

3. Nationaler Präventionskongress

Datum/Ort: 27. – 28.11.2009, Dresden, Deutsches Hygiene-Museum

Kongresspräsidenten: Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch, Dresden,
Prof. Dr. Martin Middeke, München,
Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik, Burscheid/Bochum

Vorträge

V1

Primäre Prävention von Gesundheits- und Entwicklungsproblemen in sozial benachteiligten Familien – Das Modellprojekt Pro Kind

Adamaszek K¹, Jungmann T², Schneider R³, Herrmann P⁴, Günay H⁴

¹Pro Kind Bremen, Bremen; ²Institut für Sonderpädagogik, Leibniz Universität Hannover, Hannover; ³Deutsches Rotes Kreuz, KV Bremen, Bremen; ⁴Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und präventive Zahnheilkunde, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

Das Modellprojekt Pro Kind, das sich am evidenzbasierten NFP Programm (NFP, Olds et al., 2004, Olds, 2007) orientiert, wird derzeit in drei Bundesländern umgesetzt. Hauptziel ist die gesunde Entwicklung der Kinder in Familien mit multipler Risikobelastung u.a. durch die Förderung der elterlichen Selbstwirksamkeit und Kompetenz. Für das Gelingen ist die Vernetzung der Projektakteure wie auch der Teilnehmerinnen von entscheidender Bedeutung. Im ersten Teil des Workshops wird das Konzept und seine Umsetzung dargestellt und auf die spezielle Situation der Kindeswohlgefährdung/Schweigepflichtentbindung eingegangen. Zur Verbesserung der elterlichen Feinfühligkeit und der Erziehungskompetenzen wird das „Partners In Parenting Education“ (PIPE)-Modul (Perkins et al., 2002) eingesetzt. Anhand von Filmsequenzen, Arbeitsmaterialien und Fallbeispielen wird die praktische Arbeit mit PIPE in den Familien vorgestellt. Im Rahmen der biopsychosozialen Evaluation mit randomisiertem Kontrollgruppendesign wird der kindliche kognitive und psychomotorische Entwicklungsstand im Alter von sechs, zwölf und 24 Monaten mit den Bayley Scales of Infant Development (BSID)-II (Reuner et al., 2006) erfasst. Erste Ergebnisse werden präsentiert. Die Aufklärung werdender Mütter über die Auswirkungen ihrer Zahn- und Mundgesundheit auf die des Kindes ist oft unzureichend, so gilt z.B. eine unbehandelte Parodontitis als Risikofaktor für Frühgeburt (Xiong et al., 2006); Kinder aus multipel risikobelasteten Familien sind häufig von Milchzahnkaries betroffen (Baden u. Schiffner, 2008, Splieth et al. 2009). Im Rahmen des Modellprojektes Pro Kind vermitteln die Familienbegleiterinnen den Frauen Informationen unter anderem über die notwendigen Mundhygienemaßnahmen und motivieren sie, die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. In diesem Teil des Workshops wird die Umsetzung der zahnärztlichen Gesundheitsfrühförderung (Günay et al. 2007) dargestellt und auf erste Ergebnisse eingegangen.

Literatur:

- [1] Olds, D et al.: Effects of nurse home-visiting on maternal life-course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114 (4), 1550-1559 (2004).
 - [2] Olds, D: Preventing crime with prenatal and infancy support of parents: the Nurse-Family Partnership. *Victims & Offenders*, 2(2), 205-225 (2007).
 - [3] Perkins, J et al: Partners in Parenting Education, Educators Guide, Brighton (CO) (2002)
 - [4] Reuner, G et al.: Bayley Scales of Infant Development II (BSID-II), German Edition. Frankfurt/M.: Hartcourt Test Services (2007).
 - [5] Xiong, X et al.: Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG*. 2006 Feb;113(2):135-43 (2006).
 - [6] Baden A, Schiffner U: Milchzahnkaries bei 3- bis 6-jährigen Kindern im Landkreis Steinburg. *Oralprophylaxe* 30, 70-74 (2008).
 - [7] Splieth CH, Treuner A, Berndt C: Orale Gesundheit im Kleinkindalter. *Präv Gesundheitsf* 4, 119-123 (2009).
 - [8] Günay H, Meyer K, Rahman A: Gesundheitsfrühförderung in der Schwangerschaft – ein Frühpräventionskonzept. *Zahnärztl Mitt* 97, 2348-2358 (2007).
- Keywords:** Eltern-Kind-Interaktion, Gesundheitsfrühförderung, Hausbesuchsprogramm, Prävention, kindliche Entwicklungsförderung

V2

Datenbasis als Qualitätsinstrument bei der Patientenversorgung – Vor- und Nachteile verfügbarer Datenquellen

Bestehorn K¹

¹Institut für Klinische Pharmakologie, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden, Dresden

Hintergrund: Qualitätssicherung (QS) setzt Kenntnisse über Patientencharakteristika, Therapie und deren Ergebnis voraus. Unabdingbare Basis für die Qualitätssicherung sind valide Daten. **Datenquellen:** Die Versorgungssituation von Patienten kann mit Daten aus verschiedenen Quellen unterschiedlicher Validität erfasst werden. In randomisierte klinische Studien (RCT) wird eine exakt definierte Patientenpopulation eingeschlossen. Multimorbide Patienten werden häufig aus klinischen Studien ausgeschlossen; daher sind RCT kaum als Basis zur QS geeignet. Es sind andere Datenquellen (mit unterschiedlicher Qualität) heranzuziehen:

- Klinikberichtssysteme
- Datensammlung von Krankenversicherungen und kassenärztlichen Vereinigungen
- Daten aus Disease Management Programmen
- Rezeptdatensammlung der Apothekenrechenzentren
- Querschnittsstudien
- Kohortenstudien und Register

Für Aussagen über die Behandlungsqualität müssen eine Reihe von Bedingungen erfüllt sein:

1. Repräsentativität für die jeweilige Patientenpopulation
2. Validität der Parameter für die jeweilige Fragestellung
3. Validität der Methoden (prospektiv erhobene Daten, Auswertung) Standards hinsichtlich Umfang und Qualität der zu erhebenden Daten, wie sie z. B. von der deutschen Gesellschaft für Kardiologie vorgeschlagen wurden, sind zu berücksichtigen. Die Vor- und Nachteile der verschiedenen Datenquellen werden diskutiert. **Fazit:** Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung basieren im optimalen Fall auf randomisierten klinischen Studien mit Patienten relevanten Endpunkten wie Mortalität oder Morbidität. Diese Leitlinien dienen auch als Qualitätsmaßstab für die Patientenversorgung, an dem Therapie und deren Qualität unter Alltagsbedingungen zu messen sind und deren Validität für das Qualitätsmanagement von erheblicher Bedeutung ist. Dabei bieten sich insbesondere Register- und Kohortenstudien als Datenbasis zur Feststellung der Behandlungsqualität und eventuell resultierender Veränderungen der Therapie an.

V3

Wohngebiete in ihren Risiken für Hitzebelastung erfassen – Kommunales Hitzemapping als Methode zur Planung effizienter Präventionsstrategien gesundheitlicher Folgen des Klimawandels

Blättner B¹, Georgy S¹
¹Hochschule Fulda, Fulda

Hintergrund: Der Klimawandel erfordert Präventionsstrategien gegen die mit Hitzestress verbundene Morbidität und Mortalität zu entwickeln [1, 2]. Das höchste Gesundheitsrisiko tragen über 75jährige, die in städtischen Wärmeinseln leben [4, 5]. Ziel: Mit dem Hitzemapping sollte eine Methode entwickelt werden, mit der Wohngebiete nach der Stärke des Präventionsbedarfes differenziert werden können. Vorgehen: Es wurden Faktoren identifiziert, die während Hitzeperioden ein Risikowohngebiet auszeichnen können. Kleinräumige Klimakarten wurden Altersstrukturdaten der kommunalen Statistik gegenübergestellt. In einem Rapid Assessment wurden Risikogebiete in ihrer Bausubstanz eingeschätzt. **Ergebnisse:** Die kleinklimatischen Bedingungen und der bauliche Zustand der Wohngebäude entscheiden wesentlich über die Hitzeexposition. Während für den Zweckverband Kassel eine Klimakarte die Identifikation von Überwärmungsgebieten zulässt [3], ist die Bausubstanz nicht kartiert. Die soziodemografische Struktur der jeweiligen Wohngebiete scheint ein entscheidender Faktor für Suszeptibilität zu sein. Es konnten statistische Bezirke nach der Dichte der Hochaltrigkeit unterschieden werden. Der Bezirk mit der höchsten Dichte Hochaltriger liegt im städtischen Überwärmungsgebiet. Dicht mit Hochaltrigen bewohnte Gebiete liegen auch in kühleren Regionen, andere Überwärmungsgebiete weisen eine jüngere Besiedlungsstruktur auf. **Schlussfolgerungen:** Die Identifikation von Risikowohngebieten während Hitzeperioden bedürfte einer empirischen Absicherung durch ein geeignetes Surveillance-System, das neben Mortalität auch Morbidität kleinräumig ausweist. Zur Identifikation von prioritären Interventionsgebieten scheint sich das Hitzemapping zu eignen, wenn eine bauphysikalische Kartierung ergänzt wird. Die Konzentration auf Überwärmungsgebiete mit hoher Hochaltrigendichte könnte effizient sein, wirft aber ethische Fragen auf.

Literatur:

- [1] Bundeskabinett. Deutsche Anpassungsstrategie an den Klimawandel vom Bundeskabinett am 17. Dezember 2008 beschlossen. www.bmu.de (abgerufen am 18.12.08)
 - [2] Robert Koch Institut. Hitzewellen und extreme Klimaereignisse - Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Epidemiologisches Bulletin 25. 2004. 200-201
 - [3] Katzschner, L.; Maas, A.; Schneider, A.: Das städtische Mikroklima: Analyse für die Stadt- und Gebäudeplanung. Bauphysik 31, H. 1, S. 18-24, (2009).
 - [4] Kovats RS und Hajat S (2008) 'Heat stress and public health: a critical review', Annu Rev Public Health. 29: 41-55.
 - [5] Vandentorren S, Bretin P, Zeghnoun A, Mandereau-Bruno L, Croisier A, Cochet C, Ribéron J, Siberan I, Declercq B, Ledrans M. Heat-related mortality. August 2003 Heat Wave in France: Risk Factors for Death of Elderly People Living at Home. European Journal of Public Health. 2006, 16, 6. 583-591
- Keywords:** Exposition, Hitzebelastung, Klimawandel, Mapping, Suszeptibilität

V4

Prävention und Menschenbild – Eine Rahmenanalyse über präventive Maßnahmen in der Forschung zum Metabolischen Syndrom

Döring M¹

¹FSP BIOGUM/FG Medizin, Universität Hamburg, Hamburg

Einleitung: Das metabolische Syndrom (MBS) wird als eine Konstellation kardiovaskulärer und metabolischer Zustände beschrieben, dessen klinische Relevanz in einem erhöhten Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen liegt. Auch wenn das MBS in den vergangenen Jahren an Popularität gewonnen hat, so wird das Konzept kritisiert. Ansatzpunkt der Kritik sind divergierende Definitionen des MBS, die dazu führen, dass der diagnostischen Sinn des Konzepts und die veranschlagten präventiven Maßnahmen in Frage gestellt werden. **Methoden:** In einem ersten Schritt wurden Reviews über das MBS zusammengetragen und einer narrativ ausgerichteten Textanalyse unterzogen, um die diskursive Konstruktion des MBS im wissenschaftlichen Diskurs aufzuspüren. In einem zweiten Schritt wurden die Texte einer Rahmenanalyse unterzogen, in der der Fokus der Untersuchung auf der Konstruktion präventiver Maßnahmen und die ihnen zugrunde liegenden Menschenbilder lag. In einem dritten Schritt wurden die Ergebnisse der Rahmenanalyse zu Prävention und Menschenbild in den Reviews mit denen aus Experteninterviews verglichen. **Ergebnisse:** Die vergleichende Analyse der Texte und Experteninterviews verdeutlicht eine Stabilisierung von Präventionskonzepten, die sich kaum von bestehenden präventiven Maßnahmen für Herz-Kreislauferkrankungen unterscheiden. Die in ihnen aufgefunden Menschenbilder sind vor allem durch semantische Rahmen motiviert, die Menschen z. B. als Opfer ihrer genetischen Ausstattung (darwinistisches Fett) oder als inaktiv (couch potatoe) veranschlagen. **Schlussfolgerungen:** Die vorliegenden Ergebnisse bieten einen Ansatzpunkt, Präventionskonzepte – nicht nur im Kontext des MBS – reflexiv zu überdenken. Das Wissen über die sinnstiftende und strukturierende Kraft impliziter Menschenbilder hilft eingefahrene Denk- und Handlungsmuster offen zu legen und Prävention als komplexes Gebilde zu verstehen, das der komplexen Beziehung von körperlichen, seelischen und sozialen Faktoren gerecht werden sollte.

Keywords: Menschenbild, Metabolisches Syndrom, Prävention

V5

Thermischer Komfort in Pflegeheimen – Subjektive Bewertungsskalen und Kriterien der Fremdbeobachtung zur Einschätzung des Einflusses des Umgebungsklimas auf das Befinden von älteren Personen in stationärer Pflege

Grewe HA¹, Krause M², Zink C¹

¹Hochschule Fulda, Fulda; ²Fraunhofer-Institut für Bauphysik, Kassel

Hintergrund: Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sind aufgrund ihres Alters, ihrer Multimorbidität, ihrer medikamentösen Behandlung und ihres eingeschränkten Kommunikations- und Handlungsspielraums durch hohe Umgebungstemperaturen besonders gefährdet [1,2]. Die Prüfung der Notwendigkeit technischer Anpassungen von Gebäuden der stationären Pflege an prognostizierte hohe Außentemperaturen erscheint vor dem Hintergrund der Erfahrungen des Sommers 2003 und in Anbetracht der Klimaprognosen erforderlich. Daten über den thermischen Komfortbereich pflegebedürftiger alter und hochaltriger Menschen fehlen [3]. **Ziel:** Entwicklung einer Methodik zur Schaffung einer Datenbasis über die thermische Behaglichkeit pflegebedürftiger Menschen in Gebäuden mit freier Lüftung. **Vorgehen:** Seit Juni 2009 erfolgt die kontinuierliche Erhebung raumklimatischer und mikroklimatischer Parameter in zwei Pflegeheimen. Parallel dazu werden kommunikationsfähige Bewohnerinnen und Bewohner wiederholt zu ihrer thermischen Wahrnehmung und zu ihrer thermischen Behaglichkeit befragt. Dazu wurde ein Erhebungsinstrument in Anlehnung an DIN EN ISO 10551 entwickelt. Demenziell veränderte Bewohnerinnen und Bewohner werden teilnehmend beobachtet, die Beobachtungen in strukturierten Memos festgehalten. Körperoberfläche, Bekleidung, Aktivität, Erkrankungen und Medikation werden parallel erhoben. **Ergebnisse:** Die Besonderheiten des Feldzugangs sowie kontinuierlicher raumklimatischer Messungen und der wiederholten Datenerhebung unter den Bedingungen der Alltagsrealität in Einrichtungen der stationären Pflege werden reflektiert. Erste Ergebnisse der standardisierten Befragung nach den Kriterien der DIN EN ISO 10551 (Wahrnehmungsbewertung, affektive Bewertung, thermische Präferenz, Annehmbarkeit und persönliche Toleranz) sowie der Auswertung der Beobachtungsprotokolle in Anlehnung an die Methodik der Grounded Theory werden vorgestellt und diskutiert.

Literatur:

- [1] Robert Koch Institut 2004: Hitzewellen und extreme Klimaereignisse. Herausforderungen für das Gesundheitswesen. *Epidemiologisches Bulletin* 2004, 25: 200-201
- [2] Wichert P von 2008: Klimatische Hitzewellen und deren Konsequenzen für die gesundheitliche Betreuung vorgeschädigter Personen. *Medizinische Klinik* 103:75-79
- [3] DIN-Fachbericht ISO/TS 14415:2005
- Keywords:** Hitzebelastung, Pflegeheime, Thermische Behaglichkeit, alte Menschen

V6

Abhängigkeitsverlaufskurven substanzabhängiger Frauen – Eine biografieanalytische Untersuchung

Grundke S¹, Bretschneider K¹, Klement A¹

¹Institut für Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Hintergrund Die Rate riskanter Alkoholkonsumenten unter Jugendlichen, insbesondere unter jungen Frauen, steigt. Für einen biografieanalytischen Beratungsansatz in der Präventionsarbeit ist es wesentlich, biografische Brucherfahrungen/Verletzungsdispositionen und biografische Wandlungsprozesse im Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit zu ergründen. **Methode** Die qualitative Untersuchung im Anwendungsfeld der Biografieanalyse hatte die Rekonstruktion des biografischen Gewordenseins substanzabhängiger Frauen zum Ziel. Dazu wurden autobiografisch-narrative Interviews mit 16 substanzabhängigen Frauen durchgeführt. Befragt wurden sowohl Berufsschülerinnen als auch erwerbstätige, erwerbslose und (früh-)verrentete Frauen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren. **Ergebnisse** Substanzabhängige Frauen erleben sich im Verlauf ihres biografischen Gewordenseins oftmals mit mehreren problematischen Bedingungsgefügen gleichzeitig konfrontiert, welche sich dann nachteilig auf die Kompetenz zur Entfaltung eigener biografischer Sinnquellen auswirken. Die Herkunftsfamilie stellt zumeist keine Quelle stärkender biografischer Ressourcen dar. Die Eltern der befragten Frauen erweisen sich häufig als problematische Identifikationsvorbilder für die Identitäts- und Geschlechterrollenentwicklung. Die Chance eines biografieanalytischen Beratungsansatzes liegt in der Förderung identitätsbildender biografischer Prozesse, um Mädchen und Frauen gegen Suchgefahren zu stärken. **Diskussion** Potentiale für eine biografieanalytische Beratungsstrategie zur Prävention von Suchterkrankungen bei Mädchen und Frauen sollen anhand exemplarisch ausgewählter Ausschnitte aus dem qualitativ-empirischen Material illustriert und diskutiert werden.

Literatur:

- [1] Betts, S.; Griffiths, A.; Schütze, F.; Straus, P. (2007): Biographical Counselling: an Introduction. In: Betts, S.; Griffiths, A.; Schütze, F.; Straus, P. (Hrsg.): *INVITE – Biographical Counselling in Rehabilitative Vocational Training – Further Education Curriculum*.
- [2] Corbin, J. M.; Strauss, A. (2004): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. 2. Auflage. Bern: Huber.
- [3] Feuerlein, W. (1984): *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit; Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Georg Thieme, S. 68 – 82.
- [4] Glaser, B. G., Strauss, A. (1967/2005): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Sozialforschung*. 2. korrigierte Auflage. Bern: Huber 2005.
- [5] Goffman, E. (1998): *Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. 13. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- [6] Heckmann, W., Münzel, A. (1997): *Frauen, die aus der Rolle fallen – Umfang und Formen weiblichen Suchtverhaltens*. spi-Forschung.
- [7] Heinz, W., Behrens, J. (1991): *Statuspassagen und soziale Risiken im Lebensverlauf*. In: *BIOS – Zeitschrift für Biografieanalyse und Oral History*. 4. Jahrgang, Heft 1/1991, S. 121-140.
- [8] Kelle, U.; Kluge, S. (1999): *Vom Einzelfall zum Typus – Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. In: Bohnensack, R.; Lüders, Ch.; Reichertz, J. (Hrsg.): *Qualitative Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich, Opladen.
- [9] Reim, Th. (1997): *Auf der Suche nach biografischen Passungsverhältnissen – die Prozessierung durch Möglichkeitsstrukturen anstelle biografischer Arbeit*. In: Nittel, D., Marotzki, W. (Hrsg.): *Berufslaufbahn und biografische Lernstrategie*. Hohengehren: Schneider Verlag, S. 175 – 213.
- [10] Riemann, G.; Schütze, F. (1987): *Some Notes on a Student Research Workshop on „Biographic Analysis, Interaction Analysis and Analysis of Social Worlds“*. In: *Biography and Society*, Vol. 8, S. 54-70.
- [11] Riemann, G. (1989): *Biografien verstehen und missverstehen – Die Komponente der Kritik in der sozialwissenschaftlichen Fallanalyse des professionellen Handelns*. In: Kraul, M., Marotzki, W., Schweppe, C. (Hrsg.) (2002) *Biografie und Profession*. Verlag Julius Klinkhardt, S. 156 ff

- [12] Riemann, G.; Schütze, F. (1991). „Trajectory“ as a Basic Theoretical Concept for Analyzing Suffering and Disorderly Social Processes. In: Maines, D. R. (Hg), 1991: *Social Organization and Social Processes*. Essays In Honor of Anselm Strauss. New York: Aldine de Gruyter, S. 333 – 357.
- [13] Riemann, G. (2000): *Die Arbeit in der pädagogischen Familienberatung. Interaktionsprozesse in einem Handlungsfeld der sozialen Arbeit*. In: Otto, H. U., Thiersch, H. (2000) *Edition Soziale Arbeit*. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 175 ff.
- [14] Schütze, F. (1981): *Prozessstrukturen des Lebensablaufs*. In: Matthes, J. et al. (Hrsg.): *Biografie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Kolloquium am sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg. S. 67 – 156.
- [15] Schütze, F. (1982): *Narrative Repräsentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit*. In: Eberhard Lämmert (Hrsg.): *Erzählforschung*. Ein Symposium. Stuttgart: J.B. Metzlersche Verlagsbuchhandlung, S. 568-590.
- [16] Schütze, F. (1983): *Biografieanalyse und narratives Interview*. In: *Neue Praxis*, Jg. 13, H. 3, S. 283-293.
- [17] Schütze, F. (2001a): *Ein biografieanalytischer Beitrag zum Verständnis von kreativen Veränderungsprozessen: die Kategorie der Wandlung*. In: *Materialität des Geistes. Zur Sache Kultur – Im Diskurs mit Ulrich Oevermann*, hgg. v. Roland Burkholz, Christel Gärtner und Ferdinand Zehentreiter; Weilerswist: Velbrück-Verlag, S. 137-162.
- [18] Schütze, F. (2001b): *Rätselhafte Stellen im narrativen Interview*. In: *Handlung Kultur Interpretation*, 2001, Jg. 10, Heft 1, S.12-28.
- Keywords:** Abhängigkeitsverlaufskurven, biografieanalytischer Beratungsansatz

V7

Verbessert sich die Versorgungsqualität von Patienten mit Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz in einem Disease Management Programm? – Befunde aus dem Disease Management Programm (DMP) Koronare Herzkrankheit (KHK) in der Region Nordrhein

Hagen B¹, Altenhofen L¹, Schwang I², Griebenow R³

¹Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln; ²Marienhospital, Hamm; ³Kliniken der Stadt Köln, Krankenhaus Merheim, Köln

Hintergrund: Hinsichtlich der KHK-Sekundärprävention konstatieren die Studien EuroAspire I-III derzeit trotz gesteigerter antihypertensiver Medikation eine unveränderte Blutdrucksituation bei Herzinfarkt-Patienten oder solchen mit einer Koronarintervention [1,2]. Bestätigen dies auch Daten aus dem DMP KHK Nordrhein? **Datengrundlage, Methoden:** 2008 waren 180.294 Patienten mit gesicherter KHK in das DMP eingeschrieben (63,2% Männer), das mittlere Alter lag bei 70,2+/-10,3, die mittlere Erkrankungsdauer bei 8,1+/-6,7 Jahren. Im Längsschnitt untersucht (Varianzanalyse mit Messwiederholung, Kontrolle von Alter, Erkrankungsdauer und Geschlecht) wurden zwei Teilkollektive: Patienten mit Herzinfarkt (n=13.862) oder Herzinsuffizienz (n=8.915), die zwischen 2004 und 2008 kontinuierlich am DMP teilnahmen. Zusätzlich wurden die Prädiktoren für einen systolischen Blutdruck unter 130 mmHg 2008 bestimmt (logistische Regression). **Ergebnisse:** Bei KHK-Patienten mit Herzinfarkt sank der systolische Blutdruck von 131,7 (95%-CI 131,1 – 132,3) auf 129,0 (128,4 – 129,5) mmHg, bei solchen mit Herzinsuffizienz sank er von 132,6 (132,0 – 133,5) auf 129,2 (128,7 – 129,8) mmHg. Parallel stieg der Anteil kontinuierlich kombiniert mit Beta-Blockern und ACE-Hemmern behandelter Patienten von 55 auf 62,4% (Infarkt) bzw. von 52,1 auf 60,3% (Insuffizienz). Ein Herzinfarkt (Odds Ratio 1,15; 95%-CI 1,12 – 1,17) und eine Herzinsuffizienz (OR 1,21; 1,18 – 1,24) sind bedeutsame Prädiktoren eines systolischen Blutdrucks unter 130 mmHg. **Schlussfolgerung:** Im DMP KHK erfolgt bei Patienten mit Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz zwischen 2004 und 2008 eine signifikante Absenkung des systolischen Blutdrucks unter 130 mmHg. Hieraus ist abzuleiten, dass die verstärkten ärztlichen Bemühungen um eine verbesserte Sekundärprophylaxe der KHK erfolgreich waren. Offen bleibt, inwieweit jüngere vs. ältere bzw. männliche vs. weibliche KHK-Patienten gleichermaßen von dieser Verbesserung profitierten.

Literatur:

- [1] Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, for the EUROASPIRE Study Group (2009). Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: A comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*, 373 (9667), 929-940.
- [2] Wood DA, on behalf of the Survey Expert Committee and all investigators participating in the Euro Heart Survey on Preventive Cardiology (2007). The EUROASPIRE surveys. Time trends in lifestyle, risk factor and

therapeutic management of coronary patients 1995-2007. Lessons learned from the Euro Heart Survey Programme. Präsentation, Kongress der European Society of Cardiology, 1.-5. September 2007, Wien.

Keywords: Blutdruck, Disease Management Programm, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, antihypertensive Medikation, koronare Herzkrankheit

V8

Prävalenz des Metabolischen Syndroms bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen in der Rehabilitation – Ergebnisse einer Pilotstudie

Hardt J¹, Vödisch K¹, Schnoor M², Raspe H¹

¹Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck, Lübeck;

²School of Humanities and Social Sciences, Research IV, Jacobs University, Bremen

Hintergrund: Muskuloskeletale Erkrankungen sind die häufigste Indikation für eine stationäre medizinische Rehabilitation. Chronische unspezifische Rückenschmerzen (RS) gelten dabei als schwer zu therapierendes Krankheitsbild. Nach Hinweisen auf Zusammenhänge zwischen RS und weiteren Erkrankungen [1–3] wird diskutiert, ob die Berücksichtigung von Komorbiditäten den Behandlungserfolg erhöhen kann. Für RS werden z. T. ähnliche Therapieindikationen vermutet wie für kardiovaskuläre Erkrankungen. Diese Pilotstudie erhebt die Prävalenz des Metabolischen Syndroms (MetS) und weiterer Komorbiditäten bei RS-Patienten, um den Bedarf einer Berücksichtigung dieser in der Rehabilitation zu klären. **Methoden:** Die Patienten wurden in 6 Rehabilitationskliniken in Mecklenburg-Vorpommern rekrutiert (Diagnose RS, Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung oder gesetzlichen Krankenkassenversicherung). Zur Diagnose des MetS wurden Größe, Gewicht, Taillen-/Hüftumfang, Ruheblutdruck, Nüchtern-Blutglukose, Triglyceride und HDL-Cholesterin (HDL-C) sowie soziodemographische Angaben erhoben. **Ergebnisse:** 165 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (Alter/MW ± SD: 51 ± 9 Jahre; 56 % Frauen; 14 Patienten mit Diabetes mellitus) wurden konsekutiv eingeschlossen. 51 % der Patienten wiesen erhöhte Blutdruckwerte (≥ 130/85 mmHg), 46 % einen erhöhten Taillenumfang, 35 % erhöhte Triglyceride, 11 % zu niedrige HDL-C-Werte und 7 % erhöhte Blutglukose-Werte auf. Männer und Frauen unterscheiden sich dabei deutlich. Die Kriterien des MetS (nach AHA-NHLBI, 2004) erfüllten 25 % (Männer: 34%; Frauen: 17%; rohe Raten). 38 % der Patienten wurden mit Antihypertensiva, 12 % mit Statinen behandelt. **Schlussfolgerungen und Ausblick:** Wir fanden z. T. erhöhte Prävalenzen von Kriterien des MetS im Vergleich zu aktuellen Referenzdaten [4]. In weiteren Analysen werden Zusammenhänge zwischen RS und MetS sowie weiteren Komorbiditäten differenziert nach Schweregrad und Chronifizierung untersucht, Ergebnisse liegen zum Kongress vor.

Literatur:

- [1] Leboeuf-Yde C. Body weight and low back pain. A systematic literature review of 56 journal articles reporting on 65 epidemiologic studies. *Spine* 2000 Jan 15;25(2):226-37
 - [2] Schmidt CO, Kohlmann T. Was wissen wir über das Symptom Rückenschmerz? Epidemiologische Ergebnisse zu Prävalenz, Inzidenz, Verlauf, Risikofaktoren. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 2005;143(3):292-8
 - [3] Hüppe A, Raspe H. Amplifizierte Rückenschmerzen und Komorbidität in der Bevölkerung. *Schmerz*, 23: 275–283
 - [4] Moebus S, Hanisch J, Bramlage P et al. Regional unterschiedliche Prävalenz des metabolischen Syndroms. Daten zur primärärztlichen Versorgung in Deutschland. *Dt. Arztebl*, 2008, 105(12): 207-13
- Keywords:** chronic back pain, comorbidity, metabolic syndrome, rehabilitation

V9

Hitzebedingte Gesundheitsrisiken im höheren Lebensalter – Erprobung aufsuchender Prävention im Stadtteil

Heckenhahn M¹, Müller K¹, Pfaffenberger D²

¹Gesundheitsamt Region Kassel, Kassel; ²Hochschule Fulda, Fulda

Hintergrund: Mit dem Klimawandel steigt die Eintrittswahrscheinlichkeit von extremer Hitze und Hitzewellen [1], die, abhängig von ihrer Intensität und Dauer, in suszeptiblen Bevölkerungsgruppen zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität führen. Besonders betroffen sind über 75-jährige Personen, die in dicht besiedelten städtischen Überwärmungsgebieten leben [2,3]. Bisherige Präventionsstrategien umfassen in Deutschland vor allem die bis auf Landkreisebene hinreichenden Hitzewarnsysteme der Länder, die eine frühzeitige und gezielte Information von Pflegeheimen sowie der (Fach-)Öffentlichkeit über drohende Hitze-

ereignisse sicherstellen sollen. Unklar bleibt, wie die besonders von Hitze bedrohten Personen im häuslichen Wohnumfeld adäquat erreicht werden können, da massenmedial gestützte Hitzewarnungen nur selten zu entsprechenden Verhaltensänderungen führen [4] und die gezielte Hitzeprävention durch Health Professionals im ambulanten Bereich bislang nicht vergütet wird. **Ziel:** 1) Entwickeln und Erproben von Strategien der aufsuchenden Prävention durch das Gesundheitsamt Region Kassel. 2) Initiieren und Evaluieren eines interdisziplinären Netzwerks Hitzeprävention im Stadtteil. 3) Integration der Projektergebnisse in die Governance-Struktur des Klimaanpassungsnetzwerkes Nordhessen (BMBF-Programm Klimazug) Vorgehen: Auf der Basis des Hessischen Datenschutzgesetzes wurde die Möglichkeit des Transfers personenbezogener Daten an das Gesundheitsamt Region Kassel geprüft. Seit 06/2009 werden verschiedene Strategien des direkten Zugangs zu über 75-jährigen Personen in Form präventiver Hausbesuche erprobt und evaluiert. In einem/einer als thermischen Hochrisikogebiet identifizierten Stadtteil/Gemeinde wurde mit der Initiierung eines Netzwerks Hitzeprävention begonnen. **Ergebnisse:** Im Vortag werden erste Zwischenergebnisse hinsichtlich der Zielgruppenreicherung, der aufsuchenden Prävention sowie der Netzwerkbildung vorgestellt und kritisch bewertet.

Literatur:

- [1] IPCC - Zusammenfassung für politische Entscheidungsträger. In: Solomon S, Qin D, Manning M, Chen Z, Marquis M, Averyt KB, Tignor M, Miller HL (Hrsg.): *Klimaänderung 2007. Wissenschaftliche Grundlagen. Beitrag der Arbeitsgruppe I zum Vierten Sachstandsbericht des Zwischenstaatlichen Ausschusses für Klimaänderung (IPCC)*, Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA. Deutsche Übersetzung durch ProClim-, österreichisches Umweltbundesamt, deutsche IPCC-Koordinationsstelle, Bern/Wien/Berlin, 2007.
- [2] Kovats RS and Hajat S. 'Heat stress and public health: a critical review'. *Annu Rev Public Health* 2008. 29: 41-55.
- [3] Vandentorren S, Bretin P, Zeghnoun A, Mandereau-Bruno L, Croisier A, Cochet C, Ribéron J, Siberan I, Declercq B, Ledrans M. Heat-related mortality. August 2003 Heat Wave in France: Risk Factors for Death of Elderly People Living at Home. *European Journal of Public Health*. 2006, 16, 6. 583-591
- [4] Sheridan SC. A survey of public perception and response to heat warnings across four North American cities: an evaluation of municipal effectiveness. *Int J Biometeorol*. 2007; 52(1) 3–15

Keywords: Klimawandel, alte Menschen, aufsuchende Prävention, hitzeassoziierte Gesundheitsrisiken, kleinräumiges Netzwerk Hitzeprävention

V10

Prävention in der Hausarztpraxis – Bedeutung von Narrativen für die Beratung übergewichtiger Patienten

Heintze C¹, Metz U¹, Wiesner J¹

¹Institut für Allgemeinmedizin Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Einleitung: Im 20. Jahrhundert kam es zu einer Verschiebung in der Bedeutung von Infektionserkrankungen zugunsten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Damit haben sich auch Präventionskonzepte verändert, wie der ärztliche Umgang mit Übergewicht als möglicher Risikofaktor verdeutlicht. Vermehrt werden neue Ursachenkonzepte wie zum Beispiel das Metabolische Syndrom diskutiert. In Deutschland gilt die Gesundheitsuntersuchung (Check-up 35) als ein gängiges Präventionsinstrument für Hausärzte, um Patienten über individuelle kardiovaskuläre Gesundheitsrisiken zu informieren. **Methoden:** Untersucht wurde, wie Hausärzte und Patienten das Thema Übergewicht in Vorsorgekonsultationen gestalten. Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung wurden in zwölf Berliner Hausarztpraxen Tonaufnahmen der Abschlussgespräche mit 52 übergewichtigen und adipösen Patienten (BMI > 25 kg/m²) realisiert. Nach Transkription der Arzt-Patient-Gespräche erfolgte die Auswertung durch die qualitative Inhaltsanalyse. **Ergebnisse:** In den Gesprächen äußern Patienten vielschichtige Ursachenkonzepte bezüglich des eigenen Übergewichts. Soweit Patienten ausführlich über die Umstände berichten, werden differenzierte Aspekte des individuellen Lebensstils in Verbindung mit Ernährung und Bewegung besprochen. Das Metabolische Syndrom als Rahmenkonzept war in den Gesprächen ohne Relevanz. **Schlussfolgerung:** Patientenerzählungen können in Arzt-Patient-Gesprächen ein wichtiges Element zur Reflexion und Einbindung medizinischer Anliegen in Alltagspraxen von Ratsuchenden sein. Narrative Medizin ist für die hausärztliche Betreuung übergewichtiger wichtig, da sie einem hermeneutischen Fallverständnis folgt, bei dem das Gesundheits- oder Krankheitsverständnis von Patienten in die Beratung integriert wird.

Keywords: Adipositas, Allgemeinmedizin, Beratung, Prävention

V11

Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen im Arbeitskontext – Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in Altenheimen

Horváth I¹, Buruck G¹

¹TU Dresden, Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie, Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie, Dresden

Muskel- und Skelett-Erkrankungen stellen in der Europäischen Union die am häufigsten gemeldeten arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme dar (European Agency for Safety and Health at Work, 2009). Auf Muskel-Skelett-Erkrankungen fallen mit 26,3% die meisten Arbeitsausfalltage (BKK-Gesundheitsreport, 2008). Neben den physischen Fehlbelastungen gelten psychische Fehlbelastungen als gesicherte Entstehungsfaktoren für Muskel-Skelett-Beschwerden (z. B. Wadman & Kjellberg, 2007). Ein wichtiges Erklärungsmodell stellt in diesen Zusammenhang das Cinderella-Modell (Hägg, 1991; Lundberg & Melin, 1997) dar. Im Rahmen einer Pilotstudie bei Beschäftigten der stationären Altenpflege (N=193; Rücklaufquote 81%) konnte gezeigt werden, dass die Pflege Tätigkeit durch zahlreiche physische und psychische Fehlbelastungen gekennzeichnet ist. Die Arbeitsbelastungen wurden sowohl aus der Sicht der Beschäftigten als auch mittels eines objektiven Screeningverfahrens (Screening Gesundes Arbeiten – SGA, Buruck et al., 2007) durch geschulte Experten ermittelt. Es konnten clusteranalytisch Zusammenhänge zwischen physischen und psychischen Fehlbelastungen und häufigeren Rückenbeschwerden nachgewiesen werden (Horváth, 2008, unveröffentl. Diplomarbeit, TU Dresden). Im Anschluss an die erste Datenerhebung wurden in vier Pflegeeinrichtungen Interventionen zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung durchgeführt. Dafür wurde der partizipative Ansatz der Gesundheitszirkel nach dem „Düsseldorfer Modell“ (Slesina, 2008) ausgewählt. Die Beteiligung der Beschäftigten an der Arbeitsgestaltung ist zentral. Im Abstand von ca. 9 Monaten zu den Gesundheitszirkeln fand eine zweite Datenerhebung statt. Zurzeit werden die Daten geprüft. Es wird davon ausgegangen, dass in den Pflegeeinrichtungen mit Gesundheitszirkel im Vergleich zu Einrichtungen ohne Gesundheitszirkel (N=100 Beschäftigte) eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Wohlbefindens der Beschäftigten vorzufinden sein wird (Bourbonnais et al., 2006).

Literatur:

- [1] Aust, B. & Ducki, A. (2004). Comprehensive Health Promotion Interventions at the Workplace: Experiences With Health Circles in Germany. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 258–270.
- [2] BKK-Gesundheitsreport 2008 - Seelische Krankheiten prägen das Geschehen. BKK Bundesverband
- [3] Bongers, P. M., de Winter, C. R., Kompier, M. A. & Hildebrandt, V. H. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 19, 297-312.
- [4] Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M. & Lower, A. (2006). Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 326-334.
- [5] Buruck, G., Debitz, U. & Rudolf, M. (2007). Screening Gesundes Arbeiten (SGA) – Erste Ergebnisse der Pilotstudien. In: P. Richter, R. Rau & S. Muehlpfordt. *Arbeit und Gesundheit (S.73-94)*. Lengerich: Pabst.
- [6] Hägg, G. M. (1991). Static work loads and occupational myalgia - a new explanation model. In P. A. Anderson, D. J. Hobart and J. V. Danhoff (eds.), *Electromyographical Kinesiology* (pp. 141-144). Elsevier Science Publishers B.V.
- [7] Mitchell, T., O'Sullivan P. B., Smith, A., Burnett A. F., Straker L., Thornton, J. & Rudd, C. J. (2009). Biopsychosocial factors are associated with low back pain in female nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 678–688.
- [8] Richter, P. & Kirchner, A. (2005). Psychosoziale Arbeitsfaktoren bei der Diagnostik von Rückenschmerzen. Beitrag zu den 12. Erfurter Tagen - Symposium zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen der BGN (Berufsgenossenschaft Gaststätten und Nahrungsmittel) vom 2.-3.12.2005.
- [9] Wadman, C. & Kjellberg, A. (2007). The role of the affective stress response as a mediator for the effect of psychosocial risk factors on musculoskeletal complaints-Part 2: Hospital workers. *International Journal of Industrial Ergonomics* 37, 395–403.

V12

Risikoeinschätzung bei Kindesmissbrauch und -vernachlässigung und Umgang mit Verdachtsfällen – Forschungsüberblick und Ergebnisse zweier Studien

Kindler H¹

¹Deutsches Jugendinstitut e.V., München

Verfahren zur Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung werden in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitswesen an verschiedenen Stellen eingesetzt. Die Befundlage zur Aussagekraft und wahrgenommenen Nutzen sind heterogen. Der Beitrag gibt einführend einen Überblick über den Forschungsstand. Anschließend werden zwei Instrumente kurz vorgestellt. Ein validiertes Verfahren zur Einschätzung des Risikos wiederholter Misshandlung bzw. Vernachlässigung und ein Screeningbogen zur Identifikation von Familien, die in besonderer Weise von frühen Angeboten zur Prävention von Misshandlung bzw. Vernachlässigung profitieren können.

Keywords: Kindesmisshandlung, Kindesvernachlässigung, Kindeswohlgefährdung, Risikoeinschätzung

V13

Prävention innerfamiliären sexuellen Missbrauchs unter Geschwistern – Ergebnisse internationaler Studien

Klees E¹

¹DGPI Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V., Düsseldorf

In Deutschland besteht ein immenses Forschungsdesiderat hinsichtlich des sexuellen Missbrauchs von Geschwistern im Kindes- und Jugendalter – und das, obgleich internationale Studien in den letzten zwei Jahrzehnten besorgniserregende Ergebnisse offengelegt haben [1, 2, 4]. In den bundesweiten Beratungsstellen für Opfer sexueller Gewalt und minderjährige Sexualtäter zählen Fälle des Geschwisterinzests längst zum Arbeitsalltag [3]. Auf der Datengrundlage verschiedener Studienauswertungen, befasst sich der Vortrag mit der Frage welche Präventionsbemühungen besonderen Erfolg versprechen. Im Rahmen der unspezifischen Primärprävention scheinen die Stärkung der Persönlichkeit von Kindern, eine emanzipatorische sexualpädagogische Begleitung, sowie die Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit zentrale Anliegen zu sein, um eine sexuell deviante Entwicklung von Mädchen und Jungen zu vermeiden und die Abwehrkraft von Kindern zu stärken. Speziell auf den Geschwisterinzest bezogen, bedarf es bei der spezifischen Primärprävention insbesondere der Auslebung gleichberechtigter Rollenbilder, der liebevollen Beaufsichtigung der Kinder sowie der Aufarbeitung multigenerationaler Misshandlungs-/Missbrauchsmuster. Sobald grenzübergreifende sexuelle Kontakte unter Geschwistern bekannt werden, müssen verbindliche Interventionsmaßnahmen erfolgen, um die Taten umgehend zu beenden und den Betroffenen die dringend notwendige Hilfe zuteilwerden zu lassen. Im Rahmend der Sekundärprävention gilt es zeitnah professionelle Hilfe aufzusuchen. Bis dato mangelt es in Deutschland an differenzierten therapeutischen Hilfeangeboten. Bleiben verbindliche Behandlungen für die jungen Täter aus, besteht die erhöhte Gefahr einer Chronifizierung der Missbrauchsmuster.

Literatur:

- [1] Adler, N.A./Schutz, J.: Sibling Incest Offenders. *Child Abuse and Neglect* 1995, 19 (7), 811–819.
 - [2] Caffaro, J. V., Conn-Caffaro, A.: *Sibling Abuse Trauma. Assessment and Intervention Strategies for Children, Families, and Adults*. New York: Haworth Press, 1998
 - [3] Klees, E.: *Geschwisterinzest im Kindes- und Jugendalter. Eine empirische Täterstudie im Kontext internationaler Forschungsergebnisse*. Lengerich: Pabst, 2008
 - [4] Wiehe, V. R.: *Sibling Abuse. Hidden Physical, Emotional, and Sexual Trauma (2. Auflage)*. Thousand Oaks: Sage, 1997
- Keywords:** Bruder-Schwester Bindung, Geschwister, Geschwisterinzest, Inzest, sexuelle Gewalt, sexueller Missbrauch

V14

QIP („Qualität in der Prävention“) – Einsatzerfahrungen mit einem generischen Verfahren zur Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung

Kliche T¹, Töppich J², Wormitt K¹, Post M¹¹Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; ²Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Präventive Projekte benötigen eine wirkungsbezogene Qualitätsentwicklung. Diese fehlt im Bereich der Gesundheitsförderung oft, und selbst zertifizierte Einrichtungen können Projekte ohne Wirkungsaussichten realisieren. Eine evidenzgestützte, auf Gütekriterien geprüfte Qualitätsanalyse für präventive Aktivitäten bietet QIP. QIP ist ein strukturiertes Peer-Review-Verfahren zur Qualitätseinschätzung für präventive Aktivitäten unterschiedlicher Komplexität und Reichweite (Einzelinterventionen, Programme, Setting-Projekte, Kampagnen). QIP wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und UKE evidenzgestützt und expertenbegleitet entwickelt, um Konzept- und Planungsqualität, Wirksamkeit und Wirkungsaussichten präventiver Aktivitäten abzuschätzen. Das Verfahren wurde einem umfassenden Feldtest auf Gütekriterien unterzogen. QIP besteht aus einem ausführlichen Dokumentationsbogen. Das Ausfüllen dauert im Mittel 2–3 Stunden, bei komplexen Projekten aber auch deutlich länger. Die Unterlagen werden mindestens drei geschulten, im jeweiligen Arbeitsfeld qualifizierten Gutachter/-innen vorgelegt. Diese beurteilen das Projekt kriteriengeleitet anhand eines Begutachtungsbogens auf 7 Haupt- und 21 Teildimensionen präventiver Qualität, welche aus verschiedenen Formen der Evidenz abgeleitet sind. Die Ergebnisse werden an die Durchführenden in den Projekten zurückgemeldet. Mittlerweile sind rund 300 Projekte mit QIP analysiert worden. Da das Verfahren gute Messungseigenschaften aufweist, wurde es auch in Versorgungsanalysen eingesetzt (u. a. für Angebote für Kinder und Jugendliche mit Adipositas und für Gesundheitsförderung durch Kitas). Regelmäßige Nachbefragungen zeigen, dass etwa 40% der einbezogenen Projekte nach einem Vierteljahr auf die QIP-Rückmeldungen hin deutliche Verbesserungen vorgenommen haben.

Literatur:

[1] www.uke.de/qip[2] Kliche, T., Krüger, C., Koch, U., Mann, R., Goldapp, C., Stander, V., Töppich, J. (2006). Germany: preventive care for obese children and adolescents - qualities and deficiencies of programs and interventions. In A. Mathieson & T. Koller (Hrsg.), Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents. <http://www.euro.who.int/Document/e89375.pdf> (S. 43-49). Copenhagen: WHO Regional Office of Europe / HBS Forum.

Keywords: Evidenzbasierte Prävention, Gesundheitsförderung, Qualitätssicherung, assessment, feedback

V15

Rechtliche Konsequenzen von Verstößen gegen das Qualitätsmanagement

Koyuncu A¹¹Anwaltskanzlei MAYER BROWN LLP, Köln

Prävention und Qualitätsmanagement haben Berührungspunkte und Gemeinsamkeiten. Qualitätsmanagement ist aus dem Gesundheitssystem nicht mehr wegzudenken. Die Einrichtung von Systemen zum Qualitätsmanagement ist vielfach sogar eine gesetzliche Pflicht. Dies gilt etwa für Krankenhäuser und Arztpraxen, aber auch für Arzneimittelhersteller. Trotz der Pflicht zum Qualitätsmanagement wurde bislang wenig untersucht, welche rechtlichen Konsequenzen Ärzten, Krankenhäusern oder Arzneimittelherstellern drohen, wenn es zu Verstößen gegen das Qualitätsmanagement kommt. Diese Frage wird in dieser Arbeit juristisch unter Einbezug der zugehörigen Rechtsnormen und Gerichtsurteile untersucht. Als Ergebnis ist festzustellen, dass Verstöße gegen das Qualitätsmanagement in mehreren Rechtsgebieten sanktioniert und forensisch relevant werden können. Sanktionen können unmittelbar oder mittelbar an solche Verstöße anknüpfen. Besonderes Augenmerk liegt auf dem Straf- und Haftungsrecht (Klinik-/Arzthaftung und Produkthaftung), woraus nicht zuletzt deutlich wird, dass Qualitätsmanagement insbesondere auch der Prävention dient, und zwar der Prävention von Patientenschäden. Mithin ist die Schlussfolgerung geboten, dass Qualitätsmanagement und Prävention auch aus juristischer Sicht durchaus Berührungspunkte haben.

Keywords: Qualitätsmanagement, Recht, Haftung, Arzthaftung, Krankenhaushaftung, Produkthaftung, Organisationspflichten, Organisationsverschulden

V16

Ressourcen- und Risikoprofile pflegender Angehöriger – Nutzung bedarfsgerechter gesundheitsfördernder Angebote

Kummer K¹, Budnick A¹, Dräger D¹, Blüher S¹¹Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Hintergrund: Die Pflege eines Familienmitglieds ist für Angehörige oft eine große Herausforderung. Sie sind aufgrund der häuslichen Pflegesituation erheblichen Belastungen ausgesetzt, die mit physischen und psycho-sozialen Gesundheitsrisiken einhergehen. Pflegenden Angehörige sind eine vulnerable Personengruppe, deren Gesundheit es besonders zu fördern gilt. Im Projekt „Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige“ stehen pflegende Angehörige (≥ 50 Jahre) und deren gezielte Gesundheitsförderung im Fokus. **Ziel:** Projektziel war die Entwicklung eines Assessments zur Ermittlung individueller Ressourcen- und Risikoprofile für pflegende Angehörige. Das Assessment generiert Daten, die es ermöglichen, die Ausprägungen von Ressourcen und Risiken darzustellen, um daraus den Bedarf an Gesundheitsförderung abzuleiten. – Der Beitrag gibt einen Überblick über die Ressourcen- und Risikokonstellationen. Zudem wird präsentiert wie sich der abgeleitete Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten für die Pflegepersonen und die Nutzungsbereitschaft darstellen. **Ergebnisse:** Erste Auswertungen des Assessments (N=124) geben Hinweise darauf, dass der Großteil der Befragten über niedrige und mittlere physische und psycho-soziale Ressourcen verfügt. Wenige pflegende Angehörige haben hohe Ressourcen im physischen und psycho-sozialen Profil. Vor dem Hintergrund der Gesundheitsförderung erhalten z. B. Pflegenden mit mittleren Ressourcen ein Angebot mit ausgewogener Kombination aus Bewegungs- und Entspannungstechniken. Pflegenden Angehörige mit niedrigen Ressourcen bekommen ein Angebot, in dem unterschiedliche alltagsnahe Bewegungs- und Entspannungstechniken vermittelt werden und die Förderung sozialer Ressourcen zentraler Kursbestandteil ist. **Fazit:** Das entwickelte Assessment bietet erstmals die Möglichkeit, individuelle Ressourcen- und Risikokonstellationen bei einer vulnerablen Zielgruppe zu ermitteln und bedarfsgerechte Angebote der Gesundheitsförderung abzuleiten.

Keywords: Gesundheitsförderung, Ressourcen und Risiken, bedarfsgerechte Angebote, pflegende Angehörige

V17

Gesundheitliche Entwicklung in den neuen und alten Bundesländern im Zeitraum 1990 bis 2008

Lampert T¹¹Robert Koch-Institut, Berlin

Einleitung: Ausgehend von der Situation nach der Wiedervereinigung Deutschlands werden Entwicklungen und Trends im Gesundheitszustand der Bevölkerung in den neuen und alten Bundesländern untersucht. Neben dem Ost-West-Vergleich werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf Ebene der einzelnen Bundesländer betrachtet. **Methode:** Für die Zeitreihenanalysen wird auf Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts und des Sozio-ökonomischen Panels des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung zurückgegriffen. Für die regionale Analyse werden außerdem Daten des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes genutzt. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich auf die Jahre 1990 bis 2008. **Ergebnisse:** Für einige chronische Krankheiten lassen sich auch 20 Jahre nach der Wiedervereinigung Deutschlands Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern beobachten. Beispiele hierfür sind die koronare Herzkrankheit und Diabetes mellitus, die in den neuen Bundesländern häufiger vorkommen. Allergische Erkrankungen traten Anfang der 1990er-Jahre in den neuen Bundesländern seltener auf als in den alten Bundesländern. Mittlerweile haben sich die Prävalenzen aber weitgehend angeglichen. Auch in Bezug auf den Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum stellt sich die Entwicklung in den neuen Bundesländern ungünstiger dar als in den alten Bundesländern. **Diskussion:** Die unterschiedlichen Entwicklungen in den Bundesländern sind vor dem Hintergrund des Wandels der sozioökonomischen Rahmenbedingungen zu sehen. In Bundesländern mit hoher Armutsbetroffenheit und hoher Arbeitslosigkeit stellt sich auch die gesundheitliche Situation der Bevölkerung vergleichsweise schlecht dar. **Keywords:** Gesundheit, Krankheit, Ost-West-Unterschiede, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitssurveys

V18

Leistungsfähigkeit und Trainierbarkeit im Altersgang: Gute Nachrichten für eine inaktive und alternde Gesellschaft – Die PACE-Studie

Leyk D¹, Wunderlich M¹, Rütter T¹¹Institut für Physiologie und Anatomie, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln

Einleitung: Mit Blick auf die häufig im mittleren Lebensalter eintretenden Änderungen von Gesundheit und Leistungsfähigkeit ist offen, inwieweit diese durch Alterungsprozesse oder durch lifestylebedingte Effekte verursacht sind. Ungünstige Alltagsgewohnheiten (Bewegungsmangel, Fehlernährung etc.) können bereits in frühen Lebensphasen zu deutlichen Leistungsreduktionen führen, die nicht primär durch biologische Alterung bedingt sind. Der Halb-/Marathon eignet sich als hervorragendes Untersuchungsmodell, da dieser ohne regelmäßiges Training und gesunder Lebensweise nicht erfolgreich absolviert werden kann. **Methode:** Mehr als 800000 elektronisch gemessene Laufzeiten von 20–80-Jährigen wurden nach Alters- und Geschlechtskriterien analysiert. Im Rahmen der PACE-Befragung (www.dshs-koeln.de/pace) konnten von Langstreckenläufern (n=10127) zusätzlich Angaben zu gesundheits- und leistungsrelevanten Lebensgewohnheiten erhoben werden. **Ergebnisse:** Die Laufzeitanalyse zeigt, dass 1) vor dem 55. Lebensjahr keine signifikanten Leistungseinbußen erfolgen und 2) das 25% der 65–69-Jährigen schneller läuft als 50% der 20–54-Jährigen. Die Befragung ergab, dass 1) 50% der Läufer etwa 3–4mal/Woche trainieren; 2) mehr als 1/3 der Sportler vor Aufnahme des Lauftrainings keinen Sport betrieben hat und erst seit 3–5 Jahren wieder aktiv sind; 3) Risikofaktoren wie Rauchen (6,2%) und Adipositas (1,2%) kaum vorliegen und 4) „Erhalt/Verbesserung der Leistungsfähigkeit“, „Stressabbau“ und „Spaß am Sport“ vor „gesundheitlichen Gründen“ die häufigsten Motive für ihr Training sind. **Diskussion:** Am Beispiel dieser freiwillig aktiven Bevölkerungskohorte wird deutlich, wie positiv in allen Alterssegmenten der Einfluss von regelmäßigem Training auf körperliche Leistungsfähigkeit und Gesundheit ist. Die Ergebnisse der Befragungen sprechen dafür, dass zur Motivation zum Sporttreiben nicht allein gesundheitliche Aspekte, sondern auch Attraktoren wie „Leistungsfähigkeit“ und „Stressabbau“ wichtig sind.

Literatur:

[1] Leyk D, Erley O, Ridder D, Leurs M, Rütter T, Wunderlich M, Sievert A, Baum K, Essfeld D (2007): Age related changes in marathon and half-marathon performances. *Int J Sports Med* 28: 513-517

[2] Leyk D, Erley O, Gorges W, Ridder D, Wunderlich M, Rütter T, Sievert A, Essfeld D, Baum K (2007): Körperliche Leistungsfähigkeit und Trainierbarkeit im mittleren und höheren Lebensalter. *Wehrmed Mschr* 51: 148-152

[3] Leyk D, Rütter T, Wunderlich M, Sievert A, Essfeld D, Erley O, Löllgen H (2008): Inanspruchnahme und Durchführung von sportärztlichen Vorsorgeuntersuchungen - Befragungen von über 10.000 Langstreckenläufern. *Dtsch Arztebl* 105: 609-614

[4] Leyk D, Wunderlich M, Rösch H, Lackmann S, Sievert A, Rütter T (2008): Der Marathon als leistungsphysiologisches und präventivmedizinisches Untersuchungsmodell. 10-Jahres-Analysen des Ford-Köln-Marathon – ein Beitrag aus der PACE-Studie. *Präv Gesundheitsf* 3: 253-258

[5] Leyk D, Rütter T, Wunderlich M, Sievert A, Essfeld D, Erley O, Gorges W, Ridder D, Piekarski C, Erren TC (2009): Performance, training and lifestyle parameters of marathon runners aged 20 to 80 years: Results of the PACE-Study. *Int J Sports Med* 30: 360-365

Keywords: Alter, Gesundheitsförderung, Lifestyle, Motivation, Training

V19

Wie kann eine rationale Präventionsstrategie aussehen? – Eine empirische Analyse

Lüngen M¹¹Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie des Klinikums der Universität zu Köln (AÖR), Köln

Wie kann eine rationale Präventionsstrategie aussehen? Ein wesentliches Hemmnis zur kosten-effektiven Verbreitung von Präventionsmaßnahmen liegt in der unbekanntenen Wirksamkeit von Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Primärprävention. Studien des IGKE haben gezeigt, dass es auch unter Einbeziehung internationaler Ansätze kaum möglich ist, jene Eigenschaften zu benennen, die eine unwirksame von einer wirksamen Präventionsmaßnahme unterscheiden. Sinnvoll scheint es daher, einen Suchprozess um beste Präventionsprogramme zu initiieren und entsprechende Programme nicht nur zwingend mit einer belastbaren Evaluation zu versehen, sondern zunächst auch zeitlich zu begrenzen. Auf dieser Basis können auch weitere Fortschritte hin zu einem

Präventionsgesetz erzielt werden. Zudem ist die Teilnahme und Überzeugungskraft von Präventionsprogrammen in unterschiedlichen sozialen Schichten höchst unterschiedlich. Die empirischen Auswertungen des IGKE zeigen, dass die reine Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (nach Adjustierung an der Morbidität) über Schichten hinweg relativ einheitlich ist. Jedoch ist die Teilnahme an Präventionsprogrammen sehr heterogen, mit Bildung als einem wesentlichen Einflussfaktor. Es kann gezeigt werden, dass eine rationale Strategie zur Heranführung von bildungsfernen Schichten an Präventionsprogramme unter Einbeziehung von Hausärzten erfolgen kann.

Keywords: Evidenz, Kosten-Effektivität, Prävention, Präventionsgesetz

V20

Prävention in Deutschland in historischer Perspektive – Die gesundheitspolitische Einbindung chronischer Krankheiten seit 1918

Madarász J¹¹Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH, Berlin

Im 19. Jahrhundert dominierten Infektionskrankheiten die Diskussion um Krankheit. Mit der Zunahme zivilisationskritischer Ansätze und gestützt durch epistemologische sowie technische Entwicklungen rückten chronische Krankheiten in den Mittelpunkt öffentlicher Aufmerksamkeit. Diese Verschiebung veränderte den gesundheitspolitischen Umgang mit Gesundheitsvorsorge. Es wurde untersucht, wie Gesundheitsvorsorge für chronische kardiovaskuläre Krankheiten nach 1918 zu einem gesundheitspolitischen Faktor wurde. In der Auswertung historischer Quellen erfolgte eine qualitative Analyse. Eingebunden in den zeitgenössischen Kontext ergab sich ein umfassender Blick auf die gesundheitspolitische Thematisierung kardiovaskulärer Krankheiten. Schon seit den 1920er Jahren waren chronische Krankheiten ein gesundheitspolitisches Thema und wurden diskursiv mit gesellschaftlichen Gegebenheiten verknüpft. Allerdings verdrängten chronische Krankheiten den Herz-Kreislauf-Systems die Infektionskrankheiten als gesundheitspolitisch wichtigster Faktor erst in den 1950er Jahren. Ärztliche Standesvereinigungen bemühten sich schon früh, eine entsprechende Gesundheitsvorsorge, welche sich bis in die 1960er Jahre vor allem an sozialhygienischen Ansätzen aus den 1920er Jahren und Früherkennung festmachte, in der Hausarztpraxis zu lokalisieren. Erst mit dem Risikofaktorenkonzept verschob sich die ärztliche Aufmerksamkeit auf die individuelle Primärprävention und prägt damit die Gesundheitsvorsorge in Deutschland bis heute. Die deutsche Gesundheitsvorsorge beruht auf einer langen historischen Kontinuität. Trotz drastischer Brüche korrelierten Wissenschaftler, Ärzte und Gesundheitspolitiker Krankheit immer wieder mit gesellschaftlichen Bedingungen sowie individueller sozialer Praxis. Angesichts der Schwierigkeiten in der Umsetzung von Präventionsprogrammen ergibt sich allerdings die Frage, ob dieses individualisierte Verständnis von Krankheit umfassendere Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge übersieht.

Keywords: Geschichte, Prävention, chronische kardiovaskuläre Krankheiten

V21

Rauchfreie Spielplätze: Die Wirksamkeit gesetzlicher Rauchverbote versus freiwilliger kommunaler Regelungen – Eine Evaluationsstudie

Mons U¹¹Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Rauchen auf Spielplätzen bewirkt für die dort spielenden Kinder eine Gesundheitsgefährdung in vielerlei Hinsicht. Zum einen werden sie Passivrauchen ausgesetzt, und zum anderen besteht die große Gefahr, dass sie die giftigen Zigarettenstummel schlucken. Obwohl daher ein Rauchverbot auf Spielplätzen zum Gesundheitsschutz von Kleinkindern sinnvoll wäre, ist bislang nur in Bayern, in Brandenburg und im Saarland das Rauchen auf Spielplätzen gesetzlich verboten. Zum Teil gibt es aber auch kommunale Initiativen, die das Rauchen auf Spielplätzen untersagen. Das Deutsche Krebsforschungszentrum führt derzeit eine Evaluationsstudie durch, um die Wirksamkeit eines gesetzlichen Rauchverbots auf Kinderspielplätzen sowie einer freiwilligen städtischen Initiative für rauchfreie Spielplätze zu untersuchen und zu vergleichen. Hierfür wurden drei Städte ausgewählt: Heidelberg, Würzburg und Mannheim. In Würzburg gilt durch das Bayerische Gesundheitsschutzgesetz ein gesetzliches Rauchverbot auf Spielplätzen, in Heidelberg gibt es eine freiwillige städtische Initiative für rauchfreie Spielplätze. Mannheim, in dem es kein Rauchverbot auf Spielplätzen gibt, wird als Vergleichsstadt

herangezogen. In diesen drei Städten werden jeweils fünf Stadtteile ausgewählt, die einen unterschiedlich hohen sozioökonomischen Status repräsentieren. In jedem Stadtteil werden zwei Spielplätze zufällig ausgewählt. Zwei Studienmitarbeiter werden diese Spielplätze begehen, vermessen und die Situation vor Ort erfassen. Dazu gehört neben dem Erfassen rauchender Personen insbesondere ein Auszählen an Zigarettenstummeln auf der Spielplatzfläche. Ein Vergleich der Städte wird zeigen, welche Regelung die wirksamste ist in Bezug auf den Gesundheitsschutz von Kindern. Hieraus sollen Empfehlungen für die Länder und für Kommunen abgeleitet werden.

Keywords: Evaluation, Rauchfreie Spielplätze, Rauchverbot

V22

Arzneimittel und Qualitätsmanagement – Rechtliche Vorgaben und aktueller Stand

Mueller EA¹

¹Institut für Klinische Pharmakologie, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden, Dresden

Die Herstellung von Arzneimitteln ist mit einem ständigen Überwachen der Qualität verbunden. Neben dem Nachweis der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit, ist für die Zulassung eines Medikaments die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) erforderlich, mit dem eine gleichbleibende Qualität des Arzneimittels sichergestellt wird. Zahlreiche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, allen voran die Vorschriften der Guten Herstellungspraxis für Arzneimittel (GMP), sind hierbei vom Arzneimittelhersteller zu berücksichtigen. Angesichts zunehmender Importe von Wirkstoffen – etwa 80% der in Deutschland verwendeten Wirkstoffe stammen aus Ländern außerhalb der EU – kommt dem QMS von Arzneimitteln eine immer größere Bedeutung zu. In westlichen Industrieländern sind Chargenrückrufe aufgrund von potentiell lebensbedrohlichen Qualitätsmängeln deutlich zurückgegangen. Der größte Teil von Beanstandungen ist auf allgemeine Konfektionierungsfehler zurückzuführen, die nicht zu einer unverzüglichen Gefährdung von Patienten führen. Beispiele hierfür sind: fehlende Gebrauchsinformation, falsche Etiketten, falsche Faltschachteln, fehlerhafte Angaben auf der Faltschachtel oder ein falsches Haltbarkeitsdatum. Qualitätsmängel an der Arzneiform selbst kommen weniger häufig vor. Generell haben sich die QMS der Arzneimittelhersteller in den letzten Jahren wesentlich verbessert. Es wurden Wege gefunden, das Wissen über GMP – trotz der Vielfalt an gesetzlichen Regelwerken – den Mitarbeitern, die am Herstellungsprozess beteiligt sind, zu vermitteln und das Qualitätsbewusstsein zu steigern. Die Etablierung funktionierender QMS hat dazu geführt, dass die Produktionssicherheit von Arzneimitteln erhöht werden konnte. Wirkstoffe werden heute weltweit produziert und gehandelt. Verstärkte Inspektionen auch von Wirkstoffproduzenten durch die Behörden wären daher wünschenswert, wobei die behördliche gegenseitige Anerkennung von Inspektionsergebnissen ein Ziel für die nahe Zukunft sein sollte.

Keywords: Arzneimittel, GMP, Produktionssicherheit, Qualitätsmanagement, Qualitätsmängel

V23

Prävention des Plötzlichen Kindstodes (SIDS) in Bayern – Evaluation einer Präventionskampagne

Nennstiel-Ratzel U¹, Hölscher G¹, Ehrensperger-Reeh P¹, Wildner M¹

¹Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

Jährlich sterben in Bayern ca. 30 Kinder am plötzlichen Kindstod (SIDS). Die Anzahl der Todesfälle an SIDS kann, wie epidemiologische Studien zeigen, durch einfache Präventionsmaßnahmen reduziert werden (1,2). Eine 2005 in Bayern durchgeführte Querschnittserhebung zeigte unzureichende Information der Eltern sowie ungenügende Umsetzung von Präventionsmaßnahmen in Geburtskliniken und durch die Eltern (3). Daraufhin wurde eine Informationskampagne initiiert und nach einhalb Jahren evaluiert. Alle Multiplikatoren sollten die Eltern über sechs evidenzbasierte Empfehlungen wie Schlafen in Rückenlage, Verwendung von Schlafsäckchen, Schlafen im Babybett im Elternschlafzimmer, Schutz vor Überwärmung, rauchfreie Wohnung und Stillen informieren, unterstützt durch neu entwickelte einfache Flyer (8 Sprachen) und Poster. Im März 2007 wurde die Querschnittserhebung in allen geburtshilflichen Abteilungen Bayerns und bei einer zufällig ausgewählten Stichprobe von 500 Eltern vier Monate alter Säuglinge wiederholt. Die Teilnehmerate der Kliniken lag in beiden Erhebungen bei 99%, die der Eltern bei 60%. Signifikante Verbesserungen in den Kliniken betrafen: bessere Information der Eltern (97% vs.92%) und vermehrter Einsatz von Schlaf-

säckchen (37% vs.12%), während viele Kinder nicht wie empfohlen zum Schlafen auf den Rücken gelegt wurden. Die Befragung der Eltern ergab eine signifikante Verbesserung für den Erhalt von Information (83% vs.73%) und die Verwendung von Schlafsäckchen (66% vs.56%). Eine Subgruppenanalyse zeigte Defizite bei der Information und der Umsetzung der Präventionsempfehlungen in kinderreichen und bildungsfernen Familien. Die Informationskampagne konnte die Aufklärung über SIDS-Präventionsmaßnahmen verbessern. Defizite bestanden jedoch weiterhin bei der Umsetzung der Empfehlungen in Klinik und zu Hause. Zukünftige Interventionen sollten insbesondere die Vorbildfunktion in den Geburtskliniken und die Aufklärung bildungsferner und kinderreicher Familien fokussieren.

Literatur:

[1] Blair PS et al. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. *Lancet* 2006; 367(9507):314-319.

[2] Carpenter RG et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004; 363:185-191 [3] Gernhold U et al. Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes: Eine Bayernweite Kampagne. *Gesundheitswesen* 2008; 70, S1:S29-S33

Keywords: Plötzlicher Kindstod, Präventionskampagne, SIDS

V24

Sollte es uns überraschen, dass übergewichtige Menschen ihr Leben nicht ändern? – Eine medizinanthropologische Betrachtung der Prävention und Behandlung von Übergewicht

Niewöhner J¹

¹Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Europäische Ethnologie, Berlin

Primärprävention erfordert die Zusammenarbeit verschiedenster Akteure und ist damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Probleme, die eine solche Aufgabe aufwirft, werden bei der Behandlung von kardio-vaskulären Erkrankungen und Übergewicht besonders deutlich: enormer Ressourceneinsatz – Geld, Wissen, Personal, Technologie – bewirkt häufig nur mäßigen mittel- bis langfristigen Erfolg. Die meisten Menschen ändern ihren Lebensstil nicht. Warum? Der Vortrag nimmt Bezug auf Ergebnisse der Arbeiten des interdisziplinären „Forschungsschwerpunkts: Präventives Selbst“, der seit drei Jahren vom BMBF gefördert wird, um das Dilemma um Prävention und Lebensstil aus anthropologischer Perspektive zu beleuchten. Dabei werden historische Daten und aktuelle biomedizinische Forschungsergebnisse ebenso diskutiert wie ethnographische und Interviewbefunde aus Hausarztpraxis und Präventionsalltag. Diese Analysen werden auf drei Thesen zugespielt: 1. In vielen Bereichen des Medizinsystems herrscht ein aus anthropologischer Sicht individualistisches Körperbild vor. Der Einfluss der sozialen und materiellen Umwelt sowie frühkindliche und inter-generationale Prägungseffekte werden systematisch unterschätzt. 2. Dort, wo an Schnittstellen zwischen Körper und Kultur gearbeitet wird, z. B. Hausarztpraxen oder Präventionsprogramme, werden systematische Konflikte oft individuell und ad hoc gelöst. Hier stehen Erfahrung und Evidenz in einem Spannungsverhältnis. 3. Die Ausweitung medizinischer Logiken hinein in andere institutionelle Kontexte, z. B. Prävention in Kindergärten und Schulen, ist unzureichend verstanden. Während die Wirkung von Präventionsprogrammen breit sein dürfte, sind Evaluationsstudien meist eng geführt auf körperliche Parameter. Eine langfristige empirische Bearbeitung dieser Thesen am Schnittfeld von Medizin und Sozialanthropologie verspricht eine erweiterte Perspektive auf die Ursachen für die Stabilität und Interventionsresistenz von Lebensstilen.

Keywords: Hausärzte, Körperkonzept, Medizinanthropologie, Prävention, Übergewicht

V25

Gut zu wissen – Evidenzbasierung in der Prävention – Ein Kriterienkatalog für die Evaluation präventiver Interventionen mit Kindern alkoholkranker Eltern

Passon AM¹, Längen M¹

¹Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie des Klinikums der Universität zu Köln (AöR), Köln

Hintergrund: Kinder alkoholkranker Eltern (COAs) leiden signifikant häufiger an psychischen Erkrankungen und neigen häufiger zu Substanzmissbrauch als nicht-COAs (1,2). Obwohl der Interventionsbedarf häufig thematisiert wird, mangelt es bisher an Evaluationen durchgeführter Präventionsmaßnahmen (3). Dies steht einem evidenzbasier-

ten Vorgehen bei präventiven Interventionen mit COAs im Wege. Ziel: Das Ziel dieser Studie ist die Entwicklung eines Instruments, mit welchem die Umsetzung präventiver Interventionen mit COAs im Sinne einer Evidenzbasierung bewertet werden kann. Geeignete Studien wurden anhand des Instrumentes evaluiert. **Methode:** Es wurde ein Katalog mit 48 Kriterien für die Evaluation präventiver Interventionen mit COAs entwickelt, der auf einer kritischen Synopse international genutzter Qualitätsinstrumente beruht. Interventionen wurden mit Hilfe des Kriterienkatalogs hinsichtlich ihrer Konzept-, Projekt-, Struktur- und Ergebnisqualität bewertet. Zusätzlich wurden im Rahmen eines international durchgeführten EU-Projekts acht good practice Beispiele zusammengetragen und evaluiert. **Ergebnisse:** Nur wenige Interventionen entsprechen den Anforderungen an die Qualitätsmerkmale. Interventionseffekte werden nur selten mit Hilfe objektiver Methoden gemessen. Im Hinblick auf die Evidenzbasierung fällt auf, dass Erfahrungen anderer vergleichbarer Interventionen kaum betrachtet und die Möglichkeiten einer zielgerichteten Vernetzung kaum genutzt werden. **Diskussion:** Im Gegensatz zum Trend in Prävention und Gesundheitsförderung (4,5) wird eine Evidenzbasierung bei Interventionen mit COAs bisher nicht berücksichtigt. Dies führt zu fraglichen Aussagen hinsichtlich des Outcomes und damit zu Unsicherheiten bezüglich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Unser Kriterienkatalog kann als Instrument für Regierungsorganisationen und andere Geldgeber dienen, um die Qualität und Effektivität von Interventionen mit COAs zu messen und die Versorgungssituation von COAs zu verbessern.

Literatur:

- [1] Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ et al (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholism, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric services*; 53(8): 1001-1009.
- [2] Díaz R, Gual A, García M, Arnau J et al. (2008). Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 43 (1): 1-10.
- [3] Kumpfer KL (1999). Outcome Measures of Interventions in the Study of Children of Substance-abusing Parents. *Pediatrics*; 103: 1128-1144.
- [4] Walls HL, Peeters A, Reid CM, Liew D, McNeil JJ (2008). Predicting the Effectiveness of Prevention: A Role for Epidemiological Modeling. *The Journal of Primary Prevention*; 29(4): 295-305.
- [5] Reisig V, Nennstiel-Ratzel U, Loss J, Eichhorn C, Caselmann WH, Wildner M (2006). Evidence and Evaluation in Health Promotion and Prevention: the Example of the Health Promotion Initiative "Healthy Living in Bavaria". *Medizinische Klinik*; 101(12): 964-971.
- Keywords:** COA, Children of alcoholics, Evidenzbasierung, Kosten-Nutzen-Verhältnis, Prävention, Qualität

V26

Primär- und Sekundärprävention affektiver Störungen

Pfennig A¹, Leopold K¹

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden, Dresden

Affektive (d. h. vornehmlich die Stimmung betreffende) Störungen manifestieren sich in der Regel im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter, und damit in einem sensiblen Lebensabschnitt mit für das weitere Leben entscheidenden Ereignissen wie Schulabschluss, Ausbildungsbeginn sowie Partnersuche und Familiengründung. Viele der Patienten berichten sogar von bereits länger vor der ersten Episode aufgetretenen Symptomen, die jedoch meist relativ unspezifisch sind. Die Diagnosestellung bei affektiven Störungen ist insbesondere bei manisch-depressiven Erkrankungen oft nicht einfach. Eine falsche oder verspätete Diagnose kann jedoch in der Konsequenz zu einer inadäquaten Behandlung mit einer potentiellen Gefährdung der Betroffenen führen. Das möglichst frühzeitige Erkennen und die richtige Diagnosestellung ist die Basis für eine von Beginn an optimale Behandlung. Je eher die potentiellen Patienten und ggf. Angehörigen über die Erkrankung informiert werden und gemeinsam mit den Professionellen die weiteren Schritte planen können, desto günstiger wird sich der Erkrankungsverlauf gestalten. Während die Früherkennung von Psychosen in Deutschland bereits zumindest im tertiären Versorgungssektor gut etabliert ist, werden Konzepte für affektive Erkrankungen erst aktuell entwickelt. Im Beitrag wird der präventive Ansatz vorgestellt, den wir im Rahmen der an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie eröffneten Präventionsambulanz inklusive Früherkennungszentrum für psychische Störungen verfolgen.

Keywords: Affektive Störungen, Früherkennungszentrum, Prävention, Psychische Störungen

V27

Erforderliche Kriterien zur Realisierung von Präventionskonzepten

Porzolt F¹

¹Klinische Ökonomik, Universität Ulm, Ulm

Gesundheitsleistungen sind zunächst nicht mehr als Absichtserklärungen. Der Akteur verspricht dem Betroffenen, ein drohendes Gesundheitsrisiko abzuwenden (Prävention) oder ein bestehendes zu erkennen (Diagnostik) oder zu behandeln (Therapie). Bisher haben die Betroffenen den Akteuren vertraut, dass die in Aussicht gestellten Erfolge auch tatsächlich eintreten werden. Die zunehmende Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung ist jedoch untrennbar mit einem Wertewandel verbunden. Dieser Wertewandel schließt auch die Beziehung zwischen Akteur und Betroffenem ein. An die Stelle des Vertrauens (der Arzt oder Akteur wird das Bestmögliche für mich tun) tritt zunehmend die Kontrolle (der Arzt oder Akteur könnte das Bestmögliche für sich tun). Da das Risiko, das angestrebte Ziel nicht zu erreichen – wegen der zeitlichen Ferne des Ziels – in der Prävention erheblich höher ist, als in der Diagnostik oder Therapie, schlagen wir Kriterien zur Realisierung von Präventionskonzepten vor. Wenn die primäre Prävention als Verhinderung des Auftretens, die sekundäre als Verhinderung der Ausbreitung und die tertiäre als Verhinderung der Folgen einer Erkrankung aufgefasst wird, ergibt sich, dass strukturell und funktionell begründete Diagnosen zu trennen sind: Nicht jede als Krankheit bezeichnete Veränderung ist behandlungs- oder versorgungspflichtig. Die Qualität von Präventionsprogrammen ist beurteilbar durch die Erfolgchancen und Risiken, die Finanzierbarkeit, Wirksamkeit und Bewertbarkeit eines Programms. Die konkreten Kriterien einschließlich der systematischen Fehler (Bias), die durch Nicht-Beachtung (z. B. der „Schwammerl-Regeln“ I und II und der Screening-Regeln I und II) unterlaufen können, werden genannt. Dieser Katalog soll beitragen, die Prävention rationaler, kalkulierbarer und vertrauensfördernder als bisher zu machen und die Verwendung der nicht unerheblichen Ressourcen zu rechtfertigen, die für die Durchführung von Präventionsprogrammen erforderlich sind.

Keywords: Präventionserfolg, Präventionskonzept, Versorgungsforschung

V28

Aktuelle Herausforderungen der Präventionspolitik – Neues zum Präventionsgesetz

Rosenbrock R¹

¹Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH, Berlin

Das Projekt ‚Präventionsgesetz‘ geht in seine dritte Legislaturperiode. Sowohl das Bezugsproblem des Gesetzes – die soziale bedingte Ungleichheit von Gesundheits- und Überlebenschancen – als auch die Bemühungen um (kompensatorische) Prävention und Gesundheitsförderung nehmen zu. Regulierungsbedarf:

- Die GKV-Kassen verwenden ca. 80% ihrer Ausgaben nach § 20 SGB V für mittelschichtorientierte Kursprogramme. Optionen zur Problemlösung: Präventionsanreize im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, eine Quotierung der Ressourcen für Lebenswelt/‘setting‘-Projekte sowie die Herausnahme der Primärprävention aus dem Kassenwettbewerb.
- In den vergangenen Jahren haben vermehrt verschiedene Bundes- und Landesministerien, Kommunen und NGO's eigene Präventionsprogramme (einschl. Quartiersmanagement, Kriminalitäts-, Drogen-, Gewalt- etc Prävention) aufgelegt. Diese Zunahme lässt die Defizite der Programme noch deutlicher werden: es fehlt an Kriterien (z. B. Zielbezug, Methoden) für die Förderung, an Koordination, an Kontinuität des Ressourcenflusses und an Qualitätssicherung.
- Notwendig wäre ein Konsensprozess darüber, welche öffentlichen Programme/Projekte zur nicht-medizinischen Primärprävention gehören und welche Mindestanforderungen der Qualität und Qualitätssicherung damit verbunden sein sollten.
- Da sowohl die Verbesserung der Interventionen als auch die Entwicklung angemessener Qualitätssicherung offene und aufeinander bezogene Suchprozesse sind, fehlt ein nationales Kompetenzzentrum zur Qualitätssicherung in der Prävention, das z. B. bei der BZgA eingerichtet und betrieben werden sollte, in enger Kooperation mit Wissenschaft und Fachverbänden.

Die vergangenen Anläufe auf ein Bundespräventionsgesetz folgten im Hinblick auf Akteure und Finanzierung zumindest implizit dem Modell der Weiterentwicklung und Verallgemeinerung des § 20 SGB V. Ein Blick in andere europäische Länder zeigt, dass es dazu gute und realistische Alternativen gibt.

Keywords: Finanzierung, GKV, Politik, Primärprävention, Qualitätssicherung, Ungleichheit

V29

Gesunde Kommunen – ein Präventionsschwerpunkt der Techniker Krankenkasse – TK-Projekt Gesunde Kommune

Schmidt M¹, Krüger A¹

¹Techniker Krankenkasse, Hamburg

Neben der individuellen Prävention engagiert sich die TK für gesunde Lebenswelten, wie z. B. die Gesunde Kita und die Gesunde Schule. Mit dem Projekt „Gesunde Kommune“ fördert die TK Gemeinden, Städte und Regionen, die einen schlüssigen Weg für die Umsetzung von Gesundheitsförderung einschlagen wollen. Dazu kooperiert sie mit dem Gesunde Städte-Netzwerk und der Bundestransferstelle Soziale Stadt bei dem Deutschen Institut für Urbanistik. Die Förderkriterien sind die gesetzlichen Vorgaben der Krankenkassen und die Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Die TK unterstützt hierbei Maßnahmen der Bedarfsermittlung, Qualifizierung, Vernetzung und Koordination, Projekt- und Prozessberatung, Evaluation sowie einzelne Aktivitäten im Rahmen des Gesamtkonzeptes mit finanziellen Mitteln. 2008 hat die TK im Rahmen einer Ausschreibung über das Gesunde Städte Netzwerk 18 Kommunen gefördert. Darüber hinaus unterstützt sie die Fallstudienstädte Altona-Lurup in Hamburg, Fürth Westliche Innenstadt, Halle Silberhöhe, die an der Studie „Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ des Bundesministerium für Bildung und Forschung teilnehmen. In diesem Beitrag wird das Förderkonzept erläutert und Praxiserfahrungen vorgestellt.

Keywords: Gesunde Kommune, Kommunale Gesundheitsförderung, Techniker Krankenkasse

V30

Pilgerfahrt nach Mekka: Ein Gesundheitsrisiko?

Schmolz GK¹

¹Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart

Alle Angehörigen des Islam sind verpflichtet, einmal in ihrem Leben eine Pilgerfahrt zu den Heiligen Stätten in Saudi-Arabien durchzuführen. Neben dem Hajj, der im 12. Monat des mohammedanischen Jahreskalenders erfolgen muss, kann die kleine Pilgerfahrt, die Umra, das ganze Jahr über durchgeführt werden. Jährlich pilgern ca. 2 Mio. Muslime gleichzeitig nach Mekka. Die Massenansammlungen vor Ort, die gedrängte Unterbringung in Zeltstädten, hohe Temperaturen zur Pilgerzeit, die Verpflichtung der Pilger, im Zustand der Heiligung und Reinigung zu bleiben, Schlafdefizite und unregelmäßige Nahrungsaufnahme machen den Hajj zu einer großen Herausforderungen für den Pilger und das Gesundheitssystem vor Ort. Die wesentlichen Gesundheitsgefahren sind (3,4)

- A. Übertragbare Erkrankungen
 - Meningokokken-Meningitis
 - Erkrankungen des Respirationstraktes, v.a. Pneumonien, Tuberkulose, Influenza.
 - Erkrankungen des Gastrointestinal-Traktes, u.a. Reisediarrhö, Hepatitis A
 - Hautinfektionen
 - Parenteral erworbene Erkrankungen wie Hepatitis B und C
 - Emerging infectious diseases: Rift valley fever, aviäre Influenza, Polio
- B. Nicht übertragbare Erkrankungen:
 - Kardiovaskuläre Erkrankungen, insbesondere KHK und Herzinfarkt
 - Traumata: Verkehrsunfälle, Stürze, Todesfälle durch Massenpanik
 - Brandverletzungen durch Zeltbrände
 - Umweltbedingte Gesundheitsschäden: u. a. Hitzeerschöpfung, Sonnenbrand

Die aktuellen Einreisebestimmungen lauten (5) tetravalente Impfung gegen Meningokokken Impfung gegen Polio für alle Personen unter 15 Jahren aus Infektionsgebieten Nachweis einer Gelbfieber-Impfung gemäß IGV für Einreisen aus endemischen Gebieten Einfuhrverbot für eigene Lebensmittel aller Art Für die Beratung eines Muslims vor einer Pilgerreise nach Mekka ist ausreichend Zeit einzuplanen. Die theologischen Erläuterungen zu den Stationen des Hajj sollen einen respekt- und verständnisvollen Umgang mit den Angehörigen des Islam ermöglichen.

Literatur:

- [1] Abdellah Hammoudi, Saison in Mekka - Geschichte einer Pilgerfahrt, C.H.Beck, München 2007
 - [2] Reza Aslan, kein Gott ausser Gott - der Glaube der Muslime vom Muhammad bis zur Gegenwart, C.H.Beck, München 2006
 - [3] Gatrads AR, Sheikh A. Hajj: journey of a lifetime, BMJ 2005; 330:133-7
 - [4] Ahmed QA, Arabi YM, Memish ZA. health risk at the hajj. Lancet 2006;367:1008-15
 - [5] Health conditions for travellers to Saudi Arabia for the pilgrimage to Mecca(Hajj), WHO WER No.46, 2008, 413-15
- Keywords:** Gesundheitsgefahren, Hajj, Mekka, Umrah

V31

Wie erfolgreich sind Gewichtsreduktionsprogramme in Finnland? – Ein systematischer Review

Schröer-Günther MA¹, Gerber A²

¹Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln; ²Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie des Klinikums der Universität zu Köln (AÖR), Köln

Hintergrund: Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas stieg in den industrialisierten Ländern in den vergangenen Jahren stetig an. Finnland gilt bereits ab den 1970er als Vorbild für den Bereich Prävention der Komorbiditäten von Übergewicht und Adipositas. Ziel des Vortrages ist es herauszustellen, wie erfolgreich finnische Interventionen zur Gewichtsreduktion nach Maßstäben der evidenz-basierten Gesundheitsförderung sind. **Methode:** Die Evaluation wurde in Form eines systematischen Reviews durchgeführt. Es wurde in zehn bibliographischen Datenbanken recherchiert. Es wurden folgende Studien eingeschlossen: a) nichtpharmakologische RCTs, b) Publikationsjahr > 1970, c) Zielgruppe: erwachsene Personen (> 18 Jahre), d) Interventionen durchgeführt in Finnland. Die RCTs wurden hinsichtlich ihres Studiendesigns und der Durchführung der Intervention mithilfe eines Kriterienkatalogs evaluiert. **Ergebnisse:** Zehn RCTs mit 2309 übergewichtigen Teilnehmern (BMI > 25 kg/m²) wurden eingeschlossen. Sechs Studien zeigten einen signifikant positiven Effekt bezüglich Gewichtsreduktion, eine Studie war nur bei den männlichen Teilnehmern erfolgreich und drei Studien schlossen mit einem negativen Effekt ab. Nur bei wenigen Studien kann methodisch hohe Qualität im Studiendesign und in der Interventionsdurchführung festgestellt werden. Die Interventionen bestanden in der Regel aus einer kalorienreduzierten Diät, einem Bewegungsprogramm und Diskussionsrunden. **Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen, dass auch in einem Land mit hoher Reputation im Bereich Prävention die Wirksamkeit von Programmen der Gewichtsreduktion begrenzt ist. Bei aller Vorsicht in der Beurteilung auf Grundlage der schmalen Datenbasis, zeichnet sich dennoch der Trend ab, dass man für den Bereich Gewichtsreduktion bei Finninnen und Finnen sagen kann, dass erfolgreiche Interventionen, durch eine multistrategische Auslegung, große Teilnehmerzahlen und eine Studienlaufzeit > 12 Monate gekennzeichnet sind.

Keywords: Finnland, Gewichtsreduktion, Prävention, systematischer Review

V32

Patient und Therapeut – ihre wechselseitige Rolle in der Prävention und unerwünschte Ereignisse

Schwarz PEH¹

¹TU Dresden, Abteilung Prävention und Versorgung des Diabetes, Medizinische Klinik III, Dresden

Die Integration von Programmen zur primären Prävention des Typ 2 Diabetes in die hausärztliche Versorgungsstruktur stellt heute immer noch eine große Herausforderung dar und wird kontrovers diskutiert. Die Stimmen reichen von Stigmatisierung des Patienten bis hin zur unbedingten Notwendigkeit der zügigen Umsetzung von Präventionsprogrammen. Die Evidenz ist hoch, dass Maßnahmen in der realen ambulanten Versorgung zur Prävention des Typ 2 Diabetes langfristig erfolgreich und effektiv sind. Es ist also an der Zeit darüber nachzudenken, wie solche Modelle in praxi flächendeckend umgesetzt werden können. Dabei ergibt sich für den Hausarzt aufgrund seiner Position in der Versorgungskette als auch seiner Glaubwürdigkeit durch die langjährige Betreuung seiner Patienten eine Schlüsselposition. Versorgungsmodelle mit geteilter Verantwortung zwischen Hausarzt und z. B. Präventionsmanager in der Prävention des Typ 2 Diabetes werden derzeit erprobt. Der Hausarzt kann im Hinblick auf die Risikoeerkennung eine entschei-

dende Rolle spielen. Dann stellt sich allerdings die Frage, was im Anschluss mit der Risikoperson passiert? Hier bedarf es bei der Implementierung von qualitativ hochwertigen Präventionsmaßnahmen einer einheitlich und gut abgestimmten Prozess-Struktur, sowie gut ausgebildeten Interventionsmanagern, bei uns PräventionsmanagerT2DM(PM) genannt. Es bietet sich dadurch eine ideale Kombination in der Kooperation zwischen dem Hausarzt und dem Präventionsmanager an gegenüber der Risikoperson aktiv zu werden. Neuartige Kooperationsmodelle wie das Carus Consilium Sachsen müssen zeigen, welche Vorgehensweise am besten geeignet ist. In Kooperation zwischen Hausärzten, Präventionsmanagern, Krankenkassen und einer Managementgesellschaft soll hier ein Modell in einer Win-Win-Situation für alle Beteiligten – in erster Linie aber für eine bessere Versorgungsqualität für Diabetes-Risikopersonen – umgesetzt werden.

Keywords: Prävention des Diabetes

V33

Berufliche Gratifikation – ein Risikofaktor für die Gesundheit bei Führungskräften und Lehrern? – Eine Studie im Rahmen arbeitsmedizinisch-psychologischer Vorsorgeuntersuchungen

Seibt R¹, Spitzer S¹, Deckert S², Freude C³

¹Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, TU Dresden, Dresden; ²Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Magdeburg; ³Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

Aus dem Beanspruchungserleben einer beruflichen Gratifikationskrise können negative Gesundheitsfolgen resultieren. Ein Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ergab sich insbesondere bei Führungskräften (FÜ) und Lehrern (LE). Daher wurde der Zusammenhang von beruflicher Gratifikation und kardiovaskulären Risikofaktoren für 47 FÜ und 99 LE (\bar{A} Alter: 49 ± 8 Jahre) untersucht. Arbeitsbedingungen und -anforderungen wurden mittels lehrerspezifischer Berufsanamnese, Ratio von *Effort-Reward-Imbalance* (ERI-Ratio) mittels ERI-Questionnaire erhoben. Als Komponenten der Gesundheit wurden *kardiovaskuläre Risikofaktoren* (Blutdruck, Body Mass Index, Fitness, Rauchen) und Beschwerden sowie zusätzlich Erholungsunfähigkeit erfasst. FÜ unterscheiden sich von LE durch günstigeres ERI-Ratio (0,47 vs. 0,68; $p=0,001$), das bei FÜ aus höherer Anerkennung resultiert (52 vs. 42; $p=0,001$). FÜ weisen weder ein ERI-bezogenes Gesundheitsrisiko (LE: 13%) noch auffällige Erholungswerte auf (LE: 10%). In beiden Berufsgruppen steigen Blutdruck und Body Mass Index mit dem Alter an, die Fitness nimmt ab, sportliche Betätigung verändert sich nicht. Hypertonie ergibt sich bei 40% FÜ und 48% LE ($p=0,361$), Übergewicht bei mehr als 2/3 in beiden Berufsgruppen. Schlechte Fitness besteht für 7% der FÜ und 17% der LE. FÜ berichten weniger Beschwerden als LE (\bar{A} 3 vs. 7; $p=0,001$). Bei Ausparialisierung des Alters bestehen zwischen ERI-Ratio und kardiovaskulären Risikofaktoren nur sehr geringe ($R=-0,09-0,00$), zu Beschwerden und Erholungsunfähigkeit geringe Korrelationen ($R=0,41-0,49$). Weder Verausgabung noch Belohnung stellen signifikante Prädiktoren der kardiovaskulären Risikofaktoren bei FÜ und LE dar. FÜ weisen gesundheitliche und personenbezogene Ressourcen auf. Das günstige ERI-Ratio scheint bei ihnen eine Ressource der Anforderungsbewältigung darzustellen, die sich als protektiver Faktor gegen kardiovaskuläre Risikofaktoren auswirkt. Ableitend davon wird berufsgruppenspezifischer Interventionsbedarf deutlich.

Keywords: Effort-Reward-Imbalance, Führungskräfte, Lehrer, kardiovaskulären Risikofaktoren

V34

Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Automobilzulieferindustrie – Ergebnisse einer wissenschaftlich begleiteten Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements nach OHSAS 18001: 2007

Spanner-Ulmer B¹, Chodora M¹

¹TU-Chemnitz, Institut für Betriebswissenschaften und Fabrikssysteme, Professur Arbeitswissenschaft, Chemnitz

Zum immateriellen Kapital eines Unternehmens zählen dessen Mitarbeiter, welche durch ihr Wissen, ihre Erfahrungen sowie ihre Lern- und Veränderungsbereitschaft den Erfolg einer Unternehmung maßgeblich und nachhaltig beeinflussen. In einem Unternehmen der Automobilzulieferindustrie wurde sowohl zur Steigerung der Gesundheitsquote und der Motivation der Mitarbeiter als auch zur Senkung der Arbeitsunfähigkeitskosten ein nach BS OHSAS 18001: 2007 zertifizierbares betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt und wissenschaftlich

begleitet. Zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter wurde aus den durchgeführten Arbeitsplatzanalysen Gestaltungsmaßnahmen zur ergonomischen und belastungsgerechten Arbeitsgestaltung abgeleitet. Zur Erhöhung der Bereitschaft der Mitarbeiter, diese Leistung auch zu erbringen wurde mittels einer Mitarbeiterbefragung und daraus abgeleiteten einzelnen Arbeitskreisen zu den Themenschwerpunkten die Treiber und Hemmnisse der Leistungserbringung ermittelt und entsprechende Maßnahmen definiert. Durch Führungskräfte-Training zu Auswirkungen des Führungsverhaltens der Leiter auf die Mitarbeiter konnte zwischen 2006 und 2008 die Beurteilungen des Führungsstils der Vorgesetzten deutlich verbessert werden. Bei den Mitarbeitern der Produktion wurde besonderes Augenmerk auf ihre Sensibilisierung hinsichtlich ihrer Eigenverantwortung für ihre Gesundheit gelegt. Das eigenständige Erkennen von Fehl- und Überbeanspruchungen, das standardisierte Vorgehen zum Aufzeigen und Beseitigen von Ursachen dieser Fehlbeanspruchungen sowie dessen stringente Nachverfolgung durch die oberste Leitung, bewirkte die hohe Akzeptanz bei den Beteiligten und steigerte die Nachhaltigkeit umgesetzter arbeitsgestalterischer Aktivitäten erheblich. Damit konnte eine deutliche Reduzierung des Krankenstandes um über 30% realisiert und die Steigerung der Motivation der Mitarbeiter in nahezu allen Unternehmensbereichen durch erneute Mitarbeiterbefragung nachgewiesen werden.

Keywords: Arbeitsgestaltung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Leistungsbereitschaft, Leistungsfähigkeit, Motivation, Ergonomie, OHSAS 18001:2007

V35

Die Entwicklung von Mobilität nach Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitation – Empirische Ergebnisse und konzeptuelle Analyse

Strupeit S¹, Hasseler M², Brunnett R¹, Deneke C¹

¹HAW Hamburg - Hochschule für angewandte Wissenschaft, Hamburg; ²University of Ballarat, Ballarat, Australien

Hintergrund: Mobilität zu erhalten ist nicht nur ein zentrales Bedürfnis von Menschen, sondern auch eine relevante Voraussetzung und Ressource für Selbständigkeit, Autonomie und Lebensqualität (4) im Alter. Der Verlust von Mobilität im Alter ist ein hoher Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit und Heimweisung. Vor dem Hintergrund des demografischen, sozialen, gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Wandels mit den daraus resultierenden zukünftig zu erwartenden Pflegebedarfen (3), erhält das Ziel, Mobilität bei älteren Menschen zu erhalten und zu fördern, eine besondere Relevanz (2). Präventive Potenziale und die Unterversorgung von Rehabilitation bei älteren Menschen ist noch nicht genügend erschlossen. Zusammenfassend kann formuliert werden: Mobilität zu fördern und zu erhalten ist eine relevante präventive Maßnahmen, um bei älteren multimorbiden Menschen weitere Einschränkungen zu vermeiden und Pflegebedürftigkeit zu verhindern. **Methode:** Die Krankheitsverläufe werden durch relevante Endpunkte (Selbstwirksamkeit, LQ, BI) dargestellt. Die Längsschnittuntersuchung erfolgte über 3 Messzeiträume über einen Untersuchungszeitraum von 7 Monaten nach dem stationären Aufenthalt in einer geriatrischen Einrichtung. Des Weiteren erfolgt ein theoretisch basierter Bezugsrahmen zur Mobilität und Mobilitätsförderung im klinisch-geriatrischen Setting sowie daraus resultierende Bedarfe an präventiven Maßnahmen, wie ressourcenorientierte Beratung (1). **Ergebnisse:** Im klinisch-geriatrischen Setting müssen individuelle Krankheitsverläufe berücksichtigt werden. Dabei ist entscheidend die Auffassung von Mobilität des Einzelnen. Daraus resultieren Maßnahmen, welche auf die Lebensqualität Einfluss haben können und eine Stärkung der Selbstwirksamkeit notwendig machen. Ein kontinuierlicher Prozess der Begleitung von PatientInnen im klinisch-geriatrischen Setting könnte einen langfristigen Mobilitätsverlust gewährleisten und individuelle Auffassungen berücksichtigen. **Literatur:**

[1] Brunnett, R.; Hasseler, M.; Strupeit, S.; Denke, C.: Zwischen Fallarbeit und Evidenzbasierung. Ein interdisziplinäres Schulungs- und Qualifizierungskonzept für eine ressourcenorientierte Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung. In: Behrens, J. (Hrsg.) (2009): "Pflegebedürftig" in der "Gesundheitsgesellschaft". Langzeitbetreuung und Pflege im Spannungsfeld neuer Bewältigungsstrategien.

[2] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin

[3] Hasseler, M., Görres, S. (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen. Schlütersche: Hannover. Berliner Schriften, Reihe Pflegebibliothek

[4] Mollenkopf, H., Flaschenträger, P. (2001): Erhalt von Mobilität im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 197. Kohlhammer: Stuttgart u.a.
Keywords: Mobilität, Pflegeberatung, geriatrische Rehabilitation

V36

Präventionsstrategien der Krankenkassen

Stuppardt R¹
¹IKK e. V., Berlin

Prävention – Kuration – Rehabilitation: Morbidität und Kosten im Gesundheitswesen können deutlich reduziert werden, wenn die Versorgungskette geschlossen und diese Versorgungsbereiche effektiv und effizient miteinander verbunden werden. Die gesetzlichen Krankenkassen haben in den letzten Jahren ihr Engagement in der Prävention stetig verstärkt. Sowohl die sich an einzelne Versicherte richtenden Kurse als auch Angebote in „Settings“ wurden ausgebaut. Die Krankenkassen unterstützen die Träger von Lebenswelten (Schulen, Kindergärten, Betriebe) bei der Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen und leisten damit auch einen maßgeblichen Beitrag zur Verminderung ungleich verteilter Gesundheitschancen. Eine wichtige Rolle kommt der betrieblichen Gesundheitsförderung zu, da qualifizierte Fachkräfte knapp sind und die Belegschaften durch die demographische Entwicklung immer älter werden. In der betrieblichen Gesundheitsförderung setzen die Innungskrankenkassen auf eine intensive Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern: Mit gezielten Programmen kann es Firmen gelingen, Arbeitsplätze gesünder zu gestalten und ihren Mitarbeitern mehr Gesundheitsbewusstsein zu vermitteln. Dies ist ein praktischer Beitrag der Krankenkassen zur Debatte über Settingansätze in der Prävention. Für alle Maßnahmen gilt: Sie müssen qualitätsgesichert erbracht werden. Die Diskussion um Prävention muss sich in Vereinbarungen von verbindlichen und aus nationalen Gesundheitszielen abgeleiteten Prioritäten niederschlagen. Prävention braucht einen klaren finanziellen Rahmen. Für die Durchführung und Etablierung der Programme und Projekte müssen im Fonds ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Alle Akteure müssen sich an der Finanzierung beteiligen. Ein Präventionsgesetz des Bundes steht immer noch aus. Es bleibt also noch viel zu tun mit Blick auf Qualitätssicherung, Kooperation, Koordination, Zielorientierung und Mittelbereitstellung. Das bereits erreichte muss noch systematischer kommuniziert werden. Fest steht: Eine „gesunde“ Entwicklung nützt dem Einzelnen und der Gesellschaft als Ganzem; sie ist ein nicht zu unterschätzender Zukunfts- und Wirtschaftsfaktor.

V37

Herausforderungen der HIV-Prävention für Migrant/innen – Ergebnisse einer Befragung der Aidshilfen

von Unger H¹, Klumb S², Wright MT¹
¹Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB),
 Forschungsgruppe Public Health, Berlin; ²Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin

Hintergrund: Zu den aktuellen Herausforderungen der HIV-Prävention zählen verbesserte Angebote für bestimmte Gruppen mit Migrationshintergrund. Mittlerweile entfallen ca. 30% der jährlichen HIV-Neudiagnosen in Deutschland auf Migrant/innen (RKI 2009). Neben Zuwanderern aus Hochprävalenzregionen wie Subsahara-Afrika sind vermehrt auch Migrant/innen aus zentral- und osteuropäischen Ländern betroffen, die sich in Deutschland infizieren. **Methode:** Um die Angebote, Erfahrungswerte und Sichtweisen der Aidshilfen zu erheben, wurden Anfang 2009 die Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. befragt. 90 Einrichtungen nahmen an der Befragung im Rahmen des PaKoMi-Projekts (Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrant/innen) teil. **Ergebnisse:** 89% der befragten Aidshilfen erreichen mit ihrer HIV-Prävention auch Personen mit Migrationshintergrund. Die praktische Präventionsarbeit findet i.d.R. in Zusammenarbeit mit anderen Anbietern sozialer und gesundheitlicher Dienste, wie z.B. Gesundheitsämtern statt. Die kommunale Zusammenarbeit insbesondere mit Migrantenselbstorganisationen (MSO) und anderen Einrichtungen im Migrationsbereich ist jedoch stark verbesserungswürdig. Über die Hälfte (53%) der Aidshilfen verzeichnen einen lokalen Handlungsbedarf. Besondere Herausforderungen der HIV-Prävention mit Migrant/innen bestehen unter anderem in begrenzten Ressourcen, kulturellen Barrieren (insb. Stigmatisierungsprozessen) und den oft komplexen Problemlagen der Gruppen mit Migrationshintergrund, die einem erhöhten HIV-Risiko ausgesetzt sind. **Schlussfolgerungen:** Die besonderen Herausforderungen der HIV-Prävention für vulnerable Gruppen mit Migrationshinter-

grund erfordern eine verstärkte kommunale Zusammenarbeit und eine verbesserte Einbeziehung von Personen und Einrichtungen mit Migrationshintergrund. Lebenswelt-adäquate Maßnahmen der HIV-Prävention müssen in ein weiter gefasstes Konzept der Gesundheitsförderung und strukturellen Prävention eingebettet sein.

Literatur:

Robert Koch Institut (2009). HIV-Infektionen/Aids: Jahresbericht 2008. Epidemiologisches Bulletin, Nr. 21. Verfügbar über www.rki.de
Keywords: HIV-Prävention, Migration, NGOs, Stigma

V38

Würden die Mitarbeiter des Gesundheitswesens während einer Influenzapandemie zur Arbeit kommen? – Anforderungen von Pandemieplänen aus arbeitsmedizinischer Sicht

Wicker S¹, Rabenau HF², Gottschalk R²
¹Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität,
 Frankfurt; ²Institut für Medizinische Virologie, Frankfurt

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Juni 2009 aufgrund der momentanen Ausbreitung der „Neuen Grippe“ (Influenza A/H1N1) die sog. Pandemiephase 6 ausgerufen. Die Phase 6 weist darauf hin, dass sich eine globale pandemische Situation aufbaut (1). Im Falle einer Influenzapandemie kämen enorme Arbeitsanforderungen auf die Beschäftigten des Gesundheitswesens zu. Darüber hinaus ist die eigene Infektionsgefährdung für die Mitarbeiter aufgrund des Kontaktes mit Patienten bzw. Patientenmaterialien erhöht. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Mitarbeiter des Gesundheitswesens überhaupt zur Arbeit kommen würden. Internationale Daten belegen, dass bis zu 50% der Mitarbeiter aus den USA sowie ca. 23% der Beschäftigten aus Georgien im Falle einer Influenzapandemie nicht zur Arbeit kommen würden (2–5). Am Universitätsklinikum Frankfurt am Main wurde Ende 2008 eine anonyme, freiwillige Fragebogenerhebung bezüglich der persönlichen Einstellungen im Falle einer etwaigen Influenzapandemie durchgeführt. Über ein Drittel der Mitarbeitern (36,2%) gaben an im Influenzapandemiefall nicht zur Arbeit zu kommen. Damit würde ein nicht unerheblicher Verlust von Arbeitskraft in einem während einer Pandemie ohnehin schon überlasteten Gesundheitswesen bestehen (6). Die aktuellen Pandemiepläne berücksichtigen zwar, dass im Pandemiefall ein bestimmter Anteil von Mitarbeitern aus dem Gesundheitswesen aufgrund eigener Erkrankung nicht in der Lage sein wird, zu arbeiten. Unberücksichtigt bleibt bisher der Anteil von Mitarbeitern, die aus Angst vor einer etwaigen Ansteckung nicht zur Arbeit kommen werden, beziehungsweise die aufgrund von privaten Verpflichtungen (Betreuung von Kindern, Pflege erkrankter Angehöriger) oder Transportproblemen nicht zur Arbeit kommen. Pandemiepläne sollten jedoch sowohl den Anteil der erkrankten Mitarbeiter, als auch der Mitarbeiter berücksichtigen, die aufgrund von persönlichen Ängsten sowie privater Verpflichtungen nicht zur Arbeit kommen würden.

Literatur:

- [1] Robert Koch-Institut (RKI): Nationaler Pandemieplan Teil I-III. Ladbar unter: www.rki.de, letzter Zugriff 7.7.2009
- [2] Irvin C, Cindrich L, Patterson W, Ledbetter A, Southall A (2007) Hospital personnel response during a hypothetical influenza pandemic: will they come to work? *Acad Emerg Med* 14: S13
- [3] Irvin CB, Cindrich L, Patterson W, Southall A (2008) Survey of hospital healthcare personnel response during a potential avian influenza pandemic: will they come to work? *Prehosp Disaster Med* 23:328-335
- [4] Butsashvili M, Triner W, Kamkamidze G, Kajaja M, McNutt LA (2008) Knowledge and anticipated behaviour of health-care workers to an outbreak of pandemic influenza in Georgia. *World Hosp Health Serv* 44:24-26
- [5] Balicer RD, Omer SB, Barnett DJ, Everly GS Jr (2006) Local public health workers' perceptions toward responding to an influenza pandemic. *BMC Public Health* 6:99
- [6] Wicker S, Rabenau HF, Gottschalk R (2009) Influenzapandemie: Würde das Krankenhauspersonal zur Arbeit kommen? Eine Analyse der Bereitschaft und Möglichkeit der Weiterarbeit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (in press)

Keywords: Influenzapandemie, Mitarbeiter im Gesundheitswesen

V39

Kompetenztraining „Ich und meine Zukunft“ für Berufsvorbereitungsklassen – Entwicklung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit

Winkelmann C¹¹SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera GmbH, Gera

Präventive und gesundheitsfördernde Unterstützungsangebote zur Gewährleistung eines arbeitslebenslangen Lehrens der Lehrkräfte können nicht unabhängig von den Schülern/innen erfolgen, zumal insbesondere sozial benachteiligte Jugendliche erhebliche Gesundheitsprobleme aufweisen. Der Aspekt der sozialen Benachteiligung und die daraus resultierende Bildungsbenachteiligung wirken sich besonders im Jugendalter entscheidend auf das weitere Leben unterprivilegierter heranwachsender Jugendlichen aus, denn der Übergang von schulischer zu beruflicher Bildung ist ein entscheidender Meilenstein in der Biografie des Einzelnen und hat grundlegenden Einfluss auf den zukünftigen Status sowie die spätere Lebensweise. Zur Förderung des Selbstbewusstseins der Schüler/innen und Schaffung wichtiger Grundlagen für den Eintritt in das Berufsleben, beispielsweise durch die Befähigung realistische Ziele zur selbständigen Führung des Berufslebens zu setzen, wurde in Weiterentwicklung der Tiroler Kompetenzwerkstatt (Lang-von Wins, Gruber-Hattheier, Niederstrasser, Passer, Thelen, Triebel & Vogelsberger, 2005) ein Kompetenztraining „Ich und meine Zukunft“ für Schüler/innen berufsvorbereitender Klassen an berufsbildenden Schulen entwickelt (Winkelmann, 2007). Die sich in den Evaluationsergebnissen und Rückmeldungen widerspiegelnde positive Wirkung und der Erfolg des Trainings dürften sich nicht nur förderlich auf die Gesundheit der Jugendlichen auswirken, sondern zugleich auf die Lehrer-Schüler-Interaktion und damit einen präventiven Beitrag zur Gesundheit der Lehrkräfte leisten.

Literatur:

[1] Lang-von Wins, T., Gruber-Hattheier, M., Niederstrasser, B., Passer, C., Thelen, N., Triebel, C. & Vogelsberger, P. (2005). Die Kompetenzenwerkstatt – Eine Orientierungshilfe für Jugendliche. Innsbruck: Zukunftszentrum Tirol.

[2] Winkelmann, C. (2007). Manual zur Durchführung eines Kompetenztrainings „Ich und meine Zukunft“ für Schüler/innen des Berufsvorbereitungs- und Berufsgrundbildungsjahrs an berufsbildenden Schulen. Technische Universität Dresden.

Keywords: Kompetenz, Kompetenzförderung, Kompetenztraining, Lehrer-Schüler-Interaktion, Prävention und Gesundheitsförderung von Schülern und Lehrern, Schülersundheit

V40

Präventionsstudie „Herzessache“ der KKH-Allianz – Primärprävention bei kardiovaskulären Risikofaktoren

Winkler K¹, Bitzer E², Schmidt-Trucksäss A³, Klatt L⁴, Siegmund-Schultze E⁴, Böttcher K⁴

¹Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Klinische Chemie, Freiburg; ²Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; ³Institut für Sport und Sportwissenschaften Universität Basel, Basel, Schweiz; ⁴KKH-Allianz, Hannover

In einer randomisierten, multizentrischen Interventionsstudie werden Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zeitlich unterschiedlicher Lebensstilinterventionen bei Personen mit erhöhten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen untersucht. Seit Mai 2005 wurden 40.338 Personen zum Screening eingeladen. Knapp 5.000 Personen haben an einer Ultraschallmessung der Intima-Media (IMT) teilgenommen. In die Studie wurden 1215 Personen aufgenommen, davon 595 in die Basisintervention und 620 in die Intensivintervention. Auch schon bei diskreter Insulinresistenz als zentraler Pathomechanismus des metabolischen Syndroms ist der Fettstoffwechsel nicht primär durch isoliert erhöhtes Low Density Lipoprotein (LDL)-Cholesterin, sondern eher durch die Kombination aus erhöhten Triglyzeriden, erniedrigtem HDL-Cholesterin und dem verstärktem Auftreten von kleinen, dichten (small dense) LDL Partikeln gekennzeichnet. Im Rahmen des Modellvorhabens Herzessache wurde HbA1c als Marker des Glukosestoffwechsels gemessen und eine Subfraktionierung des LDL-Cholesterins durchgeführt. Es zeigte sich ein deutlicher Geschlechtsdimorphismus. Auf der Basis der Abrechnungsdaten der KKH-Allianz lässt sich festhalten, dass bei den 1215 in die Studie eingeschlossenen Personen in relativ hohem Umfang bereits im Jahr vor der Eingangsuntersuchung Hinweise auf manifeste Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bzw. Stoffwechselstörungen feststellbar sind: im Jahr vor der Eingangsuntersuchung haben 30,2% mindes-

tens einmal einen Arzt wegen Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus und/oder Fettstoffwechselstörungen aufgesucht. Im ersten Jahr nach der Eingangsuntersuchung ist der Anteil an Personen auf 41,2% angestiegen. Dabei sind keine substanziellen oder statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Interventionsgruppen feststellbar. In beiden Interventionsgruppen hat jeweils knapp die Hälfte der Versicherten an mindestens einer Einheit der angebotenen präventiven Maßnahmen teilgenommen.

Keywords: Intima-Media-Dicke, Primärprävention, kardiovaskuläre Erkrankungen

V41

Konzepte zu präventiven Interventionen durch die Deutsche Rentenversicherung DRV – Neufassung des § 31 SGB VI „Prävention“

Zielke MW¹, Vogelgesang M², Keller R³

¹Wissenschaftsrat der AHG AG, Mönkebeg; ²AHG Klinik Münchwies - Zentrum für psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Suchtmedizin, Neunkirchen; ³AHG Klinik Berus - Europäisches Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Überherrn-Berus

Ausgangslage: § 31 im SGB VI „sonstige Leistungen“ wurde durch die DRV nahezu ausschließlich zu Rehabilitation von Kindern angewendet. Die Adaption dieses Paragraphen und die Ausformung gemeinsamer Richtlinien der DRV über medizinische Leistungen für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, eröffnet ein Interventionsfenster, Versicherte in präventive Maßnahmen einzubinden, die noch nicht psychisch oder organisch erkrankt sind, bei denen jedoch erste Störungen vorliegen in Verbindung mit individuellen Risikofaktoren und Kontextfaktoren. **Methodisches Vorgehen:** Unter Berücksichtigung der persönlichen Voraussetzungen (beginnende Funktionsstörungen, psychische Beeinträchtigungen) und verhaltensbedingter Faktoren wurden Problembereiche identifiziert, die angelehnt sind an die Krankheitsbilder der ICD-10, jedoch „präklinische“ Symptomatiken beschreiben. Die Interventionen umfassen allgemeine und spezielle, auf die individuelle Gesundheitsgefährdung und den Arbeitsplatz bezogene Maßnahmen. **Ergebnisse und Bewertung:** Nach der Festlegung der Strukturelemente zur Präventionsangeboten wurden Konzepte zu 14 Problembereichen entwickelt. Diese umfassen: eine Beschreibung der Problembereiche und Verhaltensmuster im Übergang von Vorläufersymptomatiken zu klinischer Manifestation einschließlich möglicher Screeningverfahren, Behandlungs- und Veränderungsziele bei risikobehafteten Verhaltens- und Erlebensbereichen sowie eine Systematisierung des Präventionsprogramms einschließlich der Wochenstundenpläne. Es wird eine Übersicht über die Themen der Konzepte gegeben und zwei Programme vorgestellt. Die Umsetzung dieser Präventionsmaßnahmen ermöglicht eine Sicherstellung der Erwerbsfähigkeit gerade in wirtschaftlichen Krisenlagen.

Literatur:

Zielke M (2009) Präventionskonzepte der AHG. Wissenschaftsrat der AHG, Düsseldorf, Eigendruck. Deutsche Rentenversicherung (2008) Gemeinsame Richtlinien der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI

Keywords: Prävention, Rehabilitation, Risikofaktoren

Poster

P1

Shishakonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Soziale, alters- und geschlechtsspezifische AspekteBetz M¹, Engels S¹, Klein T²¹Institut für Gesundheitsförderung und -forschung, Dillenburg; ²Klinik Eschenburg, Eschenburg-Wissenbach

Einleitung: Das Rauchen von Wasserpipeifen (Shisha) wird bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen immer populärer (BZgA 2008). Die Gesundheits- und Suchtgefahr ist nach Einschätzung des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR 2006) mindestens so groß wie die des Zigarettenrauchens. Es existieren bislang kaum Daten über Häufigkeit oder soziale, alters- und geschlechtsspezifische Aspekte des Shisha-Rauchens. Ziel der Studie war es, belastbare Daten zum Shisha-Konsum zu erhalten. **Methodik:** 3123 Jugendliche und junge Erwachsene (♂ 46%, ♀ 54%) im Alter von 15 bis 25 Jahren (18,8 ± 2,8 Jahre) wurden mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens hinsichtlich ihres Shishakonsums untersucht. Indikator für den sozialen Status war der Schulbesuch bzw. der Schulabschluss (Gymnasium 36,5%, Realschule 36,2%, Hauptschule 25,7%, kein Abschluss 1,6%). **Ergebnisse:** 62% der Jugendlichen haben Erfahrungen mit Shisha, 26% rauchen gelegentlich und 6% regelmäßig (♂ 80%, ♀ 20%). Lediglich 1% rauchen 3x/Woche und mehr und 0,1% täglich. Jungen (70%) haben signifikant mehr Erfahrung mit Shisha als Mädchen (55%). Je niedriger der Bildungsstand, desto häufiger wird Shisha geraucht. Am häufigsten wird Shisha von den 17- bis 19jährigen konsumiert, ab 20 Jahre ist der Konsum rückläufig. Jugendliche, die Erfahrungen mit anderen Suchtmitteln (Zigaretten, Cannabis, Alkohol) haben, sind eher für das Shisha-Rauchen empfänglich als Gleichaltrige ohne diese Erfahrungen. **Diskussion:** Shisha hat einen hohen Bekanntheitsgrad unter Jugendlichen, aber nur 0,1% rauchen täglich. Shisha-Rauchen ist also in erster Linie ein Event: Der Reiz des Neuen, häufige Medienpräsenz und vor allem das Gruppenerlebnis machen Shisha-Rauchen zunehmend attraktiv für Jugendliche. Entsprechend birgt Shisha-Rauchen die Gefahr eines Einstiegs in eine Suchtkarriere. Fazit: Zurzeit ist Shisha-Rauchen noch eine Modeerscheinung. Damit sich Shisha-Rauchen sich nicht dauerhaft etabliert, sollten gezielte Präventionsmaßnahmen ergriffen werden.

Literatur:

[1] Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR): Gesundheits- und Suchtgefahren durch Wasserpipeifen. Stand: 31. Juli 2006.

[2] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Köln 2008.

Keywords: Jugendliche, Prävention, Shisha, Sucht

P2

Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Belastungen von Oberstufenschülern – Auswirkungen von schulischen Belastungen auf die SchülergesundheitBetz M¹, Engels S¹, Hilk SO¹, Hoos O²¹Institut für Gesundheitsförderung und -forschung, Dillenburg; ²Institut für Sportwissenschaft & Motologie, Bereich Sportmedizin der Philipps-Universität Marburg, Marburg

Einleitung: Chronische und lebensstilbedingte Erkrankungen treten in zunehmend jüngerem Lebensalter auf. Für eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule ist es notwendig, gesundheitsrelevante zielgruppenspezifische Daten zu erheben. **Methodik:** 1018 15- bis 21jährige Schüler/innen (417 ♂, 601 ♀; 17,8 ± 1,0 Jahre) eines Oberstufengymnasiums wurden mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes, ihres Gesundheitsverhaltens und ihrer Belastungen untersucht. **Ergebnisse:** 72% der Schüler bezeichnen ihren aktuellen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut und 3% als schlecht. Häufigste Beschwerden im letzten Jahr waren Erkältungskrankheiten (84%), Kopfschmerzen (58%), Rückenschmerzen (47%) und Magen-Darm-Beschwerden (44%). Laut BMI gelten 2% der Schüler als adipös, 10% als übergewichtig und 15% als untergewichtig. Jeder Fünfte fühlt sich häufig überlastet, mehr als jeder Dritte gibt an, sich häufig müde, lustlos, ausgebrannt oder depressiv zu fühlen. Beim Gesundheitsverhalten wurden Defizite hinsichtlich der Bereiche Bewegung, Ernährung, Schlaf und im Umgang mit Stressbelastungen und Suchtmitteln festgestellt. Erfreulich hingegen war die niedrige Raucherquote (15%). 40% der Schüler empfinden die Schule als belastend, insbesondere die Prüfungsphasen (40%) und die vielen Hausaufgaben

(30%). Schüler, die sich in der Schule wohlfühlen, haben weniger gesundheitliche Beschwerden. 42% der Schüler erlebend den hohen Arbeitsdruck als belastend. Mädchen sind generell unzufriedener mit ihrer Schulsituation und fühlen sich weniger wohl als Jungen. **Diskussion:** Die Studie zeigt folgende interventionsrelevante Gesundheitsrisiken und -defizite auf: Rückengesundheit, Bewegungsdefizite, Über- und Fehlernährung, Stress, Schlafdefizite, Suchtmittelmissbrauch. Auf Grundlage der Ergebnisse werden Vorschläge zur Reduzierung der schulbedingten Belastungen und zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Oberstufenschüler formuliert.

Keywords: Belastungen; Prävention, Gesundheit, Schule

P3

Fuzzy-basierte Prognoseverfahren für gesundheitspräventives VerhaltenBitterlich N¹¹Medizin & Service GmbH, Chemnitz

Um nachhaltige Prävention zu erreichen, ist eine Zielsetzung für gesundheitsrelevante Parameter und deren Überwachung wichtig. Bereits leicht auffällige Werte sollten bewusst beeinflusst werden. Dabei kann das Erreichen präventiv günstiger Bereiche bei Parametern wie Körpergewicht, Körperfettanteil, Blutdruck u. a. schon einen wirkungsvollen Beitrag leisten. Ausgehend vom subjektiven Wohlbefinden genügt eine langfristige Optimierung. Dies erfordert ein Monitoring zur Erfolgskontrolle. Mathematische Prognoseverfahren stoßen hier an Grenzen. Kurze Datenreihen erlauben meist kein valides datenbasiertes Modell. Die modellbasierte Prognose wäre hilfreich, bleibt aber in der Modellanpassung schwierig oder unmöglich. So vereinfachen diese Ansätze zu stark. Beobachtet man jedoch die subjektive Fähigkeit, für wenige Daten eine Fortsetzung des Verlaufs freihand zu skizzieren, so versprechen wissensbasierte Verfahren eine Lösung. Es kommt hierbei weniger auf die exakte quantitative Vorhersage an. Vielmehr ist für die Prävention die qualitative Bewertung „Wie sicher ist das Ziel erreichbar?“ wichtig. Hier können fuzzy-basierte Verfahren helfen. Der Ansatz ermöglicht die Berücksichtigung von Erfahrungsregeln. „Wenn – dann“ ist eine typische verbale Beschreibung von Zusammenhängen. Erklärt man den Verlauf der intuitiven Freihandskizze, wird plausibel aus der Beobachtung geschlossen. Dabei gelingt es, die Dynamik im Verlauf zu erfassen, Wichtungen einzuführen und implausible Daten auszublenden. Da man den notwendigen Verlauf zur Zielerreichung ermitteln kann, kommt es nun „nur“ darauf an, aus der Beobachtung die Realisierbarkeit abzuschätzen. In der Motivations- und Dokumentationssoftware "GMON" ist ein fuzzy-basiertes Prognoseverfahren implementiert. Es wird gezeigt, wie die zugrundeliegenden Regeln aus der Beobachtung typischer Verlaufskurven abzuleiten sind. Damit erscheinen die Vorhersagen transparent und sensibilisieren zusätzlich zum zielorientierten Verhalten.

Keywords: Gesundheitsmonitoring, Gesundheitsprävention, fuzzy-basierte Prognose

P4

Veränderungsmöglichkeiten von Apotheken im Rahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention – Eine gesundheitsökonomische BetrachtungBöcking W¹, Torka S¹, Rumm R¹, Kirch W¹¹Institut für Klinische Pharmakologie, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden, Dresden

Einleitung und Fragestellung: In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, welche Veränderungsmöglichkeiten für Apotheken in Deutschland bestehen und welche Möglichkeiten es im Rahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zur Ausweitung des eigenen Angebotes im Patientensinne gibt. **Methodik und Vorgehensweise:** Am Beispiel des metabolischen Syndroms wird untersucht, welche Präventionsleistungen Apotheken in Deutschland derzeit anbieten bzw. anbieten können. Da Herz-, Kreislauferkrankungen die häufigste Todesursache in Industrieländern sind, hat das metabolische Syndrom eine hohe Relevanz. Zum Vergleich werden die Angebote der Apotheken in anderen ausgewählten Ländern sowie die Ansätze und bewährten Praktiken aus anderen Industrien heran gezogen, um Ansatzpunkte für Apotheken in Deutschland ableiten zu können. **Ergebnisse:**

- Grundsätzlich bestehen Veränderungsmöglichkeiten für Apotheken in Deutschland, eine stärkere Rolle im Rahmen der Prävention wahrzunehmen.
- Zum einen kann die ärztliche Beratung bei Bagatellerkrankungen substituiert werden, zum anderen können weitere Serviceleistungen angeboten werden.

- Um diese ausschöpfen zu können, sollte auf die Erfahrungen in anderen Ländern und Branchen zurückgegriffen werden. Ein strukturierter Ansatz wird vorgeschlagen.
- Aufgrund der lokalen Spezifika ist ein individuelles Vorgehen je Apotheke ratsam.

Schlussfolgerung: Es zeigt sich, dass Apotheken zwar vereinzelt intensivere Kundenbeziehungen mit Dauerkunden aufgebaut haben, dies aber nicht systematisch mit den Potenzialkunden geschieht. Dabei ist dies auch durch wenige pragmatische Lösungen machbar. Letztendlich ist dabei allerdings zu beachten, dass die lokalen Rahmenbedingungen eine spezifische Lösung für jede einzelne Apotheke und deren Klientel erforderlich machen, sofern es sich nicht um Verbände oder Franchises handelt.

Literatur:

- [1] ABDA Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände (2008) Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten 2008. Liskow Druck und Verlag GmbH, Hannover
- [2] Janhsen K, Strube H, Starker A (2008) Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 43 – Hyper-tonie. Robert Koch-Institut, Berlin
- [3] Icks A, Rathmann W, Rosenbauer J, Giani G (2005) Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 24 – Diabetes mellitus. Robert Koch-Institut, Berlin
- [4] Wehling M (2005) Herz- Kreislaulerkrankungen. In: Hrsg. Wehling M (Hrsg.) Klinische Pharmakologie. Thieme, Stuttgart: 47-109
- [5] World Health Organization Report (1998) Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO, Genf
- [6] Kirch W (1999) Fortschritt und Kosten im Gesundheitswesen. Roderer, Regensburg
- [7] Pittrow D, Kirch W, Schwertfeger M, Endres H, Böcking W, Schirmer A, Diehm C (2008) Stellenwert der frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der Peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit für die Prävention kardiovaskulärer Ereignisse. In: Kirch W, Badura B, Pfaff H (Hrsg.) Prävention und Versorgungsforschung. Springer, Berlin: 787-805
- [8] O.V.: Prävention in der Apotheke: ab heute Risikotests in über 600 Apotheken, Meldung vom 01.05.2007, http://www.presseportal.ch/de/pm/100004115/100531359/pharmasuisse_schweizerischer_apotheker, Stand 07.07.2009
- [9] IQWiG: Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Diabetes mellitus Typ 2, Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung), Stand: 16.06.2009, zu finden unter: http://www.iqwig.de/download/A05_08_Vorbericht_Urin_und_Blutzuckerselbstmessung_bei_Diabetes_mellitus_Typ_2.pdf
- [10] Huber M, Kullak-Ublick GA, Kirch W (2009) 6 Jahre Erfahrungen mit einem Arzneimittelberatungsdienst für Patienten. Medizinische Klinik 104(3): 220-224
- [11] Fuchs A, Winkler U, Maywald U, Kirch W (2007) Arzneimittelberatungsdienste für Ärzte und Patienten: Akzeptanz und Nutzenbewertung. Internist 48(9): 1029-1035(7)
- [12] O.V.: Information über 7x4 Pharma <http://www.7x4-pharma.de/unternehmen/faq.php>, Stand 27.07.2009
- [13] Schönbächler G: Placebo in: PRAXIS Schweiz Med Forum 2007;7:205-210
- [14] O.V.: Presseinformation der Barmer Ersatzkasse http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-Center/Presse-Archiv/2007_2010_20bis_2012/071025_20Osteoporose/Osteoporose.html. Stand 20.07.2009, Pressemitteilung vom 25.10.2007
- [15] Pfeilschifter J (2006) Evidenzbasierte Konsensus-Leitlinie zur Osteoporose, Langfassung 2006, Dachverband der deutschsprachigen wissenschaftlichen Gesellschaften für Osteologie (Hrsg.), unter: http://www.dv-osteologie.org/uploads/leitlinien/Osteoporose-Leitlinie_Langfassung.pdf, Stand 07.07.2009

Keywords: Apotheken, Prävention, Versorgungsmodelle

P5

Die pentavalente Rotavirus Impfung in Deutschland – Eine ökonomische Betrachtung Brüggenjürgen B¹, Schmitter S², Ezzat N¹, Quilici S³ ¹Alpha Care GmbH, Celle; ²Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen; ³Sanofi Pasteur MSD, Lyon, Frankreich

Hintergrund: Rotaviren sind die häufigste Ursache von akuten Gastroenteritiden bei Kindern unter 5 Jahren. Die orale pentavalente Rotavirus-Impfung (PRI) wurde 2006 in Europa zugelassen. In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen gibt es öffentliche Empfehlungen für die Impfung, die aktuell von 63 gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird. In Sachsen lag die Impfquote 2008 bei 37%. Ziel dieser Studie war die Untersuchung des ökonomischen Einflusses der PRI in Deutschland. **Methodik:** In einem entscheidungsanalytischen Modell wird das Szenario einer 37%-igen Durchimpfung einer Geburtenkohorte (N=685.000) mit dem keiner Impfung verglichen. Die Kohorte wird von der Geburt bis zum Alter von 5 Jahren betrachtet. Nationale epidemiologische und Kostendaten wurden prospektiven Studien und der Literatur entnommen, die Wirksamkeit der Impfung einer klinischen Studie. Herdenimmunitätseffekte wurden auf Basis erster Beobachtungen in den USA abgeschätzt. Der medizinische und ökonomische Einfluss einer PRI wurde aus der sozialen Perspektive bewertet. Probabilistische Sensitivitätsanalysen (PSA) wurden zur Überprüfung der Ergebnisrobustheit durchgeführt. **Ergebnisse:** In den ersten 5 Lebensjahren verursacht die Rotavirus-Gastroenteritis (RVGE) etwa 395.400 symptomatische Fälle und Kosten von ca. 122M€ für die Gesellschaft, 36% infolge von Hospitalisierung. Eine Impfung verhindert 112.133 RVGE-Fälle und 38 M€ Krankheitskosten, bei einer Senkung der Hospitalisierungskosten um 34%. Die Kosten für die Impfung liegen bei etwa 46M€. Bereits nach 2 Jahren werden 65% davon aufgrund der Senkung der Krankheitskosten amortisiert, nach 5 Jahren bis zu 84%. Schon ab einer Herdenimmunität von 7% kommt es zu Einsparungen. Die PSA bestätigt die Ergebnisse. **Fazit:** Die Kosten der PRI können durch schnelle Senkung der Krankheitskosten zu einem hohen Anteil amortisiert werden. Unter Berücksichtigung von Herdenimmunität können mit der Impfung Kosten gespart werden.

Keywords: Herdenimmunität, Impfung, Kosten, Rotavirus, gesundheitsökonomisches Modell

P6

Gesundheitsfördernde Angebote für ältere pflegende Angehörige – Die Problematik der Nichtinanspruchnahme

Budnick A¹, Kummer K¹, Dräger D¹, Blüher S¹
¹Institut für Medizinische Soziologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Hintergrund: Ältere pflegende Angehörige sind eine Zielgruppe, die aufgrund erheblicher Belastungen und erhöhter gesundheitlicher Risiken einen hohen Bedarf an Gesundheitsförderung aufweist. Etablierte Unterstützungsangebote haben kaum gesundheitsförderlichen Charakter, weisen Defizite hinsichtlich geeigneter Zugangswege und der Ausrichtung am individuellen Bedarf pflegender Angehöriger auf. Diesen Defiziten wurde im Projekt „Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige“ begegnet. Es wurde ein Assessment zur Ermittlung von Ressourcen und Risikoprofilen entwickelt. Daraus wird der Bedarf an Gesundheitsförderung abgeleitet und auf dieser Basis ein Angebot unterbreitet. Die Implementierung des Instruments erfolgt bei einer gesetzlichen Krankenkasse und stellt einen neuen Zugangsweg dar. Erste Befunde der Implementierungsphase geben Anlass zur Annahme, dass weitere hemmende Einflussfaktoren existieren, die zu einer geringen Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Angebote führen. **Zielstellung und Methode:** In der Untersuchung stehen pflegende Angehörige im Fokus, die das entwickelte Assessment absolvierten, ein Angebot gemäß dem abgeleiteten Bedarf unterbreitet bekamen und dieses nicht nutzten. Die Problematik der Nichtinanspruchnahme soll mit einem quantitativen Querschnittsdesign hinsichtlich äußerer und innerer Faktoren analysiert werden. Dabei wird (1) die Analyse äußerer Einflussfaktoren unter Berücksichtigung soziodemographischer Variablen und (2) die Analyse innerer Einflussfaktoren unter Verwendung von Modellen zur Entstehung von Gesundheitsverhalten und Modellen zur Motivation durchgeführt. Es ist geplant erste Datenanalysen mittels Clusteranalyse durchzuführen. **Ausblick:** Das Forschungsvorhaben zielt darauf ab, Aufschluss über weitere

Einflussfaktoren hinsichtlich der Nichtinanspruchnahme gesundheitsfördernder Angebote pflegender Angehöriger zu geben. Die Befunde könnten einen Beitrag zur Neuausrichtung von Angeboten für die Zielgruppe leisten.

Keywords: Gesundheitsfördernde Angebote, Gesundheitsförderung, Nichtnutzeranalyse, Pflegende Angehörige

P7

Self-regulation methods to change the nutrition and physical activity behaviour in the elderly – Pre- and post intervention results of the study OptimaHL 60plus

Dreas JA¹, Keimer KM¹, Hassel H²

¹Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Universität Bremen, Bremen;

²Hochschule Coburg, Coburg

Purpose: OPTIMAHL 60plus is a counselling aid for elderly. It aims to improve the nutritional and physical activity behaviour, maintenance and enhancement of the quality of life, and autonomy of elderly with a special attention to people with migration background and to those in low SES districts. The intervention study comprises the participatory development of the instrument “OPTIMA^{HL} 60plus” in cooperation with elderly people (through focus groups) and the evaluation of the prevention program (intervention and control group). **Methods:** 423 elderly participated in T0 and 369 in T1. Participants were assigned to a control or intervention group. Nutrition and physical activity behaviour was measured at three points in time: pre- (T0), after 3 months of intervention (T1) and at six-month-follow-up (T2) by 24h-recall and food resp. physical activity frequency questionnaire. **Results:** Results indicate that the elderly agreed that the counselling aid supports to remember what they should eat, how they should be active and motivates the target group to stick to the recommended daily/ weekly intake as well as to the recommended daily activity. Looking at the results of the 24hour recall: Results indicate that the nutrition behaviour related to the daily consumption of fruits and vegetable, milk and dairy products as well as weekly fish consumption changed significantly in relation to the recommended intake for the intervention group. The same is true for physical activity: Men are significantly more active outdoors at T1 compared to T0 (Chi-Square-Test, $p=0,0368$). **Conclusions:** OptimaHL 60plus helps the elderly to self-regulate their nutrition and physical activity behaviour. The presented results of the follow-up of OPTIMAHL 60plus will indicate if the counselling aid can be transferred into daily living routines and a long lasting nutrition and physical activity behaviour modification can be achieved.

Keywords: intervention, nutrition, physical activity, prevention

P8

Diabetes adherence in Germany – Theory and Practice

Geisel-Marbaise S¹, Stummer H¹

¹Gesundheitsmanagement und Organisationsentwicklung, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Wien, Österreich

With 10 billion € costs per year only in Germany (ABDA 2007), non-adherence is a major problem for health economics. Besides the numerous and severe consequences for patients, this figure reveals a strong economic need for ways to reduce this kind of behaviour. In particular, adherence research is needed for chronic diseases like diabetes with 180 million diabetics worldwide (WHO September 2006) and 5–6 million diagnosed patients only in Germany. Background Adherence in terms of health care means the extent to which a patient follows a therapy regimen advised by a health care provider (Sabaté 2005; Reymond 2003; Heuer 1999), including taking medication as well as e. g. sporting, dieting and/or changing one's lifestyle. When speaking about medication adherence, this includes taking, dosing and timing. Since taking drugs seems to be the less complex part when adhering to an advised therapy, this can be the entry point for the development of measures to increase adherence rates. Factors influencing individual health behaviours are manifold. While gender and age do not show obvious influences regarding diabetes prevalence, it is some- what different with the socioeco-

omic status. Regarding diabetes adherence, Sabaté identified four clusters which have most influence: Treatment and disease characteristics, intra-personal and inter-personal factors as well as environmental factors (Sabaté 2005). Method As high specificity is essential to detect eventual non-adherence as soon as possible and involvement of patients is not desired to avoid Hawthorne-effect, this work analyses pharmacy records regarding prescription conversion rates based on ATC-levels. Results and Conclusions In the present study, no gender patterns regarding adherence in diabetes treatment can be found. The most intriguing result is that diabetes adherence looking at “real-world” data is much lower than in clinical studies, so possibly the costs of non-adherence in Germany are highly underestimated.

Literatur:

[1] ABDA - Bundesvereinigung Deutsche Apothekerverbände Non-Compliance kostet 10 Milliarden Euro Apotheker verbessern Therapietreue. Press release 07 June 2007 Meran/Berlin

[2] Heuer H, Heuer SH, Lennecke K (1999) Compliance in der Arzneitherapie. Wissenschaftl. Verlagsges. mbH, Stuttgart

[3] Reymond J, Lennecke K, Marty S (2003) Compliance. In: Jaehde U, Radziwill R, Mühlebach S, Schunack W (ed) Lehrbuch der Klinischen Pharmazie. 2nd ed, Wissenschaftl. Verlagsges. mbH Stuttgart: 241–253

[4] Sabaté E (2005) Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action, World Health Organization (WHO) Genf. (W85 ISBN 92 4 154599 2) World Health Organization (September 2006) Fact Sheet Diabetes. WHO, Geneva. (Fact Sheet WHO, 312)

Keywords: Diabetes, adherence, pharmacy records

P9

Health Technology Assessment (HTA): Schwerpunkt Prävention – Deutsche Agentur für HTA (DAHTA)

Göhlen B¹, Borchering E¹

¹Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln

Gesundheitsrelevante Verfahren werden anhand von vorhandener Evidenz bewertet. Geschieht dies strukturiert, systematisch und nach inhaltlichen Schwerpunkten entsteht ein Health Technology Assessment (HTA). Derartige Untersuchungen berücksichtigen zunehmend die Prävention und analysieren medizinische bzw. pflegerische Maßnahmen, die Krankheiten vorbeugen. Dabei beziehen sie ebenfalls ökonomische, soziale, ethische und rechtliche Aspekte mit ein. Ein HTA-Bericht deckt häufig Forschungsbedarf auf und schließt üblicherweise mit konkreten Handlungsempfehlungen. Die meisten Themen für HTA-Berichte des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) werden öffentlich vorgeschlagen. Jeder kann seine Ideen in der Themendatenbank der DAHTA (Deutsche Agentur für HTA) online einreichen. Mithilfe des Kuratoriums HTA aus Mitgliedern von Entscheidungsgremien des deutschen Gesundheitswesens wählt die DAHTA zu bearbeitende Themen aus. Diese Fragestellungen beantworten dann entsprechende HTA-Berichte, die in einem standardisierten Verfahren entstehen. Sie liegen nach der Publikation online kostenfrei im Volltext vor (www.dimdi.de; www.egms.de). Im Jahr 2009 hat das DIMDI wieder mehrere Berichte mit Schwerpunkt Prävention veröffentlicht: beispielsweise zur Vorbeugung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, zur Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) oder zu verhaltensbezogenen Maßnahmen gegen das Rauchen. Weitere Berichte aus 2009 beschäftigen sich mit der Effektivität und Kosteneffizienz von Phosphatbindern in der Dialyse, der Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz der CT-Koloskopie und der Effizienz elektronischer Arzneimittelverordnung mit Entscheidungsunterstützungssystemen.

Literatur:

www.dimdi.de > HTA > HTA-Berichte suchen www.egms.de > Zeitschriften GMS Health Technology Assessment www.egms.de > Forschungsberichte - DAHTA

Keywords: Adipositas, CPOE, HPV, HTA, Koloskopie, Phosphatbinder, Prävention, Rauchen

P10

Nutzung von schulischen und außerschulischen Freizeitangeboten durch Kinder und Jugendliche – Der Einfluss von Geschlecht, Alter und Adipositasdiagnose

Groß C¹, Meier S¹, Eschenbeck H¹, Kohlmann C-W¹

¹Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Schwäbisch Gmünd

Kinder und Jugendliche mit und ohne Adipositas wurden zur Nutzung von Freizeitangeboten innerhalb und außerhalb der Schule und zu Wünschen für weitere Angebote befragt. Mithilfe eines strukturierten Fragebogens wurde eine Stichprobe von 491 Kindern und Jugendlichen mit Adipositas und 540 Kindern und Jugendlichen ohne Adipositas im Alter von 8 bis 14 Jahren untersucht. Die Daten wurden varianzanalytisch mit den Faktoren Geschlecht, Altersgruppe und Diagnose sowie den Messwiederholungsfaktoren Kontext (innerhalb vs. außerhalb der Schule) und Domäne (Sport, Musik, Kreatives, Computer, Sprachen) analysiert. Kinder und Jugendliche sind im schulischen und außerschulischen Kontext unabhängig von einer Adipositasdiagnose in den Bereichen Sport, Computer, Musik, Kreatives und Sprachen aktiv. Trotz der generellen Präferenz für Sport, sind deutliche Geschlechtspräferenzen (Sport und Computer bei Jungen, Musik und Kreatives bei Mädchen) und eine mit zunehmender Klassenstufe abnehmende Bedeutung der schulischen Angebote zu erkennen. Im Grundschulalter finden sich zwischen Kindern mit und ohne Adipositas noch keine Unterschiede hinsichtlich der Nutzung und den Wünschen für weitere Angebote. Ab der 5. Klasse wünschen sich Kinder und Jugendliche ohne Adipositasdiagnose mehr sportliche Angebote für die Schule, Kinder und Jugendliche mit Adipositasdiagnose dagegen mehr Angebote im Bereich Computer. Generell wünschen sich Kinder und Jugendliche mit Adipositasdiagnose im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern und Jugendlichen mehr Angebote in den Bereichen Computer und Sprachen. Die Befunde sind unabhängig vom Migrationshintergrund. Angebote von extracurricularen Aktivitäten in der Schule sollten weiter ausgebaut und im Hinblick auf von den Schülern geäußerte Wünsche ergänzt werden. Wichtig erscheint dabei die Entwicklung von Freizeitangeboten mit der Kombination mehrerer Themeninhalte um Schülerinteressen mit körperlicher Aktivität zu verbinden.

Keywords: Adipositas, Freizeitangebote, Jugendliche, Kinder, Schule, extracurriculare Aktivitäten

P11

Kinder gestalten ihren Naschgarten – Adipositas Prävention im kommunalen Setting in Public Private Partnership

Heckenhahn S¹, Blättner B¹

¹Hochschule Fulda, Fulda

International steigt die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen [2, 4]. Präventive Maßnahmen, die am individuellen Verhalten ansetzen, führen kaum zu nachhaltigem Erfolg [2, 6, 7]. Die Empfehlungen der WHO enthalten die Aufforderung, die Lebenswelt der Kinder zu berücksichtigen [7]. Erfolgsversprechend scheinen Maßnahmen, die die Sozial- und Lebensräume der Kinder so umgestalten, dass die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Kinder positiv beeinflusst werden. Dem sozioökologischen Ansatz [5] entsprechen Projekte, die unterschiedliche Gesundheitsdeterminanten sowie deren Wechselwirkungen berücksichtigen und im Mehr-Ebenen-Modell Netzwerke bilden. Mitverursachende Wirtschaftsunternehmen der Lebensmittelbranche könnten im Rahmen der Corporate Social Responsibility diese Form der Prävention unterstützen. Kinder gestalten ihren Naschgarten [1] ist ein Adipositas Präventionsprojekt im kommunalen Setting in Public Private Partnership, das diesen Ansätzen folgen will. Über teilnehmende Beobachtungen auf allen Akteursebenen, Experteninterviews, Bildanalysen und standardisierte Befragungen von Kindern konnten binnen knapp drei Jahren Stärken und Schwächen eines solchen Präventionsansatzes identifiziert werden. Expertisen und Ressourcen der teilnehmenden Institutionen scheinen für die Entwicklung hilfreich zu sein. Institutionellen Eigenlogiken dominieren jedoch und führen teilweise zur Eingrenzung der konzeptionellen Ausgestaltung und Umsetzung. Das ‚Darwinsche Gesetz der Präventionspolitik‘ [3] scheint zu greifen. Das Zusammenwirken von staatlichen wie privatwirtschaftlichen Institutionen muss bedarfsgerecht koordiniert, den institutionellen Eigeninteressen aber auch entsprochen werden.

Literatur:

- [1] Blättner B, Heckenhahn S (2009): Adipositasprävention im kommunalen Setting. Kinder gestalten ihren Naschgarten. Präventiv Gesundheitsf. DOI 200910.1007/s11553-009-0178-9
 - [2] Lobstein T, Bauer Uauy R (2004) Obesity in children and young people. A crisis in public health. IASO International Obesity Task Force. Obesity reviews 5 (Suppl. 1): 4-104
 - [3] Kühn H, Rosenbrock R (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheits-sicherung, edition sigma, Berlin, 29- 53.
 - [4] Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KIGGS). Springer, Berlin
 - [5] Stokols D (1995) Translating Social Ecological Theory into Guidelines of Community Health Promotion, Californien, CA 92717-5150
 - [6] Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campell KJ (2005) Interventions for preventing obesity in children. The Cochrane Database of systematic Reviews 2005 Issue 3
 - [7] WHO (2006): Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf-_gdoc06.pdf Zugriff: 08.10.07
- Keywords:** Adipositas bei Kindern, Kommunales Setting, Private Public Partnership, Sozioökologischer Ansatz

P12

„Health Promotion and Drug Prevention“ – Implementierung eines Postgraduierten-Studienganges in Rijeka, Kroatien

Huber M¹, Hillger C¹, Rovis D², Siniarski-Czaplicki M³, Kirch W¹

¹Forschungsverband Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt, Medizinische Fakultät, TU Dresden, Dresden;

²Department for Drug Prevention and Outpatient Treatment, Teaching Institute for Public Health of Primorsko-Goranska County, Rijeka, Kroatien; ³Department of Physical and Health Education, The College of Computer Sciences, Universität Lodz, Lodz, Polen

Aufgrund des tiefgreifenden gesellschaftlichen Wandels im Rahmen der politischen Veränderungsprozesse in Kroatien sind Drogenmissbrauch, Sucht und damit assoziierte Kriminalität ein zentrales Problem, mit zunehmender Bedeutung für die ganze Gesellschaft. Um der skizzierten Problematik zu begegnen, wurde im Jahr 2007 das Projekt „Development of a Health Promotion and Drug Prevention Course“ implementiert. Dieses wird im Rahmen des Tempus-Programms durch die Europäische Kommission gefördert (seit 2004 hat Kroatien den offiziellen Status eines Bewerberlandes). Ziel ist es, an der Universität Rijeka dauerhaft einen interdisziplinären Postgraduierten-Studiengang aufzubauen, der sich insbesondere an Personen aus dem Bereich Prävention und Gesundheitsförderung richtet. Im Vordergrund stehen die Stärkung der vor Ort schon vorhandenen Strukturen sowie der Transfer von Expertenwissen. Neben der Universität Rijeka ist ein europäisches Konsortium aktiv am Projekt beteiligt, bestehend aus der Technischen Universität Dresden, dem College of Computer Sciences in Lodz sowie dem Teaching Institute for Public Health in Rijeka. Der berufs begleitende Studiengang ist für eine Dauer von 1,5 Jahren angelegt und umfasst insgesamt 6 obligatorische Module. Diese beinhalten u. a. die Themenblöcke medizinische Grundlagen der Sucht, emotionale Entwicklung von Kindern/Jugendlichen, Früherkennung und Behandlung von Sucht sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Suchtprävention. Zusätzlich werden weitere Wahlpflichtfächer angeboten (Statistik, Kommunikationstraining etc.). Am Ende steht eine schriftliche Abschlussarbeit. Der Studiengang soll die Voraussetzungen dafür schaffen, der Problematik von Sucht und Abhängigkeit in Kroatien wirkungsvoll zu begegnen. Dieses Tempus-Projekt wird durch die Europäische Union gefördert: Grant Agreement Number CD_JEP- 41030 – 2006 (HR).

Keywords: Gesundheitsförderung, Kroatien, Postgraduierten-Studiengang, Suchtprävention

P13

Gesundheitliche Risiken und Ressourcen im Arztberuf – Ergebnisse einer repräsentativen Studie bei Ärztinnen und Ärzten in Sachsen

Hübler A¹, Müller G², Scheuch K¹¹Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, TU Dresden, Dresden; ²Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Technische Universität Dresden, Dresden

Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sind seit langem Thema des öffentlichen Diskurses. Mit dem Anliegen, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Medizinern zu fördern, werden häufig Subpopulationen (z. B. Klinik-ärzte) oder konkrete Einzelaspekte untersucht. So erfahren Ressourcen sowie personenbezogene Faktoren (z. B. Zufriedenheit), die Einfluss auf die Versorgungsqualität haben, häufig zu wenig Beachtung. In diesem Kontext wurde von der Sächsischen Landesärztekammer eine Studie in Auftrag gegeben, welche die ärztliche Berufstätigkeit auf Basis einer breit angelegten Befragung beleuchtet. Anliegen waren Analysen von Arbeitsbedingungen, Anforderungen, potenziellen Belastungsfaktoren und Indikatoren für Gesundheit, Berufszufriedenheit sowie die Beurteilung der eigenen beruflichen Zukunft. Damit wurden sowohl situative als auch personale Aspekte berücksichtigt. In die für die sächsische Ärzteschaft repräsentative Stichprobe (insbes. Alter, Region, Fachrichtung) gingen 2234 Datensätze ein. Erwartungsgemäß wurde die berufliche Belastung als hoch eingeschätzt. Gleichzeitig kann ein hohes Ausmaß an Berufszufriedenheit, Gesundheit und Leistungsfähigkeit konstatiert werden. Die berufliche Zukunft wird größtenteils im medizinischen Bereich gesehen. Extrem hohe Burnout-Quoten, wie sie andernorts berichtet werden, konnten hier nicht nachvollzogen werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass hohe berufliche Belastung keinesfalls per se negativ zu bewerten ist. Es lassen sich Indikatoren für die Existenz von Ressourcen (z. B. Sinnerleben in der Arbeit, Zufriedenheit) finden. Auch das Vorliegen günstiger Konstellationen zwischen (hohen) beruflichen Anforderungen und anderen Faktoren (z. B. Eigenverantwortung) kann angenommen werden. Insgesamt ergibt sich ein durchaus positives Berufsbild.

Keywords: Berufszufriedenheit, Gesundheit, Ressourcen, Ärzte

P14

Effekte des Unterrichtsprogramms „Klasse2000“ – Ergebnisse einer vierjährigen Kontrollgruppenstudie in Hessen

Isensee B¹, Hanewinkel R¹¹IFT-Nord gGmbH, Kiel

Ziel: Untersucht werden sollten die Auswirkungen einer Teilnahme an Klasse2000, einem Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Grundschule. **Methode:** Es wurde eine vierjährige Kontrollgruppenstudie mit Messwiederholung an 119 Klassen aus hessischen Grundschulen durchgeführt. Dabei wurden Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler im Klassenverband mit Fragebogen untersucht. **Ergebnisse:** Auf Ebene der Schülerinnen und Schüler kam es zu einer Reduktion externalisierender und internalisierender Verhaltensauffälligkeiten. Diese waren in der Interventionsgruppe im Trend ausgeprägter als in der Kontrollgruppe. Klasse2000-Kinder begannen seltener mit dem Rauchen und dem Konsum von Alkohol. Zudem verfügten sie im Bereich Gesundheit über ein größeres Wissen. Auf Ebene der Klassen ließ sich eine günstigere Entwicklung des Klassenklimas in Interventionsklassen beobachten. Auf Ebene der Schulen wurden Auswirkungen der Beteiligung an Klasse2000 wie die Initiierung weiterer Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung berichtet. **Schlussfolgerung:** Die Teilnahme am Unterrichtsprogramm Klasse2000 führt zu positiven Effekten auf Schülerinnen und Schüler, Klassen und Schulen. Ein Effekt ist die Reduktion des Einstiegs in den Konsum von Alkohol und Zigaretten. **Keywords:** Suchtprävention, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzprogramm, Schule

P15

Präventionsforschung im Aufbruch – Perspektiven der Zusammenarbeit – Das Kooperationsprojekt im BMBF-Förderschwerpunkt Präventionsforschung

Kliche T¹, Nöcker G², Walter U³, Dubben S², Plaumann M³
¹Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; ²Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln; ³Stiftungslehrstuhl Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

In praktisch allen Handlungsfeldern hat die gesundheitliche Präventionsforschung in der Bundesrepublik Anwendungsreife erlangt. Das zeigten die rund 60 Projekte, die im gleichnamigen BMBF-Förderschwerpunkt gefördert wurden und werden. Ihre gesellschaftliche Nutzung bleibt jedoch noch immer hinter ihren potentiellen Leistungen und Beiträgen für die Versorgungsentwicklung weit zurück. Um dies zu ändern, hat das BMBF ein Kooperationsprojekt ins Leben gerufen. Es soll Erträge der Präventionsforschung bekannter machen, ihre nachhaltige Nutzung unterstützen, ihre Verankerung in der Praxis, in Fachgesellschaften und Entscheidungsgremien vorantreiben und sie in der Praxis, in Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik noch besser bekannt machen. Das Kooperationsprojekt wird getragen von der Medizinischen Hochschule Hannover, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, zusammen mit der Niedersächsischen Landesvereinigung für Gesundheit, dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit sowie der Dt. Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Neben eigenen Disseminationsmedien (Internet-Auftritten, Newsletter, Fachtagungen) bereitet das Projekt Grundlagenwerke zur anwendungsorientierten Sichtung des Forschungsstandes vor (Lehrbuch, Methoden-, Instrumentenhandbuch u. a.). Wichtige Plattformen des Kooperationsprojekts sind ein wissenschaftlicher Beirat, jährliche Strategietreffen aller Projekte und ihrer Kooperationspartner aus der Praxis sowie mehrere regelmäßige Arbeitsgruppen, u. a. zu Politiktransfer, Praxistransfer, Methodenfragen sowie Gesundheitlicher Ungleichheit. Das Kooperationsprojekt strebt eine breite Vernetzung aller Akteure der Prävention und der Präventionsforschung in der Bundesrepublik an und wird dazu in Kürze Initiativen ergreifen. Alle interessierten Gruppierungen und Personen sind jederzeit zu Fragen, Hinweisen, Vorschlägen und Kontaktaufnahme herzlich eingeladen.

Keywords: Prävention, Gesundheitsförderung, Vernetzung, Dissemination, Implementation, Kooperation, Fachgesellschaften

P16

Erkennen Kitas besonders belastete Kinder? – Ergebnisse aus der bundesweiten BeGKi-Versorgungsanalyse der BZgA

Kliche T¹, Post M¹, Wormitt K¹, Töppich J²¹Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; ²Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Kitas sind ein zentrales Handlungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung, weil sie in einer frühen Lebensphase mit fast allen Kindern und deren Familien in Kontakt treten. Doch gezielte Interventionen lassen sich nur einleiten, wenn die Erzieher/-innen gefährdete Kinder erkennen. Die Möglichkeiten dazu zeigt BeGKi, die Bestandsaufnahme Gesundheitsförderung in Kitas, im Auftrag der BZgA vom UKE ab 2007 durchgeführt. Eine bundesweit repräsentative Stichprobe von rd. 3.000 Kitas wurde über ihre präventive Ausstattung und Angebote, gesundheitliche Belastungen der Kinder, Mitarbeiterzufriedenheit und -belastungen sowie Elternkooperation befragt. Die gängigen Beobachtungsinstrumente kindlicher Entwicklung und Gesundheit wurden erfasst und kriteriengeleitet verglichen. Kitas können Einschätzungen der Erzieher/-innen als wichtige Information über Gefährdungslagen bei Kindern beisteuern. Ein nennenswerter Prozentsatz der von ihnen betreuten Kinder leidet unter Mangel- und Unterernährung, schlechtem Pflegezustand u. a. Hinweisen auf Risikolagen. In Einrichtungen in ressourcenschwachen Soziallagen sind etwa drei Mal so viele Kinder betroffen wie an-

dernorts. Die Beobachtungen der Kitas bestätigen also Befunde gesundheitlicher Ungleichheit. Das gleiche Muster weisen alle Formen von Elternkooperation in den Kitas auf (aktive, passive und negative Beteiligungsbereitschaft). Wo der Bedarf zur Zusammenarbeit mit Eltern besonders groß ist, begegnen Kitas also den größten Schwierigkeiten dabei. Fast alle Beobachtungsbögen erwiesen sich hingegen als untauglich, sowohl unter wissenschaftlichen Kriterien als auch unter praktischen: Einführungskosten, Zeitaufwand, Einleitung von Versorgungsketten und Unterstützung von Elterngesprächen u. a. Zu empfehlen sind daher kommunale und Landesprogramme zur gezielten Förderung von Elternkooperation und Kinderresilienz in belasteten Umfeldern, Fortbildungen der Erzieher/-innen sowie Vor- und Nachbereitungszeiten für diese Aufgaben.

Literatur:

[1] Kliche, T., Gesell, S., Nyenhuis, N., Bodansky, A., Deu, A., Linde, K., Neuhaus, M., Post, M., Weitkamp, K., Töppich, J., Koch, U. (2008). Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim, München: Juventa.

[2] Kliche, T., Wittenborn, C., Koch, U. (2009). Was leisten Entwicklungsbeobachtungen in Kitas? Eigenschaften und Verbreitung verfügbarer Instrumente. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(6), 419-433.

Keywords: Prävention, Gesundheitsförderung, Beobachtungsbögen, Diagnostik, Frühe Kindheit, Kindergarten, Kindertagesstätte

P17

Nachhaltige Auswirkungen der Förderung körperlich-sportlicher Aktivität in der Grundschule – ein Jahr nach „fit für pisa“

Liersch S¹, Sterdt E¹, Henze V², Krauth C³, Röhl M⁴, Walter U¹

¹Stiftungslehrstuhl Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; ²Allgemeiner Sport-Club Göttingen von 1846 (ASC 46) e.V., Göttingen; ³Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; ⁴Universitätskinderklinik Göttingen, Pädiatrie II, Göttingen

Einleitung: Die von 2007 – 2010 BMBF-geförderte Evaluationsstudie soll Aufschluss darüber geben, inwieweit sich ein quantitativ gesteigerter und qualitativ verbesserter Sportunterricht auf Gesundheit und Bewegungsverhalten von Schülern nachhaltig auswirkt. Die Interventionsmaßnahme „fit für pisa“ ergänzt während der gesamten Grundschulzeit die obligatorischen zwei Schulstunden Sport/Woche durch drei weitere Sportstunden an fünf Grundschulen in Göttingen. **Methoden:** Neben der Schuleingangsuntersuchung werden seit dem Schuljahr 2003/04 mit den Schülern jährliche medizinische Anamnesen und Untersuchungen durchgeführt. Ein Jahr nach Abschluss der Intervention wurden am Ende der 5. Klasse von 743 Schülern (Interventionsgruppe (IG): n = 103; Kontrollgruppe (KG): n = 640) das Freizeitverhalten sowie die körperlich-sportliche Aktivität im Alltag mittels eines Kinderfragebogens erfasst. Die Analyse nach soziodemographischen Merkmalen zeigt, inwieweit Kinder mit erhöhten Risikofaktoren von dem Angebot profitieren. Die Datenauswertung erfolgt nach einem Längsschnitt- (Kohorte) und einem Querschnittsansatz. **Ergebnisse:** Die Querschnittsanalysen am Ende der 4. Klasse zeigen, dass Jungen der IG mit hohem Sozialstatus im Bezug zur KG signifikant häufiger außerhalb eines Vereins körperlich-sportlich aktiv sind. Hingegen betätigen sich Mädchen mit hohem Sozialstatus der IG häufiger im Sportverein. Zudem verbringen die Schüler der IG täglich weniger Zeit vor dem Fernseher als die Schüler der KG (p = 0,057 adjustiert für Geschlecht und Sozialstatus). Ein Jahr nach Abschluss der Intervention (5. Klasse) ist das Interesse der Interventionsschüler an Sport signifikant höher. **Diskussion:** Täglicher Schulsport fördert die körperlich-sportliche Aktivität im Alltag und trägt zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern bei. Die Intervention reduziert den Medienkonsum im Kindesalter und senkt somit das Risiko für Übergewicht und Adipositas.

P18

Präventiver Kinderschutz durch Einsatz von Familienhebammen – Evaluationsstudie zum Familienhebammenprojekt im Landkreis Osnabrück

Makowsky K¹, Schücking B¹

¹Universität Osnabrück, FB 08/Gesundheitswissenschaften, Forschungsschwerpunkt Maternal and Child Health, Osnabrück

Einleitung: Schwangere und Mütter bis zu einem Jahr nach der Geburt ihres Kindes, die sich in einer psychosozial belastenden Lebenssituation befinden, können durch Familienhebammen Hilfestellung und Entlastung erfahren. Die Arbeit von Familienhebammen geht über das übliche Aufgabenspektrum weit hinaus und bezieht sich z. B. auf die Hilfestellung bei der Alltagsgestaltung und den Ausbau sozialer Netzwerke. Einer Kindeswohlgefährdung soll frühzeitig entgegengewirkt werden, indem den Frauen bereits in der Schwangerschaft präventiv Beratung angeboten wird. **Methoden:** Im Design einer prospektiven Kurz-Längsschnitt-Studie wird das im Januar 2007 im Landkreis Osnabrück gestartete Familienhebammenprojekt evaluiert. Die Aspekte Akzeptanz, Erreichbarkeit und Vernetzung werden mittels qualitativer und quantitativer Verfahren ermittelt. Einbezogen in die Evaluationsstudie sind die im Projekt tätigen Familienhebammen und die Projektleitung (N = 12), Frauen, die von einer Familienhebamme betreut werden (2 Erhebungszeitpunkte, angestrebt: N = 60 – 80) und unterschiedliche VertreterInnen des Jugendhilfesystems (N = 8). **Vorläufige Ergebnisse:** Die Akzeptanz der Familienhebammen durch betreute Frauen und Familien zeigt sich u. a. in einer guten Inanspruchnahme sowie einem Ausbau sozialer Netzwerke auf Seiten der betreuten Frauen. Für die Erreichbarkeit ist die Vermittlung durch eine koordinierende Person förderlich. Die Vernetzung ins Jugendhilfesystem konnte ausgebaut werden. Im Unterschied dazu ist die Vernetzung ins Gesundheitssystem gleich geblieben und insbesondere mit GynäkologInnen sehr gering. **Schlussfolgerungen:** Der positive Einfluss von Familienhebammen auf Frauen und deren Kinder in psychosozial belastenden Lebenslagen zeigt sich auch im Landkreis Osnabrück. Das hier gewählte Vorgehen der Koordination durch eine vermittelnde Person hat sich als günstig herausgestellt. Die Kooperation zu GynäkologInnen ist weiter auszubauen.

Keywords: Evaluationsstudie, Familienhebammen, Kindeswohl

P19

Förderung von Schutzfaktoren und Abbau von Risikofaktoren in der Grundschule – Ergebnisse einer vierjährigen quasi-experimentellen Kontrollgruppen-Studie zum Programm „Eigenständig werden“

Maruska K¹, Hanewinkel R¹

¹IFT-Nord gGmbH, Kiel

Ziel: Überprüfung der Effekte des Lebenskompetenzprogramms „Eigenständig werden“ für die Grundschule auf Schutz- und Risikofaktoren adoleszenten Problemverhaltens. **Methodik:** Es wurde ein quasi-experimentelles Kontrollgruppen-Design mit 5 Messwiederholungen realisiert. Die Stichprobe bestand aus 919 Grundschulern mit Daten zur Baseline und zu mindestens einem weiteren Messzeitpunkt (98% der Ausgangsstichprobe). Die Intervention bestand aus insgesamt 42 Unterrichtseinheiten, in denen durch speziell fortgebildete Lehrkräfte interaktiv allgemeine Lebenskompetenzen und Fähigkeiten, sozialem Druck zu widerstehen, vermittelt werden sollten. Die Daten basieren auf Lehrkräfteurteilungen des Verhaltens ihrer Schüler. Hauptzielgrößen waren allgemeine Lebenskompetenzen als Schutzfaktoren und externalisierende und internalisierende Verhaltensauffälligkeiten als Risikofaktoren adoleszenten Problemverhaltens. **Ergebnis:** Mittels Wachstumskurvenmodellen mit statistischer Kontrolle des Geschlechts und der Interaktion zwischen Geschlecht und Zeit konnte gezeigt werden, dass externalisierende und internalisierende Problemverhaltensweisen in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant stärker abnahmen (p < .01). Auf die Entwicklung der Lebenskompetenzen konnte kein signifikanter Effekt gefunden werden (p = .22). **Schlussfolgerung:** Risikofaktoren adoleszenten Problemverhaltens können durch die Implementation eines Life Skills Programms in der Grundschule reduziert werden. Schutzfaktoren blieben durch das Programm unbeeinflusst. **Keywords:** Grundschule, Lebenskompetenzprogramme, Longitudinalstudie, Universelle Prävention, Verhaltensauffälligkeiten, quasi-experimentelles Kontrollgruppen-Design

P20

Case Management als Instrument der Prävention – Implementierung von operativer Exzellenz in präventive Versorgungssteuerung

Petersmann H¹
¹BKK Diakonie, Bielefeld

Einleitung: Der Forderung des Sozialgesetzgebers folgend "ambulant vor stationär" liegt die Zahl von Pflegebedürftigen, welche in ihrer häuslichen Umgebung von ihren Angehörigen und /oder einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden bei mittlerweile 1,5 Mio. Menschen. Demographisch unterstützt steigt diese Fallzahl jährlich weiter. Die Pflege dieser Menschen bedingt häufig für die Pflegepersonen im Laufe der Pflegezeit vermehrte physische und psychische Belastungen, welche beträchtliche Auswirkungen auf einen erfolgreichen Verbleib in der häuslichen Umgebung haben. Diesen Gefahren in der Kontinuität der Versorgung zu begegnen, generiert einen konsultativen Bedarf an präventiv wirkender, professioneller Versorgungssteuerung bzw. Case Management. **Methoden:** Die Einbindung eines effizienten Case Management-systems in die Prozessstrukturen eines Unternehmens (Leistungserbringer ambulant/stationär, Kostenträger etc.) erfolgt mittels eines vierstufigen Projektes zur Operationalisierung humandienstlicher Leistungen. **Ergebnisse:** Ein erfolgreicher Projektverlauf mit der Implementierung einer Case Management Struktur besitzt für ein Unternehmen eine bedeutungsschwere Auswirkung. Mittels der Prozessoptimierung kann sich ein Unternehmen als kompetenter Kooperationspartner für den Aufbau neuer Versorgungsstrukturen präsentieren. **Diskussion/Schlussfolgerungen:** Das beschriebene Projekt stellt mittels Consulting einen Ansatz zur Professionalisierung von Beratung und Versorgung dar und dient dabei als Präventionsinstrument für zu Pflegenden und Pflegepersonen. Doch mit der Betitelung Case Management ist der Erfolg noch nicht gegeben. Nur durch eine Systemveränderung, d. h. Organisations- und Personalentwicklung, kann eine Prozessoptimierung der humandienstlichen Versorgung herbeigeführt werden, gepaart mit Prozessverantwortung und Fallführung. Ziel muss weiterhin eine aktive Hilfe zur Selbsthilfe und Durchsichtigkeit der Versorgungsprozesse für alle Beteiligten sein.

Literatur:

- [1] Appel, D./ Ruf, H./ Müller, E./ Beermann, W. (2007): Clinical Pathways – ein praxisorientiertes Instrument zur wirtschaftlichen Leistungserbringung. Fallstudie am Beispiel des ischämischen Schlaganfalls. In: das Krankenhaus 5/2007. Stuttgart. Berlin. Köln. W. Kohlhammer GmbH. S. 453-457.
- [2] Gräßel, E. (1996): Körperbeschwerden und Belastung pflegender Familienangehöriger bei häuslicher Pflege eines über längere Zeit hilfsbedürftigen Menschen. In: Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und medizinische Psychologie 46: S. 189-193.
- [3] Hollmann, J./ Schmitz, C. (2008): Changemanagement im Krankenhaus. Wie überwindet man den „Dinosaurier-Effekt“? In: das Krankenhaus 6/2008. Stuttgart. Berlin. Köln. W. Kohlhammer GmbH. S. 584-588.
- [4] Kühne-Ponesch, S. (1999): Das Projekt in der Pflegeforschung und deren relevante Vorbereitungen. In: Österreichische Krankenpflege Zeitschrift 52 (10). S. 23
- [5] Matter, C./ Späth, C. (1998): Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger durch Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. In: Zeitschrift für Geronto-psychologie und -psychiatrie 2: 51-59
- [6] Toth, A./ Fundinger, E./ Meck, I. (2007): Patientenüberleitung mit Netzwerkpartnern als strategisches Instrument bei der Versorgung einer Region. Internes und externes Case-Management in der Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten. In: das Krankenhaus 9/2007. Stuttgart. Berlin. Köln. W. Kohlhammer GmbH. S. 844-849.
- [7] Wahn, M./ Haupt, T./ Helff, G. (2007): Ergebnisse des Prozessmanagements im Rahmen des Pfadcontrollings. In: das Krankenhaus 6/2007. Stuttgart. Berlin. Köln. W. Kohlhammer GmbH. S. 561-568.
- [8] Schlussbericht der Enquete-Kommission (2002): Demographischer Wandel – Herausforderung unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik, Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales. <http://dip.bundestag.de/btd/14/088/1408800.pdf>
- [9] Statistisches Bundesamt Deutschland (2008): Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. <https://www.ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019863>
- [10] Bundesministerium für Gesundheit (2008): Pflegereform 2008. Pflegestützpunkt. http://www.bmg.bund.de/ cln_110/nn_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossar_begriff_Pflegereform-2008.html

P21

Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand bei Schulleiterinnen und Lehrerinnen an Grundschulen – Arbeitsmedizinisch-psychologische Vorsorge im Schulbereich

Spitzer S¹, Seibt R¹
¹Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, TU Dresden, Dresden

Im Vergleich zu Lehrkräften wurden die Arbeitsbedingungen und der Gesundheitszustand von Schulleitern bisher wenig untersucht. Schulleiter (SL) unterscheiden sich in ihren Arbeitsbedingungen von Lehrern (LE) dadurch, dass sie neben der unterrichtenden Tätigkeit eine Vielzahl weiterer Aufgaben und Funktionen im Schulbereich wahrzunehmen haben, z. B. Management, Personalführung, Verwaltung. Bei 28 SL und 111 LE (Durchschnittsalter: 52 ± 6 vs. 48 ± 7 Jahre) wurden die Arbeitsbedingungen mittels Berufsanamnese, der gesundheitliche Zustand mit dem Vitalitätsmessplatz® (u. a. Indikatoren für das kardiopulmonale System, mentale Funktionen, sozial-emotionale Aspekte) sowie das Burnout-Risiko, Erholungsunfähigkeit (EU) und das arbeitsbezogene Aufwand-Belohnungs-Verhältnis (ERI-Ratio) untersucht. Die Arbeitsbedingungen unterscheiden sich zwischen SL und LE signifikant: Während SL meist vollzeitbeschäftigt (96%) sind, arbeiten LE an Grundschulen überwiegend in Teilzeit (87%). Die wöchentliche Gesamtarbeitszeit geben SL durchschnittlich mit 58 ± 15, LE mit 45 ± 12 Stunden an. Für den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand sowie die EU und das ERI-Ratio bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede. Sowohl SL als auch LE weisen überdurchschnittlich gute mentale Leistungen auf, aber auch Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Für etwa 50% wurden Bluthochdruck und für ein Drittel Übergewicht festgestellt. Ebenfalls ein Drittel gibt auffällige EU-Werte an und für 18% der SL und 10% der LE konnte zudem ein Aufwand-Belohnungs-Ungleichgewicht festgestellt werden. Es fanden sich weiterhin nur geringe Zusammenhänge zwischen den beruflichen Belastungen, der EU und dem Burnout-Risiko. Trotz höherer beruflicher Belastungen weisen SL keinen ungünstigeren Gesundheitszustand auf. Eine regelmäßige Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen kann einen wichtigen Beitrag zur Sensibilisierung für gesundheitsbezogenes Verhalten und zur Identifikation von Risikofaktoren leisten.

Keywords: Arbeitsbedingungen, Gesundheit, Lehrer, Schulleiter

P22

Jedem das seine oder eines für alle? – Ergebnisse zur Adaption des Programms Klasse2000 in Förderschulen

Storck C¹, Duprée T¹, Bölskei PL²
¹Verein Programm Klasse2000 e.V., Nürnberg; ²IRT - Institut für Raucherentwöhnung und Tabakkontrolle, München

Präventionsprogramme sollen theoretisch fundiert und ihre Wirksamkeit belegt sein. Strukturierte Manuale erhöhen die Konsistenz der Programmdurchführung und sind ein Schlüssel dafür, dass Programme auch in der breiten Praxis konzepttreu umgesetzt werden [2]. Eine hohe Strukturierung bedeutet jedoch auch, dass Konzept und Arbeitsmaterialien im Einzelfall angepasst werden müssen. Dies gilt insbesondere für Förderschulen und Schulen aus „sozialen Brennpunkten“, also gerade dort, wo ein besonderer Bedarf für Prävention angenommen wird. Bei einer Anpassung sollten jedoch ein hoher Grad an Strukturierung und der Kern des Programms erhalten bleiben. Primäre Prävention ist somit nicht einfach die Anwendung bewährter Programme, sondern immer auch eine Entwicklungs- und Anpassungsaufgabe. Für die Praxis bedeutet dies, dass die Anpassung begleitend evaluiert werden sollte, um auf der Basis von Daten zur Akzeptanz und Durchführung das Programm kontinuierlich zu verbessern. Dabei ist die Beteiligung der Akteure von besonderer Bedeutung [4]. Klasse2000 ist das größte Programm zur Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung in der Grundschule. Die suchtspezifische Wirkung wurde in einer Pilotstudie bestätigt [1]. Eine externe Langzeitstudie belegt positive Wirkungen auf Klassen-, Schul- und individueller Ebene [3]. In einem von der RobertBosch-Stiftung geförderten Projekt wird Klasse2000 für Förderschulen angepasst. Dabei wird partizipativ gearbeitet, indem Förderschullehrer die Programmentwicklung maßgeblich mitgestalten und das adaptierte Konzept praktisch erproben. Akzeptanz und Praktikabilität des Konzepts werden mit standardisierten Fragebögen und halbstrukturierten Interviews überprüft. Die Studie zeigt, welche Qualitätsmerkmale aus Sicht der Anwender entscheidend sind und welche Möglichkeiten sich im Spannungsfeld zwischen hoher Strukturierung und individueller Differenzierung bieten, um die Attraktivität des Programms für spezifische Zielgruppen zu erhöhen.

Literatur:

- [1] Bölskei PL, Hörmann A, Holleederer A, Jordan S, Fenzel H (1997) Suchtprävention an Schulen. Besondere Aspekte des Nikotinabusus. Prävention und Rehabilitation 9: 82-88
- [2] Bühler A, Heppekausen K (2005) Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Gesundheitsförderung konkret 6, BZGA, Köln
- [3] Isensee B, Hanewinkel R (2009) Klasse2000 Evaluation des Unterrichtsprogramms in Hessen. Abschlussbericht. <http://www.ift-nord.de/31.07.09>
- [4] Wright MT (2004) Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings, in: R. Rosenbrock, M. Bellwinkel, A. Schröer (Hg.): 297-346
- Keywords:** Förderschule, Gesundheitsförderung, Grundschule, Suchtprävention

P23

Vermittlung von Prävention und Gesundheitsförderung durch gezielte Wissensvermittlung innerhalb der Qualifikation zum Wundtherapeuten WTcert DGfW (Beruf) – Im Fokus: Verbesserung der Lebensqualität
Strupeit S¹, Goedecke F², Bauernfeind G², Nink-Grebe B²
¹HAW Hamburg - Hochschule für angewandte Wissenschaft, Hamburg; ²Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V., Giessen

Im Fokus der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden steht die Lebensqualität, Prävention und Gesundheitsförderung. Die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden nimmt durch ein verändertes Krankheitsspektrum hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen weiter zu. Die Bedeutsamkeit einer qualifizierten Versorgung wird durch zahlreiche Faktoren bedingt (u. a. die demografische Entwicklung und Veränderungen durch die Versorgungskette). In diesem Zusammenhang steht eine qualifizierte pflegerische Fachexpertise. Momentan ist sehr viel Erfahrungswissen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden vorhanden, daraus resultieren spezifische Kenntnisse. Jedoch sind dies Erkenntnisse oftmals implizit erworbenes Wissen. Grundlage einer Verbesserung der Lebensqualität, Versorgung sowie Pflege von Menschen mit chronischen Wunden stellt eine Evidenzbasierte Ausbildung von Spezialisten dar. In Deutschland ist es durch eine anerkannte Methodik der Curriculumentwicklung für den Bereich Menschen mit chronischen Wunden durch eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft gelungen ein Curriculum zu entwickeln und konsentrieren, welches das Wissen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften bündelt. Es unterliegt der stetigen Weiterentwicklung (entsprechend der Leitlinienentwicklung und im Rahmen evidenzbasierter Pflege und Medizin). Die Ausbildung Wundtherapeut WTcert® DGfW (Beruf) stellt somit eine Chance zur Schaffung von Strukturen dar. Diese kann zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung beitragen. Zugleich wird die interdisziplinäre Teambildung innerhalb der qualitätsgestützten Versorgungskette unterstützt und ein Beitrag für evidenzbasierte und nutzenbewertete Behandlungsmethoden geleistet. Im Rahmen dieses Beitrags wird die Curriculumentwicklung beschrieben sowie die Inhalte.

Literatur:

- [1] Bauernfeind G & Strupeit, S (2009): Quality assurance by professional wound documentation: often professional terminology is lacking. In: Pflegezeitschrift, 2009, (6):333-6.
- [2] Deutsche Gesellschaft für Wundheilung e.V. (2006): Curriculum Basiskurs „WTcert“. Version 0. Entwurf zur 1. Konsensuskonferenz am 05.09.2006 in Mühlheim a.d.Ruhr
- [3] Panfil, EM (2008): "Nursing patients with chronic wounds" expert standard: qualification of needs. In: Pflegezeitschrift, 2008, (3):134-7.
- Keywords:** Qualifikation, Wundversorgung

P24

Professionelle Gesundheits- und Pflegeberatung im ambulanten Setting – Prävention und Gesundheitsförderung als neue Handlungsfelder für Gesundheitsfachberufe
Strupeit S¹, Bauernfeind G²
¹HAW Hamburg - Hochschule für angewandte Wissenschaft, Hamburg; ²Gesundheitszentrum Hamm, Hamm

Die Anzahl der Menschen die langfristig auf pflegerische Hilfe angewiesen sein werden, ist bedingt durch die schon häufig beschriebenen Rahmenbedingungen (steigende Lebenserwartung, bessere Therapieformen bei schweren Erkrankungen, steigenden Zahl der chronischen Erkrankungen) in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Hinzu kommt, dass durch multiple Faktoren die Verweildauer im akutstationären Bereich sinkt, sodass die Patienten vor ihrer vollständigen Genesung nach Hause oder in eine weiter betreuende Einrichtung entlassen werden (2, 1, 3). Pflegeverläufe sind keine monotonen Prozesse. Neben der Verschlechterung des Gesundheits- und Allgemeinzustandes ist auch eine Verbesserung möglich (1). Die Durchführung von präventiven Hausbesuchen zur Versorgung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen im Sinne einer Bring-Struktur ist für die gemeindenahere Versorgung notwendig (4). Nach § 45 SGB XI können unterschiedliche Kurse unentgeltlich für pflegende Angehörige angeboten werden. Mit einem Erstassessment wird der konkrete Beratungsbedarf sichtbar gemacht und die Patienten-/Angehörigenbildung eingeleitet. Für den gesamten Beratungsprozess wurden standardisierte individuelle Beratungssassessments entwickelt, damit jede Beratung geplant, systematisch und in gleicher Güte durchgeführt und dokumentiert und evaluiert werden kann. Mit diesem Konzept kann dem Wunsch der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung nach lebenslangem Verbleib in der häuslichen Umgebung und im gewohnten sozialen Umfeld Rechnung getragen werden. Neben den grundlegenden Vorteilen für Pflegebedürftige entstehen weniger Brüche im Schnittstellenmanagement und ökonomische Ressourcen im Gesundheitswesen werden zielgerichtet eingesetzt. Bedingt durch die demografische Entwicklung und dem soziostrukturellen Wandel in Deutschland spricht das Beratungskonzept auch Menschen mit Migrationshintergrund an. Das Konzept ist in vier Sprachen verfügbar.

Literatur:

- [1] Borchert, Lars; Rothgang, Heinz (2008): Pflegeverläufe in Deutschland – Ergebnisse einer Längsschnittstudie der Jahre 1998 bis 2006. In: Schäffer, Doris / Behrens, Johann / Görres, Stefan (Hg.): Optimierung, Kompetenzerweiterung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim: Juventa
- [2] Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.): Überleitung und Case Management in der Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- [3] Löber, Verena (2008): Beratung und Schulung pflegender Angehöriger im Rahmen von § 45 SGB XI. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Vorgelegt an der Fachhochschule Frankfurt am Main.
- [4] Strupeit, Steve (2008): Gemeindefachwestern in der DDR. Berufsprofil und Übertragbarkeit auf den bundesdeutschen Kontext. VDM Verlag: Saarbrücken.

Keywords: Ambulante Versorgung, Beratung, neue Handlungsfelder für Gesundheitsberufe

P25

Gesundheitliche Auswirkung sozialer Unterstützung bei pflegenden Angehörigen – Eine Studie im Werra-Meißner-Kreis
Stummer H¹, Rösler-Schidlack B², Ostermann H², Brauchle G², Schusterschitz C²
¹Gesundheitsmanagement und Organisationsentwicklung, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Wien, Österreich; ²Department für Human- und Wirtschaftswissenschaften, UMIT, Hall in Tirol, Österreich

Pflegende Angehörige und soziale Unterstützung Im Jahr 2005 betrug die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland 2,02 Millionen, ein Anstieg auf ca. 2,91 wird bis in das Jahr 2020 prognostiziert. (Statistische Ämter 2008). Davon werden – zwar mit fallender Tendenz – allerdings immer noch ca. 68% zumindest zum Teil, wenn nicht vollständig, durch die Angehörigen gepflegt. Insbesondere geriatrische Langzeitpflege wird in der Literatur als sowohl körperlich als auch häufig wegen des fehlenden Sinns bzw. Erfolgserlebnisses als psychisch belastend diskutiert (für eine Übersicht siehe Eith/Stummer 2009). Soziale Unterstützung, sei es durch Freunde, durch die Familie, durch Institutionen (z. B. Sozialämter,

kirchliche Unterstützung, ...) könnte dabei ähnliche protektive als auch Direktereffekte auf die Gesundheit besitzen, wie in generellen epidemiologischen Studien (Stummer 2007). Methode In einem ländlichen Kreis in Hessen wurden alle pflegenden Angehörigen mittels mehrerer standardisierter Skalen zu Gesundheit, sozialer Unterstützung und Depression befragt. 114 Personen (20,2% der Grundgesamtheit) beteiligten sich schließlich an der Umfrage. Ergebnis Es konnten kaum Unterschiede in der gesundheitlichen Wirkung der verschiedenen Dimensionen von sozialer Unterstützung auf Gesundheit und Depression nachgewiesen werden, als Gesamtfaktor jedoch zeigt sich soziale Unterstützung hoch signifikant. Geschlechtsspezifische Unterschiede treten insbesondere bei psychischem Wohlbefinden, der emotionalen Rollenfunktion und bei der wahrgenommenen Vitalität auf, bei Frauen wirkt eine höhere soziale Unterstützung wesentlich stärker als bei Männern auf die genannten Dimensionen. Fazit Unterstützung durch private Netzwerke, aber insbesondere durch Ämter, kirchliche bzw. private Sozialinitiativen kann den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen hoch signifikant erhöhen, vielleicht eine der kostengünstigsten Varianten einer Pflegepolitik.

Literatur:

- [1] Eith, T./Stummer, H. (2009): Erfolg in der Altenpflege – eine explorative Studie aus Mitarbeitersicht. *Pflegewissenschaft*, (4), 240-247
 [2] Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Demografischer Wandel in Deutschland – Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern.
 [3] Stummer, H. (2007): Entsolidarisierung von Führungsverhalten und mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit. *Industrielle Beziehungen*, 14 (3), 270-278

Keywords: Gesundheit, Pflegenden Angehörige, Soziale Unterstützung

P26

Leadership and Health – Conceptual Considerations and Empirical Evidence

Stummer H¹, Nöhammer E¹, Brauchle G², Schusterschitz C²
¹Gesundheitsmanagement und Organisationsentwicklung, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Wien, Österreich;
²Department für Human- und Wirtschaftswissenschaften, UMIT, Hall in Tirol, Österreich

Workplace health promotion programs are widely discussed in Europe. Especially in Scandinavian and German literature, individual as well as organizational actions are both described to be vital/crucial factors in promoting health and well-being. Research describes organizational determinants to be one of the most important factors influencing health (Badura/Hehlmann 2003; Lowe 2003; Ulich/Wülser 2004). Analyzing the longitudinal data of leadership behaviour from the Vroom/Yetton studies, a de-solidarization of leadership behaviour has been observed in Germany and Austria since the year 2000, after being extremely stable before. (Auer-Rizzi et al., 2005). Comparing this data with health studies and workplace sickness models, e.g. the effort-reward imbalance (Siegrist/Dragano 2006) and the findings regarding the concept of social support (Stummer 2007), allows drawing a clear picture. As the immediate supervisor represents the "significant other" (Weick 1995) who strongly influences the actions of the employees plus acts as a role model, a serious impact on individual behaviour and a severe effect on employee health and well-being can be assumed. However, a recursive paradox seems to unfold: On the one hand, German and Austrian companies are investing more and more money in Workplace health promotion programs, on the other hand, the change in leadership behaviour might contribute negatively to the employees' health status. The paper conceptually combines the findings from different theoretical models and large-scale empirical studies in order to develop propositions and hypotheses as to which effects might result in case the trend observed in the Vroom/Yetton studies continues/is lasting. The findings show a tendency towards de-solidarization, which is why the existence of a trend toward pathogenus working conditions can be assumed.

Literatur:

- [1] Auer-Rizzi, W./Reber, G./Szabo, E. (2005): Governance-Strukturen und Führungsverhalten: Symptome von Entsolidarisierung in Deutschland und Österreich. *Industrielle Beziehungen*, 12 (3), 231-251
 [2] Badura, B./Hehlmann T. (2003)(Hrsg.): *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation* Berlin: Springer
 [3] Lowe, G. S. (2003): *Healthy Workplaces and Productivity*. A Discussion Paper. Ottawa: Health Canada
 [4] Siegrist, J./Dragano, N. (2006): Berufliche Belastungen und Gesundheit. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 46, 109-124

[5] Stummer, H. (2007): Entsolidarisierung von Führungsverhalten und mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit. *Industrielle Beziehungen*, 14 (3), 270-278

[6] Ulich, E./Wülser, M. (2004): *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler

[7] Weick, K. E. (1995): *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications

Keywords: Leadership, desolidarization, health

P27

Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich – Eine empirische Studie

Stummer H¹, Nöhammer E¹, Brauchle G², Schusterschitz C²
¹Gesundheitsmanagement und Organisationsentwicklung, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Wien, Österreich;
²Department für Human- und Wirtschaftswissenschaften, UMIT, Hall in Tirol, Österreich

In Deutschland existieren einige wenige umfassende Untersuchungen zum Stand Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF), so etwa eine Längsschnittstudie über Thüringen und Hessen von Ulmer/Gröben (2004, 2005) und das IAB-Betriebspanel (Hollereder 2007), in Österreich lediglich Untersuchungen in Oberösterreich (Hirtenleher/Sebinger 2004; 2005), wie eine Evaluierung ebenfalls aus Oberösterreich über das Projekt ‚Gesunde Gemeinde‘ (Pfaffenberger/Pöschko 2006), das jedoch nur zu einem kleinen Teil die Förderung der Mitarbeitergesundheit als Ziel hat. Weitere großzahlige Untersuchungen existieren nicht, und das obwohl Österreich auch wegen der Förderungen und der Unterstützungen durch das Netzwerk BGF, die Gebietskrankenkassen und dem Fonds Gesundes Österreich häufig als international vorbildlich bei BGF dargestellt wird (Trojan/Legewie 2001; Grasl 2004). Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, einen Überblick über Ist-Zustand, Ziele und Maßnahmen von BGF zu erstellen und für weitere Untersuchungen die Grundlage für spätere Längsschnittuntersuchungen zu liefern. **Methode:** Mittels Fragebogen in Anlehnungen an Ulmer/Gröben (2004), Hirtenleher/Sebinger (2004) und Badura (2006) wurden ca. 800 Organisationen in Österreich über Motive, Ziele und Ist-Stand von BGF befragt, die Response-Rate beträgt ca. 25 % und stellt einen Querschnitt über mehrere Branchen und Regionen dar. Ergebnisse Branchenunterschiede beim Stand von BGF konnten signifikant nachgewiesen werden, wobei Universitäten in Österreich das Schlusslicht an BGF Implementierung darstellen, und Krankenhäuser eher am oberen Rand zu finden sind. Starke Unterschiede der BGF-Maßnahmen ergeben sich ebenfalls durch die unterschiedlichen Eigentümer (internationaler Konzern, Familienbetrieb, öffentliches Eigentum). Besonders aussagekräftig für die Wahrnehmung eines Bedarfes und der Implementierung von Maßnahmen zu BGF zeigt sich allerdings interessanterweise das Geschlecht des/der BGF-Verantwortlichen.

Literatur:

- [1] Badura, B. (2006): Quick-Check zum Stand des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Universität Bielefeld.
 [2] Grasl, A. (2004): Der Fonds Gesundes Österreich. *Das Gesundheitswesen*, 66 (1), 62-63
 [3] Hirtenleher, H./Sebinger, S. (2004): *Betriebliche Gesundheitsförderung für KMU. Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich*. Linz: OÖ GKK und Institut für Gesundheitsplanung.
 [4] Hirtenleher, H./Sebinger, S. (2005): *Betriebliche Gesundheitsförderung für mittlere und größere Unternehmen. Ergebnisse für eine Bedarfsanalyse in Oberösterreich*. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der JKU
 [5] Hollereder (2007): *Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004*. *Das Gesundheitswesen*, 69 (2), 63-76
 [6] Ulmer, J./Gröben, F. (2004): *Gesundheitsförderung im Betrieb: Postulat und Realität 15 Jahre nach Ottawa – Umsetzung des Settingansatzes*. Karlsruhe: Universität Karlsruhe (TH) – Institut für Sport und Sportwissenschaft, Institutsbericht Nr. 25 FG
 [7] Ulmer, J./Gröben, F. (2005): *Work Place Health Promotion. A longitudinal study in companies placed in Hessen and Thuringen*. *Journal of Public Health*, 13 (3), 144-152.
 [8] Trojan, A./Legewie, H. (2001): *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt/Main: Verlag für Akademische Schriften

Keywords: BGF, Befragung, Österreich

P28

Der Gesundheitszustand von pflegenden Angehörigen im Vergleich zur Normbevölkerung – Eine Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes

Stummer H¹, Rösler-Schidlack B², Nöhammer E¹, Ostermann H², Schusterschitz C²

¹Gesundheitsmanagement und Organisationsentwicklung, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Wien, Österreich; ²Department für Human- und Wirtschaftswissenschaften, UMIT, Hall in Tirol, Österreich

Mit dem erwarteten Anstieg der Lebenserwartung kann es zu einem weiteren Ansteigen der zu Pflegenden im Alter kommen. Um den Wunsch der Pflegebedürftigen nach einer würdigen Pflege in der eigenen Wohnung so lange wie möglich zu realisieren, bedarf es der aktiven Mitarbeit der Angehörigen. Familiäre Pflege jedoch kann nach Untersuchungen etwa von Zarit, Todd, Zarit, 1986) zu vielfältigen Beanspruchungen und Belastungen, im Extremfall sogar zu Burn-Out führen. Untersuchungen im deutschsprachigen Raum sind eher selten und behandeln häufig Interventionen mit Pflegenden Angehörigen von Demenzen (siehe Donath, Bleich, Gräßel, 2009; Schacke & Zank, 2006)), nicht jedoch Pflegenden Angehörige allgemein. Methodik Die vorliegende Studie untersucht pflegende Angehörige im Werra-Meißner-Kreis anhand des SF 36 in der Version 1.0 (Bullinger, 2000) und vergleicht sie mit der Normstichprobe der Bevölkerung, wobei aus methodischen Gründen (unterschiedliche Prävalenzen) die Daten der alten Bundesländer verwendet werden. **Ergebnis:** Insbesondere in den Altersgruppen bis 61 Jahren zeigten in acht von neun SF-36 Dimensionen einen hochsignifikant schlechteren Gesundheitszustand ($p < 0,001$), bei der Körperlichen Funktionsfähigkeit ist dieser Unterschied signifikant. Ab der Altersklasse ab 61 Jahren sind lediglich die emotionale, psychische und die soziale Funktionsfähigkeit deutlich schlechter als in der Bevölkerung. Auch eine Geschlechterdifferenz ergibt sich: So stellt sich der Gesundheitszustand von pflegenden Frauen als deutlich schlechter als der von Männern im Vergleich zur Normstichprobe dar.

Literatur:

- [1] Bullinger, M.: Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 43 (. 3). 2000, 190–197.
 [2] Donath, C.; Bleich, S. Gräßel, E.: Gerontopsychiatrische Tageskliniken - Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. Day Hospitals - Predictors for Utilisation and Quality Expectations from the Perspective of Family Caregivers of Dementia Patients. Psychiat Prax, 36 (. 04). 2009, 175– 181.
 [3] Schacke, C. und Zank, S.: Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31 (. 5). 1998, 355–361.
 [4] Zarit, S.H. und Zarit, J.M.: Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19 (. 4). 1982, 461–471.

Keywords: Gesundheit, Normstichprobe, Pflegenden Angehörige

P29

Die 91 Merkmale einer Selbsthilfegruppe – Ein Beschreibungsraster für Präventions- und Versorgungsforschung

Touil E¹, Kliche T¹

¹Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Für Sekundär- und Tertiärprävention und den Aufbau von Versorgungsketten (z. B. Behandlungsmotivation, Nachversorgung) gewinnen Selbsthilfegruppen (SHG) zunehmende Bedeutung: Sie können u. a. soziale Unterstützung, Gesundheitswissen, Bewältigungskompetenzen sowie Kenntnisse und Beurteilungsvermögen der Therapieangebote verbessern. Die Evidenzsicherung für SHG ist dennoch dürftig. Ein Hindernis vergleichender Wirkungsforschung bildet die Schwierigkeit, SHG systematisch zu beschreiben. Deshalb wurde eine literaturgestützte Taxonomie von SHG-Merkmalen erstellt. Dafür wurden SHG-Merkmale aus systematisch ausgewählten, aktuellen Publikationen extrahiert, die die relevanten Wissensfelder repräsentierten (Forschung und Outcomes, Versorgungssteuerung und Strukturqualität, Durchführung und Prozessqualität). Identifiziert wurden 92 Merkmale. Sie fanden in den unterschiedlichen Textgruppen mit hoher Übereinstimmung wiederholt Ver-

wendung. Kontroversen ergaben sich nur bei wenigen Merkmalen; einige Charakteristika sind nämlich nur für expertengeleitete Gruppen anwendbar. Die meisten Merkmale gestatten alternative Operationalisierungen. Einheitliche, übergreifende Erhebungsinstrumente für SHG waren nicht zu finden, weil die Merkmale unterschiedlich ausgewählt und operationalisiert werden können. Als Gliederung der Merkmale eignen sich die Haupt- und Teildimensionen von QIP („Qualität in der Prävention“), einem evidenzgestützten Qualitätssicherungsverfahren zur expertengestützten Analyse präventiver Aktivitäten. Die Taxonomie aus 92 Merkmalen ermöglicht den Entwurf umfassender Erhebungsinstrumente zur systematischen Struktur- und Prozessbeschreibung von SHG und deren qualitätsorientierter Untersuchung, z. B. für Wirkungsabschätzungen oder Versorgungsanalysen. Akteure der Selbsthilfe, der Beratung und der gesundheitlichen Versorgung können die Merkmale daneben als Orientierung für Dokumentationen und als Check-Liste für die Optimierung der SHG-Arbeit nutzen.

Literatur:

- [1] Borgetto, B. (2007). Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. Public Health Forum, 15(2), 6–8.
 [2] Klytta, C., Wilz, G. (2007). Selbstbestimmt aber professionell geleitet? Zur Effektivität und Definition von Selbsthilfegruppen. Das Gesundheitswesen, 69(2), 88–97.

Keywords: Selbsthilfe, Review, Strukturqualität, Prozessqualität, Outcome-Qualität, Fragebogenentwicklung

P30

Untersuchung der Wirksamkeit zusätzlicher osteopathischer Behandlungen bei Migränepatienten

Voigt K¹, Burmeister U², Beck M², Liebnitzky J¹, Bergmann A¹

¹Lehrbereich Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, Dresden; ²AVT-College für Osteopathische Medizin, Nagold

Einleitung: Die Migräne ist eine häufige neurologische Erkrankung (Prävalenz: 10–20%). Die aktuell empfohlene Standardtherapie beinhaltet die medikamentöse Schmerzbehandlung. Auf die Wirksamkeit nicht-medikamentöser Verfahren (Biofeedback, Verhaltenstherapie etc.) wird verwiesen [Diener et al. 2008, Straube et al. 2008]. Empirische Erfahrungen aus der osteopathischen Praxis sprechen dafür, dass zusätzliche osteopathische Behandlungen Schmerzsymptome lindern können [Bischoff et al. 2006, Schwerla et al. 2008]. Das Ziel dieser Studie bestand in der Überprüfung der Wirksamkeit von osteopathischen Behandlungen parallel zur medikamentösen Therapie bei Migränepatienten. **Methoden:** Die Zuteilung zu Fall- und Kontrollgruppe erfolgte im Rahmen dieser klinischen Interventionsstudie randomisiert. Probanden der Interventionsgruppe (n=20) erhielten neben der medikamentösen Behandlung fünf 50-minütige osteopathische Behandlungen innerhalb von 10 Wochen. Probanden der Kontrollgruppe (n=21) erhielten keine zusätzlichen Therapien zur Medikation. Um Krankheitsverlauf und -auswirkungen (Schmerzintensität, -dauer, Lebensqualität) zu untersuchen, wurden standardisierte Fragebögen zu drei verschiedenen Zeitpunkten eingesetzt (t1 = vor Studienbeginn, t2 = zehn Wochen nach Behandlungsabschluss nur für Interventionsgruppe, t3 = sechs Monate nach Behandlungsende). **Ergebnisse:** Die Schmerzintensität sank von t1 zu t3 in der Interventionsgruppe signifikant ($p < 0,01$) von 70,00 auf 51,67 (auf einer Skala von 0=kein bis 100=stärkster vorstellbarer Schmerz). Die Schmerzintensität in der Kontrollgruppe veränderte sich nicht signifikant ($p > 0,05$). Die Unterschiede in der Schmerzintensität zwischen Interventions- und Kontrollgruppe waren im Zeitpunkt t3 signifikant ($p < 0,05$). Die Schmerzdauer in Tagen verringerte sich signifikant ($p < 0,05$) von t1 auf t3 in der Interventionsgruppe von 37,68 auf 24,00, der Unterschied in der Kontrollgruppe war hingegen nicht signifikant ($p > 0,05$). Innerhalb der Lebensqualität zeigten sich besonders Besserungen im Bereich der Vitalität. Die Werte in der Interventionsgruppe stiegen signifikant ($p < 0,001$) von 46,36 auf 63,63 an, die der Kontrollgruppe zeigten keinen signifikanten Unterschied zwischen t1 und t3. Die Mittelwertvergleiche wurden aufgrund annähernder Normalverteilung der Variablen mit dem T-Test für gepaarte Stichproben durchgeführt. **Schlussfolgerungen:** Diese Studie zeigte, dass osteopathische Behandlungen sich positiv auf das Schmerzausmaß und die Lebensqualität von Migränepatienten auswirken können. Weitere Studien mit größeren Stichproben und längerer Behandlungsdauer müssen zeigen, ob die beobachteten Ergebnisse reproduzierbar sind und ob sich ein andauernder positiver Effekt erzielen lässt.

Literatur:

- [1] Bischoff A, Nürnberger A, Voigt P, Schwerla F (2006) Osteopathy alleviates pain in chronic non-specific neck pain: A randomized controlled trial. *International Journal of Osteopathic Medicine* 2006;9: 45
- [2] Diener HC, Katsarava Z, Limmroth V (2008) Aktuelle Diagnostik und Therapie der Migräne. *Schmerz [Suppl 1]* 2008;22: 51-60
- [3] Schwerla F, Bischoff A, Nürnberger A et al. (2008) Osteopathic Treatment of Patients with Chronic Non-Specific Neck Pain: A Randomised Controlled Trial of Efficacy. *Forsch Komplementmed* 2008;15:138-145
- [4] Straube A, May A, Kropp P et al. (2008) Therapie primärer Kopfschmerzen. *Schmerz* 2008;22: 531-543

Keywords: Lebensqualität, Migräne, Osteopathie, Schmerzmaß

P31

Rechtfertigt der Patientenschutz verpflichtende Influenzaimpfungen? – Ergebnisse einer anonymen Mitarbeiterbefragung

Wicker S¹, Rabenau HF²

¹Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt; ²Institut für Medizinische Virologie, Frankfurt

Beschäftigte im Gesundheitswesen haben einerseits eine erhöhte Infektionsgefährdung gegenüber Influenza und können andererseits die Erkrankung auf Patienten übertragen. Der effektivste Weg nosokomiale Influenzaausbrüche zu vermeiden, ist die jährliche Influenzaschutzimpfung des medizinischen Personals. Das Robert Koch-Institut (RKI) benennt seit Anfang der 80iger Jahre medizinisches Personal explizit als eine Risikogruppe, die gegen Influenza geimpft werden sollte (1). Jedoch lässt sich in Deutschland weniger als ein Drittel der Mitarbeiter des Gesundheitswesens gegen Influenza impfen, obwohl die Influenzaimpfung sicher und effektiv ist und nachweislich nosokomiale Influenzaausbrüche und Todesfälle verhindert (2,3). Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass angemessene Influenzaimpfraten der medizinischen Beschäftigten nur erreicht werden können, wenn eine Impfpflicht besteht (4,5). Um die Einstellungen des medizinischen Personals hinsichtlich verpflichtender Influenzaimpfungen zu erheben, wird seit Feb. 2009 am Universitätsklinikum Frankfurt/Main eine anonyme Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Unsere Daten von bislang 500 Mitarbeitern zeigen, dass fast 70% der Befragten verpflichtende Influenzaimpfungen akzeptieren würden. Insgesamt 47,4% der befragten Mitarbeiter sprechen sich für verpflichtende Influenzaimpfungen für alle Beschäftigten mit direktem Patientenkontakt aus; 22,4% befürworten verpflichtende Influenzaimpfungen nur für Beschäftigte die immunsupprimierte Patienten betreuen. Lediglich 17,4% der Befragten lehnen verpflichtende Influenzaimpfungen ab, 12,8% waren unentschieden. Über zwanzig Jahre Aufklärung und Information der medizinischen Beschäftigten zeigen derzeit leider keine nachhaltigen Erfolge. Überraschenderweise ist jedoch die Akzeptanz von verpflichtenden Influenzaimpfungen trotz der damit verbundenen Einschränkungen der freien Entscheidung hoch und sollte somit in definierten Bereichen im Sinne des Patientenschutzes in Erwägung gezogen werden.

Literatur:

- [1] Robert Koch Institut (RKI) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO): http://www.rki.de/cln_151/nn_969736/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008/30_08,templateid=raw,property=publicationFile.pdf/30_08.pdf, letzter Zugriff 7.7.09
- [2] Wicker S, Rabenau HF, Doerr HW, Allwinn R. Influenza vaccination compliance among health care workers in a German university hospital. *Infection* 2009; 37:197-202
- [3] Hayward AC, Harling R, Wetten S, et al.: Effectiveness of an influenza vaccine programme for home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333 (7581):1241
- [4] Poland GA, Tosh P, Jacobson RM. Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept. *Vaccine* 2005; 23:2251-2255
- [5] Talbot TR. Improving rates of influenza vaccination among healthcare workers: educate; motivate; mandate? *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29:107-110

Keywords: Influenzaimpfung, Mitarbeiter im Gesundheitswesen, verpflichtende Impfung

P32

Analyse von Wirbelsäulenbelastung bei ausgewählten medizinischen Behandlungstätigkeiten – Neue Ansätze zur Prävention von tätigkeitsbedingten Rückenschmerzen

Wunderlich M¹, Rütther T¹, Leyk D¹

¹Institut für Physiologie und Anatomie, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln

Einleitung: Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und führen zu hohen Folgekosten. Neben einer durch Lastenhandhabung bedingten strukturellen Schädigung der Wirbelsäule wird die überwiegende Anzahl berufsbedingter Rückenbeschwerden als „unspezifisch“ eingestuft. Hierbei scheinen sowohl individuelle, psychosoziale wie auch biomechanische Stressoren (Haltung/Bewegung) ursächlich zu sein. Umfangreiche Befragungen deuten daraufhin, dass Haltungs- und Bewegungsfaktoren eine zentrale Bedeutung für tätigkeitsbedingte Rückenschmerzen besitzen. Allerdings fehlt es bislang an objektiven Verfahren, die eine valide Quantifizierung kinematischer Parameter ermöglichen. Mit dem mobilen Analyseverfahren 3-D SpineMoveGuard ist nun eine dreidimensionale Erfassung von Haltung und Bewegung des Oberkörpers und Wirbelsäule am Arbeitsplatz möglich. Am Beispiel medizinischer Behandlungstätigkeiten werden die Möglichkeiten des Verfahrens und die sich daraus ergebenden Präventivmaßnahmen erörtert. **Methode:** In explorativen Einzelfallstudien konnten tätigkeitspezifische Belastungsprofile bei zahnmedizinischen Behandlungen und operativen HNO-Eingriffen quantifiziert werden. **Ergebnisse/Diskussion:** Die untersuchten medizinischen Behandlungstätigkeiten sind durch multidimensional verdrehte Körperhaltungen (30%–40% der Arbeitszeit) und Dauerzwangshaltungen (70%–90% der Arbeitszeit) charakterisiert. Auch der Wechsel der Arbeitsposition oder die Verwendung unterschiedlicher Eingriffstechniken und Hilfsmittel führen nur zu geringen Änderungen in der Belastungsstruktur. Hieraus lässt sich ableiten, dass die überwiegend statischen Tätigkeiten in ungünstigen Körperpositionen maßgeblich für die häufig auftretenden Rückenschmerzen mit verantwortlich sind. Die Belastungsprofile unterstreichen die Bedeutung von gezielten bewegungstherapeutischen Maßnahmen und deren Integration im Arbeitsalltag zur Prävention von Rückenschmerzen.

Literatur:

- [1] Wunderlich M, Rütther T, Essfeld D, Rohde U, Eger T, Leyk D (2009): Rückenschmerzen und Wirbelsäulenbelastungen – Befragung des zahnmedizinischen Personals in der Bundeswehr. Accepted for publication.
- [2] Wunderlich M, Rütther T, Essfeld D, Erren TC, Piekarski C, Leyk D (2009): Analysis of spine loads at the workplace. A new approach to assess movements and isometric postures of spine and trunk. Submitted for publication. *Ergonomics*
- [3] Wunderlich M, Jacob R, Stelzig Y, Rütther T, Leyk D (2009): Analyse von Wirbelsäulenbelastung bei Operationstätigkeiten in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Prepared for submission. *HNO*

Keywords: 3D-SMG, Rückenschmerzen, Tätigkeitsanalysen

P33

Früherkennung und Risikomodifikation bei psychosomatischen Störungen – Ergebnisse eines Frühinterventionsprogramms der Gemünder Ersatzkasse und der AHG Klinik Waren

Zielke MW¹, Schumacher A², Kristof O²

¹Wissenschaftsrat der AHG AG, Mönkeberg; ²AHG Klinik Waren Psychosomatisches Behandlungszentrum an der Müritz, Waren (Müritz)

Problemstellung: Die Krankheitsanamnesen von Patienten mit psychischen Erkrankungen betragen nach wie vor etwa 7 Jahre bis zum Beginn qualifizierter psychotherapeutischer Behandlungen. Solche Krankheitskarrieren sind mit enormen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. **Zielsetzung:** Zur Prävention von Chronifizierungsprozessen wurde zwischen der Gemünder Ersatzkasse (GEK) als Leistungsträger und der AHG Klinik Waren ein „Intensivprogramm zur Risikomodifikation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen“ entwickelt und umgesetzt. **Methode:** Versicherten der GEK mit beginnenden Krankenschreibungen infolge ausgewählter psychischer Erkrankungen (F-Diagnosen) wurde die Möglichkeit eröffnet, eine sechswöchige stationäre Behandlung nach dem vorgenannten Konzept zu absolvieren. Die Wirksamkeit der Intervention wurde mit Hilfe eines Kontrollgruppenplans während drei Folgejahren untersucht. **Ergebnisse und Bewertung:** 300 Patienten nahmen an der Frühintervention teil. Die der Be-

handlung vorausgehende Krankheitsdauer betrug lediglich noch 4,4 Jahre. Innerhalb des ersten Jahres nach der Manifestation der Symptomatik wurden 51,8% der Patienten erreicht. Die Effektstärken zur Verringerung der Depressivität sind mit $ES = 0,76$ ausgesprochen hoch. Im 3-Jahreskatamnesezeitraum ergeben sich starke Unterschiede im Vergleich zur Kontrollgruppe im Medikamentenverbrauch und bei den Krankschreibungen (Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte). Der Anteil der Renten wegen Erwerbsunfähigkeit war um über 30% geringer als in der Kontrollgruppe. Das Frühinterventionsprogramm mit einem aktiven Zugehen auf die Betroffenen erweist sich als hoch wirksam, kostensparend und präventiv.

Literatur:

[1] Schumacher A, Kristof O, Zielke M (2009) Früherkennung und Risikomodifikation bei psychosomatischen Erkrankungen – Struktur, Indikation, Ergebnisse. In Zielke M (Hrsg.) Indikation zur stationären Behandlung und Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (Im Druck)

[2] Pabst Science Publishers, Lengerich. Zielke M, Herder F, Glahn N (2000) „Intensivprogramm zur Risikomodifikation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (IPR). Therapiekonzept als spezifisches Leistungsangebot für die GEK“ Internes Programmkonzept

Keywords: Frühintervention, Kontrollgruppendesign, Psychosomatik

Namenverzeichnis

- A**
 Adamaszek K S341
 Altenhofen L S343
- B**
 Bauernfeind G S361
 Beck M S363
 Bergmann A S363
 Bestehorn K S341
 Betz M S354
 Bitterlich N S354
 Bitzer E S353
 Blättner B S342, S357
 Blüher S S346, S355
 Böcking W S354
 Bölskei PL S360
 Borchering E S356
 Böttcher K S353
 Brauchle G S361, S362
 Bretschneider K S343
 Brüggjenjürgen B S355
 Brunnett R S351
 Budnick A S346, S355
 Burmeister U S363
 Buruck G S345
- C**
 Chodora M S351
- D**
 Deckert S S351
 Deneke C S351
 Döring M S342
 Dräger D S346, S355
 Dreas JA S356
 Dubben S S358
 Duprée T S360
- E**
 Ehrensperger-Reeh P S348
 Engels S S354
 Eschenbeck H S357
 Ezzat N S355
- F**
 Freude G S351
- G**
 Geisel-Marbaise S S356
 Georgy S S342
 Gerber A S350
 Goedecke F S361
 Göhlen B S356
 Gottschalk R S352
 Grewe HA S342
 Griebenow R S343
 Groß C S357
 Grundke S S343
 Günay H S341
- H**
 Hagen B S343
 Hanewinkel R S358, S359
 Hardt J S344
 Hassel H S356
 Hasseler M S351
 Heckenhahn M S344
 Heckenhahn S S357
 Heintze C S344
- Henze V S359
 Herrmann P S341
 Hilke SO S354
 Hillger C S357
 Hölscher G S348
 Hoos O S354
 Horváth I S345
 Huber M S357
 Hübler A S358
- I**
 Isensee B S358
- J**
 Jungmann T S341
- K**
 Keimer KM S356
 Keller R S353
 Kindler H S345
 Kirch W S354, S357
 Klatt L S353
 Klees E S345
 Klein T S354
 Klement A S343
 Klüche T S346, S358, S363
 Klumb S S352
 Kohlmann C-W S357
 Koyuncu A S346
 Krause M S342
 Krauth C S359
 Kristof O S364
 Krüger A S350
 Kummer K S346, S355
- L**
 Lampert T S346
 Leopold K S349
 Leyk D S347, S364
 Liebnitzky J S363
 Liersch S S359
 Längen M S347, S348
- M**
 Madarász J S347
 Makowsky K S359
 Maruska K S359
 Meier S S357
 Metz U S344
 Mons U S347
 Mueller EA S348
 Müller G S358
 Müller K S344
- N**
 Nennstiel-Ratzel U S348
 Niewöhner J S348
 Nink-Grebe B S361
 Nöcker G S358
 Nöhammer E S362, S363
- O**
 Ostermann H S361, S363
- P**
 Passon AM S348
 Petersmann H S360
 Pfaffenberger D S344
 Pfennig A S349
- Plaumann M S358
 Porzsolt F S349
 Post M S346, S358
- Q**
 Quilici S S355
- R**
 Rabenau HF S352, S364
 Raspe H S344
 Röbl M S359
 Rosenbrock R S349
 Rösler-Schidlack B S361, S363
 Rovis D S357
 Rumm R S354
 Rütter T S347, S364
- S**
 Scheuch K S358
 Schmidt M S350
 Schmidt-Trucksäss A S353
 Schmitter S S355
 Schmolz GK S350
 Schneider R S341
 Schnoor M S344
 Schröer-Günther MA S350
 Schücking B S359
 Schumacher A S364
 Schusterschitz C S361, S362, S363
 Schwang I S343
 Schwarz PEH S350
 Seibt R S351, S360
 Siegmund-Schultze E S353
 Siniarski-Czaplicki M S357
 Spanner-Ulmer B S351
 Spitzer S S351, S360
 Sterdt E S359
 Storck C S360
 Strupeit S S351, S361
 Stummer H S356, S361, S362, S363
 Stuppardt R S352
- T**
 Töppich J S346, S358
 Torka S S354
 Touil E S363
- V**
 Vödisch K S344
 Vogelgesang M S353
 Voigt K S363
 von Unger H S352
- W**
 Walter U S358, S359
 Wicker S S352, S364
 Wiesner J S344
 Wildner M S348
 Winkelmann C S353
 Winkler K S353
 Wormitt K S346, S358
 Wright MT S352
 Wunderlich M S347, S364
- Z**
 Zielke MW S353, S364
 Zink C S342