

# ABSTRACTBAND

2. Kongress für Versorgungsforschung Brandenburg

Versorgung in ländlichen Gebieten

09.10.2020 (digital)



**GEMEINSAME FAKULTÄT**  
der Universität Potsdam, der Medizinischen  
Hochschule Brandenburg Theodor Fontane  
und der Brandenburgischen Technischen  
Universität Cottbus-Senftenberg



**b.tu**  
Brandenburgische  
Technische Universität  
Cottbus - Senftenberg

## Herausgeber

Prof. Dr. Martin Heinze

Prof. Dr. Christine Holmberg

## Der Zweite Kongress für Versorgungsforschung Brandenburg wurde ausgerichtet von

### Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg (FGW)

Gemeinsame Fakultät der Universität Potsdam, der Brandenburgischen Technischen

Universität Cottbus- Senftenberg und der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

(Prof. Dr. Christine Holmberg, Prof. Dr. Dr. Michael Rapp, Prof. Dr. Jacob Spallek, Prof. Dr. Heinz Völler, Susanne Schulze)

Karl-Liebknecht-Str. 24-25

14476 Potsdam

[www.fgw-brandenburg.de](http://www.fgw-brandenburg.de)

und

### Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB)

Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB)

(Prof. Dr. Martin Heinze, Nicola Reitz)

Immanuel Klinik Rüdersdorf

Seebad 82/83

15562 Rüdersdorf bei Berlin

[www.zvfbb@mhb-fontane.de](mailto:www.zvfbb@mhb-fontane.de)

Februar 2021



## Inhalt

<b>Zweiter Kongress für Versorgungsforschung Brandenburg: Wege zu besserer Versorgung</b> .....	4
<b>Keynote 1</b> .....	5
<b>Keynote 2</b> .....	6
<b>Themenbereich: Covid-19- Pandemie</b> .....	8
Befragung von niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Brandenburg zu den Auswirkungen der COVID-19- Pandemie auf die Berufsausübung und das Patient*innenaufkommen in den Praxen (CO-BRA) - ein Kooperationsprojekt der Medizinischen Hochschule Brandenburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg .....	8
Räumliche und zeitliche Muster der Hospitalisierungsraten des Herzinfarkts während der COVID-19 Pandemie: Ergebnisse des epidemiologischen Herzinfarktregisters Brandenburg .....	9
Do-not-intubate orders among patients older than 79 years who died during hospitalization due to COVID-19 - results from the nationwide Helios COVID-19 Registry.....	10
Belastungsfaktoren von Pflegenden in unterschiedlichen Sektoren der Palliativversorgung während der COVID-19-Pandemie – eine explorative Studie (BASAL-COV) .....	11
CoronaPflege – Psychosoziale Belastungen von Pflegekräften in Brandenburger Alten- und Pflegeheimen während der Corona-Krise .....	12
<b>Themenbereich: Versorgungsforschung mit Schwerpunkt eHealth</b> .....	13
Sporttherapie bei Depression (STEP.De) .....	13
Digitalisierung am Lebensende: Potentiale und Akzeptanz von Informations- und Kommunikationstechnologie in der Palliativversorgung (DigiPall).....	14
Fast-and-frugal trees als Laienwerkzeug zur Prüfung digitaler Gesundheitsinformationen.....	15
Das Online Tool des Deutschen Diabetes-Risiko-Tests: Zusammenhänge zwischen Testergebniserwartung und Risikowahrnehmung mit dem vorhergesagten Typ-2-Diabetes Risiko .....	16
<b>Themenbereich: Partizipation &amp; Patient*innenbeteiligung</b> .....	17
Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen – Entwicklung eines qualitativ-quantitativen Assessmentverfahrens .....	17
Entwicklung eines patientenorientierten Navigationsprogramms unter Einbeziehung der Patientenperspektive .....	18
Informierte Entscheidungen durch transparente Risikokommunikation: Medizinische Evidenz mithilfe von Faktenboxen kommunizieren.....	19
Störungsspezifische Adhärenzforschung in der Arzneimitteltherapie chronifizierter populationsrelevanter Erkrankungen.....	20
<b>Themenbereich: Rehabilitationsmedizin</b> .....	21
Vorhersagekraft patientenberichteter Outcomes für die berufliche Prognose und gesundheitsbezogene Lebensqualität nach kardiologischer Rehabilitation .....	21
Leitlinienkonforme Physiotherapie in der Rehabilitation nach Schlaganfall. Ergebnisse einer deutschlandweiten Online-Umfrage. ....	22
<b>Themenbereich: Komplexe Interventionen und Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen</b> .....	23

Kardiologische Versorgung in Brandenburg (KaViB) – Deskription der kardiologischen Versorgungsinfrastruktur .....	23
Prevalence of hearing loss among elderly people and access to hearing aids - a cross-sectional study from a rural area in Germany.....	24
"Nee, nee. Brandenburg ist zu groß für einen Zweitmeiner" - Die aktuelle Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren aus Sicht der Fachärzt*innen .....	25
Strukturelle Verknüpfung von Krankenhaus- und ambulanter Medizin - Bestandsaufnahme in Brandenburgischen Kliniken.....	26
PAWEL – Patient safety, cost-effectiveness, and quality of life: reduction of delirium risk and postoperative cognitive decline after elective surgery in older adults.....	27
Verortung von Zweitmeinungsanbietern in Deutschland - eine flächendeckende Versorgung? .....	28
Integrative Medizin und mentale Gesundheit (INTEGRAL) .....	29
<b>Autor*innenverzeichnis</b> .....	<b>30</b>

## Zweiter Kongress für Versorgungsforschung Brandenburg: Wege zu besserer Versorgung

Am 09.10.2020 veranstalteten das Zentrum für Versorgungsforschung (ZVF-BB) der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane und der Profilbereich II für Versorgungsforschung mit Schwerpunkt eHealth der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg (FGW) den zweiten Kongress für Versorgungsforschung Brandenburg (KVFB), der in diesem Jahr pandemiebedingt im digitalen Format ausgerichtet wurde. Es nahmen etwa 40 Interessierte teil, vorrangig aus dem klinischen und wissenschaftlichen Bereich.

Zwei Keynotes führten zu Beginn in das Thema „Versorgung in ländlichen Gebieten“ ein: Lena Ansmann, Professorin für Organisationsbezogene Versorgungsforschung an der Universität Oldenburg, machte in ihrem Vortrag mit dem Titel „Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt?! Eine Frage der Organisation“ deutlich, dass eine Analyse und Anpassung der vorhandenen Prozesse, Abläufe und Strukturen im Gesundheitswesen an die Bedarfe der Patient\*innen die Versorgung verbessern können.

Professorin Neeltje van den Berg vom Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie & Community Health der Universität Greifswald, zeigte in ihrem Vortrag zum Thema „Welche Rolle kann eHealth bei der Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen spielen?“ anhand eines Beispiels aus Mecklenburg-Vorpommern, wie die gemeinsame Nutzung einer Datenplattform den Informationsfluss zwischen Versorger\*innen erleichtern und so zu einer Verbesserung der Patient\*innenversorgung führen kann, insbesondere in ländlichen Gebieten mit einem hohen Anteil älterer Bürger\*innen.

Im Anschluss vermittelten Kurzpräsentationen zu insgesamt 23 aktuellen Forschungsprojekten zu den Themen „Versorgungsforschung mit Schwerpunkt eHealth“, „Rehabilitationsmedizin“, „Covid-19-Pandemie“, „komplexe Interventionen und Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem“ und „Partizipation & Patient\*innenbeteiligung“ einen Überblick zum Stand der Versorgungsforschung im Land Brandenburg.

In der abschließenden Diskussion wurden zentrale Punkte und Ideen zur Weiterentwicklung der Versorgungsforschung im Land Brandenburg zusammengetragen. Unter anderem wurde betont, dass die weitere Vernetzung unter Beteiligung aller relevanten Akteure in der Versorgung unabdingbar ist, von den Bürgern\*innen und Versorger\*innen über die Politik bis hin zur Wissenschaft, um Versorgung und Versorgungsforschung im Land voranzubringen. In Bezug auf die Weiterentwicklung digitaler Lösungen für die Versorgung im Flächenland wurde festgestellt, dass bereits einige eHealth-Ansätze getestet werden, dass jedoch die Entwicklung einer Kultur digitaler Versorgungsstrukturen notwendig ist, die noch stärker als bislang gesundheits- und patientenrelevante Outcomes in den Mittelpunkt stellt.

Auf den folgenden Seiten dieses Bandes finden Sie Kurzzusammenfassungen zu den im Rahmen des Kongresses gehaltenen Vorträgen.

An dieser Stelle wollen wir uns ganz herzlich bei denen bedanken, ohne die der Kongress nicht möglich gewesen wäre. Nicola Reitz, Assistenz am Zentrum für Versorgungsforschung, und Susanne Schulze, Koordinatorin des Profilbereichs Versorgungsforschung mit Schwerpunkt eHealth an der FGW, für ihren unermüdlichen Einsatz in der Koordination, Vorbereitung und Nachbereitung des Kongresses. Die Vor-Ort Betreuung durch die Mitarbeiter des Zentrums Versorgungsforschung in Rüdersdorf und den IT-Support der MHB. Allen Beteiligten ein herzliches Dankeschön!

Prof. C. Holmberg, Prof. M. Heinze, Prof. M. Rapp, Prof. J. Spallek und Prof. H. Völler

### **Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt?! Eine Frage der Organisation**

Prof. Dr. Lena Ansmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Die Forderung nach einer patient\*innenzentrierten Versorgung ist seit einigen Jahren in aller Munde. Aus Expert\*innensicht ist damit eine Patient\*innenversorgung gemeint, die individuelle Präferenzen, Bedarfe und Werte einzelner Patient\*innen respektiert und berücksichtigt sowie sicherstellt, dass klinische Entscheidungen von den Werten der Patient\*innen geleitet sind. Das zentrale Medium zur Realisierung einer patient\*innenzentrierten Versorgung ist die Kommunikation zwischen Patient\*innen und Versorgenden. Dass eine patient\*innenzentrierte Kommunikation sich positiv auf die Versorgung und auf Patient\*innenoutcomes auswirkt, ist vielfach belegt. Studien zeigen beispielsweise eine erhöhte Adhärenz, die Reduzierung von gesundheitlichen Beschwerden, eine bessere Diagnosestellung sowie eine verbesserte Lebensqualität. Dennoch stellen Studien wiederholt fest, dass das Ziel einer patient\*innenzentrierten Versorgung in der Realität oft verfehlt wird.

Bereits in 2001 wies das Institute of Medicine in seinem Report „Crossing the Quality Chasm“ daraufhin, dass Probleme der Versorgungsqualität (hier: mangelnde Patient\*innenzentrierung) stets auf Systemprobleme zurückzuführen sind und nicht auf die Inkompetenz oder das Fehlverhalten einzelner Akteure. Daher sei die Untersuchung von Prozessen und Strukturen für eine patient\*innenzentrierte und effiziente Gesundheitsversorgung erforderlich. Diesem Appell folgend wird in diesem Vortrag theoretisch und empirisch dargelegt, welchen Einfluss der organisationale Kontext in der Versorgung auf die Umsetzung von Patient\*innenzentrierung hat. Zur begrifflichen Klarheit wird zunächst theoretisch unterschieden zwischen dem institutionellen und dem instrumentellen Organisationsbegriff und deren Bedeutung für das Forschungsgebiet der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. Die Relevanz beider Begriffsinterpretationen wird mit Studienbeispielen aus der Versorgungsforschung (OrgValue Studie und PINTU Studie) erläutert.

Darauf basierend wird geschlussfolgert, dass eine patient\*innenzentrierte Versorgung (auch) eine Frage der Organisation ist. Hier sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung ansetzen. Diesen und anderen Zusammenhängen zwischen Organisation und Versorgungsqualität geht die Organisationsbezogene Versorgungsforschung nach.

### Welche Rolle kann eHealth bei der Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen spielen?

Prof. Dr. Neeltje van den Berg<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum hat eine Reihe von Herausforderungen. Der Anteil an älteren Menschen ist vergleichsweise hoch, der Anteil an Kinder und Jugendliche gering. Patienten sind im höheren Lebensalter häufig mehrfach erkrankt und haben einen höheren Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung, sind gleichzeitig aber weniger mobil.

Gleichzeitig ist die Bevölkerungsdichte in ländlichen Regionen oft gering. Folgen sind große Einzugsbereiche und oft große Entfernungen zu den medizinischen Leistungserbringern. Insbesondere spezialisierte Versorgungsleistungen sind in ländlichen Regionen nur eingeschränkt vorhanden.

Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung werden deswegen innovative Versorgungskonzepte benötigt, zu denen regionale Vernetzung, oft mit kooperativer Arbeitsteilung zwischen den Sektoren und den Gesundheitsberufen gehört, sowie Telemedizin und eHealth.

Telemedizin und eHealth können regionale Versorgungsmodelle sinnvoll unterstützen und optimieren (1). eHealth ist ein Oberbegriff für Anwendungen, „die für die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten nutzen, die moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) bieten“ (2). eHealth Anwendungen sind z.B. digitale Medikationspläne und Arztbriefe und digitale, regionale Patientenakten.

Auch telemedizinische Funktionalitäten gehören zum Oberbegriff eHealth. Die Bundesärztekammer definiert Telemedizin als einen „Sammelbegriff für verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte, die als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden. Hierbei werden Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt“ (3). Diese Definition beschränkt sich auf „ärztliche Leistungserbringer“ und „medizinische Leistungen“, was insgesamt zu kurz gegriffen scheint, da es sinnvoll ist, sowohl weitere Gesundheitsberufe (z.B. Zahnärzte, Pflege, Therapeuten, Apotheker, ...) als auch eine breitere Leistungsbeschreibung (z.B. pflegerische und soziale Leistungen) miteinzubeziehen.

Die telemedizinischen Funktionalitäten können in verschiedenen Settings eingesetzt werden, sollten jedoch immer integrierter Bestandteil eines Versorgungskonzepts sein (1). Konkret bedeutet das, dass telemedizinische Funktionalitäten in regionale Patientenpfaden integriert sein sollen. Dabei können telemedizinische Kontakte zwischen Leistungserbringern (z.B. zwischen niedergelassenem Arzt und Spezialist oder zwischen Hausarzt und Pflegedienst oder Physiotherapeut) oder zwischen Leistungserbringern und Patienten stattfinden. Technische Grundvoraussetzung für viele telemedizinischen und eHealth Anwendungen ist ein flächendeckendes Breitbandnetz. Genauso wichtig wie die Technik ist die sinnvolle Integration der telemedizinischen Funktionalitäten in existierenden Abläufen und Organisationsmodellen in Kliniken und Praxen.

1. van den Berg N, Schmidt S, Stentzel U, Mühlhan H, Hoffmann W. Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete: Möglichkeiten, Einschränkungen, Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58(4-5):367–73.

2. Bundesministerium für Gesundheit. Begriffe von A-Z: E-Health; 2018 [cited 2021 Feb 3]. Available from: URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html>.

3. Bundesärztekammer. Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung - Begriffliche Verortung; 2015 [cited 2021 Feb 3]. Available from: URL: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin\\_Telematik/Telemedizin/Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung Begriffliche Verortung.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin_Telematik/Telemedizin/Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung Begriffliche Verortung.pdf).

### **Befragung von niedergelassenen Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen in Brandenburg zu den Auswirkungen der COVID-19- Pandemie auf die Berufsausübung und das Patient\*innenaufkommen in den Praxen (CO-BRA) - ein Kooperationsprojekt der Medizinischen Hochschule Brandenburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg**

Bruch, D.<sup>1</sup>, May, S.<sup>1</sup>, Alexandrov, A.<sup>1</sup>, Voß, K.<sup>2</sup>, Konstantinova, Y.<sup>2</sup>, Ronckers, C.<sup>1</sup>, Neugebauer, E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, 16816 Neuruppin

<sup>2</sup> Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, 14469 Potsdam

**Hintergrund:** Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie stellen das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Fach- und Hausärzt\*innen sowie Psychotherapeut\*innen sind in besonderem Maße gefragt, weil sie die Patientenversorgung, insbesondere vulnerablerer Gruppen bspw. mit chronischen oder altersassoziierten Erkrankungen, aufrechterhalten müssen. Zeitgleich können die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen zu Nachteilen für die Praxen führen.

**Methoden:** Eine standardisierte Online-Fragebogenerhebung adressierte alle Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen mit einer Kassenzulassung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (n = 4.792). Die Erhebung fand vom 5.6.-15.7.2020 statt.

**Ergebnisse:** Die Analyse betrifft 281 Ärzt\*innen und 87 Psychotherapeut\*innen. Vorläufige Auswertungen zeigen bei 95 % der befragten Ärzt\*innen und 59 % der Psychotherapeut\*innen ein geringeres Patient\*innenaufkommen. In Arztpraxen wurden am häufigsten Routinekontrollen und Vorsorgetermine abgesagt; bei Psychotherapeut\*innen Psychotherapiesitzungen. 72 % der Ärzt\*innen und 29 % der Psychotherapeut\*innen verzeichneten wirtschaftliche Verluste. 56 % der Ärzt\*innen und 87 % der Psychotherapeut\*innen erhalten bzw. erwarten keine Ausgleichszahlungen. 22 % der Psychotherapeut\*innen und 73 %

der Ärzt\*innen boten keine telemedizinischen Behandlungen an. 66 % der Psychotherapeut\*innen und 14 % der Ärzt\*innen boten erstmals seit der COVID-19-Pandemie telemedizinische Behandlungen an. Die Psychotherapeut\*innen favorisierten die Videosprechstunde; die Ärzt\*innen die telefonische Beratung oder Behandlung. Insgesamt stehen Psychotherapeut\*innen telemedizinischen Behandlungen seit der COVID-19-Pandemie positiver gegenüber als Ärzt\*innen. Die Versorgungssituation wird sich aus Sicht der Befragten zukünftig dahingehend ändern, dass räumliche und organisatorische Infektionsschutzmaßnahmen beibehalten, Infektionssprechstunden mit gezielter Patient\*innensteuerung implementiert und Schutzmaterialien bevorratet werden.

**Diskussion:** In Folge der COVID-19-Pandemie hat sich der Versorgungsalltag bei den Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen verändert und es ist entsprechend der ersten Ergebnisse davon auszugehen, dass die Auswirkungen anhaltende Veränderungen mit sich bringen werden, insbesondere hinsichtlich der Praxisorganisation und des Einsatzes von Telemedizin. Um niedergelassene Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen besser auf Pandemiesituationen vorzubereiten, sollten Handlungsempfehlungen und Unterstützungsmöglichkeiten kommuniziert werden.

## Räumliche und zeitliche Muster der Hospitalisierungsraten des Herzinfarkts während der COVID-19 Pandemie: Ergebnisse des epidemiologischen Herzinfarktregisters Brandenburg

Jaehn, P.<sup>1</sup>, Andresen, H.<sup>2</sup>, Bergholz, A.<sup>1</sup>, Pagonas, N.<sup>2</sup>, Neugebauer, E.A.M.<sup>3</sup>, Holmberg, C.<sup>1</sup>, Ritter, O.<sup>2</sup>, Sasko, B.<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Hochstraße 15, 14770 Brandenburg an der Havel

<sup>2</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Städtisches Klinikum Brandenburg, Klinik für Kardiologie & Pulmologie, Angiologie und Nephrologie, Hochstraße 29, 14770 Brandenburg an der Havel

<sup>3</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Präsidium, Fehrbelliner Straße 38, 16816 Neuruppin

**Hintergrund:** Neben individuellen Risikofaktoren ist die Inzidenz des Herzinfarkts mit räumlichen Eigenschaften, wie der Ländlichkeit, oder der sozioökonomischen Deprivation assoziiert. In diesem Beitrag verglichen wir Hospitalisierungsraten des Herzinfarkts zwischen der stark deprivierten Stadt Brandenburg und dem weniger deprivierten, ländlichen Umland. Außerdem verglichen wir Hospitalisierungsraten vor und während des COVID-19 Ausbruchs.

**Methoden:** Im epidemiologischen Herzinfarktregister Brandenburg wurden alle hospitalisierten Fälle des Herzinfarkts zwischen Mai 2019 und Mai 2020 registriert. Für die Bestimmung der Hospitalisierungsraten schlossen wir 10 Postleitzahlregionen in der Umgebung Brandenburgs ein. Wir nutzten Poisson-Regression, um Hospitalisierungsraten zwischen Land und Stadt, sowie zwischen den Zeiträumen März 2020-Mai 2020 und Mai 2019-Februar 2020 zu vergleichen. Wir kontrollierten für Confounding durch Alter und Geschlecht.

**Ergebnisse:** Die Hospitalisierungsrate in ländlichen Regionen war 29 % geringer als in der Stadt Brandenburg (95 % Konfidenzintervall [95 % KI]: -44 % bis -9 %). Die Hospitalisierungsrate während des COVID-19 Ausbruchs war um 11 % geringer als im Zeitraum Mai 2019-Februar 2020 (95 % KI: -33 % bis +19 %). Bei Männern war die Rate während des COVID-19 Ausbruchs um 24 % erniedrigt (95 % KI: -41 % bis -2 %), bei Frauen um 22 % erhöht (95 % KI: -26 % bis +102 %). Wir fanden geringe Evidenz für Effektmodifikation nach Geschlecht ( $p=0,10$ ).

**Diskussion:** Die hohe Hospitalisierungsrate in der Stadt Brandenburg ist am ehesten durch die hohe sozioökonomische Deprivation im Vergleich zum Umland erklärbar. Der Vergleich der Hospitalisierungsraten zwischen den Perioden vor und während des COVID-19 Ausbruchs ist aufgrund der Saisonalität der Inzidenz des Herzinfarkts nur eingeschränkt beurteilbar, wir gehen jedoch von einer Unterschätzung des Abfalls der Raten aus. Der signifikante Abfall bei Männern weist auf einen Bedarf nach geschlechtersensiblen Maßnahmen hin.

## Do-not-intubate orders among patients older than 79 years who died during hospitalization due to COVID-19 - results from the nationwide Helios COVID-19 Registry

Lenga, P.<sup>1,2</sup>, Gahrleitner, A.<sup>1</sup>, Nachtigall, I.<sup>3,4</sup>, Hauptmann, M.<sup>5</sup>, Dengler, J.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Brandenburg Medical School Theodor Fontane, Campus Bad Saarow, Bad Saarow, Germany.

<sup>2</sup> Department of Neurosurgery, HELIOS Hospital Bad Saarow, Bad Saarow, Germany.

<sup>3</sup> Department of Preventive Medicine and Hygiene, HELIOS Hospital Bad Saarow, Bad Saarow, Germany.

<sup>4</sup> Department of Anesthesiology and Operative Intensive Care Medicine (CCM, CVK), Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany.

<sup>5</sup> Institute of Biostatistics and Registry Research, Brandenburg Medical School Theodor Fontane, Neuruppin, Germany.

**Introduction:** Previously published first results from the ongoing Helios COVID-19 Registry indicate that patients older than 79 years hospitalized with COVID-19 are at highest risk of death. The effect of do-not-intubate orders on mortality in this specific patient group is still uncertain. So far, the prevalence of DNI orders and processes involved in their establishment have not been described among a large group of elderly COVID-19 patients. We therefore conducted an analysis of data from the Helios COVID-19 Registry aiming to assess the number of DNI orders among patients older than 79 years who died after being hospitalized due to Covid-19 and did not receive any intensive care therapy. We also determined which persons were involved in deciding for a DNI order.

**Methods:** Patients were eligible if they were older than 79 years and had died after being hospitalized due to Covid-19 and did not receive any intensive care therapy. Decision making processes for pursuing a DNI order was evaluated. Clinical data were derived from the nationwide Helios COVID-19 Registry, which was designed and is evaluated by scientists at the Brandenburg Medical School Theodor Fontane's Institute for Biometry and Registry Research.

**Results:** Data were available for 120 of the 137 eligible patients (87.6%). Median age was 87 years (IQR 6.0). 43.3% (52/120) of the patients already held a DNI order prior to hospitalization, whereas

for all of the other 56.7% (68/120) a DNI order was established during hospitalization. There was no difference when comparing patients with a DNI prior to hospitalization to those without regarding variables such as age (87.0 y, IQR: 6.0 vs. 86.0, IQR: 7.0;  $p=0.124$ ), sex (female: 61.5% vs. female: 51.5%;  $p=0.271$ ), symptoms on admission, comorbidities or duration of hospital stay (8.0, IQR: 9.8 vs. 14.0, IQR: 19.8;  $p=0.118$ ). Among cases for which a DNI order was established in hospital, we found that patients themselves were involved in 38.2 % of the cases, while they were not in the other 61.8 %. Among patients who did not hold a DNI order prior to hospitalization we found no differences between patients actively involved in deciding for a DNI order and those who were not, concerning age (84.0, IQR: 6.0 vs. 87.0, IQR: 8.0;  $p=0.130$ ), sex (female: 50.0% vs. female: 52.4%;  $p=0.849$ ), symptoms on admission, comorbidities or duration of hospital stay (15.5, IQR: 19.3 vs. 11.0, IQR: 18.0;  $p=0.519$ ).

**Conclusion:** Among elderly patients, mortality data from any clinical study on COVID-19 patients should be discussed with caution, since DNI order associated decision making may confound true outcomes of COVID-19 therapy. In our nationwide cohort, patient and case characteristics did not differ based on whether a DNI order was established prior to hospitalization or whether patients themselves were involved in the establishment of a DNI order in hospital.

## Belastungsfaktoren von Pflegenden in unterschiedlichen Sektoren der Palliativversorgung während der COVID-19-Pandemie – eine explorative Studie (BASAL-COV)

May, S.<sup>1</sup>, Mühlensiepen, F.<sup>1</sup>, Stahlhut, K.<sup>2</sup>, Heinze, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg (ZVF-BB), 15562 Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup>Immanuel Klinik Rüdersdorf, 15562 Rüdersdorf bei Berlin

**Hintergrund:** Durch gesetzliche Vorgaben im Zuge der COVID-19-Pandemie hinsichtlich einzuhalten-der Sicherheits- und Schutzmaßnahmen sind Pflegende in ihrer Autonomie, Spontaneität und Flexibilität in der PatientInnenversorgung eingeschränkt und müssen beispielsweise den Körperkontakt zu PatientInnen reduzieren bzw. einstellen (1).

Durch die Maßnahmen des Infektionsschutzes, die mit sozialen Einschränkungen einhergehen, wurden zudem bereits in der Allgemeinbevölkerung psychische Belastungen insbesondere mit Angst und Depression durch die COVID-19-Pandemie nachgewiesen (Wang et al., 2020). In einem Review zu Belastungen des medizinischen Personals wurden erhebliche Belastungen durch Stresserleben sowie depressive und ängstliche Symptome berichtet (2).

Ziel des vorliegenden Projekts ist es, Belastungsfaktoren in der Palliativpflege aus Sicht von Pflegekräften in den verschiedenen Strukturen der Palliativversorgung im Land Brandenburg vor und während der COVID-19-Pandemie zu identifizieren.

**Methoden:** Im Rahmen eines explorativen Ansatzes wird auf ein qualitatives Vorgehen mittels Experteninterviews zurückgegriffen. Hierzu werden Pflegefachkräfte (N=21) aus den Bereichen stationäre Palliativversorgung, Hospiz und SAPV-Team befragt. Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgt mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (3). Die analytische Arbeit erfolgt unter anderem

innerhalb der IAG Psychoonkologie/Palliativversorgung des Zentrums für Versorgungsforschung Brandenburg mit Hilfe der Software MAXQDA.

**Ergebnisse:** Das Projekt befindet sich gerade in der Erhebungsphase. Nach einer ersten Globalauswertung der ersten 7 Interviews zeigt sich bereits, dass die Pflegenden aufgrund der Infektionsschutzmaßnahmen erheblich im Berufsalltag eingeschränkt sind und teilweise gegen Infektionsschutzbestimmungen agieren, um dem Qualitätsanspruch der Versorgung von Menschen am Lebensende gerecht zu werden. Die vorläufigen Ergebnisse deuten auf Unterschiede im Belastungsempfinden durch Interviewpartner\*innen der verschiedenen Strukturen der Palliativversorgung hin.

**Implikationen:** Es wird erwartet, dass die Ergebnisse dazu beitragen können, um den aktuellen Versorgungsalltag während der COVID-19-Pandemie differenziert beschreiben und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Qualität der Palliativpflege identifizieren zu können, um anschließend Interventionsmaßnahmen ableiten zu können.

1. Petzold MB, Plag J, Ströhle A. Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Nervenarzt* 2020; 91(5):417–21.

2. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. *Psychiatr Prax* 2020; 47(4):190–7.

3. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse*. 4. ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2018.

## CoronaPfleger – Psychosoziale Belastungen von Pflegekräften in Brandenburger Alten- und Pflegeheimen während der Corona-Krise

Schulze, S.<sup>1</sup>, Thier, A.<sup>2</sup>, Merz, S.<sup>2</sup>, Bergholz, A.<sup>2</sup>, Tallarek, M.<sup>3</sup>, Spallek, J.<sup>3,1</sup>, Rapp, M.<sup>4,1</sup>, Holmberg, C.<sup>2,1</sup>

<sup>1</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften, gemeinsame Fakultät der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus – Senftenberg, der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane und der Universität Potsdam

<sup>2</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Brandenburg an der Havel

<sup>3</sup> Brandenburgische Technische Universität Cottbus – Senftenberg, Fakultät für Soziale Arbeit, Gesundheit und Musik, Fachgebiet Gesundheitswissenschaften, Senftenberg

<sup>4</sup> Universität Potsdam, Departement für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Professur für Sozial- und Präventivmedizin, Potsdam

**Hintergrund:** Pflegekräfte, insbesondere solche in der Altenpflege, sind in ihrem beruflichen Alltag vielfältigen und weitreichenden physischen, psychischen und emotionalen Belastungen ausgesetzt (1, 2). Seit Beginn der Corona-Krise dürften solche Belastungen noch spürbarer sein. Besonders im Land Brandenburg, wo aufgrund der demografischen Entwicklung der Bedarf an Pflegekräften zukünftig weiter steigen wird, ist es von zentraler Bedeutung, solche Belastungsfaktoren zu identifizieren, um die Beschäftigungsbedingungen in der Pflege verbessern zu können (3). Daher stellt sich die Frage, welche Faktoren während der Corona-Krise am stärksten zur psychosozialen Belastung der Pflegekräfte in Brandenburger Altenpflegeeinrichtungen beitragen.

**Zielgruppe:** Befragt werden Pflegefach- und Hilfskräfte, die in der stationären Dauerpflege in Alten- und Pflegeheimen in einer von vier Brandenburger Regionen arbeiten (Brandenburg an der Havel, Oberspreewald-Lausitz, Potsdam, Prignitz).

**Studiendesign:** CoronaPfleger ist ein Projekt mit quantitativen und qualitativen Anteilen. Den quantitativen Part bildet eine einmalige anonyme Fragebogenerhebung, die derzeit in den vier Regionen durchgeführt wird. Der Fragebogen beinhaltet

neben soziodemografischen Angaben und Fragen zur Pflegeeinrichtung vor allem solche zu aktuellen psychosozialen Belastung am Arbeitsplatz (deutsche Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSQ), zu Auswirkungen der Corona-Krise auf verschiedene Aspekte des beruflichen und privaten Lebens sowie zu Stress (modifizierter Corona-Fragebogen aus der ReCoDe-Studie). Außerdem werden mit einigen Freiwilligen Interviews geführt, um die Auswirkungen der Corona-Krise auf die Lebenswirklichkeit und den Berufsalltag der Pflegenden näher zu beleuchten.

1. Albers G, van den Block L, Vander Stichele R. The burden of caring for people with dementia at the end of life in nursing homes: a postdeath study among nursing staff. *Int J Older People Nurs* 2014; 9(2):106–17.

2. Péliissier C, Vohito M, Fort E, Sellier B, Agard JP, Fontana L et al. Risk factors for work-related stress and subjective hardship in health-care staff in nursing homes for the elderly: A cross-sectional study. *J Occup Health* 2015; 57(3):285–96.

3. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg. Daten und Fakten zur Pflege im Land Brandenburg. Analyse der Pflegestatistik 2017; 2019. Available from: <https://msgiv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/daten-und-fakten-zur-pflege-im-land-brandenburg.pdf>.

### Sporttherapie bei Depression (STEP.De)

Heißel, A.<sup>1,2</sup>, Skarabis, N.<sup>2</sup>, Bergau T.<sup>2</sup>, Heinen, D.<sup>2</sup>, Wilbertz, G.<sup>3</sup>, Heinzl, S.<sup>3</sup>, Rapp, M.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Professur für Sozial – und Präventivmedizin, Department Sport und Gesundheitswissenschaft, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland

<sup>2</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Profilbereich II - Versorgungsforschung mit Schwerpunkt eHealth, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland

<sup>3</sup> Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland

**Hintergrund:** Auf einen Platz in der psychotherapeutischen Regelversorgung wartet ein Patient in Berlin rund drei Monate, in Brandenburg fast sechs (1). Wartezeiten, die für Patienten mit psychischen Erkrankungen eine erhebliche Belastung darstellen und die oftmals eine Verschlimmerung oder einen rezidivierenden Verlauf der Symptomatik zur Folge haben (Helbig-Lang, 2009, zitiert nach 1, S.14). Auf der Suche nach innovativen Behandlungskonzepten, rückte in den letzten Jahren insbesondere die Sporttherapie in den Fokus von Praxis und Forschung. Sport, so konnte gezeigt werden, kann eine erfolgreiche Gesundheitsintervention bei leichten und mittelgradigen Depressionen darstellen, deren einfache Implementierung Versorgungsengpässe und entstehende Wartezeiten auf eine leitliniengerechte Behandlung überbrücken oder diese ersetzen kann (2).

**Ziel:** Das Ziel der multizentrischen, cluster-randomisierten Interventionsstudie „*Sporttherapie bei Depression (STEP.DE)*“ ist es nun, die Effektivität und Kosteneffizienz von Sporttherapie und Psychotherapie als antidepressive Behandlungsoptionen zu vergleichen, um Sporttherapie als Therapieoption in der Regelversorgung zu etablieren.

**Methode:** Dafür werden im Zeitraum 2018 bis 2021 480 Patienten im Alter von 18-65 Jahren mit einer bestätigten Diagnose aus dem depressiven Spektrum rekrutiert. Die Patienten werden randomisiert der Experimentalgruppe (16-wöchige Sportintervention mit insgesamt 32 Sporteinheiten) oder der Kontrollgruppe (16-wöchige psychotherapeutische Standardbehandlung) in einer 2:1 Allokation zugeordnet. Der primäre Outcome der

Studie (Schwere der Depression, Erhebungsinstrument: BDI-II) und die sekundären Outcomes (u.a. Arbeitsfähigkeit, Befriedigung und Frustration psychologischer Grundbedürfnisse, Lebensqualität) werden zu 6 Messzeitpunkten mittels Online-Selbstbeurteilung sowie Telefoninterviews erhoben und ausgewertet. Die Kosteneffizienz wird durch Erhebung der Ausgaben in den 10 Monaten vor und nach der Intervention erhoben und der Outcome-Differenz (Verbesserung auf dem BDI-II) gegenübergestellt (2). Um der Versorgungsrealität, geprägt durch demographischen Wandel und Fachkräftemangel, noch besser begegnen zu können, wurde in Anlehnung an die Regelversorgung, STEP.De nun auch als Online-Angebot erweitert. Hierbei wird die Sporttherapie inklusive der Sporteingangstestung und des Abschlussgesprächs über einen Videodienstanbieter umgesetzt und kombiniert live-Videosporttherapieeinheiten (2x Woche á 30-45 Minuten) mit individuellen Heimtrainingsplänen. Außerdem findet einmal in der Woche ein individueller Austausch mit dem betreuenden Sporttherapeuten (z.B. über Ziele, Probleme) per Videodienstanbieter oder telefonisch statt. Durch die Flexibilität im Setting kann somit auch Betroffenen in ländlichen Regionen sowie immobilen Personen ein adäquates Versorgungsprogramm angeboten werden.

1. Bundespsychotherapeutenkammer – BPTK. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie Richtlinie: Wartezeiten 2018. [14.08.2020]. Available from: [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411\\_bptk\\_studie\\_wartezeiten\\_2018.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf).

2. Heißel A, Pietrek A, Schwefel M, Abula K, Wilbertz G, Heinzl S et al. STEP.De study-a multicentre cluster-randomised effectiveness trial of exercise therapy for patients with depressive symptoms in healthcare services: study protocol. *BMJ Open* 2020; 10(4):e036287.

## **Digitalisierung am Lebensende: Potentiale und Akzeptanz von Informations- und Kommunikationstechnologie in der Palliativversorgung (DigiPall)**

Mühlensiepen, F.<sup>1,2</sup>, Gehlhaar, A.<sup>1</sup>, May, S.<sup>1</sup>, Bruch, D.<sup>1</sup>, Stahlhut, K.<sup>3</sup>, Kaser-Tagmat, D.<sup>3</sup>, Gabb, F.<sup>1</sup>, Michelis, S.<sup>4</sup>, Heinze, M.<sup>1,2,3</sup> - im Namen der IAG „Psychoonkologie / Palliativversorgung“ der Medizinischen Hochschule Brandenburg

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

<sup>2</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

<sup>3</sup> Immanuel Klinik Rüdersdorf

<sup>4</sup> Prignitz-Ruppiner Hospizgesellschaft mbH (gGmbH)

**Hintergrund:** Ziel des Projektes ist es, den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT in der Palliativversorgung anhand eines qualitativen Studiendesigns zu untersuchen und somit eine theoretische Basis für die Entwicklung einer Forschungsagenda zu schaffen.

**Forschungsfragen:** In welchen Bereichen der Palliativversorgung wird IKT durch die Versorger:innen bereits angewandt? Wie hoch ist die Akzeptanz von Versorger:innen gegenüber dem Einsatz von IKT in der Palliativversorgung? Welche potenziellen Anwendungsbereiche von IKT gibt es aus Sicht von Versorger:innen?

**Methoden:** Es werden telefongestützte Leitfadenterviews mit Versorger:innen (N ≈ 20) umgesetzt. Ziel ist es ein heterogenes Sample in Bezug

auf Setting (AAPV, SAPV, Hospiz & stationäre Palliativversorgung) und Berufsgruppe (Haus- & Palliativärzt:innen, Pfleger:innen, Psycholog:innen usw.) einzubeziehen. Die Interviews werden qualitativ analysiert nach Kuckartz [1] mit Hilfe von MAXQDA ausgewertet. Die empirische Forschung beginnt im ersten Quartal 2021.

**Implikationen:** Um effektive IK in der palliativen Krebsversorgung zu etablieren, müssen die Bedingungen, unter denen digitale Kommunikation stattfindet, und die Akzeptanz auf Seiten der Nutzer:innen ausführlich untersucht werden.

1. Kuckartz U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. 4. ed., Weinheim: Beltz Juventa.

## Fast-and-frugal trees als Laienwerkzeug zur Prüfung digitaler Gesundheitsinformationen

Rebitschek, F. G.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Harding-Zentrum für Risikokompetenz, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam

<sup>2</sup> Max Planck Institut für Bildungsforschung, Berlin

**Ausgangspunkt:** Damit die Digitalisierung des Gesundheitswesens gelingt, ist entscheidend, dass die Bürger:innen, die Verbraucher:innen bzw. die Patient:innen mögliche Nutzen und Schäden von digitalen Technologien und Diensten abwägen können. Sie brauchen diese digitale Risikokompetenz, um digitale Angebote kritisch zu nutzen und sich vor allem auch mit medizinischer Evidenz auseinanderzusetzen zu können, wenn sie ein Gesundheitsproblem haben. Evidenzbasierte digitale Informationsangebote finden sich jedoch neben zahlreichen unzuverlässigen, interessengetriebenen Informationen. Um Menschen zu helfen, solche qualitätsgesicherte Angebote von den anderen zu unterscheiden, sind kompetenzförderliche Alltagswerkzeuge (Boosts) ein Ansatz.

**Methode:** Im Rahmen des vom BMJV geförderten Projekts RisikoAtlas haben wir einen speziellen Entscheidungsbaum, einen „Fast-and-frugal tree“ für Gesundheitsinformationen entwickelt. Auf Basis von hunderten Experteneinschätzungen (Kriterium: Informiertes Entscheiden) und einer Merkmalsanalyse von 660 deutschsprachigen Gesundheitsinformationen wurde die geeignetste Prüfmerkmals-Kombination ermittelt (über maschinelles Lernen), validiert (10-fache Kreuzvalidierung) und evaluiert (N=200, Laborexperiment), damit Nutzer:innen Informationsangebote erkennen, die keine informierte Entscheidung ermöglichen.

**Ergebnis:** Neun von zehn deutschsprachigen Gesundheitsinformationen, die keine informierte Entscheidung ermöglichen, lassen sich mit dem entwickelten Entscheidungsbaum erkennen (efficacy). Studienteilnehmer:innen mit einem solchen Entscheidungsbaum recherchierten Gesundheitsinformationen, die von Expert:innen besser bewertet wurden als die Rechercheergebnisse der Teilnehmer:innen ohne einen solchen Baum (effectiveness). Durch den Einsatz des Entscheidungsbaumes merkten sich die Teilnehmer:innen dessen Prüfmerkmale. Eine Legitimierung von Informationsangeboten im Sinne informierten Entscheidens lässt der Baum allerdings nicht zu.

**Diskussion:** Natürlich ist ein Ausbau von evidenzbasierten und verständlichen digitalen Angeboten wünschenswert, doch nur geeignete Kompetenzen helfen, die anderen Angebote auszusortieren. Deshalb ist die zunehmende Entwicklung von kompetenzförderlichen Alltagswerkzeugen (Boosts) auch für jene Menschen erforderlich, die mit institutioneller Bildung in Schulen und Universitäten nicht erreicht werden können. Gerade für ein Gelingen der digitalen Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Patient:innen ist eine Ausweitung solcher Ansätze essenziell.

## Das Online Tool des Deutschen Diabetes-Risiko-Tests: Zusammenhänge zwischen Testergebniserwartung und Risikowahrnehmung mit dem vorhergesagten Typ-2-Diabetes Risiko

Schiborn, C. <sup>1,2</sup>, Mühlenbruch, K. <sup>1,2</sup>, Kollmann, J. <sup>3</sup>, Lages, N. C. <sup>3</sup>, Renner, B. <sup>3</sup>, Schulze, M. <sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup> Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke

<sup>2</sup> Deutsches Zentrum für Diabetesforschung e.V.

<sup>3</sup> Universität Konstanz

<sup>4</sup> Universität Potsdam

**Hintergrund:** Der Deutsche Diabetes-Risiko-Test (DRT) kann als nicht-invasiver Risiko-Score zur objektiven Quantifizierung des individuellen 5-Jahres-Risikos für Typ-2-Diabetes online genutzt werden (<http://drs.dife.de/>). Das Online-Tool stellt damit ein digitales und Ressourcen-sparendes Instrument zur Selbstinformation und für den Einsatz von Gesundheitsinformationsdiensten dar. Bisher ist unklar, ob die Testergebniserwartung der Nutzer vor dem Test dem tatsächlichen Ergebnis des DRT entspricht und wie die subjektive Risikowahrnehmung für Typ-2-Diabetes mit dem berechneten Risiko in Abhängigkeit demographischer Merkmale assoziiert ist.

**Methodik:** In der DIRIKO-Studie (DRKS-ID: DRKS00013355) wurden mittels einer Online-Befragung die individuelle Testergebniserwartung, die Risikowahrnehmung, in den kommenden 5 Jahren an Diabetes zu erkranken, und demographische Merkmale erhoben. Als erstes wurde die Übereinstimmung der Testergebniserwartung mit dem tatsächlichen Testergebnis (jeweils vier Kategorien: ‚niedrig‘, ‚noch niedrig‘, ‚erhöht‘, ‚hoch bis sehr hoch‘) untersucht. Als zweites wurde die Verteilung des vorhergesagten absoluten Risikos (%) stratifiziert für die Risikowahrnehmung der nächsten 5 Jahre (sieben Kategorien: ‚sehr unwahrscheinlich‘ bis ‚sehr wahrscheinlich‘) verglichen. Zwischen dem 14.11.2017 und dem 06.03.2020 haben 622 Personen die Fragen zur Testergebniserwartung, Risikowahrnehmung und den DRT vollständig ausgefüllt und wurden deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse:** 69.9% der Teilnehmer waren weiblich, das Alter betrug im Median 40 Jahre (Interquartilsabstand 27 Jahre). Von den Probanden fielen

67,9% laut DRT-Berechnung in die Risiko-Kategorie ‚niedrig‘ und 11.5% in die Kategorie ‚hoch bis sehr hoch‘. Beim Vergleich von erwartetem und berechnetem Testergebnis wurden Geschlechts- und Altersunterschiede festgestellt. Während bei einem Großteil (w 60.7%, m 58.3%) der unter 40-Jährigen das erwartete Testergebnis mit dem tatsächlichen Ergebnis übereinstimmte, war dies nur bei 34.3% w bzw. 30.3% m der 60 Jahre oder älteren Personen der Fall. Dabei war der Anteil der Unterschätzung des Risikos bei Frauen in allen drei Altersgruppen niedriger als bei Männern und bei beiden Geschlechtern höher mit höherer Alterskategorie (>40 Jahre w: 0.3%, m: 3.1%; 40-59 Jahre w: 13.17%, m: 19.5%; ≥60 Jahre w: 32.0%, m: 64.0%). Dies war konsistent mit dem beobachteten Zusammenhang zwischen der Risikowahrnehmung vor dem Test und dem berechneten absoluten Risiko. Obwohl bei Frauen, Männern und innerhalb verschiedenen Altersgruppen eine höhere Risikowahrnehmung mit einem höheren vorhergesagten Risiko assoziiert war, lag der Median des vorhergesagten Risikos bei Männern durchschnittlich 3.9% höher als bei Frauen mit gleicher Risikowahrnehmung. In der Gruppe der Personen, die 60 Jahre und älter waren, lag der Median des vorhergesagten Risikos durchschnittlich 8.4% höher als in der Gruppe der unter 40-Jährigen bei gleicher Risikowahrnehmung.

**Schlussfolgerungen:** Männer und Personen im fortgeschrittenen Alter könnten dazu neigen, ihr individuelles Risiko für Typ-2-Diabetes zu unterschätzen. Die beobachteten Geschlechts- und Altersunterschiede bei der eigenen Risikoeinschätzung sollten in der Kommunikation mit Risikogruppen berücksichtigt werden.

Es besteht kein Interessenkonflikt.

### Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen – Entwicklung eines qualitativ-quantitativen Assessmentverfahrens

Boggatz, T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> BTU Cottbus-Senftenberg, Institut für Gesundheit, Universitätsplatz 1, 01968 Senftenberg

**Hintergrund:** Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist für ältere Menschen mit schwer zu verkraftenden Erfahrungen verbunden: Chronische Erkrankungen, funktionelle Einschränkungen, der Verlust eines Ehepartners, der Verlust des alten Zuhauses. In diesem Zusammenhang wird die Lebensqualität der noch verbleibenden Lebenszeit zu einem zentralen Anliegen, und die Aufgabe der Pflegenden besteht darin, diese zu fördern. In wie weit dies gelingt lässt sich nur im Rahmen eines Assessments von Lebensqualität feststellen. Angesichts einer Vielzahl von Ansätzen zur Bestimmung von Lebensqualität herrscht jedoch keine Übereinstimmung über die dabei zu erfassenden Dimensionen. Lebensqualität wird dabei subjektiv erfahren. Ziel dieser Studie war es daher, die relevanten Dimensionen von Lebensqualität aus der Perspektive älterer Menschen in Pflegeeinrichtungen zu bestimmen, um auf dieser Grundlage ein Verfahren für die Bestimmung von Lebensqualität in Langzeitpflegeeinrichtungen zu entwickeln.

**Methode:** In den Datenbanken Pubmed, CINAHL, Embase und Gerolit wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Einschlusskriterien waren: qualitative Studien, welche die Erfahrungen älterer Menschen in Pflegeheimen untersuchen, Publikationen seit 1990 in englischer oder deutscher Sprache. Auf der Grundlage der identifizierten Studien wurde eine qualitative Metasynthese zur Bestimmung der relevanten Dimensionen von Lebensqualität in Langzeitpflegeeinrichtungen durchgeführt, die dann für die Entwicklung eines Assessmentverfahrens operationalisiert wurden.

**Ergebnisse:** Es wurden 148 Studien identifiziert. Lebensqualität entsteht durch ein Gleichgewicht bei der Befriedigung entgegengesetzter Hand-

lungsorientierungen in Abhängigkeit von individuellen Fähigkeiten und äußeren Umständen. Jedes Paar von entgegengesetzten Handlungsorientierungen stellt eine Dimension von Lebensqualität dar. Die Handlungsorientierungen innerhalb der einzelnen Dimensionen haben dabei ein individuell unterschiedliches Gewicht und können in unterschiedlichem Ausmaß befriedigt sein. Diese Dimensionen lassen sich auf vier einander ergänzende Ebenen anordnen: körperbezogene Handlungsorientierungen, die auf körperliches Wohlbefinden, soziale Handlungsorientierungen, die auf soziale Integration, identitätsbezogene Handlungsorientierungen, die auf die persönliche Integrität, und entwicklungsbezogene Handlungsorientierungen, die auf eine Bewältigung von Krisen abzielen.

**Diskussion:** Bei den untersuchten Studien ist ein Bias sozialer Erwünschtheit nicht auszuschließen. Einige Dimensionen von Lebensqualität wie Sexualität, Nonkonformismus, oder Egozentrismus sind in den Ergebnissen wahrscheinlich unterrepräsentiert. Dennoch sollten diese eher verborgenen Dimensionen bei der Pflege berücksichtigt werden.

**Schlussfolgerung:** Aus den identifizierten Dimensionen lässt sich ein umfassendes Assessmentverfahren ableiten, das je nach Bedarf eine, mehrere oder alle Ebenen von Lebensqualität erfassen kann. Welche Dimensionen für den einzelnen Pflegeempfänger ein besonderes Gewicht haben und in welchem Ausmaß diese befriedigt sind, lässt sich im Rahmen einer Selbstauskunft einerseits qualitativ mithilfe von halboffenen Leitfragen, andererseits quantitativ mit Hilfe einer 3 x 3 stufigen Ratingskala bestimmen. Dieses hybride Assessmentverfahren stellt einen innovativen Ansatz im Rahmen der Lebensqualitätsforschung dar.

## Entwicklung eines patientenorientierten Navigationsprogramms unter Einbeziehung der Patientenperspektive

Fügemann, H.<sup>1</sup>, Gödde, K.<sup>2</sup>, Goerling, U.<sup>3</sup>, Desch, A.<sup>2</sup>, Müller-Nordhorn, J.<sup>4</sup>, Mauckisch, V.<sup>2</sup>, Rieckmann, N.<sup>2</sup>, Holmberg, C.<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Brandenburg an der Havel;

<sup>2</sup> Institut für Public Health, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin;

<sup>3</sup> Charité Comprehensive Cancer Center - Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin;

<sup>4</sup> Bayerisches Krebsregister, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Nürnberg;

<sup>5</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften, gemeinsame Fakultät der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus – Senftenberg, der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane und der Universität Potsdam

**Hintergrund:** Patientennavigation ist ein innovatives Versorgungsmodell, welches Patient\*innen dabei unterstützen soll, patientenorientierte Gesundheitsversorgung zu erhalten und sich im komplexen Versorgungsgeschehen zurechtzufinden. Bei der Entwicklung und Implementierung solcher Navigationsmodelle bleibt jedoch die Perspektive der Patient\*innen als Zielgruppe bisher nicht ausreichend berücksichtigt.

**Methode:** Als Bestandteil einer Mixed-Methods-Studie (<https://navicare.berlin/de/>) wurde eine longitudinale qualitative Interviewstudie mit jeweils 20 Lungenkrebs- und Schlaganfallpatient\*innen durchgeführt. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für die Entwicklung eines vor allem an Patientenbedarfen orientierten Navigationsprogramms. Weitere Bestandteile der Mixed-Methods-Studie waren die Untersuchung existierender Unterstützungsangebote in Berlin und Brandenburg sowie Sekundärdatenanalysen zur Identifikation vulnerabler Patientenpopulationen suboptimaler Versorgung. Durch Zusammenführung der Ergebnisse wurden Kernkomponenten eines Patientennavigationsprogramms definiert und ausgestaltet.

**Ergebnisse:** Es wurde ein patientenorientiertes Navigationsprogramm entwickelt. Die Studienteilnehmer\*innen wünschen sich als Navigator\*innen konstante Ansprechpartner\*innen, die sie bei Be-

darf und über verschiedene Kommunikationskanäle flexibel kontaktieren können. Mögliche Aufgaben der Navigator\*innen sehen die Befragten in der Unterstützung bei administrativen, bürokratischen und sozialen Angelegenheiten sowie bei der Versorgungskoordination und der Vermittlung an Beratungsangebote. Entsprechend dieser Aufgaben wurde ein beruflicher Hintergrund der sozialen Arbeit mit zusätzlichem krankheitsspezifischem Training als ideal für die Navigator\*innen definiert. Als wichtige Zielgruppen für die Navigation wurden vor allem alleinstehende, ältere und kognitiv und/oder körperlich eingeschränkte Betroffene festgelegt, da diese von den Studienteilnehmer\*innen als besonders unterstützungsbedürftig eingeschätzt wurden.

**Diskussion:** Es ist zu untersuchen, ob bzw. wie und wo im Versorgungsalltag vulnerable Patientengruppen wie alleinstehende und kognitiv und/oder körperlich eingeschränkte Personen identifiziert und erreicht werden können. Zudem ist zu diskutieren, wie Navigator\*innen in die bestehenden Versorgungsstrukturen effektiv und nachhaltig eingebettet werden können und ob es strukturelle Besonderheiten zu beachten gibt (Vergleich Brandenburg als ländliche Region und Berlin als Metropole).

Förderer: Bundesministerium für Bildung und Forschung (01GY1601).

## Informierte Entscheidungen durch transparente Risikokommunikation: Medizinische Evidenz mithilfe von Faktenboxen kommunizieren

Wilhelm, C.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Harding-Zentrum für Risikokompetenz, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam

<sup>2</sup>Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin

**Hintergrund:** Gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen fällt vielen Menschen schwer, denn nicht immer sind umfassende, ausgewogene und transparente Informationen über den Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen verfügbar. Ohne ausreichendes Wissen über eine bevorstehende medizinische Maßnahme können Bürgerinnen und Bürger sich kaum informiert für oder gegen sie entscheiden. Faktenboxen als komplexitätsreduzierendes Format zur Darstellung medizinischer Evidenz sollen helfen solche informierten Entscheidungen zu ermöglichen.

**Methode:** Die Entwicklung von Faktenboxen orientiert sich an der Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation und ist in einen transparenten und standardisierten Prozess eingebettet. Ausgehend von einer systematischen Literaturrecherche werden relevante Studien mithilfe vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien identifiziert, charakterisiert und kritisch bewertet. Vordergründig werden dabei Studien der Evidenzstufe I (systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen von randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) oder in bestimmten Fällen einzelne RCTs) mit patientenrelevanten Endpunkten (Mortalität, Morbidität und Lebensqualität etc.), die

auch Alters- und Geschlechtsunterschiede berücksichtigen, herangezogen. Zur Kommunikation der Risikoangaben werden absolute Zahlen und standardisierte Bezugsgrößen für die Interventions- und Kontrollgruppe verwendet. Weiterführende Informationen (u.a. zur Erkrankung, Diagnostik, Behandlung, Qualität der Beweislage) werden im Begleittext berichtet. Darüber hinaus werden zur Unterstützung des Verständnisses von Zahlen und Proportionen die Informationen der Faktenbox mit Hilfe von Icon Arrays (Piktogrammen) visualisiert.

**Ergebnis:** Mehrere RCTs konnten nachweisen, dass Faktenboxen einen positiven Effekt auf die Risikowahrnehmung, das Wissen und die Verständlichkeit haben. Anhand einer Faktenbox werden in der Präsentation die wesentlichen Kriterien zur transparenten Risikokommunikation aufgezeigt.

**Diskussion:** In der Diskussion sollen Möglichkeiten zur Implementation in die Versorgung im Land Brandenburg sowie die Machbarkeit einer klinischen Versorgungsstudie mit Faktenboxen im Feld priorisiert werden.

**Interessenskonflikte:** Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## Störungsspezifische Adhärenzforschung in der Arzneimitteltherapie chronifizierter populationsrelevanter Erkrankungen

van Gisteren, L.<sup>1</sup>, Forschungsgruppe „Psychodynamik“

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Professur für Medizinische Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie

**Hintergrund:** Im Rahmen chronischer Erkrankungen zeigen aktuelle Analysedaten den allgemeinen Trend einer immer geringen medikamentösen Therapie-Adhärenz. Nach zwölf Monaten Behandlung wird bei ca. 40-50 % der Patienten eine den Therapieerfolg signifikant gefährdende mehr oder weniger ausgeprägte Non-Adhärenz festgestellt. Im Rahmen der Versorgungsforschung beschäftigt sich diese Forschungsgruppe mit den störungsspezifischen psychologischen Wirkfaktoren und Mustern von Non-Adhärenz und der Entwicklung von Fördermaßnahmen und Interventionsmanualen zur Steigerung der Adhärenz in der Arzneimitteltherapie chronifizierter populationsrelevanter Erkrankungen.

**Methoden:** Ziel der Forschungsgruppe ist die Untersuchung der Wirkung von zeitlich überdauernden Persönlichkeitsmerkmalen auf die Arzneimitteladhärenz in der medizinischen Onkologie, Kardiologie und Psychopharmakologie. Als stabile Persönlichkeitsmerkmale werden das Strukturniveau und die Bindungsmuster der Patienten im Zusammenhang mit der Adhärenz erhoben und es wird vermutet, dass Defizite in der Struktur der Persönlichkeit und spezifische Bindungsmuster als signifikante Wirkfaktoren der Non-Adhärenz identifiziert werden können. Bindungsmuster sind fundamental für die Verarbeitung von Beziehungserfahrungen wie in der Arzt-Patientenkommunikation und Initiaten für die eigenen Verhaltensimpulse zur Selbstregulation und interpersonellen Stressregulation. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) beschreibt die strukturellen Fähigkeiten der Persönlichkeit als verinnerlichte Kompetenzprofile der Wahrnehmung, Steuerung und Bindung; insbesondere in Anforderungs-

und Stresssituationen werden die Steuerungs- und Regulationsfunktionen wesentlich durch das überdauernde Strukturniveau der Persönlichkeit bestimmt. Das Strukturniveau der Persönlichkeit wird anhand der Kurzversion des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK) erhoben. Die Strukturachse der OPD weist eine hohe Übereinstimmung mit den Konzepten zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen der DSM-5 und der ICD-11 auf, zugleich bildet das in der OPD identifizierte Strukturniveau eine Art Basis der bindungsbezogenen Regulationsmechanismen der Persönlichkeit. Das Bindungsverhalten wird mit der deutschen Version des ECR-RD (Experience of Close Relationships-Revised), die Daten der Adhärenz mit einem eigenen Fragebogen erhoben.

**Diskussion:** Die Erhebung der intrinsischen Steuerungsmechanismen des Strukturniveaus der Persönlichkeit als zentrale Indikatoren für das Krankheitsverständnis und die Krankheitsbewältigung der Patienten und des Bindungsstils als zuverlässiger Indikator für die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung können zu einem vertieften psychologischen Verständnis der Wirkfaktoren der Adhärenz in der Arzneimitteltherapie beitragen. Menschen mit einem mäßig oder nur gering integrierten Strukturniveau zeigen Defizite in den elementaren Regulationsfunktionen; es wird vermutet, dass Patienten mit einem niedrig integrierten Strukturniveau einem unsicheren Bindungsmuster und signifikant häufig non-adhärentes Verhalten zeigen. Auf der Basis der Befunde werden Präventions- und patientenorientierte Interventionstechniken zur Verbesserung der Arzneimitteladhärenz in der oralen Chemotherapie, Kardiologie und Psychopharmakologie entwickelt.

### Vorhersagekraft patientenberichteter Outcomes für die berufliche Prognose und gesundheitsbezogene Lebensqualität nach kardiologischer Rehabilitation

Salzwedel, A.<sup>1</sup>, Völler, H.<sup>1</sup> für die OutCaRe-Studiengruppe

<sup>1</sup> Professur für Rehabilitationsmedizin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam

**Einleitung:** Obgleich die kardiologische Rehabilitation (CR) vielfältige sozialmedizinische und berufsbezogene Unterstützungsangebote bereithält, kehren ca. 30% der Patienten nicht in den Beruf zurück. Ziel der Registerstudie war es, den Einfluss von modifizierbaren patientenberichteten Parametern (patient-reported outcomes, PROMs) neben kardiovaskulären Risikofaktoren und körperlicher Belastbarkeit auf die Rückkehr in den Beruf und die Lebensqualität 6 Monate nach der CR systematisch zu untersuchen, um Optimierungsmöglichkeiten für die CR zu identifizieren.

**Methode oder Hypothese:** 2017/18 wurden in 12 kardiologischen Reha-Zentren 1.586 Patienten <65 Jahre unabhängig von ihrer Indikationsdiagnose in die prospektive Beobachtungsstudie eingeschlossen. Mehr als die Hälfte der Patienten wurde dabei in vier Brandenburger Kliniken rekrutiert. Neben charakterisierenden Variablen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Diagnosen) wurden Parameter zum Risikofaktorenmanagement (Rauchverhalten, Blutdruck, Lipide) und der körperlichen Leistungsfähigkeit (max. Belastbarkeit, Ausdauertrainingsbelastung, 6-min Gehstrecke) sowie PROMs (Depressivität (PHQ-9), Herzangst (HAF-17), gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12), subjektives Wohlbefinden (WHO-5), somatische und psychische Gesundheit, Schmerzen (IRES-24), allgemeine Selbstwirksamkeit (ASKU), Selbsteinschätzung der gesundheitlichen/beruflichen Prognose sowie Rentenbegehren) zu Beginn und Ende der CR erhoben. Nach 6 Monaten wurden der Status der beruflichen Wiedereingliederung sowie der SF-12 erfragt und in multivariablen Regressionsmodellen analysiert.

**Ergebnisse:** 1.262 Patienten antworteten auf die Nachbefragung und wurden hinsichtlich der Endpunkte analysiert (80% der Fälle; 54±7 Jahre, 77% männlich; CR-Indikation akuter Myokardinfarkt (MI): 40%, koronare Herzerkrankung ohne MI: 18%, Herzklappenerkrankungen: 12%, Bypass-OP 8%).

864 Patienten (69%) kehrten in den Beruf zurück. 5% der Patienten waren berentet, 6% hatten eine Rente beantragt, 7% waren arbeitslos und 15% waren arbeitsunfähig. Rentenwunsch, negative Selbsteinschätzung der Erwerbsprognose, HAF-17, MI und komorbide Herzinsuffizienz waren negativ mit der beruflichen Wiedereingliederung assoziiert, eine höhere Lebensqualität im SF-12, Arbeitsstress, Bildung und körperliche Belastbarkeit und hatten einen positiven Einfluss.

Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde in erster Linie durch PROMs bestimmt (v. a. Rentenwunsch, subjektive Gesundheitsprognose, PHQ-9, HAF-17, IRES-24, SF-12, Stress, WHO-5, ASKU).

**Diskussion:** Sowohl die berufliche Wiedereingliederung als auch die körperliche und die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität ein halbes Jahr nach kardiologischer Rehabilitation waren vorwiegend durch patientenberichtete Parameter bestimmt. Dies unterstreicht die Bedeutung des multi-modalen transprofessionellen Konzeptes der CR. Zur optimierten Rehazielvereinbarung wie auch zur Bedarfsabschätzung weiterführender Versorgung sollten patientenberichtete Parameter während der CR konsequent erhoben werden.

## Leitlinienkonforme Physiotherapie in der Rehabilitation nach Schlaganfall. Ergebnisse einer deutschlandweiten Online-Umfrage.

Scheffler, B.<sup>1</sup>, Schoeler, A.<sup>2</sup>, Roesner, K.<sup>3</sup>, Schimböck, F.<sup>4</sup>, Spallek, J.<sup>5</sup>, Kopkow, C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Brandenburgische Technische Universität Cottbus - Senftenberg, Fakultät 4/ Institut für Gesundheit, Fachgebiet Therapiewissenschaft I

<sup>2</sup> Physiotherapie Schöler, Böttersen

<sup>3</sup> Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg

<sup>4</sup> Brandenburgische Technische Universität Cottbus - Senftenberg, Fakultät 4/ Institut für Gesundheit, FG Pflegewissenschaft und klinische Pflege

<sup>5</sup> Brandenburgische Technische Universität Cottbus - Senftenberg, Fakultät 4/ Institut für Gesundheit, FG Gesundheitswissenschaften

**Hintergrund:** Die S2e-Leitlinie „Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS)“ empfiehlt evidenzbasierte, therapiezielorientierte Maßnahmen zur Verbesserung der Gehfähigkeit, Gehgeschwindigkeit, Gehstrecke und Balance nach einem Schlaganfall. Derzeit ist nicht bekannt, welche Maßnahmen Physiotherapeut\*Innen in der Behandlung von Menschen mit einem Schlaganfall nutzen, inwieweit diese der ReMoS-Leitlinie entsprechen und welche Faktoren die Leitlinienumsatzung beeinflussen.

**Methodik:** Diese anonyme, offene, deutschlandweite Online-Umfrage wurde vom 29. Oktober bis 10. Dezember 2019 durchgeführt. Die Ethikkommission der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus – Senftenberg erteilte ein positives Votum. Physiotherapeut\*Innen, die in der ambulanten oder stationären Versorgung von Menschen in der subakuten Phase nach einem Schlaganfall tätig sind, wurden zur freiwilligen Teilnahme eingeladen. Die Online-Umfrage bestand aus drei Abschnitten: 1) selbstberichtete Umsetzung der ReMoS-Empfehlungen (immer, oft, manchmal, nie), 2) Barrieren und Förderfaktoren der Leitlinienumsatzung und 3) soziodemografische Daten. Mittels Snowball-Sampling wurde der Zuganglink via E-Mail, QR-Code und soziale Medien verbreitet. Analysiert wurden alle Fragebögen, die teilweise (Bestätigung der Zugangsvoraussetzungen und Beantwortung eines weiteren Items) beantwortet waren. Leitlinienkonforme Physiotherapie ist durch die Umsetzung einer Leitlinienempfehlung (oft oder immer) von mindestens 80% der Teilnehmenden definiert.

**Ergebnisse:** Antworten von 170 Physiotherapeut\*Innen wurden ausgewertet. Die Teilnehmer\*Innen hatten ein mittleres Alter von 41,6 Jahren, 69,4% von ihnen waren weiblich und 61,3% hatten keinen akademischen Abschluss. 51,5% der Teilnehmer\*Innen arbeiten in einer Rehabilitationseinrichtung und haben eine durchschnittliche Berufserfahrung als Physiotherapeut\*In von 19,5 Jahren. Unter 104 Antworten war die ReMoS-Leitlinie 47,1 % der Teilnehmer\*Innen (n = 49) bekannt. Die Mehrzahl der 46 erfragten ReMoS-Leitlinienempfehlungen wird, auf Grundlage der Befragungsergebnisse, nicht befolgt. Einzig die Anwendung eines intensiven Gehtrainings (ohne Laufbandeinsatz) zur Verbesserung der Balance wird von 84,2% (n = 86/102) der Teilnehmer\*Innen leitlinienkonform durchgeführt. Insbesondere ein intensives Gehtraining mit technischer Unterstützung zum Erlangen (75,1% (n = 121/161)) oder Verbessern (69,9 (n = 101/144)) der Gehfähigkeit nach einem Schlaganfall wird selten oder nie angewendet. Auch die empfohlenen Maßnahmen zur Steigerung der Gehstrecke und Gehgeschwindigkeit werden nicht regelmäßig angewendet.

**Zusammenfassung:** Die Ergebnisse dieser Umfrage zeigen eine Diskrepanz zwischen der derzeitigen physiotherapeutischen Versorgung und den aktuellen Leitlinienempfehlungen. Sie unterstreichen die Notwendigkeit einer gezielten Implementierung von Leitlinien in Deutschland.

Korrespondierende Autoren: Bettina Scheffler und Christian Kopkow (christian.kopkow@b-tu.de)

### Kardiologische Versorgung in Brandenburg (KaViB) – Deskription der kardiologischen Versorgungsinfrastruktur

Bergholz, A.<sup>1</sup>, Holmberg, C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Hochstraße 15, 14770 Brandenburg an der Havel

**Hintergrund:** Der Istzustand der hausärztlichen und fachinternistischen Versorgung, worunter auch niedergelassene Kardiologen fallen, ist aus quantitativer- und bedarfsplanerischer Sicht für das Land Brandenburg wenig besorgniserregend. Dennoch weist Brandenburg eine hohe Krankheitslast bei kardiovaskulären Erkrankungen auf und schneidet in diesem Bereich im bundesweiten Vergleich seit Jahren schlecht ab. Die gesamte kardiologische Versorgungsinfrastruktur wird im Rahmen des Projekts KaViB deskriptiv aufgearbeitet und auf Karten dargestellt. Zudem wird auf Landkreisebene überprüft, inwieweit Hospitalisierungsraten bei kardiovaskulären Erkrankungen sowie Diabetes Typ 2 mit der ambulanten Versorgung und der Einwohnerdichte zusammenhängen könnten.

**Methoden:** Mit der Opensource-Geosoftware QGIS wurde die gesamte kardiologische Versorgungsinfrastruktur kartiert. Niedergelassene Hausärzte und Kardiologen, stationäre kardiologische Einrichtungen, Reha-Einrichtungen, Apotheken, Herzsportgruppen, Selbsthilfegruppen sowie Beratungsstellen für kardiovaskuläre Erkrankungen wurden anhand von Adressdaten geocodiert. Die Erhebung der Daten geschah anhand verschiedener Datenquellen, z.B. aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB), der Datenbank der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie aus Internetrecherchen. Ferner wurden Pearson-Korrelationskoeffizienten ( $r$ ) auf Landkreisebene zwischen der Dichte der niedergelassenen Ärzte bzw. der Einwohnerdichte und Hospitalisierungsraten bei ausgewählten kardiovaskulären Erkrankungen sowie Diabetes Typ 2 bei Personen ab 65 Jahren berechnet.

**Ergebnisse:** Kardiologen lassen sich vermehrt Nahe Berlin sowie in den Mittel- und Oberzentren nieder. Vor allem in Grenzbereichen von Raumordnungsregionen sind große Gebiete entstanden, in denen es keine niedergelassenen Kardiologen gibt. Eine ähnliche Verteilung zeigt sich hinsichtlich Herzsportgruppen, welche sich ebenfalls um Berlin clustern und in Grenzbereichen von Raumordnungsregionen kaum zu finden sind. Auf Ebene der Landkreise zeigen sich (schwache) negative Zusammenhänge zwischen der Hausarzt-dichte (je 10.000 Einwohner) und den Hospitalisierungsraten ab 65 Jahren bei Herzinfarkt ( $r=-0,142$ ), Herzinsuffizienz ( $r=-0,379$ ) sowie Diabetes Typ 2 ( $r=-0,533$ ). Gleiches gilt für die Dichte der Kardiologen ( $r=-0,045$ ,  $r=-0,256$ ,  $r=-0,347$ ). Ferner zeigt sich, dass die Einwohnerdichte in einem negativen Zusammenhang mit den genannten Hospitalisierungsraten steht ( $r=-0,390$ ,  $r=-0,411$ ,  $r=-0,528$ ).

**Diskussion:** Die große Planungseinheit der Raumordnungsregion scheint dazu beizutragen, dass die Verteilung der Kardiologen über das gesamte Land Brandenburg ungleichmäßig ist und somit große Bereiche ohne einen niedergelassenen Kardiologen entstehen. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass eine höhere Dichte der ambulanten Versorgung die Wahrscheinlichkeit vermindert, wegen Herzinfarkt, Herzinsuffizienz oder Diabetes Typ 2 hospitalisiert zu werden. Weiterhin weisen die abnehmenden dargestellten hospitalisierten Erkrankungen bei Zunahme der Einwohnerdichte darauf hin, dass bei der Häufigkeit von kardiovaskulären Erkrankungen Ländlichkeit eine Rolle spielen könnte.

## Prevalence of hearing loss among elderly people and access to hearing aids - a cross-sectional study from a rural area in Germany

Didczuneit-Sandhop, B.\*<sup>1</sup>, Józwiak, K.<sup>2</sup>, Jolie, M.<sup>1</sup>, Holdys, J.<sup>1</sup>, Hauptmann, M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, University Hospital Brandenburg, Medical School Theodor Fontane, Brandenburg a.d. Havel, Germany

<sup>2</sup>Institute of Biostatistics and Registry Research, Brandenburg Medical School Theodor Fontane, Neuruppin, Germany

\*Corresponding author, e-mail: disa@klinikum-brandenburg.de

**Background:** Hearing loss is a common disease that substantially decreases quality of life, particularly for elderly people. However, data indicate that many patients still do not use hearing aids. We evaluate whether and how the use of hearing aids among people with hearing loss depends on the availability of health professionals in the vicinity to their residence. Our study focuses on a rural area in the state of Brandenburg, Germany.

**Methods:** A specifically designed vehicle with audiometry equipment ("Cochlea-Mobil") visited ten towns after extensive prior advertising of free audiometry in local media. Audiometry was performed in a convenience sample and hearing loss was determined, defined as an average threshold of  $\geq 30$  dB in at least one ear and at least one of the frequencies 0.5, 1.0, 2.0 and 4.0 kHz. For each participant we collected age, gender and whether or not hearing aids were available.

**Results:** Among 186 persons with an average age of 74 years (interquartile range, 71-81), 97% had hearing loss (95% confidence interval [CI], 95-100). Among 121 patients with hearing loss who reported whether or not they have a hearing aid, 93 had no hearing aid (77%, 95% CI 69-84). The prevalence of hearing impaired persons who do not have a hearing aid significantly increases with the absence of a hearing aid specialist or ear nose throat (ENT) physician or both in the town where the tests were performed (p-trend=0.001).

**Conclusion:** Hearing loss is common among elderly people in the study area and many people in rural areas in Germany may not be properly supplied with hearing aids due to lack of hearing aid specialists and/or ENT physicians close to their residence. Interventions to improve this situation are urgently required.

## "Nee, nee. Brandenburg ist zu groß für einen Zweitmeiner" - Die aktuelle Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren aus Sicht der Fachärzt\*innen

May, S.<sup>1</sup>, Bruch, D.<sup>1</sup>, Alexandrov, A.<sup>1</sup> von Peter, S.<sup>1</sup>, Ronckers, C.<sup>1</sup>, Neugebauer, E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, 16816 Neuruppin

**Hintergrund:** Das Recht auf Zweitmeinung (ZM) ist gesetzlich verankert (§ 27b SGB V) und seit 2018 ist die neue Richtlinie (RL) zur ZM bei planbaren Eingriffen, wie der Hysterektomie, Tonsillotomie und Tonsillektomie in Kraft getreten (1); ergänzt um die Indikation Schulterarthroskopie seit 2020. Ziele dieser Richtlinie sind die Reduktion medizinisch nicht notwendiger Operationen und die Unterstützung der Patient\*innen bei der Entscheidungsfindung (1). Die Einstellung zu ZM-Verfahren aus ärztlicher Sicht ist im deutschsprachigen Raum noch unzureichend untersucht. Studien anderer Länder belegen, dass Ärzt\*innen positiv gegenüber ZM eingestellt sind und positive Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Versorgung erwarten (2).

**Methoden:** Es wurden 22 Fachärzt\*innen aus ländlichen und urbanen Regionen Deutschlands mittels leitfadengestützter Interviews zu ihrer persönlichen Haltung in Bezug auf ZM sowie zur Umsetzung der aktuellen RL befragt. Die transkribierten Interviews wurden mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz (3) mit MAXQDA ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Fachärzt\*innen haben eine positive Einstellung gegenüber ZM, weisen jedoch auf strukturelle Probleme hinsichtlich der Umsetzung des aktuellen Verfahrens hin: Neben einem erhöhten organisatorischen Aufwand kritisierten die Fachärzt\*innen die Richtlinie hinsichtlich der Um-

setzung in Flächenländern mit geringer Fachärzt\*innendichte. Darüber hinaus besteht die Gefahr der Verunsicherung durch die ZM bei Patient\*innen. Die Ziele der Unterstützung der Patient\*innen bei der Entscheidungsfindung und der Vermeidung von unnötigen Operationen werden aus Sicht der Ärzt\*innen durch die Einführung der Richtlinie nicht erfüllt.

**Schlussfolgerung:** Summativ ist die ZM ein wichtiges Instrument der Patient\*innennautonomie, dessen mangelnde Inanspruchnahme auf Patient\*innenseite durch Veränderung der einflussnehmenden Parameter erhöht werden könnte. Das Ziel der Reduktion medizinisch nicht notwendiger Operationen muss vor dem Hintergrund der bereits vor Einführung der RL sinkenden Operationsraten betrachtet werden.

Barrieren, die die Umsetzung der aktuellen Richtlinie erschweren, müssen stärker fokussiert und an dem Praxisalltag ausgerichtet werden.

1. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V); 2018.
2. Shin DW, Cho J, Yang HK, Kim SY, Mok HK, Lee H et al. Attitudes towards second opinion services in cancer care: a nationwide survey of oncologists in Korea. *Jpn J Clin Oncol* 2016; 46(5):441–7.
3. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. 4. ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2018.

## Strukturelle Verknüpfung von Krankenhaus- und ambulanter Medizin - Bestandsaufnahme in Brandenburgischen Kliniken

Mühlensiepen, F.<sup>1,2</sup>, Schwarz, J.<sup>1,3</sup>, Heinze, M.<sup>1,2,3</sup>

1 Medizinische Hochschule Brandenburg - Theodor Fontane, Neuruppin

2 Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Potsdam

3 Immanuel Klinik Rüdersdorf, Rüdersdorf bei Berlin

**Hintergrund:** Die sektorale Trennung gilt als Quelle von Informations- und Kommunikationsbrüchen sowie als signifikanter Kostentreiber im deutschen Gesundheitswesen (1). Im internationalen Vergleich weist Deutschland hohe Fallzahlen bei relativ geringen durchschnittlichen Fallkosten im stationären Bereich auf (1). Zur Ausschöpfung von ambulanten Versorgungspotentialen wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Möglichkeiten zur ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser geschaffen (u.a. §§115-120 SGB V).

**Forschungsfragen:** In welchem Umfang übernehmen Brandenburgische Krankenhäuser Versorgungsaufgaben im ambulanten Sektor? An welche Patient:innengruppen richten sich diese?

Welche Hürden und Anreize bietet die ambulante Versorgung durch das Krankenhaus?

Inwieweit kann die Ambulantisierung der Krankenhausmedizin in Brandenburg dazu beitragen, Versorgungslücken im Land zu schließen?

**Methoden:** Diese Fragestellungen sind Gegenstand einer Mixed-Method-Untersuchung (Laufzeit: 12/2020 – 11/2021). In einem qualitativen Studienteil werden Experteninterviews (N=20) und Fokusgruppen (N=3) mit Mitarbeiter:innen aus Krankenhausverwaltungen, ärztlicher Direktion und Akteuren der ambulanten Versorgung geführt. Dies wird ergänzt durch eine standardisierte Fragebogenerhebung zum Implementierungsstand von ambulanten Leistungen bei allen Trägern der Brandenburgischen Krankenhäuser.

**Ergebnisse:** Eine vorläufige Auswertung von Feldnotizen und 13 Interviews zeigt folgende Zwischenergebnisse: Interviewpartner:innen berichten von einem sektorenübergreifend steigenden Versorgungsbedarf, dem mit möglichst breiten Versorgungsangeboten durch Krankenhäuser begegnet wird. Soweit im Rahmen von Projekten bzw. der gesetzlichen Vorgaben möglich, übernehmen Krankenhäuser bereits jetzt diverse Versorgungsaufgaben im ambulanten Sektor. Interviewpartner:innen kritisierten den Mangel einer regionalen, sektorenübergreifenden Bedarfs- und Versorgungsplanung sowie finanzielle Fehlanreize beziehungsweise insuffiziente wie auch fragmentierte Vergütungsstrukturen. Die quantitativen Ergebnisse stehen noch aus.

**Schlussfolgerung:** Es wurden vor allem gesundheitssystemische Barrieren zur Realisierung einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung thematisiert. Gezielte Maßnahmen beziehungsweise konkrete Beispiele für die Stärkung der regionalen Versorgung anhand von ambulanten Krankenhausleistungen werden scheinbar nicht in Abstimmung mit anderen Versorger:innen oder anhand einer gemeinsamen Versorgungsplanung implementiert.

1 IGES (2018): Perspektiven einer sektoren-übergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen.

## PAWEL – Patient safety, cost-effectiveness, and quality of life: reduction of delirium risk and postoperative cognitive decline after elective surgery in older adults

Sanchez, A.<sup>1</sup>, Deeken, F.<sup>1,2</sup>, Rapp, M.<sup>1,2</sup>, Eschweiler, G.<sup>3</sup>, Thomas, C.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Professur für Sozial – und Präventivmedizin, Department Sport und Gesundheitswissenschaft, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland

<sup>2</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Profildbereich II - Versorgungsforschung mit Schwerpunkt eHealth, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland

<sup>3</sup> Geriatric Center at the University Hospital Tübingen, Tübingen, Deutschland

<sup>4</sup> Department of Old Age Psychiatry and Psychotherapy, Klinikum Stuttgart, Stuttgart, Deutschland

**Background:** Postoperative delirium (POD) is a frequent complication after surgery in older adults. POD is associated with a range of adverse short- and longterm consequences such as higher institutionalization rates, the development of dementia, and increased health care costs (1). The prevalence of POD is around 28% after elective surgeries (2), though in daily clinical practice delirium is often overseen and therefore underdiagnosed. Age and preexisting cognitive deficits are established risk factors for the development of POD (3). Up to 40% of all delirium cases could be prevented (4). Consequently, delirium is a healthcare quality indicator in older adults and the prevention of delirium is an essential parameter for patients' safety.

**Methods:** The PAWEL study is a stepped wedge cluster randomized trial conducted in five medical centres in Baden-Württemberg, southwest Germany (5). Patients aged 70 years or older undergoing elective surgery were eligible for the study. Data, including daily screening for delirium, neuropsychological assessment, sociodemographic variables, and medication, was collected preadmission, preoperative, and postoperative, at discharge as well as 2, 6, and 12 month after surgery. The PAWEL-intervention comprises an all-encompassing delirium prevention and management approach including: 1) training of medical, therapeutic, and support staff involved in the care of the study patients, 2) adaption of the hospital environment regarding the special needs of the patients, 3) seven manualized "best practice" procedures including various cognitive and physical activations. The PAWEL study is funded by the Innovationsfond (Gemeinsamer Bundesausschuss, Grant No. VF1\_2016-201).

**Results and implications for future studies:** 1470 patients (730 control group; 740 intervention group) could be included in the study between November 2017 and April 2019. On average patients were 78 years old and had 12 years of education. 51.9% of the patients were male. Orthopedic/spine surgery and cardio-vascular surgery were the most frequent operations in the study group. Based on the results of the PAWEL-study, a follow-up study is planned to extend the intervention to patients with acute surgical and internistic indications. The follow-study will be conducted in hospitals in Baden-Württemberg, Niedersachsen, and Brandenburg.

1. Witlox J, Eurelings LSM, Jonghe JFM de, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA* 2010; 304(4):443–51.
2. Bruce AJ, Ritchie CW, Blizard R, Lai R, Raven P. The incidence of delirium associated with orthopedic surgery: a meta-analytic review. *Int Psychogeriatr* 2007; 19(2):197–214.
3. Guenther U, Riedel L, Radtke FM. Patients prone for postoperative delirium: preoperative assessment, perioperative prophylaxis, postoperative treatment. *Curr Opin Anaesthesiol* 2016; 29(3):384–90.
4. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(5):516–22.
5. Sánchez A, Thomas C, Deeken F, Wagner S, Klöppel S, Kentischer F et al. Patient safety, cost-effectiveness, and quality of life: reduction of delirium risk and postoperative cognitive dysfunction after elective procedures in older adults-study protocol for a stepped-wedge cluster randomized trial (PAWEL Study). *Trials* 2019; 20(1):71.

## Verortung von Zweitmeinungsanbietern in Deutschland - eine flächendeckende Versorgung?

Prediger, B.<sup>1</sup>, Könsgen, N.<sup>1</sup>, Hess, S.<sup>1</sup>, Koller, D.<sup>2</sup>, Pieper, D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Department für Humanmedizin, Universität Witten/Herdecke

<sup>2</sup> Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie – IBE, Ludwig-Maximilians Universität München

**Hintergrund:** Seit 2015 ist das Recht auf eine Zweitmeinung (ZM) im Sozialgesetzbuch V verankert und wurde im Rahmen der „Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren“ konkretisiert. Seit 2019 können sich Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung eine unabhängige ZM im Falle einer Indikation zur Tonsillektomie/Tonsillotomie (TE/TT) oder Hysterektomie (HE) einholen. Laut Richtlinie muss der Arzt zur Erbringung der ZM (=Zweitmeiner) verschiedene Anforderungen erfüllen. So sind neben einer Zulassung besondere Qualifikationen (z.B. mind. 5-jährige fachärztliche Tätigkeit) und Kenntnisse über den aktuellen Forschungsstand (nachgewiesen z.B. durch die Befugnis zur Weiterbildung) notwendig. Weiterhin darf der Zweitmeiner die Operation nicht selbst durchführen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erstellen Listen mit Zweitmeinern, die die Anforderungen erfüllen und sich zu der Erbringung einer ZM bereit erklären. Vor allem in ländlichen Regionen wie in großen Teilen Brandenburgs, ist es fraglich, ob eine flächendeckende und für Patienten erreichbare Versorgung mit ZM sichergestellt ist.

**Methoden:** Am 15.06.2020 wurden über die Webseiten der einzelnen KVen alle Zweitmeiner identifiziert, die jeweilige Adresse heruntergeladen und nach Bundesland und Indikation (HE und TE/TT) sortiert. Weiterhin wurden Daten bezüglich der Einwohnerzahl der Bundesländer von der Website des Statistischen Bundesamtes bezogen. Außerdem wurde berechnet, wie viele Zweitmeiner pro 1 Million Einwohner im jeweiligen Bundesland verfügbar sind. Derzeit wird die räumliche Verteilung kartographisch dargestellt, um die Entfernung von

jedem potentiellen Wohnort zum nächstgelegenen Zweitmeiner darzustellen.

**Ergebnisse:** In Deutschland sind insgesamt 253 Zweitmeiner für TE/TT gemeldet. 56 davon sind in NRW, 51 in Bayern und 32 in Niedersachsen angesiedelt. In Brandenburg sind derzeit 2 Zweitmeiner registriert. Insgesamt sind 407 Zweitmeiner für HE in Deutschland gemeldet. Ein Viertel (103) der Zweitmeiner ist in NRW angesiedelt, 68 in Niedersachsen und 56 in Bayern. In Brandenburg sind hingegen 12 Zweitmeiner angesiedelt. Weniger Zweitmeiner für TE/TT und HE zusammen als in Brandenburg sind nur in Bremen (1), Hamburg (10) und Mecklenburg-Vorpommern (5) angesiedelt. Bezogen auf die Bevölkerungsanzahl ist Brandenburg mit 5,5 ZM pro 1 Million Einwohner etwas besser aufgestellt und rangiert auf dem 10. Platz im Vergleich zu den anderen Bundesländern (Maximum: Saarland 19,2, Minimum: Bremen: 1,5 ZM pro 1 Million Einwohner).

**Diskussion:** Die Verteilung der Zweitmeiner in den Bundesländern gestaltet sich sehr unterschiedlich. Es ist je nach Region von erheblichen Versorgungslücken auszugehen, vor allem auf ländlicheren, weniger besiedelten Flächen wie in Brandenburg. Die kartographische Darstellung wird mehr Aufschluss über die regionale Verteilung von Zweitmeinern geben. Für eine Umsetzung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren bedarf es einer flächendeckenden regionalen Versorgung mit Zweitmeinern. Möglicherweise könnte der Bereich der Telemedizin stärker in die Versorgung einbezogen werden, um Versorgungslücken zu schließen. Weiterhin gilt es zu evaluieren, ob Möglichkeiten existieren, die Liste potentieller Zweitmeiner zu erweitern.

## Integrative Medizin und mentale Gesundheit (INTEGRAL)

Rezo, A.<sup>1</sup>; Brunnhuber, S.<sup>2</sup>; Pedrosa Gil, F.<sup>3</sup>; Rapp, M.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Professur für Sozial – und Präventivmedizin, Department Sport und Gesundheitswissenschaft, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland

<sup>2</sup> Diakonie Kliniken Zschadraß, Colditz, Deutschland

<sup>3</sup> Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen, Großweitzschen, Deutschland

<sup>4</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Profillbereich II - Versorgungsforschung mit Schwerpunkt eHealth, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland

**Einführung:** Das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten mit psychischen Erkrankungen zeigt, dass neben der Regelbehandlung häufig zusätzlich Verfahren der Komplementärmedizin genutzt werden [1]. Die Zahl der Übersichtsarbeiten in diesem Bereich steigt und weist einen moderaten Evidenzgrad auf [2]. In vielen Ländern werden Methoden der alternativen Medizin genutzt, um die bestehende Versorgungslücke im Sektor der mentalen Gesundheit zu schließen [3]. In die Regelbehandlung sind diese komplementären Verfahren jedoch noch nicht integriert. Ziel dieser Studie ist die vergleichende Evaluation zwischen der reinen Regelbehandlung und einem integrativen Ansatz, der die Regelbehandlung mit Verfahren der komplementären Medizin ergänzt.

**Methoden:** Die INTEGRAL-Studie ist eine kontrollierte Beobachtungsstudie, bei der eine vergleichende Evaluation zwischen zwei Kliniken mit unterschiedlichem Behandlungsansatz (Regelbehandlung vs. Integrative Psychiatrie) vorgenommen wird. Eingeschlossen wird eine heterogene Gruppe von Patienten im Alter von 18 – 99 Jahren, die sich auf Grund einer psychischen Erkrankung (F0, F1, F2, F3 oder F4) in stationärer Behandlung befinden. Die zwei Patientenpopulationen werden hinsichtlich Erkrankungsschwere, Funktionsbeeinträchtigung, transdiagnostischer Phänomene und

Recovery (z.B. Wohlbefinden, Patientenzufriedenheit und Achtsamkeit) miteinander verglichen.

Der Beginn der Datenerhebung ist für November 2020 geplant. Die o.g. Parameter werden zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung sowie 6 Monate nach Verlassen der Klinik erhoben.

Nach unserem Wissen ist dies die erste Studie, die die Regelbehandlung mit einem integrativen Ansatz im stationären psychiatrischen Setting vergleicht und uns einen Einblick in die Effekte unterschiedlicher Behandlungssettings auf die Symptomreduktion, das Funktionsniveau sowie auf Recovery-Prozesse gewähren kann.

1. Wahlström M, Sihvo S, Haukkala A, Kiviruusu O, Pirkola S, Isometsä E. Use of mental health services and complementary and alternative medicine in persons with common mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:73–80.

2. Lorenc A, Feder G, MacPherson H, Little P, Mercer SW, Sharp D. Scoping review of systematic reviews of complementary medicine for musculoskeletal and mental health conditions. *BMJ Open* 2018;8:e020222.

3. Gureje O, Nortje G, Makanjuola V, Oladeji BD, Seedat S, Jenkins R. The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders. *The Lancet Psychiatry* 2015;2:168–77.

## Autor\*innenverzeichnis

### A

---

- Alexandrov, Alexander ..... 8, 25  
Andresen, Henrike ..... 9  
Ansmann, Lena ..... 5

### B

---

- Bergau, Theresa ..... 13  
Bergholz, Andreas ..... 9, 12, 23  
Boggatz, Thomas ..... 17  
Bruch, Dunja ..... 8, 14, 25  
Brunnhuber, Stefan ..... 29

### D

---

- Deeken, Friederike ..... 27  
Dengler, Julius ..... 10  
Desch, Anke ..... 18  
Didczuneit-Sandhop, Birgit ..... 24

### E

---

- Eschweiler, Gerhard ..... 27

### F

---

- Fügemann, Hella ..... 18

### G

---

- Gabb, Franziska ..... 14  
Gahrleitner, Adrian ..... 10  
Gehlhaar, Anne ..... 14  
Gödde, Kathrin ..... 18  
Goerling, Ute ..... 18

### H

---

- Hauptmann, Michael ..... 10, 24  
Heinen, Darlene ..... 13  
Heinze, Martin ..... 11, 14, 26

- Heinzel, Stephan ..... 13  
Heißel, Andreas ..... 13  
Heß, Simone ..... 28  
Holdys, Josefine ..... 24  
Holmberg, Christine ..... 9, 12, 18, 23

### J

---

- Jaehn, Philipp ..... 9  
Jolie, Manja ..... 24  
Józwiak, Katarzyna ..... 24

### K

---

- Kaser-Tagmat, Deniz ..... 14  
Koller, Daniela ..... 28  
Kollmann, Josianne ..... 16  
Könsigen, Nadja ..... 28  
Konstantinova, Yana ..... 8  
Kopkow, Christian ..... 22

### L

---

- Lages, Nadine C. ..... 16  
Lenga, Pavlina ..... 10

### M

---

- Mauckisch, Verena ..... 18  
May, Susann ..... 8, 11, 14, 25  
Merz, Sibille ..... 12  
Michelis, Stephan ..... 14  
Mühlenbruch, Kristin ..... 16  
Mühlensiepen, Felix ..... 11, 14, 26  
Müller-Nordhorn, Jacqueline ..... 18

### N

---

- Nachtigall, Irit ..... 10  
Neugebauer, Edmund A.M. ..... 8, 9, 25

**P**

---

Pagonas, Nikolas .....	9
Pedrosa Gil, Francisco .....	29
Pieper, Dawid .....	28
Prediger, Barbara .....	28

**R**

---

Rapp, Michael .....	12, 13, 27, 29
Rebitschek, Felix G. ....	15
Renner, Britta .....	16
Rezo, Anna .....	29
Rieckmann, Nina .....	18
Ritter, Oliver .....	9
Roesner, Katrin .....	22
Ronckers, Cécile .....	8, 25

**S**

---

Salzwedel, Annett .....	21
Sanchez, Alba .....	27
Sasko, Benjamin .....	9
Scheffler, Bettina .....	22
Schiborn, Catarina .....	16
Schimböck, Florian .....	22
Schoeler, Almut .....	22
Schulze, Matthias .....	16
Schulze, Susanne .....	12
Schwarz, Julian .....	26
Skarabis, Nora.....	13
Spallek, Jacob.....	12, 22
Stahlhut, Kerstin .....	11, 14

**T**

---

Tallarek, Marie .....	12
-----------------------	----

Thier, Anne .....	12
Thomas, Christine.....	27

**V**

---

van den Berg, Neeltje .....	6
van Gisteren, Ludger .....	20
Völler, Heinz .....	21
von Peter, Sebastian .....	25
Voß, Karl .....	8
Wilbertz, Gregor .....	13
Wilhelm, Christoph .....	19