, Behrens S, Schoeller R, Schuehlen H, Theres H. Leitliniengerechte medikamentöse Begleittherapie von Männern und Frauen mit akutem Herzinfarkt – 10 Jahre Daten des Berliner Herzinfarktregisters. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf148.  
DOI: 10.3205/11dkvf148, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1489  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf148.shtml>

149

### Long term impact of second generation antipsychotics, physical activity, and waist size on objective and subjective physical health in patients with schizophrenia (ELAN-Study)

Gerhard Wilhelm Eschweiler<sup>1</sup>, Wiltrud Bayer<sup>2</sup>, Susanne Jaeger<sup>3</sup>, Carmen Pfiffner<sup>3</sup>, Thomas Messer<sup>4</sup>, Karel Frasch<sup>5</sup>, Prisca Weiser<sup>5</sup>, Thomas Becker<sup>5</sup>, Tilman Steinert<sup>6</sup>, Reinhold Kilian<sup>5</sup>, Gerhard Längle<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Tübingen, Germany

<sup>2</sup>Bezirksklinikum Regensburg, Regensburg, Germany

<sup>3</sup>Universität Ulm, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie I, Ravensburg, Germany

<sup>4</sup>Danuvius Klinik, Pfaffenhofen, Germany

<sup>5</sup>Universität Ulm, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie II, Günzburg, Germany

<sup>6</sup>Universität Ulm, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie I, Ravensburg, Germany

<sup>7</sup>Universität Tübingen, Zwiefalten, Germany

**Background:** Background: Increased body weight, visceral adiposity and lack of physical activity/fitness are common in psychotic disorders and may be related to or even predict physical well being. The relationships between different antipsychotic treatments and physical-well being, prevalence of hypertension and hyperlipidemia, metabolic and anthropometric changes, and physical activity/ fitness of patients with psychotic disorders was evaluated under real-world treatment conditions over 24 months.

**Materials and methods:** 374 patients with schizophrenia or schizoaffective disorders were followed at 0, 6, 12, 18 and 24 months after discharge from inpatient treatment. A cut-off for the waist circumference at risk for the Framingham coronary heart disease risk index (CHDRI, Ardern et al., Obesity 2004) was adapted for BMI and sex.

**Results:** Results: At discharge, 31% of patients were obese (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>), 59% out of 363 patients had a waist at risk for CHDRI and 27.5 % had arterial hypertension, 13.2% of those patients with normal waist and 37% of patients beyond the risk waist. 3.9% of the patients had insulin dependent diabetes mellitus. Physical fitness after 6 months (ability to climb 3 stairs without sweating) was a protective factor for subjective general and physical well-being at that time point: OR 2.5 (CI 1.6–3.9, n=316). The choice of second generation antipsychotics (quetiapine, risperidone or olanzapine) had no impact on physical well-being, as statements about physical exercise, BMI, waist circumference, age or sex had also no significant impact on physical well-being at the same point in time or at the end of study. Physical fitness at 6 months, however, predicted subjective physical well being at 24 months (n=272, OR 1.7 CI 1.1–2.8).

**Conclusions:** In this study, subjective well-being from physical health and objective metabolic health was mainly related to physical fitness and lack of visceral adiposity, but was unaffected by different second generation antipsychotic treatments. Attractive exercise programs and daily physical activities should be offered to psychotic patients.

**Acknowledgement:** The ELAN study was funded as an investigator-initiated research project by a grant from AstraZeneca Deutschland to the University of Tübingen.

Please cite as: Eschweiler GW, Bayer W, Jaeger S, Pfiffner C, Messer T, Frasch K, Weiser P, Becker T, Steinert T, Kilian R, Längle G. Long term impact of second generation antipsychotics, physical activity, and waist size on objective and subjective physical health in patients with schizophrenia (ELAN-Study). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf149. DOI: 10.3205/11dkvf149, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1498  
Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf149.shtml>

150

### Machbarkeit und Nutzen eines webbasierten Wundregisters

Kristina Heyer, Kirsten Reppenhagen, Katharina Herberger, Matthias Augustin  
IVDP, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Chronische und akute Wunden sind häufig, von großer sozio-ökonomischer Relevanz und werden aufgrund des demografischen Wandels weiter an Bedeutung gewinnen. Die betroffenen Patienten leiden unter erheblicher Krankheitslast und Einbußen ihrer Lebensqualität.

In diesem Zusammenhang gewinnen Registerstudien immer mehr an Bedeutung, da sie die Beobachtung von Patienten mit einer definierten Diagnose im Langzeitverlauf unter Alltagsbedingungen ermöglichen und demzufolge Nebenwirkungen, Therapierisiken und erweiterte Wirksamkeitsbereiche gezielt erfassen können. Gleichzeitig können therapeutische Innovationen mit jeweiligen Standardtherapieverfahren verglichen werden. Registerstudien dienen daher dem medizinischen Erkenntnisgewinn, können darüber hinaus aber auch den patientenrelevanten Nutzen (Zusatznutzen) erfassen, der für die zunehmenden Kosten-Nutzenbewertungen immer wichtiger wird.

Zu den innovativen Verfahren in der modernen Wundversorgung gehört die Unterdruck-Wundtherapie (NPWT) mit Avance System. Nutzen und Wirksamkeit der Therapie im Langzeitverlauf wurden bislang nur unzureichend untersucht.

**Material und Methoden:** Ziel dieser internationalen versorgungswissenschaftlichen Studie mit prospektivem Charakter ist die Bewertung des patientenseitigen Nutzens und die Wirksamkeit der Therapie im Verlauf unter Alltagsbedingungen und im Vergleich zu Standardverfahren. Eine systematische Langzeitdokumentation von n=1.000 Fällen mit NPWT sowie n=1.000 Kontrollen mit „best practice“, aber ohne Unterdruck-Wundtherapie wird angestrebt. Die Beobachtungszeit pro Patient beträgt 12 Monate mit insgesamt 7 Erhebungszeitpunkten und einer Gesamtlaufzeit von 5 Jahren. Patienten werden in 100–200 dermatologischen, chirurgischen und allgemeinmedizinischen Praxen und Klinikambulanzen rekrutiert. Klinische Parameter, gesundheitsbezogene Lebensqualität und patientenseitiger Nutzen werden im Langzeitverlauf elektronisch über einen web-basierten Zugang erhoben. Sämtliche Studienschritte beruhen auf einem

web-basierten System. Das Ausfüllen der Patientenfragebögen erfolgt mittels eines digitalen Stiftes.

**Ergebnisse:** Hinsichtlich der Machbarkeit zeigen sich bei der Durchführung und Akzeptanz der Datenerhebung sehr gute Ergebnisse. Durch die Online-Bearbeitung sämtlicher Studienschritte und einer automatischen Dokumentenverwaltung wird unter anderem eine hohe Datensicherheit und Qualitätssicherung hergestellt. Die webbasierte Datenbanksoftware stellt somit für die Studienärzte und das Studienzentrum ein effizientes, sicheres sowie zeit- und kostensparendes Instrument dar.

**Schlussfolgerung:** Eine systematische Erfassung von Registerdaten über die Wirksamkeit und Sicherheit in der Versorgungsroutine im Langzeitverlauf mittels eines web-basierten Systems ist machbar und dient dem medizinischen Erkenntnisgewinn und der Patientensicherheit.

Bitte zitieren als: Heyer K, Reppenhagen K, Herberger K, Augustin M. Machbarkeit und Nutzen eines webbasierten Wundregisters. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf150. DOI: 10.3205/11dkvf150, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1503  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf150.shtml>

151

## Medizinische Fachangestellte mit Migrationshintergrund in der Hausarztpraxis

Karola Mergenthal, Gerlach Ferdinand M., Güthlin Corina  
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, Deutschland

**Hintergrund:** In Deutschland leben 15,7 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund (MH). Demgegenüber steht eine kleine Zahl von ausländischen Ärzten/innen: von 125.264 aller 2009 in Deutschland niedergelassenen Ärzten/innen waren 2,8 % (3.556) Ausländer/innen. Im Vergleich dazu ist die Zahl der ausländischen Medizinischen Fachangestellten (MFA)/ Arzthelferinnen (AH) hoch. In Hessen z.B. lag zwischen 2005 und 2007 der jährliche Anteil der Ausländer/innen bei durchschnittlich 15,6 %.

Die Frage, wie und ob Fachkräfte mit MH spezifische Potentiale in den Berufsalltag einbringen, ist in Deutschland kaum untersucht. Eine qualitative Studie mit 10 AH zeigt, dass diese ihre Erstsprache und ihr kulturspezifisches Wissen im Praxisalltag einsetzen und in Anwesenheit des Arztes zeitweise die Verantwortung für das Gelingen des Gesprächs übernehmen. Hier vorgestellt wird ein Forschungskonzept zum Thema „MFA/AH mit MH in der Hausarztpraxis“, das zunächst in einer qualitativen Pilotstudie die Fragestellung untersucht: „Wie erleben MFA mit MH ihren Praxisalltag in deutschen Hausarztpraxen?“ und in einer Folgestudie mit Mixed-Methods die Ergebnisse dieser Pilotbefragung aufgreift.

**Material und Methoden:** In der qualitativen Pilotstudie wurden 6 MFA aus hessischen Hausarztpraxen untersucht, die dem Institut für Allgemeinmedizin (IfA) bereits aus Forschungs- und Lehrprojekten bekannt waren. Das Interview erfolgte mit Hilfe eines halbstandardisierten Leitfadens; die Auswertung der vollständig

transkribierten Interviews erfolgte mit der inhaltsanalytischen Methode nach Mayring in einem Auswertungsteam. Daran schließt sich eine Befragung in einer repräsentativen Stichprobe von MFA im letzten Ausbildungsjahr an. Zur Klärung weiterer Fragen sind anschließend erneut qualitative Interviews/Fokusgruppen geplant.

**Ergebnisse:** Erste Ergebnisse zeigen, dass zu Beginn einer neu aufgenommenen Tätigkeit in den Praxen zunächst Befürchtungen von Seiten des Teams (ohne MH) als auch von Seiten der Patienten bestanden. Nach einer gewissen Anlaufzeit erfolgte jeweils eine gute Akzeptanz und Etablierung der Rolle der MFA/ AH mit MH, sodass die MFA mit MH ihr „Integriertsein“ in die Praxis betonten. Zusätzlich übernahmen sie Aufgaben wie Übersetzungen oder Erklärungen von kulturellen Besonderheiten. Zum Zeitpunkt der Konferenz wird eine vollständige Auswertung der Daten aus der Pilotstudie und das gesamte Forschungskonzept inklusive Herleitung vorliegen.

**Schlussfolgerung:** Angesichts der bisher nicht untersuchten Rolle von MFA mit MH in der Hausarztpraxis war es zweckmäßig, zunächst mit qualitativen Interviews das Feld zu explorieren und auf diese Weise gezielt Stichprobe und genaue Fragestellung weiterführender Untersuchungen zu generieren. An die quantitative Studienphase sollten sich zum besseren Verständnis qualitative Interviews/ Fokusgruppendifkussionen anschließen.

Bitte zitieren als: Mergenthal K, Ferdinand M. G, Corina G. Medizinische Fachangestellte mit Migrationshintergrund in der Hausarztpraxis. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf151. DOI: 10.3205/11dkvf151, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1512  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf151.shtml>

152

## Medizinische Rehabilitation Pflegebedürftiger nach Schlaganfall – Eine Routinedatenanalyse zu Bedarf und Versorgung

Claudia Kemper  
Uni Bremen, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Das Ziel der medizinischen Rehabilitation von Patienten nach Schlaganfall besteht in der Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Unabhängigkeit der Betroffenen im Sinne der "Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF). Der gesetzlich verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ gibt den Rehabilitationsträgern vor, Leistungen zur Teilhabe zu erbringen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder zu verringern. Rehabilitation ist also ein Bestandteil der Versorgung von Patienten auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, um ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Gesellschaft zu fördern. Die Studie ermittelt den Bedarf und die Versorgung mit Rehabilitationsleistungen bei pflegebedürftigen Personen nach Schlaganfall. Dabei werden mögliche Defizite der Versorgung vor dem Hintergrund bestehender Behinde-

rungen und Rahmenbedingungen der Rehabilitation Pflegebedürftiger aufgezeigt.

**Material und Methoden:** Die Studie basiert auf pseudonymisierten Routinedaten der BARMER GEK und Daten aus Pflegegutachten des MDK Niedersachsen für Versicherte der BARMER GEK, die zuvor wegen eines Schlaganfalls in stationärer Behandlung waren. Für Teilbereiche der Untersuchung wurde der Versorgungsaufwand für pflegebedürftige Personen nach Schlaganfall mit einer Kontrollgruppe aus pflegebedürftigen Versicherten, die im Betrachtungszeitraum nicht wegen Hirnblutung, TIA oder Hirninfarkt in stationärer oder ambulanter Behandlung waren, verglichen.

**Ergebnisse:** Für eine selbständige Lebensführung und Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten ist vor allem die Mobilität entscheidend, die bei ca. 95% der Betroffenen unterschiedlich stark eingeschränkt ist, weil das Gehen oder sogar das Stehen betroffen ist. Etwa jeder dritte zeigt Defizite der Sprache und des Sprechens. Über 60% der Pflegebedürftigen erfüllen wegen der Einschränkungen der sozialen Partizipation Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit auf der Ebene der Lebensbereiche. Doch nur gut jeder Zweite Patient wird mit einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsleistung versorgt und nur etwa jeder Fünfte erhält im stationären Bereich die Frührehabilitation. Die Inanspruchnahme von Rehabilitation steht in einem positiven Zusammenhang zum Behinderungsumfang: Patienten ohne Rehabilitation sind zu 70% auf zusätzliche Fremdhilfe im Bewegungsverhalten angewiesen, während dieser Anteil bei Patienten mit Rehabilitation bei 57% liegt.

**Schlussfolgerung:** Die Analysen zeigen, dass man von den Zielen der „Helsingborg-Deklaration“, wonach bis zum Jahr 2015 mehr als 70 Prozent der überlebenden Patienten drei Monate nach dem Schlaganfall unabhängig von Dritten ihren täglichen Aktivitäten nachgehen können, weit entfernt ist. Die Gründe dafür könnten in den mangelnden Rehabilitationsstrukturen und Kompetenzen vor allem im Hinblick auf geriatrische Patienten nach Schlaganfall liegen. Vorhandene Rehabilitationspotentiale werden trotz des sozialrechtlichen Anspruchs „Rehabilitation vor Pflege“ auch dann nicht ausgeschöpft, wenn der Behinderungsumfang für einen erheblichen Bedarf an Maßnahmen zur Verbesserung von allgemeiner Funktionsfähigkeit, Unabhängigkeit und Teilhabe der Betroffenen steht.

Bitte zitieren als: Kemper C. Medizinische Rehabilitation Pflegebedürftiger nach Schlaganfall – Eine Routinedatenanalyse zu Bedarf und Versorgung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf152.  
DOI: 10.3205/11dkvf152, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1528  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf152.shtml>

153

## Medizinische Versorgung im regionalen Vergleich: Vorstellung des Konzeptes [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de)

Sandra Mangiapane, Jobst Augustin, Michael Erhart, Burgi Riens, Dominik von Stillfried  
ZI, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Die systematische Untersuchung der vertragsärztlichen Versorgung im Kontext der Versorgungsforschung hat in den vergangenen Jahren eine eher untergeordnete Rolle gespielt. Somit sind Informationen über das ambulante Versorgungsgeschehen und insbesondere über mögliche regionale Unterschiede bisher kaum verfügbar. Für die gesundheitspolitischen Akteure sind diese Angaben jedoch von großer Relevanz, da sie die Grundlage für die Ermittlung des regionsspezifischen Behandlungsbedarfs und für ein Versorgungsmanagement mit dem Ziel einer hohen Versorgungsqualität bilden. Regionale Unterschiede können dabei Hinweise auf Handlungsbedarf im Hinblick auf Struktur- und Prozessqualität geben.

**Material und Methoden:** Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hat ein Webportal [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de) entwickelt, auf welchem regelmäßig Forschungsergebnisse zu aktuellen versorgungs- und vertragsärztlich relevanten Themen mit dem Schwerpunkt Sicherstellung und Qualität der (vertragsärztlichen) Versorgung veröffentlicht und diskutiert werden sollen. Das Webportal zielt nicht primär auf die Darstellung der Infrastruktur der vertragsärztlichen Versorgung (z.B. Anzahl und Struktur der Vertragsarztpraxen in der Region Y). Vielmehr steht die Analyse der Ursachen regionaler Unterschiede von Versorgungsprozessen im Vordergrund. Das Webportal fokussiert daher auf populationsbezogene Analysen (z.B. Versorgung von Patienten mit Diagnose X). Es wird als Alternative zum Veröffentlichungsmodus einer Zeitschrift verstanden und soll Beiträgen aller Interessierten offen stehen. Dies können z.B. Beiträge von wissenschaftlichen Einrichtungen oder auch der Selbstverwaltung (KVen / KBV, Krankenkassen) sein. Das ZI wird hierfür ein Redaktionsverfahren einführen und regelmäßig eigene Beiträge veröffentlichen.

**Ergebnisse:** Das Webportal [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de) ist in einer ersten Entwicklungsstufe fertig gestellt. Das ZI beabsichtigt, im Laufe des Jahres 2011 online zu gehen. Es werden Einblicke in den Aufbau des Portals gegeben. Die geplante thematische Gliederung sowie die standardisierte Darstellungsweise der Forschungsergebnisse werden exemplarisch vorgestellt.

Bitte zitieren als: Mangiapane S, Augustin J, Erhart M, Riens B, von Stillfried D. Medizinische Versorgung im regionalen Vergleich: Vorstellung des Konzeptes [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf153.  
DOI: 10.3205/11dkvf153, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1531  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf153.shtml>

154

## Methoden der leitlinienbasierten Entwicklung von Qualitätsindikatoren: eine systematische Literaturübersicht.

Thomas Kötter<sup>1</sup>, Eva Blozik<sup>2</sup>, Martin Scherer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin / UKE, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Sozialmedizin / UK S-H, Lübeck, Deutschland

**Hintergrund:** Qualitätsindikatoren (QI) sind spezifische und messbare Elemente der Versorgung, die zur Bewertung dieser verwendet werden können [1]. Die Messung von Qualität mittels QI dient der Qualitätsförderung. QI können basierend auf Expertenmeinungen, auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz oder aus bzw. parallel zu Leitlinien entwickelt werden [2]. Leitlinien bieten sich dabei als Quelle für die effiziente Entwicklung qualitativ hochwertiger QI besonders an [3]. Bislang besteht ein Goldstandard im Sinne einer anerkannten und evidenzbasierte Entwicklungsmethode hierfür jedoch noch nicht [4]. Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit war die Identifikation und Gegenüberstellung verschiedener Methoden der leitlinienbasierten Entwicklung von QI als Basis für die Formulierung eines solchen Goldstandards.

**Material und Methoden:** Mittels einer aus kontrolliertem Vokabular und Freitextbegriffen zusammengesetzten Suchstrategie haben wir Medline, Embase und Cinahl nach Literatur, in der Methoden zur leitlinienbasierten QI-Entwicklung beschrieben werden, durchsucht. Zusätzlich führten wir eine ausführliche Grauliteratursuche durch und kontaktierten Experten auf dem Gebiet der QI-Entwicklung. Daten zur Studienqualität und zu methodischen Variablen der Entwicklung von QI aus Leitlinien wurden aus relevanten Studien anhand eines vorab auf der Basis international anerkannter Standards entwickelten Formulars extrahiert. Die verschiedenen Methoden wurden gegenübergestellt, Stärken und Schwächen verschiedener Ansätze diskutiert.

**Ergebnisse:** Aus insgesamt 8.697 Primärtreffern identifizierten wir 48 relevante Publikationen. Die Qualität der gefundenen Literatur war sehr heterogen. Zahlreiche Methoden der leitlinienbasierten Entwicklung von QI wurden beschrieben. Randomisierte kontrollierte Studien zum Vergleich unterschiedlicher Methoden im Hinblick auf die Fähigkeit, qualitativ hochwertige QI hervorzuheben, fanden wir jedoch nicht. Es fanden sich Gemeinsamkeiten, aber auch entscheidende Unterschiede hinsichtlich einzelner methodischer Bausteine, wie z. B. Auswahl der Leitlinien, Extraktion der potentiellen QI, Konsensusverfahren und Implementation. Die Entwicklung von QI aus Leitlinien wurde in der gefundenen Literatur im Vergleich zur Entwicklung aus anderen Quellen übereinstimmend als effiziente Methode auf dem Weg zu qualitativ hochwertigen QI beschrieben.

**Schlussfolgerung:** Als Vorbereitung der Formulierung eines Goldstandards für die Entwicklung von QI aus Leitlinien wurden erstmals die bisher beschriebenen Methoden nach systematischer Methodik gesammelt und analysiert. Es fanden sich viele unterschiedliche Vorgehensweisen. Das Fehlen von Studien, die unterschiedliche Methoden der leitlinienbasierten QI-Entwicklung hinsichtlich der Fähigkeit, qualitativ hochwertige QI hervorzuheben, vergleichen, erschwert die Bewertung dieser Methoden jedoch erheblich. Rando-

misierete kontrollierte Studien werden hier dringend benötigt.

### Literatur

1. McGlynn EA, Asch SM. Developing a clinical performance measure. *Am J Prev Med.* 1998;14:14-21.
2. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care.* 2002;11:358-64.
3. Kötter T, Schaefer F, Blozik E, Scherer M. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren - Hintergrund, Methoden und Probleme. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2011;105(1):7-12.
4. Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Braspenning J, Ouwens M, Schouten J, Marres H, Dijkstra R, Grol R. Clinical indicators: development and applications. *Neth J Med.* 2007;65(1):15-22.

Bitte zitieren als: Kötter T, Blozik E, Scherer M. Methoden der leitlinienbasierten Entwicklung von Qualitätsindikatoren: eine systematische Literaturübersicht. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf154.

DOI: 10.3205/11dkvf154, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1545

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf154.shtml>

155

## Methoden zur Ermittlung von Patientenpräferenzen an der Schnittstelle von Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

Marion Danner, Anja Schwalm, Andreas Gerber, Ch.-Markos Dintios

IQWiG, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Patienten stellen unterschiedliche Anforderungen an die Qualität der Interventionen in der Gesundheitsversorgung. Sie beziehen dabei medizinische, wirtschaftliche sowie persönliche Kriterien ein. Gesundheitsökonomische Evaluationen stellen die Kosten einer Intervention dem Nutzen gegenüber, wobei der Nutzen unterschiedlich operationalisiert werden kann. Beispielsweise können die Kosten einer Behandlung endpunktspezifisch dargestellt werden (z.B. Kosten pro vermiedenen Myokard-Infarkt).

Der beim IQWiG verfolgte Ansatz der Effizienzgrenzanalyse, in dem die Kosten dem Nutzen einer Behandlung zunächst endpunktspezifisch gegenübergestellt und dann aggregiert werden, erfordert eine Endpunktgewichtung mit Hilfe von Patientenpräferenzen. Zur Ermittlung von Patientenpräferenzen werden in der internationalen Fachliteratur unterschiedliche Methoden diskutiert. Die Methoden „Analytic Hierarchy Process (AHP)“ und „Conjoint Analyse (CA)“ wurden in zwei Pilotprojekten im IQWiG zur Endpunktgewichtung getestet.

**Material und Methoden:** Multikriterielle entscheidungsanalytische Verfahren können zur Unterstützung komplexer Technologiebewertungen angewendet werden. Ihren Ursprung haben diese Verfahren im Operations Research. Sie unterstützen Entscheidungsträger bei der Bewertung einer endlichen Anzahl alternativer Interventionen unter Verwendung einer endlichen Anzahl von Leistungskriterien. Am Beispiel der Erhe-

bung der Präferenzen von Patienten und Professionellen in der Depressionsbehandlung mittels AHP (N = 19) und in der Behandlung der chronischen Hepatitis C (cHCV) mittels CA (N = 347) wurden die Machbarkeit sowie Vor- und Nachteile der Methoden in der praktischen Umsetzung überprüft.

**Ergebnisse:** Folgende Gewichte für Endpunkte im Bereich Depression wurden erhoben: Ansprechen 0,324; Kognition 0,125; Angst 0,118; Soziales Funktionsniveau 0,107; Vermeidung eines Rückfalls 0,091; Remission 0,085, Schmerz 0,054; Sonstige schwere unerwünschte Nebenwirkungen 0,039; (versuchter) Suizid 0,026; Sonstige unerwünschte Nebenwirkungen 0,023; Sexuelle Dysfunktion 0,07. Im Bereich cHCV ergaben sich folgende Gewichte: Dauer der antiviralen Therapie 0,13; Häufigkeit Spritzen 0,16; Anhalten grippeähnlicher Symptome nach Injektion 0,06; Wahrscheinlichkeit Magen-Darm Beschwerden 0,07; Wahrscheinlichkeit psychische Nebenwirkungen 0,10; Wahrscheinlichkeit Hautprobleme und/oder Haarverlust 0,06; Wahrscheinlichkeit anhaltende Virusfreiheit 6 Monate nach Therapieende 0,43.

Die Machbarkeit beider Methoden konnte im Rahmen der Pilotstudien belegt werden. Der kognitive Aufwand für die befragten Patienten ist bei AHP geringer als bei CA. Des Weiteren waren die Unterschiede in der Bewertung zwischen Patienten und Behandelnden im Bereich Depression (AHP) größer als zwischen den beiden Gruppen bei der cHCV (CA).

Der Mehrwert dieser Instrumente liegt in der Unterstützung der Gesundheitstechnologiebewertung, die als multifaktorieller Prozess in entsprechende Entscheidungsfindungen eingeht. Weitere Forschung zur Validität der unterschiedlichen Verfahren ist unabdingbar.

**Schlussfolgerung:** Die Identifizierung adäquater Methoden unter Abwägung ihrer Vor- und Nachteile zur Gewichtung unterschiedlicher Patientenpräferenzen an der Schnittstelle von Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung stellt eine Herausforderung dar. Um sicherzustellen, dass die zur Verfügung stehenden Verfahren geeignet sind, sollten forschungsfragegeleitet Auswahlkriterien zusammengestellt werden.

Bitte zitieren als: Danner M, Schwalm A, Gerber A, Dintsios CM. Methoden zur Ermittlung von Patientenpräferenzen an der Schnittstelle von Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung, Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf155. DOI: 10.3205/11dkvf155, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1554  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf155.shtml>

156

## Methodik der Sekundärdatenanalyse

Holger Gothe

Institute of Public Health, Medical Decision Making and Health Technology Assessment, Dept. of Public Health, Information Systems and Health Technology Assessment, UMIT - University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Hall i.T., Österreich

**Hintergrund:** Mit dem Begriff „Sekundärdaten“ werden Daten bezeichnet, die nicht eigens für wissenschaftliche Analysen erhoben werden, sondern ohne Bezug

zum primären Erhebungsanlass, z.B. als Prozessdaten zur Leistungsabrechnung in der GKV, entstehen. Sekundärdatenanalysen weisen gegenüber Primärdatenanalysen eine Reihe von Vor- und Nachteilen auf: Einerseits bilden sie die Versorgungsrealität ohne studienbedingte Verzerrung (Bias) authentisch ab, sind relativ rasch verfügbar und umfassen große, oft über lange Zeiträume beobachtbare Probandenkollektive. Andererseits können Analyseprobleme daraus erwachsen, dass die Daten nicht für wissenschaftliche Zwecke gesammelt wurden. Dies stellt hohe methodische Anforderungen an Sekundärdatenauswertungen.

**Material und Methoden:** Mit dem vorliegenden Beitrag wird ein Überblick über die Methodik der Sekundärdatenanalyse anhand der verfügbaren Literatur, der einschlägigen Guidelines und Empfehlungen sowie einiger Beispiele gegeben.

**Ergebnisse:** Methodische Herausforderungen bei Sekundärdatenanalysen liegen in der Datenaufbereitung, der Validierung und Plausibilisierung der einzelnen Variablen, der Stichprobenziehung sowie der Operationalisierung von Falldefinitionen und der Identifikation von Fällen. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Festlegung der Studienpopulation anhand von Diagnosen und/oder Inanspruchnahmeparametern, die Berechnung von Inzidenz und Prävalenz sowie die angemessene Berücksichtigung von Schweregrad-, Komorbiditäts- und Risikoprofilen der jeweils behandelten Patientenkollektive. Je nach Fragestellung sind geeignete Verfahren zur Kontrolle von Confoundern (Randomisierung) und/oder zur Risikoadjustierung (z.B. Propensity Scores) anzuwenden.

**Schlussfolgerung:** Die methodische Qualität von Sekundärdatenanalysen wird häufig kritisiert. Entsprechend hoch ist der Stellenwert, der heutzutage einer korrekten Anwendung adäquater Methoden und einer präzisen Beschreibung des methodischen Vorgehens in den verschiedenen Schritten der Analyse beigemessen wird. Auch wenn den methodischen Anforderungen und den inzwischen kursierenden Empfehlungen bezüglich der Analysestandards in idealer Weise entsprochen wird, gilt es zu bedenken, dass für die sinnvolle Analyse bestimmter Fragestellungen die Informationstiefe von Kontext-Variablen wie beispielsweise stationären Aufenthalten oder Arbeitsunfähigkeitsfällen zu gering sein kann. Eine kritische Haltung gegenüber der Interpretierbarkeit der Analyseergebnisse ist selbst bei Berücksichtigung aller methodischen Vorgaben stets anzuraten.

## Literatur

1. Gothe H. Pharmakoepidemiologie - Nutzung der Arzneimittelverordnungsdaten. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2008;51(10): 1145-1154.
2. Häussler B, Gothe H. Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O, Hrsg. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage. München: Juventa Verlag Weinheim; 2011.
3. Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer EAM, Schrappe M. Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1). Gesundheitswesen. 2009;71(8/9): 505-510.
4. Swart E, Ihle P, Hrsg. Routinedaten im Gesundheitswesen - Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2005.

5. Swart E, Ihle P, Geyer S, Grobe T, Hofmann W. GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). Gesundheitswesen. 2005;67(8/9): 416-421.

Bitte zitieren als: Gothe H. Methodik der Sekundärdatenanalyse. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf156. DOI: 10.3205/11dkvf156, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1569  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf156.shtml>

157

## Methodisches und datenschutzrechtliches Vorgehen bei der Nutzung von Routinedaten verschiedener Krankenkassen in einer Kohortenstudie am Beispiel der lidA-(leben in der Arbeit-) Studie

Stefanie March, Enno Swart, Dorothea Thomas  
Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Med. Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die lidA-Studie, eine vom BMBF geförderte Kohortenstudie, untersucht interdisziplinär in zwei Jahrgangskohorten (1959 und 1965) den langfristigen Effekt von Arbeit auf die Gesundheit. Im Rahmen dessen werden neben Primärdaten auch verschiedene Sekundärdaten verwendet, so auch Routinedaten verschiedener gesetzlicher Krankenkassen. In Deutschland erfolgte dies bislang lediglich im Rahmen der KORA-Studien und der Heinz-Nixdorf-Recall-Studie [1], [2].

**Material und Methoden:** Daten der wichtigsten Versorgungssektoren (ambulante und stationäre Versorgung, Medikamenten- und Heilmittelverordnungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) sollen über ein individuelles Datenlinkage mit den Primärdaten verknüpft werden. Die hierfür benötigte Einverständniserklärung wird bei der Primärerhebung (CAPI) von den Befragten erbeten. Die Inanspruchnahme soll im Längsschnitt abgebildet werden und fungiert im Rahmen der Studie als Outcomeparameter. Außerdem soll auf Basis von aggregierten Krankenkassendaten der beiden untersuchten Jahrgänge eine Work-Health-Matrix erstellt werden.

Vor der Nutzung von Krankenkassendaten muss jede Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung der Übermittlung von Sozialdaten für ein Forschungsvorhaben gemäß § 75 SGB X bei ihrer Aufsichtsbehörde auf Landes- oder Bundesebene stellen. Die Erfüllung dieser und weiterer umfassender datenschutzrechtlicher Bestimmungen sind für eine Verknüpfung von Primär- und Sekundärdaten unerlässlich [3], [4]. Neben der o.g. Antragsstellung wurden u.a. diverse Konzepte und Vereinbarungen (z. B. Datennutzungskonzepte, Datensicherheitskonzepte der am Projekt beteiligten Institute) sowie Aufklärungsmaterialien für die Befragten (Merkblätter, Einverständniserklärungen) erstellt.

**Ergebnisse:** Im Rahmen eines Pretests wurde der Prozess der schriftlichen Einverständnisabfrage zur Zuweisung der individuellen Krankenkassendaten erprobt und optimiert. 69% der Teilnehmer des Pretests erteilten ihr Einverständnis zur wissenschaftlichen Nutzung

ihrer Krankenkassendaten. Trotz Verpflichtung jeder einzelnen Krankenkasse zur Antragsstellung nach § 75 SGB X wurde der Antrag zentral nach vorhergehender Konsultation mit den Aufsichtsbehörden erstellt und allen interessierten Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Dies ermöglichte nicht nur ein einheitliches Vorgehen, sondern hielt den Aufwand für die Krankenkassen gering. Bislang liegen sechs Genehmigungen von Aufsichtsbehörden vor. Individuelle Verträge über die Datenbereitstellung zwischen den Krankenkassen und dem ISMG wurden bzw. werden derzeit geschlossen.

**Schlussfolgerung:** Das gewählte Studiendesign sowie die Einhaltung diverser datenschutzrechtlicher Aspekte benötigen einen hohen Zeit- und Koordinationsaufwand. Trotz gesetzlicher Vorgaben liegen die Sozialdaten der Kassen in unterschiedlicher Struktur vor. Die Bereitstellung eines Musterantrages nach § 75 SGB X erhöht neben der Transparenz des Vorgehens auch die Bereitschaft der Teilnahme an der Studie bei den Krankenkassen. Die Zuständigkeit verschiedener Aufsichtsbehörden erfordert ein möglichst einheitliches Vorgehen. Dennoch kommt es zu unterschiedlichen Rückmeldungen.

Die Erfahrungen aus der lidA-Studie können in anderen Studien mit einem vergleichbaren Design genutzt werden.

## Literatur

1. John J, Krauth C. Verknüpfung von Primärdaten mit Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung in gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien. Erfahrungen aus zwei KORA-Studien. In: Swart E, Ihle P, Hrsg. Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber Verlag; 2005. p. 215-234.
2. Andrich S, Moebus S, Jöckel K-H. Die gesundheitsökonomische Begleitevaluation der Heinz Nixdorf Recall Studie. Vortrag auf dem 1. AGENS-Methodenworkshop; Magdeburg, 13. März 2009.
3. March S, Rauch A, Thomas D, Bender S, Swart E. Datenschutzrechtliche Vorgehensweise bei der Verknüpfung von Primär- und Sekundärdaten in einer Kohortenstudie: die lidA-Studie. Gesundheitswesen. 2011: eingereicht.
4. Swart E, Thomas D, March S, Salomon T, von dem Knesebeck O. Erfahrungen mit der Datenverknüpfung von Primär- und Sekundärdaten in einer Interventionsstudie. Gesundheitswesen. 2011: angenommen.

Bitte zitieren als: March S, Swart E, Thomas D. Methodisches und datenschutzrechtliches Vorgehen bei der Nutzung von Routinedaten verschiedener Krankenkassen in einer Kohortenstudie am Beispiel der lidA-(leben in der Arbeit-) Studie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf157. DOI: 10.3205/11dkvf157, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1571  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf157.shtml>

158

## Missbrauch von niedrig potenten Opioiden in Deutschland?

Kathrin Tholen, Gerd Glaeske

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Tramadol und Tilidin-Naloxon sind niedrig potente Opiode, die im Rahmen des WHO-Schmerztherapieschemas auf der Stufe II zum Einsatz kommen. Tramadol ist das am häufigsten verordnete Monopräparat unter den Opioiden. Die verordneten defined daily doses (DDD) des Kombinationspräparats aus Tilidin und Naloxon liegen sogar noch über den verordneten Mengen von Tramadol. Jedoch besteht bei Opioiden immer ein gewisses Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial – auch bei den niedrig potenten Opioiden. In der vorliegenden Untersuchung wird analysiert, in wie weit ein möglicher Missbrauch in Deutschland bereits besteht.

**Material und Methoden:** Als Datengrundlage dienen zum Einen Ordnungsdaten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) aus dem Jahr 2009. Hiermit werden insbesondere Auswertungen zu einem möglichen Hochverbrauch (>180 DDD/Jahr) der Substanzen durchgeführt. Zum Anderen werden Zahlen aus dem Arzneiverordnungs-Report (AVR) (abgerechnete Arzneimittel-Verordnungen aus der gesamten GKV) mit Daten der Einkaufsstatistik der öffentlichen Apotheken (IMS Health) (Verbrauch von apothekenpflichtigen Mitteln in Deutschland) ebenfalls aus 2009 verglichen, um Hinweise für einen möglichen „Missbrauch auf Privatrezept“ zu finden.

**Ergebnisse:** Die Verordnungprävalenz liegt bei beiden Substanzen bei Frauen höher als bei Männern zudem steigt diese fast kontinuierlich mit steigendem Alter an. Von den Leistungsversicherten (Versicherter mit mind. einer entsprechenden Verordnung) weisen 8,6% einen Tramadol-Hochverbrauch auf und 17,2% einen Tilidin-Hochverbrauch. Außerdem ist nicht nur die durchschnittlich verordnete DDD-Menge, insbesondere bei Tilidin-Naloxon-Präparaten, mit 113,3DDD sehr hoch, sondern auch der Anteil an Tropfen in den Darreichungsformen ist mit ca. 15% nennenswert. Der Unterschied zwischen den AVR-Daten und den IMS Health-Daten liegt höher als bei einer Normalverteilung zu erwarten wäre.

**Schlussfolgerung:** Aufgrund der hohen Anteile an Hochverbrauchern unter den Leistungsversicherten, der hohen durchschnittlich verordneten DDD-Mengen und der Anteile der Tropfen in den Darreichungsformen kann ein Missbrauch der beiden Substanzen vermutet werden. Durch den Vergleich der AVR- und der IMS Health-Daten ist auch ein ärztlich gestützter Missbrauch auf Privatrezept vorstellbar. Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen (z.B. Darreichungsform) und Hochverbrauch/Missbrauch sollten jedoch in zukünftigen Studien weiter untersucht werden.

Bitte zitieren als: Tholen K, Glaeske G. Missbrauch von niedrig potenten Opioiden in Deutschland? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf158. DOI: 10.3205/11dkvf158, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1583

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf158.shtml>

112

159

## Narrative von Betroffenen über ihre Arzneimittelversorgung

Petra Plunger

Freie Gesundheitswissenschaftlerin, Wien, Österreich

**Hintergrund:** Die Forschung über Krankheitsnarrative von Betroffenen, die sich u.a. mit dem Stellenwert dieser Narrative im Hinblick auf eine an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen beschäftigt, hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen [1]. Das zeigt sich nicht zuletzt an neuen Forschungs- und Praxisfeldern in der Versorgung wie der „Narrative Medicine“ [2]. Wenig Beachtung haben in diesem Zusammenhang Narrative der Betroffenen über ihre Arzneimittelversorgung erfahren, wenngleich diese Versorgungsform allgegenwärtig ist [3].

**Material und Methoden:** Methodologisch wurde nach der Grounded Theory [4] vorgegangen: Als Datenmaterial dienten 10 qualitative Interviews mit Personen, die sich homöopathisch und konventionell-medizinisch behandeln ließen und über ihre Erfahrungen berichteten. Diese Interviews wurden wörtlich transkribiert und nach der Methode des ständigen Vergleichens und der Kategorienbildung ausgewertet, um zu einer gegenstands begründeten Theorie zu gelangen.

**Ergebnisse:** Die Narrative der Betroffenen über ihre Erfahrungen in der Behandlung mittels homöopathischer Mittel und Arzneimittel sind eingebettet in umfangreiche Narrative der medizinischen Versorgung durch HomöopathInnen und konventionell praktizierende ÄrztInnen, und lassen eine eindimensionale Zuschreibung von „sanft-natürlich“ für homöopathische Mittel versus „gefährlich-chemisch“ für allopathische Arzneimittel inadäquat erscheinen. Vielmehr sind die Narrative der Betroffenen über ihre Arzneimittelversorgung nur vor dem Hintergrund ihrer Wahrnehmung der medizinischen Versorgung zu verstehen und geben einen Einblick in die Relevanzstrukturen der Betroffenen, was eine aus ihrer Perspektive gute Versorgung ausmacht. Arzneimittel und homöopathische Mittel werden in diesem Kontext auf die ihnen zugeschriebenen Wirkungen hin bewertet, erreichen aber auch eine symbolische Bedeutung, und widerspiegeln in weiterer Folge den Behandlungsverlauf und die Betreuungsbeziehung zu den ÄrztInnen. Diese Wahrnehmungen und Bewertungen sind nicht starr, sondern werden in den entsprechenden Narrativen situationsspezifisch reformuliert.

**Schlussfolgerung:** Auch wenn vor einer naiven Interpretation der (Krankheits)narrative von Betroffenen gewarnt werden muss [1], kann dennoch der Wert von Krankheitsnarrativen für eine qualitative Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung, die auch an den Bedürfnissen anschließt, nicht zuwenig geschätzt werden: Narrative von Betroffenen geben einen Einblick in ihre Wahrnehmungen der Behandlung und Betreuung, und eröffnen auf diese Weise neue Wege, die „Stimme der Medizin“ mit der „Stimme der Lebenswelt“ [5] in Beziehung zu setzen und so zu einem Austausch zwischen der professionellen Perspektive (im Fall der Arzneimittelversorgung vor allem von ÄrztInnen und ApothekerInnen) und der Perspektive der Betroffenen beizutragen.

**Literatur**

1. Bury M. Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*. 2001;23(3):263-285.
2. Charon R. *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
3. Bissel P, Ryan K, Morecroft C. Narratives about illness and medication: a neglected theme/new methodology within pharmacy practice research. *Pharmacy World & Science*. 2006;28:54-60.
4. Strauss AS, Corbin J. *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union; 1996.
5. Mishler EG. *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood: Ablex Publishers; 1984.

Bitte zitieren als: Plunger P. Narrative von Betroffenen über ihre Arzneimittelversorgung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf159.

DOI: 10.3205/11dkvf159, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1598

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf159.shtml>

160

### Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Asthma – Kommen die Inhalte bei den Patienten unterschiedlich an? – Fragebogenstudien zum Vergleich von gesetzlich und privat Versicherten in Deutschland

Susanne Löscher<sup>1</sup>, Cornelia Schürer<sup>2</sup>, Bettina Bücken<sup>1</sup>, Katharina Schaper<sup>3</sup>, Frank Krummenauer<sup>3</sup>, Antje Krieger<sup>1</sup>, Nik Konecny<sup>1</sup>, H.-Harald Abholz<sup>2</sup>, Stefan Wilm<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

<sup>2</sup>Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie (IMBE), Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

**Hintergrund:** Die NVL Asthma wurde 2005 erstmalig veröffentlicht. Ein Jahr später wurde ein Disease-Management-Programm (DMP) Asthma initiiert. 2009 zeigte eine Befragung privat versicherter Patienten (PKV) zum selbstberichteten Handeln im Hinblick auf den (leitliniengerechten) Umgang mit ihrer Asthmaerkrankung, dass sie sich nur teilweise leitlinienkonform verhalten. Die Wiederholung der Befragung bei gesetzlich Versicherten (GKV) mit und ohne DMP-Teilnahme ergab, dass sich DMP-Teilnehmer bei Prozessparametern wie der Teilnahme an einer Schulung häufiger leitliniengerecht verhalten als Nichtteilnehmer; bezüglich der Asthmakontrolle ergab sich zwischen diesen beiden Gruppen jedoch kein signifikanter Unterschied.

In der vorliegenden Untersuchung werden die Resultate der Befragung der privat Versicherten mit denen der gesetzlich Versicherten verglichen.

**Material und Methoden:** Auswertung von 764 (PKV) und 1322 (GKV) Fragebögen. In der Gruppe der GKV befanden sich, stratifiziert entsprechend der DMP-Asthma-Teilnahme-Quote der betreffenden Krankenkasse, 16,8% DMP-Teilnehmer. Primäre Hypothese war dabei, dass Einschränkungen im Alltag durch Asthma und der Gebrauch des Notfallsprays bei PKV im Vergleich zu GKV unterschiedlich häufig sind. Sekundäre Hypothesen bezogen sich auf Einnahme eines

inhalativen Kortikoids, Besitz eines Notfallplans, Schulungsteilnahme, Einsatz des Peak-Flow-Meters (PFM) und Häufigkeit von Arztbesuchen im Gruppenvergleich.

Die deskriptive Auswertung der kategorialen Items erfolgte mittels Kreuztabellen und entsprechenden Prozentzahlen. Die primären (zum multiplen Niveau 5%) und sekundären Hypothesen wurden mittels Fisher- bzw. Chi<sup>2</sup>-Test geprüft.

**Ergebnisse:** Bei Einschränkungen im Alltag fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen GKV und PKV ( $p(F)=0,537$ ). Das Notfallspray wurde von den GKV häufiger täglich benutzt als von den PKV (19,1% vs 16,6%), die PKV nahmen es häufiger nur bei akuter Luftnot (63,7% vs 59,2%,  $p(\text{Chi}^2)=0,031$ ). Bei den sekundären Hypothesen fanden sich signifikante Unterschiede bei der täglichen Nutzung eines kortisonhaltigen Sprays (PKV 55,3% vs GKV 47,6%,  $p(\text{Chi}^2)=0,000$ ). Keinen Notfallplan hatten 88,1% der GKV und 81,1% der PKV ( $p(F)=0,000$ ). Hinsichtlich des Besuchs einer Schulung und im Gebrauch eines PFM bestanden zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede. GKV gingen häufiger als PKV zum Haus- ( $\geq 1x/\text{Quartal}$  51,4% vs 32,3%  $p(F)=0,000$ ) und zum Facharzt ( $\geq 1x/\text{Quartal}$  31,0% vs 18,5%,  $p(F)=0,000$ ).

**Schlussfolgerung:** Der Behandlungserfolg (gemessen an Einschränkungen im Alltag) ist bei gesetzlich und privat Versicherten gleich, allerdings machten mehr GKV täglich Gebrauch von ihrem Notfallspray. PKV hingegen benutzten öfter und damit leitliniengerecht täglich ein inhalatives Kortikoid. Die Frequenz des Arztbesuchs korreliert nicht mit dem Behandlungserfolg: PKV gehen seltener zum Haus- oder Facharzt als GKV, was auch u.a. durch das aufwändigere Kostenerstattungsverfahren bzw. Selbstbeteiligungsregelungen bei den PKV begründet sein könnte.

Bitte zitieren als: Löscher S, Schürer C, Bücken B, Schaper K, Krummenauer F, Krieger A, Konecny N, Abholz HH, Wilm S. Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Asthma – Kommen die Inhalte bei den Patienten unterschiedlich an? –

Fragebogenstudien zum Vergleich von gesetzlich und privat Versicherten in Deutschland. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf160.

DOI: 10.3205/11dkvf160, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1603

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf160.shtml>

161

### Neuniederlassung im ländlichen Raum – Eine qualitative Analyse der individuellen Entscheidungshintergründe neuniedergelassener Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern

Christin Löffler, Barbara Kreiser, Anja Wollny, Attila Altiner  
Institut für Allgemeinmedizin, Rostock, Deutschland

**Hintergrund:** Studien zeigen, dass ländliche, strukturschwache Regionen v.a. im Osten Deutschlands bereits heute, aber v.a. in Zukunft Probleme haben werden, eine adäquate medizinische Primärversorgung zu gewährleisten. Obwohl sich viele internationale Studien mit der hausärztlichen Niederlassung im ländlichen Raum befassen, existiert in Deutschland relativ wenig

Forschung zu dieser Thematik. Fraglich ist auch, ob sich internationale Studienergebnisse aus Ländern mit anderen Gesundheitssystemen und deutlich anderen geographischen Verhältnissen auf strukturschwache Regionen in Deutschland übertragen lassen. Vor diesem Hintergrund interessieren wir uns für die individuellen Beweggründe und Motivationen von Hausärzten für die Niederlassung in ländlichen, strukturschwachen Regionen. Dabei betrachten wir v.a. subjektive und objektive motivationale Faktoren auf Makro- und Mikroebene, familiäre und biographische Faktoren. Im Mittelpunkt unserer Studie steht die Rekonstruktion des individuellen Entscheidungsprozesses zugunsten einer Neuniederlassung in ländlichen Gebieten. Faktoren, die die Neuniederlassung im ländlichen, strukturschwachen Raum begünstigen, werden dabei genauso betrachtet, wie Faktoren, die sie erschweren.

**Material und Methoden:** Derzeit führen wir mit Hausärzten in ländlichen, strukturschwachen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns narrative Interviews durch. Wir konzentrieren uns dabei auf Hausärzte, die ihre Praxis in den letzten fünf Jahren eröffnet haben. Alle 118 Hausärzte in MV, die im Dezember 2010 diesen Kriterien entsprachen, wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Von allen 52 initial zur Studienteilnahme bereiten Ärzten sendeten 43 einen detaillierten Fragebogen zum bisherigen beruflichen Werdegang und biographisch-familiären Hintergründen zurück. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgt auf Basis des theoretical sampling. Die Interviews werden tonaufgezeichnet, vollständig transkribiert und auf Grundlage der Grounded Theory kodiert und analysiert.

**Ergebnisse:** Ziel der Studie ist es, hausärztliche Beweggründe für die Niederlassung im ländlichen, strukturschwachen Raum Mecklenburg-Vorpommerns induktiv zu ermitteln. Insbesondere soll analysiert werden, ob bestimmte Muster existieren oder ob letztendlich unvorhersehbare und unbeeinflussbare Faktoren zur Neuniederlassung im ländlichen Raum führen. In einem zweiten Schritt werden diese Ergebnisse zur Entwicklung eines entsprechenden Fragebogens dienen.

**Schlussfolgerung:** Die so gewonnenen Einsichten und Ergebnisse sollen genutzt werden, um den Stellenwert und die Wirkungsweise verschiedener, von (gesundheits-) politischen und institutionellen Entscheidungsträgern schon eingesetzter oder z.Z. diskutierter Maßnahmen zur Vermeidung eines Hausärztemangels zu bewerten. Zudem sollen neue Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, die dem bereits existierenden und prognostizierten Hausärztemangel der Region entgegenwirken können.

Bitte zitieren als: Löffler C, Kreiser B, Wollny A, Altiner A. Neuniederlassung im ländlichen Raum – Eine qualitative Analyse der individuellen Entscheidungshintergründe neuniedergelassener Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf161. DOI: 10.3205/11dkvf161, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1612  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf161.shtml>

162

## Neuroleptika in der Versorgung von Demenzerkrankten

Jana Schulze<sup>1</sup>, Falk Hoffmann<sup>1</sup>, Daniela Koller<sup>1</sup>, Gerd Glaeske<sup>1</sup>, Birgitt Wiese<sup>2</sup>, Hendrik van den Bussche<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Biometrie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Altersbedingte Erkrankungen wie die Demenz gewinnen durch den demographischen Wandel stetig an Bedeutung. Bei einer Demenzerkrankung kommt es in bis zu 90% der Fälle zu psychischen und Verhaltenssymptomen. Diese Symptomatiken werden häufig pharmakotherapeutisch mit Neuroleptika behandelt. Seit Anfang des 21. Jahrhunderts wurde jedoch ein erhöhtes Risiko für Mortalität und für zerebrovaskuläre Ereignisse bei Demenzpatienten, die Neuroleptika einnahmen, identifiziert. Zudem ist die Wirksamkeit auf die Verhaltenssymptomatik im besten Fall moderat – bei zahlreich auftretenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Daher muss die Verordnung von Neuroleptikaverordnungen bei Demenzkranken hinterfragt werden. Ziel des Beitrags ist es anhand von Routinedaten die Ordnungsprävalenz von Neuroleptika im Jahr der Inzidenz im Vergleich zu einer Kontrollpopulation ohne eine Demenzerkrankung zu untersuchen.

**Material und Methoden:** Für die vorliegende Routinedatenanalyse wurde auf die Untersuchungskohorte eines KNDD-Projektes (Kompetenznetz Degenerative Demenzen) zurückgegriffen. Sie beruht auf einer Population aus 9233 Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK), die sich aus 1848 inzident demenzerkrankten Versicherten und einer Kontrollgruppe (n=7385) ohne Demenzerkrankung zusammensetzt. In die Population wurden GEK-Versicherte mit einbezogen, die mindestens 65 Jahre alt waren. Eine Person wurde als inzident betrachtet, wenn sie in mindestens vier Quartalen diagnosefrei ist, d.h. keine Demenzdiagnose im ambulanten-ärztlichen Bereich im Jahr 2004 zugewiesen bekommen hat, und im Anschluss in mindestens drei von vier Quartalen eine Demenzdiagnose vorwies. Von Beginn des Inzidenzquartals an wurde die Versorgung mit Neuroleptika über die folgenden vier Quartale untersucht.

Wir untersuchten die Ordnungsprävalenz von Neuroleptika stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe. Neben der reinen Deskription der Ergebnisse der Analyse wurde das Odds Ratio berechnet, das Signifikanzniveau wird anhand des 95%igen Konfidenzintervalls dargestellt.

**Ergebnisse:** Die Auswertung zeigt bei den Demenzpatienten eine hohe Ordnungsprävalenz der Neuroleptika von 25% im Vergleich zu 4% bei den Kontrollen (OR: 7,61; 95%CI: 6,52–8,87). Mit zunehmendem Alter steigt die Ordnungsprävalenz deutlich an. Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich ebenso mit der Zunahme der Schwere der Pflegebedürftigkeit, diese wird anhand der Pflegestufen des SGB XI dargestellt (Verordnungsprävalenz stratifiziert nach Pflegestufe: Von „keine Pflegestufe“ Demenzerkrankte 10,5%, Kontrollen 2,6% (OR: 4,41; 95%CI:3,43–5,67) bis „Pflegestufe

3“ Demenzerkrankte 51,6%, Kontrollen 35,4% (OR: 1,94; 95%CI:1,02–3,71).

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen, dass trotz bekannter unerwünschter Arzneimittelwirkungen die Verordnungsprävalenz von Neuroleptika bei Demenzpatienten hoch ist – besonders im Vergleich zu einer Population ohne Demenzerkrankung. Daher ist es wichtig, die aktuelle Behandlungspraxis zu hinterfragen und methodisch hochwertige Studien zu fördern, die die Anwendung alternativer pharmakologischer sowie nicht-pharmakologischer Behandlungsansätze untersuchen.

Bitte zitieren als: Schulze J, Hoffmann F, Koller D, Glaeske G, Wiese B, van den Bussche H. Neuroleptika in der Versorgung von Demenzerkrankten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf162.

DOI: 10.3205/11dkvf162, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1621

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf162.shtml>

163

### Notfallmäßige Hospitalisierung wegen Asthma-Beschwerden: externe Validitätsprüfung ärztlicher Angaben in DMP-Dokumentationsbögen

Dirk Horenkamp-Sonntag<sup>1</sup>, Frank Petereit<sup>2</sup>, Christian Pieper<sup>2</sup>, Daniel Wildner<sup>2</sup>, Susanne Ahrens<sup>1</sup>, Roland Linder<sup>1</sup>, Frank Verheyen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>WINEG, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Techniker Krankenkasse, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Für strukturierte DMP-Programme nach §137 SGBV ist zum 01.04. 2008 durch die 17. Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) eine vereinfachte indikationsübergreifende Dokumentation in ausschließlich elektronischer Form in Kraft getreten. Seitdem sind Krankenkassen in der Lage, zusätzlich zu bereits etablierten GKV-Routinedatenquellen wie den ambulanten Diagnosedaten (§295 SGBV) auch klinische Angaben auf individueller (pseudonymisierter) Versichertenebene zu berücksichtigen. Dadurch können aktuellere und umfangreichere Aussagen zu Art und Umfang von Morbidität bei GKV-Versicherten im zeitlichen Verlauf getroffen werden.

**Material und Methoden:** Bei DMP-Verträgen für Asthma sind auf Basis der Datensätze nach RSAV-Anlage 2 und 10 qualitätssichernde Maßnahmen gemäß §28c RSAV festzulegen. Bundesversicherungsamt und Krankenkassen konkretisieren diese QS-Maßnahmen, die dann Grundlage für Verträge zwischen Leistungserbringern und Leistungserstattern sind. So ist u.a. ein QS-Indikator zur Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Asthma vertraglich vereinbart. Demzufolge ist jeder Arzt verpflichtet, im Rahmen der DMP-Dokumentation für jeden Versicherten individuell die Anzahl notfallmäßiger Hospitalisierungen wegen Asthma anzugeben.

Um DMP-Verlaufsdaten perspektivisch für GKV-Routinedatenanalysen verwenden zu können, hat das WINEG eine Validitätsprüfung durchgeführt. Dazu wurden Häufigkeitsangaben zu stationären Aufenthalten aus den DMP-Dokumentationen den entsprechenden stationären Abrechnungsdaten gegenübergestellt.

**Ergebnisse:** Bei der TK sind mehr als 106.000 Versicherte in den DMPs Asthma und COPD eingeschrieben. Davon sind für 32.887 Versicherte, die im Zeitraum 2009-2010 durchgängig am DMP-Asthma teilgenommen haben und bei denen sich das Dokumentationsintervall (n= 3 oder 6 Monate) nicht geändert hat, insgesamt 17.466 Behandlungsfälle in den Krankenhaus-Abrechnungsdaten dokumentiert. Von diesen erfolgten 667 wegen Asthma (ICD-Entlassdiagnose J44-J46), wobei 297 Mal (246 unterschiedliche Versicherte) als Aufnahmegrund "Notfall" angegeben wurde.

Inwiefern diese Angaben zur Hospitalisierung wegen Asthma mit den ärztlichen Angaben auf Basis der DMP-Folgedokumentationen (1.183 stationäre Notfallbehandlungen von 655 Versicherten) übereinstimmen, wird detailliert dargestellt werden.

**Schlussfolgerung:** Bei Art und Umfang von Hospitalisierungen aus DMP-Dokumentationen gibt es wider Erwarten erhebliche Abweichungen zu den stationären Abrechnungsdaten. Inwiefern dennoch Übereinstimmung besteht, ist aufgrund methodischer Restriktionen bei GKV-Routinedaten nicht ohne weiteres zu beantworten. Deshalb müssen durch Subgruppenanalysen mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Dazu gehören neben individuell unterschiedlich vereinbarten Intervallen für Kontrolluntersuchungen, Arztgruppenzugehörigkeit, Alter des Versicherten, KV-Region auch Art und Umfang von Begleiterkrankungen sowie die KH-Kodierqualität (Kennzeichen Notfall, Diagnosestellung).

Konventionelle GKV-Sekundärdatenanalysen aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (§295 SGBV) lassen sich durch valide klinische Primärdatengaben aus DMP-Dokumentationen (§137 SGBV) zu einer erweiterten Routinedatenbasis ergänzen. Trotz vorhandener methodischer Limitationen dieser Datenbasis können mit adäquater Operationalisierung wichtige Erkenntnisse zur aktuellen vertragsärztlichen Versorgungssituation generiert werden, die auch zur Beurteilung von Qualitätsaspekten berücksichtigt werden sollten.

Bitte zitieren als: Horenkamp-Sonntag D, Petereit F, Pieper C, Wildner D, Ahrens S, Linder R, Verheyen F. Notfallmäßige Hospitalisierung wegen Asthma-Beschwerden: externe Validitätsprüfung ärztlicher Angaben in DMP-Dokumentationsbögen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf163.

DOI: 10.3205/11dkvf163, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1631

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf163.shtml>

164

## Obeldicks light für übergewichtige Kinder und Jugendliche

Thomas Reinehr<sup>1</sup>, Petra Kolip<sup>2</sup>, Emily Finne<sup>2</sup>, Katrin Winkel<sup>1</sup>, Anke Schaefer<sup>1</sup>, Maike Schmidt<sup>3</sup>, Jutta Conrad<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Vestische Kinder- und Jugendklinik, Datteln, Deutschland

<sup>2</sup>Universität, Bielefeld, Deutschland

<sup>3</sup>Techniker Krankenkasse, Hamburg, Deutschland

<sup>4</sup>KKH-Allianz, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** Für mäßig übergewichtige Kinder und Jugendliche gab es bisher keine Lebensstil-Intervention, deren Wirksamkeit im Rahmen einer kontrollierten und randomisierten Studie nachgewiesen worden ist. Dies ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für die Kostenbeteiligung der Krankenkassen an umfangreichen Programmen zur Prävention für diese Zielgruppe. Aus diesem Grund haben die TK und KKH-Allianz gemeinsam mit der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln, Universität Witten/Herdecke und der Universität Bielefeld das Projekt „Obeldicks light“ initiiert.

**Material und Methoden:** 66 übergewichtige Kinder (BMI > 90 ≤ 97 Perzentile, BMI: M= 23,4 +/- 1,5 kg/m<sup>2</sup>) ohne Adipositas assoziierte Erkrankungen im Alter von M = 11,5 +/- 1,6 Jahren, wurden einer Kontrollgruppe (n= 32), die über 6 Monate keine Intervention erhielten und einer Interventionsgruppe (n=34) zugelost. 68 % der Teilnehmer waren weiblich. Die Intervention bestand aus dem Programm "Obeldicks light" für die Altersgruppe 8 bis 16 Jahre. Das sechsmonatige Schulungsprogramm umfasst wöchentliche Bewegungseinheiten, 6 Einheiten Ernährung und 5 Einheiten Verhalten. Die Eltern werden aktiv eingebunden. Gemessen wurde bei beiden Gruppen der BMI, Hüftumfang, Hautfaltendicke, BIA und Blutdruck. Das Bewegungsverhalten wurde mittels Fragebogen festgehalten. Das Ernährungsverhalten wurde mit einem 3-Tages-Protokoll ermittelt. Die Messungen erfolgen zu den drei Zeitpunkten, t<sub>0</sub>, t<sub>1</sub> (nach sechs Monaten) und t<sub>2</sub> (nach 12 Monaten). Der Vergleich zwischen den drei Zeiträumen basiert auf dem Intention-to-treat Ansatz. Die Veränderungen werden mittels BMI-SDS dargestellt.

**Ergebnisse:** Die Abbrecherquote lag in der Kontrollgruppe bei 16% und in der Interventionsgruppe bei 3%. 94% der Interventionsgruppe senkten ihr Gewicht (BMI-SDS) und 24% erreichten das Normalgewicht. Zudem war die Intervention erfolgreich bei der Senkung der Fettmasse, des Hüftumfangs und beim Blutdruck. Die Ergebnisse wurden in der Clinical Nutrition veröffentlicht.

**Schlussfolgerung:** Für motivierte Kinder und Jugendliche sowie deren Familien ist die Intervention eine geeignete Präventionsmaßnahme. Künftig wird die Intervention an weiteren Standorten etabliert und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf die Zielgruppe der stark übergewichtigen (BMI > 97 ≤ 99,9 Perzentile) ohne behandlungsbedürftige Risikofaktoren und Erkrankungen überprüft.

Bitte zitieren als: Reinehr T, Kolip P, Finne E, Winkel K, Schaefer A, Schmidt M, Conrad J. Obeldicks light für übergewichtige Kinder und Jugendliche. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf164.

DOI: 10.3205/11dkvf164, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1643

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf164.shtml>

165

## Ökonomische Evaluation der NOVOTERGUM-Rückentherapie im Vergleich zur üblichen Vorgehensweise bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen

Daniela Häusler<sup>1</sup>, Ernst-Günther Hagenmeyer<sup>2</sup>, Guido Schiffhorst<sup>1</sup>, Michael Eckerl<sup>3</sup>, Karsten Witte<sup>3</sup>, Peter K. Schädlich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IGES Institut GmbH, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>Fischzug 19H, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup>NOVOTERGUM AG, Mülheim an der Ruhr, Deutschland

**Hintergrund:** Es wurde eine ökonomische Evaluation des zwischen der DAK und der NOVOTERGUM AG abgeschlossenen IV-Vertrags "Chronischer Rückenschmerz" vorgenommen. Die NOVOTERGUM-Population erhielt über 12 Monate an Stelle der GKV-üblichen physiotherapeutischen Behandlung ein multimodales, interdisziplinäres Rückenprogramm zur Verbesserung von Beweglichkeit, Kraftausdauer und Alltagsbewältigung. Rückenbeschwerden der DAK-Vergleichsversicherten wurden im Rahmen der GKV-üblichen Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen, stationär sowie mit Arznei- und Heilmitteln behandelt.

**Material und Methoden:** Grundlage der Analysen bildeten Krankenkassen-Routinedaten von 812 DAK-Versicherten (NOVOTERGUM-Population), die zwischen dem 01.05.2006 und dem 22.01.2007 in den IV-Vertrag eingeschrieben wurden. Mittels Propensity-Score-Methode wurde eine Vergleichsgruppe von DAK-Versicherten (n = 812) hinzugematcht. Die Vergleichsgruppe entsprach durch das Matching bezüglich der Parameter Alter, Geschlecht, Wohnort, KV-Zugehörigkeit, Schwere der Rückenbeschwerden und Komorbiditäten weitgehend der NOVOTERGUM-Population. Die Höhe der Inanspruchnahme von Leistungen der GKV im Baseline-Jahr – Jahr vor IV-Einschreibung – konnten im Wesentlichen durch das Matching ausgeglichen werden. Übrig blieben Hinweise auf etwas höhere Belastungen durch Rückenbeschwerden in der NOVOTERGUM-Population, erkennbar an einer etwas höheren Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeit (AU) wegen Rückenproblemen, Krankenhausfällen wegen Rückenproblemen, mehr ambulanten Kontakten gesamt und wegen Rückenproblemen sowie von mehr ärztlicher Physio- und Schmerztherapie. Andererseits fielen bei der NOVOTERGUM-Population weniger Verordnungen von Schmerz- und anderen Medikamenten sowie weniger Aufenthalte im Krankenhaus (KH) insgesamt an. Durchgeführt wurden Analysen in folgenden Vergleichszeiträumen: 18 Monate, Monat 1–3, Monat 10–12 und Monat 16–18 nach Einschreibung sowie der Zeitverlauf 3 Monate vor bis 18 Monate nach Einschreibung.

**Ergebnisse:** In den 18 Monaten nach Einschreibung lagen die Kosten für alle AU, KH-Aufenthalte, Arzneimittel-

tel, ambulante Leistungen und Heilmittel bei der NOVOTERGUM-Population um 1.040,26 € (16%) niedriger als bei der Vergleichsgruppe [95%-Konfidenzintervall –2.059,18 € bis –34,35 €; statistisch signifikant; primärer Zielparameter]. Dem standen Kosten von 1.560,00 € der NOVOTERGUM-Intervention gegenüber. AU, KH-Aufenthalte, Arzneimittel und Heilmittel mit Rückenbezug waren bei der NOVOTERGUM-Population um 128,78 € (13%) geringer. Kostenminderungen im Zeitverlauf der Monate 1–18 in der NOVOTERGUM-Population waren besonders in den Monaten 1–3 deutlich. Im weiteren Verlauf verringerten sie sich, jedoch blieben sie bis in die Monate 16–18 nachweisbar. Parallel dazu war die NOVOTERGUM-Intervention in den Monaten 1–3 nach Einschreibung am intensivsten und ging in die Erhaltungsphase (Monat 4–12) über.

**Schlussfolgerung:** Im Zeitverlauf des NOVOTERGUM-Therapieprogramms ließen sich in den unterschiedlichen Messzeiträumen mäßige bis deutliche Kostenminderungen in der NOVOTERGUM-Population erkennen.

Erstellt mit Unterstützung von NOVOTERGUM AG, Mülheim an der Ruhr.

Bitte zitieren als: Häusler D, Hagenmeyer EG, Schiffhorst G, Eckerl M, Witte K, Schädlich PK. Ökonomische Evaluation der NOVOTERGUM-Rückentherapie im Vergleich zur üblichen Vorgehensweise bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf165. DOI: 10.3205/11dkvf165, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1651  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf165.shtml>

166

### Optimierbare Versorgungssituation: Hohe Prävalenzen, mangelnde Prophylaxe und lückenhaftes Problembewusstsein bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom

Silke Lauterbach<sup>1</sup>, Karel Kostev<sup>2</sup>, Thomas Kohlmann<sup>3</sup>, Marion Schaefer<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Apotheke Rotes Kreuz Krankenhaus, Kassel, Deutschland

<sup>2</sup>IMS Health GmbH & Co OHG, Frankfurt, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Community Medicine Universität Greifswald, Greifswald, Deutschland

<sup>4</sup>Institut für Klinische Pharmakologie Charite Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Untersuchung der Versorgungssituation von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (DFS).

**Material und Methoden:** Die epidemiologischen Untersuchungen zur Prävalenz wurden mittels der Diagnose-datenbankanalyse Disease Analyzer® von IMS durchgeführt. Dabei wurden alle Patienten mit der Diagnose 'Diabetes mellitus' und alle dokumentierten, gesicherten DFS-Diagnosen dieser Patienten aus dem Zeitraum 01/2006 bis 12/2008 auf Basis von ICD-10-Codes (International Classification of Diseases) und den Originaldiagnosetexten der Ärzte in die Studie einbezogen. Zur Ermittlung und Quantifizierung von Prophylaxemaßnahmen und Problembewusstsein wurden zufällig ausgewählte Diabetespatienten (n=93) in einem Interview mittels eines strukturierten Fragebogens über ihren Wissensstand zur Prävention des DFS befragt.

Neben dem Wissen über das DFS wurden spezielle Verhaltensmaßnahmen und persönliche Praktiken bei der Fußpflege ermittelt und ausgewertet. Des Weiteren wurden alle Diabetespatienten (n = 200), die vom 01/2006 bis zum 12/2007) die zum ersten Mal zur podologischen Therapie in eine podologische Praxis kamen, erfasst und ihre Patientencharakteristika und ihr Fußzustand deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden Daten von 26.781 T2D-Patienten und 3.896 T1D-Patienten aus 82 diabetologischen Praxen analysiert. Das diabetische Fußsyndrom war mit einer Häufigkeit von 3,2% unter den T1D-Patienten und mit 6,5% unter den T2D-Patienten vertreten. Wesentlich höher war die Prävalenz von Risikofaktoren, die zur Entstehung eines DFS führen. So hatten 18,7% der T1D und 30,1% der T2D-Patienten eine diabetische Neuropathie, 9,2% (T1D) / 25,5% (T2D) hatten eine diabetische Angiopathie. Des Weiteren wurden 2,8% (T1D) / 4,5% (T2D) mit Fußmykosen und 2,5% (T1D) / 2,2% (T2D) mit offenen Wunden am Fuß diagnostiziert.

Die multivariate Regressionsanalyse zeigte eine hochsignifikante Assoziation der Polyneuropathie (T1D-Patienten: OR=4,3, p<0,01; T2D-Patienten: OR=5,0, p<0,01) und der Angiopathie (T1D-Patienten: OR=24,5,3, p<0,01; T2D-Patienten: OR=7,6, p<0,01) mit dem diabetischen Fußsyndrom.

Von den insgesamt 93 befragten Diabetespatienten hatten 50% bereits Wunden am Fuß während ihrer Diabeteserkrankung und 80% trugen ungeeignete Schuhe. Ein Drittel benutzte ungeeignete Gegenstände bei der Fußpflege und 78,3% machten Fehler bei der hygienischen Fußpflege. 31,2% der Befragten 76% der analysierten Patienten in der podologischen Praxis hatten eine diabetische Neuropathie und/oder Angiopathie. Trotz vorliegender Neuropathie berichteten 88% von Ruhe- und/oder Belastungsschmerzen. 50% der Patienten hatten Fußschwellungen, 64% hatten Mykosen am Fuß, 77% wiesen starke Verhornungen auf.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen, dass die Versorgungssituation der Patienten mit DFS optimierbar ist. Defizitäre Prophylaxe, lückenhaftes Problembewusstsein und die Durchführung ungeeigneter Maßnahmen bei der Prävention zeigen sich an der hohen Prävalenz des DFS. Risikofaktoren sind dokumentiert, doch Routinescreeningmaßnahmen werden vom Arzt nicht häufig durchgeführt.

Bitte zitieren als: Lauterbach S, Kostev K, Kohlmann T, Schaefer M. Optimierbare Versorgungssituation: Hohe Prävalenzen, mangelnde Prophylaxe und lückenhaftes Problembewusstsein bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf166. DOI: 10.3205/11dkvf166, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1665  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf166.shtml>

167

## Osteoporosetherapie nach den aktuellen DVO S-III Leitlinien

Peyman Hadji<sup>1</sup>, Holger Gothe<sup>2</sup>, Bertram Häussler<sup>3</sup>, Silvia Klein<sup>3</sup>, Roland Linder<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

<sup>2</sup>UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol, Österreich, und IGES Institut, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup>IGES Institut, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup>WINEG, Hamburg, Deutschland

**Ergebnisse:** Die derzeit gültige Definition des Krankheitsbildes beschreibt die Osteoporose als systemische Skeletterkrankung, die durch eine unzureichende Knochenfestigkeit charakterisiert ist. Die Knochenfestigkeit spiegelt dabei primär das Zusammenwirken von Knochendichte und Knochenqualität wider. Das erhöhte Frakturrisiko im Alter hat starke Auswirkungen auf Lebensqualität, Mortalität und Gesundheitsökonomie. Sie ist nicht nur eine der bedeutendsten Volkskrankheiten in Deutschland, sondern prädisponiert zu eben diesem Frakturrisiko. Insgesamt wird jede dritte Frau nach der Menopause von einer osteoporosebedingten Fraktur betroffen sein, wobei die Inzidenz osteoporosebedingter Wirbelkörper- und Schenkelhalsfrakturen mit dem Alter exponentiell zunimmt. Die demographische Bevölkerungsentwicklung, der zunehmende Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung sowie die Veränderung der Lebensgewohnheiten werden in den kommenden Jahren zu einer weiteren Zunahme der Osteoporose führen.

Die Prävention der postmenopausalen Osteoporose umfasst die Frakturprophylaxe über eine Beeinflussung von Risikofaktoren bei Frauen ohne bisherige Erkrankung (Primärprävention), die möglichst frühzeitige Erfassung und Behandlung von Frauen, bei denen eine Osteoporose, aber noch keine Fraktur vorliegt (Sekundärprävention) und die Verhütung weiterer Frakturen sowie die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit bei Frauen, die bereits osteoporotische Frakturen erlitten haben (Tertiärprävention). Ziel einer optimierten Prävention der postmenopausalen Osteoporose ist in jedem Fall die Reduktion der Frakturzinzidenz und der Erhalt der Lebensqualität bei betroffenen Frauen. Dieses Ziel sollte möglichst effektiv und – im Hinblick auf begrenzte Ressourcen – auch möglichst effizient erreicht werden.

Entsprechend der multifaktoriellen Genese der Osteoporose liegen die Ansatzpunkte für die Osteoporoseprävention in der Beeinflussung der Risikofaktoren. Hierbei steht die Motivation zur individuellen, eigenverantwortlichen Prävention durch eine knochenstoffwechselgesunde Ernährungsweise bzw. Lebensstil, regelmäßige körperliche Aktivität sowie die Reduktion von Alkohol- und Nikotinkonsum im Vordergrund. Grundsätzlich ist es wichtig, im Rahmen der Osteoporoseprävention bei prämenopausalen Frauen eine Kalziumzufuhr von 1000 mg/Tag sowie eine Vitamin-D-Zufuhr von 1000-2000 IE/Tag sicherzustellen.

Ziel einer leitliniengerechten, spezifischen medikamentösen Therapie der Osteoporose ist die Senkung des Frakturrisikos. Weitere Parameter wie die Steigerung der Knochenmineraldichte oder Auswirkungen auf Knochenstoffwechselmarker sind für die Bewertung der Therapieeffizienz als Surrogatparameter nur von zweitrangiger Bedeutung. Die in Bezug auf eine Frak-

tursenkung am besten belegten medikamentösen Therapieoptionen bei der postmenopausalen Frau sind Östrogene, Tibolon, Alendronat, Risedronat, Ibandronat, Zoledronat, Raloxifen, Strontium Ranelat, 1-34 sowie 1-84 PTH. Für alle genannten Präparate ist eine Verminderung von Wirbelkörperfrakturen nach drei Jahren in ähnlichem Umfang nachgewiesen. Für Östrogene, Tibolon, Alendronat, Risedronat, Zoledronat, Strontiumranelat und Teriparatid ist auch eine Verminderung peripherer Frakturen nachgewiesen.

Bitte zitieren als: Hadji P, Gothe H, Häussler B, Klein S, Linder R. Osteoporosetherapie nach den aktuellen DVO S-III Leitlinien. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf167. DOI: 10.3205/11dkvf167, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1676

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf167.shtml>

168

## PACT-Untersuchung (Patient's Anastrozole Compliance to Therapy) zur Auswirkung eines standardisierten Informationsservices auf die Compliance bei postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor-positivem frühem Brustkrebs (HR+ EBC)

Peyman Hadji<sup>1</sup>, Nadia Harbeck<sup>2</sup>, Christian Jackisch<sup>3</sup>, Hans-Joachim Lück<sup>4</sup>, Maria Blettner<sup>5</sup>, Silke Zaun<sup>6</sup>, Christine Windemuth-Kieselbach<sup>7</sup>, Renate Haidinger<sup>8</sup>, Hilde Schulte<sup>9</sup>, Rolf Krelenberg<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Phillips-Universität, Marburg, Deutschland

<sup>2</sup>Brustzentrum der Universitätsfrauenklinik, Köln, Deutschland

<sup>3</sup>Klinikum Offenbach, Offenbach, Deutschland

<sup>4</sup>Gyn. Onkologische Praxis, Hannover, Deutschland

<sup>5</sup>Universität Mainz, Mainz, Deutschland

<sup>6</sup>AstraZeneca, Wedel, Deutschland

<sup>7</sup>Alcedis GmbH, Giessen, Deutschland

<sup>8</sup>Brustkrebs Deutschland e.V., München, Deutschland

<sup>9</sup>Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., Bonn, Deutschland

<sup>10</sup>Universitätsfrauenklinik, Ulm, Deutschland

**Zielsetzung:** Retrospektive Daten zeigen, dass die Compliance von Patientinnen unter adjuvanter endokriner Therapie nach Brustkrebs bereits nach einem Jahr auf ca. 80% sinkt und im Jahr 4 nur noch bei ca. 50% liegt. PACT verfolgte das Ziel, die Therapietreue von postmenopausalen Frauen, die adjuvant Anastrozol einnehmen, mit Hilfe eines standardisierten Informationsservice zu verbessern.

**Methoden:** PACT ist eine prospektive, randomisierte, 2-armige Parallelgruppen-Studie (ClinTrial NCT00555867, Sponsor AstraZeneca) der Versorgungsforschung. Frauen, die aufgrund eines HR+ EBC adjuvant Anastrozol erhielten, wurden randomisiert in einen Standard-Nachsorge-Arm versus zusätzlicher standardisierter Information per Post für die ersten 12 Monate der adjuvanten Therapie eingeteilt. Primärer Endpunkt waren die Compliance- und Persistenzraten nach 12 Monaten. Sekundäre Endpunkte beinhalteten ein längeres Follow-Up, Gründe für Non-Compliance und Einfluss von Baseline-Charakteristika auf die Compliance.

**Ergebnisse:** 4.924 Frauen wurden bis November 2008 eingeschlossen, das Durchschnittsalter war 65 Jahre. Die beiden Behandlungsarme waren vergleichbar bzgl.

Tumorcharakteristika, OP-Typ, adjuvanter Chemotherapie, ER/HER2-Status, Komorbiditäten, Begleitmedikation etc. Nach 12 Monaten zeigte sich kein Unterschied im Standard- versus Interventionsarm in der Compliance oder Persistenz, jedoch war die Compliance höher bei Patientinnen, die keine unerwünschten Ereignisse hatten und denen, die regelmäßig zu Kontrollvisiten kamen (beide  $p < 0,001$ ). Alter, Komedikation und Komorbiditäten zeigten keinen Einfluss auf die Compliance. Im längeren Follow-up konnte nach 24 Monaten ebenfalls kein Einfluss der Edukation auf die Compliance und Persistenz gezeigt werden.

**Zusammenfassung:** PACT zeigte keine Verbesserung der Therapietreue durch zusätzliche standardisierte Informationen im ersten adjuvanten Therapiejahr von Frauen mit HR+ EBC, aber liefert relevante Daten zu Faktoren, die die Compliance beeinflussen und zum Versorgungsalltag in Deutschland.

#### Literatur

1. Hadji P. Improving compliance and persistence to adjuvant tamoxifen and aromatase inhibitor therapy. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2010; 73(2):156-66.
2. Chlebowski RT, Geller ML. Adherence to Endocrine Therapy for Breast Cancer. *Oncology.* 2009; 71:1-9.
3. Harbeck N, et al. First results from the Patient's Anastrozole Compliance to Therapy Programme (PACT). ASCO annual meeting 2010; poster 523.

Bitte zitieren als: Hadji P, Harbeck N, Jackisch C, Lück HJ, Blettner M, Zaun S, Windemuth-Kieselbach C, Haidinger R, Schulte H, Kreienberg R. PACT-Untersuchung (Patient's Anastrozole Compliance to Therapy) zur Auswirkung eines standardisierten Informationsservices auf die Compliance bei postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor-positivem frühem Brustkrebs (HR+ EBC). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf168.

DOI: 10.3205/11dkvf168, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1687

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf168.shtml>

169

## Patientenorientierte Arzneimittelinformation in Deutschland – die Herausforderungen

Judith Günther

PharmaFacts, Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** Der Gesundheitsmarkt boomt – auch in Deutschland. 2009 stiegen hierzulande die Gesundheitsausgaben um 5,2 Prozent auf fast 278,3 Mrd. € an. Im selben Jahr investierte jeder Bundesbürger durchschnittlich rund 600 Euro für private Gesundheitsleistungen wie freiverkäufliche Medikamente, Prävention, alternative Medizin und Wellness. Aktuelle Modellrechnungen zufolge ordern die Deutschen pro Jahr etwa für 1,5 Mrd. € IGELE-Leistungen. Dabei sind die Belege für einen therapeutischen Nutzen dieser Maßnahmen häufig unzureichend. Daneben weisen aktuelle Untersuchungen darauf hin, dass eine geringe Gesundheitskompetenz (health literacy) negative Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus hat, gar die Sterberate sogar erhöhen kann.

**Problemstellung:** A. Der deutsche Arzneimittelmarkt umfasst nahezu 60.000 Arzneimittel. 2010 wurden 1,52 Mrd. Arzneimittelpackungen im Wert von 25,9 Mrd. € von der pharmazeutischen Industrie umgesetzt

(geschätzter Apothekenumsatz ca. 45 Mrd. €). Hinzu kommen zulassungspflichtige Medizinprodukte, (diätetische) Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel und Kosmetika, von deren Anwendung gesundheitliche Verbesserungen erwartet werden. Die Voraussetzung für den Marktzugang der verschiedenen Produktgruppen unterscheidet sich erheblich. Eine patientenorientierte Arzneimittelinformation muss diese Unterschiede aufgreifen und die sich daraus ergebenden Implikationen für VerbraucherInnen verdeutlichen. B. Die Forderung nach einer umfassenden unabhängigen Gesundheitsinformation (UGI) trägt der Tatsache Rechnung, dass VerbraucherInnen verstärkt eine Beteiligung am Entscheidungsprozess medizinischer Maßnahmen einfordern. Eine „informierte Entscheidung“ lässt sich nur auf Grundlage der besten Informationen treffen. Eine UGI fokussiert die Patientenrelevanz und folgt einer stringenten und transparenten Methodik. Zur Beurteilung von Wirksamkeit und Verträglichkeit therapeutischer Interventionen und des patientenrelevanten Nutzens sind die Kriterien der evidenzbasierten Medizin anerkannt. Qualitätsaussagen zu Arzneimitteln oder arzneimitteltypischen Produkten können nur anhand klinischer Studien überprüft und bewertet werden. Die Forderung nach Nutzenbelegen mündet infolgedessen häufig in einem Negativurteil oder eine Bewertung kann nicht vorgenommen werden. Für den Marktzugang von ca. 20% der im Markt befindlichen Arzneimittel sind klinische Studien mit valider Methodik, wie sie heute gefordert werden, überhaupt nicht erforderlich. C. VerbraucherInnen sind die KundInnen einer UGI. Werbliche Aussagen zur Wirksamkeit therapeutischer Interventionen in Rundfunk, Fernsehen und Internet beeinflussen die Wahrnehmung der VerbraucherInnen. Wird eine UGI inmitten dieser Informationsflut überhaupt wahrgenommen? Wie hoch ist das Verständnis für die Darstellung der komplexen Zusammenhänge? Kundenerwartungen und -wünsche sowie deren Rezeptionsmöglichkeiten müssen bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen berücksichtigt werden.

**Schlussfolgerung:** Eine patientenorientierte Arzneimittelinformation in Deutschland muss sich folgenden Herausforderungen stellen: Kontinuierliche Erweiterung der Produktpalette, intransparente Produktänderungen oder fehlende Belege für einen Nutzen der angebotenen Produkte sowie ausreichende „Kunden“nähe der erstellten Information.

Bitte zitieren als: Günther J. Patientenorientierte Arzneimittelinformation in Deutschland – die Herausforderungen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf169.

DOI: 10.3205/11dkvf169, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1698

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf169.shtml>

170

## Patientenorientierte Beratung in der Versorgung seltener Erkrankungen – Ein modularisiertes Konzept zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen mit Achondroplasien

Julia Quitmann<sup>1</sup>, Jerome Ries<sup>2</sup>, Anja Schwertfeger<sup>2</sup>, Stefanie Witt<sup>1</sup>, Monika Bullinger<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UKE, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>BKMF, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Komplexität von chronisch seltenen Erkrankungen erfordert häufig eine interdisziplinäre Behandlung und eine nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Betreuung. Insbesondere der Zugang zu letzterer wird von PatientInnen mit chronisch seltenen Erkrankungen in Deutschland häufig als nicht zufriedenstellend erlebt).

Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen mit einer seltenen Erkrankung (Achondroplasien) durch ein Selbsthilfe-gestütztes individualisiertes Beratungskonzept. In der Studie wird die Lebensqualität sowie psychosoziale Belastungen und Ressourcen von betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erhoben.

**Material und Methoden:** Eingeschlossen werden 100 Kinder ab 8 Jahren und Jugendliche (inkl. ihrer Eltern) sowie PatientInnen bis einschließlich 28 Jahren. Die quantitative Datenerhebung erfolgt anhand von validierten Fragebögen (T0) und mit Hilfe von Fokusgruppen wird der Beratungsbedarf der Betroffenen qualitativ festgestellt.

**Ergebnisse:** Aus diesem qualitativen und quantitativen Material werden derzeit altersangepasste, bedarfsorientierte Beratungsmodule konzipiert, die den Betroffenen im Rahmen einer Intervention zur Nutzung angeboten und längsschnittlich evaluiert werden. Themenkomplexe werden dabei vor allem Selbstkompetenztraining, Umgangs- und Verhaltensstrategien, körperliche Selbsterfahrung, Überbehütung der Eltern, Kommunikation und Selbstbehauptung sowie Gesundheitsförderung und Prävention sein. Hierbei werden alle Nutzer der vor (T1) und zu Abschluss (T2) der sechsmonatigen Interventionsphase mit dem standardisierten Instrumentarium befragt. Ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe bestehend aus Betroffenen, die an den Interventionsmaßnahmen interessiert sind, aber die selbsthilfegestützten individualisierten Beratungen nicht in Anspruch genommen haben, wird zu den identischen Zeitpunkten mit diesem Instrumentarium durchgeführt.

**Schlussfolgerung:** Sollte dieses Beratungskonzept einen positiven Effekt auf die Outcome-Variablen zeigen, so ist eine Etablierung von entsprechenden Schulungs- und Beratungsprogrammen im Rahmen von Spezialambulanzen nach §116b SGB V für Skelettsystemfehlbildungen unter Einbeziehung der Selbsthilfe anzustreben.

### Literatur

1. Bullinger M. Lebensqualität chronisch kranker Menschen. In: Pawlis S, Koch U, Hrsg. Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2006. p. 219-228.
2. European Organisation for Rare Diseases: The Voice of 12.000 Patients, Experiences and Expectations of Rare

Disease Patients on Diagnosis and Care in Europe. Paris: 2009. p 241-45.

3. Noeker M, Petermann F. Interventionsverfahren bei chronisch kranken Kindern und deren Familien. In: Petermann F, Hrsg. Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. 5., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2002. p. 513-540.

Bitte zitieren als: Quitmann J, Ries J, Schwertfeger A, Witt S, Bullinger M. Patientenorientierte Beratung in der Versorgung seltener Erkrankungen – Ein modularisiertes Konzept zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen mit Achondroplasien. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf170.

DOI: 10.3205/11dkvf170, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1703

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf170.shtml>

171

## Patientenpräferenzen in der Kinder- und Jugendheilkunde: Welche Aspekte des Krankenhausaufenthaltes sind für Eltern am wichtigsten?

Tonio Schönfelder, Joachim Kugler

Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Die Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung ihrer Kinder erhöht signifikant die Adhärenz von Therapieempfehlungen und die Bereitschaft sich einer notwendigen weiterführenden Behandlung zu unterziehen [1]. Die durchgeführte Studie untersuchte, welche Aspekte des Krankenhausaufenthaltes für Eltern, deren Kinder stationär behandelt worden sind, am meisten zur Zufriedenheit beitragen.

**Material und Methoden:** Die Teilnehmer der Untersuchung waren Eltern deren Kinder in einer der 24 Kinderkliniken des Regierungsbezirk Dresden stationär behandelt worden waren. Die Daten wurden mittels eines anonymen Fragebogens erhoben der den Eltern durch deren Krankenkasse zugestellt wurde. Die Auswahl der Patienten erfolgte randomisiert basierend auf deren Alter und Geschlecht sowie dem Marktanteil der beteiligten Krankenkassen. Insgesamt konnten 507 Fragebögen ausgewertet werden, was einer Rücklaufquote von 23% entsprach. Assoziationen zwischen der Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt und den erfassten Daten wurden aufgrund fehlender Normalverteilung mit nicht-parametrischen Tests untersucht. Mit Variablen, die hierbei statistisch signifikante Zusammenhänge ( $P \leq 0,05$ ) aufwiesen, wurden multivariate logistische Regressionsanalysen zur Ermittlung der Patientenpräferenzen durchgeführt.

**Ergebnisse:** Der Großteil der Eltern bewertete den Krankenhausaufenthalt sehr gut (15%) und gut (58%). Die wichtigsten Faktoren der Zufriedenheit waren ( $P < 0,05$ ) die Freundlichkeit der Ärzte (OR: 2,13) und des Pflegepersonals (OR: 1,78), Organisation von Untersuchungen (OR: 1,83) sowie Krankenhauseinweisung (OR: 1,60) als auch die persönliche ärztliche Betreuung (OR: 1,63). Die Vermittlung von Informationen, z.B. zur Anästhesie oder Operationen, hingens nicht mit der Gesamtzufriedenheit zusammen. Einen weiteren Einfluss auf die Zufriedenheit hatte die empfundene Verweildauer (Chi-Quadrat-Test,  $P < 0,001$ ). Eltern, die den Krankenhausaufenthalt ihrer Kinder als zu lang

empfanden, waren weniger zufrieden als Eltern die diesen als angemessen einschätzten (gruppiertes Median 4,55 versus 5,25).

**Schlussfolgerung:** Diese Studie identifizierte Faktoren der Patientenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendheilkunde. Für Eltern sind vordergründig interpersonale sowie organisatorische Aspekte des Krankenhausaufenthaltes von Bedeutung. Im Gegensatz hierzu spielt die Vermittlung von Informationen zur Behandlung eine geringere Rolle. Die Ergebnisse unterstützen Ärzte und Pflegekräfte mit wichtigen Informationen, den Wünschen und Bedürfnissen des sensiblen Klientel der Eltern gerecht zu werden.

#### Literatur

1. Darby C. Patient/Parent Assessment of the Quality of Care. *Ambul. Pediatr.* 2002;2:345-348.

Bitte zitieren als: Schönfelder T, Kugler J. Patientenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendheilkunde: Welche Aspekte des Krankenhausaufenthaltes sind für Eltern am wichtigsten? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf171. DOI: 10.3205/11dkvf171, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1712  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf171.shtml>

172

### Patientenzufriedenheit in der Neurologie: Einfluss von demografischen und krankenhausbefugenen Variablen sowie der subjektiv wahrgenommenen Behandlungsqualität

Tonio Schönfelder, Joachim Kugler  
Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Die Erfüllung von Präferenzen und Bedürfnissen von Patienten ist ein zunehmend wichtiger Baustein der Qualitätssicherung, denn Patienten stellen eine einzigartige Informationsquelle für Ärzte und Pflegepersonal bezüglich Bereichen, in welchen die Behandlungsqualität noch Optimierungsbedarf aufweist, dar [1], [2]. Diese Studie untersuchte, welche Parameter die Zufriedenheit von Patienten aus der Neurologie beeinflussen.

**Material und Methoden:** Die Daten wurden mittels einer anonymen, freiwilligen Befragung von zufällig ausgewählten Patienten von insgesamt 31 Krankenhäusern aus dem Regierungsbezirk Dresden erhoben. Das Instrument erfasste demografische und krankenhausbefugene Variablen sowie die Wahrnehmung der Patienten zur Behandlungs- und Servicequalität. Es konnten 741 Fragebögen ausgewertet werden. Bivariate und multivariate Techniken wurden verwendet, um Beziehungen zwischen den erfassten Indikatoren und der Gesamtzufriedenheit aufzudecken ( $P \leq 0,05$ ).

**Ergebnisse:** Der Großteil der Teilnehmer war weiblich (52,6%) und zwischen 60 und 80 Jahren (46,8%) alt. Circa 79% der Patienten waren mit ihrem Krankenhausaufenthalt zufrieden und 80% würden sich im Fall einer erneuten Behandlung für dieselbe Klinik entscheiden. Die bivariate Analyse zeigte, dass das Ge-

schlecht keinen Einfluss hatte, jedoch waren ältere Patienten zufriedener als jüngere ( $P < 0,001$ ). Eine als zu lang bzw. zu kurz wahrgenommene Verweildauer wirkte sich im Vergleich zu Patienten, die diese als angemessen empfanden, negativ aus ( $P < 0,001$ ). Den bedeutendsten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt hatten ( $P < 0,05$ ): Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis (OR: 3,84), Organisation und Ablauf von Untersuchungen (OR: 2,80), Freundlichkeit des Pflegepersonals (OR: 2,06), Beantwortung von Fragen durch Ärzte (OR: 1,67) sowie die Qualität der Mahlzeiten (OR: 1,60). Zwischen der Vermittlung von verständlichen Informationen zur Medikation, Operationen oder Anästhesie und der Gesamtzufriedenheit konnte kein Zusammenhang festgestellt werden.

**Schlussfolgerung:** Einfluss auf die Patientenzufriedenheit in der Neurologie haben vordergründig die subjektiven Wahrnehmungen der Patienten bezüglich der Behandlungsqualität. Diese lassen jedoch keine eindeutigen Rückschlüsse auf die objektive Behandlungsqualität zu. Einrichtungsbezogene und demografische Variablen spielen eine untergeordnete Rolle.

#### Literatur

1. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, Delbanco TL. Patients evaluate their hospital care: A national survey. *Health Affair.* 1991;10:254-267.  
2. Epstein KR, Laine C, Farber NJ, Nelson EC, Davidoff F. Patients' perceptions of office medical practice: Judging quality through the patients' eyes. *Am J Med Qual.* 1996;11:73-80.

Bitte zitieren als: Schönfelder T, Kugler J. Patientenzufriedenheit in der Neurologie: Einfluss von demografischen und krankenhausbefugenen Variablen sowie der subjektiv wahrgenommenen Behandlungsqualität. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf172. DOI: 10.3205/11dkvf172, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1725  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf172.shtml>

173

### Patients Reported Outcomes am Beispiel „Akutes Coronares Syndrom“

Mareike Schmäzlein  
Verein Outcome, Zürich, Schweiz

**Hintergrund:** Seit dem Jahr 2000 bietet der Verein Outcome die Messung „Akutes Coronares Syndrom“ zusammen mit AMIS Plus (National Registry of Acute Myocardial Infarction in Switzerland) an. AMIS Plus ist ein wissenschaftliches Projekt getragen von den Schweizerischen Gesellschaften für Kardiologie, für Intensivmedizin und für Innere Medizin. Ziele der Kooperation sind es, eine nationale Datenbank zum Thema Myokardinfarkt bzw. akutes coronares Syndrom aufzubauen und zu betreiben sowie die Förderung der Qualität durch Bereitstellen datenbasierter Entscheidungsgrundlagen für die Krankenhäuser. Die Besonderheit der langjährig erprobten und validierten Outcome-Messungen liegt darin, dass sie sowohl die Patientenperspektive als auch die der Professionellen abbilden.

**Material und Methoden:** Die Messung enthält einen Bogen zur Erhebung klinischer Parameter für die behandelnden Ärzte und einen Patientenfragebogen, der allen Patienten mit klinischer Diagnose eines akuten coronaren Syndromes einen Tag vor Austritt abgegeben wird.

Der Fokus des Patientenfragebogens liegt auf der Zufriedenheit, Zuversicht und dem Informationsstand bei Austritt.

Dabei wird der Patient unter anderem gefragt: „Fühlen Sie sich über Ihre Krankheit und die weitere Behandlung genügend informiert“, worauf er mit einer vierstufigen Likert-Skala von „ja, sehr“ bis „nein, überhaupt nicht“ antworten kann.

Weiterhin werden Fragen im Sinne eines Wissenstests zu Lebensstilen und zu Notfallmaßnahmen gestellt, um den Grad der subjektiven Informiertheit zu erheben. Der Informationsstand des Patienten über zukünftig sinnvolle Verhaltensweisen im Alltag wird unter anderem durch die Aussage „Wenn mein systolischer (oberer) Blutdruck wiederholt 140 mmHg oder mehr beträgt, sollte ich mich an meinen Arzt wenden“ geprüft, worauf dichotom mit „richtig“ oder „falsch“ geantwortet werden kann. Weitere Items erfragen das vom Patienten künftig zu erwartende Verhalten in einer antizipierten akuten coronaren Notsituation. Es werden Notfallverhaltensweisen vorgeschlagen wie „Ich nehme sofort meine Notfallmedikamente“, „ich rufe sofort den Notarzt an“ oder „ich warte erstmal eine Stunde ab“, welche als richtig oder falsch eingeschätzt werden sollen.

**Ergebnisse:** Die Besonderheit bei der Befragung besteht darin, dass anhand des Antwortverhaltens der Patienten Hinweise über die Patientenaufklärung in den Krankenhäusern gegeben werden können. Patienten können sich subjektiv durchaus zufriedenstellend informiert fühlen

aber dennoch die Wissensfragen zu Lebensstilen und Notfallsituation falsch oder nicht beantworten.

**Schlussfolgerung:** Der Patientenfragebogen der Outcome Messung „ACS“ ist ein validiertes Instrument, welches objektive Wissensparameter generiert und eine differenzierte Zufriedenheitsbetrachtung ermöglicht. Eine Vielzahl von Krankenhäusern verfügt über interne Längsschnittvergleiche. Den Krankenhäusern wird mit dieser Befragung die Möglichkeit gegeben, Verbesserungspotentiale bei der Patientenaufklärung zu sehen und umzusetzen und darüber hinaus mit anderen Krankenhäusern in Benchmarkingveranstaltungen – gemäss dem „Lernen vom Besten“ gemeinsam – zu diskutieren. Die Einzigartigkeit dieser Messung ist die spezifische Einbindung der Patientenmeinung, woraus sich wertvolle Erkenntnisse im Behandlungsprozess bei Patienten mit akutem coronarem Syndrom ergeben.

Bitte zitieren als: Schmäzlein M. Patients Reported Outcomes am Beispiel „Akutes Coronares Syndrom“. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf173.

DOI: 10.3205/11dkvf173, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1731

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf173.shtml>

174

## Pflegende Angehörige im Spannungsfeld zwischen Berufstätigkeit, Krankheit und Armut: Welche Daten eignen sich für eine Ist- und Bedarfsanalyse?

Christine Emrich<sup>1</sup>, Elisabeth Simoes<sup>1</sup>, Ralf Münnich<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Tübingen, Deutschland

<sup>2</sup>Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialstatistik, Trier, Deutschland

**Hintergrund:** Zu den physischen und psychischen Belastungen der Pflege gibt es bereits verschiedene Studien, doch ist über die Auswirkungen der Pflege auf die Pflegenden Angehörigen in Bezug auf Armut und soziale Exklusion noch wenig bekannt. Die Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der Pflegekosten und schützt nicht vor sozialer Isolation.

Exklusion ist ein Prozess, der unter anderem mit dem Verlust der Berufstätigkeit, Krankheit oder Verarmung beginnen kann. Pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter (zu 73% Frauen) weisen mit 45% einen erhöhten Anteil an Nichterwerbstätigen auf, etwa 15% mehr als in der Gesamtbevölkerung und 10% mehr als unter allen Frauen.

Ziel der Arbeit ist es deshalb herauszufinden, welche sozialwissenschaftlichen Datensätze geeignet sind, um das Teilkollektiv der pflegenden Angehörigen hinsichtlich Armut und sozialer Exklusion im Vergleich zu Personen im erwerbsfähigen Alter, die nicht pflegen, zu untersuchen. Welche Daten erlauben das Identifizieren von Risikokonstellationen und -kollektiven, die spezielle Unterstützung brauchen?

**Material und Methoden:** Verschiedene sozialwissenschaftlichen Datensätze wurden hinsichtlich ihrer Möglichkeiten und Grenzen bezüglich der Aussagekraft zu folgenden Bereichen analysiert:

1. Soziodemographische Informationen über pflegende Angehörige, inkl. ihrer finanziellen Situation
2. Abbild der Pflegesituation, inkl. Inanspruchnahme von professioneller Hilfe und Unterstützung durch andere Familienmitglieder/Freunde
3. Daten zu Erwerbstätigkeit und sozialen Netzen

**Ergebnisse:** Die umfassendsten Informationen zu pflegenden Angehörigen (u.A. Erwerbsbiographie; Pflegesituation innerhalb und außerhalb des eigenen Haushalts) enthält das Panel Arbeitsmarkt und Soziale Sicherung (PASS) des Instituts für Arbeits- und Berufsforschung (IAB), das einen besonderen Fokus auf Haushalte mit Bezug von Arbeitslosengeld-II legt. Allerdings gibt es bisher erst drei Wellen dieses Panels, so dass Veränderungen durch die Pflegesituation noch kaum beobachtet werden können. Das Sozioökonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) gibt es dagegen schon seit 1984, so dass die Analyse der Veränderungen durch die Pflegesituation bei vielen Haushalten und selbst Vergleiche der Situation vor und nach Einführung der Pflegeversicherung möglich sind. Die Stichprobe umfasst mit etwa 22.000 Personen derzeit fast doppelt so viele wie das PASS. Allerdings wird nur die Pflege von Angehörigen im eigenen Haushalt erfasst und Angaben zum Vermögen nur in drei Erhebungswellen. Daneben gibt es weitere Informationen aus Querschnittsbefragungen wie dem Monitor Familienle-

ben des Instituts für Demoskopie Allensbach aus dem Jahr 2010 (Einstellungen zur Pflege und Berufstätigkeit) und dem Mikrozensus (MZ) des statistischen Bundesamtes (Pflegebedürftige im Vordergrund). Diese Informationen können das Bild zwar ergänzen, doch bleibt es nach wie vor lückenhaft. Einzelne Merkmale, Querverbindungen und Defizite sollen vorgestellt werden.

**Schlussfolgerung:** Aufgrund der Datenlücken und Limitationen reicht keiner der Datensätze allein, um pflegende Angehörige hinsichtlich ihres Armutsrisikos, Armut und sozialer Exklusion zu untersuchen, Risikokollektive zu erkennen und Handlungsbedarfe zu analysieren. Vielmehr zeichnet sich weiterer Forschungsbedarf ab, wie die besten Informationen durch inferenzstatistische Methoden, wie bspw. Small Area-Verfahren, verbunden werden können und welcher Teil der Informationen in Primärerhebungen ergänzend erhoben werden muss.

Bitte zitieren als: Emrich C, Simoes E, Münnich R. Pflegende Angehörige im Spannungsfeld zwischen Berufstätigkeit, Krankheit und Armut: Welche Daten eignen sich für eine Ist- und Bedarfsanalyse? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf174. DOI: 10.3205/11dkvf174, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1741  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf174.shtml>

175

## Polypharmazie, Arzneimittel-bezogene Probleme und potenziell inadäquate Medikation in der getABI-Kohorte älterer Patienten

Stefanie Holt<sup>1,2</sup>, Jacek Szymanski<sup>1,2</sup>, Ulrich Thiem<sup>3</sup>, Renate Klaaßen-Mielke<sup>3</sup>, Petra A. Thürmann<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Department für Medizin, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Deutschland

<sup>2</sup>Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, Helios Klinikum Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

<sup>3</sup>Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Ruhr-Universität Bochum – für die German Epidemiological Trial on Ankle Brachial Index (getABI) Studiengruppe, Bochum, Deutschland

**Hintergrund:** Aufgrund pharmakologischer Effekte und eines erhöhten Risikos für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) gelten bestimmte Arzneimittel als potenziell inadäquat (PIM) für ältere Menschen. Die an den deutschen Arzneimittelmarkt und Verordnungsgewohnheiten angepasste PRISCUS-Liste beinhaltet 83 potenziell inadäquate Medikamente für ältere Menschen [1]. Sie führt neben Therapiealternativen auch zusätzliche Medikationsempfehlungen wie Monitoring-Parameter und Dosierungsanpassungen auf, falls der PIM-Gebrauch nicht vermeidbar ist. Mit Hilfe der PRISCUS-Liste sollte der Gebrauch potenziell inadäquater Medikamente bei älteren Patienten der getABI-Kohorte [2] analysiert werden.

**Material und Methoden:** Demographische Daten, Erkrankungen, aktuelle Medikation und selbst-berichtete UAWs wurden im 7-Jahres Follow-up von 1937 Patienten der getABI-Kohorte (78±4 Jahre, 53% Frauen) in Telefoninterviews erfasst. Der Medikamentengebrauch

wurde im Hinblick auf Polypharmazie (≥5 Arzneimittel), Häufigkeit potenziell inadäquater Medikamente nach PRISCUS-Liste und ihr Zusammenhang mit selbst-berichteten Beschwerden, Lebensqualität (QoL) mittels EQ5D und UAWs untersucht. Der Zusammenhang zwischen Stürzen und Medikation wurde sowohl mittels PRISCUS-Liste als auch FRID (fall-risk increasing drugs; [3], [4] überprüft. Die univariate und multivariate logistische Regressionsanalyse u.a. mit den Einflussfaktoren Geschlecht, Altersgruppen und Polypharmazie erfolgte mittels SAS (Version 9.1).

**Ergebnisse:** Die Patienten der getABI-Kohorte nahmen zum Zeitpunkt des Interviews im Mittel 6±3 Arzneimittel. 64% der Patienten erhielten 5 oder mehr Medikamente. Bei 329 (17%) Patienten konnte der Gebrauch von PIM gemäß PRISCUS-Liste ermittelt werden. Die häufigsten PIM-Arzneimittel waren Acetyldigoxin, Doxazosin und Amitriptylin. Die häufigsten PIM-Arzneistoffklassen waren Psychoanaleptika (N06), Herztherapeutika (C01) und Psycholeptika (N05). Der PIM-Gebrauch steht statistisch signifikant mit Polypharmazie und häufigen Arztbesuchen in Zusammenhang. Patienten mit PIM-Gebrauch gaben häufiger Beschwerden wie Schlafstörungen (OR 1.7, KI 1.3–2.1), Schwindel (OR 1.6, KI 1.2–2.1), Inkontinenz (OR 1.6, KI 1.2–2.1) und Obstipation (OR 1.4, KI 1.1–2.0) sowie eine schlechtere QoL (OR 1.8, KI 1.4–2.3) an als Patienten ohne PIM. Zwischen Stürzen und Medikation konnte in der multivariaten Analyse weder ein Zusammenhang hinsichtlich PRISCUS-Medikation (OR 0.9, KI 0.6–1.2) noch sog. FRIDS (OR 0.9, KI 0.7–1.3) ermittelt werden.

**Schlussfolgerung:** 64% der untersuchten Kohorte sind von Polypharmazie betroffen, 17% wenden ein PIM an. Die ermittelte PIM-Prävalenz ist vergleichbar zu anderen europäischen Ländern [5]. Im Gegensatz zu anderen Studien [6] konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen PIM und Stürzen ermittelt werden, allerdings auch nicht mit sog. FRID. Jedoch war der Gebrauch von PIM mit subjektiven Beschwerden und reduzierter Lebensqualität assoziiert.

Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, Förderkennzeichen 01ET0720 und 01ET0721.

## Literatur

- Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107:543-51.
- Diehm C, Allenberg JR, Pittrow D, Mahn M, Tepohl G, Haberl RL, Darius H, Burghaus I, Trampisch HJ; for the German Epidemiological Trial on Ankle Brachial Index Study Group. Mortality and vascular morbidity in older adults with asymptomatic versus symptomatic peripheral artery disease. *Circulation.* 2009;120:2053-61.
- Cooper JW, Burfield AH. Medication interventions for fall prevention in the older adult. *J Am Pharm Assoc.* 2009;49:e70-e84.
- Velde vd N, Stricker BHC, Pols HAP, Cammen vd TJM. Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs: a prospective cohort study. *Br J Clin Pharmacol.* 2006;63:232-7.
- Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, Schroll M, Onder G, Wergeland Sørbye L, Wagner C, Reissigová J, Bernabei R; for the AdHOC Project Research Group. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA.* 2005;293:1348-58.

6. Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, Alperovitch A. Inappropriate medication use and risk of falls – A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatr.* 2009;9:30.

Bitte zitieren als: Holt S, Szymanski J, Thiem U, Klaaßen-Mielke R, Thürmann PA. Polypharmazie, Arzneimittel-bezogene Probleme und potenziell inadäquate Medikation in der getABI-Kohorte älterer Patienten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf175.

DOI: 10.3205/11dkvf175, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1758

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf175.shtml>

176

### Populationsbezogene Versorgungsplanung: Bestimmung eines risikoadjustierten fachgruppenspezifischen Versorgungsbedarfs

Dominik Stillfried, Thomas Czihal

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Die Bedarfsplanung soll mit dem Versorgungsgesetz stärker auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtet werden. Dazu müssen die fachgruppenspezifischen Verhältniszahlen anhand relevanter Faktoren (u.a. Demografie, Morbidität und Versorgungsstrukturen) gewichtet werden. Hierfür fehlt bislang ein methodisches Rahmen. Ein pragmatischer Vorschlag wird unterbreitet.

**Material und Methoden:** Mit dem Versichertenklassifikationsverfahren des Instituts des Bewertungsausschusses und vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus 2008 wird der erwartete Behandlungsbedarf je Patient berechnet. Danach wird jeder Patient einer von 32 Zellen (2 Geschlechts-, 4 Alters- und 4 Morbiditätsgruppen) zugeordnet. Die Morbiditätsgruppen werden nach Maßgabe des Relativen Risikoscore (RRS) gebildet; sie sind somit krankheitsübergreifend und berücksichtigen die gesamte Komorbidität.

Für die 32 Zellen werden standardisierte fachgruppenspezifische Leistungsbedarfe berechnet. Nach Multiplikation mit der Zellenbesetzung einer Region ergibt sich ein fachgruppenspezifischer und morbiditätsgewichteter erwarteter Leistungsbedarf für diese Region. Danach wird die Anzahl an Ärzten (Vollzeitäquivalente) bestimmt, die zur Deckung dieses Leistungsbedarfs benötigt werden. Hierbei wird Mitversorgungsfunktionen zwischen den einzelnen Regionen berücksichtigt.

**Ergebnisse:** Durch die zusätzliche Berücksichtigung der Morbidität steigt die Erklärungskraft des fachgruppenspezifischen Leistungsbedarfs in allen Arztgruppen deutlich, vielfach um den Faktor 10 gegenüber einer reinen Altersgewichtung.

**Schlussfolgerung:** Der auf einem aktuarischen Risikoadjustierungsverfahren basierende Zellenansatz bietet den Vorteil einer einheitlichen morbiditätsbezogenen Risikoadjustierung. Fachgruppenspezifische Klassifikationssysteme müssen nicht entwickelt werden. Zudem können sämtliche, in das aktuarische Risikoadjustierungsverfahren einbezogenen Risikomerkmale (vgl. Diskussion um regionale Besonderheiten) berücksich-

tigt werden. Ein sektorenübergreifender Planungsansatz kann unterstützt werden. Der Zusammenhang zwischen der zur finanziellen Mittelallokation eingesetzten Risikoadjustierung und der Versorgungsplanung bleibt gegeben. Die Implikationen des unterschiedlichen Erklärungsgrades der Inanspruchnahmeunterschiede je Fachgruppe müssen noch genauer untersucht werden.

Bitte zitieren als: Stillfried D, Czihal T. Populationsbezogene Versorgungsplanung: Bestimmung eines risikoadjustierten fachgruppenspezifischen Versorgungsbedarfs. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf176.

DOI: 10.3205/11dkvf176, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1761

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf176.shtml>

177

### Postervorstellung des „Professionalisierungskurses“ der DEGAM im Rahmen des DKVF 2011 – Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Allgemeinmedizin

Ralf Jendyk<sup>1</sup>, Karen Voigt<sup>2</sup>, Antje Bergmann<sup>3</sup>, Stefan Wilm<sup>4</sup>

<sup>1</sup>6. Professionalisierungskurs der DEGAM, Münster, Deutschland

<sup>2</sup>6. Professionalisierungskurs der DEGAM, Dresden, Deutschland

<sup>3</sup>DEGAM, Dresden, Deutschland

<sup>4</sup>DEGAM, Witten, Deutschland

**Hintergrund:** Im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung 2011 sollen unter anderem Konzepte zur wissenschaftlichen Nachwuchsförderung vorgestellt werden. Zur wissenschaftlichen Nachwuchsförderung in der Allgemeinmedizin wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 1999 der "Professionalisierungskurs" ins Leben gerufen. Das Ziel des Professionalisierungskurses besteht in der Weiterentwicklung von Kompetenzen der einzelnen Kursteilnehmer in (Versorgungs-)forschung und Lehre.

Die Erwartungen an den Kompetenzgewinn sind ebenso teilnehmerabhängig und unterschiedlich wie die inhaltlichen Kompetenzfelder. Inzwischen hat sich diese Form der akademischen Nachwuchsförderung in der DEGAM mit fast 100 Teilnehmenden (~40%Frauen) etabliert: seit September 2010 läuft der 6. Professionalisierungskurs mit 15 motivierten TeilnehmerInnen.

**Material und Methoden:** Der Kurs wurde in Anlehnung an ein kanadisches 5-Wochenenden-Programm zur Heranbildung wissenschaftlichen Nachwuchses und in Anknüpfung an einen Entwurf von P. Helmich zur Qualifikation allgemeinmedizinischer Hochschullehrer konzipiert. Er richtet sich primär an Lehrbeauftragte, wissenschaftliche Mitarbeiter und Hochschullehrer in der Allgemeinmedizin.

Der Kurs umfasst einen Zeitraum von 2 Jahren, in denen 5 thematisch unterschiedliche Wochenendblöcke rotierend an den verschiedenen Fakultätsstandorten seiner Teilnehmer sowie für jeden Teilnehmer ein einwöchiges Auslandspraktikum vorgesehen sind. In diesem Zeitraum werden kleine wissenschaftliche

Projekte bearbeitet, die sich die Teilnehmer des Professionalisierungskurses selbst auswählen.

Die Wochenendblöcke sind der Projektzwischenauswertung, dem thematischen Austausch und der weiteren Vorgehensplanung vorbehalten. Die eigentliche Arbeit findet in Form von Hausaufgaben zwischen den Treffen statt. Natürlich ist auch hier ein Austausch, z. B. in Form von Telefonaten, Videokonferenzen, E-Mail oder über die eigene Kurshomepage, möglich und erwünscht. Zur Vorbereitung der Treffen und zur Bearbeitung einzelner Aufgabenpunkte werden Teams, meistens vor dem Hintergrund der geographischen Nähe, gebildet.

Besonderes hervorzuheben ist die Eigenverantwortlichkeit der Teilnehmer sowohl für die thematische Auswahl der wissenschaftlichen Projekte und deren Ausgestaltung als auch für das selbstorganisierte Lernen. Es findet kein Frontalunterricht statt, sondern jeder Teilnehmer ist zugleich Lehrender und Lernender. Der Erfolg und der Fortschritt des Kurses werden jedoch nicht nur von den Teilnehmern selbst beurteilt, sondern durch die Präsentation von Projektergebnissen im Rahmen der DEGAM-Kongresse und die Fertigung eines Abschlussberichtes auch der Evaluation durch eine interessierte (Fach-)Öffentlichkeit zugeführt.

Der Kurs wird ohne finanzielle Förderung durchgeführt, die Teilnehmer/Fakultäten tragen alle Ausgaben selbst.

**Ergebnisse:** Neben der Darstellung der Kursstruktur werden auch Ergebnisse einer Befragung der ersten Durchgänge durch den 4. Professionalisierungskurs in Bezug auf die Kompetenzerwartungen und deren Erfüllung sowie Verbesserungsvorschläge präsentiert.

**Schlussfolgerung:** Der "Professionalisierungskurs" der DEGAM hat sich als Konzept zur wissenschaftlichen Nachwuchsförderung bewährt und zur Verbreiterung der Kompetenzbasis für Versorgungsforschung im Bereich der Allgemeinmedizin beigetragen.

Die Daten des 4. Professionalisierungskurses wurden freundlicherweise von Prof. Dr. med. Bergmann zur Verfügung gestellt.

Bitte zitieren als: Jendyk R, Voigt K, Bergmann A, Wilm S. Postervorstellung des „Professionalisierungskurses“ der DEGAM im Rahmen des DKVF 2011 – Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Allgemeinmedizin. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf177. DOI: 10.3205/11dkvf177, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1771

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf177.shtml>

178

## Potenziell inadäquate Medikation bei Schlaganfallbetroffenen in der nachstationären Versorgung

Martin Kohler<sup>1</sup>, Dirk Peschke<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Charite - Institut für Medizinische Soziologie, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>Charite - CC1 - Graduiertenkolleg "Multimorbidität im Alter, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Schlaganfall ist eine Erkrankung des höheren Alters; etwa die Hälfte aller erstmaligen

Schlaganfälle in Europa ereignen sich bei Personen über 73 Jahre [1]. Aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird bei gleich bleibenden oder nur leicht sinkenden Neuerkrankungsraten die absolute Zahl von Schlaganfallpatienten in den nächsten Jahrzehnten deutlich steigen.

In Deutschland gibt es nur wenige Daten zur Weiterversorgung von Schlaganfallpatienten nach Entlassung aus der akutstationären Behandlung [2]. Die Fortführung sekundärpräventiver Maßnahmen erfolgt größtenteils ambulant durch niedergelassene Ärzte. Neueren Schätzungen zufolge leben derzeit ca. 70% aller überlebenden Patienten nach Schlaganfall oder TIA 3 Monate nach Ereignis unabhängig zu Hause, ca. ein Viertel wird durch Angehörige oder Pflegedienste zu Hause versorgt und ca. 6% sind dauerhaft auf stationäre Pflege angewiesen [3].

Im Rahmen dieses Projektes wurden auch Daten zur Weiterführung der medikamentösen Sekundärprävention nach Entlassung aus der akutstationären Behandlung veröffentlicht. 3 Monate nach Ereignis erhielten zwischen 66 und 85% der Patienten noch die bei Entlassung empfohlene medikamentöse Sekundärprävention [3].

Aufgrund des hohen Durchschnittalters der Schlaganfallbetroffenen und damit verbundenen Multimorbidität steht die medikamentöse Langzeitversorgung von Schlaganfallpatienten vor vergleichbaren Herausforderungen anderer altersassoziierter Erkrankungen.

**Material und Methoden:** Grundlage der Analysen bilden die Daten einer bundesweiten gesetzlichen Krankenkasse mit ca 1 Million Versicherten. In die Analyse einbezogen werden Versorgungsleistungen innerhalb der gesamten Versorgungskette von der Akutbehandlung im Krankenhaus bis hin zur ambulanten ärztlichen und dauerhaften pflegerischen Versorgung, die personenbezogen im Längsschnitt betrachtet werden. Grundgesamtheit der Datenanalyse sind alle Versicherten der Krankenkasse, die im Jahre 2007 eine Schlaganfalldiagnose erhielten und aufgrund dieser stationär behandelt wurden (n = 5.599).

Die Datenbasis beinhaltet auch die ambulanten Arzneimittelverordnungen für den unter Betracht stehenden 1-Jahreszeitraum einschließlich Verordnungsdatum und ATC Codierung nach Gelber Liste sowie chemischer Substanz der verordneten Wirkstoffe (n > 160.000). Mittels der im August 2010 veröffentlichten PRISCUS-Liste [4] lassen sich Patientengruppen identifizieren, die einem erhöhten Medikationsrisiko ausgesetzt sind und im Hinblick auf die Outcomes Mortalität, Rehospitalisierung und verändertem Pflegestatus vorgestellt werden.

**Ergebnisse:** Die durchschnittlichen Kosten der medikamentösen Versorgung im ersten Jahr nach Schlaganfall betragen ca. 1.200 Euro pro Patient und decken über 160.000 Einzelverordnungen ab. Dabei werden 855 verschiedenen Wirkstoffe verordnet, aber die Hälfte aller Verordnungen umfassen nur 26 Wirkstoffe. Schlaganfallbetroffene bekommen im Durchschnitt 9,9 unterschiedliche Wirkstoffe verordnet, bei einer Spannweite von bis zu 35 unterschiedlichen Wirkstoffen. Differenziertere Darstellungen sind in Bearbeitung.

**Schlussfolgerung:** Über die Langzeitversorgung von Schlaganfallbetroffenen nach Verlassen der stationären

ren Versorgungskette liegen nur wenige Daten vor. Basierend auf Routinedaten einer bundesweiten Krankenkasse werden erstmals Daten zur medikamentösen Versorgung von Schlaganfallbetroffenen vorgestellt und im Kontext von Empfehlungen zur Sekundärprophylaxe und unerwünschten Arzneimittelwirkungen thematisiert.

#### Literatur

1. Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurol.* 2009; 8: 345–354.
2. Heuschmann PU et al. Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Akt Neurol* 2010; 37: 333–340
3. Heuschmann P, Hermanek P, Elsner S, et al. Methods and results of the combined data analyses of the German Stroke Registers Study Group (ADSR) between 2000 and 2005. *Nervenheilkunde.* 2009; 28: 108–113.
4. Holt S, Schmiedl S, Thümann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dt Ärzteblatt Int.* 2010; 107(31-32): 543 - 551.

Bitte zitieren als: Kohler M, Peschke D. Potenziell inadäquate Medikation bei Schlaganfallbetroffenen in der nachstationären Versorgung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf178. DOI: 10.3205/11dkvf178, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1782

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf178.shtml>

179

### Prädiktionsverfahren in der integrierten psychiatrischen Versorgung - das Beispiel "NetzWerk psychische Gesundheit"

Manfred Ramme, Thomas Ruprecht, Johannes Klüsener  
Techniker Krankenkasse, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Das "NetzWerk psychische Gesundheit" (NWpG) wurde von der Techniker Krankenkasse (TK) als integrierter Versorgungsvertrag entwickelt, um chronisch psychisch kranken Menschen eine koordinierende Ergänzung zur Regelversorgung anzubieten (u.a. mit Home Treatment und Rückzugsräumen). Die TK erhofft sich davon eine nachhaltigere Stabilisierung, die u.a. durch eine nennenswerte Verminderung psychiatrisch bedingter Krankenhausaufenthalte nachweisbar sein sollte. Inzwischen (Stand Mai 2011) nehmen 1.200 TK-Versicherte in 11 Versorgungsregionen am NWpG teil. Andere Krankenkassen (z.B. die KKH-Allianz) sind dem NWpG bereits beigetreten oder daran interessiert. Erstes Etappenziel der TK ist es, mindestens 3000 Versicherte im Durchschnitt drei Jahre im Rahmen des NWpG zu versorgen.

**Material und Methoden:** Neuartig ist bei diesem Integrationsvertrag die Verwendung von Prädiktionsmodellen bei der Zielgruppenbestimmung, Einschreibung und Vergütung. Zum einen wird die Teilnahmeberechtigung am NWpG über ein LOH-Modell festgestellt und dient der gezielten Ansprache der Versicherten durch die Krankenkasse; zum anderen basiert die Vergütung auf einem Modell, das Versorgungspauschalen pro Person und Jahr auf Basis prognostizierter Krankenhauskosten ermittelt. Etwa 80% (regionale Unterschiede) dieser prognostizierten Krankenhauskosten (nach BPFIVO)

werden den regionalen TK-Vertragspartnern pauschal als Budget zur Verfügung gestellt. Die Prognosemodelle werden regelmäßig überprüft und ggf. angepasst. Da die Vergütungsmodelle durch Entscheidungsbäume auf Routine-Abrechnungsdaten ermittelt und dargestellt werden, ist die Zuordnung jedes Versicherten zu einer Vergütungsgruppe transparent und für alle Vertragspartner nachvollziehbar. Sollte ein Versicherter trotz der Versorgung im NWpG mit psychiatrischer Diagnose ins Krankenhaus eingewiesen werden, trägt der Vertragspartner (nachträglich) die mit der Krankenkasse dafür abgerechneten Kosten. Mit der Einschreibung in den NWpG-Vertrag geht somit das Krankenhausrisiko an den Vertragspartner über, da ihm die (prognostizierten) Leistungsausgaben in Form des Vertragsbudgets bereits ausgezahlt wurden. Alle anderen Kosten (z.B. Arzneimittel) sind weiterhin über die Regelversorgung abgedeckt. Bei der Ermittlung der Versorgungspauschalen werden die regional unterschiedlichen Preisniveaus bei den Pflegesätzen berücksichtigt.

**Ergebnisse:** Es hat sich gezeigt, dass auch für chronisch psychisch Kranke eine Budgetfortschreibung auf das Folgejahr zu unangemessen hohen Vergütungen führt. Hier bestätigt sich die gelegentlich übersehene Tatsache, dass die Kosten für die Versorgung einer Gruppe schwer Kranker im Folgejahr erheblich abnimmt; diese Kostenreduktion ist in der Regel desto stärker, je höher die Morbidität der Gruppe ist. Eine Budgetierung auf Basis prognostizierter (Krankenhaus-)Kosten berücksichtigt dies.

**Schlussfolgerung:** Im Herbst 2011 sollte eine ausreichende Datenbasis vorhanden sein, um im Rahmen der Vertragsevaluation valide Trendaussagen treffen zu können. Im Vergleich zu einer randomisierten Vergleichsgruppe gleicher Morbidität aus der Regelversorgung sollte dann gezeigt werden, dass die Versorgung psychisch Kranker im NWpG kostengünstiger ist, weil Krankenhauskosten durch effektive ambulante Maßnahmen vermieden wurden. Im Anschluss daran sollen weitere relevante Leistungskosten (z.B. für Medikamente, Krankengeld, Heil- und Hilfsmittel) in die Evaluation einbezogen werden.

Bitte zitieren als: Ramme M, Ruprecht T, Klüsener J. Prädiktionsverfahren in der integrierten psychiatrischen Versorgung - das Beispiel "NetzWerk psychische Gesundheit". In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf179. DOI: 10.3205/11dkvf179, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1798  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf179.shtml>

180

### Prädiktoren der Medikamenten-Adhärenz bei Patienten mit depressiven Störungen

Manuela Glattacker, Katja Heyduck, Cornelia Meffert  
Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin,  
Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

**Hintergrund:** Mangelnde Medikamenten-Adhärenz stellt – insbesondere bei depressiven Patienten [1] – ein erhebliches Problem dar. Im Kontext chronisch somatischer Erkrankungen wurden patientenseitige Einstellungen und Überzeugungen wie z.B. das medikamentenbezogene Behandlungskonzept [2] und die

Zufriedenheit mit medikamentenbezogener Information [3] als relevante Prädiktoren der Adhärenz nachgewiesen. Im vorliegenden Beitrag wird analysiert, ob patientenseitige Überzeugungen – und zwar subjektive Krankheitskonzepte (SK: patientenseitige Annahmen zu Krankheitssymptomen, Krankheitsverlauf, Konsequenzen, Behandelbarkeit/Kontrollierbarkeit, „Verstehbarkeit“ der Erkrankung und Ursachen), das medikamentenbezogene Behandlungskonzept (BK; patientenseitige Annahmen zur Notwendigkeit und zu Befürchtungen bzgl. der Medikation) und die Zufriedenheit mit Informationen über die Medikamente Prädiktoren der medikamentenbezogenen Adhärenz von Patienten mit depressiven Störungen sind.

**Material und Methoden:** Die Datenerhebung erfolgte in fünf psychosomatischen Rehabilitationskliniken, Messzeitpunkt war Reha-Beginn. Zur Operationalisierung der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte und der Informationsbewertung wurden die deutschen Versionen des Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R; [4], [5]), des Beliefs about Medicines Questionnaires (BMQ; [6]; [7]) und der Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS; [3]; [8]) eingesetzt. Die Adhärenz wurde mittels Morisky-Skala erfasst [9]. Aufgrund der schiefen Verteilung der Adhärenz wurde zur Identifikation der Prädiktoren eine logistische Regressionsanalyse gerechnet (Kriterium: Adhärenz ja/nein). Als potenzielle Prädiktoren wurden neben den Skalen der o.g. Fragebögen Geschlecht, Alter und Diagnosegruppe aufgenommen.

**Ergebnisse:** Der Frauenanteil der Stichprobe (N=205) liegt bei 75%, das Durchschnittsalter bei 48 Jahren. Die häufigsten Diagnosegruppen sind eine depressive Episode (44%) und eine rezidivierende depressive Störung (45%). 73% der Patienten nehmen zum Befragungszeitpunkt Medikamente zur Behandlung der Depression ein. 32% dieser Patienten geben an, die Medikamenteneinnahme manchmal zu vergessen, 16% bezeichnen sich bei der Medikamenteneinnahme als „sorglos“ und je etwa ein Viertel der Patienten nimmt manchmal keine Medikamente, wenn es ihnen besser geht bzw. hört mit der Einnahme auf, wenn sie sich schlechter fühlen. 34% der Patienten gehören demnach zur Gruppe der „hoch Adhärenzten“. Als Prädiktoren der Adhärenz lassen sich zwei Variablen des SK und des BK identifizieren (Wald-Statistik): Eine geringer ausgeprägte subjektive Verstehbarkeit der Depression (Odds ratio=0.895, p=.036) und eine stärkere Repräsentation der Medikamente als „notwendig“ (Odds ratio=1.132, p=.012). Die Gesamtgütekriterien weisen das Modell als zufriedenstellend aus (Hosmer-Lemeshow-Test p=.942), die Varianzaufklärung (Nagelkerke's R<sup>2</sup>) ist jedoch mit .152 gering.

**Schlussfolgerung:** Aspekte des subjektiven Krankheitskonzepts bzw. des medikamentenbezogenen Behandlungskonzepts erweisen sich in der vorliegenden Stichprobe als Prädiktoren der Adhärenz. Wenngleich der Zusammenhang nicht sehr stark ist und die ausschließlich subjektive Erfassung der Adhärenz als Limitation diskutiert werden muss, bietet die explizite Thematisierung patientenseitiger Einstellungen und Überzeugungen vielfältige Ansatzpunkte, Patienten in das Rationale der Behandlung einzubeziehen und hierdurch ggf. gesundheitsbezogene Outcomes zu verbessern.

Wir danken herzlich den Kooperationskliniken: Rehabilitationsklinik Frankenhausen DRV-Bund, Bad Frankenhausen; Rehabilitationsklinik "Garder See", Lohmen;

Klinik am Homberg, Bad Wildungen; DE `IGNIS Fachklinik GmbH, Egenhausen; Psychosomatische Fachklinik Schömberg, Schömberg Die SIMS-Skala wurde entwickelt an der „Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung und Abteilung Innere Medizin VI, Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie des Universitätsklinikums Heidelberg, Heidelberg, Deutschland“.

#### Literatur

1. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000;160:2101–2107.
2. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research.* 1999;47(6):555-567.
3. Horne R, Hankins M, Jenkins R. The satisfaction with information about Medicines Scale (SIMS): a new measurement tool for audit and research. *Qual Health Care.* 2001;10:135-40.
4. Gaab J, Ehler U. Chronische Erschöpfung und Chronisches Erschöpfungssyndrom. Göttingen: Hogrefe; 2005.
5. Glattacker M, Bengel J, Jäckel WH. Die deutschsprachige Version des Illness Perception Questionnaire-Revised: Psychometrische Evaluation an Patienten mit chronisch somatischen Erkrankungen. *Z für Gesundheitspsychologie.* 2009;17:158-169.
6. Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health.* 1999;14:1-24.
7. Opitz U, Glattacker M, Bengel J, Jäckel WH, Horne R. Der "Beliefs about Medicines Questionnaire" (BMQ® Horne R) - Übersetzung und erste methodische Prüfung an Patienten mit Fibromyalgie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund, ed. Evidenzbasierte Rehabilitation - zwischen Standardisierung und Individualisierung, 17. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium. Berlin; 2008. (DRV-Schriften;77). p. 99-100.
8. Mahler C, Jank S, Herrmann K, Horne R, Ludt S, Haefeli WE, Szecsenyi J. Psychometric properties of the German version of the "Satisfaction with information about Medicines Scale" (SIMS-D). *Value Health.* 2009;12:1176 –1179.
9. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care.* 1986;24:67-74.

Bitte zitieren als: Glattacker M, Heyduck K, Meffert C. Prädiktoren der Medikamenten-Adhärenz bei Patienten mit depressiven Störungen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf180. DOI: 10.3205/11dkvf180, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1803  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf180.shtml>

#### 181

### Prävalenz und Versorgung der juvenilen Psoriasis vulgaris in Deutschland – Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse

Susann Kämpfe  
UKE, IVDP, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** In der vorliegenden Studie wurden die Häufigkeit und die Versorgungssituation von Kindern mit Psoriasis untersucht. Während für die Psoriasis im Erwachsenenalter zunehmend Daten zur Epidemiologie und Versorgungssituation zur Verfügung stehen, fehlen hingegen entsprechende Kenntnisse für Kinder und

Jugendliche. Unbeantwortet sind bisher Fragen z.B. zur regionalen Verteilung der Erkrankungshäufigkeit sowie nach einer möglicherweise bestehenden Unter-, Über- und Fehlversorgung. Diese und andere Aspekte wurden im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse bearbeitet.

**Material und Methoden:** Als Datenbasis für die Sekundärdatenanalyse dienten die Versichertendaten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) aus dem Jahre 2009 (n = 293.181 Kinder im Alter von 0 bis <18 Jahre). Hierbei wurden Stammdaten (Alter, Geschlecht), Daten zur Verordnung von Arzneimitteln, zur stationären Behandlung, zu ambulanten Diagnosen sowie zu den abrechnenden Facharztgruppen und KV-Regionen der selektierten Versichertenpopulation berücksichtigt.

**Ergebnisse:** Die Prävalenz der Psoriasis bei unter 18-jährigen betrug im Jahr 2009 0,45% (n=1.313). Bei beiden Geschlechtern stieg die Erkrankungshäufigkeit mit dem Alter kontinuierlich an; in der Altersklasse der 7 bis unter 11-jährigen stieg sie im Vergleich zu den anderen Altersklassen beachtlich an. Im Alter von 0–3 Jahren lag sie bei 0,13, im Alter von 14 bis <18 bei 0,67. Die Verteilung der Krankheitshäufigkeit bei schwerem Erkrankungsverlauf (operationalisiert über stationäre Behandlung und/oder die Verordnung spezifischer Arzneimittel) wies geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Für männliche Versicherte betrug sie 1,76 für weibliche 2,04. Des Weiteren sind regionale Unterschiede in der Prävalenz (bspw. die niedrigste von 0,35 in Schleswig Holstein und die höchste von 0,63 % in Sachsen-Anhalt) zu beobachten. Es fallen auch Unterschiede in den Behandlungscharakteristika zwischen Kinder-, Allgemein- und Hautärzten auf, so verordneten bspw. Hautärzte erkennbar weniger orale Glucocorticoide als Allgemeinärzte.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen, dass Psoriasis eine häufige dermatologische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter ist und dass die Diagnosehäufigkeiten und die Behandlungsqualität der Psoriasis im Kinder- und im Jugendalter sowohl im Bezug auf die Region und die Facharztgruppe variieren. Es erscheint daher dringend erforderlich, von Seiten der dermatologischen Fachgesellschaft ein leitlinienorientiertes Vorgehen zu fördern. Insbesondere bei bisher wenig untersuchten Versorgungsbereichen wie der juvenilen Psoriasis können Sekundärdaten wichtige Einblicke in die Versorgungsqualität bieten.

Bitte zitieren als: Kämpfe S. Prävalenz und Versorgung der juvenilen Psoriasis vulgaris in Deutschland – Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung, Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf181. DOI: 10.3205/11dkvf181, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1812

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf181.shtml>

182

## Prävention und Früherkennung von Essstörungen: „GesundheitsMetropole Hamburg“ – „Gesundheitsnetz Magersucht und Bulimie“

Maddalena Rossi<sup>1</sup>, Kathrin von Rad<sup>1</sup>, Angelika Weigel<sup>1</sup>, Katarina Rafailovic<sup>2</sup>, Georg Romer<sup>3</sup>, Bernd Löwe<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

<sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Die Aufklärung von Kindern und Jugendlichen über die Entstehungsbedingungen und Risiken von Essstörungen stellt ebenso wie die frühzeitige Einleitung einer spezifischen Behandlung einen vielversprechenden Interventionsansatz bei Essstörungen dar. Dennoch kommt es in der Versorgungsrealität im Falle von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa noch immer zu erheblichen Verzögerungen zwischen dem Auftreten erster Symptome und der Aufnahme einer spezifischen Therapie, so dass gegenwärtig durchschnittlich 1,7 Jahre vergehen, bis eine adäquate Behandlung eingeleitet wird. Das Projekt „Gesundheitsnetz Magersucht und Bulimie“ verfolgt das Ziel, Neuerkrankungen an Magersucht und Bulimie entgegenzuwirken sowie bei bereits Erkrankten die Dauer bis zur Erstbehandlung zu verringern und so das Risiko für schwere Krankheitsverläufe und eine Chronifizierung der Erkrankung zu reduzieren (Abbildung 1). Gegenwärtig befindet sich das Projekt, dessen Umsetzung am 01.04.2011 begonnen hat, in einer einjährige Aufbau- und Entwicklungsphase. Aufgrund der inhaltlichen Schwerpunktsetzung sowohl auf präventive als auch auf frühdiagnostisch-therapeutische Aspekte unterteilt sich das Vorhaben in zwei Fokusstudien:

### 1. Präventionsprojekt an Hamburger Schulen

Das Teilprojekt evaluiert die Effekte primärpräventiver Interventionen an einer Hochrisikogruppe von Schülern im Alter von 14 und 18 Jahren im Rahmen eines stratifizierten, cluster-randomisierten, kontrollierten Studiendesigns. Ein geeignetes Präventionsprogramm wird derzeit in Zusammenarbeit mit dem Suchtpräventionszentrum des Instituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung Hamburg erstellt und soll ab Januar 2012 im Einsatzfeld mit insgesamt 2.340 Schüler/-innen der Jahrgangsstufen 8 und 11 durchgeführt werden. Zielparameter ist die Reduktion individueller Risikofaktoren. Neben der individuellen Risikobelastung wird auch der Wissenszuwachs der Schüler/-innen über Essstörungen zu drei Zeitpunkten vor der Intervention, nach der Intervention und sechs Monate nach der Intervention erhoben. Die Datenauswertung erfolgt mit Hilfe von state of the art Mixed-Models-Verfahren.

### 2. Optimierung der Frühbehandlung

Das Teilprojekt beinhaltet einerseits die Etablierung eines Früherkennungs- und Frühbehandlungszentrums für Essstörungen, andererseits soll in Form eines Behandlungswegweisers ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige und Fachpersonal bereitgestellt werden.

Durch die Entwicklung eines spezifischen Interventionsangebotes und die Verbreitung eines virtuellen Leitfadens soll ein niederschwelliges, sektorübergreifendes Versorgungsangebot für Risikopatienten/-innen und Patienten/-innen im Frühstadium einer Essstörung erschlossen werden, welches der Zielgruppe ab Januar 2012 vollumfänglich zur Verfügung stehen soll. Im Rahmen der Studie soll die Hypothese überprüft werden, inwieweit die Implementierung beider Angebote zu einer Verkürzung des Zeitintervalls zwischen Störungs- und Behandlungsbeginn beitragen

kann. Die Zeitspanne zwischen Störungs- und Behandlungsbeginn wird im Sinne eines Prä-Post-Designs vor Beginn der Interventionen (Erhebung Sommer/Herbst 2011) sowie nach dem Interventionszeitraum (Erhebung Frühjahr 2014) an einer Stichprobe von 300 Patientinnen mit den Diagnosen einer typischen oder atypischen Anorexia nervosa erhoben, wobei jeweils 100 Patientinnen aus einem stationären, ambulanten und beratenden Setting untersucht werden sollen. Die Datenauswertung erfolgt mittels state of the art Mixed-Models-Verfahren.

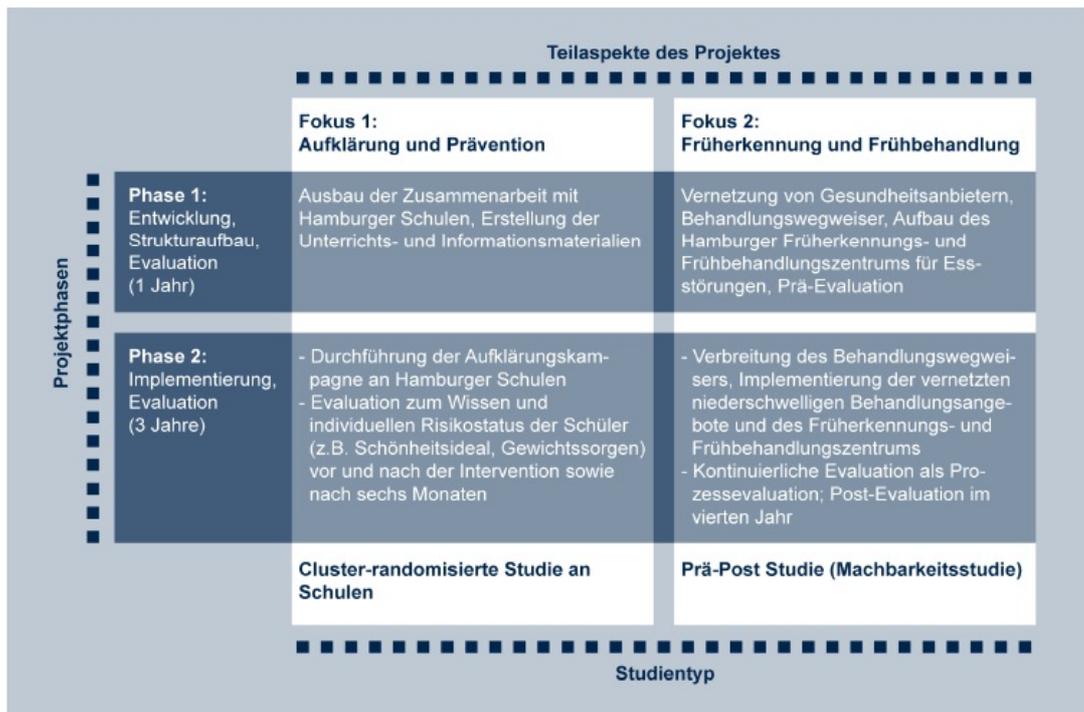


Abbildung 1: Projektskizze "Gesundheitsnetz Magersucht und Bulimie"

Bitte zitieren als: Rossi M, von Rad K, Weigel A, Rafailovic K, Romer G, Löwe B. Prävention und Früherkennung von Essstörungen: „GesundheitsMetropole Hamburg“ – „Gesundheitsnetz Magersucht und Bulimie“. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf182. DOI: 10.3205/11dkvf182, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1828  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf182.shtml>

183

### Psychometrische Eigenschaften des KOPRA-Fragebogen zu Kommunikationspräferenzen bei onkologischen Patienten

Erik Farin-Glattacker<sup>1</sup>, Baumann Walter<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

<sup>2</sup>Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen - WINHO - GmbH, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Zahlreiche Studien belegen, dass eine gelungene Patient-Behandler-Kommunikation bei chronisch Kranken mit Adhärenz, Zufriedenheit und in vielen Fällen auch mit einem besseren Behandlungsergebnis verbunden ist (z.B. [1], [2]). Eine gute Kommunikation zeichnet sich u.a. dadurch aus, dass die kommunikationsbezogenen Präferenzen des Patienten

berücksichtigt werden. Mit dem Ziel einer gleichzeitig patientenorientierten und theoriebasierten Erfassung von Kommunikationspräferenzen wurde kürzlich der KOPRA-Fragebogen (vgl. [3], [4]) entwickelt und bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und chronisch-ischämischer Herzkrankheit methodisch geprüft. Der KOPRA-Bogen umfasst 32 Items, die sich vier Skalen zuordnen lassen: 1. Patientenpartizipation und Patientenorientierung (PPO), 2. Effektive und offene Kommunikation (EOK), 3. Emotional unterstützende Kommunikation (EUK) und 4. Kommunikation über persönliche Verhältnisse (KPV). Das Ziel der hier berichteten Studie bestand darin, erstmals für onkologische Patienten den KOPRA-Fragebogen psychometrisch zu prüfen.

**Material und Methoden:** Es wurden Patienten aus 31 onkologischen Schwerpunktpraxen in ganz Deutschland mit dem KOPRA-Bogen befragt. Von 1.860 ausgegebenen Fragebögen (60 pro Praxis) wurden 1.723 zurückgegeben. Patienten, die den KOPRA-Fragebogen komplett ausgelassen hatten (N=88) wurden aus dem Datensatz herausgenommen. Die Patienten sind im Mittel 63.2 (+/-12.8) Jahre alt, 56.5% sind weiblich. Zur Abschätzung der Akzeptanz wurden der Prozentsatz fehlender Werte (sollte <5% sein), für die Beurteilung der Verteilungseigenschaften Decken-/Bodeneffekte (möglichst nicht mehr als 50% in extremer Antwortkategorie) berechnet. Ferner wurden Reliabilität (Cronbachs Alpha, sollte >0.70 sein), Eindimensionalität (konfirmatorische Faktorenanalyse), Passung zum

Rasch-Modell und Konstruktvalidität (Zusammenhänge mit soziodemografischen Merkmalen) bestimmt. Zudem werden Vergleichswerte aus anderen chronisch kranken Patientengruppen vorgestellt.

**Ergebnisse:** Der Anteil fehlender Werte liegt bei maximal 3.4% und fällt somit gut aus. Es liegen keine Decken-/Bodeneffekte vor (bei einem Item liegen 51.7% in der extremsten Kategorie, sonst maximal 36.7%). Die Reliabilität der Skalen beträgt 0.88 (PPO), 0.86 (EOK), 0.77 (EUK) und 0.66 (KPV). Alle Skalen sind weitgehend eindimensional; es müssen allerdings vereinzelt Fehlervarianzen frei gesetzt werden, um eine gute Modellgeltung zu erreichen. Alle Skalen erfüllen die weitgehenden Anforderungen des Rasch-Modells; nur bei einem der 32 Items wird der Cut-off-Wert für einen guten Modellfit leicht überschritten. Bei den Analysen zur Konstruktvalidität zeigen sich weitgehend erwartete Ergebnisse: Frauen haben generell ausgeprägtere Kommunikationspräferenzen. Älteren sind Patientenpartizipation und effektive/offene Kommunikation wichtiger. Emotionale Unterstützung und Kommunikation über persönliche Verhältnisse ist Personen mit niedrigerem Schulabschluss besonders wichtig. Im Unterschied zu anderen Erkrankungsgruppen haben onkologische Patienten stärker ausgeprägte Kommunikationspräferenzen im emotionalen und persönlichen Bereich.

**Schlussfolgerung:** Mit dem KOPRA-Bogen liegt ein testtheoretisch gut abgesichertes Instrument vor, welches auch für onkologische Patienten einsetzbar ist. Es zeigen sich Spezifika der Kommunikationsbedürfnisse onkologischer Patienten.

#### Literatur

1. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.* 2005;17:351-354.
2. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med.* 2003;57(5):791-806.
3. Farin E, Gramm L, Kosiol D. Development of a questionnaire to assess communication preferences of patients with chronic illness. *Patient Educ Couns.* 2011;82(1):81-88.
4. Farin E, Gramm L, Schmidt E. Taking into account patients' communication preferences: Development of an instrument and descriptive results in patients with chronic back pain. *Patient Educ Couns.* (accepted for publication).

Bitte zitieren als: Farin-Glattacker E, Walter B. Psychometrische Eigenschaften des KOPRA-Fragebogen zu Kommunikationspräferenzen bei onkologischen Patienten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf183. DOI: 10.3205/11dkvf183, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1831  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf183.shtml>

184

## Qualität von Magistralrezepturen aus Apotheken: Auswertung von Daten aus den Jahren 2006 – 2010 des Pharmazeutischen Dienstes im Kreis Wesel

Torsten Wessel

Gesundheitsamt Kreis Wesel, Moers, Deutschland

**Hintergrund:** Für die Behandlung von gesetzlich Versicherten wurden von Ärzten im Jahr 2009 ca. 16 Millionen Magistralrezepturen verordnet und in Apotheken hergestellt. Knapp die Hälfte der Verordnungen stammte von Dermatologen. Die Herstellung erfolgt dabei auf der Grundlage der Apothekenbetriebsordnung nach anerkannten pharmazeutischen Regeln wie dem Europäischen Arzneibuch, aber auch nach den Leitlinien der Bundesapothekerkammer sowie weiteren Standardvorschriften, wie dem NRF (Neues Rezepturformularium). Bislang gibt es nur wenige systematische Untersuchungen über die Qualität dieser Rezepturen. Im Kreis Wesel und in der Stadt Krefeld wurden durch den Pharmazeutischen Dienst in den Jahren 2006–2010 Rezepturproben auf ihre Qualität hin untersucht.

**Material und Methoden:** Im Rahmen der Routineüberwachung von Apotheken nach dem Arzneimittelgesetz konnten in den Jahren 2006–2010 rund 285 Apotheken inspiziert werden. Dabei wurden 56 Proben gezogen (meist halbfeste Darreichungsformen, z.B. Cremes und Salben) und zur chemischen und physikalischen Untersuchung nach Münster in die dortige amtliche Arzneimitteluntersuchungsstelle des Landes Nordrhein-Westfalen geschickt. Für die Auswertung wurden 53 Proben untersucht, wobei einige Proben in zwei Projekten der Obersten Landesgesundheitsbehörde einbezogen waren.

**Ergebnisse:** Von den untersuchten Proben, waren insgesamt (12 von 53) 22,6 Prozent nicht zu beanstanden. Kennzeichnungsfehler fanden sich bei (43 von 53) 81,1 Prozent. Falsche Wirkstoffe fanden sich in (7 von 53) 13,2 Prozent der Proben. Zu beanstandende Abweichungen beim Gehalt dieser Proben fanden sich bei 13 Rezepturen (24,5%).

**Schlussfolgerung:** Die festgestellte Qualität der untersuchten Proben entsprach in vielen Fällen nicht den qualitativen Anforderungen für Rezepturarmittel, für die die gleich hohen Anforderungen wie für Fertigarzneimittel gelten. Die Ergebnisse wurden den Apotheken im Kreis Wesel und der Stadt Krefeld mitgeteilt. Die Apothekerkammern des Landes NRW bemühten sich nach Übermittlung der Ergebnisse der zwei landesweiten Projekte durch Informationen und Fortbildungen um eine Verbesserung der Rezepturqualität. Trotzdem konnten bislang noch keine wesentlichen Verbesserungen durch den Pharmazeutischen Dienst festgestellt werden. Gelingt es auch in Zukunft nicht, die Qualitätsanforderungen für Rezepturarmittel in allen Apotheken zu erfüllen, stellt sich die Frage, ob die Apotheken diesen Teil der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung (Apothekengesetz) noch in der heutigen Form werden erfüllen können.

Bitte zitieren als: Wessel T. Qualität von Magistralrezepturen aus Apotheken: Auswertung von Daten aus den Jahren 2006 – 2010 des Pharmazeutischen Dienstes im Kreis Wesel. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf184.

DOI: 10.3205/11dkvf184, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1849

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf184.shtml>

185

### Qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS – Zur Versorgungsrealität einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation

Katja John, Mirela Gwozdz, Katja Becker, Fritz Mattejat  
Philipps-Universität Marburg, FB Medizin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Marburg, Deutschland

**Hintergrund:** Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS an der Gesamtgruppe kinder- und jugendpsychiatrischer PatientInnen ist in den letzten 10 Jahren drastisch angestiegen. PatientInnen mit ADHS/ADS werden bei verschiedenen Fachgruppen vorgestellt, u.a. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Häufig werden sie im Sinne einer leitliniengerechten und multimodalen Behandlung auch gleichzeitig von mehreren Fachleuten betreut. Zur Verbesserung der Versorgung wurde in Baden-Württemberg von der KV und der BKK ein Versorgungskonzept AD(H)S nach SGBV 5 §73c eingeführt, mit dem Ziel, Diagnostik und Therapie auf einem einheitlich hohen Standard und gut aufeinander abgestimmt durchzuführen. Während in einer großen Zahl an Efficacy-Studien die Wirksamkeit von Therapiemethoden zur Behandlung von ADHS/ADS nachgewiesen werden konnte, fehlen bislang Nachweise der Wirksamkeit von Behandlungen unter naturalistischen Versorgungsbedingungen. Die vorgestellte Studie soll diese Lücke zu schließen. Sie soll die Frage beantworten, wie effektiv ADHS/ADS-Behandlungen ambulanter Leistungserbringer sind und ob und in welcher Weise das BKK-Versorgungskonzept zu einer Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS führt.

**Material und Methoden:** Kontrollierte naturalistische Längsschnittstudie mit zwei Behandlungsarmen: Versorgung nach dem BKK-Versorgungskonzept „ADHS/ADS“ vs. Kontrollgruppe Regelversorgung (Add-on-Design). 30 Praxen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) nehmen an der Studie teil und rekrutieren insgesamt 300 PatientInnen.

Es werden Untersuchungen zu drei Zeitpunkten durchgeführt: Anfangsuntersuchung zur Erstvorstellung (T1), Wiederholungsuntersuchung nach 3 Monaten (T2) sowie ein Follow-up nach 12 Monaten (T3). Zentrale Outcome-Maße sind Summenscores zur Prozess- und zur Ergebnisqualität. Die Daten werden telefonisch und per Fragebogen erhoben. Sie umfassen u.a. ADHS-Symptomatik (FBB-ADHS), Lebensqualität (ILK), Verhaltensstärken und Verhaltensauffälligkeiten (SDQ), Belastung durch und Zufriedenheit mit Diagnostik und Behandlung (FBB).

Es sollen die Querschnittsdaten der Anfangsuntersuchung, die Mitte September abgeschlossen sein wird, vorgestellt werden.

**Ergebnisse:** Es wird erwartet, dass im Rahmen des Versorgungskonzeptes zum Follow-up eine bessere Prozessqualität sowie eine bessere Ergebnisqualität erzielt wird. Zudem wird im Vergleich zur Regelversorgung eine deutlichere Verbesserung der Psychopathologie insgesamt erwartet.

Nach Abschluss der Anfangserhebungen werden die Ausgangsdaten der Stichprobe vorgestellt. Sie soll hinsichtlich der Zugangswege zur therapeutischen Behandlung sowie der Symptombelastung und Lebensqualität beschrieben werden. Besonderes Augenmerk liegt auf der differenzierten Beschreibung der Untergruppen in Abhängigkeit von der Profession der Behandler.

**Schlussfolgerung:** Nach Abschluss der Studie werden die Ergebnisse dazu beitragen, das Versorgungsmodell zu optimieren. Zudem kann ggf. entschieden werden, ob ein analoges Versorgungsmodell auch für andere Diagnosegruppen übernommen werden kann.

Bitte zitieren als: John K, Gwozdz M, Becker K, Mattejat F. Qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS – Zur Versorgungsrealität einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf185.

DOI: 10.3205/11dkvf185, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1854

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf185.shtml>

186

### Quality of life and pharmacoeconomical aspects of patients suffering from chronic backpain: observational study to compare treatment with oxycodone/naloxone versus other strong opioids

Jutta Kresimon

Institut für Empirische Gesundheitsökonomie, Burscheid, Germany

**Background and aims:** Opioids are the most potent analgesics and are well established in the treatment of severe pain. Sufficient data from literature sources is not available for a complete and precise presentation of all emerging costs of back pain therapy with strong opioids (WHO-step III opioids). Neither long-term studies, nor randomized clinical trials or health services research studies have been conducted with regard to effectiveness of these therapies. Health services research evaluates how patients suffering from chronic back pain are treated in terms of outcome, i.e. ambulant treatment, days of hospitalization and related costs. This observational study aimed at assessing health-related quality of life, total costs of patients and effectiveness of the therapy with oxycodone/naloxone or other strong opioids under daily routine conditions in Germany.

**Materials and methods:** A non-interventional study (NIS) design was chosen to evaluate actual costs incurred for patients suffering from chronic back pain in Germany. Two cohorts were observed: Patients in the

first cohort were treated with oxycodone/naloxone and in the second cohort with other strong opioids. Opioid-naïve and opioid-pretreated female and male adults (>18 years) suffering from chronic back pain below the costal arch and above the gluteal groove, who require a round-a-clock-treatment with strong opioids, were eligible for participation. Patients with cancer pain, herniated vertebral disks, or pain caused by an accident, were excluded. 131 general practitioners and orthopaedics participated in this NIS and altogether enrolled 1013 patients who were observed for one year. Of these, 970 patients could be evaluated and about 4.25% were drop-outs. Treatments were documented on standardized documentation forms. Patients were enquired about intensity, character and duration of their chronic back pain as well as its consequence on daily activities, social contacts and working life, by means of for example BPI-SF and SF-36 questionnaires, interviews and numeric event scales. For evaluation of the costs, all relevant costs related to chronic back pain were calculated.

**Results:** Within the last 12 months before visit 1, almost 15.8% of the patients were unable to work due to chronic pain for about 83.3 days on average (cohort 1: 75.6; cohort 2: 99.6). 77.6% of the back pain was caused by a musculoskeletal system disease, especially degenerative spine disease. The results indicate significant superiority especially in the effectiveness and quality of life with treatment of oxycodone/naloxone compared to other strong opioids. After one year, direct costs for cohort 1 patients amounted to 2403.45 € compared to 2772.98 € for cohort 2 patients. Hence therapy costs for patients treated with oxycodone/naloxone were 369.53 € lower than therapy costs for patients treated with other strong opioids. Direct costs include ambulant treatment, type and amount of prescribed and advised drugs, non-drug therapies, hospitalization, emergency treatment, rehabilitation as well as additional acquisitions caused by this disease.

**Conclusions:** Patients treated with oxycodone/naloxone experienced better quality of life, superior effectiveness and less back pain after 12 months compared to patients treated with other strong opioids. The analysis of costs showed that treatment with oxycodone/naloxone generated lower direct costs compared to other strong opioids.

Please cite as: Kresimon J. Quality of life and pharmacoeconomical aspects of patients suffering from chronic backpain: observational study to compare treatment with oxycodone/naloxone versus other strong opioids. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf186.  
DOI: 10.3205/11dkvf186, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1867  
Freely available from:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf186.shtml>

187

## „Real World“ Daten der Nichtinterventionellen Studie VIVA: 1. Interimsanalyse

Peyman Hadji<sup>1</sup>, Andreas Kurth<sup>2</sup>, Michael Amling<sup>3</sup>, Lorenz Hofbauer<sup>4</sup>, Johannes Pfeilschiffer<sup>5</sup>, Alexander Defer<sup>6</sup>, Ortrun Stenglein-Groeschel<sup>7</sup>, Julia Kandenwein<sup>8</sup>, Maziar Assadi Gehr<sup>8</sup>, Dieter Felsenberg<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum, Marburg, Deutschland

<sup>2</sup>Uniklinikum, Mainz, Deutschland

<sup>3</sup>Uniklinikum, Hamburg, Deutschland

<sup>4</sup>Uniklinikum, Dresden, Deutschland

<sup>5</sup>Lutherhaus, Essen, Deutschland

<sup>6</sup>Praxis, Dresden, Deutschland

<sup>7</sup>Praxis, Coburg, Deutschland

<sup>8</sup>Roche Pharma AG, Grenzach, Deutschland

<sup>9</sup>Charite, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** In großen klinischen Studien wurde die Wirksamkeit von Bisphosphonaten in der Therapie der postmenopausalen Osteoporose gezeigt. Allerdings ist die Übertragbarkeit von klinischen Studiendaten in die tägliche Praxis nur begrenzt möglich. Ein Hauptgrund hierfür ist gerade bei chronischen Erkrankungen beschriebene, mangelnde Therapietreue der Patienten. Es stellt sich die Frage, ob im Praxisalltag durch die i.v. Gabe von Bisphosphonaten, die durch den Arzt erfolgt, eine bessere Therapietreue erreicht werden kann als bei der oralen Therapie.

**Material und Methoden:** Primärer Endpunkt der vorliegenden Nicht-Interventionellen Studie (NIS) VIVA (finanziert durch Roche Pharma AG, Grenzach-Whylen) ist die Compliance unter einer Behandlung mit Ibandronat i.v. im Vergleich zur oralen Therapie mit Alendronat 70 mg wöchentlich unter Praxisbedingungen über 12 Monate. Darüber hinaus soll die „Real Life Efficacy“ beider Therapien in Bezug auf Schmerzintensität, Lebensqualität, Mobilität und das Auftreten von neuen osteoporotischen Frakturen dokumentiert werden. Erstmals im Bereich der Osteoporose werden Patientenfragebögen (SSAS und BMQ) eingesetzt, um prospektive die zugrunde liegenden Gründe der Non-Compliance zu untersuchen.

**Ergebnisse:** Innerhalb von 8 Monaten konnten 6064 Patienten in einem Verhältnis von 3:1 für eine Therapie mit Ibandronat i.v. (4363 Patienten) und Alendronat p.o. (1475 Patienten) in die Studie eingeschlossen werden. Es konnten 889 „Matched Pairs“ gebildet werden, deren Basischarakteristika (Begleiterkrankungen, Vortherapien, Frakturhäufigkeit) vergleichbar sind.

**Schlussfolgerung:** Wir werden hier die Ergebnisse der 1. Interimsanalyse der NIS VIVA zur Schmerzsituation und zum Analgetikaeinsatz vorstellen und kritisch diskutieren. Die Schlussanalyse dieser Studie, die im Jahr 2012 erfolgt, wird erstmalig statistisch robuste Daten der Behandlungswirklichkeit in Deutschland ermöglichen.

Bitte zitieren als: Hadji P, Kurth A, Amling M, Hofbauer L, Pfeilschiffer J, Defer A, Stenglein-Groeschel O, Kandenwein J, Assadi Gehr M, Felsenberg D. „Real World“ Daten der Nichtinterventionellen Studie VIVA: 1. Interimsanalyse. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf187.

DOI: 10.3205/11dkvf187, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1876

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf187.shtml>

188

### Regionale Besonderheiten – Möglichkeiten der Berücksichtigung regional verteilter Risikoindikatoren in morbiditätsorientierten Versichertenklassifikationssystemen?

Dominik von Stillfried, Thomas Czihal

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Die Schließung der City BKK und die schleppende Aufnahme ihrer Versicherten durch andere Krankenkassen wirft die Frage nach der Bedeutung regionaler Besonderheiten der Versorgungs- und Versichertenstruktur als Ausgleichskriterium risikoadjustierter Finanzierungssysteme auf.

Dabei ist die Frage zu beantworten, ob Unterschiede in den Angebots- und/oder Versichertenstrukturen zu systematischen Unterschieden in der Versorgungssintensität führen.

Eine regionalisierte Analyse der nach Standardisierung für Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsunterschiede nicht erklärten Varianz des Behandlungsbedarfs je Patient zeigt, dass die ergänzende Berücksichtigung weiterer Indikatoren die Schätzgenauigkeit auf regionaler Ebene verbessern kann.

**Material und Methoden:** Mittels des vom Institut des Bewertungsausschuss veröffentlichten Versichertenklassifikationssystems wird der erwartete Behandlungsbedarf je Kreis für die Jahre 2007 und 2008 berechnet. Die erklärenden Variablen (Alter, Geschlecht, Morbidität) werden ergänzt um eine wohnortbezogene Risikovariablen. Deren Ausprägung wird in zehn Ausprägungen in die Regressionsrechnung aufgenommen. Diese werden anhand öffentlich auf Kreisebene verfügbarer Indikatoren zur Versichertenstruktur, wie z.B. Arbeitslosenquote, Anteil Pflegebedürftiger, Anteil Einpersonenhaushalte, durchschnittliches Haushaltseinkommen oder angebotsseitiger Kriterien wie z.B. der Arztdichte gebildet. Es werden zwei verschiedene Methoden der Bildung der Variable Wohnort verglichen (Cluster-Verfahren; Residuenanalyse). Die erwarteten Behandlungsbedarfe (vor und nach Ergänzung um die Variable Wohnort) werden mit dem tatsächlich angeforderten Behandlungsbedarf verglichen.

**Ergebnisse:** Für die Variable Wohnort ergeben sich signifikante Kostengewichte. Durch die Berücksichtigung dieser Variablen werden insbesondere die Kostengewichte der Alters- und Geschlechtsgruppen regionsspezifisch modifiziert. Die Differenz zwischen erwartetem und tatsächlichem Behandlungsbedarf reduziert sich auf Kreisebene um bis zu 30%. Fasst man die Ergebnisse aller Kreise nach den 9 Kreistypen des Bundesinstituts für Bau- Stadt und Raumplanung (BBSR) zusammen, zeigt sich, dass die Ergebnisse insbesondere in dichter besiedelten Kreisen verbessert werden.

Den größten Beitrag zur Verbesserung der Schätzgenauigkeit auf Kreisebene leistet die Variable Wohnort, die mittels des Cluster-Verfahrens nach Merkmalen der Versichertenstruktur differenziert. Nahezu gleichrangig ist die Erklärungskraft des Variable Wohnort, die nach der Residuenanalyse differenziert. Im Rahmen der Residuenanalyse bleiben nachfrage- und angebotsseitige Variablen signifikant.

**Schlussfolgerung:** Durch wohnortbezogene Indikatoren (u.a.: Arbeitslosenquote, Anteil Einpersonenhaushalte, Anteil Pflegebedürftiger, durchschnittliches Haushaltseinkommen, Facharzt- und Hausarztdichte, Krankenhausbettendichte) können regionale Besonderheiten des Versorgungsbedarfs besser abgebildet werden. Keiner dieser Faktoren ist durch einzelne Anbieter oder Kostenträger zu beeinflussen und insofern ein Risikostrukturelement. Ein Verzicht auf diese Indikatoren kann zu ungerechtfertigten Verwerfungen und Selektionsstrategien führen. In den Niederlanden erfolgt daher der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen unter Einbezug solcher Ausgleichskriterien.

Bitte zitieren als: von Stillfried D, Czihal T. Regionale Besonderheiten – Möglichkeiten der Berücksichtigung regional verteilter Risikoindikatoren in morbiditätsorientierten Versichertenklassifikationssystemen? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf188. DOI: 10.3205/11dkvf188, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1886

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf188.shtml>

189

### Regionale Charakteristiken erklären die Attraktivität eines Standortes für die Praxsniederlassung und zeigen Förderungsbedarfe zur Ansiedelung von Ärzten auf – eine Regressionsanalytische Modellierung

Michael Erhart, Manja Schallock, Dominik Graf von Stillfried

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Regionen mit abnehmender Arztdichte aber künftig steigenden Versorgungsbedarf erfordern Anstrengungen zur Sicherstellung einer Bedarfsgerechten Versorgung. Die bestehenden räumlichen Unterschiede in den Arztdichten, oder offener Planstellen deuten auf Faktoren hin, die die Attraktivität eines Standortes für die Niederlassung als Vertragsarzt determinieren. In bisherigen Befragungen von Medizinstudierenden und Ärztinnen wurden als niederlassungsrelevante Faktoren eines Standortes genannt:

- Rahmenbedingungen für die Familie (berufliche Möglichkeiten des Partners, Schul- und Betreuungsangebote für Kinder)
- Lebensqualität (Freizeitmöglichkeiten, städtische Lage)
- soziodemografische Struktur des Patientenstamm
- Kontakt- und Kooperationsmöglichkeiten mit Kollegen
- Finanzielle Möglichkeiten

Anhand öffentlich verfügbarer Daten sollen Indikatoren identifiziert werden, die empirisch eng mit der Vertragsarztdichte assoziiert sind und die Attraktivität eines Standortes quantifizieren.

**Material und Methoden:** Die in den bisherigen Studien identifizierten niederlassungsrelevanten Faktoren werden über Indikatoren zur Raum- und Stadtentwicklung des Bundesinstituts für Bau- Stadt und Raumforschung auf Kreisebene operationalisiert. Durch Kombination dieser Aspekte zu einem Index soll die Nieder-

lassungsneigung vorhergesagt werden. Regressionsanalytisch wird eine Gleichung zur Erklärung der Vertragsarztdichte (Ärzte je 100000 Einwohner) bestimmt und die erwartete Praxisdichte in einem Kreis vorhergesagt.

**Ergebnisse:** In der Regressionsrechnung (OLS) leisten einen statistisch signifikanten Erklärungsbeitrag zur Arztdichte:

- Rahmenbedingungen für Familie (Anteil weibliche Beschäftigte, Anteil männliche Teilzeitbeschäftigte; Anteil Gymnasiasten)
- Austausch mit Kollegen (Krankenhausdichte, Erreichbarkeit Mittelzentren)
- Finanzielle Möglichkeiten (BIP/Einwohner)
- Lebensqualität (Erholungsfläche, Städtische Lage)

Diese Faktoren erklären 84% ( $R^2$ ) der Unterschiede in der Gesamt-Arzt-dichte und (Facharztdichte:  $R^2=.87$ ). Die Einbeziehung der Morbiditätslast bringt nur marginalen zusätzlichen Erklärungswert. für Hausärzte haben die Faktoren auf der regionalen (Bundesland) Ebene eine höhere Erklärungskraft ( $\emptyset R^2=.63$ ) als bundesweit ( $R^2=.38$ ).

Die über die Regressionsgleichung prognostizierten Attraktivitätswerte reichen von 84 bis 334 Haus-/Fachärzte je 100000 Einwohner. Für 25% der Kreise (Bevölkerungsgewichtet) werden weniger als 130 Ärzte – für 25% mehr als 209 Ärzte je 100000 EW prognostiziert. Im Mittel weichen die Prognosen um 21 Ärzte von den tatsächlichen Werten ab (-108 bis +54). In 14,4% der west- und 35,8% der ostdeutschen Kreise (Bevölkerungsgewichtet) liegt die tatsächliche Arztdichte unter 90% der erwartete.

**Schlussfolgerung:** Die vorhergesagte Arztdichte quantifiziert die Attraktivität eines Standortes zur Praxisniederlassung reliabel und valide und identifiziert Standorte mit besonderem Förderungsbedarf. Abweichungen der tatsächlichen von der vorhergesagten Attraktivität erfordern „Werbemaßnahmen“ oder Kompensationen. Beeinflussbare Faktoren bieten Ansatzpunkte zur Attraktivitätssteigerung. Die Nutzung der Erkenntnisse wird derzeit mit regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen und kommunalen Verbänden konkretisiert. Die Analyse eines Standortprofils könnte Klarheit über Förderungsbedarf der Kommunen schaffen und die gezielte Ansprache von niederlassungswilligen Ärzten ermöglichen, deren spezifische Ansprüche sich mit dem betreffenden Standortprofil decken.

## Literatur

1. Jacob R, Heinz A, Decieux JP. Berufsmonitoring Medizinstudenten. Bundesweite Befragung von Medizinstudenten, Frühjahr 2010. Trier: Universität Trier; 2011.
2. König HH, Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG. Anreize für die Niederlassung. Deutsches Ärzteblatt. 2011;108(9): A446-A447.
3. Roick C, Heider D, Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH. Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. Gesundheitswesen. 2011. DOI: 10.1055/s-0030-1268448

Bitte zitieren als: Erhart M, Schallock M, Graf von Stillfried D. Regionale Charakteristiken erklären die Attraktivität eines Standortes für die Praxisniederlassung und zeigen Förderungsbedarfe zur Ansiedelung von Ärzten auf – eine Regressionsanalytische Modellierung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung, Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf189. DOI: 10.3205/11dkvf189, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1898

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf189.shtml>

## 190

### Rehabilitationsnachsorge – Erfolge und Akzeptanz des „neuen Credo“ für Rehabilitationskliniken\*

Nadine Pohontsch, Ruth Deck

Institut für Sozialmedizin, UK-SH, Lübeck, Deutschland

**Hintergrund:** Die Effektivität der medizinischen Rehabilitation ist zeitlich begrenzt [1], [2]. Ein Lösungsansatz hierfür ist die Verbesserung der Reha-Nachsorge. Die weiterführenden Maßnahmen müssen vom Rehabilitanden poststationär selbst initiiert werden. Die Reha-Klinik sollte dabei unterstützend und begleitend Hilfestellung leisten. Vor diesem Hintergrund wurde mit dem „neuen Credo“ [3] eine Nachsorgestrategie entwickelt, die auf eine längerfristige begleitete Eigeninitiative unter Einbindung der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung (bis 12 Monate nach Reha-Ende) fokussiert. In diesem Beitrag soll der Frage nachgegangen werden, welche Erfolge das „neue Credo“ erzielt hat und wie das Programm (Anwendbarkeit, Umsetzung und Akzeptanz) durch die beteiligten Klinikmitarbeiter und Rehabilitanden beurteilt wurde.

**Material und Methoden:** Bezüglich der Erfolge wurde das „neue Credo“ mit einer multizentrischen, prospektiven, kontrollierten Studie evaluiert. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden mit der Indikation chronische Rückenschmerzen (M51-M54 nach ICD-10). Primäre Outcomes waren Einschränkungen der Teilhabe (IMET), Funktionsbehinderungen im Alltag (FFbH-R) sowie Einschränkungstage (disability days).

Um Informationen zur Anwendbarkeit, Umsetzung und Akzeptanz des Programms zu erhalten, wurden insgesamt neun Klinikmitarbeiter und neun Rehabilitanden in Fokusgruppen und Telefoninterviews befragt. Relevante Aussagen zum gesamten Programm und einzelnen Programmbestandteilen wurden zusammenfassend aus den Gesprächstranskripten exzerpiert. Außerdem wurden der Umsetzungsgrad und die Akzeptanz des Programms durch die beteiligten Kliniken eingeschätzt.

**Ergebnisse:** Zum Zeitpunkt der 12-Monatskatamnese lagen Datensätze von 166 Interventionsgruppen-Teilnehmern (Drop Out 41%) und 368 Kontrollgruppen-Teilnehmern (Drop Out 31%) vor. Für den FFbH-R und IMET zeigten sich zur 12 Monatskatamnese signifikante Unterschiede zugunsten der Interventionsgruppe (Effektstärken IG: FFbH-R ES= 0.40, IMET ES= 0.42; Effektstärken KG: FFbH-R ES= 0.16, IMET ES= 0.06, Interaktionseffekt Treatment\*Zeit, jeweils  $p<.001$ ). Hinsichtlich der Einschränkungstage fanden sich keine Unterschiede zwischen den Treatmentgruppen (Interaktionseffekt Treatment\*Zeit,  $p=.199$ ).

Der allgemeine Tenor der Aussagen der Rehabilitanden bezüglich des Programms und der Materialien ist sehr positiv. Die meisten Rehabilitanden sehen keine Notwendigkeit für eine grundlegende Veränderung des Materials oder des Programms. Manche Rehabilitanden beklagen jedoch den mangelnden Platz zur Dokumentation in den Bewegungstagsbüchern und hatten an manchen Stellen Verständnisprobleme. Auch von Klinikerseite ist die allgemeine Bewertung sehr positiv. Schwierigkeiten bestanden bei der Durchführung der „gelben Stunde“ (Gruppen- und Übungssitzung „neues Credo“), dem „Brief an mich selbst“ und dem konsequenten Beibehalten der Credo-Philosophie im Klinikalltag.

**Schlussfolgerung:** Das „neue Credo“ trägt zur Verstärkung der langfristigen Reha-Erfolge für Patienten mit chronischem Rückenschmerz bei. Die Akzeptanz des „neuen Credos“ ist sowohl bei den Klinikern als auch den Rehabilitanden hoch. Es erwies sich als prinzipiell gut umsetzbar und wurde von allen Beteiligten gut angenommen. Die von Rehabilitanden und Klinikern genannten Durchführungsschwierigkeiten werden in der Folgestudie fokussiert.

\* gefördert von der Deutschen Rentenversicherung und dem BMBF

#### Literatur

1. Hüppe A, Raspe H. Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. *Rehabilitation*. 2003;42: 143-154
2. Hüppe A, Raspe H. Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Rehabilitation*. 2005;44: 24-33.
3. Deck R, Hüppe A, Arlt AC. Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Rehabilitation*. 2009;48: 39-46

Bitte zitieren als: Pohontsch N, Deck R. Rehabilitationsnachsorge – Erfolge und Akzeptanz des „neuen Credo“ für Rehabilitationskliniken\*. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf190. DOI: 10.3205/11dkvf190, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1905

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf190.shtml>

191

### Risikofaktoren für das Ausscheiden aus einem Disease Management Programm – Befunde aus dem DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Region Nordrhein

Bernd Hagen, Lutz Altenhofen, Jens Kretschmann, Arne Weber, Sabine Groos

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** In der Literatur wurden widersprüchliche Befunde zu den möglichen Selektionseffekten bei Eintritt in ein DMP für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2) berichtet [1], [2], [3]. Nach unserem Kenntnisstand existieren bislang keine systematischen Analysen, inwieweit sich verbleibende DMP-Teilnehmer

von jenen unterscheiden, die ihre Beteiligung am DMP nicht fortsetzen. In der Region Nordrhein wurde versucht, die Gruppe der ‚DMP-Aussteiger‘ zu quantifizieren und anhand typischer Merkmale dieser Patienten ein statistisches Modell für das Risiko des Ausscheidens aus dem DMP zu formulieren [4].

**Material und Methoden:** Gegenüber 393.080 bis 2009 im DMP verbliebenen Patienten sind 34.848 Patienten bis Ende 2008 aus dem DMP ausgeschieden. Für etwa die Hälfte der Patienten liegen administrative Sterbefallmeldungen der am DMP beteiligten Kassenverbände vor. Demnach verstarben 5.400 Personen, so dass die Gruppe der ‚DMP-Aussteiger‘ 29.448 Patienten umfasste. Aufgrund der hohen Fallzahlen wurden beide Populationen primär deskriptiv-statistisch analysiert, ergänzend hierzu wurde ein logistisches Regressionsmodell für die Risikofaktoren des Ausscheidens formuliert (Odds Ratio OR, 95% Konfidenzintervall CI).

**Ergebnisse:** Patienten, die 2008 aus dem DMP ausgeschieden, waren zuvor im Mittel  $35,5 \pm 20,4$  Monate in das Programm eingeschrieben, bei verbliebenen Patienten lag 2008 dieser Zeitraum bei  $40,1 \pm 21,0$  Monaten. In Bezug auf die zuletzt 2008 in beiden Populationen dokumentierten Werte waren die ausgeschiedenen gegenüber den verbliebenen Patienten fast ein Jahr älter ( $67,4 \pm 13,9$  vs.  $66,5 \pm 11,6$  Jahre) sowie etwas länger erkrankt ( $8,7 \pm 7,7$  vs.  $8,4 \pm 7,0$  Jahre). Es zeigte sich zudem ein geringfügig höherer HbA1c-Wert unter den ausgeschiedenen Patienten ( $7,2 \pm 1,5$  vs.  $7,0 \pm 1,2\%$ ). Die Raten pro Quartal der Teilnahme für diabetische Folgeerkrankungen (2,8 vs. 2,3%), für Stoffwechsellentgleisungen (0,5 vs. 0,4%) und für das Auftreten eines Herzinfarkts, eines Schlaganfalls, einer pAVK oder KHK (2,6 vs. 2,1%) waren unter den Ausgeschiedenen jeweils höher. Zudem fand sich eine höhere Rate nicht wahrgenommener Schulungen unter den ausgeschiedenen Teilnehmern (3,2 vs. 2,2%). Im multivariaten logistischen Regressionsmodell erwiesen sich ein Alter von über 75 Jahren (gegenüber einem Alter von weniger als 66 Jahren) (OR 1,75, CI 1,64–1,96), eine Erkrankungsdauer über 10 Jahren (gegenüber einer unter 7 Jahren) (OR 1,56, CI 1,46–1,66), ein HbA1c-Wert von 8,5 % oder höher (gegenüber niedrigeren HbA1c-Werten) (OR 1,71, CI 1,60–1,82) sowie eine nicht erfolgte Funduskopie (OR 2,10, CI 2,00–2,22) als die bedeutendsten Prädiktoren für das Ausscheiden aus dem DMP.

**Schlussfolgerung:** Aus den vorliegenden Befunden ist abzuleiten, dass es sich bei den ‚DMP-Aussteigern‘ um ältere, länger erkrankte und schlechter eingestellte Typ 2 Diabetiker handelt. Die Ergebnisse im Hinblick auf die Wahrnehmung von Schulungen sowie die Durchführung einer Netzhautuntersuchung deuten zudem darauf hin, dass auch die Therapieadhärenz in dieser Gruppe geringer ausgeprägt war. Da diese Patienten eigentlich eine wichtige Zielgruppe eines koordinierten Behandlungsprogramms sind, sollte in geeigneten Begleitstudien analysiert werden, welche Gründe im Einzelnen für den Ausstieg aus dem DMP Diabetes mellitus Typ 2 Nordrhein maßgeblich waren. Die Befunde sollten in weiteren Regionen überprüft werden.

#### Literatur

1. Dunkelberg S, Zingel D, Noack A, van den Bussche H, Kaduszkiewicz H. Welche Patienten werden (nicht) in das DMP Diabetes eingeschlossen? *Gesundheitswesen*. 2006;68(5):289-93.

2. Ullrich, W, Marschall, U, Graf C. Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management-Programmen. Ein Vergleich von in die DMP eingeschriebenen und nichteingeschriebenen Versicherten mit Diabetes. Diabetes Stoffwechsel Herz. 2007;16(6):407-14.
3. Graf C, Elkeles T, Kirschner W. Gibt es einen Selektionsbias im DMP Diabetes? Ergebnisse einer Versichertenbefragung von DMP-Teilnehmern und nichtteilnehmenden Diabetikern. Zeit f Allgemeinmed. 2009;85(2):74-81.
4. Hagen B, Altenhofen L, Blaschy S, Groos S, Kretschmann J, Schmidt A, Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme (Hg). Qualitätssicherungsbericht 2009 Disease-Management-Programme in Nordrhein. Düsseldorf: Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung DMP; 2010.

Bitte zitieren als: Hagen B, Altenhofen L, Kretschmann J, Weber A, Groos S. Risikofaktoren für das Ausscheiden aus einem Disease Management Programm – Befunde aus dem DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Region Nordrhein. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf191. DOI: 10.3205/11dkvf191, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1913  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf191.shtml>

192

## Risikomanagement im Gesundheitswesen – Arzneimittelmanagement im Spannungsfeld von Sicherheit und Wirtschaftlichkeit

Dorothee Lümmer

QM-System-Beratung im Gesundheitswesen, 44623 Herne, Deutschland

**Hintergrund:** Medikamentenfehler sind sehr risikoreich. Durch die Vielzahl der beteiligten Personen, bzw. Berufsgruppen entstehen im Rahmen von Schnittstellen- und Kommunikationsdefiziten Fehler bei der Verschreibung, Dosierung, Verabreichung und Überwachung der Arzneimittel. Die Auswirkungen fehlerhafter Entscheidungen im Bereich der Medikation sind vielfältig. Vom Ausbleiben der gewünschten Wirkung, vorübergehendem Unwohlsein, dauerhaften Schädigungen bis hin zum Tod sind alle Möglichkeiten der Begleiterscheinungen möglich.

Der Einsatz von Risikomanagement im Gesundheitswesen dient der Fehlerreduzierung und Fehlervermeidung. Durch den Einsatz von Risikomanagement-Instrumenten wird die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen verringert. Umfassendes und nachhaltiges klinisches Risikomanagement kann die Schadenshöhe/-häufigkeit beeinflussen.

Neben den gesellschaftlichen Vorteilen stellt sich in wirtschaftlich immer schwierigeren Zeiten aber auch die Frage nach dem (ökonomischen) Nutzen eines umfassenden Risikomanagement-Systems. Die Vermeidung von Fehlern beinhaltet die Vermeidung von Schäden und deren Folgen. Das heißt, dass die Folgekosten, die bei Eintritt unerwünschter Ereignisse auftreten, verhindert werden. Das sind zum Beispiel Kosten durch Doppel-, Mehr- oder Nacharbeit. Zusätzlich können Kosten bei Rechtsstreitigkeiten und bei Forderungen nach Schadensersatz entstehen, die in den vergangenen Jahren stetig gestiegen sind.

**Material und Methoden:** Als Methode wurde mit der Universität Duisburg-Essen eine schriftliche Befragung

einer einfachen und zufälligen Stichprobe deutscher Krankenhäuser durchgeführt. Diese Befragung wurde 2007 und 2008 durchgeführt. Mittels Fragebogen wurden zunächst allgemeine Informationen über das Krankenhaus erfasst. Dann wurden Informationen zum Thema Risikomanagement (z.B. der Einsatz bestimmter Risikomanagement-Instrumente) und zum Thema Haftpflichtversicherung erfragt.

Die Auswahl der Krankenhäuser ergab sich als einfache und zufällige Stichprobenauswahl. Aus den Studien ergab sich ein Rücklauf von insgesamt n=148 Fragebögen.

**Ergebnisse:** Im Rahmen der Studienauswertung und der statistischen Analyse zeigte sich, dass deutsche Kliniken punktuell Risikomanagement einsetzen, aber ein umfassendes und nachhaltiges System, z.B. auf dem Gebiet des Arzneimittelmanagements eher selten eingesetzt wird. Es bestehen z.B. Empfehlungen Rezepten leserlich und deutlich zu verfassen, Medikamente angemessen zu lagern und zu kennzeichnen oder das Vier- oder Mehr-Augen-Prinzip einzusetzen. Die Möglichkeit der computergestützten Arzneimittelversorgung wird ebenfalls thematisiert.

Ein Einspareffekt im Rahmen der Versicherungsprämie durch die Einführung von Risikomanagement konnte nicht bestätigt werden.

**Schlussfolgerung:** Im Rahmen des Vortrags soll nach dem Motto des Kongresses „Arzneimittelversorgung: Qualität und Effizienz“ der Nutzen und die Vorteile von Risikomanagement im Gesundheitswesen – auch bezogen auf die Arzneimittelversorgung im Spannungsfeld von Sicherheit und Wirtschaftlichkeit, dargestellt werden. Einsparpotenziale durch die Anwendung von Risikomanagement sollen ebenso thematisiert werden, wie ein Leitfaden zum ‚sicheren‘ Arzneimittelmanagement im Krankenhaus.

Bitte zitieren als: Lümmer D. Risikomanagement im Gesundheitswesen – Arzneimittelmanagement im Spannungsfeld von Sicherheit und Wirtschaftlichkeit. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf192. DOI: 10.3205/11dkvf192, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1926  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf192.shtml>

193

## Rückfallprophylaxe via Videokonferenz nach stationärer Therapie bei Anorexia nervosa – eine Pilotstudie

Katrin Giel, Stephan Zipfel

Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Essstörung Anorexia nervosa (AN) betrifft fast ausschließlich Frauen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter. Sie ist durch substanzielles selbst-induziertes Untergewicht gekennzeichnet (Body Mass Index BMI  $\leq 17.5$  kg/m<sup>2</sup>) und mit erheblicher Morbidität und Mortalität verbunden.

Etwa die Hälfte aller AN-Patientinnen, die sich in Behandlung begeben, erhalten eine stationäre Therapie, die meist erfolgreich verläuft mit Blick auf eine initiale Gewichtszunahme. Allerdings erleiden 30 bis 50% der

Patientinnen im ersten Jahr nach Entlassung einen Rückfall. Die Daten von Kaplan et al. [1] untermauern, dass es im Anschluss an eine stationäre Therapie darauf ankommt, eine erneute Gewichtsabnahme frühzeitig zu vermeiden, um ein langfristig erfolgreiches Halten des Gewichtes zu erreichen. Eine ambulante psychotherapeutische Weiterversorgung für Patientinnen wird regelhaft angestrebt, könnte Rückfallprophylaxe leisten und wäre Teil eines integrativen Gesamtbehandlungsplans für die AN, der aufgrund des erfahrungsgemäß langwierigen Störungsverlaufs der AN seit Langem gefordert wird [2]. Die allgemeine Trennung zwischen ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland erschwert jedoch die Umsetzung eines solchen Gesamtbehandlungsplans. Die Erfahrung zeigt, dass Patientinnen große Schwierigkeiten haben, überhaupt einen ambulanten Psychotherapieplatz im Anschluss an eine stationäre Therapie zu finden und häufig lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zu den hohen Rückfallraten bei AN Patientinnen nach stationärer Behandlung vermutlich teilweise auch die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitsversorgungssystems beitragen, die den Übergang von einem intensiven Behandlungssetting in eine weniger intensive Nachsorge noch nicht zufriedenstellend ermöglichen.

**Material und Methoden:** Das geplante Forschungsprojekt macht das Angebot einer strukturierten Intervention zur Rückfallprophylaxe für erwachsene AN Patientinnen direkt im Anschluss an eine stationäre oder teilstationäre Behandlung. Geplant ist zunächst eine Pilotstudie zur Überprüfung der Machbarkeit und Akzeptanz der Intervention. Zentrales Einschlusskriterium für Patientinnen ist die erfolgreiche initiale Behandlung bzw. Gewichtszunahme. Die Intervention besteht in einer Rückfallprophylaxe, die inhaltlich an der kognitiven Verhaltenstherapie orientiert ist und umfasst 14 Therapiesitzungen über 4 Monate. Die Intervention wird über ein Videokonferenzsystem durchgeführt. Der Einsatz von Videokonferenzen ist in besonderer Weise in der Lage, das oben ausgeführte Problem in der Versorgung von AN Patientinnen zu adressieren: Es gibt nur wenige Zentren in Deutschland, die auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert sind. Diese behandeln daher Patientinnen aus einem weiten Einzugsgebiet. In dieser Konstellation erlauben Videokonferenzen, Kontinuität in der Versorgung von AN Patientinnen zu etablieren und einen Brückenschlag zu schaffen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung.

Die Pilotstudie soll in Vorbereitung auf eine größer angelegte multizentrische kontrollierte Studie folgende Punkte klären:

- Aspekte der technischen Umsetzbarkeit der Videokonferenztechnologie
- die Akzeptanz von Psychotherapie via Videokonferenz bei Patientinnen und Therapeuten
- Trends bezüglich der Rückfallrate und der Überführung in ambulante Psychotherapie der Patientinnen

## Literatur

1. Kaplan AS, Walsh TB, Olmsted M, Attia E, Carter JC, Devlin MJ, Pike KM, Woodside B, Rockert W, Roberto CA, Parides M. The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa. *Psychol Med.* 2008;10:1-9.
2. Herzog W, Nikendei C, Friederich HC, Zipfel S. Der Gesamtbehandlungsplan. In: W Herzog, D Munz, H Kächele, eds. *Essstörungen, Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte.* Stuttgart: Schattauer; 2004.

Bitte zitieren als: Giel K, Zipfel S. Rückfallprophylaxe via Videokonferenz nach stationärer Therapie bei Anorexia nervosa – eine Pilotstudie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf193. DOI: 10.3205/11dkvf193, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1932

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf193.shtml>

## 194

### Rx-Trendbericht – Bundesweite aktualisierte Informationen zum ambulanten Verordnungsgeschehen

Burgi Riens, Frank Meyer, Dominik Graf von Stillfried  
ZI-Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Die Steuerung des Ordnungsverhaltens von Vertragsärzten gehört zu den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Öffentlich zugängliche Informationsquellen mit aktuellen Angaben zu bundesweiten Trends und Entwicklungen im Arzneimittelbereich sind dafür erforderlich.

**Material und Methoden:** Monatlich aktualisierte bundesweite Rezeptabrechnungsdaten nach § 300 Abs. 2 SGB V stehen den KVen und dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) ca. 24 Werkzeuge nach Ende eines Ordnungsmonats zur Verfügung. Aus den ca. 550 - 650 Mio. Einzeldatensätze je Monat werden im ZI aggregierte Übersichten und typische Kennzahlen zum GKV-Arzneimittelmarkt erstellt und über den Internetauftritt des ZI unter <http://www.zi-berlin.de/cms/rx-trendbericht/> veröffentlicht.

**Ergebnisse:** Derzeit bietet der Rx-Trendbericht neben einem allgemeinen Überblick zur monatlichen Entwicklung der absoluten Summenwerte bezüglich Bruttokosten, Anzahl Verordnungen bzw. Tagesdosen, Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte auch detaillierte Informationen zu einzelnen Marktsegmenten (Fertigarzneimitteln, Festbetragsmarkt, Generika, Spezialpräparaten) sowie typische Kennzahlen des GKV-Arzneimittelmarktes (z.B. Kosten je Versicherten, Quoten, etc.). Es werden darüber hinaus für ausgewählte Indikationen wie Antibiotika, Cholesterinsenker, Herz-Kreislaufmitteln, Schmerztherapeutika u.a. die mengen- bzw. preisgetriebenen Veränderungen dargestellt. Neben diesen eher wirtschaftlich orientierten Aspekten der Arzneimittelversorgung arbeitet das ZI derzeit an der Darstellung von qualitätsorientierten Aspekten. Bisher wurden die Themenbereiche potenziell inadäquate Medikamente (PIM, PRISCUS-Liste), Polypharmazie und potenzielle Interaktionen sowie der Indikationsbereich Antibiotika als priorisierte Handlungsfelder mit positiven Voraussetzungen für die Umsetzung in Form von Qualitätsindikatoren identifiziert.

**Schlussfolgerung:** Die Analysen und Ergebnisse des Rx-Trendberichtes, die auf Verwaltungsdaten seit Januar 2007 zurückgreifen können, zeigen in Übereinstimmung mit anderen öffentlichen Informationsquellen zum GKV-Arzneimittelmarkt (z.B. GKV-Arzneimittelschnellinformation GAmSI), dass die zwischen Krankenkassen und KVen vereinbarten Steuerungsmassnahmen nach § 84 SGB V ihre gewünschte Wirkung entfalten. Neben rein wirtschaftlich getriebenen Effekten ist die Optimierung der Qualität der Arzneimitteltherapie ein wichtiges Ziel bei der Gestaltung von Anreizsystemen. Der Rx-Trendbericht ist eine geeignete Informationsquelle, um auf empirischer Basis potenziell geeignete Qualitätsindikatoren zur kritischen Diskussion zu stellen und methodisch nachvollziehbare Referenzwerte zu liefern.

Bitte zitieren als: Riens B, Meyer F, Graf von Stillfried D. Rx-Trendbericht – Bundesweite aktualisierte Informationen zum ambulanten Verordnungsgeschehen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf194.

DOI: 10.3205/11dkvf194, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf194

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf194.shtml>

195

## SAmS – Strukturierte Arzneimitteltherapie bei multimorbiden Senioren

Elke-Luise Jeske-Saathoff<sup>1</sup>, Svante Gehring<sup>2</sup>, Ursula Marschall<sup>3</sup>, Heidi Günther<sup>3</sup>, Birgit Pagels<sup>1</sup>, Sonja Laag<sup>3</sup>

<sup>1</sup>BARMER GEK, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Ärztegenossenschaft Nord, Bad Segeberg, Deutschland

<sup>3</sup>BARMER GEK, Wuppertal, Deutschland

**Hintergrund:** Neben dem Problem der leitliniengerechten Therapie erschweren die strukturellen Probleme eine gute Arzneimitteltherapie bei multimorbiden älteren Menschen. Da Medikationspläne zwischen Krankenhaus-, Fach- und Hausarzt nicht regelhaft ausgetauscht werden, fehlt dem Hausarzt oft der Überblick über die eingenommenen Medikamente (inklusive Selbstmedikation des Patienten). Insgesamt befindet sich der verordnende Arzt in einem Spannungsfeld zwischen leitliniengerechter Therapie, Arzneimittelsicherheit und Patientenwunsch. Ziel des SAmS-Projektes ist es, aus der Ärzteschaft heraus mit aktiver Unterstützung der Krankenkasse ein Assessment-Instrument zu entwickeln, welches die Arbeitssituation des Hausarztes genauso berücksichtigt wie aktuelles wissenschaftliches Wissen (z.B. Priscus-Liste) und die Patientenpräferenz.

**Material und Methoden:** Das Projekt begann im Mai 2010 mit einer Auswertung der Arzneimitteldaten für alle BARMER GEK Versicherte im Bundesland Schleswig-Holstein. Am Ende eines mehrstufigen Analyseverfahrens über den Zeitraum von 10/2008 bis 6/2009 nach Alter, Diagnosen, Anzahl verordneter Wirkstoffe, Höhe von DDD, Unterscheidung Akut- von Dauermedikation steht eine Wirkstoffliste (SAmS-Wirkstoffliste) mit 145 Wirkstoffen (45 davon Wirkstoffe aus Selbstmedikation). Die so entstandene Liste wurde mit der Beers-Liste, der Priscus-Liste und dem FORTA-Konzept (Wehling, fit-for-the-aged) abgeglichen. Die SAmS-Liste dient den Ärzten der Ärztegenossenschaft Nord als Grundlage für die Entwicklung eines Assessments, das im Rahmen von Qualitätszirkeln erarbeitet wird. Zu

diesem Assessment gehören drei Bausteine: 1. Prozess des Aufgreifens gefährdeter Patienten im Praxisalltag / Medikamentenanamnese / Erstellung Medikationsplan. 2. Erarbeitung und Schulung des aktuell verfügbaren Wissens um UAW, geriatrische Diagnose- und Behandlungsansätze mit Priorisierungskonzepten, Beachtung der Patientenpräferenzen. 3. Auswertung und Bewertung der aktuellen Arzneimitteldaten während des Projektzeitraumes.

**Ergebnisse:** Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lassen sich nur für die Auswertung der Arzneimitteldaten (Erstellung der SAmS-Wirkstoffliste) erste Ergebnisse vorweisen. Je nach zugrunde liegender Bewertung mit der Beers- oder Priscusliste oder des FORTA-Konzeptes werden 13% bis 22% der ermittelten Arzneimittelwirkstoffe bei Versicherten über 65 Jahre heute in Schleswig-Holstein verordnet.

**Schlussfolgerung:** Die ersten Datenauswertungen zeigen, dass Wirkstoffe der Beers- und Priscusliste wie auch des FORTA-Konzeptes bei Versicherten in Schleswig-Holstein verordnet werden. Eine Veränderung des Ordnungsverhaltens kann nur durch die Hausärzte selbst erzielt werden. Das Wissen um gefährliche Arzneimittel ist dabei nur eine Seite der Polypharmazie. Genauso zu betrachten ist die Frage nach einem „Vorgehen“ (Assessment), wie dieses Wissen in die Alltagspraxis der Ärzte Eingang findet. Dabei heißt es nicht nur die Patientenpräferenz zu berücksichtigen – oftmals ein sehr fordernder Prozess – viel früher noch gilt es der strukturell bedingten Intransparenz der Arzneimittelmedikation unter der „Echtzeitbedingung“ eines Praxisbetriebes Herr zu werden. Das SAmS-Assessment wird derzeit im Rahmen eines Pilotprojektes mit 20 Netzärzten und der BARMER GEK erprobt.

Bitte zitieren als: Jeske-Saathoff EL, Gehring S, Marschall U, Günther H, Pagels B, Laag S. SAmS – Strukturierte Arzneimitteltherapie bei multimorbiden Senioren. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf195.

DOI: 10.3205/11dkvf195, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1959

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf195.shtml>

196

## Sektorenübergreifende Routedatenanalyse zur Beschreibung der Schwangerenversorgung und Geburtshilfe

Christine Vietor, Julia Weller, Andrea Gillissen, Anita Kettelgerdes, Torsten Hecke

Techniker Krankenkasse, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die steigende Kaiserschnittquote sowie die Frühgeburtlichkeit werden unter Kosten- sowie Versorgungsqualitätsgesichtspunkten diskutiert. Die DRG-Splittung und Neubewertung für primäre und sekundäre Sectio in 2010 sowie die Mindestmengenregelung zur Frühgeborenenversorgung in 2009 stellen zwei aktuelle Maßnahmen dar, deren Effekte noch offen sind. Vorliegende Analysen von Krankenhaus-Routedaten belegen die Herausforderungen, lassen aber keine abschließenden Schlussfolgerungen zu.

98 Prozent der Geburten finden in Kliniken statt. Die Schwangerenversorgung, in der Risiken erkannt und

gemanagt sowie Vorentscheidungen zum Geburtsmodus getroffen werden, nehmen jedoch niedergelassene Gynäkologen und Hebammen vor. Auch gesundheitliche Folgen von Sectiones und Frühgeburten bei Mutter und Kind fallen, insbesondere wenn diese nach Jahren auftreten, nicht mehr in den Versorgungsbereich der Geburtskliniken. Sektorenübergreifende Qualitätsanforderungen oder Behandlungsleitlinien fehlen. Grundsätzlich stehen die Leistungserbringer in der Geburtshilfe in einem intra- bzw. intersektoralen Wettbewerb zueinander, vernetzte Zusammenarbeit ist selten. Für werdende Eltern herrscht in dieser Situation wenig Transparenz bei gleichzeitig hohem Entscheidungsdruck

**Material und Methoden:** Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen an der Schnittstelle zwischen Leistungssektoren (§ 11, Abs. 4 SGB V). Eine sektorenübergreifende Analyse der Versorgungssituation zur Entwicklung geeigneter Ansätze ist deshalb erforderlich. Als Basis bieten sich Stamm- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen an. Andere verfügbare Datengrundlagen<sup>1</sup> liegen nicht sektorenübergreifend vor. Untersucht werden sollen mögliche Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus und das Outcome von Mutter und Kind aus den Bereichen Vorerkrankungen und soziodemografische Merkmale der Mütter, Folgeerkrankungen von Mutter und Kind sowie Merkmale der in Anspruch genommenen Leistungserbringer (z.B. Größe/Fallzahlen Krankenhaus, Hebammenvorsorge, u.a.).

**Ergebnisse:** Basis sind rund 55.000 Entbindungen von TK-versicherten Müttern im Jahr 2008. Sofern möglich, erfolgt die Zuordnung der Neugeborenen. Diese Grundgesamtheit wird zunächst beschrieben. Hier liegen bereits Daten aus verschiedenen Leistungssektoren für den Zeitraum von zwei Jahren nach sowie für ein Jahr vor der Geburt vor, die für die Analyse herangezogen werden sollen.

Im zweiten Schritt soll durch Mittelwertvergleiche untersucht werden, ob signifikante Unterschiede in den vor- und nachgeburtlichen Leistungen und Erkrankungen, differenziert nach Geburtsmodalitäten, erkennbar sind. Für die Unterscheidung der Sectio von der vaginalen Entbindung erfolgt eine Vergleichsgruppenbildung durch Cluster der DRGs 001, 002, 060. Die Neugeborenen und insbesondere Frühgeburten sollen zum einen differenziert werden durch die DRGs P01, P03-06, P60-67, zum anderen mittels Cluster auf ICD-Basis (P07.-, P08.0), als Äquivalenz zum Geburtsgewicht.

**Schlussfolgerung:** Je nach Erkenntnisfortschritt wird eine Fortsetzung der Sekundärdatenanalyse in zwei Ansätzen vorgeschlagen: ein Monitoring weiterer Zeiträume des Geburtenjahrgangs 2008 sowie ein Trendsetting, d.h. die Analyse der Geburten weiterer Jahrgänge. Ziel ist die Entwicklung von Indikatoren für die Weiterentwicklung von Versorgungsmanagement-Ansätzen sowie Allokationsmodellen auf der Ein- sowie Ausgabenseite der Krankenkassen.

#### Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Available from: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>
2. AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Available from: <http://www.aqua-institut.de/>
3. Gesellschaft für Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) e.V. Available from: <http://www.quag.de/>

Bitte zitieren als: Vietor C, Weller J, Gillessen A, Kettelgerdes A, Hecke T. Sektorenübergreifende Routinedatenanalyse zur Beschreibung der Schwangerenversorgung und Geburtshilfe. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf196.

DOI: 10.3205/11dkvf196, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1965

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf196.shtml>

197

## Sekundärdatenanalyse zur Psoriasis im Kindes- und Jugendalter

David Matusiewicz, Jürgen Wasem, Anja Neumann  
Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Psoriasis (Schuppenflechte) stellt eine der häufigsten chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen des Menschen dar. Bei etwa einem Drittel aller Fälle manifestiert sich die Erkrankung bereits vor dem 20. Lebensjahr, wobei sich die Behandlung der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen von der im Erwachsenenalter unterscheidet. In der Literatur gibt nach wie vor nur vereinzelt Studien zur Epidemiologie und Versorgungssituation der juvenilen Psoriasis. Das Ziel der Studie ist die Untersuchung der Epidemiologie, Versorgungssituation und der Komorbidität der juvenilen Psoriasis anhand von überregionalen GKV-Routinedaten.

**Material und Methoden:** Die Datenbasis bildete ein Datensatz überregional tätiger Krankenkassen mit 6,7 Mio. Versicherten aus dem Jahre 2007. Anhand mindestens einer entsprechenden gesicherten L40.\*-Diagnose (ICD-10-GM) wurden Kinder und Jugendliche ( $\leq 18$ ) mit Psoriasis identifiziert. Es fand eine Analyse der Versichertenstammdaten, der Arzneimittelversorgung anhand von PZN- und ATC-Kodierungen als auch der ambulanten und stationären Versorgung statt. Mithilfe eines Groupers nach der Logik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) wurden Komorbiditäten identifiziert und analysiert.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden in dem vorliegenden Datensatz 138 338 Versicherte mit einer Psoriasis identifiziert, was einer Prävalenz von 2,1% entspricht. Die Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis ( $\leq 18$ ) lag bei 0,4% und stieg linear von 0,1% im Alter von 1 Jahr bis 0,8% im Alter von 18 Jahren. Die betrachteten Versicherten hatten durchschnittlich 1,9 ambulante Kontakte, wobei 1,7% der Individuen eine Hospitalisierung wegen Psoriasis als Hauptdiagnose aufwiesen. Die meisten Versicherten wurden mit topischen Antipsoriatika und Corticosteroiden behandelt, wobei die topischen Corticosteroide die häufigste Behandlungsform der juvenilen Psoriasis beinhalteten. Bei der Psoriasis im Kindes- und Jugendalter konnten darüber hinaus insbesondere folgende Komorbiditäten festgestellt werden: Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (HMG066), Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen (HMG038), Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen (HMG056), Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen (HMG023), Schädlicher Gebrauch von Alkohol/Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom (HMG053), Depressionen und wahnhaftige Störungen (HMG 058) und Hypertonie (HMG091). Verglichen mit

einer alters- und geschlechtsadjustierten Kontrollgruppe zeigten die Versicherten mit Psoriasis eine signifikant höhere Anzahl an Komorbiditäten ( $p = 0.000$ ).

**Schlussfolgerung:** Die Psoriasis zählt zu den häufigsten chronischen Hauterkrankungen im Kindes- und Jugendalter und stellt insbesondere große Herausforderungen an die Diagnostik und Therapie. Dabei wird die Dermatose den meisten Fällen mit topischen Corticosteroiden behandelt, wobei Leitlinien für Kinder und Jugendliche bislang fehlen. Die juvenile Psoriasis ist mit zahlreichen Komorbiditäten verbunden, wobei insbesondere auf die Berücksichtigung von psychischen Begleiterkrankungen ein verstärktes Augenmerk gerichtet werden sollte.

Bitte zitieren als: Matusiewicz D, Wasem J, Neumann A. Sekundärdatenanalyse zur Psoriasis im Kindes- und Jugendalter. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung, Köln, 20. 22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf197. DOI: 10.3205/11dkvf197, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1977  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf197.shtml>

198

### Sekundärdatenanalyse zur Verordnungshäufigkeit und zu potentiellen Ursachen einer antiretroviralen Therapie

Jörg Tomeczkowski<sup>1</sup>, Britta Ranneberg<sup>1</sup>, Jörg Mahlich<sup>1</sup>, Matthias Stoll<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Janssen-Cilag GmbH, Neuss, Deutschland

<sup>2</sup>Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** Personen mit einer HIV-Infektion müssen eine einmal notwendig gewordene antiretrovirale Therapie (ART) kontinuierlich und lebenslang fortführen. Anhand von Krankenkassendaten soll eine Aussage zur Verordnungsdauer einer ART in Abhängigkeit zur Diagnose und anhand eines repräsentativen Apothekenpanels Aussagen zur Verordnungsdauer einer ART in Abhängigkeit vom Alter, Geschlecht und Therapieregime gemacht werden.

**Material und Methoden:** Ein Panel mit 1.514.373 Versicherten von verschiedenen bundesweit agierenden und nicht-fusionierten gesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahr 2008 wurde ausgewertet. In den Kassendaten wurden Personen mit einer ART anhand des ATC Codes identifiziert (WHO ATC Code: J05AE01-04, 06-10; J05AF01-02, 04-06, 09; J05AG01, 03, 04; J05AR01-04, 06; J05AX07-09) (Viread (Tenofovir) wurde von der Analyse ausgeschlossen, da die Sub-

stanz unter dem gleichen Markennamen auch für die Behandlung der Hepatitis B zugelassen ist). Anschließend wurden die Versicherten mit ART in die Gruppen mit und ohne gesicherte HIV Diagnose eingeteilt (ICD-10: B20-24: 64,8%; R75: 0,9%; U85: 0,6%; U60-61: 14,9%; Z21: 18,8%). Um für kleine Gruppen repräsentative Aussagen zur ART machen zu können, wurde zusätzlich ein Apothekenpanel (LRx) der Firma IMS Health mit 26.815 Patienten aus dem Zeitraum von Oktober 2008 bis September 2009 ausgewertet (54% aller GKV-Patienten mit ART-Verordnungen in diesem Zeitraum). Die Auswertung der Verordnungen an nur einem Tag wurde nur für die Monate März und April durchgeführt, wodurch sichergestellt war, dass diese Personen 5 Monate vor und nach ihrer Verordnung keine weitere ART-Verordnung erhalten hatten. Die antiretrovirale Therapie wurde anhand des EPHMRA ATC-Codes J05C identifiziert. Viread (Tenofovir) wurde erneut ausgeschlossen. Personen, die aufgrund einer beruflichen Exposition eine ART erhalten hatten, waren in beiden Datenbanken nicht enthalten.

**Ergebnisse:** In dem Krankenkassenpanel wurden 601 Personen mit ART-Verordnungen identifiziert, von denen 465 eine gesicherte HIV-Diagnose aufwiesen (77% aller Personen mit ART-Verordnungen). 136 hatten keine gesicherte HIV-Diagnose (23% der Personen mit ART-Verordnungen). Die Verordnungsdauer der ART war in beiden Gruppen signifikant unterschiedlich ( $p < 0.001$ ) (Tabelle 1).

Bei Personen mit ART-Verordnungen ohne HIV-Diagnose konnten überwiegend Diagnosen aus der Gruppe „andere infektiöse und parasitäre Krankheiten“ festgestellt werden. Davon entfiel ein hoher Anteil auf sexuell übertragbare Erkrankungen. In dem Apothekenpanel konnten in den Monaten März und April 505 Personen mit ART-Verordnungen an nur einem Tag ermittelt werden. Diese Personen waren jünger, häufiger weiblich und erhielten häufiger Lopinavir/Ritonavir im Vergleich zu Patienten, die ihre ART-Verordnungen an mehr als einem Tag erhalten hatten.

**Schlussfolgerung:** Ein Viertel der Personen mit ART-Verordnung haben keine HIV-Diagnose. Patienten mit und ohne gesicherte HIV-Diagnose unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Dauer ihrer ART-Verordnungen. Bei Patienten ohne HIV-Diagnose erfolgt die ART-Verordnung außerhalb der Zulassung (Off-Label) bei anderen infektiösen Erkrankungen. Als Ursache kommt hier auch eine Fehlkodierung oder Betrug in Frage. In der Gruppe der Personen mit ART-Verordnungen an nur einem Tag halten wir eine Anwendung der ART zur Prävention und nicht-beruflich bedingten Postexpositionsprophylaxe für möglich.

	1 Tag <sup>a</sup>	1-3 Q <sup>b</sup>	4 Q <sup>c</sup>
Mit HIV-Diagnose (n=465)	12 (3%)	127 (27%)	326 (70%)
Ohne HIV-Diagnose (n=136)	22 (16%)	44 (32%)	70 (52%)

a = Verordnung nur an einem Tag; b = Verordnungen in 1 bis 3 Quartalen; c = Verordnungen in allen 4 Quartalen      Chi-Quadrat = 40,868; P < 0.001

Tabelle 1: Verordnungsdauer in Abhängigkeit zur HIV-Diagnose in Krankenkassendaten

Bitte zitieren als: Tomieczkowski J, Ranneberg B, Mahlich J, Stoll M. Sekundärdatenanalyse zur Verordnungshäufigkeit und zu potentiellen Ursachen einer antiretroviralen Therapie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf198.  
DOI: 10.3205/11dkvf198, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1980  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf198.shtml>

199

## Selektionsmechanismen beim Zugang zu Disease Management Programmen in Deutschland

Juliane Köberlein-Neu  
Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

**Hintergrund:** Disease Management Programme sind in Deutschland mit dem Ziel eingeführt worden, durch ein stärkeres Maß an Strukturiertheit in Therapie und Prävention sowie durch Gewährleistung einer trans-sektoralen Versorgung einen höheren Effizienzgrad bei der Behandlung chronisch Kranker zu generieren. Ein solcher Effekt wäre besonders bei Patienten mit komplexem Versorgungsgeschehen wünschenswert. Erste Arbeiten im Bereich Diabetes mellitus und KHK legen jedoch die Vermutung nahe, dass gerade diese Zielgruppe durch die aktuelle Programmlandschaft in Deutschland nicht vollständig erreicht wird.

Das Ziel der geplanten Untersuchung ist es, Erkenntnisse über relevante Selektionsmechanismen beim Programmszugang für Patienten mit Atemwegserkrankungen (Asthma und COPD) zu erörtern und gegebenenfalls Optimierungsstrategien auszuarbeiten.

**Material und Methoden:** Das Vorhaben gliedert sich in zwei Projektschritte. In einem Pilotvorhaben werden zunächst die in der internationalen Literatur für den Bereich Managed Care beschriebenen Selektionsmechanismen im Rahmen eines systematischen Reviews zusammengetragen. Darüber hinaus sollen die identifizierten Selektionsmechanismen anhand verfügbarer Sekundärdaten (z.B. SOEP) auf ihre Relevanz für den deutschen Versorgungskontext geprüft und mögliche Auswirkungen auf die im Zuge der Qualitätssicherung stattfindende Effektmessung der Programme diskutiert werden. Da die Sekundärdaten lediglich eine erste Übersicht über relevante Einflussfaktoren auf die Patiententeilnahme und den Zugang zur Programmlandschaft ermöglichen, erfolgt nach Abschluss der Pilotphase in einer Fall-Kontroll-Studie die detaillierte Erhebung von Selektionsmechanismen. Zudem werden die erzielten Outcomes und ausgewählte Prozessmerkmale erfasst.

**Ergebnisse:** Eine erste Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE und EMBASE ergab 36 internationale Arbeiten, welche für den Bereich des Disease Managements Selektionsmechanismen untersuchen. In den Artikeln werden die Dauer und der Schweregrad der chronischen Erkrankung, der Grad der Schulbildung sowie die Schwere und Anzahl der Begleiterkrankungen als signifikante Einflussfaktoren auf die Teilnahme an Disease Management Programmen beschrieben. 19 Untersuchungen diskutieren die Auswirkungen der Selektion auf die Messung der Programmeffekte sowie

statistische Verfahren zum Umgang mit Selektionsbias. Aufgrund der verwendeten Studiendesigns konnte keine der identifizierten Studien Interaktionsmechanismen darstellen, die den Entscheidungsprozess zwischen Arzt, Patienten und ggf. Versicherer maßgeblich geprägt und zur letztendlichen Teilnahmeentscheidung beigetragen haben.

**Schlussfolgerung:** Für die Entwicklung sinnvoller Strategien zur Optimierung des Programmszugangs bedarf es detaillierter Erkenntnisse zu Interaktionseffekten zwischen der System-, Arzt- und Patientenebene. Diese sollten neben der geplanten retrospektiven Erhebung im Rahmen einer prospektiven Studie mit Hilfe qualitativer sowie quantitativer Methoden erhoben werden.

Bitte zitieren als: Köberlein-Neu J. Selektionsmechanismen beim Zugang zu Disease Management Programmen in Deutschland. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf199.  
DOI: 10.3205/11dkvf199, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf1994  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf199.shtml>

200

## Sichere Arzneimitteltherapie von chronisch Kranken

Susanne Imhoff-Hasse  
Redaktionsbüro Imhoff-Hasse, Bochum, Deutschland

**Hintergrund:** Für chronisch kranke Menschen lässt sich aus unterschiedlichsten Gründen ein problematisches Management der Arzneimitteltherapie nachweisen. Sie stehen wegen der dauerhaften Verwiesenheit auf Medikamente vor großen Bewältigungsherausforderungen. Das sektoral gegliederte Versorgungssystem widerspricht ihrem Bedürfnis nach einer Betreuung aus einer Hand, die vielen Schnittstellen im Medikationsprozess wirken sich negativ auf die Behandlungsqualität aus. Schwachstellen im Medikationsprozess wie z. B. die Multimedikation oder ein fehlender Überblick über die Gesamtmedikation eines chronisch kranken Patienten zum Zeitpunkt der Behandlung sind von grundlegender Relevanz.

**Material und Methoden:** In einer Masterarbeit für die Universität Bielefeld für den Master of Health Administration wurde auf die Arzneimitteltherapie chronisch Kranker fokussiert. Bei dieser theoretischen Arbeit, einem deskriptiven Review, wurde eine Literaturrecherche in gesundheitswissenschaftlichen Datenbanken, Sammelbänden, Lehrbüchern und auf Webseiten zentraler Organisationen vorgenommen. Zur Problembeschreibung werden die unterschiedlichen Bedürfnisse chronisch Kranker im wechselhaften Verlauf der Erkrankungen und das wechselseitige Bedingungsverhältnis zwischen Krankheitsphasen und Arzneigebrauch beschrieben. Als wesentliche Schwachstellen im Medikationsprozess werden Kommunikationsfehler, die als Informationsbarrieren wirkenden Schnittstellen zwischen Versorgungssektoren, systematische Medienbrüche bei der Informationsweitergabe, der fehlende Überblick über das gesamte Medikationsmenu einschließlich vom Patienten selbst gekaufter Arzneimittel sowie unkoordinierte Verschreibungen aufgeführt, woraus eine Mehrfachmedikation resultieren kann. Da nach dem Aktionsplan für Patientensicherheit

(2008/2009 und 2010-12) regelmäßige Arzneimittel-Überprüfungen als eine Strategie zur Risikovermeidung gelten, ist ein schriftlicher Medikationsplan ein Schritt zu einem vollständigen Überblick. Die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) hat im Kontext des Aktionsplans für Patientensicherheit hohe Relevanz erfahren. Die Suche nach einem Lösungsansatz für die rasche Aktualisierung und Bereitstellung der Arzneimittel-Daten chronisch Kranker führt zur gesundheitstelematischen Option der elektronischen Gesundheitskarte (eGK).

**Ergebnisse:** Die Frage, ob die eGK die Möglichkeit bietet, individuell verwendete Medikamente zu dokumentieren und ob sich Vorteile für chronisch Kranke ergeben, kann bejaht werden. In der Arbeit werden Potentiale und Limitationen der Karte herausgestellt, wobei die Anwendung elektronisches Rezept als erster Schritt zu einer elektronischen AMTS verstanden wird. Zum gegenwärtigen Stand der Dinge lassen sich in der Summe mehr Vor- als Nachteile beim Einsatz der eGK auf den unterschiedlichen Stufen des Medikationsprozesses der Kranken erwarten.

**Schlussfolgerung:** Es steht zu vermuten, dass die Arzneydokumentation auf der eGK zu einer reflektierteren Nutzung der Medikamente auf Seiten der Kranken, Ärzte und Apotheker mit positiven individuellen Auswirkungen auf die Kranken führt. Bei der Bewältigung von deren komplexen Arzneiregimen ergibt sich wegen der notwendigen Unterstützung im Alltag als Handlungsbedarf eine verbesserte kooperative Zusammenarbeit aller Beteiligten inklusive der Pflegeberufe. Mehr Forschung zu Ursachen und Folgen eines schlechten Medikationsprozesses dieser Zielgruppe ist nötig, sowie die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen verbunden mit einem Mehr an Evaluation.

## Literatur

1. Aktionsbündnis Patientensicherheit. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit - Struktur, Aufgaben, Ziele. Bonn: Aktionsbündnis Patientensicherheit Eigenverlag; 2010.
2. Aktionsbündnis Patientensicherheit. AG Arzneimitteltherapiesicherheit des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Abgerufen am 30. November 2010 von Aktionsbündnis Patientensicherheit: <http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/?q=ag-arzneimitteltherapiesicherheit>
3. Bales S, Dierks C, Holland J, Müller JH, eds. Krankenversichertenkarte. Heidelberg: C.F.Müller-Verlag; 2007.
4. Bertelsmann-Stiftung. Die elektronische Gesundheitskarte: Bekanntheit, Einstellungen und Akzeptanz. Gütersloh: Gesundheitsmonitor, Bertelsmann-Stiftung; 2006.
5. Bertsche T, Kaltschmidt J, Haefeli W. Elektronische Arzneimittelinformationsmedien - Chancen (v)erkannt? Deutsches Ärzteblatt. 2006;103(21):1438-1442.
6. Bertsche T, Kaltschmidt J, Haefeli W. Patientensicherheit durch computerbasierte Arzneimittelinformationen. Der Internist. 2009;50(6):748-756.
7. BMG. Aktionsplan 2008/2009 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Abgerufen am 30. November 2010 von Bundesministerium für Gesundheit\_download\_Glossar\_Begriff: Arzneimittel\_Aktionsplan 2008/2009: [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln\\_151/nn\\_1168258/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/A/Glossar-Arzneimittel/GlossarBegriff-Arzneimittel\\_Aktionsplan.html?\\_\\_nn=true](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_151/nn_1168258/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/A/Glossar-Arzneimittel/GlossarBegriff-Arzneimittel_Aktionsplan.html?__nn=true) BMG. (19. Juni 2010). Aktionsplan 2010-2012 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland. (BMG-Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.) Berlin: Druckerei im Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2007.
8. Bonerz P, Drees D. Die Rolle der Gematik beim Aufbau einer Telematikinfrastruktur für das deutsche Gesundheitswesen. In: Bales S, Dierks C, Holland J, Müller JH, eds. Die elektronische Gesundheitskarte. Heidelberg: C.F.Müller-Verlag; 2007. p. 285-291.
9. Boyd C, Darer J, Boulton C, Fried L, Boulton L, Wu A. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. Implications for pay for performance. Journal of the American Medical Association. 2005;294:716-724.
10. Brill C-W, Förster K, Keil W. Patientenfach und elektronisches Rezept. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. 2005;7:732-735.
11. Brinkmann-Göbel R. Relevanz der Gesundheitsberatung. In: Handbuch für Gesundheitsberater. Bern: Hans Huber-Verlag; 2001. p. 13-32.
12. Bronder E, Klimpel A. Unverbrauchte Arzneimittel. Deutsche Apotheker Zeitung. 2001;141 (6):677-682.
13. Bühlren B. Verbesserung der Arzneimittelversorgung durch Steigerung der Compliance. Fraunhofer ISI. Karlsruhe: Hans-Böckler-Stiftung; 2003.
14. Bundesbeauftragter für den Datenschutz. Gesundheitstelematik und Datenschutz. Bundesgesundheitsblatt. 2005;48:629-634.
15. Deimel D. Schlüsselfaktor Informationstechnologie. In: Jäckel A, ed. Telemedizinführer Deutschland 2008. Bad Nauheim: Medizin Forum AG; 2008. p. 113-115.
16. Dierks M-L, Schwartz FW. Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, et al, eds. Das Public Health Buch. München: Urban & Fischer-Verlag; 2003. p. 313ff.
17. Institut für Demoskopie Allensbach im Auftrag der Bundesärztekammer. E-Health-Bericht. 2010. [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/eHealth\\_Bericht\\_lang\\_final.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/eHealth_Bericht_lang_final.pdf) (Abgerufen am 30. November 2010)
18. Ernestus W. Datensicherheit der elektronischen Gesundheitskarte. In: Bales S, Dierks C, Holland J, Müller JH, eds. Die elektronische Gesundheitskarte. Heidelberg: C.F.Müller-Verlag; 2007. p. 294-296.
19. Etgeton S. Telematik im Gesundheitswesen – die elektronische Gesundheitskarte. In: Bales S, Dierks C, Holland J, Müller JH, eds. Die elektronische Gesundheitskarte. Heidelberg: C.F.Müller-Verlag; 2007. p. 297-299.
20. forsa – Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen für: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Versichertenbefragung: Elektronische Gesundheitskarte. Siegburg; 2008.
21. Grandt D. Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Bundesgesundheitsblatt. 2009;12:1161-1165.
22. Grandt D, Müller-Oerlinghausen B. Elektronische Gesundheitskarte - Anforderungen an die medizinischen Daten. Deutsches Ärzteblatt. 2004;101(30): 2102-2105.
23. Grandt D, Friebel H, Müller-Oerlinghausen B. Arzneimitteltherapie(un)sicherheit. Deutsches Ärzteblatt. 2005;509-515.
24. Grandt D, Zimmermann L. Potential der Telematik-Infrastruktur zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. In: Bales S, Dierks C, Holland J, Müller JH, eds. Die elektronische Gesundheitskarte. Heidelberg: C.F.Müller-Verlag; 2007.
25. Haas P. Gesundheitstelematik. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2006.
26. Haslbeck J. Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus Sicht chronisch Kranker. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). 2007
27. Haslbeck J. Medikamente und chronische Krankheit. Bern: Hans Huber-Verlag; 2010.
28. Hellmann G. Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung – Stand und Umsetzungsperspektiven im Krankenhaus. Studie im Auftrag der DKG. Berlin: DKG-Deutsche Krankenhausgesellschaft - Eigenverlag; 2010.
29. Hurrelmann K. Gesundheit und Krankheit im Lebenslauf. In: Schaeffer D, eds. Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Hans Huber-Verlag; 2009. p. 283-297.

30. Hurrelmann K, Laaser U. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O, eds. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München: Juventa-Verlag; 2006. p. 749-780.
31. Hurrelmann K, Leppin A. Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In: Hurrelmann K, Leppin A, eds. Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Hans Huber-Verlag; 2001. p. 9-21.
32. Jaehde U. Mehr Überblick trotz Polymedikation. Pharmazeutische Zeitung. 2008;153(21):14-24.
33. Leal H, Abellan A, Casa Pina M, Martinez C. Patients on multiple medication: do they know the right doses? Do they take their medications correctly? Aten Primaria. 2004;8(33):451-456.
34. Levartz M. Wie viele Medikamente braucht mein Patient? Rheinisches Ärzteblatt. 2009;3:19-20.
35. Mühlbacher A, Pflügel R, Lankaffel P. Digitale integrierte Versorgung: Standardisierung und Geschäftsmodelle. Public Health Forum. 2008;16(60):13-15.
36. Mueller EA, Kirch W. Risiken in der Arzneimitteltherapie. Medizinische Klinik. 2009;846-50.
37. Müller-Mundt G. Patientenedukation zur Unterstützung des Selbstmanagements. In: Hurrelmann K, Leppin A, eds. Moderne Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber-Verlag; 2001. p. 94-106.
38. Queckenberg C, Fuhr U. Polypharmakotherapie – ein Dilemma der modernen Medizin? 2009. <http://www.aekno.de/downloads/aekno/iqn-5-medikamente03.pdf> (Abgerufen am 30. November 2010)
39. Rolfes-Bußmann A, Völkel M, Schwickert S, Frölich S, Frölich JC. Elektronische Verordnungssysteme – was sie können und leisten sollen. Deutsches Ärzteblatt. 2009;106(17):815-818.
40. Schaeffer D. Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf – Einleitung. In: Schaeffer D, ed. Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Hans Huber-Verlag; 2009. p. 7-12.
41. Schaeffer D, Moers M. Abschied von der Patientenrolle? Bewältigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit. In: Schaeffer D, ed. Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Hans Huber-Verlag; 2009. p. 111-133.
42. Schaeffer D, Müller-Mundt G, Haslbeck J. Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). 2007; Bielefeld.
43. Schnurrer J, Frölich JC. Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Der Internist. 2003;44:889-895.
44. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft; 2009.
45. Thürmann P. Arzneimittelrisiken bei hochbetagten Patienten: Ergebnisse deutscher Studien. In: Bundesärztekammer. Fortschritt und Fortbildung in der Medizin. Bd. 31. Berlin: 2007. p. 217-224.
46. von Renteln-Kruse W. Epidemiologische Aspekte der Morbidität im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2001;Supplement 1: I/10-I/15.

Bitte zitieren als: Imhoff-Hasse S. Sichere Arzneimitteltherapie von chronisch Kranken. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf200.

DOI: 10.3205/11dkvf200, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2002

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf200.shtml>

## 201

### SIMuLTaN: Selbstmanagementförderung zur Integration von Medikamentenregimen unter beruflichen Leistungsanforderungen – Entwicklung eines Therapieangebot für die Neurorehabilitation

Sandra Neuhaus, Anke Menzel-Begemann

Universität Bielefeld - Fak. f. Gesundheitswissenschaften - AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, Bielefeld, Deutschland

**Hintergrund:** Dass Patient(inn)en wieder arbeiten, ist für Leistungs-/Kostenträger wichtiges Behandlungs- und für Betroffene zentrales Teilhabeziel. Insbesondere in der Neurorehabilitation zeigt sich eine für die Reintegration wichtige, hohe Arbeitsmotivation [1], die zur Förderung des Selbstmanagement als personenbezogener Kontextfaktor genutzt werden sollte. Eine mögliche Wiedereingliederungshürde ist die Integration von Medikamentenregimen, die die Betroffenen vor Herausforderungen wie das Akzeptieren der „Krankenrolle“, von (Neben-)Wirkungen oder des Versorgungshandelns stellt. Betroffene entwickeln daher oft problematische Konsummuster, indem weniger [2] oder mehr [3] Medikamente als empfohlen eingenommen werden, wodurch Gesundheitsprobleme und enorme Kosten entstehen [4]. Ursache ist auch, dass Betroffene ihre Versorgungsbedürfnisse nicht angemessen äußern können und diese daher in adhärenz-/selbstmanagementfördernden Interventionen oft nicht hinreichend berücksichtigt werden können [5]; [6]. Diese Programme setzen zudem mehrheitlich bei bereits problematischen Konsummustern an, da auch Betroffene häufig erst bei bereits ungünstigem Versorgungshandeln aktiv werden [7]. Meist finden sie dann – wenn überhaupt – erst nach langer Suche passende Angebote [8]. Ziel ist daher die Entwicklung eines zugehenden, bedürfnisorientierten Informations-/Unterstützungsangebotes zur Selbstmanagementförderung bei der Integration von Medikamentenregimen in den (Berufs-)Alltag, das als Patientenschulung in der medizinischen Neurorehabilitation und damit vor der Rückkehr angeboten wird.

**Material und Methoden:** Zunächst werden die Nutzer(innen)bedürfnisse retrospektiv anhand problemzentrierter Interviews mit ehemaligen Rehabilitand(inn)en erhoben. Aus diesen Interviews werden die geäußerten Alltagsschwierigkeiten und Unterstützungswünsche extrahiert und für die inhaltliche Ausgestaltung herangezogen. Die Patientenschulung wird anschließend in einer Interventionsstudie evaluiert.

**Ergebnisse:** Die bis Herbst 2011 vorliegenden Ergebnisse werden berichtet. Dabei wird erwartet, dass sich typische Fallverläufe zeigen, aus denen sich Hindernisse im Umgang mit dem Arzneimittelversorgungssystem und medikamentenbezogene Schwierigkeiten bei der Bewältigung berufsalltäglicher Anforderungen als wichtige Einflussfaktoren auf das Einnahmeverhalten herauskristallisieren.

**Schlussfolgerung:** Frühzeitig ansetzende Konzepte, die bereits in der Rehabilitation auf besondere Herausforderungen wie ein Medikamentenregime vorbereiten, helfen, Behandlungsempfehlungen umzusetzen sowie Behandlungsergebnisse zu verstetigen. So darf angenommen werden, dass das Unterstützungsangebot Versorgungsdefiziten präventiv begegnen kann und

somit einen wichtigen Beitrag zur Teilhabesicherung und Ressourcenschonung bei allen Akteuren leistet.

#### Literatur

1. Schupp W, Kulke H. Klinik berufsbezogener Gesundheitsstörungen – Neurologie. In: Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM, eds. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009. p. 301-315.
2. Loss J, Thanner M, Nagel E. Compliance bei chronischen Krankheiten – Zusammenhang zum Gesundheitssystem. Public Health Forum. 2010;18 (66): 17.e1-17.e3.
3. Kraus L, Augustin R. Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Medikamente. Sucht. 2001;47 (Sonderheft 1):44-80.
4. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Addendum: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Baden-Baden: Nomos; 2002.
5. Richard C, Lussier MT. Nature and frequency of exchanges on medications during primary care encounters. Patient education and counseling. 2006;64(1-3):207-216.
6. Tarn DM, Paterniti DA, Kravitz RL, Heritage J, Liu H, Kim S, Wenger NS. How much time does it take to prescribe a new medication? Patient education and counseling. 2008;72(2):311-319.
7. Koo M, Krass I, Aslani P. Enhancing patient education about medicines: factors influencing reading and seeking of written medicine information. Health expectations. 2006;9(2):174-187.
8. Schaeffer D. Bewältigung chronischer Erkrankung. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2006;39 (3):192-201.

Bitte zitieren als: Neuhaus S, Menzel-Begemann A. SIMuLTaN: Selbstmanagementförderung zur Integration von Medikamentenregimen unter beruflichen Leistungsanforderungen – Entwicklung eines Therapieangebot für die Neurorehabilitation. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf201. DOI: 10.3205/11dkvf201, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf201  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf201.shtml>

## 202

### Sind Kassenwechsler gesünder als Nicht-Wechsler? Die Beispiele Diabetes und Hypertonie

Falk Hoffmann<sup>1</sup>, Andrea Icks<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität Bremen, Bremen, Deutschland

<sup>2</sup>Heinrich Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

**Hintergrund:** Zahlreiche Studien auf Basis von Routinedaten der Krankenkassen beschäftigen sich mit der Morbiditätsschätzung. Dabei ist es erforderlich, eine Nennerpopulation zu definieren. Hierzu wurden bisher beispielsweise ganzjährig oder konsekutiv über andere Zeiträume Versicherte eingeschlossen. Personen, die innerhalb dieser Periode die Kasse wechseln, werden dadurch ausgeschlossen. Häufig wird vermutet, dass diese jenseits von Unterschieden im Alter und Geschlecht gesünder sind als Nicht-Wechsler. In diesem Fall würde die Morbidität in Studien auf Basis von Routinedaten überschätzt. Ziel dieses Beitrages ist es

am Beispiel von Diabetes und Hypertonie zu untersuchen, ob Kassenwechsler gesünder sind als Nicht-Wechsler [1].

**Material und Methoden:** Wir nutzten Daten des Bertelsmann Gesundheitsmonitors, der seit 2001 zweimal jährlich durchgeführt wird. Es wurden 12.362 Teilnehmer im Alter von 18 bis 79 Jahren der 8. (Frühjahr 2005) bis 15. Welle (Herbst 2008) eingeschlossen. Wir verglichen Personen, die seit 1996 die Krankenkasse gewechselt hatten, mit Nicht-Wechslern. Um zu untersuchen, ob Diabetes bzw. Hypertonie mit der Wechselbereitschaft assoziiert ist, führten wir eine logistische Regression durch und adjustierten schrittweise für Alter und Geschlecht, weitere Komorbiditäten und anthropometrische Merkmale sowie für Faktoren aus dem Bereich Lifestyle und Gesundheitsbewusstsein.

**Ergebnisse:** Ungefähr ein Drittel der Teilnehmer hatte seit 1996 die Kasse gewechselt (32,0%). Insgesamt waren Wechsler im Vergleich zu Nicht-Wechslern durchschnittlich jünger (40,0 vs. 50,7 Jahre) sowie häufiger in Betriebskrankenkassen (36,9% vs. 12,1%) und seltener in Allgemeinen Ortskrankenkassen versichert (9,3% vs. 23,5%). Wechsler wiesen insgesamt weniger chronische Erkrankungen auf. Die Diabetesprävalenz war deutlich niedriger als bei Nicht-Wechslern (3,6% vs. 8,9%; Odds Ratio [OR]: 0,38; 95% Konfidenzintervall [CI]: 0,31-0,47). Eine Adjustierung für Alter und Geschlecht führte zu einem nicht signifikanten OR von 0,81 (95% CI: 0,64-1,02), welches auch verblieb, nachdem für alle o.g. Variablen kontrolliert wurde (OR: 0,88; 95% CI: 0,69-1,12). Bei der Hypertonie, die wesentlich häufiger ist als Diabetes, zeigten sich ähnliche Ergebnisse (17,7% vs. 27,8%; OR: 0,38; 95% CI: 0,33-0,43), wobei Unterschiede auch nach einer Adjustierung für Alter und Geschlecht (OR: 0,79; 95% CI: 0,69-0,92) sowie im vollständig adjustierten Modell verblieben (OR: 0,82; 95% CI: 0,70-0,95).

**Schlussfolgerung:** Personen, die ihre Krankenkasse wechseln, haben eine niedrigere Prävalenz von Diabetes und Hypertonie als Nicht-Wechsler. Für einen Großteil dieser Unterschiede ist jedoch die Altersverteilung verantwortlich. Insgesamt existieren allerdings zwischen den Kassen große Unterschiede in der Morbidität, die sich allein durch die Faktoren Alter und Geschlecht nicht erklären lassen [2]. Die zu analysierende Krankenkasse hat einen größeren Einfluss auf die Prävalenzschätzung als der Ausschluss von Kassenwechslern.

#### Literatur

1. Hoffmann F, Icks A. Do persons that changed health insurance differ from those who did not? The case of diabetes. Exp Clin Endocrinol Diabetes. (in press).
2. Hoffmann F, Icks A. Diabetes prevalence based on health insurance claims: large differences between companies. Diabet Med. 2011 Mar 23. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2011.03305.x. [Epub ahead of print]

Bitte zitieren als: Hoffmann F, Icks A. Sind Kassenwechsler gesünder als Nicht-Wechsler? Die Beispiele Diabetes und Hypertonie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf202. DOI: 10.3205/11dkvf202, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2024

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf202.shtml>

203

### Stationäre Behandlung von Herzinfarktpatienten außerhalb der regulären Arbeitszeit in Berlin – Veränderungen über die Zeit (Daten des Berliner Herzinfarktregisters)

Birga Maier<sup>1</sup>, Steffen Behrens<sup>2</sup>, Claudia Graf<sup>3</sup>, Holger Kuckuck<sup>4</sup>, Jens-Uwe Röhnisch<sup>5</sup>, Ralph Schoeller<sup>3</sup>, Helmut Schühlen<sup>6</sup>, Heinz Theres<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Berliner Herzinfarktregister an der TU Berlin, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>Vivantes Humboldt Klinikum, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup>DRK Kliniken Berlin | Westend, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup>Vivantes Wenckebach Klinikum, Berlin, Deutschland

<sup>5</sup>Vivantes Klinikum Hellersdorf, Berlin, Deutschland

<sup>6</sup>Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum, Berlin, Deutschland

<sup>7</sup>Charite Mitte, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Mit den Daten des Berliner Herzinfarktregisters (BHIR) wurde für den Zeitraum 2004–2007 eine verlängerte Door-to-ballon Zeit (Zeit zwischen stationärer Behandlung und therapeutischer Intervention) und eine erhöhte Krankenhaussterblichkeit für Herzinfarktpatienten mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI Patienten), die außerhalb (im Vergleich zu innerhalb) der regulären Arbeitszeit stationär aufgenommen wurden, ermittelt. Die Differenz in der Door-to-ballon Zeit und im Outcome konnte durch den Einsatz des Notarztwagens, als Indikator für eine optimierte STEMI-Therapie, reduziert werden.

Um in Erfahrung zu bringen, ob sich nach Veröffentlichung und Diskussion dieser Erkenntnisse innerhalb des Kreises der am BHIR beteiligten Kliniker, die Differenz im Outcome verringert hat, haben wir die Daten von 2004–2007 mit den Daten von 2008–2009 verglichen.

**Material und Methoden:** Ausgangspunkt der vorliegenden Analyse war eine vorangegangene Analyse (logistische Regression) der Daten von STEMI Patienten aus den Jahren 2004–2007, die stationär primär in ein Krankenhaus mit Linksherzkathetermessplatz aufgenommen wurden und dort die in den Leitlinien geforderte Therapie (perkutane koronare Intervention – PCI genannt) erhielten.

Um festzustellen, ob es über die Zeit zu Veränderungen gekommen ist, wurde dieselbe Analyse für dieselbe Patientengruppe für den Zeitraum 2008–2009 wiederholt. Um die Vergleichbarkeit der Daten über die Zeit zu gewährleisten, wurden in der neuen Analyse nur Patienten aus denjenigen Kliniken berücksichtigt, die alle kontinuierlich von 2004–2009 Patienten ins BHIR eingeschlossen hatten (11 Kliniken).

In die Studie wurden 2004–2007 N=2363 STEMI Patienten (n=914 innerhalb und n=1449 außerhalb der Arbeitszeit) und 2008–2009 N=1569 STEMI Patienten (n=584 innerhalb und n=985 außerhalb der Arbeitszeit) eingeschlossen.

Stationäre Aufnahme innerhalb der Arbeitszeit wurde definiert als Montag bis Freitag 7:30 bis <16:00 Uhr und außerhalb der Arbeitszeit als Montag bis Freitag 16:00 bis <7:30 Uhr und Samstag und Sonntag.

**Ergebnisse:** Der Anteil an Patienten, die außerhalb im Vergleich zu innerhalb der Arbeitszeit stationär aufgenommen wurden, ist zwischen 2004–07 und 2008–09 mit 62% zu 63% vergleichbar (p=0,479).

Die Door-to-ballon Zeit außerhalb der Arbeitszeit lag 2004–07 im Median bei 90 Minuten. In 2008–2009 verkürzte sie sich auf im Median 68 Minuten (p<0,001).

2004–2007 lag der Einfluss des Aufnahmezeitpunkts außerhalb (im Vergleich zu innerhalb) der regulären Arbeitszeit auf die Krankenhaussterblichkeit in der untersuchten Patientengruppe nach Adjustierung für Alter (in Jahren), Geschlecht, Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, vorangegangenen Infarkt, Door-to-ballon Zeit <162Min (3. Quartil) und Einsatz des Notarztwagens bei OR=2,26 (95 KI: 1,26-4,08). Nach Adjustierung für dieselben Parameter wurde der Einfluss des Aufnahmezeitpunkts auf die Krankenhaussterblichkeit 2008-2009 auf OR=1,02 (95% KI: 0,58-1,79) reduziert.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen, dass die 2004-2007 festgestellte Differenz in der Krankenhaussterblichkeit in Abhängigkeit vom Aufnahmezeitpunkt 2008–2009 dahingehend reduziert werden konnte, dass es keinen Unterschied mehr in der Krankenhaussterblichkeit in Abhängigkeit vom Aufnahmezeitpunkt gibt.

Auch hat sich die Door-to-ballon Zeit für STEMI-Patienten signifikant verkürzt, welches für eine bessere Logistik in der Versorgung der Herzinfarktpatienten auch außerhalb der regulären Arbeitszeit spricht.

#### Literatur

1. Maier B, Behrens S, Graf-Bothe C, Kuckuck H, Röhnisch J-U, Schoeller R, Schühlen H, Theres H. Time of admission, quality of PCI care, and outcome of patients with ST-elevation myocardial infarction. Clin Res Cardiol. 2010;99(9): 565-572.

Bitte zitieren als: Maier B, Behrens S, Graf C, Kuckuck H, Röhnisch JU, Schoeller R, Schühlen H, Theres H. Stationäre Behandlung von Herzinfarktpatienten außerhalb der regulären Arbeitszeit in Berlin – Veränderungen über die Zeit (Daten des Berliner Herzinfarktregisters). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf203. DOI: 10.3205/11dkvf203, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2031

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf203.shtml>

204

### Steigender Beratungsbedarf bei Patienten im Gesundheitssystem – Ergebnisse des Arzneimittelberatungsdienstes in Dresden

Sophie Lochner, Jane Schroeder, Lisa Goltz, Wilhelm Kirch  
Institut für Klinische Pharmakologie, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Der Unabhängige Arzneimittelberatungsdienst für Patienten existiert seit 2001 am Institut für Klinische Pharmakologie der Technischen Universität Dresden. Seit der Gründung des Modellverbundes Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) fungiert der Arzneimittelberatungsdienst als überregionales Angebot. Veränderungen im Gesundheitssystem spiegeln sich in Anfrageaufkommen, veränderten Anfragemotiven sowie Charakteristika der Ratsuchenden wider.

**Material und Methoden:** Um eine qualifizierte Beratung sicherzustellen, werden alle Daten der Ratsuchenden

mit Hilfe eines standardisierten Annahmefogens schriftlich erfasst sowie anschließend nach Zustimmung des Patienten anonymisiert EDV-gestützt gespeichert. Alle Anfragen des Jahres 2007 und 2010 wurden mittels einer relationalen Datenbank hinsichtlich der Gründe für die Anfrage sowie der Merkmale des Anfragenden deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse:** Im Jahr 2007 wurden 1.350, im Jahr 2010 2.505 Anfragen vom Arzneimittelberatungsdienst bearbeitet. Dies entspricht einem Anstieg des Anfrageaufkommens von 85,6%. Während 2007 über 1/3 der Anfragen aus Sachsen stammten (38,4%), waren 2010 neben Sachsen (17,1%) auch andere Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen (14,6%), Bayern (11,9%) sowie Hessen (8,2%) mit Anfragen stark vertreten. Der Anteil weiblicher Anrufer ist mit 60,4% (2007) und 60,8% (2010) konstant geblieben. Das Durchschnittsalter der Ratsuchenden lag 2007 bei 66,3 Jahren. Im Jahr 2010 ist dies auf 63,5 Jahre gesunken. Besonders der Anteil der 41–60-Jährigen stieg um 5% auf 24,2%, während der Anteil Hochbetagter leicht abnahm (–4,4%). Im Jahr 2010 forderten die Ratsuchenden mehr Informationen zu Therapieoptionen (55,7% vs. 65,5%) sowie zur konkreten Arzneimitteltherapie (36,9% vs. 50,8%). Außerdem verdoppelten sich die Anfragen zu sozialrechtlichen Themen, beispielsweise zu Kosten und Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln (7,3% vs. 14,2%).

**Schlussfolgerung:** Das erhöhte Anfrageaufkommen beim Arzneimittelberatungsdienst zeigt eine gewachsene Etablierung des inzwischen in ein Regelprojekt überführten Angebots der UPD. Durch die Anfragen aus der ganzen Bundesrepublik kann ein gesteigener Bekanntheitsgrad über die regionalen Grenzen hinaus geschlussfolgert werden. Außerdem führten zahlreiche Veränderungen im Gesundheitssystem vermutlich dazu, dass Patienten vermehrt verunsichert sind und somit ein Bedarf an zusätzlichen Arzneimittelinformationen vorhanden ist. Eine bessere Aufklärung der Patienten im Gesundheitssektor, besonders bei sozialrechtlichen Veränderungen, sollte angestrebt werden.

Bitte zitieren als: Lochner S, Schroeder J, Goltz L, Kirch W. Steigender Beratungsbedarf bei Patienten im Gesundheitssystem – Ergebnisse des Arzneimittelberatungsdienstes in Dresden. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf204.

DOI: 10.3205/11dkvf204, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2043

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf204.shtml>

## 205

### Stellenwert von patientenberichteten Endpunkten (PRO) im HTA – Eine empirische Analyse anhand von zwei Beispielindikationen

Christian Brettschneider<sup>1</sup>, Dagmar Lühmann<sup>2</sup>, Heiner Raspe<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

<sup>3</sup>Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

**Hintergrund:** Die Verwendung von patientenberichteten Endpunkten (PRO) in Forschung und Qualitätssicherung wird propagiert, um Nutzen- bzw. Qualitätsbewertungen von Versorgungsleistungen unter patientenrelevanten Gesichtspunkten vornehmen zu können. Im empirischen Teil eines Gutachtens zum Stellenwert von PRO im HTA [1] wurde am Beispiel von RCT zu zwei chronischen Erkrankungen ermittelt:

- welche Art von PRO wie häufig verwendet werden,
- in welchem Verhältnis ihre Ergebnisse zu den Ergebnissen traditioneller Endpunkte stehen,
- welche Konsequenzen die PRO-Ergebnisse für die Schlussfolgerungen der Studien haben.

**Material und Methoden:** Es wurde eine systematische Literaturrecherche für die Beispielindikationen „Biologikatherapie der rheumatoiden Arthritis (RA)“ und „Chemotherapie des Mammakarzinoms“ durchgeführt. Die Recherche in den medizinischen Datenbanken des DIMDI umfasste den Publikationszeitraum 2005–2009, die Bewertung der methodischen Qualität der RCT wird mit einer Modifikation des „Risk-of-Bias-Tool“ der Cochrane Collaboration vorgenommen. Die Datenextraktion umfasste Variablen zu inhaltlichen und methodischen Studiencharakteristika sowie Aussagen zur Bewertung und Diskussion der Ergebnisse.

**Ergebnisse:** 7 von 59 RCT zur Biologikatherapie der RA verwenden PRO als primären Endpunkt (6-mal Funktionsstatus, 1-mal Schmerzen). 34 RCT berichten PRO als sekundäre Endpunkte (bes. Funktions- und Gesundheitsstatus). Am häufigsten werden PRO mit traditionellen Endpunkten (radiologisch oder klinisch) als zusammengesetzte Zielgröße verwendet (in 58% der RCT als primäre, in 78% als sekundäre Zielgröße). Widersprüche zwischen PRO und traditionellen Ergebnisparametern werden in keiner Studie diskutiert. In den Schlussfolgerungen werden PRO dann explizit erwähnt, wenn sie die Ergebnisse traditioneller Endpunkte bestätigen.

Von 123 RCT zur Chemotherapie des Mammakarzinoms verwenden 6 PRO als primären Endpunkt, 22 berichten PRO als sekundären Endpunkt. Lebensqualität ist dabei das am häufigsten untersuchte Konstrukt. Der am häufigsten berichtete traditionelle Endpunkt ist die Überlebenszeit. 3 Arbeiten diskutieren Diskrepanzen zwischen PRO und traditionellen Parametern, 6 Studien diskutieren inhaltliche Zusammenhänge von PRO und traditionellen Endpunkten.

Ein Zusammenhang zwischen methodischer Studienqualität und der Verwendung von PRO konnte für keine der Indikationen festgestellt werden.

**Schlussfolgerung:** PRO haben für die Beispielindikationen einen unterschiedlich hohen Stellenwert. In mehr als 50% der Studien zur Biologikatherapie der RA werden PRO (auch als Bestandteil einer zusammengesetzten Zielgröße) als primärer Endpunkt verwendet. Im Abgleich mit der Literatur bleibt jedoch festzustellen, dass die von den Studien adressierten Konstrukte nur zum Teil die Präferenzen von RA-Patienten abbilden.

In RCT zur Chemotherapie des Mammakarzinoms spielen PRO allenfalls eine untergeordnete Rolle. Wenn PRO berichtet werden, handelt es sich um Lebensqualitätsparameter. Diese Wahl ist kongruent mit in der Literatur berichteten Patientenpräferenzen.

Die Schlussfolgerungen der Studien, d.h. die Feststellung der Überlegenheit einer Therapiealternative bzw. deren Gleichwertigkeit wird in keiner Studie aus patientenberichteten Endpunkten abgeleitet.

Es bleibt damit für beide Indikationen zweifelhaft, ob auf der Grundlage der derzeit publizierten Literatur eine Nutzenbewertung (HTA) vorgenommen werden kann, die dem Anspruch der Patientenrelevanz vollständig gerecht wird.

#### Literatur

1. Brettschneider C, Lühmann D, Raspe H. Der Stellenwert von Patient-Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA). Schriftenreihe Health Technology Assessment Bd. 109., 1. Aufl. Köln: DIMDI; 2011.

Bitte zitieren als: Brettschneider C, Lühmann D, Raspe H. Stellenwert von patientenberichteten Endpunkten (PRO) im HTA – Eine empirische Analyse anhand von zwei Beispielindikationen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf205. DOI: 10.3205/11dkvf205, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2057

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf205.shtml>

## 206

### Subjektive Konzepte von Patienten zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung – eine qualitative Vergleichsstudie zwischen Deutschland und Norwegen

Wolfram J Herrmann<sup>1</sup>, Anders Bærheim<sup>2</sup>, Michael Freitag<sup>1</sup>, Uwe Flick<sup>3</sup>, Jochen Gensichen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Jena, Deutschland

<sup>2</sup>University of Bergen, Department of Public Health and Primary Health Care, Bergen, Norwegen

<sup>3</sup>Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung ist in Deutschland im internationalen Vergleich hoch. In Deutschland beträgt die Zahl der Arztkontakte laut Gmünder Ersatzkasse 17,9/Jahr, während sie beispielsweise in Norwegen bei 4,6/Jahr liegt. Die klassischen Modelle des Inanspruchnahmeverhaltens, wie beispielsweise das Verhaltensmodell von Andersen oder das Health Belief Model von Rosenstock können diese Unterschiede nicht erklären. Auch Faktoren des Gesundheitssystems, wie z.B. Gatekeeping, erklären Unterschiede in dieser Größenordnung nicht.

Unsere Hypothese ist, dass die subjektiven Konzepte von Patienten zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung eine wichtige Rolle bei der Erklärung des unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhaltens spielen. Dabei definieren wir subjektive Konzepte zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung als die Annahmen von Patienten, wie und warum sie sich mit einem Gesundheitsproblem entscheiden, ob sie hausärztliche Versorgung in Anspruch nehmen, und die dieser Entscheidung zugrunde liegenden Einstellungen, Werte und Wissen. Ziel dieser Studie ist es, die Unterschiede in den subjektiven Konzepten zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung von Patienten in Deutschland und Norwegen zu explorieren.

**Material und Methoden:** Zur Beantwortung dieser Fragestellung haben wir ein qualitatives Studiendesign gewählt. Jeweils 20 gezielt ausgewählte und hinsichtlich Alter, Geschlecht und Morbidität gematchte Patienten in Deutschland und Norwegen sollen außerhalb des Versorgungskontextes mit episodischen Interviews befragt werden. Das episodische Interview enthält sowohl Fragen, die Erzählungen über erlebte Situationen stimulieren, als auch konkrete Fragen. Ergänzend sollen im hausärztlichen Versorgungskontext in jeweils vier norwegischen und vier deutschen Hausarztpraxen teilnehmende Beobachtungen von je einer Woche Dauer durchgeführt werden. Die Auswertung soll mittels thematischen Kodierens erfolgen. Beim thematischen Kodieren werden Textsegmenten aus dem Material entwickelte Codes zugeordnet und in einer thematischen Struktur organisiert. Anhand ausgewählter Kategorien werden Fall- und Gruppenvergleiche zwischen Patienten in Deutschland und Norwegen durchgeführt.

**Ergebnisse:** Als Ergebnisse erwarten wir Unterschiede in den subjektiven Konzepten von Patienten in Deutschland und Norwegen zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung aufzeigen zu können: Wir erwarten, dass Patienten in Norwegen den Hausarzt nur bei schwerwiegenderen Gesundheitsproblemen kontaktieren, während Patienten in Deutschland den Hausarzt auch eher bei leichteren Gesundheitsproblemen in Anspruch nehmen und für schwerwiegendere Gesundheitsprobleme sich bevorzugt an Spezialisten wenden. Dabei erwarten wir eine unterschiedliche Risikowahrnehmung und Sicherheitsbedürfnisse von Patienten in Deutschland und Norwegen.

**Schlussfolgerung:** Für die vergleichende Erforschung von Gesundheitssystemen und medizinischer Versorgung bedarf es neuer Forschungsansätze, welche die subjektiven Konzepte der beteiligten Akteure, wie Patienten und Ärzte, berücksichtigen. Über die subjektiven Konzepte von Patienten möchten wir mit diesem Forschungsprojekt zur Erklärung unterschiedlich hoher Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in verschiedenen Ländern beitragen.

Bitte zitieren als: Herrmann WJ, Bærheim A, Freitag M, Flick U, Gensichen J. Subjektive Konzepte von Patienten zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung – eine qualitative Vergleichsstudie zwischen Deutschland und Norwegen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf206. DOI: 10.3205/11dkvf206, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2066

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf206.shtml>

207

## Systematische Erkennung von unerwünschten Arzneimittelereignissen im Zusammenhang mit potentiell inadäquater Medikation für ältere Patienten in der Notaufnahme

Anja Mathews<sup>1</sup>, Melanie Kirchner<sup>2</sup>, Andrius Patapovas<sup>2</sup>, Fabian Müller<sup>3</sup>, Nina Hartmann<sup>3</sup>, Barbara Pfistermeister<sup>3</sup>, Bettina Plank-Kiegele<sup>3</sup>, Thomas Bürkle<sup>2</sup>, Renke Maas<sup>3</sup>, Harald Dormann<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Zentrale Notaufnahme, Klinikum Fürth/Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Fürth/Erlangen, Deutschland

<sup>2</sup>Lehrstuhl für Medizinische Informatik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

<sup>4</sup>Zentrale Notaufnahme, Klinikum Fürth, Fürth, Deutschland

**Hintergrund:** In steigender Zahl konsultieren ältere Patienten mit multiplen gesundheitlichen Problemen und einer Vielzahl von Medikamenten die Notaufnahme. Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) stellen dabei einen häufigen, jedoch oft unerkannten Faktor dar, der zur Krankenhausaufnahme führt. Listen mit potentiell inadäquater Medikation (PIM) für ältere Patienten (z.B. die Beers-Liste) können die Erkennung von UAE, welche mit PIM assoziiert sind, erleichtern. Erst kürzlich wurde solch eine Liste, basierend auf einem Expertenkonsens und angepasst auf die in Deutschland zugelassenen Medikamente, vorgestellt (PRISCUS-Liste). In der aktuellen Studie sollte untersucht werden, ob bei älteren Patienten, die sich in der Notaufnahme vorstellen, PIM häufiger als andere Medikamente mit UAE assoziiert sind.

**Material und Methoden:** Die vollständigen Akten von Patienten ab 65 Jahren, die sich in der Notaufnahme eines Klinikums der Versorgungsstufe 3 (Klinikum Fürth) vorstellten, wurden von einer unabhängigen Expertengruppe bestehend sowohl aus Ärzten der Inneren und Notfallmedizin als auch aus Klinischen Pharmakologen und Pharmazeuten gesichtet. Alle Fälle wurden nach international validierten Scores klassifiziert, u.a. nach dem klinischen Schweregrad (Common Toxicity Criteria [CTC]) und nach der Vermeidbarkeit (Schumock Score). UAE beinhalten unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und Medikationsfehler (MF), die zu einem klinischen Ereignis geführt haben.

**Ergebnisse:** Es wurden 351 Patienten (154 Männer, 197 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von  $78 \pm 7$  (65–101) Jahren erfasst, von denen 306 (87.2%)  $\geq 1$  häusliches Medikationsereignis (ME) aufwiesen. Die durchschnittliche häusliche Medikamentenzahl betrug pro Patient  $6.1 \pm 3.4$  (1–18). Von 1879 ME waren 300 (16.0%) mit  $\geq 1$  UAE assoziiert. Vielfach trugen mehrere Medikamente zu einem UAE bei. Bei 124 (40.5%) Patienten trat  $\geq 1$  UAE (insgesamt 177 UAE) auf. Neun von 16 (56.3%) UAE, bei denen PIM involviert waren und 77 von 161 (47.8%) UAE ohne PIM waren mit einer Vorstellung in der Notaufnahme bzw. mit einer Krankenhausaufnahme assoziiert. Von den Patienten mit  $\geq 1$  ME nahmen 51 (16.7%) regelmäßig  $\geq 1$  PIM. Von allen Patienten ohne PIM (255) zeigten 109 (42.7%)  $\geq 1$  UAE verglichen mit 15 (29.4%) Patienten mit  $\geq 1$  UAE unter den 51 Patienten mit  $\geq 1$  PIM ( $p = 0.077$ ). Den-

noch waren PIM häufiger mit einem UAE assoziiert als andere Medikamente: 16 (25.4%) UAE bei 63 ME mit PIM im Vergleich zu 284 (15.6%) UAE bei 1816 ME ohne PIM,  $p = 0.038$ . Der klinische Schweregrad von UAE assoziiert mit PIM verglichen mit UAE ohne PIM wurde wie folgt klassifiziert (CTC): „mild“ bei 18.8% vs. 26.7%, „moderat“ bei 18.8% vs. 24.2%, „schwer“ bei 56.3% vs. 41.6%, „lebensbedrohlich“ bei 6.3% vs. 5.6%, „Tod“ bei 0.0% vs. 0.6 und „nicht spezifiziert“ bei 0.0% vs. 1.2%.

**Schlussfolgerung:** Bei älteren Patienten, die sich in der Notaufnahme vorstellen, sind potenziell inadäquate Medikamente (PIM) häufiger mit UAE assoziiert als andere Medikamente. In absoluten Zahlen werden jedoch UAE mit PIM von UAE ohne PIM übertroffen. Um die Notfallversorgung bei älteren Patienten zu verbessern, müssen Ärzte in der Notaufnahme diese Patienten systematisch in Hinsicht auf deren Medikation und die damit involvierten Probleme analysieren, um UAE rechtzeitig zu erkennen und als solche behandeln zu können.

Dieses Forschungsprojekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Aktionsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland gefördert.

Bitte zitieren als: Mathews A, Kirchner M, Patapovas A, Müller F, Hartmann N, Pfistermeister B, Plank-Kiegele B, Bürkle T, Maas R, Dormann H. Systematische Erkennung von unerwünschten Arzneimittelereignissen im Zusammenhang mit potentiell inadäquater Medikation für ältere Patienten in der Notaufnahme. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf207.

DOI: 10.3205/11dkvf207, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2071

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf207.shtml>

208

## Teilnehmer des KKH-Allianz Innovationspreises für Früherkennung und Prävention 2011: PREVENT – Psychoseprävention bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko

Andreas Bechdorf

Uniklinik Köln, Zentrum für Neurologie und Psychiatrie, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Präventive Interventionen haben die Prognose einer Reihe von Volkskrankungen wie z.B. arterieller Hypertonie oder Diabetes mellitus wesentlich verbessert. Die schizophrene Störung zeigt in vielen Fällen einen chronischen Verlauf, geht für die Betroffene und Ihre Angehörigen mit schwerem und langjährigem Leid einher und verursacht auf gesellschaftlicher Ebene erhebliche Kosten. Vor diesem Hintergrund erscheinen Bemühungen um eine Prävention der Erkrankung dringlich notwendig.

**Material und Methoden:** Im letzten Jahrzehnt wurden Kriterien für erhöhtes Psychoserisiko entwickelt, welche den Übergang in die psychotische Ersterkrankung in 20–30 % der Fälle innerhalb von 12 Monaten vorhersagen. PREVENT ist eine groß angelegte von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte 11-zentigre Studie, welche die differenzielle psychosepräventive Wirkung von kognitiver Verhaltens-

therapie (KVT), dem Antipsychotikum Aripiprazol und Placebo bei 380 Personen mit erhöhtem Psychoserisiko über einen Interventionszeitraum von 12 Monaten untersucht.

**Schlussfolgerung:** Wenn PREVENT eine Überlegenheit von KVT und Aripiprazol gegenüber der Placebobehandlung unter den unten beschriebenen hohen Qualitätsstandards zeigt, kann indizierte Prävention bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko von einem breiten Angebot an Behandlungsstrategien profitieren. KVT könnte als "First-Line"-Strategie und Antipsychotika als "Second-Line"-Strategie zur Psychoseprävention eingesetzt werden. Ein solches Präventionsangebot würde auf große Akzeptanz bei den Betroffenen, ihren Angehörigen und der Allgemeinbevölkerung treffen.

Da schon jetzt eine Reihe von Hinweisen bestehen, dass indizierte Prävention bei Psychosen effektiv ist und im Rahmen der PREVENT-Studie eine hoch differenzierte Infrastruktur zur Umsetzung der Präventionsstrategien mit Awareness-Kampagnen, Früherkennungsnetzwerken und geschulten Diagnostikern und Therapeuten an den Studienorten geschaffen ist, liegen hervorragende Voraussetzungen für die Umsetzung dieser Strategie in der Versorgung vor.

Bitte zitieren als: Bechdorf A. Teilnehmer des KKH-Allianz Innovationspreises für Früherkennung und Prävention 2011: PREVENT – Psychoseprävention bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf208. DOI: 10.3205/11dkvf208, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2085  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf208.shtml>

209

### Teilnehmer des KKH-Allianz Innovationspreises für Früherkennung und Prävention 2011: MaiStep – Ein primäres Präventionsprogramm gegen Essstörungen

Arne Bürger, F. Hammerle, U. Spranger, C. Wachtarz, M. Huss  
Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mainz, Deutschland

**Zielsetzung:** Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa) nehmen unter den kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen eine besondere Stellung ein, da sie sehr schwer zu behandeln sind und mit einem hohen Risiko für somatische Folgeschäden bis hin zu Todesfolgen einhergehen. In den letzten Jahrzehnten gab es vermehrt Bemühungen Präventionsprogramme zu entwickeln, um der Entstehung von Essstörungen vorzubeugen. Zwei aktuelle Metaanalysen (Pratt & Woolfenden 2009, Stice et al. 2007) weisen auf heterogene Ergebnisse hin und zeigen weiteren Forschungsbedarf hinsichtlich der Wirksamkeit von Präventionsprogrammen.

Das Ziel der Untersuchung war es durch ein skill-basiertes Primärpräventionsprogramm essgestörte Verhaltensweisen zu vermindern und Schülerinnen und Schülern mit manifesten Erkrankungen einen Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung zu ermöglichen.

**Methode:** Die Entwicklung der Programminhalte erfolgte durch eine systematische Analyse von 63 wissenschaftlichen Artikeln über Prävention im Kindes- und Jugendalter sowie Studien über Risikofaktoren von Essstörungen. Die Wirksamkeit des Programms wird durch eine 3- und 12-Monatskatamnese an 1.800 Schülerinnen und Schülern im Alter zwischen 13-16 Jahren landesweit in 3 Untersuchungsgruppen überprüft.

**Ergebnisse:** Derzeit wird die 3-Monatskatamnese ausgewertet. In Bezug auf essstörungsspezifisches Verhalten zeigten sich positive Effekte des Programms in den Untersuchungsgruppen, sowohl auf Symptom als auch Verhaltensebene. In der bisherigen Analyse erscheint die Durchführung durch externe Psychologen der Durchführung durch Lehrkräfte überlegen. Aus den beiden Untersuchungsgruppen suchten deutlich mehr Familien die Essstörungsambulanz bzgl. einer ambulanten oder stationären Behandlung auf.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der 3-Monatskatamnese belegen den primärpräventiven Nutzen von MaiStep für die Untersuchungsgruppen. Die Stabilität der Effekte sollte sich in der 12-Monatskatamnese bestätigen und Aufschluss über unterschiedliche Effekte der Untersuchungsgruppen geben.

**Kontakt:** Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Dipl.-Psych. Arne Bürger  
Telefon: +49 (0) 6131 17-3282  
Mail: [arne.buerger@ukmainz.de](mailto:arne.buerger@ukmainz.de)

**Sponsoren:** Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD)  
Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur des Landes Rheinland-Pfalz (MBWWK)  
Femina - Verein zur Förderung feministischer Mädchenarbeit e.V.

Bitte zitieren als: Bürger A, Hammerle F, Spranger U, Wachtarz C, Huss M. Teilnehmer des KKH-Allianz Innovationspreises für Früherkennung und Prävention 2011: MaiStep – Ein primäres Präventionsprogramm gegen Essstörungen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf209. DOI: 10.3205/11dkvf209, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2097  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf209.shtml>

210

### Teilnehmer des KKH-Allianz Innovationspreises für Früherkennung und Prävention 2011: Kinder psychisch kranker Eltern – ein familienorientiertes Interventionsprojekt zur Prävention, Früherkennung und -behandlung betroffener Kinder und dessen fortschreitende Evidenzbasierung

Silke Wiegand-Greife, Angela Plass, Susanne Halverscheid  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Das Forschungs- und Präventionsprojekt "CHIMPs" (2005–2010) ist vor dem Hintergrund des erhöhten psychiatrischen Erkrankungsrisikos von Kindern psychisch kranker Eltern entwickelt. Es verfolgt das Ziel, psychosozialen Belastungen präventiv entgegenzuwirken und Früherkennungsstrukturen zu schaffen, um psychische Auffälligkeiten dieser Kinder und Jugendlichen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Es ist an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) angesiedelt und steht in enger Kooperation mit der dortigen Klinik für Psychiatrie sowie weiteren psychiatrischen Kliniken und psychotherapeutischen Einrichtungen im Raum Hamburg.

Das Interventionsprogramm des Projektes ist versorgungsorientiert störungsübergreifend konzipiert. Es bezieht praxisnah Kinder und Jugendliche einer breiten Altersspanne ab 3 Jahren neben dem erkrankten Elternteil und dessen Partner in die Beratung ein. Es richtet sich an Familien, in denen mindestens ein minderjähriges Kind mit einem psychisch erkrankten Elternteil oder einer anderen psychisch erkrankten erwachsenen Bezugsperson lebt oder (z. B. als getrenntes leibliches Elternteil) Kontakt zu ihm hat. Es ist also auch für Alleinerziehende, Pflege-, Adoptiv- und Stieffamilien geeignet und damit repräsentativ praxisnah für diese Zielgruppe entwickelt. Der Beratungsprozess gliedert sich in Elterngespräche, Kinder Gespräche und Familiengespräche und besteht je nach Anzahl der Kinder aus ca. 10–12 Sitzungen über ca. 6 Monate bis zu einem Jahr. Einen wesentlichen Bestandteil der Beratung bilden standardisierte diagnostische Interviews, um psychische Störungen bei den Kindern, Jugendlichen und Partner der erkrankten Elternteile frühzeitig zu erkennen. Zurzeit werden weitere Evaluationsdaten ausgewertet, neben der Prä- und Postmessung stehen dafür katamnestische Daten 12 Monate nach Ablauf der Beratung, sowie eine Wartelistenkontrollgruppe zur Verfügung.

**Material und Methoden:** In einem ersten Projektteil wurden an einer Stichprobe psychiatrisch erkrankter Eltern die Einflüsse elterlicher und familiärer Risiko- und Resilienzfaktoren (Erkrankungsvariablen, Krankheitsbewältigung, Bindung, Familienbeziehungen, Lebensqualität, Familienfunktionalität) auf die Gesundheit und Lebensqualität der Kinder untersucht sowie eine Bedarfsanalyse aus Sicht der Eltern vorgenommen (vgl. Publikationsliste im Anhang II). Im zweiten Teil des Projektes wurde auf der Grundlage dieser Bedarfsanalyse und Arbeiten aus dem amerikanischen Sprachraum von William Beardslee und Mitarbeitern sowie eines "Modells für psychische Gesundheit der Kinder psychisch kranker Eltern" ein familienorientiertes Interventionsprogramm für Kinder mit psychisch

kranken Eltern entwickelt, erprobt manualisiert und kontrolliert evaluiert (vgl. Wiegand-Greife, Halverscheid & Plass, 2011).

**Schlussfolgerung:** Das Projekt legt damit erstmals in Deutschland prospektiv evaluierte Interventionsergebnisse einer manualisierten Intervention für diese Zielgruppe vor, die der medizinischen Diagnostik und Früherkennung von Auffälligkeiten betroffener Kinder konzeptuellen Raum gibt. Die Intervention wird gegenwärtig routinemäßig in der Versorgung in einer "Spezialambulanz für Kinder psychisch kranker Eltern" an der Klinik implementiert. Eine großflächigere Implementierung kann nach dem Erscheinen des Manuals im Mai 2011 (Hogrefe Verlag) erfolgen und ist beabsichtigt.

Bitte zitieren als: Wiegand-Greife S, Plass A, Halverscheid S. Teilnehmer des KKH-Allianz Innovationspreises für Früherkennung und Prävention 2011: Kinder psychisch kranker Eltern – ein familienorientiertes Interventionsprojekt zur Prävention, Früherkennung und -behandlung betroffener Kinder und dessen fortschreitende Evidenzbasierung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf210. DOI: 10.3205/11dkvf210, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2102  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf210.shtml>

211

### Telefondolmetscher in der Kinderklinik – wie hoch ist der Bedarf und wie zufrieden sind Eltern und Kinderärzte mit ihrer Nutzung?

Thorsten Langer<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Helios Klinikum Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

**Hintergrund:** Ungefähr 21% der Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Verständigungsprobleme aufgrund von Sprachbarrieren treten in der pädiatrischen Praxis häufig auf. Bisher wurde allerdings kaum untersucht, wie hoch der Anteil an Familien in der stationären Versorgung ist, der Bedarf an einer Unterstützung durch familieninterne oder -externe Dolmetscherdienste hat. Weiterhin liegen bisher nur unzureichende Kenntnisse über die Zufriedenheit von Eltern und Ärzten mit der Nutzung von Telefondolmetschern vor.

**Material und Methoden:** Im Rahmen eines Pilotprojektes am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Helios Klinikums Wuppertal wurden von Dezember 2010 bis März 2011 alle Eltern (mit und ohne Migrationshintergrund), deren Kinder stationär im aufgenommen wurden, befragt, ob sie kostenfreie Unterstützung durch einen Dolmetscherdienst wünschen. Bei Zustimmung fand während des Aufenthalts mindestens ein Arztgespräch statt, das von einem zugeschalteten Telefondolmetscher übersetzt wurde. Im Anschluss wurde mittels Fragebogen jeweils die Zufriedenheit der Eltern und Ärzte mit dem Angebot erhoben (Likert-Skala: 1=unzufrieden, 6= sehr zufrieden). In Freitextfeldern wurde die Möglichkeit zu weiteren Rückmeldungen gegeben.

Der Dolmetscherdienst wurde in den Sprachen Türkisch, Kurdisch, Arabisch, Russisch und Französisch angeboten. Die Kosten hierfür übernahm das Klinikum.

**Ergebnisse:** An der Befragung nahmen 479 Eltern teil (Rücklauf 32,5%, je Kind wurde ein Fragebogen ausgehändigt, der von Mutter, Vater oder beiden Elternteilen ausgefüllt werden konnte). 8,7% der teilnehmenden Eltern signalisierten Interesse an einem Dolmetscher. 4,7% der Befragten gaben an, kein Interesse an einem Dolmetscher zu haben, da Verwandte oder Freunde bei der Übersetzung helfen würden. 79% verneinten einen Dolmetscherbedarf, da sie gut deutsch sprächen. 7,9% verneinten Interesse an einem Dolmetscher ohne Angabe von Gründen.

Insgesamt wurden 23 Gespräche mit Telefondolmetscher geführt. Von Eltern und Ärzten wurden insgesamt 38 Fragebögen zur Zufriedenheit mit dem Einsatz von Telefondolmetschern vollständig ausgefüllt. Alle Befragten waren mit der Qualität des Gesprächs sehr zufrieden (MW 5,6; SD 0,4). Der organisatorische Ablauf wurde ebenfalls positiv bewertet (MW 5,2; SD 1,3). In den Freitextantworten wurde von ärztlicher Seite die sofortige Verfügbarkeit der Telefondolmetscher positiv hervorgehoben. Aus Sicht der Eltern wurde ein besseres Verständnis für die Krankheit und Therapie des Kindes betont.

**Schlussfolgerungen:** Aus der Perspektive von Eltern mit geringen Deutschkenntnissen, deren Kind in einer Kinderklinik stationär behandelt wird, besteht ein beträchtlicher Bedarf an Dolmetscherdiensten. Telefondolmetscher, wie sie in anderen Ländern häufig genutzt werden, stellen eine flexible Möglichkeit dar, Sprachbarrieren im Patientengespräch zu überwinden, und finden eine hohe Nutzerzufriedenheit.

Inwieweit der vermehrte Einsatz von Dolmetschern die Patientensicherheit und die Therapieadhärenz bei Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen erhöht, sollte in weiteren Studien untersucht werden.

Bitte zitieren als: Langer T. Telefondolmetscher in der Kinderklinik – wie hoch ist der Bedarf und wie zufrieden sind Eltern und Kinderärzte mit ihrer Nutzung? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf211. DOI: 10.3205/11dkvf211, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2111

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf211.shtml>

212

## Telefonische Arzneimittelberatung für Krankenkassen und ihre Versicherten

Heike Peters, Angela Fritsch, Gerd Glaeske  
Uni Bremen, ZES, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Das Projekt „BKK Arzneimittelberatung“ existiert seit nunmehr 10 Jahren als Kooperation zwischen verschiedenen Betriebskrankenkassen und dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Die telefonische Arzneimittelberatung ist eines der Bestandteile des Projektes, neben der Analyse von Verordnungsdaten der projektbeteiligten Kassen und einer intensiven Betreuung einzelner Versicherter (pharmaceutical case-management). Versicherte, Kas- senmitarbeiterInnen und ÄrztInnen und Apotheken erhalten unabhängige, evidenzbasierte Informationen

rund um die Arzneimitteltherapie. Für Versicherte der projektbeteiligten Betriebskrankenkassen ist der Anruf kostenfrei. Derzeit sind 11 BKKen mit insgesamt ca. 3 Millionen Versicherten am Projekt beteiligt. Die telefonische Beratung erfolgt ausschließlich durch Apotheker und Apothekerinnen.

**Ziel:** Die immer komplexer werdenden rechtlichen Rahmenbedingungen für die Verordnung von Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung können Patientinnen und Patienten verunsichern. Die Auswertung der Anrufstatistik soll Hinweise auf den möglicherweise gestiegenen Beratungsbedarf geben und die Art der Fragestellung untersuchen.

**Methode:** In den zehn Jahren Projektlaufzeit wurden alle Anrufe hinsichtlich Art der Anrufer und Art der Fragestellung dokumentiert und ausgewertet.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden bis einschließlich 2010 47.004 Anrufe registriert. Je 45% der Anrufe entfallen auf Versicherte und MitarbeiterInnen der Krankenkassen. Arztpraxen und Apotheken sind mit unter 3% wenig vertreten, wenngleich in den letzten Jahren ein Anstieg zu beobachten ist. Die Zahl der Anrufe insgesamt stieg über die Jahre kontinuierlich an, auch wenn man sie in Relation zur (ebenfalls ansteigenden) Anzahl der Versicherten innerhalb des Projektes betrachtet. Die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln war mit einem Anteil von 58% am häufigsten Thema der Frage, gefolgt von Fragen zur Pharmakologie (17%) und Anfragen zu Zuzahlung oder Arzneimittelpreisen (14%). Seit 2008 werden vermehrt auch Anfragen zu Rabattverträgen (nach §130c SGB V) gestellt.

**Schlussfolgerung:** Es besteht ein steigender Beratungsbedarf bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch die MitarbeiterInnen der Krankenkassen benötigen bei Anfragen zu Arzneimitteln häufig pharmazeutisches Know-how. Ein Informationsdefizit besteht besonders bei sozialrechtlichen Rahmenbedingen für die Verordnung von Arzneimitteln. Fachkenntnis ist speziell dann gefragt, wenn Hintergründe von Verordnungsaußschlüssen (Arzneimittelrichtlinien) erläutert werden müssen.

Bitte zitieren als: Peters H, Fritsch A, Glaeske G. Telefonische Arzneimittelberatung für Krankenkassen und ihre Versicherten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf212. DOI: 10.3205/11dkvf212, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2128

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf212.shtml>

213

## Telemedizinisches Betreuungskonzept für geriatrische Patienten mit einer Mangelernährung

Neeltje van den Berg<sup>1</sup>, Matthias Kraft<sup>2</sup>, Stefanie Schmekel<sup>2</sup>, Simone Gärtner<sup>2</sup>, Kathleen Kraft<sup>1</sup>, Markus Lerch<sup>2</sup>, Wolfgang Hoffmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsmedizin Greifswald, Inst. für Community Medicine, Greifswald, Deutschland

<sup>2</sup>Universitätsmedizin Greifswald, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** Zahlreiche Erkrankungen (andauernde Appetitlosigkeit, Übelkeit/Erbrechen, Kau- und

Schluckstörungen, Diarrhöe, Ileus, Schmerzen, Tumorobstruktion des Gastrointestinaltraktes, Malabsorption/Maldigestion, Fatigue-Syndrom, Ödeme/Aszites) verursachen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer klinisch relevanten Mangelernährung bei älteren Patienten. Bei diesen Patienten besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für medizinische Komplikationen, eine erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, sowie ein erhöhtes Sturzrisiko in der Häuslichkeit.

Für diese Patientengruppe wurde im Rahmen eines Pilotprojektes ein telemedizinisch unterstütztes, intensives Monitoring in der Häuslichkeit entwickelt, mit dem Ziel alle oben genannten Parameter zu verbessern. Das Konzept umfasst eine telemedizinische Überwachung des Gewichtes und der Compliance im Bezug auf die Einnahme hochkalorischer Trinknahrung, telefonische Kontakte mit Pflegekräften sowie Hausbesuche. Für jeden Patienten wird durch die Ernährungswissenschaftler im Klinikum in Kooperation mit dem Hausarzt ein individualisiertes Interventionsschema festgelegt. Inhalte des Interventionsschemas sind z. B. Anpassung der hochkalorischen Trinknahrung, gezielte Ernährungsberatung, Empfehlungen den Hausarzt aufzusuchen oder die Ernährungswissenschaftler im Klinikum zu konsultieren.

In einer ersten Datenauswertung wurden die Charakteristiken der Patienten und deren Akzeptanz, Hemmschwellen und Limitationen bei der Nutzung des Systems analysiert.

**Material und Methoden:** Die Patienten wurden von zwei Ernährungswissenschaftlern des Klinikums ausgewählt und randomisiert. Einschlusskriterium war das Vorliegen einer Mangelernährung, Ausschlusskriterium das Vorliegen einer Tumorerkrankung. Alle Patientenkontakte einschl. standardisierter Fragebögen wurden in einem IT-gestützten System dokumentiert. Die Daten für diese Analyse wurden deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse:** Bis 06/2011 wurden 24 Patienten in das Projekt eingeschlossen, davon waren 62,5% Frauen (N=15). Das Durchschnittsalter betrug 79,5 Jahre (SD 6,03, Range 69-90 Jahre). Die Patienten hatten durchschnittlich 8,8 Diagnosen (SD 4,6, Range 1-17 Diagnosen). Die häufigsten Diagnosen waren Hypertonie (N=18), Zustand nach chirurgischen Intervention (z. B. Uterus, Magen, Bauchspeicheldrüse, N=7), ischämische Herzkrankheiten (N=11), Diabetes mellitus (N=9) und Lebererkrankungen (N=6).

15 Patienten haben den Projektzeitraum ( $\geq 4$  Monate) abgeschlossen. Viele Patienten lehnten die hochkalorische Trinknahrung im Laufe des Projektes einmalig oder wiederholt ab. Auch die Compliance zum Monitoringsystem war problematisch.

**Schlussfolgerung:** Die Datenerhebung wird bis Ende 07/2011 weitergeführt. Ergebnisse zur Nutzung des Systems und Häufigkeit und Art der Notwendigkeit der Intervention werden präsentiert.

Bitte zitieren als: van den Berg N, Kraft M, Schmekel S, Gärtner S, Kraft K, Lerch M, Hoffmann W. Telemedizinisches Betreuungskonzept für geriatrische Patienten mit einer Mangelernährung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf213. DOI: 10.3205/11dkvf213, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2131

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf213.shtml>

214

## Therapie- und Kommunikationshilfen: Behandlungszufriedenheit und Kosten in der Depressionsversorgung eines Arztnetzes

Stefan Sohn<sup>1</sup>, Thomas Wolf<sup>2</sup>, Harriet Palissa<sup>3</sup>, Nadja Amler<sup>1</sup>, Andreas Schreiter<sup>2</sup>

<sup>1</sup>LS Gesundheitsmanagement, Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

<sup>2</sup>Arztnetz MainArzt, Ochsenfurt, Deutschland

<sup>3</sup>CT Arzneimittel GmbH, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Ziel der Studie ist die Verbesserung der Versorgungsqualität bei der ambulanten Behandlung depressiver Patienten in Ärztenetzen. Hierfür wird eine gesundheitsökonomische Bewertung von Therapie- und Kommunikationshilfen für das Patienten-Arztgespräch durchgeführt sowie Transparenz über die aktuelle Versorgungssituation inklusive der anfallenden Ressourcenverbräuche geschaffen.

**Material und Methoden:** Das Studiendesign sieht eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie mit 3-monatigem und anschließendem 6-monatigem Follow-up vor. Die Datenerhebung wird bis August 2011 abgeschlossen. Derzeit sind 76 Patienten eingeschrieben (Einschlusskriterien: Erstdiagnose mit F32 oder F33). Von 27 Patienten liegen bereits die Daten des 3-monatigen Follow-up vor. Neben allgemeinen soziodemografischen und anamnestischen Daten, werden Schweregrad (anhand MADRS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), Diagnose, Behandlungsziele und Therapieplanung abgefragt. Die Follow-ups erfassen anschließend Therapieerfolg, Behandlungszufriedenheit, Medikationsänderung, Nebenwirkungen, sowie Ressourcenverbräuche.

**Ergebnisse:** Bei 89% der Patienten wurde eine depressive Episode (F32; MW MADRS 25), bei 11% eine rezidivierende depressive Störung (F33; MW MADRS 26) diagnostiziert. Hinsichtlich des Schweregrades ist die Verteilung: 32% leicht (MW MADRS: 16), 38% mittelgradig (MW MADRS 24) und 30% schwer (MW MADRS 34). Geschlechts- bzw. altersspezifische Besonderheiten konnten nicht festgestellt werden.

Von 70 mit Arzneimitteln therapierten Teilnehmern erhielten 55% selektive Serotonin-Wiederaufnahme Hemmer (SSRI) und 21% trizyklische Antidepressiva (TZA). Die Übrigen erhalten weitere Antidepressiva (z. B. Tetrazyklyka) bzw. eine Kombination von Antidepressiva, ggf. ergänzt durch andere Psychopharmaka. Im Schnitt entstanden Arzneimittelkosten in Höhe von 114€ pro Quartal (SD 92€, Min. 26€, Max. 540€). Die ambulant erbrachten Leistungen bei Diagnoseerstellung verursachten Kosten i. H. v. 66€ (SD 18€, Min. 32€, Max. 107€).

Nach 3-monatigem Follow-up werden die Ziele, die bei Visite 1 vereinbart wurden, bis auf wenige Ausnahmen erreicht. Die Schwere gemäß MADRS verbesserte im Durchschnitt um 16 Punkte (SD 7,5), wobei die Personen mit einer mittelgradigen Depression mit 16 Punkten (SD 5) prozentual die beste Verbesserung erreichen konnten. Die Mehrheit der behandelnden Ärzte und Patienten (73 bzw. 76%) beurteilten die bisherige Behandlung als gut bzw. sehr gut. Ein Drittel der Patienten

beurteilte das im Rahmen der Visite 1 ausgehändigte Therapiebegleitheft als positiv und würde es auch weiter nutzen. Bei sechs Personen wurde eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Diese dauerte im Schnitt 37 Tage (SD 32, Min. 7, Max.89). In 3 Fällen ist die Gefahr einer Erwerbsunfähigkeit gegeben. Eine weitere Person berichtete einen Reha-Aufenthalt von 42 Tagen. Suizidversuche wurden nicht dokumentiert.

**Schlussfolgerung:** Die bislang gewonnenen Ergebnisse erscheinen sowohl hinsichtlich des Ansprechens der Medikation sowie der sonstigen Therapiemaßnahmen, als auch im Hinblick auf die Therapie- und Arzneimittelinformationen und Kommunikationshilfen vielversprechend. Eine abschließende Aussage ist jedoch erst mittels der noch ausstehenden Daten aus den Follow-Up Dokumentationen zu treffen.

Bitte zitieren als: Sohn S, Wolf T, Palissa H, Amler N, Schreiter A. Therapie- und Kommunikationshilfen: Behandlungszufriedenheit und Kosten in der Depressionsversorgung eines Arztnetzes. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf214. DOI: 10.3205/11dkvf214, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2141  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf214.shtml>

215

### Time-dependent impact of diabetes on mortality in patients after stroke: Survival in a population-based 5-year cohort in Germany

Andrea Icks<sup>1</sup>, Heiner Claessen<sup>2</sup>, Stephan Morbach<sup>3</sup>, Gerd Glaeske<sup>4</sup>, Falk Hoffmann<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Institut für Public Health, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Germany

<sup>2</sup>Institut für Biometrie und Epidemiologie, Deutsches Diabetes Zentrum, Düsseldorf, Germany

<sup>3</sup>Abteilung für Diabetologie und Angiologie, Marienkrankenhaus, Soest, Germany

<sup>4</sup>Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität, Bremen, Germany

<sup>5</sup>Zentrum für Sozialpolitik, Universität, Bremen, Germany

**Background:** To estimate the impact of diabetes on mortality in patients after first stroke event.

**Materials and methods:** Using claims data of a nationwide statutory health insurance fund (Gmünder Ersatz-Kasse, GEK), we assessed all deaths in a cohort of all 5,757 patients with a first stroke between 2005 and 2007 (69.3% male, mean age 68.1 years, 32.2% diabetic, 73.7%, 17.9% and 8.4% with ischaemic, haemorrhagic, or other types of stroke) up to 2009. Using Cox regression, we estimated time dependent hazard ratios (HR) to compare patients with and without diabetes.

**Results:** The cumulative 5 year mortality was 40.0% and 54.2% in diabetic as well as 32.3% and 38.1% in non-diabetic men and women, respectively. In males, mortality was significantly lower in diabetic compared to non-diabetic patients in the first 30 days (multiple-adjusted HR 0.67; 95% confidence interval 0.53–0.84). In the following time, the diabetes risk increased yielding crossed survival curves after about a quarter year (time-dependency of diabetes,  $p=0.008$ ). In women, no significant time dependency was found ( $p=0.89$ ). In the full model, risk factors for mortality

were increasing age, haemorrhagic stroke, renal failure (only in men), the level of nursing care, and the number of prescribed medications. Stratifying for subtype of stroke, a lower mortality risk in diabetic subjects within the first 30 days was found only for haemorrhagic, not for ischemic strokes.

**Conclusions:** In this population-based study, we found a time dependent mortality risk of diabetes following first stroke in men, not in women. Possible explanations require further research and will be discussed.

### References

1. Icks A, Scheer M, Genz J, Giani G, Glaeske G, Hoffmann F. Stroke in the diabetic and non-diabetic population in Germany. Relative and attributable risks, 2005-2007. *J Diab Compl.* 2011; 25: 90-6.

Please cite as: Icks A, Claessen H, Morbach S, Glaeske G, Hoffmann F. Time-dependent impact of diabetes on mortality in patients after stroke: Survival in a population-based 5-year cohort in Germany. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf215.

DOI: 10.3205/11dkvf215, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2154

Freely available from:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf215.shtml>

216

### TNF-alpha-Blocker: Versorgungssituation und regionale Unterschiede

Roland Windt, Gerd Glaeske

Uni Bremen / ZeS, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** TNF-alpha-blockierende Medikamente erweitern seit einigen Jahren das Therapiespektrum bei diversen entzündlichen Erkrankungen wie Morbus Crohn, Psoriasis und insbesondere der rheumatoiden Arthritis. Diese hochpreisigen Arzneimittel gelten als relevanter Ausgabentreiber in der gesetzlichen Krankenversicherung, obwohl sie gemäß der Therapie-Leitlinien in der Regel erst in „zweiter Reihe“ zum Einsatz kommen sollen. Ziel dieser Untersuchung ist es, die Versorgungssituation bei TNF-alpha-Blockern zu beschreiben und insbesondere auch regionale Unterschiede in Deutschland auf Kreisebene darzustellen [1].

**Material und Methoden:** Arzneimittel-Verordnungen der BARMER GEK aus dem Jahr 2010 stellten die Datenbasis dar. Berücksichtigt wurden Daten von 9,1 Mio. Personen, die im Jahr 2010 mind. einen Tag in dieser Krankenkasse versichert waren. Die Verordnungen von TNF-alpha-Inhibitoren wurden anhand der Codierung des Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) – Arzneimittelklassifikationssystems selektiert. Zur Messung der Verordnungsvolumina wurden definierte Tagesdosen (DDD) verwendet. Um die Pro-Kopf-Werte zu berechnen, wurde die Anzahl Versicherter von allen 413 Kreisen und kreisfreien Städten (Stand: 2009) als Bezugsgröße ermittelt. Mithilfe des Statistikprogramms SAS für Windows in der Version 9.2 wurde die Bearbeitung und Analyse der Daten durchgeführt. Die kartographische Darstellung auf Kreisebene erfolgte mit der Geoinformations-Software ESRI ArcGIS® in der Version 10.0.

**Ergebnisse:** Im Jahr 2010 wurden innerhalb des untersuchten Kollektivs 45.229 Packungen bzw. 3,2 Mio. definierte Tagesdosen von TNF-alpha-Blockern verschrieben. Diese generierten einen Gesamtapothekekumsatz von 163,2 Mio. Euro. Bezogen auf die gesamten Arzneimittelausgaben innerhalb der untersuchten Krankenkassenpopulation wird damit ein Anteil von 4,1 % erreicht. Im Mittel kostet eine DDD dieser Wirkstoffgruppe 51,61 Euro. Für 10.078 Patienten wurden entsprechende Medikamente verordnet, was innerhalb der Krankenkassenpopulation einer Verordnungsprävalenz von lediglich 111 je 100.000 Personen entspricht. Es erhielten 92 von 100.000 männlichen (n=3.480) sowie 125 von 100.000 weiblichen Personen (n=6.598) mindestens eine Verordnung eines TNF-alpha-Blockers.

Beim mittleren Umsatz pro Versichertem mit TNF-alpha-Blockern sind auf Kreisebene deutliche regionale Konzentrationen erkennbar: Vor allem in Kreisen vieler östlicher Bundesländer liegt der Pro-Kopf-Arzneimittelumsatz bei diesen Mitteln über 30 Euro, während im Westen und Süden Deutschlands häufig nicht einmal die 15-Euro-Schwelle überschritten wird. Für einen Versicherten im Osten werden im Mittel 28 Euro für TNF-alpha-Blocker ausgegeben, im Westen sind es durchschnittlich 15 Euro.

**Schlussfolgerung:** TNF-alpha-blockierende Arzneimittel stellen mit ihren hohen Tagestherapiekosten einen großen Kostenfaktor im Gesundheitssystem dar. Obwohl nur relativ wenige Versicherte mit diesen Mitteln versorgt werden, hat die Substanzgruppe einen relevanten Anteil an den Arzneimittelausgaben. Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung sind die Pro-Kopf-Ausgaben für TNF-alpha-Blocker im Osten der BRD deutlich höher als im Westen. Die Gründe für diese Differenzen sind unklar.

Neben der Förderung eines leitliniengerechten Einsatzes können z. B. Reimport-Abgaben und ggfs. durchdachte Arzneimittel-Rabattverträge dazu beitragen, Ausgaben zu reduzieren. Biosimilars, die typischerweise preisgünstiger sind, gibt es mit entsprechenden Wirkstoffen derzeit nicht auf dem Markt.

## Literatur

1. [1] Windt R (2011). Biologicals und Biosimilars. In: Glaeske G, Schick Tanz C (Hrsg.). BARMER GEK Arzneimittelreport 2011, 243-259. St. Augustin: Asgard.

Bitte zitieren als: Windt R, Glaeske G. TNF-alpha-Blocker: Versorgungssituation und regionale Unterschiede. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf216.

DOI: 10.3205/11dkvf216, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2162

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf216.shtml>

217

## Translation individualisierter Diagnose- und Therapiekonzepte in die Klinik am Beispiel kardiologischer Erkrankung: Greifswald Approach to Individualized Medicine (GANI\_MED)

Marcus Dörr<sup>1</sup>, Anita Grieger<sup>1</sup>, Roma Krishna<sup>1</sup>, Wolf Pietruschka<sup>1</sup>, Uwe Völker<sup>2</sup>, Stephan B. Felix<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Innere Medizin B, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland

<sup>2</sup>Interfakultäres Institut für Genetik und Funktionelle Genomforschung, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** Individualisierte Medizin hat das Ziel, Prävention, Diagnose und Therapie verschiedener Krankheiten durch die Kombination unterschiedlicher individueller Informationen zu optimieren. Im Rahmen des Forschungsprojektes "Greifswald Approach to Individualized Medicine – (GANI\_MED)" werden derzeit, neben anderen Patientenkohorten, umfangreich charakterisierte Kohorten von Patienten mit diastolischer und systolischer Herzinsuffizienz aufgebaut.

Die umfangreichen Datensätze der GANI\_MED-Herzinsuffizienzkohorten sollen zur Entwicklung neuer individualisierter Präventions-, Diagnose- und Therapiekonzepte genutzt werden.

**Material und Methoden:** Alle in die Kohorten eingeschlossenen Patienten mit Herzinsuffizienz werden mit Hilfe von standardisierten Methoden umfangreich charakterisiert. Dies beinhaltet Fragebögen, medizinische Basis- und Spezialuntersuchungen, apparative bildgebende Verfahren (z.B. Echokardiographie), Belastungsuntersuchungen (Spiroergometrie) sowie die Asservierung von Biomaterialien (Blut, Urin, ggf. Gewebentnahmen), welche u.a. für molekulare Untersuchungen (Genomics, Metabolomics, Proteomics) zur Verfügung stehen.

Die standardisierte Datenerhebung gewährleistet eine gute Vergleichbarkeit mit Stichproben der bevölkerungsbasierten Kohortenstudie „Study of Health in Pomerania – (SHIP)“ im Fall-Kontroll-Ansatz, was zum Beispiel zur Identifizierung neuer krankheitsrelevanter Risikofaktoren und Biomarker genutzt werden könnte.

**Ergebnisse:** Die standardisierten Protokolle zur Charakterisierung der Patienten konnten etabliert, in mehreren Prätests überprüft und angepasst werden, so dass die Patientenrekrutierung begonnen werden konnte.

In einer ersten Pilotstudie konnten bereits Ergebnisse erzielt werden, die darauf hinweisen, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse aufgrund des umfangreichen Datensatzes zukünftig erwartet werden können: Für Patienten mit einer Dilatativen Kardiomyopathie, einer speziellen Form der Herzinsuffizienz, stellt die sog. Immunadsorption eine neue Therapieoption dar, wobei es eine große Variabilität bezüglich des individuellen Therapieerfolges gibt. In der Pilotstudie konnte gezeigt werden, dass das Therapieansprechen durch die kombinierte Bestimmung spezifischer myokardialer Genexpressionsmuster und Autoantikörper sehr genau vorhergesagt werden kann (Spezifität 100% ; 95%-Konfidenzintervall 79.4%–100%), während dies anhand klassischer klinischer Daten nicht möglich ist.

**Schlussfolgerung:** Im Rahmen von GANI\_MED werden gut charakterisierte Kohorten von Patienten mit diastolischer und systolischer Herzinsuffizienz aufgebaut. Ergebnisse einer ersten Pilotstudie deuten darauf hin, dass solche umfangreichen Datensätze einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung neuer individualisierter Präventions-, Diagnose- und Therapiekonzepte haben könnten.

Bitte zitieren als: Dörr M, Grieger A, Krishna R, Pietruschka W, Völker U, Felix SB. Translation individualisierter Diagnose- und Therapiekonzepte in die Klinik am Beispiel kardiologischer Erkrankung: Greifswald Approach to Individualized Medicine (GANI\_MED). In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf217. DOI: 10.3205/11dkvf217, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2176  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf217.shtml>

218

### Typisierung der ambulanten physio- und ergotherapeutischen Versorgung im ersten Jahr nach akutem Schlaganfall – auf Grundlage von Routinedaten einer bundesweiten Krankenkasse

Dirk Peschke<sup>1</sup>, Martin Kohler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduiertenkolleg "Multimorbidität im Alter" am CharitéCentrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften, Berlin, Deutschland  
<sup>2</sup>Institut für Medizinische Soziologie am CharitéCentrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Schlaganfälle sind in Europa der Hauptgrund für erworbene lebenslange Behinderungen [1]. Ambulante Physio- oder Ergotherapie verhindert eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei 7 von 100 Betroffenen [2]. Die Nachhaltigkeit hängt besonders von einem frühen, konsequenten und umfassenden Therapiebeginn ab [3], [4]. Der Kenntnisstand über verwendete Versorgungstypen (Typen) ist derzeit lückenhaft.

Ziel dieser Arbeit ist die Identifikation verwendeter Typen der ambulanten physio- und ergotherapeutischen Versorgung. Weiterführend wird die Frage untersucht, ob das Vorkommen der V-Typen nach Pflegeart und vorangegangenen stationären Behandlungsverlauf (Akut/Akut mit anschließender Rehabilitation) unterschiedlich ist.

**Material und Methoden:** Die Stichprobe umfasst alle Mitglieder der deutschen BKK, die 2007 wegen eines Schlaganfalls (ICD: I60-I64, G45) akutstationär behandelt wurden und den initialen Krankenhausaufenthalt überlebten (n=4363). Die Abrechnungseinheiten der stationären Akut- und Rehabilitationsaufenthalte wurden zu kontinuierlichen, personenbezogenen Behandlungen zusammengefasst und so das reale Entlassungsdatum ermittelt.

Zur Bildung der Versorgungstypen wurden die monatlichen Aufwendungen (€) für Physiotherapie (PT), Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage (PT-N) und Ergotherapie (ET) herangezogen und später anhand der Vergütungshöhe in Therapieeinheiten pro Woche (TE/W) umgerechnet. Die Typen werden zusätzlich mit der Zeitnähe der ersten Behandlung zur stationären Entlassung und der Therapiekombinatorik beschrieben.

nären Entlassung und der Therapiekombinatorik beschrieben.

**Ergebnisse:** Die ambulant-therapeutische Versorgung unterscheidet sich nach vier Haupttypen. „Gering“ ist durch sehr geringe Aufwendungen gekennzeichnet (1. Quartal poststationär: PT=0,4TE/W; PT-N=0,2TE/W; ET=0,2TE/W) und einen sehr späten Therapiebeginn (Ø 80 Tage). „Ergo+“ zeichnet sich durch einen hohen Umfang an ET, PT-N und PT aus (1.Q: ET=2,5TE/W; PT-N=1TE/W; PT=0,8 TE/W). Der Anteil an Personen die neben der ET noch eine der anderen Therapien erhalten liegt bei 83%. Die erste Behandlung erfolgt durchschnittlich 15 Tage nach stationärer Entlassung. „Physio-Neuro“ ist durch einen hohen Umfang an PT-N charakterisiert (1.Q: PT-N=1,9TE/W). Der Anteil an Personen die neben PT-N noch eine andere Therapie erhalten liegt bei 30%. Die erste Behandlung erfolgt durchschnittlich nach 24 Tagen. „Physio“ ist durch einen hohen Umfang an PT gekennzeichnet (1.Q: PT=2,1TE/W) und einen Anteil von 84% der nur diese Therapie nutzt. 69% der Therapienutzer werden nach dem Typ "Gering" versorgt, 9% nach "Physio-Neuro", 10% nach "Ergo+" und 12% nach "Physio". Nach den Typen "Physio-Neuro", "Ergo+" oder "Physio" werden 44% der Therapienutzer die aus einer stationären Rehabilitation entlassen werden versorgt (Abbildung 1) und 60% von den Therapienutzern die mit pflegerischer Kombileistungen versorgt werden (Abbildung 2).

**Schlussfolgerung:** Der Anteil Schlaganfallüberlebender die zeitnah nach der stationären Entlassung und in adäquatem Umfang therapiert werden (Physio-Neuro, Ergo+ oder Physio) kann insgesamt auf 12,46% geschätzt werden. Pflegerische Unterstützung scheint sich positiv auf eine zeitnahe und umfangreiche therapeutische Versorgung auszuwirken. Das Übergangsmangement nach der stationären Rehabilitation scheint suffizienter als nach der Akutversorgung zu sein.

### Literatur

1. Truelsen T, Piechowski-Jozwiak B, Bonita R, et al. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. Eur J Neurol. 2006;13:581-598.
2. Legg L, Langhorne P. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. Lancet. 2004;363:352-356.
3. Thorsen AM, Holmqvist LW, de Pedro-Cuesta J, von Koch L. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. Stroke. 2005;36:297-303.
4. DEGAM. DEGAM Leitlinie Nr. 8: Schlaganfall. 2006.

Abb. 1: Häufigkeit der verwendeten Versorgungstypen, differenziert nach Entlassungssituation

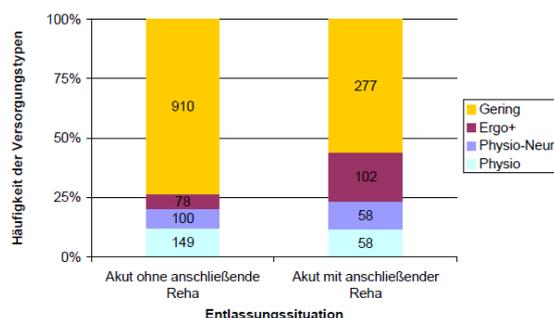


Abbildung 1: Häufigkeit der verwendeten Versorgungstypen, differenziert nach Entlassungssituation

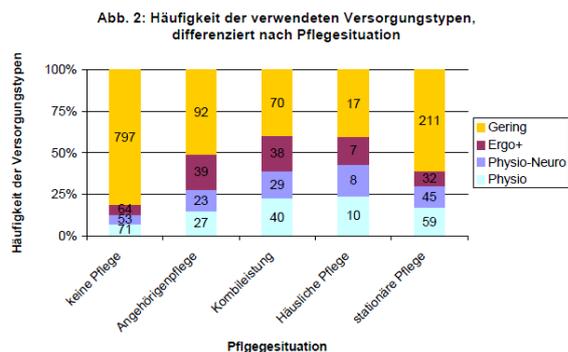


Abbildung 2: Häufigkeit der verwendeten Versorgungstypen, differenziert nach Pflegesituation

Bitte zitieren als: Peschke D, Kohler M. Typisierung der ambulanten physio- und ergotherapeutischen Versorgung im ersten Jahr nach akutem Schlaganfall – auf Grundlage von Routedaten einer bundesweiten Krankenkasse. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf218.

DOI: 10.3205/11dkvf218, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2180

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf218.shtml>

219

## Über welche Beeinträchtigungen der Teilhabe berichten Fibromyalgie-Patientinnen? Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung

Antje Ullrich<sup>1</sup>, Erik Farin-Glattacker<sup>1</sup>, Wilfried H. Jäckel<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Freiburg, Deutschland

<sup>2</sup>RehaKlinikum Bad Säckingen, Bad Säckingen, Deutschland

**Hintergrund:** Fibromyalgie-Patientinnen weisen eine chronische multifokale Schmerzsymptomatik auf. Die Erkrankung hat einen umfangreichen Einfluss auf das Leben der Patientinnen [1]. Berichtete Teilhabebeeinträchtigungen betreffen nicht nur alltägliche Aktivitäten, sondern das gesamte soziale Umfeld [2] und werden in bestehenden quantitativen Instrumenten nicht umfassend berücksichtigt [3]. Ziel der aktuellen Studie ist es, Informationen zum Thema Teilhabebeeinträchtigungen aus Sicht von Fibromyalgie-Patientinnen zu sammeln und somit eine Grundlage für die Entwicklung eines Teilhabe-Fragebogens (Fibromyalgie-Teilhabe-Fragebogen, FTF) zu schaffen.

**Material und Methoden:** Es wurden acht leitfadengestützte Fokusgruppen mit Fibromyalgie-Patientinnen (N=38) durchgeführt. Für die Studie wurde ein kombiniertes Design aus qualitativen sowie quantitativen Datenerhebungsmethoden gewählt [4]. In der qualitativen Phase berichteten die Patientinnen frei über ihre Teilhabebeeinträchtigungen in alltäglichen Lebensbereichen. Alle Gruppengespräche wurden transkribiert und unter Verwendung von ATLAS.ti verarbeitet. Kategorien wurden induktiv aus den Patientenaussagen entwickelt und in ein hierarchisches Kategoriensystem eingebettet.

**Ergebnisse:** Das finale Kodiersystem besteht aus zehn Oberbegriffen und weiteren Unterkategorien. Am häufigsten erleben Patientinnen Beeinträchtigungen im

Lebensbereich „sozialer Kontakt“ (z.B. Kontakt zu Freunden oder der Familie, 137 Zitate), gefolgt vom Bereich „soziale Aktivitäten/Erholung/Freizeit“ (117 Zitate), „Haushalt“ (113 Zitate), „Beruf“ (97 Zitate), „Alltag“ (76 Zitate), „Hobby“ wie z.B. Tanzen (34 Zitate), „Privatleben“ (23 Zitate), „finanzielle Versorgung“ (7 Zitate), „Bildung“ (wie z.B. VHS-Kursteilnahme, 3 Zitate) und „ehrenamtliche Arbeit“ (1 Zitat). Patientinnen berichten zudem im Bereich „sozialer Kontakt“ häufig über das fehlende Verständnis des Gegenübers und in fast allen Lebensbereichen über generelle (z.B. Schmerzen und Verkrampfungen) sowie bereichstypische Symptome (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten im „Beruf“; Antriebslosigkeit im „Privatleben“). Die in der ICF abgebildeten Teilhabebereiche „Religion“ oder „politisches Leben“ wurden in der Phase des freien Berichts von Patientinnen nicht thematisiert.

**Schlussfolgerung:** In unserer Studie geben Fibromyalgie-Patientinnen an, in verschiedenen sozialen Rollen beeinträchtigt zu sein. Besonders starke Beeinträchtigungen nehmen Patientinnen im Lebensbereich Kontakt mit nahestehenden Personen wie Familie, Freunde oder Partner sowie im Bereich Haushalts- und Berufsarbeit wahr.

Hervorzuheben ist, dass viele Patientinnen über ein mangelndes Verständnis der Außenwelt bzgl. der Erkrankung berichten, was wiederum zu einer verstärkten Beeinträchtigung der Ausübung verschiedener sozialer Rollen führt. Zudem fällt auf, dass manche Teilhabebereiche, die in der internationalen Literatur diskutiert werden (wie Religion oder staatsbürgerliches Leben) für viele Patientinnen eher wenig relevant zu sein scheinen. Qualitative Untersuchungen werden häufig in den ersten Phasen der Entwicklung eines patientenorientierten Messinstruments eingesetzt [4]. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie basieren allein auf Patientenaussagen ohne vorstrukturierende, theoretische Vorgaben. Die kategorisierten Aussagen der Patientinnen können so genutzt werden, um einen Fragebogen zu entwickeln, der die Bandbreite von Teilhabebeeinträchtigungen abbilden kann, die Fibromyalgie-Patienten im Alltag erleben.

### Literatur

- Hieblinger R, Coenen M, Stucki G, Winkelmann A, Cieza A. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for chronic widespread pain from the perspective of fibromyalgia patients. *Arthritis Research & Therapy*. 2009;11:R67.
- Cunningham MM, Jilings C. Individuals' description of living with fibromyalgia. *Clinical Nursing Research*. 2006;15(4):258-273.
- Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, Burgess SM, Palmer SC, Abetz L, Martin SA. Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*. 2008;73:114-120.
- Anatchkova MD, Bjorner JB. Health and role functioning: the use of focus groups in the development of an item bank. *Quality Life Research*. 2010;19:11-123.

Bitte zitieren als: Ullrich A, Farin-Glattacker E, Jäckel WH. Über welche Beeinträchtigungen der Teilhabe berichten Fibromyalgie-Patientinnen? Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf219.

DOI: 10.3205/11dkvf219, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2197

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf219.shtml>

220

## Unabhängige Arzneimittelinformationen für Patienten

David Klemperer

Hochschule Regensburg, Regensburg, Deutschland

**Hintergrund:** Patienten benötigen zuverlässige Arzneimittelinformationen, um sich entsprechend ihrer Präferenzen für oder gegen eine medikamentöse Behandlung entscheiden zu können. Systembedingte Fehlreize stellen die Gültigkeit der Ergebnisse von Arzneimittelstudien häufig in Frage.

**Material und Methoden:** Anforderungen an die Qualität von Gesundheitsinformationen wurden formuliert. Diese sollen auf Informationen über Arzneimittel angewandt werden.

**Ergebnisse:** Es ist zu erwarten, dass informierte Entscheidungen von Patienten von den Empfehlungen bzw. Verordnungen ihrer Ärzte abweichen können.

Vorschläge zur Minderung oder Beseitigung von Fehlreizen im Forschungsbericht werden vorgelegt.

### Literatur

1. Klemperer D, Lang B, Koch K, Bastian H, Brunsmann F, Burkhardt M, et al. Gute Praxis Gesundheitsinformation (GPGI). Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFG). 2010;104(1):66-68.

Bitte zitieren als: Klemperer D. Unabhängige Arzneimittelinformationen für Patienten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf220. DOI: 10.3205/11dkvf220, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2202

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf220.shtml>

221

## Unterschiede in der pharmakotherapeutischen Versorgung von privat und gesetzlich krankenversicherten Patienten am Beispiel der arteriellen Hypertonie

Gunter Laux, Joachim Szecsenyi, Thomas Kühlein

Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Die arterielle Hypertonie weist in Deutschland eine mittlere Prävalenz von deutlich über 20% auf. Die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität stehen mit der Hypertonie in einem engen kausalen Zusammenhang. Somit kommt der medikamentösen antihypertensiven Therapie ein bedeutendes Gewicht zu. Derzeit stehen im Wesentlichen fünf Arzneimittelgruppen für die medikamentöse Behandlung der Hypertonie zur Verfügung: Diuretika,  $\beta$ -Rezeptoren-Blocker, Calciumantagonisten, Angiotensin-Converting-Enzym-(ACE-)Hemmer und Angiotensin-II-Rezeptoren-Blocker. Neben den rein medizinischen Überlegungen zur Behandlung der Hypertonie sind entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung auch ökonomische Gesichtspunkte zu beachten, und die Frage nach den Kosten einer Therapie gewinnt zunehmend an Bedeutung. Dieser Beitrag vergleicht die antihypertensive Behandlung von privat

und gesetzlich versicherten Patienten in Bezug auf die medikamentöse Behandlung (Ebene der Wirkstoffe) und die dadurch entstehenden Kosten (Preise auf der Ebene der verordneten Präparate) unter Berücksichtigung der Einstellung des Blutdrucks.

**Material und Methoden:** Die Daten, die den hier vorgestellten Analysen zugrunde liegen, entstammen dem Forschungsnetzwerk CONTENT (CONTinuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork). Es wurde unter Förderung des BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) zur kontinuierlichen Registrierung von Inanspruchnahme, Morbidität und Erkrankungsverläufen in der primärärztlichen Versorgung etabliert. Die bereits ausgewerteten Daten (2007) werden mit aktuellen Daten aus 2010/11 verglichen.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 4.842 Patienten von den an CONTENT partizipierenden Hausärzten im Jahre 2007 regelmäßig antihypertensiv behandelt und entsprechende Hypertonieepisoden in der elektronischen Patientenakte geführt. Der Anteil der privat versicherten Patienten betrug 7,6%. Die Kosten der medikamentösen antihypertensiven Therapie des untersuchten Kollektivs im Jahr 2007 betrugen 1,03 Mio. Euro insgesamt und pro Patient durchschnittlich 212,82 Euro. Obwohl die untersuchte privat versicherte Kohorte insgesamt weniger Komorbiditäten aufwies und die Summe der „defined daily doses“ (DDDs) pro Patient im Untersuchungszeitraum deutlich geringer war (582,6 vs. 703,1;  $p < 0,0001$ ), lagen die jährlichen Therapiekosten privat versicherter Patienten im Vergleich zu gesetzlich versicherten Patienten um 35,2% höher (280,29 Euro vs. 207,29 Euro;  $p < 0,0001$ ). Die Einstellung des Blutdrucks was in beiden Kohorten gleich erfolgreich. Diese Ergebnisse werden mit schließlich mit aktuellen Daten (2010/11) verglichen, die aktuell in der Auswertungsphase sind.

**Schlussfolgerung:** Daraus folgt, dass die Kosten pro DDD der medikamentösen antihypertensiven Therapie bei privat versicherten Patienten um 63,2% höher lagen als bei gesetzlich versicherten Patienten. Dies ist auf den hohen Anteil an Angiotensin-II-Rezeptoren-Blockern sowie auf den niedrigen Anteil an Generika zurückzuführen, die bei privat versicherten Patienten verordnet wurden.

Bitte zitieren als: Laux G, Szecsenyi J, Kühlein T. Unterschiede in der pharmakotherapeutischen Versorgung von privat und gesetzlich krankenversicherten Patienten am Beispiel der arteriellen Hypertonie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf221. DOI: 10.3205/11dkvf221, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2211

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf221.shtml>

222

## Validierung des deutschen Patient Assessment of Chronic Illness Care – Kurzform

Katja Götz<sup>1</sup>, Tobias Freund<sup>1</sup>, Antje Miksch<sup>1</sup>, Joachim Szecsenyi<sup>1</sup>, Jochen Gensichen<sup>2</sup>, Jost Steinhäuser<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Jena, Deutschland

**Hintergrund:** Das 20 Items umfassende „Patient Assessment of Chronic Illness Care“ (PACIC) Instrument wird weltweit in Studien eingesetzt, um die Zufriedenheit von chronisch kranken Patienten mit ihrer Versorgung zu erheben [1]. Eine validierte, deutschsprachige Version des PACIC liegt seit 2007 vor [2]. 2009 wurde eine Kurzform mit sehr guten psychometrischen Eigenschaften, die aus 11 Items besteht, für den englischsprachigen Raum entwickelt [3]. Ziel der hier vorliegenden Studie war die Übersetzung, kulturelle Adaptation und externe Validierung der PACIC - Kurzform für den deutschsprachigen Raum.

**Material und Methoden:** Die englischsprachige PACIC Kurzform wurde von zwei unabhängigen Übersetzern auf Deutsch übersetzt. In einem Konsensusmeeting wurde aus diesen beiden Versionen eine, für den deutschsprachigen Raum kulturell adaptierte Version erstellt. Das Instrument besteht aus 11 Items. Die Einstufung der Antworten reicht von 0 = 0% bis 10 = 100%. Es wurden insgesamt 11 Praxen aus dem Raum Heidelberg und Jena rekrutiert. Pro Praxis wurden 50 Patientenfragebögen mit der Langversion sowie der zu validierenden Kurzversion an chronisch kranke Patienten konsekutiv innerhalb von vier Wochen ausgegeben. Neben der internen Konsistenz, gemessen mit Cronbachs' alpha, wurde mittels der Berechnung der Pearsonschen Korrelation der beiden Summenscores evaluiert, inwiefern sich die Ergebnisse der Langform in der Kurzform abbilden.

**Ergebnisse:** Aktuell liegen zur Auswertung 263 Fragebögen vor. Die vorläufige Auswertung zeigt, dass die interne Konsistenz der PACIC Kurzform 0,873 beträgt. Der Korrelationskoeffizient nach Pearsons liegt für die Summenscores bei 0,784 ( $p < 0,001$ ). Die endgültigen Ergebnisse werden auf dem Kongress präsentiert.

**Schlussfolgerung:** Die deutsche Version der PACIC Kurzform kann als reliables Instrument für die Bewertung von chronisch kranken Patienten mit ihrer Behandlung empfohlen werden. Des Weiteren spiegelt die Korrelation der beiden Summenscores, der PACIC Langform und Kurzform, die gute Abbildung der durch die Langform erfassten Aspekte in der Kurzform wider.

### Literatur

1. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care* 2005;43:436-44.
2. Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *J Eval Clin Pract* 2007;13:806-13.
3. Gugiu PC, Coryn C, Clark R, Kuehn A. Development and evaluation of the short version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. *Chronic Illn* 2009;5:268-76.

Bitte zitieren als: Götz K, Freund T, Miksch A, Szecsenyi J, Gensichen J, Steinhäuser J. Validierung des deutschen Patient Assessment of Chronic Illness Care – Kurzform. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf222.

DOI: 10.3205/11dkvf222, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2221

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf222.shtml>

223

## Validierung von ICD-10-GM-Codes anhand von DMP-Dokumentationen

Andrea Gillissen, Torsten L Hecke, Manfred Ramme  
Techniker Krankenkasse, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Die Abbildung von Morbidität den verschiedenen Sektoren der GKV erlangt seit einigen Jahren immer größere Bedeutung. Als Beispiele seien die Diskussion um die Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien oder die Neuordnung des ambulanten Vergütungssystems genannt.

Eine medizinisch exakte Kodierung ist Voraussetzung für eine valide Abbildung der Morbidität. Im Hinblick auf die Dokumentation in den DMP bedeutet dies, dass die medizinischen Angaben in der TNM-Dokumentation mit den dokumentierten ICD-10-GM-Codes übereinstimmen sollten.

Die Darstellung des Grades der Übereinstimmung ist Gegenstand der hier beschriebenen Studie.

**Material und Methoden:** Vor diesem Hintergrund werden Angaben auf den Dokumentationsbögen von TK-versicherten Teilnehmerinnen an dem DMP-Programm „Brustkrebs“ und die das gesamte Jahr 2009 bei der TK versichert waren, anonymisiert auf eine Kongruenz zwischen den beiden Dimensionen N und M der dokumentierten TNM-Klassifikation (T = tumor, N = node (Lymphknotenbefall), M = Metastase(n)) und dem übermittelten ICD-10-GM Kode hin analysiert.

Nur ICD-10-GM-Codes mit den Zusatzkennzeichen "G" (gesichert) bzw. "Z" (Zustand nach) sind in die Betrachtung eingeflossen. Laut ambulanten Kodierrichtlinien ist bei einer Malignomkrankung solange das Zusatzkennzeichen „G“ anzugeben, bis die Behandlung abgeschlossen ist.

Nach abgeschlossener Malignombehandlung ist bei Tumornachsorgeuntersuchungen das primäre Malignom mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zu verschlüsseln.

**Ergebnisse:** Durch die Kombination der Merkmale (N mit / ohne bzw. M oder die jeweilige Kombination N+M mit / ohne korrespondierendem ICD-GM-Code) lassen sich insgesamt elf Abgleichsmöglichkeiten darstellen.

Von insgesamt 833 in die Analyse einbezogenen Teilnehmerinnen weisen 374 Versicherte (44,9%) eine Übereinstimmung in mindestens einem Merkmal auf (N bzw. M und entsprechender ICD-10-GM-Code).

Eine Übereinstimmung zwischen Lymphknoten- und Metastasen-Dokumentation und entsprechendem ICD-10-GM-Code weisen 15 Patientinnen auf (1,8%).

Bei den 743 Teilnehmerinnen, bei denen (ein) Lymphknoten dokumentiert wurde(n) jedoch keine Metastase(n), ist in 481 Fällen keine entsprechende ICD-10-GM-Dokumentation vorhanden (64,7%).

Bei elf der Dokumentationen findet sich eine M-Klassifikation ohne Entsprechung in der ICD-10-GM-Kodierung (1,3%).

**Schlussfolgerung:** Die Analyse verdeutlicht, dass erhebliche Inkongruenzen zwischen der TNM-Klassifikation und der dokumentierten ICD-10-GM-Kodes bei den TK-versicherten Teilnehmerinnen am DMP Brustkrebs im Jahr 2009 bestehen.

In weiteren Studien muss daher untersucht werden, ob Inkongruenzen zwischen Kodierung und Dokumentation auch bei anderen Erkrankungen zu beobachten sind, und welche Gründe hierfür vorliegen könnten.

Desweiteren zeigen die Studienergebnisse beispielhaft, dass die dokumentierte Morbidität im ambulanten Sektor anhand der ICD-10-GM-Codes nur unzureichend Auskunft über die tatsächliche Morbidität gibt und somit Aussagekraft und Bedeutung eingeschränkt sind.

Bitte zitieren als: Gillessen A, Hecke TL, Ramme M. Validierung von ICD-10-GM-Codes anhand von DMP-Dokumentationen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf223.

DOI: 10.3205/11dkvf223, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2231

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf223.shtml>

224

## Veränderung der Krankenhaussterblichkeit bei wichtigen Krankheitsbildern nach Einführung eines ergebnisorientierten Qualitätsmanagementsystems

Ulrike Nimptsch, Thomas Mansky  
TU Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Krankenhäuser in Deutschland sind gemäß § 135a Abs. 2 Nr. 2 verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu führen, wobei die Wahl einer speziellen Qualitätsmanagementstrategie den Krankenhausträgern freigestellt ist.

Der Einfluss solcher Qualitätsmanagementstrategien auf die Ergebnisqualität wurde in Deutschland bislang kaum untersucht. Diese Arbeit betrachtet die Veränderung der Krankenhaussterblichkeit nach Implementierung eines ergebnisorientierten Qualitätsmanagementsystems.

Die Helios Kliniken Gruppe hat seit dem Jahr 2000 ein Qualitätsmanagementsystem entwickelt, das auf drei Grundsätzen basiert:

- Messung von Qualitätsindikatoren mit Routinedaten
- Gezielte Peer Reviews zur Analyse von Behandlungsprozessen
- Veröffentlichung der Ergebnisse

Seit dem Jahr 2009 kommt dieses System u.a. auch in den Kliniken der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zum

Einsatz, die mittlerweile über 130 Mitgliedskrankenhäuser umfasst.

**Material und Methoden:** Wir untersuchen Abrechnungsdaten von 14 Kliniken der Helios Gruppe, die zwischen 2004 und 2006 von Helios übernommen wurden. Alle Kliniken wurden unmittelbar nach dem Wechsel der Trägerschaft in das Qualitätsmanagementsystem integriert, so dass das Jahr des Übergangs mit dem der Implementierung gleichgesetzt wird.

Untersucht wird die Veränderung der jährlichen Krankenhaussterblichkeit bezogen auf Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall und Pneumonie, jeweils ein Jahr vor Implementierung des Qualitätsmanagements (T-1) bis zwei Jahre danach (T+2). Auf Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik des jeweiligen Kalenderjahres wird das standardisierte Sterblichkeitsverhältnis (SMR) berechnet.

Die Analysen werden nach dem jährlichen krankheits-spezifischen Leistungsvolumen und nach der klinikindividuellen Ausgangssituation (SMR im Jahr vor der Implementierung) stratifiziert.

**Ergebnisse:** Beim Herzinfarkt wurde im Jahr vor der Implementierung bei 8 von 14 Kliniken eine höhere Krankenhaussterblichkeit, als erwartet (SMR >1) gemessen (N=3285 in T-1). Davon hatten 7 Kliniken ein geringes jährliches Leistungsvolumen (< 80 Fälle/Jahr). Im zweiten Jahr nach der Implementierung zeigte sich in der Gruppe dieser Kliniken ein signifikanter Rückgang der Krankenhaussterblichkeit.

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bezogen auf die Sterblichkeit bei Herzinsuffizienz (N=4374 in T-1). Bei Pneumonie (N=2666 in T-1) und Hirninfarkt (N=1673 in T-1) konnte ebenfalls ein Rückgang der Sterblichkeit beobachtet werden, der jedoch bei den untersuchten Kliniken im zweiten Jahr nach der Implementierung nicht signifikant war.

In den Gruppen der Kliniken mit jeweils SMR<=1 zum Zeitpunkt T-1 wurden keine signifikanten Veränderungen beobachtet.

**Schlussfolgerung:** Eine Reduzierung der Krankenhaussterblichkeit bei den untersuchten Krankheitsbildern wurde für die gesamte Helios Kliniken Gruppe bereits gezeigt. Mit dieser Analyse wird deutlich, dass der Rückgang der Krankenhaussterblichkeit zeitlich mit der Implementierung des Qualitätsmanagementsystems einhergeht und dass Verbesserungen vor allem in Kliniken mit anfangs auffälligen Ergebnissen erzielt werden. Auffällige Sterblichkeiten im Jahr vor der Implementierung bestehen überwiegend in Kliniken mit geringem Leistungsvolumen.

Weitere Studien an einer größeren Gruppe von Krankenhäusern sind notwendig, um die Annahme der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems zu festigen und den Einfluss von Krankenhauscharakteristika und weiteren möglichen Determinanten zu untersuchen.

Bitte zitieren als: Nimptsch U, Mansky T. Veränderung der Krankenhaussterblichkeit bei wichtigen Krankheitsbildern nach Einführung eines ergebnisorientierten Qualitätsmanagementsystems. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf224.

DOI: 10.3205/11dkvf224, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2249

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf224.shtml>

225

### Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der Versorgung von Heimbewohnern durch intensive Pharmazeutische Betreuung

Isabel Waltering

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), Nottuln, Deutschland

**Einleitung/Hintergrund:** Heimbewohner müssen auf Grund ihres fortgeschrittenen Alters und ihrer größeren Krankheitslast verschiedene Arzneimittel einnehmen. Je größer die Anzahl der verordneten Arzneimittel ist, umso problematischer wird die Auswahl der notwendigen und miteinander verträglichen Arzneimittel, sowie deren optimale Anwendung. Ausgehend davon, dass während 100 Heimbewohnermonaten ~9,8 unerwünschte Arzneimittelleffekte auftreten, eine Reihe Arzneimittel im Alter unangemessen sind<sup>2</sup> und neben vermehrten Krankenhauseinweisungen ein erhöhter Pflegeaufwand und eine erhöhte Mortalität auftreten, kann „Pharmazeutische Betreuung“ eine wirksame Methode sein, den Prozess der Arzneimittelversorgung und Arzneimitteltherapie positiv zu beeinflussen und sicherer zu machen.

**Daten und Methoden:** Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden über einen Zeitraum von 6 Monaten die Basisdaten der Studienteilnehmer erfasst. Zu den teilnehmenden Heimen gehörten 9 Altenheime aus den Regionen Hamm, Soest und Wesel von denen je 20–25 Bewohner pro Heim teilnahmen. Einschlusskriterien für die Bewohner waren Alter 65 Jahre, 3 Arzneistoffe, freiwillige Teilnahme und kein progredienter Krankheitsverlauf. In weiteren 18 Monaten wurden arzneimittelbezogene Probleme erfasst und in Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegepersonal Optimierungsstrategien entwickelt.

**Ergebnisse:** Von 197 Bewohnern lag eine Einverständniserklärung vor, davon konnten 185 in die Studie (93,9%) eingeschlossen werden. Während der Erfassungsphase sind 2 Bewohner verstorben und 5 verzogen, sodass 178 (90,36%) an dem Projekt teilgenommen haben. Bei 166 (93,29%) der Bewohner wurden in 18 Monaten 1504 ABPs detektiert, was 9,1 ABPs/Bewohner entspricht. 935 (62,17%) dieser ABPs wurden als relevant eingestuft. Von den 1504 ABPs waren 657 (43,68%) Interaktionen. Insgesamt wurden 1081 Interventionsvorschläge gemacht, davon wurden 648 (59,95%) umgesetzt, in 263 (24,32%) Fällen wurde eine Umsetzung abgelehnt und in 170 (15,73%) Fällen war keine Umsetzung notwendig oder möglich. Lebensqualität und Pflegebedarf wurden mit Hilfe eines speziell entwickelten Fragebogens zu Beginn der Intervention, nach 12 und nach 18 Monaten erfasst. In diesem Bereich war überwiegend eine kurzfristige Verbesserung und in den Heimen mit einer hohen Umsetzungsquote eine langfristige Verbesserung zu erkennen.

**Diskussion:** Im Schnitt konnten die arzneimittelbezogenen Probleme um 82% reduziert werden und die Dauermedikation von durchschnittlich 8,4 Fertigarzneimitteln (Median 8; 1–20) auf 7,5 (Median 7; 1–18) pro Bewohner, bezogen auf feste und flüssige Arzneiformen verringert werden. Im Gegenzug stieg die Anzahl der verordneten Bedarfsarzneimittel von 2,8 auf 3,1 Fertigarzneimittel an.

**Schlussfolgerungen:** Intensive Pharmazeutische Betreuung kann die Anzahl der arzneimittelbezogenen Probleme reduzieren und hat einen Effekt auf Pflegebedarf und Lebensqualität.

Bitte zitieren als: Waltering I. Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der Versorgung von Heimbewohnern durch intensive Pharmazeutische Betreuung. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf225. DOI: 10.3205/11dkvf225, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2251  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf225.shtml>

226

### Verbesserung der Lebensqualität von pflegenden Kindern und Jugendlichen durch ein familienorientiertes Hilfeangebot

Jörg große Schlarman, Sabine Metzger, Wilfried Schnepf  
Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

**Hintergrund:** Von 2007–2010 wurde mit Förderung des BMBF das Konzept für ein evidenzbasiertes und familienorientiertes Hilfsangebot für pflegende Kinder und deren Familie entwickelt, implementiert und evaluiert. Als Projektträger konnte die DRK-Schwesternschaft in Hamburg-Altona gewonnen werden.

**Material und Methoden:** Zur Evaluation der Projektwirkung wurden problemzentrierte Interviews mit teilnehmenden Kindern sowie deren Eltern durchgeführt. Zusätzlich fanden teilnehmende Beobachtungen während verschiedener Projektaktivitäten statt.

**Ergebnisse:** Die Analyse der Daten wird derzeit durchgeführt. Im Rahmen des Vortrags werden erste Ergebnisse sowie Trends der Projektevaluation aus Sicht der teilnehmenden Familien vorgestellt.

Bitte zitieren als: große Schlarman J, Metzger S, Schnepf W. Verbesserung der Lebensqualität von pflegenden Kindern und Jugendlichen durch ein familienorientiertes Hilfeangebot. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf226. DOI: 10.3205/11dkvf226, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2268  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf226.shtml>

227

### Verordnung von potentiell nicht geeigneten Medikamenten bei Heimbewohnern

Joachim Kuck, Vjenka Garms-Homolová  
Alice Salomon Hochschule, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Mit der 2010 veröffentlichten PRISCUS-Liste steht eine für den deutschen Arzneimittelmarkt adaptierte Aufstellung von Arzneimitteln, die für ältere Menschen potentiell nicht geeignet sind, zur Verfügung. Die dort gelisteten Medikamente bergen für ältere Menschen ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen.

**Material und Methoden:** In einer Sekundäranalyse wurden die medikationsbedingten Abrechnungsdaten von 2109 Heimbewohnern aus 37 Berliner Pflegeeinrichtungen aus dem Jahr 2008 auf die Verordnung von potentiell nicht geeigneten Arzneimitteln gemäß PRISCUS-Liste überprüft. Eine Verknüpfung der Medikationsdaten mit einer Querschnittserhebung mit dem Minimum Data Set (MDS) des Resident Assessment Instrument (RAI) aus demselben Jahr erlaubte die Charakterisierung der Heimbewohner mit potentiell nicht geeigneten Arzneimittelverordnungen hinsichtlich ihrer soziodemographischer Merkmale und ihres Gesundheitszustandes.

**Ergebnisse:** 973 (46,1%) Bewohner wurde während ihres Heimaufenthaltes im Jahr 2008 mindestens einmal ein Medikament der PRISCUS-Liste verordnet. Heimbewohner, die potentiell nicht geeignete Medikamente erhielten, waren im Durchschnitt etwas jünger (76,1 Jahre) als andere Heimbewohner (81,7 Jahre), 68,1% (vs. 72,5%) waren Frauen, sie lebten durchschnittlich schon 5,3 Jahre (vs. 4,5 Jahre) in der Pflegeeinrichtung, und 51,2% (vs. 64,7%) von ihnen litten an einer dementiellen Erkrankung. Die am häufigsten verordneten Wirkstoffe von der PRISCUS-Liste waren Haloperidol (8,1%), Diazepam (8,0%), Lorazepam (4,6%), Amitriptylin (4,0%) und Nifedepin (3,7%).

**Schlussfolgerung:** Die PRISCUS-Liste kann für ein schnelles Review von medikationsbedingten Verordnungsdaten auf potentiell nicht geeignete Arzneimittel eingesetzt werden, mit der Einschränkung, dass die dort genannten Dosierungsuntergrenzen nicht berücksichtigt werden können. Im Jahr 2008 waren die Verordnungsdaten von potentiell nicht geeigneten Medikamenten in den untersuchten Pflegeheimen hoch.

#### Literatur

1. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. Deutsches Ärzteblatt international. 2010;107(31-32):543–551. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543.

Bitte zitieren als: Kuck J, Garms-Homolová V. Verordnung von potentiell nicht geeigneten Medikamenten bei Heimbewohnern. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf227. DOI: 10.3205/11dkvf227, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2271

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf227.shtml>

228

### Verordnung von Psychopharmaka durch Psychotherapeuten

R. Richter<sup>1</sup>, G. Gründer<sup>2</sup>, H. Rau<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, RWTH Aachen, Deutschland

<sup>3</sup>Zieglersche Anstalten, Köln, Deutschland

Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) sind durch ihre Approbation Fachärzten in der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich gleichgestellt. Ausnahmen sind bisher die Befugnisse zur Verordnung von Heilmitteln und Arzneimitteln, zur Ausstellung von Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen, zur Einweisung in die sta-

tionäre psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung und zur Überweisung an Fachärzte.

Besonders kontrovers wird in diesem Zusammenhang diskutiert, inwieweit die Verordnung von Psychopharmaka durch PP und KJP nach entsprechender Weiterbildung erfolgen kann. Eine Aufhebung dieser Befugniseinschränkungen von PP und KJP wurde vor allem vor dem Hintergrund des Nachwuchsmangels bei Nervenärzten erwogen mit dem Ziel die Versorgung psychisch kranker Menschen speziell in schlecht versorgten ländlichen Regionen zu verbessern.

Auf dem Symposium werden unterschiedliche Aspekte zu diesem Thema diskutiert und Forschungsbefunde vorgestellt:

- Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin – Einführung in das Thema, Perspektive der Psychotherapeuten
- Prof. Dr. Gerhard Gründer, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, RWTH Aachen – Perspektive der Nervenärzte
- Prof. Dr. Harald Rau, Vorstandsvorsitzender der Zieglerschen Anstalten – Wissenschaftliche Erkenntnisse, Pro und contra

Bitte zitieren als: Richter R, Gründer G, Rau H. Verordnung von Psychopharmaka durch Psychotherapeuten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf228.

DOI: 10.3205/11dkvf228, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2284

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf228.shtml>

229

### Verordnungen hormoneller Kontrazeptiva im Jahr 2010 für Versicherte der BARMER GEK

Stanislava Dicheva, Gerd Glaeske, Angela Fritsch

Uni Bremen, ZeS, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Im Rahmen der Erstellung des jährlichen Arzneimittelreports der BARMER GEK und des Zentrum für Sozialpolitik wurden die Verordnungsdaten der Versicherte der o.g. Krankenkasse aus 2010 ausgewertet. Ziel war es, die Verordnungen für hormonelle Kontrazeptiva in allen Altersgruppen zu identifizieren und Tendenzen abzuleiten. Weiterhin wurden regionale Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit solcher Mittel innerhalb der Bundesrepublik Deutschland dargestellt.

**Material und Methoden:** Die Analyse der Verordnungen hormoneller Kontrazeptiva erfolgte auf der Datenbasis der Versicherten der BARMER GEK. Herangezogen wurden alle Verordnungen aus dem Jahr 2010 mit entsprechender ATC-Codierung.

**Ergebnisse:** Die Verordnungsprävalenz für hormonelle Kontrazeptiva bei den weiblichen Versicherten im Alter zwischen 12 und 16 Jahren auf Kreisebene zeigte den Anteil der Versicherten mit mind. einer Verordnung. Auffällig war die stark ausgeprägte Konzentration der Kreise mit hohem Anteil der Versicherten mit Verordnungen in den neuen Bundesländern (Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Thüringen) sowie teilweise in den Grenzregionen (v.a. in Rheinland-Pfalz, Nordrheinwestfalen, Schleswig-Holstein). In der

Versichertenkohorte der 16- bis 20-Jährigen zeigte sich allgemein in allen Kreisen ein deutlich höherer Anwenderinnenanteil im Vergleich zu der jüngeren Altersgruppe. Auch hier sind die verordnungsstarken Kreise in den neuen Bundesländern (Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Thüringen) und in den grenznahen Gebieten (v.a. Bayern und Schleswig-Holstein) angesiedelt.

In allen untersuchten Altersgruppen werden v.a. Einphasenpräparate verordnet. Bei den unter 20-Jährigen bestehen annähernd konstant ca. 93% der kontrazeptiven Verordnungen aus fixen Gestagen-/Östrogenkombinationen. Mit zunehmendem Alter gehen die Verordnungsanteile von Einphasenpräparaten zurück, v.a. zu Gunsten der Minipille und der Depotspritze. Ab dem 30. Lebensjahr verdreifacht sich auch die Anzahl der Verordnungen von Sequenzialpräparaten.

Ausgehend von den 20 Kontrazeptiva, die für Versicherte der BARMER GEK 2010 am häufigsten verordnet wurden, zeigt sich die gleiche Verordnungstendenz wie im deutschen Gesamtmarkt: Es werden vorwiegend Produkte mit neuartigen Gestagenen rezeptiert. Arzneimittel wie Valette®, Lamuna®, Aida® und Yasmin®/Yasminelle® verzeichneten auch 2010 trotz wiederholter Meldungen über das höhere Risiko für VTE gegenüber älteren bewährten Mitteln und neuer kritischer Studien zu diesem Bereich der Arzneimittelsicherheit immense Umsätze. Vermehrt wurden auch neuartige Darreichungsformen wie der Verhütungsring Nuvaring® verordnet.

**Schlussfolgerung:** Die hier analysierten Daten lassen Tendenzen erkennen, die seit Jahren auf dem gesamten deutschen Arzneimittelmarkt beobachtet werden können: Auch auf dem Gebiet der hormonellen Kontrazeption werden eher neuere, geschickt vermarktete Präparate verordnet, die nach den Kriterien der evidenzbasierten Arzneimittelbewertung ein noch unklares bis negatives Risiko-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Diese Entwicklung sollte nicht ohne Widerspruch toleriert werden, vor allem angesichts der Tatsache, dass erprobte und bewährte Präparate zur Verfügung stehen, die nachweislich geringere gesundheitliche Risiken bergen und deutlich günstigere Tagestherapiekosten aufweisen. Ebenso gibt die hohe Zahl verordneter Notfallkontrazeptiva gerade bei den jüngeren Versicherten Anlass zum Nachdenken, da es sich um eher nebenwirkungsreiche „Verhütungsmittel“ handelt.

Bitte zitieren als: Dicheva S, Glaeske G, Fritsch A. Verordnungen hormoneller Kontrazeptiva im Jahr 2010 für Versicherte der BARMER GEK. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf229. DOI: 10.3205/11dkvf229, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2297

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf229.shtml>

230

## Verschreibung von Antidementiva innerhalb des ersten Jahres nach Demenzdiagnose – Analyse von Krankenkassen-Routinedaten

Hanna Kaduszkiewicz<sup>1</sup>, Hendrik van den Bussche<sup>1</sup>, Daniela Koller<sup>2</sup>, Marion Eisele<sup>1</sup>, Martin Scherer<sup>1</sup>, Susanne Steinmann<sup>3</sup>, Gerd Glaeske<sup>2</sup>, Birgitt Wiese<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Biometrie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** Internationale und nationale Leitlinien zur Behandlung von Patienten mit Demenz empfehlen bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer Demenz den Einsatz von Cholinesterasehemmern (ChEI) sowie bei mittelschwerer bis schwerer Form den Einsatz von Memantine. Laut Arzneiverordnungsreport 2009 hat sich in Deutschland das Verschreibungsvolumen dieser Medikamente im Zeitraum von 2000 bis 2008 von 17,9 Millionen definierten Tagesdosen (DDD) auf 63,5 Millionen DDD mehr als verdreifacht. Eine Analyse der Verordnungsdaten auf der individuellen Patientenebene liegt allerdings bisher nicht vor. Hauptfragestellungen dieser Studie waren daher: 1. Wie viele Patienten mit neu inzidenter Demenz erhalten einen ChEI oder Memantine in einer angemessenen Dosierung während des ersten Jahres nach Diagnose? 2. Bei wie vielen Patienten besteht eine Diskontinuität in der Verschreibung? 3. Welche Faktoren sind mit der Verschreibung der beiden Medikamentengruppen in einer adäquaten Dosierung assoziiert?

**Material und Methoden:** Die Studie basiert auf Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse der Jahre 2004–2006. Analysiert wurden die Verschreibungen von Antidementiva für 1.848 Patienten mit inzidenter Demenz, die 65 Jahre und älter waren. Faktoren, die die Verschreibung von ChEI und/oder Memantine beeinflussten, wurden in einer multivariaten ordinalen logistischen Regression analysiert. Als Endpunktvariable diente eine Ordinalskala: ChEI und/oder Memantine in angemessener Dosierung, ChEI und/oder Memantine in inadäquater Dosierung, andere Antidementiva, keine Antidementiva.

**Ergebnisse:** Bei den 1.848 Patienten waren in den 4 Beobachtungsquartalen folgende Diagnosen codiert: 50,2% Demenz unspezifischer Ätiologie, 13,9% vaskuläre Demenz, 7,7% Alzheimer Demenz und 0,8% Demenz spezifischer Ätiologie. Bei 27,4% der Patienten wurden im Beobachtungsjahr verschiedene Ätiologien codiert. 72,6% aller Patienten mit inzidenter Demenz wurden im ersten Jahr nach Diagnose keine Antidementiva verordnet. ChEI und/oder Memantine in einer angemessenen Dosierung erhielten 7,9% der Patienten, in einer inadäquaten Dosierung weitere 11,7% und 7,8% erhielten andere Antidementiva. Faktoren, die die Chance einer Verschreibung von ChEI und/oder Memantine erhöhten, waren: eine spezifische Diagnose (Alzheimer), geringeres Alter sowie eine geringere Anzahl an Komorbiditäten, die Behandlung bzw. Mitbehandlung durch einen Neurologen/Psychiater und das Wohnen in ländlicher Umgebung. Das Geschlecht der Patienten hatte keinen Einfluss.

**Schlussfolgerung:** Bei der großen Mehrheit der Patienten mit inzidenter Demenz wird keine sichere ätiologische Zuordnung der Demenz vorgenommen. Das hat einerseits Konsequenzen auf die Entscheidung für oder gegen eine medikamentöse Therapie, andererseits kann angenommen werden, dass Abwägungen zum Umfang der Diagnostik sich mit Abwägungen zur medikamentösen Therapie überschneiden. Die Mehrheit aller untersuchten Patienten mit inzidenter Demenz erhielt keine demenzspezifische Medikation im ersten Jahr nach Diagnose. Nichtverschreibung bzw. nicht adäquate Verschreibung war mit der alleinigen Behandlung durch den Hausarzt, Leben in städtischer Umgebung, höherem Alter und größerer Komorbidität assoziiert. Weitere Studien sollten die Gründe für Nichtdiagnostik, Nichtverschreibung und Therapieabbruch untersuchen. In diesem Zusammenhang erfordern Fragen der Praktikabilität und Umsetzung von Leitlinien eine vermehrte Aufmerksamkeit.

Bitte zitieren als: Kaduszkiewicz H, van den Bussche H, Koller D, Eisele M, Scherer M, Steinmann S, Glaeske G, Wiese B. Verschreibung von Antidementiva innerhalb des ersten Jahres nach Demenzdiagnose – Analyse von Krankenkassen-Routinedaten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf230. DOI: 10.3205/11dkvf230, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2302  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf230.shtml>

231

## Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demographischen Wandels in Deutschland: bundesweite Prognose von Patientenzahlen

Anna-Juliana Butzek, Ulrike Siewert, Anne-Katrin Schulz, Claudia Berlin, Wolfgang Hoffmann, Konstanze Fendrich  
Institut für Community Medicine, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald, Deutschland

**Hintergrund:** Versorgungsepidemiologische Studien der letzten 5 Jahre konnten zeigen, dass bei Konzepten der Arztlanzplanung die Änderung der Bevölkerungsstruktur im demographischen Wandel mit den daraus resultierenden Änderungen der Patientenzahlen mit berücksichtigt werden muss [1], [2]. Aktuell wird nun die Frage diskutiert, wie eine optimale Verteilung vorhandener und zukünftiger medizinischer Versorgungseinrichtungen in der Fläche erreicht werden kann. Dazu ist es notwendig, Regionen mit erhöhtem oder vermindertem Versorgungsbedarf erkennen zu können. Ziel dieser Studie ist es daher, deutschlandweit auf Landkreisebene Prognosen des zukünftigen medizinischen Versorgungsbedarfs sowie der ambulanten Versorgungskapazitäten zu erstellen.

**Material und Methoden:** Bevölkerungsdaten (Basisjahr 2008) und -prognosen (bis 2030) auf Landkreisebene wurden geschlechtsspezifisch und in 1-Jahres-Altersgruppen von den Statistischen Ämtern der Bundesländer angefordert. Krankheitsspezifische Inzidenzen und Prävalenzen häufiger altersassoziierter Erkrankungen wurden aus populationsbezogenen Studien und epidemiologischen Krebsregistern geschlechtsspezifisch für 5-Jahres-Altersgruppen berechnet. Die geschlechts- und altersspezifischen Inzidenz-

und Prävalenzdaten wurden anschließend mit den Daten zur Bevölkerungsstruktur auf Landkreisebene zusammengeführt, um die aktuell in der Bevölkerung vorhandene krankheitsspezifische Fallzahl abzuschätzen. Die Hochrechnung der zu erwartenden Fallzahlen auf Basis der Bevölkerungsprognosen für 2020 und 2030 erfolgte in analoger Weise für alle Landkreise. Die Hochrechnungen der Fallzahlen erfolgten geschlechts- und altersgruppenspezifisch.

**Ergebnisse:** Die Änderung der Fallzahlen im zeitlichen Verlauf unterscheidet sich nach Erkrankung, Geschlecht und Region deutlich. Bezogen auf die drei häufigsten Krebslokalisationen (Brust bzw. Prostata, Darm, Lunge) ist bei Frauen für Darmkrebs mit der höchsten (2030: +11,4% bis +41,1%), für Brustkrebs mit der geringsten Fallzahlzunahme zu rechnen (2030: -3,5% bis +17,1%). Bei Männern wird ein ungefähr gleich starker Anstieg der drei betrachteten Lokalisationen (Darm-, Lungen- und Prostatakrebs) erwartet. Der Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt, dass die Fallzahlzunahmen bei Darm- und Lungenkrebs bei Männern in den meisten Landkreisen größer sind als bei Frauen.

Die Fallzahlanstiege der betrachteten Krebslokalisationen werden im Jahr 2030 in den Landkreisen Bayerns, Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns relativ hoch sein, in Sachsen, Thüringen und im Saarland deutlich geringer. Die Ergebnisse der deutschlandweiten Fallzahlprognosen häufiger altersassoziierter Erkrankungen werden detailliert in Kartenform dargestellt.

**Schlussfolgerung:** Die im Rahmen des Projektes entstehende Datenbasis zu Fallzahlen, Inanspruchnahme und Arztlanzahlen auf Landkreisebene erweitert die bisher für die Bedarfsplanung genutzte Datenbasis und ermöglicht auf regionaler Ebene eine effizientere und präzisere Planung von zukünftig notwendigen Kapazitäten im medizinischen Versorgungssystem. Auf regionaler Ebene trägt die Datenbasis dazu bei, zukünftig entstehenden Versorgungslücken rechtzeitig, z.B. durch eine Reallokation von Ressourcen oder den Einsatz neuartiger Versorgungsmodelle (z.B. Delegationsmodelle, Telemedizin) entgegenzuwirken.

Die Studie wurde durch die Bundesärztekammer finanziell gefördert.

### Literatur

1. Siewert U, Fendrich K, Doblhammer-Reiter G, Scholz RD, 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. 2010; 107(18):328-334.
2. Fendrich K, Hoffmann W. More than just aging societies: the demographic change has an impact on actual numbers of patients. Journal of public health. 2007; 15(5):345-351.

Bitte zitieren als: Butzek AJ, Siewert U, Schulz AK, Berlin C, Hoffmann W, Fendrich K. Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demographischen Wandels in Deutschland: bundesweite Prognose von Patientenzahlen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf231. DOI: 10.3205/11dkvf231, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2311  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf231.shtml>

232

### Versorgungsqualität und Belastungen bei Rosazea in Deutschland aus Patientensicht: Ergebnisse der nationalen Versorgungsstudie RosaReal

Anna Langenbruch, Ellen Beket, Matthias Augustin  
 Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** RosaReal ist die erste nationale Versorgungsstudie zur Rosazea. Ziel war die Generierung wissenschaftlicher Daten zur Versorgungsqualität und zur leitliniengerechten Versorgung bei Rosazea in Deutschland 2009 aus Patientensicht.

**Material und Methoden:** Nicht-interventionelle Fragebogenerhebung im Querschnitt mit Personen aus der Adressdatei der Deutschen Rosazea Hilfe. Erhoben wurden soziodemographische Daten, Krankenversicherungsstatus, klinische Anamnese, krankheitsbezogene Lebensqualität (DLQI), bisherige Therapien, patientendefinierter Therapienutzen (PBI) und Compliance.

**Ergebnisse:** Von den 475 teilnehmenden Patienten waren 79,9% weiblich. Das mittlere Alter lag bei  $56,3 \pm 12,5$  Jahren. Nahezu alle Patienten (96,4%) hatten in den letzten 5 Jahren eine topische Therapie erhalten. 24% hatten cortisonhaltige Topika, 41% systemische Therapien verwendet. Die Einschränkung der Lebensqualität (DLQI) war im Mittel mit  $4,3 \pm 4,6$  niedriger als bei vergleichbaren Versorgungsstudien zu Neurodermitis („Atopic Real“)  $8,5 \pm 6,0$  und Psoriasis („PsoReal“)  $6,7 \pm 6,2$ . Die in den letzten 12 Monaten am häufigsten wegen Rosazea aufgesuchten Ärzte waren Hautärzte (76,7%). Der Patient Benefit Index (PBI, 4=maximaler Nutzen) betrug  $1,9 \pm 1,2$  (PsoReal:  $2,3 \pm 1,1$ , AtopicReal:  $2,1 \pm 1,1$ ). 33,8% der Befragten waren eher oder sehr unzufrieden mit der bisherigen Behandlung.

**Schlussfolgerung:** Nur ein kleiner Teil der Patienten mit Rosazea scheint eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität aufzuweisen. Insgesamt zeigt sich eine geringere Belastung im Vergleich zu Patienten mit Neurodermitis und Psoriasis. Jedoch ist auch die Behandlungszufriedenheit geringer. Auffällig ist, dass 41% der Patienten einer Systemtherapie bedürfen. Die Tatsache, dass ein Drittel der Studienteilnehmer unzufrieden mit der Behandlung ist, sowie der niedrigere Behandlungsnutzen im Vergleich zu Patienten mit Psoriasis und Neurodermitis deuten darauf hin, dass die Behandlung von Patienten mit Rosazea verbesserungswürdig ist. Der hohe Anteil an Cortisonbehandlungen, die nach Leitlinie in den meisten Fällen kontraindiziert sind, ist ein weiteres Indiz für den Bedarf an optimierten Therapieangeboten.

Bitte zitieren als: Langenbruch A, Beket E, Augustin M. Versorgungsqualität und Belastungen bei Rosazea in Deutschland aus Patientensicht: Ergebnisse der nationalen Versorgungsstudie RosaReal. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf232.  
 DOI: 10.3205/11dkvf232, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2324  
 Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf232.shtml>

233

### Versorgungssituation von Erwachsenen mit Neurodermitis in Deutschland: Ergebnisse der Studie AtopicHealth 2010

Anna Langenbruch, Sophie Hintzen, Carola Drews, Alina von Allwörden, Svenja Bestle, Matthias Augustin  
 Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** AtopicHealth ist die erste nationale Versorgungsstudie für Neurodermitis. Ziel war die Bestandsaufnahme und Charakterisierung der Versorgung der Neurodermitis bei Erwachsenen in Deutschland aus Arzt- und Patientensicht. Da Dermatologen die mit Abstand häufigsten Versorger dieser Erkrankung sind, wurde diese Studie anhand einer Zufallsstichprobe hautärztlicher Praxen und Kliniken durchgeführt.

**Material und Methoden:** Nicht-interventionelle Fragebogenerhebung im Querschnitt. Teilgenommen haben insgesamt 174 hautärztliche Zentren, davon waren 91 aktiv (mindestens einen Patienten eingeschlossen). Erhoben wurden soziodemographische Daten, klinische Anamnese, erkrankungsbezogene Lebensqualität (DLQI), verwendete Therapien und patientendefinierter Therapienutzen (PBI).

**Ergebnisse:** Von den 1678 teilnehmenden Patienten waren 60,5% weiblich. Das mittlere Alter lag bei  $38,4 \pm 15,9$  Jahren. Bei 49,2% der Patienten lag eine positive Familienanamnese für atopische Erkrankungen vor. Im Mittel waren 10,1% der Körperoberfläche der Patienten mit Neurodermitis-Herden bedeckt. Unter den Begleiterkrankungen war mit knapp 54% Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) die Erkrankung, von der die meisten Patienten betroffen waren.

Die in den vorausgehenden 5 Jahren am häufigsten verwendeten Therapien waren Basispflege (90,4%) und topische Corticosteroide (85,5%). 75,8% der Patienten bezeichneten sich als durch die Behandlung gar nicht oder nur mäßig belastet.

Die am häufigsten von den Patienten genannte Ursache für Juckreiz oder eine Verschlechterung der Neurodermitis war „psychische Faktoren und Stress“ (angegeben von 73,1%).

Der Gesamtwert des DLQI lag im Mittel bei  $8,5 \pm 6,5$ . 32,1% hatten einen DLQI von über 10. Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand (EQ-5d-VAS, 100=bestmöglich) betrug im Mittel  $63,6 \pm 22,0$ . Zu den Folgen des Juckreizes in den letzten 7 Tagen gaben 26,6% der Patienten an, häufig oder immer an Schlaflosigkeit gelitten zu haben. 35,8% berichteten, ihre Haut häufig oder immer blutig gekratzt zu haben.

Im Mittel bewerteten die Befragten die Neurodermitis-Versorgung über die letzten Jahre mit  $2,6 \pm 0,9$  (1=sehr gut, 5=ungenügend). Der patientendefinierte Therapienutzen (PBI) betrug im Mittel  $2,4 \pm 1,1$  (4=maximaler Nutzen).

**Schlussfolgerung:** Die therapiebedingten Belastungen werden von einem Großteil der Patienten als geringfügig eingestuft. Die alltäglichen Belastungen durch die Erkrankung scheinen jedoch vergleichsweise hoch: dass ungefähr ein Drittel der Patienten angeben unter Schlafstörungen zu leiden und/oder ihre Haut blutig gekratzt zu haben, deutet auf starke erkrankungs-

bedingte Einschränkungen und eine unzureichende Versorgung dieser Fälle hin. Darüber hinaus hatte etwa ein Drittel der Patienten einen DLQI von über 10, was für eine bedeutende Einschränkung der Lebensqualität spricht. Auffällig ist, dass der Großteil der Patienten mit topischen Glukokortikoiden behandelt wurde. Dass 73,1% der Patienten die Ursache für eine Verschlimmerung der Erkrankungssymptomatik psychische Faktoren oder Stress verantwortlich machen, spricht für die Bedeutung psychischer Einflussfaktoren, denen man nicht allein durch medizinische Maßnahmen begegnen kann. Patientenschulungen, an denen Psychologen beteiligt sind, bieten hier eine Plattform zur Bearbeitung dieser Themen.

Bitte zitieren als: Langenbruch A, Hintzen S, Drews C, von Allwörden A, Bestle S, Augustin M. Versorgungssituation von Erwachsenen mit Neurodermitis in Deutschland: Ergebnisse der Studie AtopicHealth 2010. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf233. DOI: 10.3205/11dkvf233, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2331  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf233.shtml>

234

### Verständnis des Pflegepersonals deutscher Krankenhäuser im Umgang mit muslimischen Patienten

Walid Sulymankhail<sup>1</sup>, Amelie Grille<sup>1</sup>, Andrea Kronenthaler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centrum für Nah- und Mittelost-Studien (CNMS) – Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

<sup>2</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Lehrbereich

Allgemeinmedizin/magnuna und karama consulting, Tübingen, Deutschland

**Hintergrund:** Die Einhaltung muslimischer Glaubensregeln und -rituale nimmt im Alltag vieler strenggläubiger Muslime einen hohen Stellenwert ein [1]. Was geschieht, wenn dieser Alltag in den Routinealltag deutscher Krankenhäuser eingebunden werden muss? Treffen islamische Wertevorstellungen und das Krankheitsverständnis von Pflegepersonal deutscher Krankenhäuser aufeinander, kann es zu glaubens- und pflegeethischen Konflikten kommen.

Um Pflegepersonal schon während der Ausbildung auf mögliche Konfliktsituationen vorzubereiten, wurde eine Schulung zu diesem Thema in den Ausbildungszyklus einer Gruppe von Pflegepersonal integriert. Hierbei wurden allgemeines Wissen über islamische Glaubensvorstellungen und -vorschriften vermittelt und mit beispielhaften Problemsituationen im Krankenhausalltag vertraut gemacht. Dadurch sollte das Verständnis gegenüber der Einhaltung bestimmter Glaubensrituale im Krankenhausalltag gestärkt und auf mögliche Konfliktsituationen vorbereitet werden.

**Material und Methoden:** Der aktuelle Kenntnisstand des Pflegepersonals über muslimische Glaubensvorstellungen wurde mithilfe eines Fragebogens mit offenen und geschlossenen Fragen ermittelt. In Anknüpfung daran wurde Lehrmaterial zur weiteren Wissensvermittlung zusammengestellt. Von erfahrenen Krankenhausmitarbeitern wurden Informationen über mögliche kritische Situationen zwischen Pflegepersonal und muslimischen Patienten im Krankenhausalltag durch Experteninterviews eingeholt und aufbereitet. Nach der

Lerneinheit wurde der Wissenszuwachs durch eine schriftliche Lernkontrolle überprüft.

**Ergebnisse:** Die Fragebogenergebnisse zeigten einen Wissenszuwachs und hohe Zufriedenheit mit der Schulung an. Außerdem äußerten die Teilnehmer großes Interesse an weiteren Lehreinheiten zu einem späteren Zeitpunkt ihrer Ausbildung. Zur Veranschaulichung für weitere Pflegediensteinrichtungen, die als zukünftige Projektpartner in Frage kommen könnten, wurde ein Kurzfilm entwickelt, welcher das Projekt dokumentiert.

**Schlussfolgerung:** Festzuhalten ist, dass eine solche Schulung wünschenswert und wichtig für den beruflichen Werdegang eines jeden Pflegediensttätigen ist. Das langfristige Ziel ist daher die fest vorgesehene Eingliederung von Lehreinheiten zu diesem Themengebiet für alle Pflegedienstausbildungsbranchen.

### Literatur

1. Elsabagh M, Elgendy F. Spiritualität im Krankenhaus aus der Sicht der islamischen Seelsorge. In: Körtnner U, Kletecka-Pulker M, Müller S, Inthorn J, eds. Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Springer Vienna; 2009.

Bitte zitieren als: Sulymankhail W, Grille A, Kronenthaler A. Verständnis des Pflegepersonals deutscher Krankenhäuser im Umgang mit muslimischen Patienten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf234. DOI: 10.3205/11dkvf234, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2347  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf234.shtml>

235

### Verstehen und Befähigen nicht Kontrolle der Compliance – Ein Qualifikationskonzept zur Kompetenzerweiterung die ambulante Pflege zur Förderung des Selbstmanagements der Arzneimitteltherapie bei chronischer Krankheit

Gabriele Müller-Mundt, Doris Schaeffer  
Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

**Hintergrund:** Chronische Erkrankungen sind mit vielfältigen, in ihrem Verlauf oft komplexer werdenden Herausforderungen verbunden. Dies gilt nicht zuletzt für die Arzneimitteltherapie in späteren Krankheitsphasen. Für ihre Bewältigung bedarf es patientenaktivierender Unterstützungskonzepte und einer entsprechenden Kompetenzerweiterung der Gesundheitsprofessionen. Ziel der Untersuchung war, am Beispiel komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit und Multimorbidität ein entsprechendes Interventionskonzept zu entwickeln und in der ambulanten Pflege zu erproben.

**Material und Methoden:** Aufbauend auf einer qualitativen Studie zur Exploration der Interventionserfordernisse und -voraussetzungen aus Patienten- und Expertensicht wurde der zweiten Projektphase ein modular aufgebautes Qualifikationstraining für die ambulante Pflege entwickelt und evaluiert. Durchgeführt wurde begleitende Evaluation des durch die Teilnehmer/innen zur Prüfung des Qualifikationseffekts wurde im Rahmen einer Kontrollstudie u.a. die Erweiterung der in

dem Qualifikationsprogramm angebahnten zentralen Kompetenzen bei den Pflegenden auf der Grundlage des Ratings strukturierter Fallbearbeitungen geprüft. Die Datenerhebung erfolgte Anfang 2008 (t1) vor Beginn und 6 Monate nach Abschluss der Interventionsphase im Spätsommer 2009 (t2) mittels schriftlicher Befragung. Von den in die Kontrollstudie einbezogenen 56 Pflegekräften aus 29 ambulanten Diensten (t1) beteiligten sich 28 Pflegekräfte an der Folgebefragung (t2). Sie waren jeweils hälftig der Intervention- und Kontrollstudie zugeordnet. Für die vergleichende Analyse der Daten wurde daher auf nicht-parametrische statistische Verfahren für kleine Stichproben zurückgegriffen

**Ergebnisse:** Unter den Pflegekräften der Interventionsgruppe zeigte sich auch im Vergleich zur Kontrollgruppe eine deutliche Erweiterung der angebahnten Kompetenzen. Sie war auf den Ebenen der Situationserfassung und Sensibilisierung für die Patientenperspektive, der Ressourcenorientierung und dem Empowerment besonders ausgeprägt. Etwas geringere statistisch signifikante Effekte zeigten sich auf der in den Fallbearbeitungen zum Ausdruck gebrachten edukativen Kompetenz und der interdisziplinären Handlungsorientierung. Zwar zeichneten auch unter den Pflegekräften der Kontrollgruppe „Lerneffekte“ ab, diese waren jedoch deutlich geringer und statistisch nicht signifikant. Die Ergebnisse der begleitenden Evaluation deuten daraufhin, dass das Training nicht nur zu einem positiv erlebten Kompetenzzugewinn geführt hat. Ebenso positiv wurden die Anschlussfähigkeit und die Nutzung der erworbenen Kompetenzen in der Praxis eingestuft.

**Schlussfolgerung:** Eine Erweiterung ihrer kommunikativ-edukativen und klinischen Kompetenzen vorausgesetzt, kann die Pflege einen wesentlichen Beitrag zur Realisierung aktivierender patientenorientierter Versorgungskonzepte leisten, die auf der Ebene der Förderung des langfristigen Selbstmanagements chronischer Krankheit – so auch der Arzneimitteltherapie – ansetzen.

Es handelt sich um Ergebnisse des Teilprojekts B2 des vom BMB geförderten Pflegeforschungsverbands NRW (Förderkennziffer: 01GT0615, Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, AZ: 2007-241-f-S).

Bitte zitieren als: Müller-Mundt G, Schaeffer D. Verstehen und Befähigen nicht Kontrolle der Compliance – Ein Qualifikationskonzept zur Kompetenzerweiterung die ambulante Pflege zur Förderung des Selbstmanagements der Arzneimitteltherapie bei chronischer Krankheit. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf235.

DOI: 10.3205/11dkvf235, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2357

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf235.shtml>

236

## „Von Anfang an“ – modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines sozialen Frühinterventionsprojektes

Julia Quitmann<sup>1</sup>, Lena Kolster<sup>1</sup>, Stefanie Witt<sup>1</sup>, Dagmar Brandt<sup>2</sup>, Monika Bullinger<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UKE, Hamburg, Deutschland

<sup>2</sup>Von Anfang An, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Frühe Hilfen stellen lokale und regionale Unterstützungssysteme dar, die koordinierte Hilfsangebote für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und für die ersten Lebensjahre des Kindes mit dem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen, anbieten. Ziel der Frühen Hilfen ist es, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in der Familie und der Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern.

Ein besonderer Fokus der Beratungsstelle „Von Anfang An“ liegt auf der Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz der Eltern. Die Unterstützung der elterlichen Kompetenzen basiert auf einem multiprofessionellen Ansatz, der sich in einer interdisziplinären und kooperativen Vernetzung von Institutionen zeigt. So sollen Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes erkannt und reduziert werden.

Ziel der Evaluation der Beratungsstelle ist es festzustellen, welche Personengruppe durch das Projekt „Von Anfang an“ auf welchem Wege erreicht wird. Dadurch soll eine konkretere Ansprache der Zielgruppe entwickelt werden, um möglichst frühzeitig möglichst viele Mütter, Väter und werdende Eltern durch eine gezielte Beratung unterstützen zu können. Weiter sollen die Auswirkungen der Beratung speziell deren Wirksamkeit, auf die Familien festgestellt werden. Dazu werden neben den Familien auch die Mitarbeiter hinsichtlich ihrer Einschätzung befragt, so dass eine Beurteilung der Beratung durch Selbst- und Fremdeinschätzung vorliegen wird.

**Material und Methoden:** Für die Datenerhebungsphase von Januar bis Dezember 2011 werden derzeit alle Familien, die neu in die Beratungsstelle kommen vor ihrem ersten bzw. bei ihrem ersten Beratungsgespräch (Pre-Test; MZP 1), bei Abschluss der Beratung (Post-Test; MZP 2) und nach weiteren 3 Monaten (Follow-Up; MZP 2) befragt.

Es werden neben den soziodemographischen Daten, Daten zur Befindlichkeit der Eltern, zur Einschätzung der Eltern-Kind-Interaktion und zum elterlichen Stresserleben erhoben werden.

Als evaluative Einzelfragen sind zu beantworten:

Strukturanalyse:

- Welche Eltern suchen sich Hilfe bei einem Programm wie „Von Anfang an“?

Prozessanalyse:

- Mit welchen Bedarfen wenden sich Familien an die Einrichtung?
- Welche Erwartungen und Befürchtungen haben sie?
- Wie bewerten Eltern und Mitarbeiter das Angebot?
- Welchen Einfluss hat ein kostenloses Angebot auf die Bereitschaft sich helfen zu lassen?

Ergebnisanalyse:

- Wie zufrieden sind die Eltern mit dem Angebot?
- Welche Veränderungen wünschen sie sich?
- Welche Folgen haben sich aus dem Angebot für die Eltern ergeben?
- Wird das Ziel, die Steigerung Bindungsfähigkeit und der elterlichen Erziehungskompetenz, erreicht?

**Ergebnisse:** Erste Ergebnisse der Befragung der betroffenen Familien und der Mitarbeiter der Beratungsstelle werden vorgestellt und kritisch diskutiert

**Schlussfolgerung:** Abschließen wird die Evaluation mit der Entwicklung von Interventionen, die zur Optimierung des Angebotes beitragen sollen.

Sollten sich positive Effekte durch das Programm auf die Erziehungskompetenz zeigen, soll das Programm als Modell für weitere Angebote von Einrichtungen in diesem Bereich in Hamburg dienen.

Bitte zitieren als: Quitmann J, Kolster L, Witt S, Brandi D, Bullinger M. „Von Anfang an“ – modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines sozialen Frühinterventionsprojektes. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf236.  
DOI: 10.3205/11dkvf236, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2364  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf236.shtml>

237

### Vorstellungen von Rehabilitanden über ihren Rehabilitationsaufenthalt

Marie-Luise Artzt, Thorsten Meyer  
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** Das seit zehn Jahren gültige SGB IX hat auch der medizinischen Rehabilitation zwei zentrale Zieldimensionen vorgeschrieben: Selbstbestimmung und Teilhabe. An diesen Zieldimensionen müssen sich trotz unterschiedlicher weiterer sozialrechtlich begründeter Schwerpunktsetzungen und Interessen aller Beteiligten alle Leistungsträger orientieren.

Es stellt sich die Frage, inwieweit ein an Selbstbestimmung und Teilhabe ausgerichtetes Rehabilitationsverständnis sich in den Vorstellungen der Rehabilitanden wiederfindet.

**Material und Methoden:** Ein Ausdruck dieses Rehabilitationsverständnisses findet sich in den Bildern der Rehabilitanden von ihrem Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik. Es ist zu erwarten, dass diese Bilder auch von einem Kurverständnis geprägt sein können, oder in der modernen Version von Wellness-Vorstellungen. Des Weiteren kann das Bild der Rehabilitation über medizinische Aspekte der Rehabilitation („Klinik“, „Arzt“) geprägt sein. Konkret wollen wir der Frage nachgehen, inwiefern sich diese Bilder in den Aussagen wiederfinden und ggf. ausdifferenzieren lassen, und welche weiteren Vorstellungen sich bei den Rehabilitanden finden lassen, insbesondere mit Bezug auf die zentralen Zieldimensionen Selbstbestimmung und Teilhabe.

Ziel dieses Beitrags ist es, den Hintergrund und den methodischen Zugang dieses Projekts darzustellen und anhand erster Ergebnisse kritisch zu würdigen.

Um dieser Fragestellung nachzugehen, werden in Anlehnung an die explikative Inhaltsanalyse nach Mayring [1] Aussagen von Rehabilitanden aus Fokusgruppen ausgewertet. Es handelt sich um zehn Fokusgruppen mit Rehabilitanden unterschiedlicher medizinischer Indikation, die im Rahmen einer Untersuchung zum Wunsch- und Wahlrecht in der Rehabilitation durchgeführt wurden [2]. Aus den Ausführungen der Rehabilitanden werden relevante Aussagen zu dem Rehabilitationsverständnis identifiziert und analysiert, um daraus Kategorien zu bilden, die die einzelnen Rehabilitationsvorstellungen bzw. Rehabilitationsbilder der Rehabilitanden umfassen. In einer zweiten Analysephase soll die Bedeutsamkeit der entwickelten Kategorien an einer zweiten Interviewstudie mit Rehabilitanden überprüft werden.

### Literatur

1. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (10. Auflage). Weinheim: Beltz; 2008.
2. Pohontsch N, Raspe H, Welti F, Meyer T. Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des SGB IX, §9 für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. Die Rehabilitation. (zur Publ. angen.)

Bitte zitieren als: Artzt ML, Meyer T. Vorstellungen von Rehabilitanden über ihren Rehabilitationsaufenthalt. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf237.  
DOI: 10.3205/11dkvf237, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2376  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf237.shtml>

238

### Wahrnehmung qualitätsverbessernder Maßnahmen im Kontext persönlicher Qualitätsvorstellungen von Ärzten

Elisabeth Urban  
Abteilung Allgemeinmedizin/Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

**Hintergrund:** Qualitätsmanagement im Gesundheitssystem ist ein wichtiges Thema in der Versorgungsforschung. Sowohl ambulant als auch stationär sind die Leistungserbringer gesetzlich zu Qualitätssicherung verpflichtet, es existieren zahlreiche Initiativen zur Qualitätsverbesserung. Es scheint jedoch eine Diskrepanz in der praktischen Umsetzung zwischen Qualitätsmanagement-Konzepten und der Arbeitsrealität von Ärzten zu geben. Häufig fühlen sich Ärzte nicht als aktiv Beteiligte, sondern mehr als Objekte des Qualitätsmanagements, die sich an von außen auferlegten Vorgaben ausrichten müssen. Einige Faktoren, die qualitätssichernden Maßnahmen negativ angelastet werden, sind bekannt, wie zu hoher Dokumentationsaufwand, unzureichende Anpassung an die jeweiligen Bedürfnisse oder fehlende einheitliche Definition von Qualität. Es existieren international anerkannte Qualitätsmodelle, wie beispielsweise von Donabedian oder der OECD. Wenig ist jedoch über persönliche Qualitätsmodelle von Ärzten bekannt.

Die geplante Studie soll daher folgende Fragestellung untersuchen: Wie nehmen Ärzte bestehende qualitätsverbessernde Maßnahmen im Kontext ihres persönlichen Qualitätsverständnis wahr?

**Material und Methoden:** Die Daten sollen explorativ mit qualitativen Forschungsmethoden erhoben werden. Interviews erlauben die Erhebung subjektiver Sichtweisen, Bedürfnisse und Präferenzen der Befragten. Individuelle Merkmale in Hinblick auf persönliche Qualitätsvorstellungen sind ggf. einem Modell zuweisbar. Die Durchführung von ca. 10–15 semistrukturierten, leitfadengestützten Interviews mit Ärzten aus Praxen und Kliniken bis zum Erreichen der theoretischen Sättigung ist geplant. Die Interviews werden in Bild und Ton aufgezeichnet, das Datenmaterial wird anschließend transkribiert. Die Analyse des Textmaterials erfolgt analog der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Als statistisches Programm zur qualitativen Auswertung dient atlas.ti.

**Ergebnisse:** Bestehende qualitätsverbessernde Maßnahmen sollen hinsichtlich Akzeptanz, Sinnhaftigkeit und Umsetzbarkeit aus Sicht von Ärzten qualitativ evaluiert werden und ggf. Optimierungspotential aufgezeigt werden. Darüber hinaus soll untersucht werden, inwieweit Ärzte ein individuelles Verständnis von Qualität in der Versorgung haben und ggf. persönliche Qualitätsmodelle von Ärzten entwickelt und typisiert werden. Es soll untersucht werden, inwieweit die persönlichen Qualitätsmodelle mit bestehenden Qualitätsmodellen übereinstimmen und wie sich vorhandene qualitätsverbessernde Maßnahmen darin einordnen lassen. Ebenfalls soll eruiert werden, wie sich qualitätsverbessernde Maßnahmen in Zukunft auf der Mikro- (Ärzte), Meso- (Praxis, Klinik) und Makroebene (Gesellschaft, Politik) weiterentwickeln sollten.

**Schlussfolgerung:** Durch die geplante Studie sollen persönliche Qualitätsmodelle von Ärzten entwickelt und typisiert werden. Ebenfalls soll eruiert werden, welche aktuellen qualitätsverbessernden Maßnahmen aus Sicht der Ärzte sinnvoll sind und ggf. Optimierungspotential oder neue Formen von qualitätsverbessernden Maßnahmen aufgezeigt werden. Diese könnten in Zukunft unter Berücksichtigung individueller Qualitätsmodelle an persönliche Qualitätsvorstellungen von Ärzten ausgerichtet werden.

Bitte zitieren als: Urban E. Wahrnehmung qualitätsverbessernder Maßnahmen im Kontext persönlicher Qualitätsvorstellungen von Ärzten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf238. DOI: 10.3205/11dkvf238, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2388  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf238.shtml>

239

## Was bedeuten Implementierungsforschung und Wissenszirkulation im Kontext der Versorgungsforschung?

Horst Christian Vollmar<sup>1</sup>, Christine Riesner<sup>1</sup>, Tina Quasdorf<sup>1</sup>, Ines Buscher<sup>1</sup>, Anneke de Jong<sup>2</sup>, Stefan Wilm<sup>3</sup>, Silke Kuske<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DZNE - Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Witten, Deutschland

<sup>2</sup>Department Pflegewissenschaft der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

**Hintergrund:** Wissen und daraus resultierende Handlungen zählen zu den wichtigsten Ressourcen für die Gesundheitsversorgung. Allerdings gelangt evidenzbasiertes Wissen in etlichen Fällen nicht oder nur schleppend in die Versorgung. Zur Beschreibung und Überwindung dieses Zustandes existiert eine Vielzahl von Konzepten. Ziel war, die wichtigsten zu identifizieren und für den deutschen Versorgungskontext zu adaptieren.

**Material und Methoden:** Es erfolgte eine selektive Auswertung von Übersichtsartikeln aus MEDLINE, Cochrane, Scopus, Gerolit, CINAHL, DigiBIB, ERIC und Google Scholar sowie Berichte von Forschungs- und politischen Institutionen. Die Suche wurde ohne zeitliche Beschränkung durchgeführt und auf die Sprachen Deutsch, Englisch und Niederländisch eingegrenzt.

**Ergebnisse:** Für Maßnahmen und Forschungsbemühungen, die sich eine Verkleinerung der Wissens-Praxis-Lücke zum Ziel gesetzt haben, existieren rund 70 verschiedene Begriffe. Implementierungsforschung und Wissenszirkulation/-translation scheinen die geläufigsten zu sein zu sein, wobei sich die Begriffe weniger inhaltlich sondern eher geografisch abgrenzen. Der in Europa bekanntere Begriff der Implementierungsforschung beschreibt die wissenschaftliche Untersuchung von Methoden, die systematisch die Übertragung aktueller Forschungsergebnisse und evidenzbasierter Praktiken in die Versorgung unterstützen und das Ziel verfolgen, die Qualität und Effektivität des Gesundheitssystems zu verbessern. Aus dieser Definition wird bereits die Nähe zur Versorgungsforschung deutlich, die durch Beispiele verdeutlicht wird.

**Schlussfolgerung:** Implementierungsforschung und Wissenszirkulation sind ähnliche Forschungskonzepte, die versuchen auf Mikro-, Meso- und Makroebene Strategien zu entwickeln, um Wissen in die Praxis zu bringen und auf diesem Wege die Qualität der Versorgung zu verbessern. Hieraus ergeben sich vielfältige und meist komplexe Forschungsfragen, die interdisziplinär zu bearbeiten sind.

Bitte zitieren als: Vollmar HC, Riesner C, Quasdorf T, Buscher I, de Jong A, Wilm S, Kuske S. Was bedeuten Implementierungsforschung und Wissenszirkulation im Kontext der Versorgungsforschung? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf239. DOI: 10.3205/11dkvf239, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2397  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf239.shtml>

240

## Was wissen Patienten über ihre orale Antikoagulationstherapie?

Thanh Duc Hua<sup>1</sup>, Stefan Viktor Vormfelde<sup>2</sup>, Manar Abu Abed<sup>2</sup>, Petra Sobotta<sup>1</sup>, Hannelore Schneider-Rudt<sup>1</sup>, Jean-François Chenot<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen, Deutschland

<sup>2</sup>Klinische Pharmakologie, Göttingen, Deutschland

**Hintergrund:** In Deutschland nehmen über eine Million Patienten täglich Phenprocoumon ein. Die Sicherheit und die optimale Einstellung der Therapie erfordern Adhärenz und Wissen des Patienten über die Risiken der Therapie, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Ernährungsempfehlungen und Verhaltensregeln unter oraler Antikoagulation (OAT). Ziel unserer Studie ist es, die Selbsteinschätzung und das Basiswissen über die OAT ungeschulter Patienten zu evaluieren.

**Material und Methoden:** Im Rahmen einer cluster-randomisierten Interventionsstudie in 22 Hausarztpraxen wurden bei 353 Patienten (48% Frauen; Durchschnittsalter aller Patienten lag bei 74 Jahre SD  $\pm$  11) mit OAT eine Eingangserhebung durchgeführt. Mit einem selbstentwickelten Fragebogen wurden demographischen Daten, subjektive Sicherheitsempfinden der Patienten sowie ihr Wissen zu Risiken, Wechselwirkungen, Ernährungsempfehlungen und Verhaltensregeln unter OAT erfasst.

**Ergebnisse:** Die meisten Befragten (57%) schätzen ihr Wissen über die OAT gut bis sehr gut ein, ca. 52% gaben jedoch Angst vor Komplikationen an. 28% der Befragten wussten nicht, wie lange sie Gerinnungshemmer einnehmen müssen und ca. 43% der Befragten kannten ihren individuellen Zielwert nicht. 46% der Befragten hatten keine Kenntnisse über die Ernährung unter der Therapie mit Gerinnungshemmer. 85% der Befragten wussten wenig Bescheid über die Einflussfaktoren auf die OAT, wie freiverkäufliche Medikamente oder akute Erkrankungen. Die Symptome einer Über- und Unterdosierung, die ein rasches Handeln erfordern, wie Paresen beim Schlaganfall oder Teerstuhl bei Darmblutungen wurden von ca. 62% der Befragten nicht als dringender Notfall eingestuft.

**Schlussfolgerung:** Obwohl die Mehrheit der Patienten ihr Wissen über die OAT als gut einschätzt, bestehen in vielen sicherheitsrelevanten Themen zur OAT große Wissenslücken. Studien konnten zeigen, dass das Risiko für Komplikationen mit den Wissenslücken über die OAT korreliert. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein Bedarf an einer effektiven strukturierten Schulung besteht, um die Sicherheit der Therapie mit oralen Antikoagulantien zu erhöhen. In Deutschland gibt es derzeit noch keine standardisierte Schulung für Patienten, die keine Selbstmessung durchführen, die aber den großen Anteil der Patienten mit OAT ausmachen. Die effizienteste Form einer Schulung zur Therapie mit oralen Antikoagulantien muss noch gefunden werden. Ob eine videogestützte und persönliche Schulung durch eine Medizinische Fachangestellte das Wissen über die OAT beim Patienten im Vergleich zu einer üblichen Patienteninformation nachhaltig verbessert, wird im nächsten Schritt unserer Studie evaluiert.

## Literatur

1. Hua TD, Vormfelde SV, Abed MA, Schneider-Rudt H, Sobotta P, Friede T, Chenot JF. Practice nurse-based, individual and video-assisted patient education in oral anticoagulation--protocol of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2011; 12:17.

Bitte zitieren als: Hua TD, Vormfelde SV, Abu Abed M, Sobotta P, Schneider-Rudt H, Chenot JF. Was wissen Patienten über ihre orale Antikoagulationstherapie? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf240. DOI: 10.3205/11dkvf240, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2402

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf240.shtml>

241

## Welche Empfehlungen zur Ernährungstherapie für Typ-1- und Typ-2-Diabetiker geben aktuelle Leitlinien im Vergleich zu den Disease Management Programmen (DMP) Diabetes mellitus?

Carmen Bartel, Wiebke Hoffmann-Eber, Susanne Ein Waldt, Elke Hausner, Eva Höfer, Petra Lange, Ulrich Siering, Alric Rütger

IQWiG, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt auf der Grundlage von systematisch recherchierten, evidenzbasierten Diabetes-Leitlinien den potenziellen Aktualisierungsbedarf für die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 zu prüfen.

**Material und Methoden:** Die Empfehlungen aktueller Diabetes-Leitlinien zur Ernährungstherapie sollen mit den Anforderungen für die entsprechenden DMP und miteinander verglichen werden. Die systematische Leitlinienrecherche nach aktuellen Diabetes-Leitlinien wurde in einschlägigen Leitliniendatenbanken sowie bibliographischen Datenbanken durchgeführt. Wesentliche Einschlusskriterien waren der Publikationszeitraum ab Januar 2005, die Sprachen Deutsch, Englisch und Französisch sowie die Evidenzbasierung der Leitlinie. Empfehlungen wurden aus den Leitlinien extrahiert, synthetisiert und den Anforderungen der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 gegenübergestellt. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf der DMP wurde identifiziert, wenn Leitlinien abweichende oder neue Inhalte mit mehrheitlich hohem Empfehlungsgrad im Vergleich zu den DMP darstellen.

**Ergebnisse:** Jeweils 6 Leitlinien thematisieren die Ernährungstherapie für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2. Das DMP Diabetes mellitus Typ 2 fordert eine qualifizierte krankheitsspezifische Ernährungsberatung und ggf. eine Reduktion von Übergewicht im Rahmen von Schulungsmaßnahmen. Die Empfehlungen der Leitlinien für Typ-2-Diabetiker fokussieren auf eine medizinische Ernährungsberatung und eine Gewichtsreduktion bei Übergewicht. Darüber hinaus betonen sie die Kontrolle der Blutfettwerte. Die Empfehlungen zur Ernährungsberatung für Typ-2-Diabetiker stimmen im Wesentlichen mit den Anforderungen des DMP überein, hier besteht kein Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf. Das DMP Diabetes mellitus Typ 1 beinhaltet weder eine Ernährungsberatung noch eine Ernährungs-

therapie, sondern allgemeine Anforderungen an Schulungsmaßnahmen. Demgegenüber empfehlen die Leitlinien für Typ-1-Diabetiker eine qualifizierte Ernährungsberatung einschließlich Schulungen zu Lebensmittelgruppen. Darüber hinaus werden Beratungen zum Zusammenspiel von Kohlenhydratzufuhr, dem Ausmaß körperlicher Aktivität und der Insulinmenge empfohlen. Hieraus ergibt sich für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf.

**Schlussfolgerung:** Gemäß der Leitlinien ist für alle Diabetiker eine Ernährungsberatung bzw. -therapie notwendig. Typ-2-Diabetiker können oft zu Beginn ihrer Erkrankung mit einer Lebensstiländerung und/oder oralen Antidiabetika behandelt werden. Dagegen sind Typ-1-Diabetiker zwingend auf eine Insulinersatztherapie angewiesen. In diesem Zusammenhang fordern die Leitlinien für Typ-1-Diabetiker eine ernährungstherapeutische Schulung, weil die Abstimmung der Kohlenhydratzufuhr, der körperlichen Aktivität und der Insulinmenge erforderlich ist. Deshalb wurde für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf bezüglich der Ernährungsberatung identifiziert. Die Entscheidung über die Aktualisierung des DMP obliegt dem G-BA.

Bitte zitieren als: Bartel C, Hoffmann-Eber W, Ein Waldt S, Hausner E, Höfer E, Lange P, Siering U, Rüter A. Welche Empfehlungen zur Ernährungstherapie für Typ-1- und Typ-2-Diabetiker geben aktuelle Leitlinien im Vergleich zu den Disease Management Programmen (DMP) Diabetes mellitus? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.

Doc11dkvf241.

DOI: 10.3205/11dkvf241, URN: urn:nbn:de:0183-

11dkvf2411

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf241.shtml>

## 242

### Welche Evidenz wird für die Erstellung von Leitlinien für seltene Erkrankungen herangezogen?

Ulrich Siering<sup>1</sup>, Michaela Eikermann<sup>2</sup>, Petra Lange<sup>1</sup>, Maren Walgenbach<sup>2</sup>, Christoph Mosch<sup>2</sup>, Alric Rüter<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM), Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Therapieleitlinien können die Qualität der Behandlung seltener Erkrankungen verbessern. Die Erstellung von Leitlinien für seltene Krankheiten ist aufgrund der oftmals schlechten Evidenzlage jedoch schwierig.

Vor diesem Hintergrund wird im Beitrag gefragt: Wie gehen Leitlinienersteller und Health Technology Assessment (HTA)-Agenturen mit der Aufarbeitung von Evidenz zu seltenen Krankheiten für die Erstellung von Leitlinien oder HTA um?

**Material und Methoden:** Es erfolgte eine systematische Recherche nach Manualen zur Erstellung von Leitlinien oder HTA sowie nach Leitlinien zu ausgewählten seltenen Krankheiten. Anschließend wurden Informationen zu folgenden Themen extrahiert und zusammengefasst: (a) Themenfindung für Leitlinien (b) Literaturrecherche (c) Festlegung der relevanten Studientypen (d)

Bewertung der Evidenz (e) Evidenzsynthese und (f) Formulierung von Empfehlungen.

**Ergebnisse:** Es wurden 62 Leitlinienmanuale, 24 HTA-Manuale und 39 Leitlinien identifiziert. Nur 7 Leitlinienmanuale und 5 HTA-Manuale enthielten Aussagen mit eindeutigem Bezug zu seltenen Krankheiten. Es wurden keine strukturierten und ausführlichen Anleitungen zum Umgang mit Evidenz bei der Erstellung von Leitlinien zu seltenen Erkrankungen identifiziert. Zu allen Themengebieten (a-f) konnten nur isolierte Hinweise identifiziert werden, z. B. auf eine mögliche Benachteiligung von seltenen Krankheiten bei der Priorisierung von Leitlinienthemen (a), auf Fall-Kontroll-Studien als Studientyp für Informationen zu seltenen Krankheiten (c), auf eine verminderte Aussagekraft von kontrollierten Studien mit kleinen Populationen (d) oder auf die besondere Bedeutung des Konsensusprozesses bei der Formulierung von Empfehlungen, wenn nur schwache Evidenz vorhanden ist (f).

**Schlussfolgerung:** Der Umgang mit Evidenz zu seltenen Krankheiten wurde bisher in Manualen zur Leitlinien- oder HTA-Erstellung sowie in den Leitlinien kaum thematisiert. Es finden sich nur wenige isolierte Hinweise zum methodischen Vorgehen. Aus diesen können jedoch keine einheitlichen methodischen Vorgaben zur Erstellung von Leitlinien zu seltenen Krankheiten abgeleitet werden. Es lassen sich aber aus den Dokumenten auch keine Informationen ableiten, die eine grundsätzlich andere Vorgehensweise und Evidenzbasis für die Erstellung von Leitlinien zu seltenen Krankheiten nahelegen. Eine weitere Auseinandersetzung mit Methoden zur Leitlinienentwicklung für seltene Erkrankungen sowie die Verbesserung der Evidenzbasis für seltene Krankheiten ist dringend notwendig.

Bitte zitieren als: Siering U, Eikermann M, Lange P, Walgenbach M, Mosch C, Rüter A. Welche Evidenz wird für die Erstellung von Leitlinien für seltene Erkrankungen herangezogen? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf242.

DOI: 10.3205/11dkvf242, URN: urn:nbn:de:0183-

11dkvf2428

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf242.shtml>

## 243

### Welche Konsequenzen sind aufgrund der demografische Entwicklung für die Arbeitsteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu erwarten

Manja Schalllock, Thomas Czihal, Michael Erhart, Dominik von Stillfried

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Die regionalen Strukturen der stationären und ambulanten Versorgung sind historisch gewachsen. Um der Bevölkerung künftig bundesweit eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung bieten zu können, müssen die Effekte der demografischen Entwicklung sektorenübergreifend Berücksichtigung finden. Regionale Verteilungsprobleme und Nachbesetzungsgenpässe in ländlichen von Abwanderung gekennzeichneten Regionen verstärken die Notwendigkeit einer effizienten Kapazitätsplanung.

**Material und Methoden:** Genutzt werden Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung, Krankenhausdiagnose- sowie DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes und Verordnungsdaten. Für die Vorausberechnung des demografiebedingten Versorgungsbedarfs wird die Raumordnungsprognose des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung angewandt. Weitere soziodemografische Informationen sind der amtlichen Statistik entnommen.

Zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden Analysekonzepts werden verschiedene Komponenten einbezogen.

1. Die regionale Hochrechnung der demografischen Auswirkungen auf den Versorgungsbedarf in beiden Versorgungsbereichen. Indikatoren des Versorgungsbedarfs sind die ambulanten Abrechnungskontakte und die stationären Behandlungstage des Jahres 2007.
2. Projektion der zukünftigen Morbiditätslast unter Berücksichtigung sozioökonomischer Einflussparameter auf die regionale Inanspruchnahme.
3. Demografische Auswirkungen auf die Nachfrage nach Arzneimitteln
4. Berücksichtigung von grenzüberschreitender Inanspruchnahme
5. Ableitung der künftigen Versorgungsschwerpunkte unter Berücksichtigung möglicher Verschiebungen zwischen ambulanter/stationärer Versorgung.
6. Kalkulatorische Ableitung des Arztbedarfs unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzte insgesamt über beide Sektoren und in Versorgungsschwerpunkten.

**Ergebnisse:** In einer Modellrechnung ergibt sich im ambulanten Bereich allein demografiebedingt im Jahr 2025 ein Versorgungsmehrbedarf von annähernd 7%; im stationären Bereich wäre dieser ohne Berücksichtigung des Verlagerungspotentials doppelt so hoch; Auswirkungen von Verlagerungsprozessen werden in Simulationsrechnungen dargestellt. Besonderheiten der regionalen Versichertenstruktur modifizieren die Projektionsergebnisse kleinräumig.

**Schlussfolgerung:** Insbesondere für die spezialärztliche Versorgung ist ein sektorenübergreifendes Analysekonzept beruhend auf einer vergleichbaren populationsbezogenen Datenbasis anzustreben. Der Altersaufbau der Ärzteschaft ist als Chance für eine bedarfsgerechtere Allokation zukünftiger Mediziner anzusehen. In den nächsten 10–15 Jahren wird die benötigte Anzahl an Ärzten zum Erhalt des bisherigen Versorgungsniveaus nicht mehr in allen Regionen bzw. Fachrichtungen erreicht. Umso wichtiger ist es, Potentiale der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung zur Priorisierung von Standorten zu nutzen.

Bitte zitieren als: Schallock M, Czihal T, Erhart M, von Stillfried D. Welche Konsequenzen sind aufgrund der demografische Entwicklung für die Arbeitsteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu erwarten. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf243.

DOI: 10.3205/11dkvf243, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2431

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf243.shtml>

244

## Welche präventiven Leistungen werden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) präferiert?

Daniela Salzmann, Adele Diederich  
Jacobs University, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Prävention hat in der Bevölkerung einen höheren Stellenwert als andere Versorgungsbereiche wie z.B. Kuration [1], [2]. Wenig bekannt ist jedoch, welche Leistungen innerhalb der Prävention als besonders wichtig angesehen werden. Die vorliegende Studie untersucht aus Sicht der Bevölkerung, welche ausgewählten präventiven Leistungen der GKV Priorität haben. Darüber hinaus wird getestet, welchen Einfluss soziodemographische Merkmale auf die Priorisierungsentscheidungen von Befragten nehmen.

**Material und Methoden:** Es wurde eine Querschnittserhebung mittels computergestützter persönlicher Interviews (CAPI) durchgeführt. Insgesamt nahmen 103 Personen (51,5% Frauen vs. 48,5% Männer im Alter von 19–79 Jahren) aus Bremen und dem Bremerumland teil. Die Befragten sollten bestimmen, welche vorgegebenen präventiven Leistungen im Rahmen der GKV ausgeweitet, gleich bleibend oder eingespart werden sollten. Als Merkmale, die auf Priorisierungsentscheidungen Einfluss nehmen können, wurden soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status), Merkmale der körperlichen Gesundheit (Krankheitsstatus) sowie das Gesundheitsverhalten (körperliche Aktivität, Body-Mass-Index als Maß für den Gewichtsstatus, Alkohol- und Tabakkonsum) untersucht. Die Datenanalyse umfasst Chi-Quadrat-Tests und logistische Regressionsanalysen.

**Ergebnisse:** Die Mehrheit der Befragten befürwortet eine Stärkung präventiver Leistungen bzw. den Erhalt des Status quo; nur eine Minderheit sah hier Einsparmöglichkeiten. Besonders gewünscht wurde z.B. eine Ausweitung von Setting-Projekten in Lebensbereichen wie Schulen oder Altenheimen (81,6%), Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (71,8%) und Gesundheits-Check-Ups (63,1%). Als Leistungen, die auf dem jetzigen Niveau gehalten werden sollten, wurden mehrheitlich Impfungen (62,1%) und Selbsthilfegruppen (60,2%) genannt. Am häufigsten wurden unter dem Aspekt Leistungsreduzierung „Gesundheitskurse zur Suchtentwöhnung“ mit 10,7% angeführt. Insgesamt erweist sich besonders der Krankheitsstatus als Einflussfaktor auf die Präferenzentscheidungen von präventiven Leistungen.

**Schlussfolgerung:** Insgesamt wurde im Rahmen der Befragung deutlich, dass die Befragten mit der Versorgung von einigen präventiven Leistungen zufrieden sind, andererseits aber auch Versorgungslücken gesehen werden. Des Weiteren wurde aufgrund von gewünschten Einsparungen im Bereich der Suchtprävention partiell eine Akzeptanz des Eigenverantwortungsprinzips deutlich.

Für die Festlegung der zu finanzierenden präventiven Leistungen ist von großer Bedeutung, dass die Präferenzen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen wie z.B. kranke und gesunde Bürger festgestellt und berücksichtigt werden.

## Literatur

1. Kneeshaw J. What does the public think about rationing? A review of the evidence. In: New B, ed. Rationing Talk and Action in Health Care. London: British Medical Journal Publishing Group; 1997.

2. Mossialos E, King D. Citizen and rationing: analysis of European survey. Health Policy. 1999;49:75-135.

Bitte zitieren als: Salzmann D, Diederich A. Welche präventiven Leistungen werden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) präferiert? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf244.

DOI: 10.3205/11dkvf244, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2445

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf244.shtml>

## 245

### Werden bei COPD-Patienten Stufenpläne der Medikationen in Abhängigkeit vom Grad der Obstruktion umgesetzt? Ergebnisse aus dem Disease Management Programm (DMP) COPD in der Region Nordrhein

Jens Kretschmann, Bernd Hagen, Lutz Altenhofen, Arne Weber, Sabine Groos

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Mit Daten des DMP COPD Nordrhein wird überprüft, ob die medikamentöse COPD-Therapie im Rahmen des DMP dem empfohlenen Stufenplan aktueller Leitlinien wie der Nationalen Versorgungsleitlinie COPD [1] entspricht. In der DMP Dokumentation werden die wichtigsten Wirkstoffe zur Therapie der COPD, nicht aber Dosierungen und Applikationsformen beschrieben. Die schweregradbezogenen Differenzierungen zum Krankheitsbild der COPD beziehen sich im Wesentlichen auf den spirometrisch ermittelten Obstruktionsgrad der Atemwege. Der Obstruktionsgrad wird über das Verhältnis zwischen gemessener Einsekundenkapazität (FEV1) und dem geschlechtsspezifischen Verhältnis der Lungenvolumina zur Körpergröße im Sinne des individuellen Sollwerts (SW) [2] ermittelt.

**Material und Methoden:** Von 28.448 überwiegend hausärztlich betreuten DMP-COPD-Patienten (51,5% Männer, 32,7% Raucher, mittleres Alter  $67,0 \pm 11,2$ , mittlere Erkrankungsdauer  $11,3 \pm 9,4$  Jahre) liegt mindestens eine FEV1-Messung pro Halbjahr aus 2009 und 2010 vor. Über alle 4 Halbjahre stabil lassen sich 13.115 dieser Patienten gemäß [3] eingruppiert, 7.099 (I) haben eine FEV1 von  $\geq 70\%$  des SW, 3.160 (II) eine FEV1 zwischen 50 und 70% des SW, 1.516 (III) eine FEV1 zwischen 35 und  $< 50\%$  des SW, sowie 1.340 (IV) eine FEV1  $< 35\%$  des SW. Die übrigen 15.333 Patienten lassen sich aufgrund von Veränderungen in der Sollwerterreichung nicht stabil eingruppiert und bleiben hier unberücksichtigt. Aufgrund der hohen Fallzahlen erfolgen die Analysen deskriptiv-statistisch.

**Ergebnisse:** Im 2. Halbjahr 2010 erhalten die Patienten aus den Schweregradgruppen I bis IV in folgendem Umfang entsprechende medikamentöse Verordnungen: kurzwirksame Betaagonisten und Anticholinergika (SABA\*): I: 66,7 / II: 75,1 / III: 80,9 / IV: 86,5%, langwirksame Betaagonisten (LABA): 51,7 / 67,1 / 76,6 /

86,7%, langwirksame Anticholinergika (LAAC): 24,1 / 38,8 / 58,0 / 71,2%, inhalative Kortikosteroide (ICS): 36,9 / 47,5 / 55,4 / 63,8%, orale Kortikosteroide (OCS): 4,5 / 7,6 / 13,3 / 23,2% und Theophyllin 6,9 / 10,8 / 18,7 / 26,9%. Im Zeitverlauf erhöht sich der Anteil an Patienten mit gemeinsamer Verordnung von SABA\* + LABA und/oder LAAC im 1. Halbjahr 2009 von 40,3 / 56,2 / 68,3 / 78,7% auf 42,3 / 60,5 / 72,1 / 81,3% der Patienten im 2. Halbjahr 2010.

**Schlussfolgerung:** Die Verordnungshäufigkeit einzelner Medikationsgruppen ist bei COPD-Patienten mit stabilem Krankheitsverlauf deutlich abhängig vom Obstruktionsgrad. Dies entspricht den Erwartungen hinsichtlich einer, an dem Stufenschema orientierten Medikationsverordnung. Die leichte Erhöhung der gemeinsamen Verordnung kann als zunehmende Übereinstimmung mit den Leitlinienempfehlungen gedeutet werden. Hingegen überrascht bei Patienten mit befriedigendem Verhältnis von FEV1 zu SW ( $>50\%$ ) der hohe Anteil an ICS, die nach [1] nur bei nachgewiesenem Therapieeffekt und erst ab einer FEV1  $<50\%$  des SW verordnet werden sollen. Auffallend viele Patienten erhalten zudem OCS oder Theophyllin, welches als Wirkstoff der ‚dritten Wahl‘ betrachtet wird [1]. Zu erwägen ist, ob im DMP COPD ähnlich wie in allen übrigen DMP nicht auch Empfehlungen für ordnungsbezogene Qualitätsziele verankert werden sollten. Die individuelle Zielerreichung könnte dann beispielsweise über die Feedback-Berichte für die teilnehmenden Praxen dargestellt werden und individuelle Hinweise auf einzelne Patienten enthalten, die gemäß der vorliegenden Daten zur Beschreibung der COPD-Schweregrade möglicherweise nicht von einer begleitenden Kortikoid-Therapie profitieren.

## Literatur

1. Bundesärztekammer (BÄK), Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hg). Nationale Versorgungsleitlinie COPD. Langfassung, Version 1.7, Februar 2010, basierend auf der Fassung vom Februar 2006. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin; 2010.
2. Brändli O, Schindler C, Leuenberger P, Baur X, Degens P, Künzli N, Keller R, Perruchoud AP. Re-estimated equations for 5th percentiles of lung function variables. Thorax. 2000;55(2):173-74.
3. KBV ICD Browser. Available from: <http://icd.kbv.de/icdbrowser/#>

Bitte zitieren als: Kretschmann J, Hagen B, Altenhofen L, Weber A, Groos S. Werden bei COPD-Patienten Stufenpläne der Medikationen in Abhängigkeit vom Grad der Obstruktion umgesetzt? Ergebnisse aus dem Disease Management Programm (DMP) COPD in der Region Nordrhein. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf245.

DOI: 10.3205/11dkvf245, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2454

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf245.shtml>

246

### Wie hat sich das Verschreibungsverhalten hinsichtlich der peri- bzw. postmenopausalen Hormontherapie in den letzten Jahren verändert?

Cornelia Gerdau-Heitmann, Gerd Glaeske  
Zentrum für Sozialpolitik, Bremen, Deutschland

**Hintergrund:** Während bis Ende der 1990er Jahre von einer eher protektiven Wirkung der Hormontherapie ausgegangen wurde, zeigen wissenschaftliche Studien in den letzten Jahren, dass die Hormontherapie in und nach den Wechseljahren mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko insbesondere im Hinblick auf Brustkrebs und Herz-Kreislauferkrankungen einhergeht. Die vorliegende Studie soll mögliche Veränderungen beim Verschreibungsverhalten anhand von zwei Kohorten untersuchen.

**Material und Methoden:** Für die vorliegende Untersuchung werden Sekundärdaten der Gmünder Ersatz-Kasse (GEK) der Jahre 2000 bis 2009 genutzt, die personenbezogen, aber pseudonymisiert zur Verfügung stehen. Die Auswahl der für die Fragestellung relevanten Arzneimittel erfolgt mit Hilfe des ATC-Systems (ATC = Anatomical Therapeutic Chemical Code) des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIDO). Aus der Gruppe G03 werden alle für die peri- und postmenopausale Hormontherapie relevanten Wirkstoffe und die zugehörigen Präparate ermittelt.

Bei der vorliegenden Auswertung werden zunächst zwei Kohorten gebildet. Die erste Kohorte umfasst die Jahre 2000 bis 2004 und die zweite Kohorte die Jahre 2005 bis 2009. Für diese Kohorten werden nur die Verordnungen berücksichtigt, die bei Frauen im Alter ab 40 und unter 100 Jahren erfolgten. Frauen, die nicht über den gesamten Beobachtungszeitraum der jeweiligen Kohorte (2000–2004 und 2005 bis 2009) durchgehend bei der GEK versichert sind, werden ausgeschlossen. Das erste Beobachtungsjahr dient dazu Frauen zu ermitteln, die keine Hormontherapie (HT) verschrieben bekommen haben. Anschließend werden so genannte „inzidente HT-Anwenderinnen“ ermittelt, um das Verschreibungsverhalten der beiden Beobachtungszeiträume vergleichen zu können. Hierzu werden die Verordnungsdaten der Jahre 2001 bis 2004 und 2006 bis 2009 näher betrachtet.

**Ergebnisse:** Es wird erwartet, dass der Vergleich der beiden Kohorten einen geringeren Anteil der HT-Anwenderinnen in der späten Kohorte zeigt. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die Anwendungsdauer ebenfalls abnimmt.

Bitte zitieren als: Gerdau-Heitmann C, Glaeske G. Wie hat sich das Verschreibungsverhalten hinsichtlich der peri- bzw. postmenopausalen Hormontherapie in den letzten Jahren verändert? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf246.  
DOI: 10.3205/11dkvf246, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2469

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf246.shtml>

247

### Wie ist die Qualität des Schmerzmanagements im Krankenhaus?

Andrea Dobrin Schippers  
Verein Outcome, Zürich, Schweiz

**Hintergrund:** Die professionelle Begleitung in der Schmerzsituation gehört neben Linderung und Prävention zu den bedeutendsten Aufgaben in der Patientenversorgung. Heterogene Patientengruppen, die unterschiedlichen Ursachen, Ausprägungen sowie vielfältigen Interventionen zur Behandlung des Schmerzes stellen ein komplexes Themenfeld dar. Um die Qualität des Schmerzmanagements abzubilden muss diese Komplexität auf messbare Qualitätsindikatoren reduziert werden. Ziel dieses Projektes des Verein Outcome war die Entwicklung eines Messinstrumentes, welches in der Lage ist Informationen zur Qualität des Schmerzmanagements im Akutkrankenhaus zu generieren und auf mögliches Verbesserungspotential hinzuweisen.

**Material und Methoden:** Eine erste Auswahl geeigneter Indikatoren wurde auf Basis der in der Literaturrecherche gefundenen bestehenden Erhebungsinstrumente getroffen. Um die Perspektive des Patienten zu erfassen ist eine Patientenbefragung als Datenquelle für die Beurteilung des Schmerzmanagements selbstverständlich. Der Patientenfragebogen wurde aus Anteilen von bereits bestehenden Instrumenten und neu formulierten Fragen konstruiert [1], [2], [3], [4]. Parallel werden demografische sowie relevante Patientenmerkmale zur Erkrankung, chirurgischen Interventionen, Informationen zur Schmerzsituation sowie zur Schmerztherapie erfasst. Wissensdefizite und unangepasste Haltungen bei Pflegenden und Ärzten gelten als Barrieren eines effektiven Schmerzmanagements. Um eventuelle Defizite zu identifizieren, wird bei dieser Messung eine Mitarbeiterbefragung mit einem bereits bestehenden Instrument durchgeführt. Die Qualitätskriterien und –indikatoren, die Messinstrumente sowie die Messorganisation wurden in Zusammenarbeit mit Experten aus der klinischen Praxis entwickelt. Im Frühjahr 2011 konnte die Pilotmessung mit zehn schweizerischen Krankenhäusern erfolgreich abgeschlossen und die Messung evaluiert werden.

**Ergebnisse:** Erstmals sind Daten verfügbar, die wertvolle Hinweise zur Qualität des Schmerzmanagements in Schweizer Spitälern liefern. Dargestellt werden können z.B. die Zufriedenheit der Patienten mit der Schmerzbehandlung, Wartezeiten auf Schmerzmedikamente sowie der erlebte Umgang durch die Pflegenden und Ärzte. Es ist möglich, die Ergebnisse der Patientenbefragung für spezifische Gruppen, wie z.B. Patienten mit chronischen Schmerzen oder aus der Onkologie oder Rheumatologie, genauer zu analysieren.

Mit den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung konnten die Bereiche verfügen die Spitäler über eine sehr gute Grundlage um gezielte Fortbildungsangebote zu entwickeln.

Die statistischen Analysen aus der Pilotmessung zur Validierung attestieren dem Patientenfragebogen gute psychometrische Eigenschaften.

**Schlussfolgerung:** Ungenügend behandelte Schmerzen führen zu unnötigem Leiden und haben ökonomische Auswirkungen (Verlängerung der Spitalaufenthalte,

Chronifizierung von Schmerzen). Die Entwicklung von geeigneten Instrumenten zur Qualitätsoptimierung für den sensiblen Bereich des Schmerzmanagements ist deshalb von grosser Bedeutung. In Kooperation mit spezialisierten Ärzten und Pflegenden aus verschiedensten Spitälern konnte das Messinstrumentarium entwickelt werden, welches auf bereits Bestehendem aufbaut und für den spezifischen Bedarf des Qualitätsmanagements im Akutspital angepasst wurde. Erfahrungen aus der Pilotmessung zeigen eine gute Praktikabilität sowie spannende Ergebnisse mit Hinweisen auf Optimierungspotential.

## Literatur

1. Radbruch L, Loick G, Kiencke P, Lindena G, Sabatowski R, Grond S, Lehmann KA, Cleeland CS. Validation of the German Version of the Brief Pain Inventory. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1999;18(3): 180-187.
2. Ward SE, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain*. 1994;56: 299-306.
3. Meissner W, Mescha S, Rothaug J, Zwacka S. Qualitätsverbesserung der postoperativen Schmerztherapie - Ergebnisse des QUIPS-Projekts. *Dtsch Arztebl*. 2008;105(50): 865-70.
4. Krebsliga Schweiz. Befragung im Rahmen des Projektes „Gemeinsam gegen Schmerzen“. 2002. Available from: <http://www.schmerz.ch/html/de/main.php>. [28.04.2011].
5. Ferrell BF, Mc Caffery M. Nurses Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. 1997. Available from: <http://prc.coh.org/> [20.01.2010].
6. Gugler E. Wissen und Einstellung diplomierter Pflegefachpersonen zum Schmerzmanagement. Unveröffentlichte Master-Thesis. Maastricht: WE'G Aarau/Universität Maastricht (NL); 2005.

Bitte zitieren als: Dobrin Schippers A. Wie ist die Qualität des Schmerzmanagements im Krankenhaus? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf247. DOI: 10.3205/11dkvf247, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2471

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf247.shtml>

248

## WINHO-Qualitätsindikatoren für die ambulante Onkologie

Regina E. Buschmann-Maiworm<sup>1</sup>, Gudrun Klein<sup>1</sup>, Walter Baumann<sup>1</sup>, Ulrich R. Kleeberg<sup>2</sup>, Herbert Lebahn<sup>3</sup>, Burkhard Otremba<sup>4</sup>, Tilmann Steinmetz<sup>5</sup>, Stephan Schmitz<sup>5</sup>

<sup>1</sup>WINHO, Köln, Deutschland

<sup>2</sup>Hämatologisch-Onkologische Praxis Altona, Hamburg, Deutschland

<sup>3</sup>Onkologie-Friedrichshain, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup>Onkologiepraxis-Oldenburg, Oldenburg, Deutschland

<sup>5</sup>Gemeinschaftspraxis für Hämatologie und Onkologie, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Ziel des WINHO-Qualitätsindikatorenprojektes ist es zunächst ein Indikatorenset für die ambulante Onkologie in Deutschland zu entwickeln. In einem weiteren Schritt soll ein Startersset von Qualitätsindikatoren (QI) in den Praxen niedergelassener Hämatologen und Onkologen eingesetzt werden. Das zu entwickelnde Indikatorenset soll einerseits für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten onkologischen Versorgung eingesetzt und weiter entwickelt werden und andererseits auch für ein peer-to-peer-benchmarking mit dem Ziel der Verbesserung der Patientenversorgung eingesetzt werden. Das

US-amerikanische QOPI-System (2005), das von der ASCO für die ambulante onkologische Versorgung in den USA initiiert wurde, ist für diese mehrstufige Studie eine wichtige Orientierung.

**Material und Methoden:** Relevante Indikatoren wurden zunächst durch eine Internet- und Literaturrecherche gesammelt. Die Indikatoreauswahl wurde durch ein modifiziertes RAND/UCLA Verfahren, das international in diesem Kontext eingesetzt wird, als zweistufiges Experten-Rating-Verfahren durchgeführt. Die Indikatoren wurden hinsichtlich der 5 Kriterien „Wichtigkeit“, „Nutzen für Patienten“, „Verantwortlichkeit“, „Abbildung von Qualität“ und „Daten in Patientenakte“ auf fünfstufigen kategorialen Rating-Skalen bewertet. Basierend auf den Ergebnissen der 1. Bewertungsrunde wurden die Indikatoren vor der zweiten Bewertung modifiziert und durch die Experten diskutiert. Das Expertenpanel bestand aus 25 Experten, die aus Fachgesellschaften der Onkologie, Mitgliedern der offenen Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement des WINHO und aus Vertretern von Selbsthilfegruppen stammen. Derzeit läuft die vierstufige Machbarkeitsanalyse der 46 WINHO-Indikatoren. Sie besteht aus 1. dem Expertenrating der 2. Bewertungsrunde, Daten, 2. aus semi-strukturierte Interviews mit niedergelassenen Hämatologen und Onkologen über Bedingungen der Erhebbarkeit der Indikatoren, 3. aus einer Fragebogen-erhebung zur Machbarkeit nach AQUIK [1] und 4. aus der Extraktion von Zähler und Nennerparametern aus stichprobenartig ausgewählten Patientendokumentationen.

**Ergebnisse:** Das Ergebnis der Internet- und Literaturrecherche war ein Indikatorenvorregister mit 272 Qualitätsindikatoren. Aufgrund von Redundanz und der Heterogenität der Spezifikationen einzelner Indikatoren verblieben für die erste und zweite Bewertungsrunde 67 Indikatoren. In der ersten Bewertungsrunde wurden 37 Indikatoren einheitlich positiv durch das Panel bewertet. Das Ergebnis der zweiten Bewertung ist ein Set von 46 einheitlich positiv bewerteten Indikatoren für die ambulante onkologische Versorgung in Deutschland. Erste Ergebnisse der Machbarkeitsanalyse zeigen, dass fast alle für die Berechnung der Indikatoren notwendigen Daten bereits dokumentiert werden, jedoch variiert der Zeitaufwand zur Auffindung der einzelnen Daten massiv. Eine große Implementierungsbarriere stellt die Verwendung sehr heterogener Patientendokumentationssysteme dar.

**Schlussfolgerung:** Ein erstes Set an QI, das regelmäßig an Veränderungen der Leitlinien bzw. den wissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden muss, ist erstellt. Die QOPI-Indikatoren sind nur bis zu einem bestimmten Grad für die ambulante Onkologie in Deutschland anwendbar. Die Machbarkeitsanalyse zeigt einerseits diverse Implementierungsbarrieren auf, andererseits liefert sie deutliche und konkrete Hinweise auf eine Machbarkeit der Erhebung der WINHO-Qualitätsindikatoren. Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe e.V..

## Literatur

1. Geraedts M. Machbarkeitstest für AQUIK®-Qualitätsindikatoren in Praxen. Vortrag 30.09.2009 [Internet]. Available from: <http://www.kbv.de/veranstaltungen/10973.html>.
2. Neuss MN, Desch C E, McNiff KK, Eisenberg PD, Gesme DH, Jacobson JO, Jahanzeb M, Padberg JJ, Rainey JM, Guo JJ, Simone JV. A Process for Measuring the Quality of Cancer

Care: The Quality Oncology Practice Initiative 5. Journal of Clinical Oncology. 2005;23(25):6233-6239.

Bitte zitieren als: Buschmann-Maiworm RE, Klein G, Baumann W, Kleeberg UR, Lebahn H, Otremba B, Steinmetz T, Schmitz S. WINHO-Qualitätsindikatoren für die ambulante Onkologie. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf248. DOI: 10.3205/11dkvf248, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2483  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf248.shtml>

249

## Wozu kann man Versorgungsforschung gebrauchen?

Bertram Häussler  
IGES Institut GmbH, Berlin, Deutschland

Der Begriff „Versorgungsforschung“ hat sich zu einer Art Formel entwickelt, die zahlreiche Versprechen zur Lösung von wichtigen Problemen des Gesundheitssystems beinhaltet. In jüngster Zeit wurde durch das AMNOG der Nachweis einer günstigen Kosten-Nutzen-Relation für Arzneimittel an „Versorgungsstudien“ geknüpft. Ausgehend von einer bibliometrischen Analyse der bisher erschienenen über 30.000 Publikationen zum Thema „health services research“ wird untersucht, welche Anwendung und welche Reichweite dieser Forschungsansatz für die Darstellung der „real world“ hat.

Bitte zitieren als: Häussler B. Wozu kann man Versorgungsforschung gebrauchen? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf249. DOI: 10.3205/11dkvf249, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2497  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf249.shtml>

250

## Zeigen patientengerechte Broschüren mit Darstellung von Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln im RCT einen Nutzen?

Stefan Wilm<sup>1</sup>, Dusan Simic<sup>1</sup>, Verena Mülders<sup>2</sup>, David Schwappach<sup>3</sup>, Petra A. Thürmann<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

<sup>2</sup>Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

<sup>3</sup>Stiftung für Patientensicherheit, Zürich, Zürich, Schweiz

<sup>4</sup>Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, Helios Klinikum Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

**Hintergrund:** Die Darstellung des Nutzens sowie potenzieller Risiken von Arzneimitteln ist eine wesentliche Voraussetzung für die informierte Entscheidungsfindung der Patienten zur Therapie. Neben der mündlichen Aufklärung durch den Hausarzt dient hierzu die Packungsbeilage von Medikamenten. Diese wird jedoch von vielen Patienten als zu lang und unverständlich empfunden. Bisher gibt es in Deutschland nur wenige Untersuchungen darüber, welche Informationen Patienten zu ihren Medikamenten wünschen und wel-

che Art der Darstellung dieser Information sie präferieren.

**Material und Methoden:** In 6 Fokusgruppen mit Patienten aus Hausarztpraxen, die an Diabetes mellitus, Hypertonie und/oder Hypercholesterinämie erkrankt sind, wurden zunächst deren Wünsche in Bezug auf eine schriftliche Arzneimittelinformation erfasst. Die aus den Interviews gewonnenen Attribute sowie deren Ausprägungen wurden in einem zweiten Schritt in einer quantitativen Präferenzmessung an 1000 Personen über 50 Jahre in einer Straßenbefragung überprüft. Die als wichtig bzw. patientenfreundlich erkannten Merkmale von Patienteninformationen wurden als Grundlage zur Erstellung von zehn ergänzenden Medikamentenbeilagen verwendet (Broschüren für die Arzneistoffe Amlodipin, Bisoprolol, Candesartan, Enalapril, Glibenclamid, Glimepirid, Metformin, Metoprolol, Ramipril und Simvastatin). Diese werden prospektiv randomisiert bei Patienten aus Hausarztpraxen evaluiert. Dabei erhalten die Probanden der Interventionsgruppe Broschüren zu ihren Medikamenten, während der Kontrollgruppe eine Broschüre zu der Aufgabe von Forschungspraxen ausgehändigt wird. Im Anschluss an die Rekrutierung erfolgen vier telefonische Befragungen der Patienten (1 Woche, 1 Monat, 3 Monate und 6 Monate nach Rekrutierung). Der primäre Zielparаметer Patientenwissen wird einen Monat nach Erhalt der Information überprüft. Weiterhin werden Patientenzufriedenheit und Adhärenz mittels validierter Fragebögen (SIMS-D und MARS-D) ermittelt. Die Datenerhebung wird im Sommer 2011 abgeschlossen.

**Ergebnisse:** Für den RCT konnten insgesamt 462 Patienten aus 26 Hausarztpraxen rekrutiert werden. Über beide Gruppen hinweg konnten die meisten richtigen Antworten zum langfristigen Nutzen des Medikamentes beim Wirkstoff Bisoprolol (23,2%) gemessen werden. Die wenigsten richtigen Antworten zur gleichen Frage wurden bei den Wirkstoffen Glibenclamid und Glimepirid gegeben (0%). Bei dieser Fragestellung ist besonders auffällig, dass viele Probanden zwar wissen, gegen welche Erkrankung dieses Medikament eingenommen wird und was die kurzfristige Wirkung sein soll, jedoch den langfristigen Nutzen nicht benennen können. Bei der Abfrage von wichtigen Nebenwirkungen wurden die meisten richtigen Antworten bei Metoprolol und Metformin (> 20%) genannt, die wenigsten zu Candesartan (0%). Zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe können signifikante Unterschiede festgestellt werden.

**Schlussfolgerung:** Ergänzende Medikamentenbeilagen können zu einer Verbesserung des Patientenwissens zu den eingenommenen Medikamenten beitragen. Bei der Darstellung besonders des langfristigen Nutzens von Medikamenten ist jedoch zusätzlich erheblicher Beratungsbedarf durch den Hausarzt von Nöten.

Bitte zitieren als: Wilm S, Simic D, Mülders V, Schwappach D, Thürmann PA. Zeigen patientengerechte Broschüren mit Darstellung von Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln im RCT einen Nutzen? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf250.

DOI: 10.3205/11dkvf250, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2502

Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf250.shtml>

251

### Zeitbedarf und Kosten für die Umsetzung eines Medikamentenreviews – eine deskriptive Auswertung von Erhebungsdaten aus dem ambulanten Versorgungssektor

Thomas Fiß<sup>1</sup>, Marion Schaefer<sup>2</sup>, Neeltje van den Berg<sup>3</sup>, Wolfgang Hoffmann<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Bonn/Greifswald, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für klinische Pharmakologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup>Institut für Community Medicine, Greifswald, Deutschland

**Einleitung:** Mithilfe eines Medikationsreviews können Arzneimittel-bezogene Probleme (ABP) leichter identifiziert und in einem kollaborativen Netzwerk gelöst werden. Bisher ist jedoch wenig darüber bekannt, welche Kosten mit der Durchführung eines Medikationsreviews verbunden sind.

**Ziel:** Berechnung des Zeitbedarfs und Kostenschätzung für die Durchführung eines Medikationsreviews in der Häuslichkeit des Patienten im Rahmen der AGnES-Studien (Arzt-entlastende Gemeinde-nahe E-health-gestützte systemische Intervention).

**Methoden:** AGnES-Fachkräfte führten ein IT-gestütztes, systematisches Medikationsreview zur Erfassung und Lösung ausgewählter ABP bei Hausbesuchspatienten durch. Die lokale Apotheke und der Hausarzt waren Teil eines kooperativen Netzwerkes und die Erfassungszeit wurde automatisch durch eine MySQL-Datenbank erfasst. Die benötigte Auswertungszeit von Apotheker und Hausarzt wurde im Selbstbericht erhoben. Der Studienzeitraum erstreckte sich von 06/2006–12/2008. Für die Modellierung der Kosten wurden die durchschnittlichen Jahresbrutto-Löhne von 2008 verwendet.

**Ergebnisse:** Daten von 471 Patienten (w: 339; m: 132) wurden ausgewertet (Medianes Alter w=81; m=78). Im Median wurden für jeden Patienten 6 Behandlungsdiagnosen und 7 Medikamente in der Häuslichkeit erfasst. Das allgemeine Interview zu ABP dauerte im Median 6 Min., die Medikamentenerfassung 14,4 Min. Hinzu kamen 5 Min. für den Dokumentationsaufwand der AGnES-Fachkraft. Die Auswertung des Apothekers (u. a. Interaktionscheck mithilfe der ABDA-Datenbank und pharmazeutische Bewertung) dauerte 15 Min. und die des Arztes 8 Min. (Median). Für eine Datenerfassung durch die AGnES-Fachkraft (9,12 €) und Bewertung durch einen Apotheker (11,05 €) und Arzt (6,30 €) entstünden somit pro individuellem Medikationsreview mediane Gesamtkosten in Höhe von 26,47 €.

**Schlussfolgerung:** Mit dem Auftreten von ABP und deren Folgen sind hohe Kosten verbunden. Erstmals wurden objektive Daten zur Dauer und Kosten eines Medikationsreviews durch speziell qualifiziertes Praxispersonal in der Häuslichkeit präsentiert. Angesichts der erheblichen durch ABP verursachten Kosten ermöglicht die flächendeckende Implementierung von systematischen Medikationsreviews bei Risikogruppen relevante Ressourceneinsparungen.

Bitte zitieren als: Fiß T, Schaefer M, van den Berg N, Hoffmann W. Zeitbedarf und Kosten für die Umsetzung eines Medikamentenreviews – eine deskriptive Auswertung von Erhebungsdaten aus dem ambulanten Versorgungssektor. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf251.

DOI: 10.3205/11dkvf251, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2511

Frei verfügbar unter:

<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf251.shtml>

252

### Zielgruppenspezifische Ansprache für den präventiven Hausbesuch: Wie erreichen wir die Richtigen?

Ulla Walter<sup>1</sup>, Christiane Patzelt<sup>1</sup>, Bernhilde Deitermann<sup>1</sup>, Susanne Heim<sup>2</sup>, Gudrun Theile<sup>2</sup>, Christian Krauth<sup>1</sup>, Eva Hummers-Pradier<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover, Deutschland

<sup>2</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** Als nicht erreichte Zielgruppen für Präventionsmaßnahmen im Alter gelten nicht mobile sowie sozial benachteiligte ältere Menschen, ältere Männer und Menschen mit Seh- und Hörbehinderungen [1]. In der Studie „Ältere gezielt erreichen“ (BMBF-Präventionsforschung, 2008-2011) wird am Beispiel des präventiven Hausbesuches eine schriftliche Ansprache gemeinsam mit der Zielgruppe weiterentwickelt und evaluiert. Die Partizipation der Zielgruppe in die Projektentwicklung kann die Akzeptanz und die Teilnahmebereitschaft erhöhen und ist ein Element der evidenzbasierten Leitlinie der Gesundheitsförderung im Alter [2].

**Material und Methoden:** Zielgruppe sind über 65-jährige nicht pflegebedürftige Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse. In der mehrstufigen Evaluationsstudie werden zunächst mittels alters- und geschlechtsspezifischen Fokusgruppen (n=42) sowie Einzelinterviews (n=12) die Ansprachepräferenzen der Zielgruppe anhand eines Leitfadens ermittelt und das bereits bestehende Material weiterentwickelt. Der Leitfaden beinhaltet Fragen zum Gesundheits- und Präventionsverständnis, zum Informationsverhalten und zur Bewertung des bisherigen Informationsmaterials. Das Videomaterial aus den Fokusgruppen wird mit der Methode des Knowledge Mappings analysiert, die Audioaufzeichnungen inhaltsanalytisch ausgewertet. In der 2. Studienphase wird die Akzeptanz der neu entwickelten Ansprache im Vergleich zur bisherigen getestet. Insgesamt werden 2.512 AOK-Versicherte (65 plus) unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Region in drei Wellen angeschrieben und die jeweilige Reaktion mittels eines standardisierten Verfahrens dokumentiert.

**Ergebnisse:** Aus dem qualitativen Material konnte ein geschlechtsspezifisches Anspracheprofil herausgearbeitet werden: Es zeigte sich, dass für Frauen der jüngeren Altersgruppe Gesundheit im Alter gesellschaftliche Teilhabe und Kommunikation bedeutet. Von den älteren Frauen wurde die selbständige Lebensführung und familiäre Eingebundenheit hervorgehoben. Körperliche und geistige Betätigung wird in Eigeninitiative durchgeführt, weniger in einer Gruppe. Männer assoziierten mit Gesundheit im Alter vor allem Beweglich-

keit, Mobilität und Leistungsfähigkeit, bei den älteren Männern waren es außerdem der Lebenswille und gesellschaftliche Teilhabe. Gesundheitssport wurde von den älteren Männern im Selbstmanagement betrieben, da Angebote häufig „frauenbesetzt“ und nicht altersgerecht seien. Zur Ansprache für Angebote wie den präventiven Hausbesuch präferiert die Mehrheit der Befragten ein persönliches Anschreiben gegenüber einem unpersönlichen Flyer. Diese Erkenntnisse sind in die Entwicklung des neuen Ansprachematerials in Form eines gendersensiblen Anschreibens und einem stark gekürzten Flyers eingeflossen. Des Weiteren wurde die Zielgruppe durch einen Identifikationsbogen Präventiver Hausbesuch (IboPräv) auf einen Personenkreis eingrenzt, der bereits durch gesundheitliche Beeinträchtigungen eingeschränkt ist. Erste Ergebnisse der 2. Studienphase zeigen, dass auf das gendersensible Anschreiben und auf den überarbeiteten Flyer deutlich mehr Ältere (76 Jahre und älter) sowie mehr Männer reagiert haben als auf das bisher eingesetzte Ansprachematerial zum präventiven Hausbesuch.

**Schlussfolgerung:** Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz einer den Bedürfnissen, Verhaltenweisen und der Sprache der Geschlechter angepassten Ansprache für die Motivierung von (neuen) Zielgruppen in der Prävention.

#### Literatur

1. Hollenbach-Gröming B, Seidel-Schulze A. Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – Eine Bestandsaufnahme. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 33. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2007.
2. Resch K, Strümpel C, Wild M, Hackl C, Lang G, Hrsg. Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. 2010. Available from: <http://www.healthproelderly.com/>

Bitte zitieren als: Walter U, Patzelt C, Deitermann B, Heim S, Theile G, Krauth C, Hummers-Pradier E. Zielgruppenspezifische Ansprache für den präventiven Hausbesuch: Wie erreichen wir die Richtigen? In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf252. DOI: 10.3205/11dkvf252, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2521  
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf252.shtml>

253

### Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht – ZAP revisited

Marco Petrucci<sup>1</sup>, Beate Bestmann<sup>2</sup>, Frank Verheyen<sup>2</sup>, Marie-Luise Dierks<sup>3</sup>, Eva Maria Bitzer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pädagogische Hochschule, Freiburg, Deutschland

<sup>2</sup>WINEG | Wissenschaftliches Institut der TK, Hamburg, Deutschland

<sup>3</sup>Medizinische Hochschule, Hannover, Deutschland

**Hintergrund:** Die Erfassung von Prozesszufriedenheit aus Patientensicht in der Arztpraxis ist Bestandteil aller gängigen Qualitätsmanagementsysteme. Empfohlen wird die Erhebung mit reliablen und validen Befragungsinstrumenten. Der Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualität aus Patienten-

sicht (ZAP) ist ein solches Befragungsinstrument, das in den Jahren 1996 bis 1998 entwickelt und validiert wurde [1]. Im Jahr 2009 wurde der ZAP um eine Skala zur Einbindung in Entscheidungsprozesse ergänzt. Bislang nicht vorhanden sind Referenzwerte aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Zudem steht die psychometrische Überprüfung des erweiterten ZAP, d.h. inkl. der Subskala zur Einbindung in die Entscheidungsfindung, noch aus.

**Material und Methoden:** Im Januar 2010 wurden auf Basis einer Zufallsstichprobe Telefoninterviews mit 1.000 gesetzlich Versicherten durchgeführt, die das 18. Lebensjahr vollendet hatten und in Privathaushalten lebten (Durchschnittliches Alter: 50 (18–94) Jahre, Anteil Frauen: 53,8%). Zur Erfassung der Zufriedenheit wurde der erweiterte Fragebogen zur „Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientensicht“ (ZAP) eingesetzt. Die Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften erfolgte auf der Basis der klassischen Testtheorie. Die Ergebnisse der initialen Validierung wurden zur Interpretation herangezogen. Die Eindimensionalität der Skalen wurde mittels exploratorischer Faktorenanalyse überprüft. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse zur Überprüfung der Konstruktvalidität des erweiterten ZAP ist in Arbeit.

**Ergebnisse:** Der Anteil fehlender Werte bewegt sich zwischen 1,9% und 32% (vgl. Tabelle 1). Die Reliabilität der Subskalen liegt zwischen .69 und .93. Die Interkorrelation der Subskalen bewegt sich zwischen .38 und .79. Die Prüfung der Eindimensionalität der Skalen belegt bei allen fünf Subskalen jeweils genau einen Faktor mit einem Eigenwert größer eins. Alle Subskalen korrelieren positiv mit der Globaleinschätzung zur Zufriedenheit mit dem Arzt.

In Bezug auf den Anteil fehlender Werte zeigen sich bei drei der vier Skalen des ursprünglichen ZAP deutliche Unterschiede zwischen den beiden Stichproben. In der aktuellen Validierungsstichprobe (vgl. Tabelle 1) besitzt die Skala „Praxisorganisation“ deutlich weniger fehlende Werte, während bei den Skalen „Information“ und „Kooperation/fachliche Kompetenz“ deutlich höhere fehlende Werte als in der ursprünglichen Stichprobe beobachtet werden (vgl. Tabelle 2).

Im Vergleich zur initialen Validierungsstichprobe ist die Patientenzufriedenheit in der aktuellen Zufallsstichprobe bei allen vier Skalen des ursprünglichen ZAP geringer ausgeprägt (niedriger Subskalenmittelwerte, vgl. Tabelle 2).

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse und der Faktorenanalyse zeigen, dass sich die Skala "Einbindung in Entscheidungsprozesse" gut in die Gesamtstruktur des ZAP einfügt und auch der erweiterte ZAP-Fragebogen gute psychometrische Eigenschaften aufweist. Aufgrund der bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe stehen jetzt erstmals auch bundesdeutsche Referenzwerte für den ZAP zur Verfügung.

Die beobachteten Abweichungen in der Zufriedenheit mit der Behandlung in ambulanten Arztpraxen könnten durch Unterschiede in der Art der Datenerhebung (schriftliche Befragung vs. Telefonbefragung bzw. ad-hoc-Stichprobe aus Arztpraxen vs. Zufallsstichprobe) oder durch eine tatsächliche Veränderung in der Patientenzufriedenheit im Laufe der letzten 14 Jahren erklärt werden.

Skala	Anteil fehlender Werte	Schiefe	Interne Konsistenz (Cronbach's Alpha)	Subskalenmittelwert transformiert (0-100)
Praxisorganisation	12.2%	-1.57	.75	89.8
Interaktion	10.3%	-2.08	.95	90.1
Information	19.7%	-1.22	.94	83.4
Kooperation/fachliche Kompetenz	11.4%	-1.55	.84	89.4

Tabelle 1: Itemkennwerte und Reliabilität (Cronbach's Alpha) für die ZAP-Sub-Skalen – Daten der Validierung 2010

Skala	Anteil fehlender Werte	Schiefe	Interne Konsistenz (Cronbach's Alpha)	Subskalenmittelwert transformiert (0-100)
Praxisorganisation	1.9%	-.76	.69	81.1
Interaktion	9.2%	-1.12	.93	83.4
Information	32.1%	-.73	.90	77.8
Kooperation/fachliche Kompetenz	28.2%	-.99	.76	83.2
Einbindung in Entscheidungsprozesse	16.0%	-.93	.87	72.7

Tabelle 2: Itemkennwerte und Reliabilität (Cronbach's Alpha) für die ZAP-Sub-Skalen – Daten der initialen Validierung [1]

## Literatur

1. Bitzer EM, Dierks ML, Dörning H, Schwartz FW. Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive – Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstrumentes. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 1999;7(3):196-209.

Bitte zitieren als: Petrucci M, Bestmann B, Verheyen F, Dierks ML, Bitzer EM. Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht – ZAP revisited. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf253. DOI: 10.3205/11dkvf253, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2531  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf253.shtml>

## 254

### Zukunftsthemen der Versorgungsforschung – Expertenworkshop

Anna Schmidt<sup>1</sup>, Brigitte Grenz-Farenholtz<sup>2</sup>, Frank Verheyen<sup>2</sup>, Holger Pfaff<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, Köln, Deutschland

<sup>2</sup>WINEG - Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen, Hamburg, Deutschland

**Hintergrund:** Mit der Anerkennung und Akzeptanz der Versorgungsforschung als eigenständigem Fachgebiet innerhalb der Gesundheitsforschung steigen auch die an sie gerichteten Erwartungen. Mit welchen Themen sollte sich die Versorgungsforschung zukünftig beschäftigen, um die ihr gestellten Aufgaben erfüllen zu können? Ziel des am 8. November 2010 in Köln veranstalteten Workshops war es, auf diese Frage Antworten von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen – Ärzteschaft, Wissenschaft, Förderer und Kostenträger –

zu erhalten. Dabei sollte betrachtet werden, ob die Experten aus ihrer jeweiligen Sicht den zukünftigen Forschungsbedarf, die Forschungsaufgaben und -themen gleich oder ähnlich beurteilen bzw. welche Unterschiede sich erkennen lassen. Um sich diesem Ziel zu nähern, haben das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) und das Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) gemeinsam den 'Expertenworkshop – Zukunftsthemen der Versorgungsforschung' ausgerichtet.

**Material und Methoden:** Während des eintägigen Workshops in Köln im November 2010 kamen namhafte Experten zusammen, die in vier Fokusgruppen Zukunftsthemen der Versorgungsforschung ermittelten. In einem moderierten Verfahren diskutierten die Teilnehmer die von ihnen vorgeschlagenen Themen und stimmten in einem zweistufigen Verfahren über die wichtigsten Zukunftsthemen der Versorgungsforschung ab.

**Ergebnisse:** Der Einladung folgten für die Gruppe der Ärzteschaft 6, der Förderer 4, der Wissenschaft 13 und der Kostenträger 13 Experten. Von den insgesamt 25 Themen sind nach deren Einschätzung „Sektorenübergreifende Vernetzung“, „Patientenpräferenz“ sowie die „Evaluation von Innovation, Prozessen und Verfahren“ die drei Top- Zukunftsthemen der Versorgungsforschung.

**Schlussfolgerung:** Die Experten erarbeiteten bei dem durchgeführten Workshop die aus ihrer Sicht für die Versorgungsforschung wichtigen Zukunftsthemen. Inwieweit diese neue Themen der Versorgungsforschung darstellen oder bereits bekannte Themen sind, soll in der Präsentation genauer analysiert werden.

Bitte zitieren als: Schmidt A, Grenz-Farenholtz B, Verheyen F, Pfaff H. Zukunftsthemen der Versorgungsforschung – Expertenworkshop. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf254. DOI: 10.3205/11dkvf254, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2543  
Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkfv2011/11dkvf254.shtml>

255

### Zur Identifikation potentiell inadäquater Medikationen (PIM): ein Vergleich der Bewertung nach Beers-Kriterien und nach der PRISCUS-Liste in einem Sample hausärztlicher Verordnungen bei älteren Patienten mit Multimedikation

Martin Beyer, Ganso Matthias, Muth Christiane  
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität,  
Frankfurt/M., Deutschland

**Hintergrund:** Die Identifikation potentiell inadäquater Medikationen (PIM) bereitet insbesondere bei Patienten mit Multimedikation in der hausärztlichen Versorgung immer noch Probleme. In einer Querschnittstudie hatten wir gezeigt, dass der Anteil von PIMs (unter Zugrundelegung von Kriterien der verschiedenen Fortentwicklungen der Beers-Liste) deutlich geringer gegenüber einer nur schematischen Identifikation von PIMs nach Wirkstoffgruppen ist, wenn die einzelne PIM

nach Dosierung, Indikation und Galenik präzise validiert wird. Statt einer Häufigkeit von (roh) 4,5% der Verordnungen, die 32% der Patienten betroffen hätten, fanden wir nach Validierung eine Häufigkeit von 3,0% (bei 23,1% der Patienten). Nachdem nunmehr im Jahre 2010 die auf den deutschen Marktgegebenheiten beruhende und neu konsentrierte PRISCUS-Liste erschienen ist, interessierte es, welche Übereinstimmung es in einem Sample hausärztlicher Verordnungen bei Multimedikation zwischen den älteren und den PRISCUS-Kriterien gab, ob bisherige Unscharfbereiche (in denen die individuelle Validierung abweichende Bewertungen ergab) besser dargestellt werden können, und ob sich nach den Kriterien der PRISCUS-Liste veränderte problematische Indikationsbereiche und Wirkstoffe ergeben.

**Material und Methoden:** In der Basisstudie wurden in 17 hausärztlichen Praxen ältere Patienten mit Multimedikation ( $\geq 65$  J.,  $\geq 3$  Dauerdiagnosen,  $\geq 5$  Dauermedikationen) identifiziert und maximal 10 zufällig ausgewählte Patienten dieser Gruppe eingeschlossen. Für insgesamt 153 Studienteilnehmer konnte die vollständige Medikation (1.427 unterschiedliche Wirkstoffverordnungen) nach Praxisdokumentation sowie in einem Probandeninterview erhoben werden. Die Auswertung mit einem elektronischen Abfragetool (für die Rohidentifikation) und die anschließende manuelle Validierung nach den genauen Dosis-, Indikations- und galenischen Kriterien der Beers-Liste ergab das obengenannte Ergebnis. Die Bewertung der Medikationen nach den Kriterien der Beers-Liste durch zwei Reviewer ist derzeit noch im Gange und wird zum Kongress ausgewertet vorliegen.

**Ergebnisse:** Wir erwarten neben einer präziseren Bestimmung von PIM durch eine Liste, die an den deutschen Arzneimittelmarkt angepasst ist, eine bessere Identifikation von PIMs, weil Wirkstoffgruppen, deren negative Nutzen-/Schadens-Relation in den Beers-Listen nur unzureichend begründet waren, in der PRISCUS-Liste ausgeschlossen wurden. Wir hoffen außerdem, dass sich diese Liste besser auf die Daten anwenden läßt, weil Ausschlüsse nur einzelner galenischer Formen oder bestimmter Dosierungen vereinfacht sind. Da in der PRISCUS-Liste auch neue Indikationsgruppen problematisiert werden, wird sich eine Verschiebung bei den Indikationen von PIMs ergeben.

**Schlussfolgerung:** Da die PRISCUS-Liste von vornherein auf eine kontinuierliche Fortentwicklung angelegt ist, ergeben sich bei der Anwendung auf ein gut dokumentiertes Sample hausärztlicher Verordnungen neue Gesichtspunkte für die Formulierung der Kriterien der Liste.

#### Literatur

1. Ganso M, Muth C, Erler A, Beyer M. Zur Sensitivitätsanalyse der Beers-Kriterien bei älteren, multimorbiden Patienten mit Polypharmakotherapie. Vortr. Interner Workshop der GAA, Frankfurt, 13. März 2008
2. Muth C, Zint C, Ganso M, Beyer M, Saal K, Gerlach FM, Haefeli WE. Häufigkeit unangemessener Verordnungen aufgrund nicht-beachteter Kontraindikationen – eine Querschnittstudie an hausärztlich versorgten älteren multimorbiden Patienten mit Multimedikation. 15. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungs-forschung und Arzneimittelepidemiologie. Bonn, 20.-21.11.2008. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2008. Doc08gaa07. Available from: <http://www.egms.de/de/meetings/gaa2008/08gaa07.shtml>

Bitte zitieren als: Beyer M, Matthias G, Christiane M. Zur Identifikation potentiell inadäquater Medikationen (PIM): ein Vergleich der Bewertung nach Beers-Kriterien und nach der PRISCUS-Liste in einem Sample hausärztlicher Verordnungen bei älteren Patienten mit Multimedikation. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf255.

DOI: 10.3205/11dkvf255, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2551

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf255.shtml>

256

## Zur stationären Versorgung von Jugendlichen

Peter Peschel, Joachim Kugler

TU Dresden, Gesundheitswissenschaften/Public Health, Dresden, Deutschland

**Hintergrund:** Die Jugendlichen (12–17 J.) in Deutschland stellen laut einer Vielzahl von Studien die gesündeste Altersgruppe dar. Dennoch wird diese Lebensphase als wichtig angesehen, da hier entscheidende Weichen für die Erwachsenenphase gestellt werden. Im Bedarfsfall ist nach inhaltlicher Definition die Kinder- und Jugendmedizin die am besten geeignete Fachrichtung. Gibt es diesbezüglich Hinweise in der Krankenhausdiagnosestatistik auf Unter-, Über- oder Fehlversorgung bei Jugendlichen? Da mittlerweile deutliche regionale Unterschiede in Deutschland bekannt sind, beschränkt sich diese Analyse vorerst auf einen Vergleich von Sachsen und Rheinland-Pfalz.

**Material und Methoden:** Ausgewertet wurde die Krankenhausdiagnosestatistik des FDZ (2000–07). Es erfolgte ein Vergleich zwischen Kinder- und Jugendmedizinischen (KJM) und „Erwachsenenmedizinischen“ (EM) Abteilungen. Dabei wurden vorrangig Behandlungshäufigkeiten und Verweildauerunterschiede betrachtet. Dies geschah vor dem Hintergrund abgebauter Bettenkapazitäten und unterschiedlicher Nutzungsgrade (Bettenauslastung).

**Ergebnisse:** Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass Jugendliche sehr häufig auf EM-Abteilungen behandelt wurden, in Sachsen ca. die Hälfte, in Rheinland-Pfalz ca. zwei Drittel der Jugendlichen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Behandlung mit Operationen. Der Nutzungsgrad der aufgestellten Betten lag in beiden Bundesländern im Mittel unter 80 Prozent in allen Jahren. Für Deutschland werden Nutzungsgrade in der Kinder- und Jugendmedizin sowie in der Kinderchirurgie mit unter 75 Prozent angegeben. Die Verweildauer unterscheidet sich zwischen KJM- und EM-Abteilungen statistisch signifikant, im Mittel um 0,5 Tage. Dies gilt auch für jugendliche Fälle, welche operiert wurden. Der Anteil jugendlicher Fälle mit Operationen liegt in beiden Bundesländern etwas über einem Drittel.

**Schlussfolgerung:** Auf kinder- und jugendmedizinischen Abteilungen (inkl. Kinderchirurgie) sind im Jahresmittel noch deutliche Kapazitäten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorhanden. Es scheint daher nach den vorgestellten Ergebnissen eine »Fehlversorgung« im Sinne der Selbstdefinition der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften zu geben. Jugendliche werden noch zum überwiegenden Anteil auf Erwachsenenabteilungen behandelt, unabhängig davon ob sie während ihres Krankenhausaufenthaltes ope-

riert wurden oder nicht. Dies geschieht, obwohl nach den Daten zum Nutzungsgrad noch Kapazitäten für die Aufnahme von Jugendlichen auf kinder- und jugendmedizinische Abteilungen vorhanden war. Die Verweildauerunterschiede sind zwar statistisch signifikant, scheinen jedoch erst ab 2 Tagen klinisch relevant zu werden. Auch die Verweildauer bei Fällen mit Operationen unterscheidet sich statistisch signifikant. Der als gering eingeschätzte Unterschied scheint kein Hinweis auf qualitative Unterschiede zwischen der KJM und EM bzgl. der Versorgung von Jugendlichen zu sein. Ob Jugendliche zukünftig stationär vorrangig nur auf KJM-Abteilungen behandelt werden sollten, könnte mithilfe weiterer Analysen von Qualitätsparametern beantwortet werden. Auch Sekundärdaten wie die DRG-Statistik in Kombination mit Patientenbefragungen können wichtige Hinweise liefern.

Bitte zitieren als: Peschel P, Kugler J. Zur stationären Versorgung von Jugendlichen. In: 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 18. GAA-Jahrestagung. Köln, 20.-22.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dkvf256.

DOI: 10.3205/11dkvf256, URN: urn:nbn:de:0183-11dkvf2565

Frei verfügbar unter:  
<http://www.egms.de/en/meetings/dkvf2011/11dkvf256.shtml>

257

## Fünf typische Wege in das österreichische Gesundheitssystem und die Rolle des Hausarztes in der Versorgungskette

Katharina Auer<sup>1</sup>, Timo Fischer<sup>2</sup>, Stefanie Hengl<sup>1</sup>, Matthias Schauppenlehner<sup>3</sup>, Tom Schmid<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Ilse Arit Institut für Inklusionsforschung der Fachhochschule St. Pölten*, Österreich

<sup>2</sup> *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*, Wien, Österreich

<sup>3</sup> *Competence Center Integrierte Versorgung, Wiener Gebietskrankenkasse*, Wien, Österreich

**Hintergrund:** In den Diskussionen rund um Gesundheitsreformen in Österreich wurde in den letzten Jahren immer wieder der Begriff des „Hausarztmodells“ bemüht, oft aber nur als Worthülse, deren Bedeutung völlig unbestimmt ist. Unterschiedliche Stakeholder interpretieren – je nach Wissens- und Erfahrungsstand – die Inhalte eines Hausarztmodells unterschiedlich. Völlig unbeantwortet bleibt dabei die Frage, was Patientinnen eigentlich unter einem/r Hausärztin/-arzt verstehen und wann sie diese/diesen aufsuchen. Hier setzt das vorliegende Forschungsprojekt an und versucht, unterschiedliche Systemnutzertypologien zu generieren.

**Material und Methoden:** Das Vorhaben, mehr über das Verhalten von Patientinnen bei der Entscheidung über ihre konkreten „Gesundheitspfade“ zu erfahren, wurde durch ein qualitatives, theoriegenerierendes Verfahren umgesetzt, das sich an Phillip Mayring (1999) und Anselm Strauß (1998) anlehnt. Im Gegensatz zu einem hypothesen abarbeitenden Verfahren geht man in diesem qualitativen Verfahren ohne Hypothesen (ohne Vorannahmen) ins Feld und versucht, aus den Antworten Hypothesen und damit ein Stück neuer Theorie zu gewinnen. Hier bekommt man keine repräsentativen Informationen über die mengenmäßige Verteilung von Phänomenen in einer Grundgesamtheit, aber man erfährt viel über typische Zusammenhänge. Die durchgeführten Interviews wurden aus einem Pool von

Versicherten der Wiener und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse gezogen; deren gemeinsames Merkmal zehn oder mehr Arztkontakte im letztvergangenen Jahr (2009) war. Der gesamte Pool wurde angeschrieben und um ihre Bereitschaft zu einem Interview gefragt. Von den Personen, die sich mit ihrem Rückbrief zu einem Interview bereit erklärt hatten, konnten schließlich 23 Personen erreicht werden.

**Ergebnisse:** Es konnten fünf typischen Verhalten der befragten PatientInnen in Wien und Niederösterreich bezüglich ihrer Nutzung von Gesundheitseinrichtungen dargestellt werden. Bezogen auf das Forschungsinteresse (Akzeptanz eines Gatekeepermodells) wurden für die Bezeichnung der fünf Typen Metaphern in Zusammenhang mit dem Begriff der „Türe“ verwendet. Konkret handelt es sich bei den Typen um (i) „Zwischen Tür und Angel“ – der reflektierte Hausarztnutzer, (ii) „Draußen vor der Tür“ – der Hausarztverweigerer, (iii) „Haupteingang“ - der treue Hausarzt-Fan, (iv) „Automatiktür“ – der effiziente und flexible Gesundheitssystemnutzer und (v) „Windfang“ - der beziehungsorientierte Gesundheitssystemnutzer.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse machen deutlich, dass sich das Konzept einer Gatekeeper-Versorgung, wobei die niedergelassenen HausärztInnen die Rolle des Gatekeepers beim (ambulanten wie stationären) Zugang zum Gesundheitssystem übernehmen würden, in Österreich durchaus nicht mit jenen Widerständen rechnen müsste, wie landläufig immer wieder vermutet wird. Seitens der PatientInnen lässt sich deutlich machen, dass es keineswegs eine einheitliche (ablehnende) Haltung gegen eine Gatekeeperversorgung gibt bzw. dass das „soziale Gut“ der freien Arztwahl nicht bei allen PatientInnengruppen gleich verbreitet ist. So stellt sich heraus, dass der „treue Hausarztfan“ (Typ 3) das Gatekeepermodell bereits lebt, dass der „reflektierte Hausarztnutzer“ (Typ 1) und der „beziehungsorientierte Gesundheitssystemnutzer“ (Typ 5) (eventuell) von einem Gatekeepermodell überzeugt werden können, während beim „effizienten und flexiblen Gesundheitssystemnutzer“ (Typ 4) sowie beim „Hausarztverweigerer“ (Typ 2) erhebliche Widerstände gegen ein Gatekeepermodell bzw. gegen eine Beschränkung der freien (Haus)ÄrztInnenwahl zu erwarten sein dürften. Diesen Widerständen könnte jedoch mit einer Opt-out Regelung begegnet werden, die im Rahmen des Wahlarztsystems von den „Hausarztverweigerern“ und den „effizienten und flexiblen Gesundheitssystemnutzern“ ohnedies auch derzeit schon genutzt werden kann.

258

### Effekte von Disease Management Programmen (DMPs) bei Patienten mit Diabetes Typ 2

Anna Drabik, Dirk Müller, Stephanie Stock

Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

**Hintergrund:** Disease Management Programme (DMPs) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten. Sie sollen durch Evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen, Patientenschulungen und –informationen sowie durch Qualitätssicherung und Dokumentation die Qualität und Koordination

der Versorgung verbessern. Inzwischen sind über 6 Millionen Versicherte bundesweit in DMPs eingeschrieben. Für Typ 2 Diabetiker besteht die Möglichkeit der Einschreibung in ein DMP seit 2002. Insgesamt sind derzeit 3,5 Millionen Diabetiker in ein DMP eingeschrieben.

**Material und Methoden:** In unserer Analyse wurden administrative Routinedaten von insgesamt 234.262 Versicherten der BARMER GEK ausgewertet. Untersuchungsgegenstand war, welchen Einfluss das DMP für Typ 2 Diabetiker auf die durch die Versicherten verursachten Kosten, auf Mortalität und die Entwicklung von Komorbiditäten im Vergleich zur Routineversorgung hatte. Die Beobachtungszeit betrug 2-3 Jahre. Um den Selektionsbias der freiwilligen Einschreibung in die Programme zu minimieren, wurde ein Propensity Score Matching durchgeführt.

**Ergebnisse:** Es wurden insgesamt 19.882 Paare ausgewertet. Im Vergleich der Kostendifferenz vor Eintritt in das Programm (2003) und nach 2-3 Jahren Intervention (2007) war die Intervention signifikant günstiger im Vergleich zur Kontrolle (1.094€ vs. 1.433€,  $p < 0,0001$ ). Die Mortalität war nach Ende des Beobachtungszeitraums in der Interventionsgruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe (2,3% vs. 4,7%,  $p < 0,0001$ ). Diabetes-spezifische Komorbiditäten (Herzinfarkt, Schlaganfall, chronische Niereninsuffizienz und Amputationen) traten in der DMP-Gruppe seltener auf.

**Schlussfolgerung:** In dieser Analyse konnte gezeigt werden, dass ein DMP Diabetes mellitus Typ 2, das den gesetzlichen Vorgaben entspricht, nicht nur die medizinischen Ergebnisse verbessert, sondern unter den gegebenen Rahmenbedingungen und unter Beachtung der Limitationen dieser Auswertung auch wirtschaftlich für eine Krankenkasse attraktiv sein kann.

259

### Single item on patients' satisfaction with outcome provides additional insight into impact of surgery

Kirstin Grosse Frie<sup>1</sup>, Jan van der Meulen<sup>1</sup>, Nick Black<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Health Services Research & Policy, London School of Hygiene & Tropical Medicine

**Objective:** Assessments of the performance of health care providers based on patients' views of outcome tend to focus on symptoms, disability (functional status) and quality of life (QoL). The extent to which surgery has an impact on patient's satisfaction with their health is either ignored or assumed to be strongly correlated with the dimensions that are measured. Our interest is whether or not patients' reports of their level of satisfaction with their health should be added to a questionnaire being used with 250 000 patients each year in England who undergo one of four common procedures. Would its inclusion provide any additional benefit for routinely assessing elective operations? And would such a measure make any of the multi-item measures of other dimensions redundant?

**Study design and setting:** We utilised data collected on two major procedures (hip and knee replacement) from 69 providers and for two minor procedures (hernia repair and varicose vein surgery) from 42 providers. Patients completed questionnaires before and after

surgery that included a single item on satisfaction with their health (based on the IPSS Bother Question), disease-specific measures of symptoms/disability, generic measures of symptoms/disability and of quality of life (QoL), and single transitional items. Non-parametric Spearman's correlations explored relationships between measures.

**Results:** Overall 8383 hip patients, 10 187 knee patients, 715 inguinal hernia patients and 539 varicose vein patients completed a pre-operative questionnaire. Following surgery, the response rates were 91% (7611) for hips, 88% (9011) for knee, 79% (566) for inguinal hernias, and 70% (375) for varicose veins. There were statistically significant associations between satisfaction and other measures both before and after surgery. Correlations with generic QoL (0.5-0.7) and disease-specific symptoms/disability (0.6-0.8) were stronger than those with generic symptoms/disability (0.2-0.4). Surgery resulted in significant improvements in satisfaction, greatest with hip replacement and least with varicose vein surgery. Change in satisfaction correlated strongly with change in disease-specific symptoms/disability: There were also moderately strong correlations with the single transitional items (0.4-0.6). In contrast there was only a weak association with change in generic QoL (0.3-0.4) and change in general health status (0.1-0.2).

**Conclusion:** A single item on satisfaction with health provides additional information about the impact of surgery in the four procedures studied. As its inclusion in patients' questionnaires, which already contain about 30 items, would not increase responder burden very much, we recommend its addition. If, however, a short concise questionnaire is required than a single item on satisfaction could substitute for a multi-item disease-specific measure of symptoms and disability.

260

#### **Kortikoid-haltige Nasensprays: Verbrauch und Kosten vor und nach Festbetragsanpassung**

Beril Becker<sup>1</sup>, Karel Kostev<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup>MSD Sharp & Dohme GmbH  
<sup>2</sup>IMS Health, Deutschland

**Hintergrund:** Kortikoid-haltige Nasensprays werden bei einmal täglicher Anwendung als ein effektives und sicheres Therapeutikum der ersten Wahl u. a. bei Allergischer Rhinitis empfohlen. Im Jahr 2008 wurden in Deutschland überwiegend Mometason- und Budesonid-haltige Nasensprays eingesetzt. Beide Kortikoide weisen unterschiedliche pharmakokinetische und -dynamische Eigenschaften auf und es bestehen z.T. unterschiedliche Dosisempfehlungen. Trotz dieser Unterschiede wird Dosisvergleichbarkeit angenommen. Die DDD entspricht aber nicht notwendigerweise den tatsächlich verordneten therapeutischen Dosen der einzelnen Nasensprays in der täglichen Praxis. Ziel der vorliegenden Datenanalyse war es, die in der alltäglichen Praxis zur Diagnoseunabhängigen Behandlung verabreichten tatsächlichen Dosen von Budesonid-haltigen Nasensprays (BHN) oder Mometason-haltigen Nasensprays (MHN) zu bestimmen und miteinander zu vergleichen. Anschließend sollten die Kosten der Ressourcenverbräuche vor und nach Festbetragsanpassung im Juli 2011 ermittelt werden.

**Material und Methoden:** Die Auswertung basiert auf der IMS® Disease Analyzer Datenbank für Deutschland mit longitudinalen Falldaten von über 11 Mio. Patienten aus circa 3000 Praxen. Ausgewertet wurden Patienten mit MHN (Nasonex®) oder BHN Erstverordnung im Zeitraum 08/2006 – 07/2008, für die zur Nachbeobachtung mindestens eine Folgekonsultation im 2. Jahr danach dokumentiert war. Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Dazu wurde die Verordnungsmenge in einem multivariaten linearen Regressionsmodell untersucht, adjustiert für Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, Ortsgröße, Region und Begleitdiagnosen.

**Ergebnisse:** Als Datenbasis wurden bis zu 20.000 Behandlungsfällen aus allgemeinmedizinischen Praxen und bis zu 13.000 Fällen von HNO Spezialisten verwendet und ausgewertet, um den tatsächlichen Verbrauch der beiden Kortikoid-haltigen Nasensprays in Deutschland aufzuzeigen. Die Ergebnisse zeigen konsistent eine geringere verordnete Menge an Hüben für MHN im Vergleich zu BHN in der alltäglichen Anwendung. Die auf ein Jahr standardisierten Therapiekosten (730 Tage) auf Basis des Apothekenverkaufspreis (Stand Juli 2010) weisen geringere Kosten für MHN als für BHN aus (Allgemeinmedizinische Praxis: MHN: 20,40 €, BHN: 22,40 €, HNO Praxen: MHN: 30,50 €, BHN: 32,10 €). Dieser Trend wird sich sogar noch verstärkt nach der Festbetragsanpassung im Juli 2011 fortsetzen (Allgemeinmedizinische Praxis: MHN: 14,60 €, BHN: 20,50 €, HNO Praxen: MHN: 22,00 €, BHN: 29,70 €).

**Schlussfolgerung:** Die vorliegenden Ergebnisse zeigen damit, den tatsächlichen Verbrauch der beiden Kortikoid-haltigen Nasensprays in Deutschland. Die Ergebnisse zeigen konsistent eine geringere verordnete Menge an Hüben für MHN im Vergleich zu BHN in der alltäglichen Anwendung. Durch die Festbetragsanpassung wurden der Effekt der geringeren Kosten bei MHN Gabe im Vergleich zu BHN sogar noch verstärkt.

## Autorenindex

(Zahlen beziehen sich auf Abstractnummern)

Abholz, H.-Harald	160	Blome, Christine	084
Abu Abed, Manar	240	Blozik, Eva	053, 058, 154
Adarkwah, Charles Christian	040	Bludau-Mysegades, Petra	121
AG "Interessenkonflikt-Regulierung des DNEbM"	132	Boecken, Jan	130
Ahrens, Markus	146	Bohnet-Joschko, Sabine	009
Ahrens, Susanne	002, 003, 093, 105, 116, 163	Bolten, Wolfgang W.	038
Akkerman, Maren	040	Bork, H.	144
Albert, U.S.	145	Borutta, Birgit	088
Albert, Ute-Susann	011, 076, 089	Böwing, Georgia	083
Altenhofen, Lutz	191, 245	Brandi, Dagmar	236
Altiner, Attila	161	Braun, Elke	012
Alz, Heike	086	Breithardt, Günter	147
Amler, Nadja	214	Bremer, Martina	060
Amling, Michael	187	Brettschneider, Christian	205
Andersohn, Frank	064	Broge, Björn	061
Angelika, Hagemann	071	Bronder, Elisabeth	064
Angermeyer, Matthias C.	135	Buchberger, Barbara	114
Ansmann, Lena	024, 025	Buchholz, Angela	081
Armgart, Carina	059	Buchmann, J.	144
Arpe, Nadine	137	Bücker, Bettina	160
Artzt, Marie-Luise	237	Bührens, Mareike	079
Assadi Gehr, Maziar	187	Bullinger, Monika	170, 236
Auer, Katharina	257	Bürger, Arne	209
Augustin, Jobst	028, 153	Bürkle, Thomas	207
Augustin, Matthias	042, 043, 084, 124, 141, 150, 232, 233	Buscher, Ines	239
Bächle, Christina	142	Buschmann-Maiworm, Regina E.	248
Bachmann, Cadja	135	Butzek, Anna-Juliana	231
Bærheim, Anders	206	Cartes, Maria Ines	086
Balzer, Katrin	060	Chen, Xiaoyu	072
Barbara, Schüle	005	Chenot, Jean-François	240
Bartel, Carmen	030, 104, 241	Christiane, Muth	255
Bauer, Erik	061, 121	Christofzik, David	071
Bauer, Michael	098	Claessen, Heiner	215
Bauer, Thomals K.	093	Cole, Dennis	099
Bauersachs, Rupert	147	Conrad, Jutta	164
Baumann, Walter	024, 025, 248	Conrad, Susann	100
Baumeister, Sebastian	065	Corina, Güthlin	151
Bayer, Wiltrud	140, 149	Croissant, Daniela	140
Bechdorf, Andreas	208	Czeche, Sittah	039
Becker, Beril	260	Czihal, Thomas	176, 188, 243
Becker, Katja	185	Dahlhaus, Anne	080
Becker, Thomas	140, 146, 149	Damm, Gabriele	044
Beerhmann, Sandra	110	Danner, Marion	155
Behrens, Johann	108	de Cruppé, Werner	019
Behrens, Steffen	012, 148, 203	de Jong, Anneke	239
Beimfohr, Cornelia	013	Debus, Sebastian	124
Beket, Ellen	232	Deck, Ruth	190
Bensing, Christian	010	Defer, Alexander	187
Berger, Klaus	023, 048	Deitermann, Bernhilde	252
Bergmann, Antje	177	Dicheva, Stanislava	229
Berlin, Claudia	131, 231	Diederich, Adele	077, 244
Bestle, Svenja	233	Diener, Sophie E.	025
Bestmann, Beate	253	Diener, Sophie	024
Beutner, Katrin	108	Dierks, Marie-Luise	088, 253
Beyer, Martin	049, 080, 255	Dintsios, Ch.-Markos	107, 155
Bischoff, Susan	085	Dobrin Schippers, Andrea	247
Bitzer, Eva Maria	088, 253	Dörfer, Christof	071
Björn, Malchow	097	Döring, Angela	080
Black, Nick	259	Dormann, Harald	207
Blankart, Carl Rudolf	063	Dörr, Marcus	106, 217
Bleß, Holger	123	Drabik, Anna	258
Blettner, Maria	038, 168	Dreier, Adina	083
		Dreier, Maren	088
		Dressing, H	102
		Drews, Carola	233
		Düker, Peter	003
		Eberhard, Sveja	006
		Eckerl, Michael	165
		Eckl, Barbara	078
		Egen-Lappe, Veronika	138

Ehreke, Lena	135	Goltz, Lisa	204
Eifflaender-Gorfer, Sandra	135	Gothe, Holger	034, 156, 167
Eikermann, Michaela	242	Götz, Katja	041, 222
Ein Waldt, Susanne	104, 241	Graf von Stillfried, Dominik	028, 056, 153, 176, 188, 189, 194, 243
Eisele, Marion	134, 135, 230	Graf, Claudia	203
Emons, Barbara	059	Grenz-Farenholtz, Brigitte	254
Emrich, Christine	174	Grieger, Anita	217
Erhart, Michael	056, 153, 189, 243	Grille, Amelie	234
Ernstmann, Nicole	021, 024, 025, 110, 111	Gröber-Grätz, Dagmar	109
Eschweiler, Gerd W.	140	Groos, Sabine	191, 245
Eschweiler, Gerhard Wilhelm	149	Grosse Frie, Kirstin	259
Escobar, H.	090	Große-Schlarmann, Jörg	226
Etter, J.	145	Grote-Westrick, Marion	130
Evers, Silvia	040	Groth, Antje	002, 147
Farbmacher, Helmut	115	Gründer, G.	228
Farian, Carmen	005, 136	Grüneisen, Andreas	064
Farin-Glattacker, Erik	075, 183, 219	Gulich, Markus	109
Fässler, Margrit	058	Gulyaev, Dmitry	072
Felix, Stephan B.	217	Günther, Heidi	195
Felsenberg, Dieter	187	Günther, Judith	169
Fendrich, Konstanze	067, 087, 231	Güthlin, Corina	122
Ferdinand M., Gerlach	151	Gwozdz, Mirela	185
Fimmers, Rolf	015	Haaastert, Burkhard	099
Finne, Emily	164	Hadji, Peyman	033, 034, 038, 167, 168, 187
Fischer, Joachim	022	Haefeli, Walter E.	080
Fischer, Timo	257	Hagemeister, Jens	021
Fischer, Tobias	125	Hagen, Bernd	191, 245
Fiß, Thomas	067, 083, 251	Hagenmeyer, Ernst-Günther	165
Fleischer, Steffen	108	Haidinger, Renate	168
Fleßa, Steffen	065	Halverscheid, Susanne	210
Flick, Uwe	206	Hammer, Antje	045, 133
Flörke, Christian	071	Hammerle, F.	209
Franz, Dominik	008	Hanke, Frank	015
Frasch, Karel	140, 149	Harbeck, Nadia	038, 168
Fredrich, Daniel	139	Harder, Sebastian	049, 052
Freitag, Michael	080, 206	Harms, Karsten	044
Freund, Tobias	080, 222	Hartmann, Nina	207
Friepörtner, Katharina	114	Häusler, Daniela	165
Fritsch, Angela	212, 229	Hausner, Elke	030, 241
Fuchs, Angela	135	Hausleiter, Ida	059
Fuhrmann, Florian	103	Häussler, Bertram	033, 034, 167, 249
Fullerton, Birgit	049, 061	Havemann, Christoph	139
Gandjour, Afschin	040	Hecke, Torsten L	223
Garbe, Edeltraut	064	Hecke, Torsten	196
Garling, Anne	071	Heeke, Andreas	013
Garms-Homolová, Vjenka	227	Hefendiehl, N.	145
Gärtner, Simone	213	Hegenbarth, Claire	012
Gasse, Christiane	037	Heier, Margit	080
Geer, Philipp	114	Heigel, Hagen	124
Gehring, Svante	195	Heim, Susanne	252
Gensichen, Jochen	080, 206, 222	Helbing, Krister	091
Genz, Jutta	099	Heller, Günther	061
Geraedts, Max	019	Helmstädter, Julia	088
Gerber, Andreas	107, 155	Herberger, Katharina	141, 150
Gerdau-Heitmann, Cornelia	246	Hermeling, Peter	019
Gerke, Oke	117	Herrmann, Wolfram J	206
Gerlach, Ferdinand M.	049, 122	Hertrampf, Katrin	137
Gerlach, Sandra	085	Heuer, Joachim	112
Geßner, Christof	091	Heuermann, Matthias	014
Giani, Guido	099	Heydecke, Guido	079
Giel, Katrin	193	Heyduck, Katja	180
Giersdorf, Jan	119	Heyer, Kristina	084, 150
Gillessen, Andrea	196, 223	Heymann, Romy	065, 067, 114
Glaeske, Gerd	026, 032, 134, 158, 162, 212, 215, 216, 229, 230, 246	Hildebrandt, Martin	064
Glattacker, Manuela	180	Hindenburg, HJ.	038
Gloede, Tristan D.	025	Hintzen, Sophie	233
Gloede, Tristan	024, 133	Hofbauer, Lorenz	187
		Höfer, Eva	030, 104, 241

Hoffmann, Britt	054	Kohler, Martin	178, 218
Hoffmann, Falk	026, 162, 202, 215	Köhler, Thorsten	101
Hoffmann, Wolfgang	065, 067, 083, 087, 106, 131, 139, 213, 231, 251	Kohlmann, Thomas	166
Hoffmann-Eber, Wiebke	030, 104, 241	Kolip, Petra	164
Hofmann, J.	144, 145	Koller, Daniela	134, 162, 230
Hoilund-Carlsen, Poul Flemming	117	Koller, M.	145
Holmberg, Christine	027	Koller, Michael	137
Holt, Stefanie	073, 080, 175	Kolster, Lena	236
Hölzel, Lars P.	094	Koneczny, Nik	160
Höpp, Hans-Wilhelm	021	König, Hans-Helmut	047, 062, 068, 108, 135
Horenkamp-Sonntag, Dirk	003, 105, 116, 128, 163	König, Klaus	038
Hua, Thanh Duc	240	Kostev, Karel	166, 260
Hudak, Sarah	136	Kötter, Thomas	053, 058, 104, 154
Hummers-Pradier, Eva	252	Kowalski, Christoph	004, 111
Hüppe, Angelika	127	Kraft, Kathleen	213
Huppertz, Hendrik	114	Kraft, Matthias	213
Huss, M.	209	Kral, Thomas	009
Icks, Andrea	099, 142, 202, 215	Krause, Roland	091
Ihle, Peter	001, 115	Krauth, Christian	252
Imhoff-Hasse, Susanne	200	Kreienberg, Rolf	038, 168
Jacke, C.O.	145	Kreiser, Barbara	161
Jacke, CO	102	Kresimon, Jutta	186
Jäckel, Wilfried H.	219	Kretschmann, Jens	191, 245
Jackisch, Christian	038, 168	Kreusel, Inga	088
Jaeger, Susanne	140, 149	Krieger, Antje	160
Jaehde, Ulrich	015	Krishna, Roma	217
Jendyk, Ralf	177	Kristina, Schmidt	097
Jeske-Saathoff, Elke-Luise	195	Kroemer, Heyo K.	106
Jessen, Frank	135	Krohn, Robert	061
John, Katja	185	Kronenthaler, Andrea	234
Joos, Stefanie	022, 041	Krug, Angela	139
Juckel, Georg	059	Krummenauer, Frank	160
Jung, Julia	024, 025, 111	Küchler, Thomas	096, 097
Jüni, Peter	058	Kuck, Joachim	227
Junkmanns, Claudia	003	Kuckuck, Holger	203
Kaduszkiewicz, Hanna	051, 134, 230	Kuechler, Thomas	146
Kalder, M.	145	Kugler, Joachim	074, 171, 172, 256
Kalic, Marianne	023	Kühlein, Thomas	221
Kämpfe, Susann	181	Kuhr, Kathrin	004
Kandenwein, Julia	187	Küpper-Nybelen, Jutta	073
Karbach, Ute	021	Kurtal, Hanife	064
Kasper, Jürgen	079	Kurth, Andreas	187
Kaufmann-Kolle, Petra	061, 121	Kuske, Silke	239
Kazmaier, Tonia	121	Laag, Sonja	195
Kemper, Claudia	152	Ladendorf, Frank	103
Kersting, Anette	068	Langanke, Martin	125
Kettelgerdes, Anita	196	Langbrandtner, Jana	127
Kilian, Reinhold	140, 149	Lange, Petra	030, 104, 241, 242
Kirch, Wilhelm	204	Langenbruch, Anna	232, 233
Kirchner, Melanie	207	Langer, Thorsten	211
Klaaßen-Mielke, Renate	175	Längle, Gerhard	140, 149
Kleeberg, Ulrich R.	248	Langner, Irene	018
Klein, Gudrun	248	Laursen, Thomas Munk	037
Klein, Silvia	033, 034, 167	Lauterbach, Silke	166
Kleinfeld, André	010	Laux, Gunter	022, 221
Klemperer, David	132, 220	Lebahn, Herbert	248
Kleudgen, Susanne	056	Lefering, R.	126
Klimpel, Andreas	064	Lehmkuhl, Gerd	138
Klinkhammer-Schalke M, M.	145	Leinert, Johannes	101
Kluge, Eva	011	Lerch, Markus	213
Klüsener, Johannes	179	Leuner, Kristina	039
Knopf, Hildtraud	080	Lieb, Wolfgang	106
Knopf, Saskia	042, 043	Linde, Klaus	058
Knüppel, Hannes	092, 132	Lindenbaum, Katharina	093
Köberlein-Neu, Juliane	199	Linder, Roland	002, 003, 033, 034, 093, 105, 116, 128, 147, 163, 167
Koch, Klaus	041	Lo Re, Meike	122
Köhler, Gabriele	052	Lochner, Sophie	204

Löffler, Christin	161	Niemeyer, C. M.	090
Lorbeer, Roberto	106	Nimptsch, Ulrike	035, 224
Lorenz, Katja	129	Nolting, Hans-Dieter	070
Löscher, Susanne	160	Nowotny, Bettina	099
Lottmann, Kathrin	072	Nübling, Matthias	055
Löwe, Bernd	182	Nüesch, Eveline	058
Lück, Hans-Joachim	038, 168	Ohmann, Christian	099
Luck, Tobias	047, 108, 135	Olbrich, Julia	135
Lühmann, Dagmar	051, 060, 104, 205	Ommen, Oliver	045, 111, 133
Lümmer, Dorothee	192	Otremba, Burkhard	248
Luppa, Melanie	047, 062, 068, 080, 108, 135	Otten, Marina	050
Lutter, Georg	071	Pagels, Birgit	195
Maas, Renke	207	Pahl, Wilma	079
Mahlich, Jörg	198	Palissa, Harriet	214
Maier, Birga	012, 148, 203	Patapovas, Andrius	207
Maier, Wolfgang	135	Patzelt, Christiane	252
Malchow, Björn	096	Peiniger, S.	126
Mangiapane, Sandra	153	Pentzek, Michael	135
Mansky, Thomas	035, 224	Peschel, Peter	256
March, Stefanie	157	Peschke, Dirk	178, 218
Marschall, Ursula	195	Petereit, Frank	105, 163
Mathews, Anja	207	Peters, Heike	212
Matschinger, Herbert	108	Petrucci, Marco	253
Mattejat, Fritz	185	Pfaff, Holger	004, 021, 024, 025, 045, 111, 133, 254
Matthias, Ganso	255	Pfannkuche, Matthias	147
Matusiewicz, David	197	Pfeifer, K.	144
Mayer, Beate	064	Pfeilschiffer, Johannes	187
Maywald, Ulf	147	Pfennig, Andrea	098
Meffert, Cornelia	180	Pfenning, Ingo	128
Meier, Florian	103	Pfiffner, Carmen	140, 149
Meinke, Claudia	065, 067	Pfistermeister, Barbara	207
Meng, K.	144	Piegsa, Jens	139
Menzel-Begemann, Anke	029, 201	Pieper, Christian	105, 163
Mergenthal, Karola	151	Pietruschka, Wolf	217
Mertz, Marcel	092	Pirasteh, Gholamreza	013
Messer, Thomas	140, 149	Pixberg, Tanja	016
Metzing, Sabine	226	Plank-Kiegele, Bettina	207
Metzinger, Uwe	109	Plass, Angela	210
Meyer, Frank	082, 194	Plunger, Petra	159
Meyer, Thorsten	069, 237	Pöhlmann, Boris	061
Michaelis, Martina	005, 136	Pohontsch, Nadine	190
Mielck, Andreas	099	Pomorin, Natalie	114
Miksch, Antje	041, 222	Prenzler, Anne	031
Minnerup, Jens	048	Prokein, Jana	080
Moormann, Thomas	010	Purwins, Sandra	042, 043, 141
Morbach, Stephan	215	Puteanus, Udo	016, 119
Mortensen, Preben Bo	037	Quasdorf, Tina	239
Mosch, Christoph	242	Quinzler, Renate	080
Motzek, Tom	108	Quitmann, Julia	170, 236
Mueller, Sabrina	002	Radtke, Marc Alexander	042, 043
Mülders, Verena	250	Radtke, Marc	124
Müller, Christian	118	Rafailovic, Katarina	182
Müller, Dirk	258	Ramme, Manfred	179, 223
Müller, Elvira	072	Ranneberg, Britta	198
Müller, Fabian	207	Raspe, Heiner	020, 036, 051, 060, 127, 205
Müller, Hans-Adolf	103	Rathmann, Wolfgang	099
Müller, Hardy	066, 099	Rau, H.	228
Müller, Sabrina	147	Redaelli, Marcus	015
Müller, Walter E.	039	Reich, Kristian	042, 043
Müller-Mundt, Gabriele	235	Reichenbach, Stephan	058
Münnich, Ralf	174	Reinehr, Thomas	164
Muth, Christiane	049	Reißmann, Daniel R.	079
Nagl, Michaela	075	Reppenhagen, Kirsten	150
Neidhart, Kirstin	121	Richter, R.	228
Neitzke, Gerald	092	Richter, Susanne	020
Nestoriuc, Yvonne	011, 076, 089	Riedel, Martin K.	005, 136
Neuhaus, Sandra	201	Riedel-Heller, Steffi G.	047, 062, 068, 108, 135
Neumann, Anja	197		
Neumann, Melanie	024, 025		

Riedel-Heller, Steffi	080	Schubert, Ingrid	001, 021, 073, 115,
Rief, Winfried	011, 038, 076, 089		138
Rieger, Monika A.	005, 136	Schuehlen, Helmut	148
Rieger, Monika	022	Schühlen, Helmut	012, 203
Riens, Burgi	056, 153, 194	Schüle, Barbara	136
Ries, Jerome	170	Schulte, Hilde	168
Riesner, Christine	239	Schulz, Anne-Katrin	231
Rochon, Justine	049	Schulz, Hildegard	012
Roden, Michael	099	Schulz, Martin	039
Roeder, Norbert	008	Schulz, Moritz	075
Röhnisch, Jens-Uwe	148, 203	Schulz, Sebastian	008
Roland, Linder	063	Schulze, Jana	162
Roling, Gudrun	108	Schumacher, Julia	016
Romer, Georg	182	Schürer, Cornelia	160
Rosenbauer, Joachim	142	Schuricht, Franziska	076, 089
Rosenfeld, Stephanie	072	Schüssel, Katrin	039
Rossi, Maddalena	182	Schuster, Reinhard	046
Ruprecht, Thomas	179	Schwalm, Anja	155
Rustenbach, Stephan J.	141	Schwappach, David	015, 250
Rustenbach, Stephan Jeff	042, 043	Schwenk, Uwe	130
Rüther, Alric	030, 104, 241, 242	Schwenzer, Stefan	085
Rütters, Dana	100	Schwertfeger, Anja	170
Sabatowski, Rainer	001	Schwickert, Susanne	085
Salama, Abdulgabar	064	Schwinger, Antje	070
Salize, Hans-Joachim	022	Segebrecht, Sabrina	017
Salize, HJ	102	Seidel, Gabriele	088
Salzmann, Daniela	244	Seifert, Christoph	072
Schaaber, Jörg	057	Selke, Gisbert W.	018
Schack, Christian	139	Semler, Sebastian C.	091
Schädlich, Peter K.	072, 165	Sesselmann, Yves	108
Schaefer, Anke	164	Siegel, Achim	055
Schaefer, Friederike	053	Siering, Ulrich	030, 241, 242
Schaefer, Marion	085, 166, 251	Sievers, Anja	086
Schaeffer, Doris	235	Siewert, Ulrike	087, 231
Schäfer, Ines	124	Sikorski, Claudia	047, 062, 068
Schäfer, Ingmar	080	Simic, Dusan	250
Schäfer, Maike	056	Simoes, Elisabeth	174
Schäfer, T.	090	Sobotta, Petra	240
Schallock, Manja	028, 189, 243	Sohn, Stefan	214
Schaper, Katharina	160	Soltmann, Bettina	098
Schaub, Markus	059	Späth-Schwalbe, Ernst	064
Scheidt-Nave, Christa	080	Spehr, Christina	042, 043
Scherer, Martin	051, 053, 058, 104,	Spranger, U.	209
	134, 154, 230	Stargardt, Tom	063
Schiffhorst, Guido	165	Stausberg, Jürgen	095
Schindler, Ralf	085	Steimle, Tim	002, 017
Schliwen, Anke	070	Steinert, Tilman	140, 149
Schmälzlein, Mareike	173	Steinhausen, S.	126
Schmekel, Stefanie	213	Steinhäuser, Jost	222
Schmidhuber, Martina	092	Steinmann, Susanne	230
Schmidt, Anna	254	Steinmetz, Tilmann	248
Schmidt, Christian	086, 097	Stenglein-Groeschel, Ortrun	187
Schmidt, Maike	164	Stock, Stefanie	258
Schmidt, Stefan	122	Stoll, Matthias	198
Schmitz, Stephan	024, 025, 248	Stöbel, Ulrich	055
Schneider-Rudt, Hannelore	240	Strech, Daniel	092, 098, 132
Schnepf, Wilfried	226	Stroka, Magdalena A.	093
Schoeller, Ralf	148	Stumpf, Sabine	036
Schoeller, Ralph	012, 203	Sulymankhail, Walid	234
Schöffski, Oliver	103	Swart, Enno	007, 113, 157
Schön, Gerhard	134	Szecsényi, Joachim	022, 041, 080, 121,
Schönermark, Matthias	006		221, 222
Schönfelder, Tonio	074, 171, 172	Szymanski, Jacek	175
Schramm, Susanne	104	Theile, Gudrun	252
Schreier, Margrit	050	Theres, Heinz	012, 148, 203
Schreiter, Andreas	214	Thiele, Meike	051
Schreyögg, Jonas	063	Thiem, Ulrich	175
Schrezenmeier, Hubert	064	Tholen, Kathrin	158
Schröder, Friederike	015	Thomae, Michael	064
Schroeder, Jane	204	Thomas, Dorothea	007, 157

Thürmann, Petra A.	175, 250	Wiegand-Greife, Silke	210
Thürmann, Petra	015, 073, 080	Wiese, Birgitt	080, 134, 135, 162, 230
Thyrian, Jochen René	083		
Tomeczkowski, Jörg	198	Wild, Frank	120
Töppich, Jürgen	088	Wildner, Daniel	105, 163
Trost, Ulrike	085	Wilke, Thomas	002, 147
Ude, Miriam	039		
Ullrich, Antje	219		
Unrath, Michael	023		
Urban, Elisabeth	238		
Vach, Werner	022, 117		
van den Akker, Marjan	049		
van den Berg, Neeltje	065, 131, 213, 251		
van den Bussche, Hendrik	062, 080, 134, 135, 162, 230		
van der Meulen, Jan	259		
van der Sloot, Esther	096		
Verheyen, Frank	002, 003, 063, 093, 099, 105, 116, 128, 147, 163, 253, 254		
Vietor, Christine	196		
Villmann, Bettina	051		
Vogel, H.	144		
Voigt, Karen	177		
Volbracht, Eckhard	130		
Völker, Uwe	217		
Vollmar, Horst Christian	239		
Vollrath, Oliver	071		
Völzke, Henry	106		
von Allwörden, Alina	233		
von Arnstedt, Eva	046		
von Blanckenburg, Pia	076, 089		
von Rad, Kathrin	182		
Vormfelde, Stefan Viktor	240		
Voss, Wolfgang	044		
Vraetz, T.	090		
Wachtarz, C.	209		
Waffenschmidt, Siw	104		
Wagner, Michael	135		
Wagner, U.	145		
Waldmann, Uta-Maria	109		
Walgenbach, Maren	242		
Wallwiener, D.	145		
Wallwiener, Diethelm	038		
Walter, Baumann	183		
Walter, Ulla	088, 252		
Waltering, Isabel	225		
Walz, G.	090		
Wasem, Jürgen	114, 197		
Weber, Arne	191, 245		
Weber, Katja	085		
Weber, Wolfgang	117		
Weeg, Dagmar	135		
Wegscheider, Karl	134		
Weigel, Angelika	182		
Weikert, Beate	098		
Weinbrenner, Susanne	100		
Weiser, Prisca	140, 149		
Weiß, Stefan	067		
Weißbach, Lothar	110, 111		
Weller, Julia	196		
Wellmann, Jürgen	048		
Welz-Spiegel, Claudia	143		
Wenz, Hans-Jürgen	137		
Wenzlaff, Paul	044		
Werkmeister, Petra	109		
Wersching, Heike	048		
Wessel, Torsten	184		
Weyerer, Siegfried	047, 135		
Widmann, Thomas	017		

Wilm, Stefan	015, 160, 177, 239, 250
Wiltfang, Jörg	137
Windemuth-Kieselbach, Christine	168
Windt, Roland	032, 216
Winkel, Katrin	164
Winkelhage, Jeannette	077
Winter, Joachim	115
Wippenbeck, Petra	052
Wirtz, Markus	024, 025
Witt, Stefanie	170, 236
Witte, Karsten	165
Woldmann, Simone	017
Wolf, Thomas	214
Wollny, Anja	161
Wrobel, Susann	106
Wuppermann, Amelie	115
Würdemann, Edda	002, 017
Wuttke, M.	090
Zahn, Thomas P.	061
Zaun, Silke	038, 168
Zeitler, Hans-Peter	109
Zipfel, Stephan	193
Zippel, Claus	009
Zühlsdorf, Mandy	139



# Innovative Forschung für die Gesundheit.

## Versorgungsforschung mit universitären Partnern

Die KKH-Allianz setzt bei der Entwicklung innovativer Versorgungsangebote auf die Zusammenarbeit mit renommierten Wissenschaftlern, wie z. B. bei folgenden Projekten:

- **Das Frauenherz-Telefon für Frauen mit Koronarer Herzkrankheit**  
in Zusammenarbeit mit der Universitätsmedizin Göttingen,  
Prof. Dr. Christoph Herrmann-Lingen
- **Das Gesundheitscoaching für chronisch Kranke**  
in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Prof. Dr. Dr. Martin Härter
- **Die Beratung zur Arzneimitteltherapiesicherheit**  
in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover,  
Prof. Dr. Dirk Stichtenoth
- **Datenanalytik zu Arzneimittelrisiken**  
in Zusammenarbeit mit der Universität Bremen, Prof. Dr. Gerd Glaeske

Weitere Informationen zu unseren innovativen Versorgungsangeboten und exklusiven Gesundheitsleistungen finden Sie auch unter [www.kkh-allianz.de](http://www.kkh-allianz.de)

UNIVERSITÄTSMEDIZIN  
GÖTTINGEN **UMG**



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

**MHH**  
Medizinische Hochschule  
Hannover



Universität Bremen

**Gesetzliche Krankenkasse**

**KKH**

**Allianz** 

Unser Kooperationspartner:  
Allianz Private Krankenversicherungs-AG

