



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

**Dokumentationsband zum
CCG Forschungstag Gesundheit**
28. Mai 2013

CCG

Competence Center Gesundheit

**Schriftenreihe des Competence Centers Gesundheit
Band 3**

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Der Präsident der Hochschule für
Angewandte Wissenschaften Hamburg

REDAKTION

Competence Center Gesundheit (CCG)
Alexanderstr. 1
D-20099 Hamburg
Tel. 040.428 75-72 11/-72 15
ccg@haw-hamburg.de
www.haw-hamburg.de/ccg

GESTALTUNG UND SATZ

Dominik Thieme / Franziska Mohmeyer

FOTOGRAFIE

Competence Center Gesundheit (sofern nicht anders gekennzeichnet)

September 2013 | Auflage: 250 | © 2013

**Dokumentationsband zum
CCG Forschungstag Gesundheit**
28. Mai 2013

INHALTSVERZEICHNIS

4	Vorwort
6	CCG Förderpreis für den wissenschaftlichen Nachwuchs 2013
13	Präsentierte Forschungsprojekte

SYMPOSIUM: **Lebensqualität im Alter**

- 14 Leben mit (beginnender) Demenz in Hamburg (LeDeHa)
- 16 AAL – Dienstleistungen und Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben
- 18 Patientenedukation bei älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen – Konzeption und Evaluation von Bedarfen während und nach der Entlassung aus dem klinisch-geriatrischen Setting
- 20 SAĞLIK – Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung älterer Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund in Hamburg

WEITERE FORSCHUNGSVORHABEN

- 22 Situation von Menschen mit Majoramputationen – Ergebnisse eines Surveys
- 26 Abnorme Herzratenvariabilität als Indikator autonomer Störungen bei Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe
- 28 Risikokommunikation im Rahmen der Pandemiekontrollmaßnahmen in Ghana

DOPPELSYMPOSIUM:
Software für Gesundheit & Burden of Disease

- 30 Virtuelles Krankenhaus – Patientensimulationssoftware für Trainings- und Prüfungszwecke im Bereich Unfallchirurgie
- 31 Computergestützte Erkennung und Übersetzung von Gebärdensprache
- 32 GEniUS – Gesundheitsökonomie und Environmental Burden of Disease im Umweltschutz
- 34 Geschätzte Prävalenz der chronischen Hepatitis B unter MigrantInnen der ersten Generation in Deutschland, Ungarn, den Niederlanden, Italien, Spanien und Großbritannien

VORWORT



PROF. DR. SUSANNE BUSCH*



PROF. DR. JOACHIM
WESTENHÖFER*

Unsere Gesundheit ist ein hohes Gut. Diese bestmöglich zu erhalten und zu fördern, ist – gerade in einer immer älter werdenden Gesellschaft – eine große Herausforderung für uns alle. Mit der Frage, wie dies gelingen kann, beschäftigen sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf der ganzen Welt.

Am Standort Hamburg engagiert sich vor allem die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) mit großem Einsatz in diesem Bereich. Im seit 2011 bestehenden Competence Center Gesundheit (CCG) der HAW Hamburg haben sich mehr als 30 Professorinnen und Professoren sowie eine ebenso große Anzahl wissenschaftlicher Mitarbeitender aus den einschlägigen Sozial- und Naturwissenschaften zusammengetan, um gesundheitsbezogenen Thematiken unter anderem inter- und transdisziplinär auf den Grund zu gehen und so ihr gemeinsames Ziel zu verfolgen: Eine bestmögliche Gesundheit aller.

Die CCG-Mitglieder gehören den beiden Fakultäten Life Sciences und Wirtschaft & Soziales sowie deren Departments Gesundheitswissenschaften, Medizintechnik und Ökotrophologie bzw. Pflege & Management und Soziale Arbeit an. Unter dem Label des CCG bearbeiten sie eine Vielzahl gemeinsamer Projekte und Themen, beraten Institutionen, Interessenvertretungen und Fachverbände, entwickeln und evaluieren Gesundheitskonzepte, erstellen Gutachten uvm.

Im Rahmen der Forschungsprojekte der CCG-Mitglieder kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz. Die räumliche Relevanz reicht von eher lokalen Themen bis hin zu weltweiten Fragestellungen – entsprechend breit gestreut ist auch das Feld der Projektpartner und -träger: von deutschen Partner-Hochschulen über europäische Regierungsinstitutionen bis hin zu internationalen Wirtschaftsunternehmen.

Auf dem CCG Forschungstag Gesundheit der HAW Hamburg wird jährlich eine Auswahl der aktuell laufenden oder kürzlich abgeschlossenen Projekte von den CCG-Mitgliedern präsentiert und mit dem Publikum diskutiert. Im Jahr 2013 wurde die Veranstaltung mit ausführlichen Grußworten durch den Präsidenten der HAW Hamburg,

* Fotos: Paula Markert

Prof. Dr. Michael Stawicki, eröffnet. Ihm, allen Referentinnen und Referenten und den mehr als 150 Besucherinnen und Besuchern danken wir an dieser Stelle herzlich für ihre Unterstützung und ihr Interesse.

Die vorliegende Dokumentation stellt die im Rahmen des CCG Forschungstags Gesundheit 2013 präsentierten Projekte in Form von Abstracts kurz vor. Für weitere Informationen zu den genannten Forschungsprojekten stehen die Projektverantwortlichen gern zur Verfügung, die Kontaktdaten finden Sie auf der Website des CCG. Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre.



Präsident der HAW Hamburg,
PROF. DR. MICHAEL STAWICKI

HAMBURG, SEPTEMBER 2013

A handwritten signature in blue ink, reading "Susanne Busch".

Prof. Dr. Susanne Busch

A handwritten signature in blue ink, reading "Joachim Westenhofer".

Prof. Dr. Joachim Westenhofer

Leitung des Competence Centers Gesundheit
der HAW Hamburg

WEITERE INFORMATIONEN
ZUM CCG:
www.haw-hamburg.de/ccg

FÖRDERPREIS FÜR DEN WISSENSCHAFTLICHEN NACHWUCHS 2013

Der CCG Förderpreis für den wissenschaftlichen Nachwuchs wird seit 2012 jährlich für herausragende Publikationsleistungen an Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler verliehen und ist mit einem Preisgeld in Höhe von 500 Euro dotiert. Aufgrund mehrerer eingereichter sehr guter Arbeiten entschied die Jury, den Preis in 2013 zu teilen und zwei Kandidatinnen auszuzeichnen.



Preisträgerin
SYBILLE ADAM

SYBILLE ADAM (Dipl.oec.troph.)

Sibylle Adam wurde für die folgende Veröffentlichung ausgezeichnet:

Adam, S., Westenhöfer, J., Rudolphi, B., Kraaibeek, H.-K. (2013)
Three- and five-year follow-up of a combined inpatient-outpatient treatment of obese children and adolescents.
International Journal of Pediatrics (in press).



Laudator
PROF. DR. JOACHIM
WESTENHÖFER

Nach der Laudatio von Herrn Prof. Dr. Westenhöfer, mit dem Frau Adam bereits seit einigen Jahren gemeinsam forscht, stellte sie ihr Forschungsprojekt zum Thema »übergewichtige Jugendliche« ausführlich vor.

Langzeitergebnisse der ‚Kombinierten DAK-Adipositas Behandlung für Kinder und Jugendliche‘

HINTERGRUND

Im Jahr 2004 hat die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) mit der Evaluierung ihres Schulungsprogramms für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche „Kombinierte DAK-Adipositasbehandlung für Kinder und Jugendliche“ begonnen. Das DAK-Programm kombiniert eine initiale stationäre Schulung über sechs Wochen in der eigenen Fachklinik ‚Haus Quickborn‘ auf Sylt mit einer wohnortnahen, ambulanten Nachbetreuung von 10,5 Monaten, so dass eine Gesamtbehandlungsdauer von einem Jahr erreicht wird. Die Behandlung entspricht den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA).

FRAGESTELLUNG

Nach einer einjährigen Evaluation des Programms in den Jahren 2004 – 2006 hat zunächst eine 3-Jahres-Katamnese in den Jahren 2007 – 2009 stattgefunden. Im Jahr 2009 hat dann die 5-Jahres-Katamnese der einjährigen Therapie „Kombinierte DAK-Adipositasbehandlung für Kinder und Jugendliche“ begonnen. Es sollte evaluiert werden, inwieweit die erreichten Therapieerfolge der einjährigen Maßnahme ohne Intervention weiterhin bestehen bleiben konnten. Damit sollte die langfristige Nachhaltigkeit der DAK-Adipositasbehandlung über die 3-Jahres-Katamnese hinaus überprüft werden.

METHODE

Alle 604 Probanden der einjährigen Evaluation wurden für die 5-Jahres-Katamnese einmalig erneut kontaktiert. Gewicht, Größe und

FÖRDERPREIS FÜR DEN WISSENSCHAFTLICHEN NACHWUCHS 2013

körperliche Fitness wurden durch Messung objektiv bestimmt, Verhalten und Lebensqualität durch Fragebögen erhoben. Die Gewichtsentwicklung wird primär nach dem BMI-SDS bewertet, der angibt, um ein Wie-viel-faches der Standardabweichung der Body Mass Index den alters- und geschlechtsspezifischen Mittelwert überschreitet.

Neben den bekannten Fragebögen, die bereits während der einjährigen Evaluation und der 3-Jahres-Katamnese eingesetzt wurden (Fragebogen zum Ess- und Ernährungsverhalten, Fragebogen zur Selbst- und Kompetenzeinschätzung, Fragebogen zur Lebensqualität), wurde zusätzlich seit der 3-Jahres-Katamnese ein Fragebogeninstrument zur Ermittlung von Ess-Störungen eingesetzt. Des Weiteren wurde – wie auch bereits schon bei der 3-Jahres-Katamnese – der Kontakt zwischen der Ernährungsfachkraft und dem Patienten bzw. der Familie nach Ende der Therapie abgefragt.

ERGEBNISSE

Die Studienteilnehmer konnten ihren BMI-SDS über den gesamten Beobachtungszeitraum von fünf Jahren um insgesamt durchschnittlich $-0,15 \pm 0,51$ (3-Jahres-Katamnese: $-0,20 \pm 0,49$; einjährige Therapie: $-0,35 \pm 0,40$) reduzieren (Berechnung nach Return-to-Baseline-Methode). Insgesamt erreichten fünf Jahre nach Beginn der Therapie 21,0 % der Kinder und Jugendlichen eine erfolgreiche Gewichtsreduktion von mindestens 0,2 BMI-SDS-Punkten. Während der einjährigen Evaluation waren 56,9 % der Kinder und Jugendlichen erfolgreich, während der 3-Jahres-Katamnese noch 33,8 %.

Gemessen an den Baseline-Werten sind fünf Jahre nach Beginn der Therapie – wie auch schon drei Jahre nach Beginn der Therapie – positive Entwicklungen der meisten untersuchten Verhaltensparameter zu beobachten. Vor allem die Ergebnisse der Selbst- und Kompetenzeinschätzung sowie der Lebensqualität zeigen einen deutlich positiven Verlauf. Für den gesamten Beobachtungszeitraum der fünf Jahre konnte auch für die Parameter des Essverhaltens sowie einige Verzehrsmengen ausgewählter Lebensmittel positive Veränderungen nachgewiesen werden, obwohl es hier nach Ende der Therapie zu einem Nachlassen der durch die Therapie erreichten Interventionseffekte gekommen ist. Die körperliche Fitness war bereits bei der

3-Jahres-Katamnese gegenüber dem Therapieende vermindert und ist nun nach fünf Jahren nahezu wieder auf das Ausgangsniveau gesunken. Die Entwicklung von möglichen Ess-Störungen als Konsequenz der Therapie konnte auch bei der 5-Jahres-Katamnese nicht nachgewiesen werden.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Grundsätzlich zeigt sich, dass in den meisten Bereichen, wie schon in der 3-Jahres-Katamnese, eine gute Nachhaltigkeit der Therapieeffekte im Langzeitverlauf gegeben ist. Allerdings kann auch festgestellt werden, dass sich in vielen Bereichen die Effekte gegenüber der 3-Jahres-Katamnese wieder etwas abgeschwächt haben. Dennoch scheinen die erreichten Interventionseffekte der Therapie groß genug, um diesen Rückfall in alte Gewohnheiten größtenteils auffangen zu können. So sind fünf Jahre nach Beginn der Therapie immer noch positive signifikante Veränderungen – gemessen an den Baseline-Werten – zu beobachten. Gleichwohl erscheint es sinnvoll, Möglichkeiten einer langfristigen Nachbetreuung zu entwickeln, um eine Stabilisierung und Nachhaltigkeit der Therapieeffekte in einem noch größeren Umfang sicher zu stellen.

FÖRDERPREIS FÜR DEN WISSENSCHAFTLICHEN NACHWUCHS 2013



Preisträgerin
SANDRA VAN ECKERT
(Privatfoto)

SANDRA VAN ECKERT (MPH, MCommH)

Sandra van Eckert, geb. Jeschke, erhielt den Preis für die folgende Publikationsleistung:

Jeschke S., Gaidys U., Martin C.R. (2011) **Application of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to academic and non-academic nurses in Germany.** *British Journal of Wellbeing* 2(2): 27-32.



Laudatorin
PROF. DR. UTA GAIDYS

van Eckert S., Gaidys U., Martin C.R. (2011) **Embitterment among German academic and non-academic nurses.** *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 6(2): 104-112.

van Eckert S., Gaidys U., Martin C.R. (2012) **Self-esteem among German nurses: does academic education make a difference?** *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6(2): 104-113.

van Eckert, S., Gaidys, U., Martin, C. R. (2013) **Translation and application of G-MHLC-C scales in academic and non-academic nursing staff.** *International Journal of Person Centered Medicine* 3(2) (in press).

Frau van Eckert konnte den Preis aufgrund anderer terminlicher Verpflichtungen nicht persönlich entgegennehmen. So übernahm Frau Prof. Dr. Gaidys nicht nur die Laudatio, sondern stellte dem Publikum auch eine kurze Zusammenfassung der Forschungsergebnisse von Frau van Eckert vor.

Akademisierung der Pflege und psychische Gesundheit von Pflegekräften

HINTERGRUND

Deutsche Pflegekräfte sind psychisch belastet wie keine andere Berufsgruppe und leiden häufiger an psychischen Erkrankungen. Gleichzeitig sinken Attraktivität und gesellschaftliches Ansehen des Berufes kontinuierlich. Eine Akademisierung der Pflege soll das Image aufwerten, für steigende Ausbildungszahlen sorgen und die Professionalisierung des Berufsstandes fördern.

Das Ziel der Untersuchung ist, den psychischen Gesundheitsstatus von deutschen akademischen und nicht-akademischen Pflegekräften zu erfassen und zu vergleichen. Zusätzlich wird die Akademisierung der deutschen Pflegeausbildung in den Kontext des berufspolitischen Professionalisierungsstrebens der Pflege eingebunden. Aufbauend auf den Ergebnissen werden langfristige Optimierungsmöglichkeiten identifiziert und für zukünftige Ausbildungsstrategien empfohlen.

METHODIK

An der Querschnittserhebung nahmen 212 deutsche Pflegekräfte mit akademischer oder nicht-akademischer Ausbildung teil. Neben soziodemografischen Daten wurden folgende Untersuchungsinstrumente eingesetzt: Hospital Anxiety und Depression Scale (HADS-D), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Berner Verbitterungs Inventar (BVI) und Multidimensional Health Locus of Control Scale Form C (MHLC-C). Der MHLC-C zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung wurde in die deutsche Sprache übersetzt und validiert.

ERGEBNISSE

Deutsche akademische Pflegekräfte zeigen signifikant weniger Symptome von Depression ($p = 0.003$) und Verbitterung ($p < 0.001$) als deutsche Pflegekräfte mit nicht-akademischer Ausbildung. Für die HAD Skala Angst liegen keine signifikanten Gruppenunterschiede vor. Deutsche akademische Pflegekräfte verfügen über ein signifikant höheres Niveau an globalem Selbstbewusstsein als nicht-akademische Pflegekräfte. (RSES $p < 0.001$).

Deutsche akademische Pflegekräfte punkten etwas, aber nicht statistisch signifikant, höher auf der MHLC-C Skala Internal ($M= 25.28$, $SD= 4.45$) als Pflegekräfte mit nicht-akademischer Pflegeausbildung. Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen von Pflegekräften sind internal ausgerichtet und weniger von externalen Faktoren bestimmt. Weder das Alter der Pflegekräfte, noch die Anzahl von Berufsjahren oder die Anzahl der Arbeitsstunden (Voll-/Teilzeit) korrelieren statistisch signifikant mit den vier Untersuchungsinstrumenten.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die psychische Belastung am Patientenbett ist für deutsche Pflegekräfte allgemein hoch. Insgesamt sind akademische Pflegekräfte selbstbewusster und psychisch gesünder als Pflegekräfte mit einer nicht-akademischen Ausbildung. Ein Grund dafür liegt im Transfer akademischer Absolventen in leitende Positionen oder in administrative Arbeitsgebiete, d.h. im Verlassen der direkten Patientenversorgung nach dem Studium und damit auch dem Nachlassen der Exposition zur spezifischen beruflichen Belastung.

Die Ergebnisse sind komplex und tief in der historischen Entwicklung der deutschen Krankenpflege verwurzelt. Dem Versuch, die Pflege durch eine Akademisierung der Pflegeausbildung zu professionalisieren steht ein altmodisches, von Gesellschaft und Berufspolitik geformtes Modell der deutschen Pflege im Weg.

PRÄSENTIERTE FORSCHUNGSPROJEKTE

SYMPOSIUM: Lebensqualität im Alter



ANNETTE BEYER (Foto),
JOHANNA BUCHCIK,
SUSANNE BUSCH,
MARY SCHMOECKER

*Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

Leben mit (beginnender) Demenz in Hamburg (LeDeHa)

Mit der steigenden Anzahl älterer Menschen in Deutschland geht eine Zunahme der Inzidenz alterstypischer Krankheiten einher. Dazu gehören besonders die Demenzerkrankungen. Die Zahl der davon Betroffenen wird Schätzungen zufolge von heute etwa 1,2 Millionen auf über zwei Millionen Menschen im Jahr 2050 ansteigen. Obwohl die Bevölkerungsprognosen für Hamburg von einer eher konstanten Zahl alter Menschen ausgehen, ist auch hier mit einem zunehmenden Anteil dementiell erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner zu rechnen. Zwar existiert eine breit aufgefächerte Versorgungsstruktur im medizinischen und pflegerischen Bereich, doch stellt sich diese als wenig gebündelt und transparent dar. Bislang fehlen konkrete Vorstellungen, wie eine soziale Teilhabe von an Demenz Erkrankten und ihren Angehörigen gelingen kann. Eine Recherche zu bestehenden Projekten und Maßnahmen in Deutschland ergab, dass diese in erster Linie auf kommunaler Ebene angesiedelt sind und auf eine dementenfreundliche Kommune abzielen. Demnach steht in vielen Fällen weniger die Forschung am Krankheitsbild als vielmehr ein gesellschaftlicher Abbau des „Stigmas Demenz“ im Vordergrund.

Auch das Modellvorhaben Leben mit (beginnender) Demenz in Hamburg (LeDeHa) nach §45c SGB XI (Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen) fokussiert die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Erkrankten und setzt dabei in der frühen Phase der Demenz an. Beides erfordert breite Unterstützung durch die bekannten, aber auch durch bisher nicht integrierte Akteure. Zu den Zielen des Vorhabens gehört auf der einen Seite, das Leben mit Demenz im Alltag als Teil gesellschaftlicher Normalität zu betrachten und die Selbstbestimmung der Betroffenen durch Akzeptanz und den Dialog mit ihnen zu verstetigen. Auf der anderen Seite sind Transparenz, Kooperation und Vernetzung unabdingbare Voraussetzungen für die Optimierung professioneller, semiprofessioneller und ehrenamtlicher Versorgungsstrukturen. Bedarfs- und bedürfnisgerechte Hilfen unter Berücksichtigung individueller Problemlagen der Betroffenen sollen geschaffen werden. Das Modellvorhaben umfasst sowohl landesweite Maßnahmen im

Sinne der Entwicklung einer demenzfreundlichen Großstadt als auch sozialraum-orientierte Projekte in voraussichtlich zwei Modellquartieren. Dabei werden vorhandene Potentiale sowie das Fach- und Erfahrungswissens von Akteuren, Bürgerinnen und Bürgern, Betroffenen und deren Angehörigen in einem partizipativen Prozess einbezogen. Das Modellvorhaben kooperiert mit der von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz im September 2012 gestarteten „Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg“ und hat eine Laufzeit von 2,5 Jahren.

Mittels einer Literaturanalyse, der Recherche und Auswertung (über-) regionaler Modellvorhaben sowie kleinräumiger Datenbeschaffung und -analyse werden die theoretischen Grundlagen für die Umsetzung geschaffen bzw. untermauert. Die Interventionen und Maßnahmen auf Landes- und Quartiersebene werden auf Basis eines multiperspektivischen Nutzentableaus evaluiert.

SYMPOSIUM: Lebensqualität im Alter



ROMAN WOITASCHEK (Foto),
FRIEDRICH UEBERLE,
JÜRGEN STETTIN

*Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

AAL – Dienstleistungen und Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben

ZIEL

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Vernetztes Wohnen im Quartier - Zukunftsfähige Versorgung älterer Menschen in Hamburg“ wird die Vernetzung von Assistenzsystemen (Ambient Assisted Living) mit Dienstleistungen im Großraum Hamburg Uhlenhorst erprobt, um älteren Menschen ein längeres selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen Wohnung zu ermöglichen. Neben der Verbesserung der Lebensqualität könnte so erhöhten Kosten der Pflege und dem Mangel entsprechender Fachkräfte entgegengewirkt werden.

METHODE

Für diese Erprobung werden neben der Einbindung bestehender, insbesondere haushaltsnaher auch neuartige Dienstleistungen entwickelt, deren Implementierung das Innovationspotential dieses Forschungsbereiches demonstrieren soll. Das Vorhaben stützt sich auf die Ausstattung einer Zweizimmerwohnung und eines Zimmers in einer Pflegeeinrichtung mit entsprechenden Assistenzsystemen. Beide werden während der Schlussphase des Projektes von freiwilligen Personen der Zielgruppen bezogen. Als Bindeglied der Vernetzung zwischen Wohnraumausstattung und Dienstleistern fungiert eine barrierefreie, webbasierte und modular erweiterbare Dienstleistungsplattform, welche mittels Tablet-Computer und berührungsempfindlichem Fernsehgerät bedient wird.

Neben dem Angebot und der Abwicklung von kommerziellen Dienstleistungen soll das System die folgenden Kernbereiche bedienen:

- Kommunikation mit Freunden und Verwandten
- Gesundheitsvorsorge
- Anbieten eigener Dienstleistungen (bspw. Nachhilfe oder Kinderbetreuung)
- Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten
- Steuerung von Hausausstattung (bspw. Fenster und Beleuchtung)
- Hilfestellung bei der Nahrungszubereitung und -einnahme

Im Vergleich zu anderen Projekten des AAL-Bereichs fokussiert dieses die Zusammenführung der Bewohner des Quartiers untereinander als auch mit lokalen Dienstleistern. Anhand eines ausgewählten Service-Portfolios mit hoher Praxisrelevanz soll gleichzeitig die Akzeptanz des Systems sowohl bei gesunden als auch altersbedingt erkrankten Menschen unterschiedlicher Einkommensschichten gesteigert und zusätzlich der verbreiteten Stigmatisierung durch geriatrische Assistenzsysteme entgegengewirkt werden.

ERGEBNIS

Das Projekt befindet sich derzeit in der Umsetzungsphase und endet voraussichtlich im Mai 2014 mit einer umfassenden Evaluation der entwickelten Plattform, den geschaffenen Dienstleistungen und des zugrundeliegenden Geschäftsmodells.

SYMPOSIUM: Lebensqualität im Alter



STEVE STRUPEIT (Foto),
ARNE BUß,
CHRISTIANE DENEKE

*Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

Patientenedukation bei älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen – Konzeption und Evaluation von Bedarfen während und nach der Entlassung aus dem klinisch-geriatrischen Setting

HINTERGRUND

Patientenedukation kann dazu beitragen, die Mobilität bei älteren und hochbetagten Menschen mit Mobilitätseinschränkungen zu fördern bzw. zu erhalten. Ziel dieser Studie war es, den Bedarf an Schulung, Beratung und Information von älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen vor, während und nach dem Aufenthalt in einer geriatrischen Klinik festzustellen.

MATERIAL UND METHODE

Es wurde eine retrospektive Längsschnittstudie durchgeführt. Die Bedarfe wurden bei Einweisung (t1), nach zwei Wochen (t2), bei Entlassung (t3), nach drei Monaten (t4) und nach sechs Monaten (t5) erhoben. Die Datenanalyse erfolgte anhand deskriptiver statistischer Methoden.

ERGEBNISSE

Zu fast allen Messzeitpunkten bestand ein Beratungs- und Informationsbedarf. Ein Bedarf an Beratung war überwiegend in den Bereichen Hilfsmittel und Sturzprävention, pflegerische Leistungen, andere Angebote, Ernährung und Schmerzmanagement zu beobachten. Informationsbedarf bestand zu den Themen Sturzprävention, professionelle Pflegeleistungen, andere Angebote, Hilfsmittel, Ernährung und Wohnraumanpassung. Ein Schulungsbedarf bestand vor allem bei Einweisung und bei Entlassung und umfasste den Umgang mit Hilfsmitteln und Mobilitätsförderung.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Schulungen sollten insbesondere mobilitätsbezogene Handlungen, Beratung und Information sämtlicher Lebensbereiche abdecken.

SYMPOSIUM: Lebensqualität im Alter



JOHANNA BUCHCIK (Foto),
RALF SCHATTSCHNEIDER,
JOACHIM WESTENHÖFER,
MARY SCHMOECKER,
CHRISTIANE DENEKE

*Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

SAĞLIK – Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung älterer Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund in Hamburg

Das Projekt „SAĞLIK“ (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderlinie „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ (SILQUA-FH)) entwickelt und implementiert gesundheitsförderliche Angebote mit den Schwerpunkten der gesunden Ernährung, Bewegung und sozialen Teilhabe für die Zielgruppe der über 60-jährigen Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund, die in ausgewählten Stadtteilen Hamburgs (Billstedt, Wilhelmsburg, Altona-Nord und Altona-Altstadt) leben.

Die Interventionen orientieren sich an den Bedarfen und Ressourcen der Zielgruppe, werden partizipativ und muttersprachlich entwickelt bzw. durchgeführt und in kooperierende Einrichtungen bzw. bestehende Gruppen eingebunden. Dies ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zu der Zielgruppe in einem ihnen bekannten und wohnortnahem Setting und gewährleistet die Verstetigung und somit die Nachhaltigkeit der Angebote.

Die Interventionen stellen eine Kombination aus Informationsvermittlung, praktischer Umsetzung und einem Austausch in Form von Gruppengesprächen dar. Im Verlauf des Projektes sind mindestens vier Interventionen geplant. Die ersten beiden wurden im Dezember 2012 und eine dritte im Mai 2013 abgeschlossen, eine vierte ist aktuell in Vorbereitung.

Eines der verwendeten Instrumente zur Evaluation ist die Erfassung der persönlichen Zielsetzung zu Beginn und der Zielerreichung am Ende der Intervention. Als zentrales Ergebnis lässt sich festhalten, dass über drei Viertel der persönlich gesetzten Ziele von den Teilnehmerinnen erreicht werden konnten. Dabei wurden aus einer subjektiven Perspektive heraus hauptsächlich Aspekte zum Thema ‚gesunde Ernährung‘ gewählt, ‚Bewegung‘ spielte eine untergeordnete Rolle. Beide Bereiche (gesunde Ernährung und Bewegung) sind zwar fester Bestandteil der Interventionen, aber das Ergebnis der Zielerreichung weist darauf hin, dass

das Thema ‚gesunde Ernährung‘ zumindest bei den bisherigen Teilnehmerinnen als besonders anschlussfähig zu werten ist.

Im Beitrag wurden weitere Ergebnisse und die bereits abgeschlossenen Interventionen vorgestellt und diskutiert.



ULRIKE MICHAELIS (Foto),
UTA GAIDYS

*Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

Situation von Menschen mit Majoramputationen – Ergebnisse eines Surveys

HINTERGRUND

Für Menschen mit bevorstehender oder erfolgter Amputation am Bein können im gesamten Prozess sowohl der gesundheitlichen Versorgung als auch in der gesellschaftlichen und beruflichen Wiedereingliederung Probleme entstehen. In einer qualitativen Vorstudie wurden die Erfahrungen von Menschen vor, während und nach einer Majoramputation und ihre Bedürfnisse zur professionellen Förderung ihrer Selbstpflegekompetenzen untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie wurden durch einen hier darzustellenden Survey verifiziert. Dabei wurden gruppenspezifische Effekte beschrieben, die Aussagen zu einer merkmalsbezogenen Versorgung von Betroffenen zulassen und eine spezifische Entwicklung von Selbstpflegekompetenzen erlauben.

METHODIK

Das Erkenntnisinteresse des Surveys zielt auf eine Beschreibung der Population der Menschen mit Majoramputationen und es war Ziel, Fragen nach der benötigten Unterstützungen zur Erhöhung der Selbstpflegekompetenzen zu beantworten. Weiterhin sollte untersucht werden, welche Gruppenunterschiede sich zeigen, welche Unterstützungen Majoramputierte benötigen, um in den Beruf zurückkehren zu können und zu welchem Zeitpunkt und nach welchen Kriterien sich Betroffene als rehabilitiert beurteilen. Auf der Grundlage eines Datenschutzkonzeptes wurde eine Zufallsstichprobe aus allen Versicherten zweier Krankenkassen, die die Operationen OPS 5-864.0 bis 5-865.3 erhalten hatten, gezogen (n=1048). Die Datenerhebung fand durch einen datenbasierten und getesteten Fragebogen statt. Es wurde außerdem die CES-D (Kohlmann & Gerberhagen 2006) verwendet, um mögliche depressive Symptome aufzudecken. Weiterhin wurde der IMET (Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe, Deck et al. 2007) verwendet. Es konnten 515 Fragebögen ausgewertet werden (Median Alter: 66,5 Jahre, Geschlecht: 32,4 % Frauen, 65,6 % Männer). Die Auswertung erfolgte durch SPSS deskriptiv und schließlich statistisch. Lineare Zusammenhänge zwischen den Daten und Gruppenunterschiede wurden in Abhängigkeit von der Datenqualität und -verteilung

untersucht (Korrelations- und Regressionsanalysen, Chi-Quadrat-Tests, t-Tests bzw. U-Tests, Varianzanalysen). Zur Identifikation von Subgruppen mit ähnlichen Merkmalskonfigurationen wurden Latente Klassenanalysen durchgeführt.

ERGEBNISSE

Es werden exemplarisch bedeutsame Ergebnisse, hier zur Mobilität, dargestellt. Obwohl 44 % ($n=231$) der untersuchten Personen erwartet haben, nach der Amputation wieder gehen zu können, geben nur 21,1 % ($n=113$) an, nach der Amputation gehen zu können. 61,9 % halten Gehen können für am Wichtigsten für ihren Alltag. Aber nur 41,4 % der Befragten ($n=179$) geben diesbezüglich an, dass sie gut genug gehen können, um den Alltag zu meistern. Männer können mit Gehstützen signifikant länger gehen ($p=.045$). Oberschenkelamputierte hingegen unterscheiden sich in der Gehdauer nur ohne Hilfsmittel von Unterschenkelamputierten, dafür jedoch höchst signifikant ($p=.000$; $r=-.346$). Auch geben $n=216$ Personen (62,6 %) an, nicht genug Gehschule gehabt zu haben, um wieder gehen zu können. Demgegenüber sagen 234 Personen (45,4 %) aus, dass die Häufigkeit der Gehschule während des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik für sie genau richtig war. Dabei gibt mehr als ein Fünftel der Teilnehmer an ($n=96$, 22,2 %), weniger als 1 Mal pro Woche oder nie in der Reha Gehschule gehabt zu haben. In der Häuslichkeit haben sogar 65,2 % ($n=308$) seltener als 1 Mal pro Woche oder nie Gehschule. Dabei geben 39,1 % ($n=138$) an, derzeit keine Gehschule zu erhalten, obwohl sie sie bräuchten. Der Mittelwert des IMET liegt bei 48,51. Damit gibt es in der untersuchten Gruppe ausgeprägte Einschränkungen der Teilhabe. Unterschenkelamputierte haben geringere Einschränkungen ($\mu=44,71$) als Oberschenkelamputierte ($\mu=53,32$). In der Auswertung der Daten der CES-D zeigte sich, dass 38,6 % der Teilnehmer einen Summenschore von 22 und darüber haben und damit Kennzeichen einer Depression aufweisen. Der Median des Summenschore in der untersuchten Gruppe liegt bei 18, dieser Wert kann auf eine milde Depression hinweisen. Die Summen-Scores der Gruppen der Amputationshöhen, der Amputationsursachen und dem Geschlecht unterscheiden sich nicht signifikant. Relativ stark stellt sich der Zusammenhang zwischen den Einschränkungen der Teilhabe und dem Summenschore der CES-D dar ($F=40,204$, $df=2$, $p<.001$).

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Daten zeigen, dass die allgemeine Zufriedenheit mit der Versorgung und den Akteuren statistisch gesehen hoch ist. Jedoch ist die Gehfähigkeit bei nicht einmal der Hälfte der Befragten zufriedenstellend. Trotz der Verschiedenheit der Studienteilnehmer und einigen Unterschieden in der Beurteilung der Versorgung konnten eher universelle Hilfebedarfe identifiziert werden. Die Berufstätigen und jene, die wieder arbeiten, teilen mit allen Befragten den Bedarf an Gehschule und Beratung. Es zeigt sich keine signifikante Verringerung der Einschränkungen im Zeitverlauf. Rehabilitiertsein lässt sich daher in dieser Studie nicht anhand eines Zeitraumes beurteilen. Zur kontinuierlichen Unterstützung der Selbstpflegekompetenzen wird ein kontinuierlicher Ansprechpartner benötigt. Im Folgeprojekt wird unter Förderung des BMBF (SILQUA) seit 2013 eine Schulung für die Begleitung dieser Personengruppe entwickelt, durchgeführt und evaluiert.

WEITERE FORSCHUNGSVORHABEN



TASMIA KHOHKAR¹ (Foto),
DIEBA AYASI¹,
DERYA DOMAC¹,
EGBERT HAPPE²,
BORIS TOLG¹,
JÜRGEN LORENZ¹

*1 Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

*2 Leiter der HNO-Praxisklinik
Mümmelmannsberg, Hamburg*

Abnorme Herzratenvariabilität als Indikator autonomer Störungen bei Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe

PROBLEMSTELLUNG

Die obstruktive Schlafapnoe (OSA) wird durch Verlegung der Atemwege im Schlaf hervorgerufen und ist durch nächtliche Hypoxien mit häufigem Erwachen und vermehrter Tagesmüdigkeit gekennzeichnet. Wir untersuchten die Herzratenvariabilität (HRV) im EKG bei OSA-Patienten, um potentielle Frühindikatoren des erhöhten kardiovaskulären Risikos zu identifizieren.

METHODEN

Wir untersuchten mittels einkanalem EKG 11 Patienten mit OSA im Vergleich zu 11 gesunden Freiwilligen gleichen Geschlechts und Alters. Die HRV-Auswertung der R-Zackenabstände erfolgte mit der Analyse-Software Kubios HRV. Wir berichten hier über die Kennwerte aus der Frequenzanalyse, die eine Differenzierung zwischen der überwiegend sympathotonen langsamen LF- (0.04-0.1 Hz) und der überwiegend vagalen schnellen HF- (0.15-0.4 Hz) Komponente ermöglicht. Letztere wird auch als respiratorische Sinusarrhythmie (RSA) bezeichnet. Zur Manipulation der RSA sollten die Studienteilnehmer für 3 Minuten entweder 10 oder 15 mal pro Minute atmen, entsprechend einem Takt, der ihnen per Kopfhörer präsentiert wurde. Zur Provokation einer Orthostasereaktion untersuchten wir die Studienteilnehmer für jeweils 90 Sekunden vor und nach einem Wechsel aus liegender zu sitzender Körperposition.

ERGEBNISSE

Die Patienten zeigten im Vergleich zu Kontrollen eine generelle Verminderung der HRV. Ferner wiesen die Patienten eine signifikant schwächere Synchronisierbarkeit der RSA mit der Atemfrequenz auf. Die vorwiegend sympathoton modulierte LF-Komponente war zwar bei den Patienten ebenfalls signifikant vermindert, zeigte aber beim Wechsel vom Liegen zum Sitzen eine gleichstarke Erhöhung wie bei den Kontrollen.

DISKUSSION

Die Studie liefert deutliche Hinweise für eine abnorme Abnahme der HRV bei Patienten mit OSA. Insbesondere imponiert eine deutlich abgeschwächte Synchronisierbarkeit der vornehmlich vagal gesteuerten respiratorischen Sinusarrhythmie mit der Atemfrequenz. Diese könnte auf eine verminderte Ansprechbarkeit der autonomen Regler im Hirnstamm durch wiederholte nächtliche Hyperkapnien (CO_2 -Anstiege) und Hypoxien (Sauerstoffmangel) zurückzuführen sein. Künftige Untersuchungen sollen klären, mit welchen spezifischen Parametern der OSA (z.B. Stärke der nächtlichen Hypoxien, Grad der Tagesmüdigkeit) die HRV-Abnahmen korrelieren und welche Bedeutung Co-Morbiditäten wie kardiovaskuläre Erkrankung und Adipositas haben könnten.

WEITERE FORSCHUNGSVORHABEN



M. A. NYANGASA,
S. LANGMEYER,
YORK F. ZÖLLNER (Foto)

*Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

Risikokommunikation im Rahmen der Pandemiekontrollmaßnahmen in Ghana

BACKGROUND

Both World Health Organization (WHO) and the National Disaster Management Organization (NADMO) of Ghana highlight the importance of appropriate risk communication in order to raise awareness, effectively control pandemic spread, and mitigate social and economic disruption in the country.

OBJECTIVES

(i) The development of a questionnaire in order to examine the target groups' current knowledge, attitudes and practices concerning pandemic influenza; (ii) To assess the level of awareness among Ghanaian health service staff; (iii) To identify effective communication tools in the dissemination of information during pandemic outbreaks; and (iv) To identify factors that might serve as barriers to successful risk communication.

METHODS

A literature search was carried out on strengths and limitations of current risk communication strategies. Fieldwork included (i) one-on-one qualitative interviews with the management and key informants of the targeted staff; (ii) a quantitative survey with Elubo community members, and (iii) focus groups with staff from the target institutions.

RESULTS

Recruitment efforts yielded 141 survey participants, 16 focus groups, 30 one-on-one qualitative interviews with the key informants, and 15 quantitative interviews with Elubo community members. The survey showed high awareness of H1N1 and preventive measures among participants. However, awareness of the viral origin was rather low. Frequent hand washing, covering of mouth while sneezing, isolation of patients and vaccination were the most commonly known preventive measures. The survey also revealed relatively low vaccination rates. Differences in H1N1 awareness between the participants were indica-

tive of the need for bespoke communication strategies. Similarly, findings underlined the importance of reliable surveillance systems.

DISCUSSION

Uncertainty remains over (i) the extent to which the Elubo sample was representative of the population, and (ii) language and other communication problems might have influenced the results.

CONCLUSION & OUTLOOK

The identified target groups are workers at institutions operating in border regions, airport and harbors. None of the target institutions have got any standard operating procedures on outbreak control, nor do they offer comprehensive trainings on pandemic preparedness. This will be the starting point of future implementation efforts derived from our research.

DOPPELSYMPOSIUM: Software für Gesundheit & Burden of Disease



VIVIEN SCHULTZ¹ (Foto),
TILL SCHLEMMERMEIER¹,
JANA VOTH¹,
BORIS TOLG¹,
STEFANIE MERSE²

*1 Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

2 Universität Duisburg-Essen

Virtuelles Krankenhaus – Patientensimulationssoftware für Trainings- und Prüfungszwecke im Bereich Unfallchirurgie

Das virtuelle Krankenhaus ist ein Serious-Game, welches bei der Ausbildung von medizinischem Fachpersonal Anwendung finden soll. Die Software simuliert, mithilfe einer 3D-Engine, die Notaufnahme des Universitäts-Klinikum Essen. Das Programm ist für Prüfungszwecke gedacht, d.h. der User soll die Aufgabe bestehen oder durchfallen. In den virtuellen Behandlungsräumen muss der User eine Anamnese an einem virtuellen Patienten vornehmen. Wenn der User dem Patienten die richtigen Fragen stellt, kann er ein Krankheitsbild diagnostizieren und die Behandlung vorschlagen. Für alle Patienten sind alle Behandlungen möglich.

Der virtuelle Patient ist mit einer Datenbank verbunden, in der die Patientendaten gespeichert sind. In der Datenbank sind alle medizinischen Inhalte der Software gespeichert. Durch Anbindung an das Internet kann die Datenbank von überall mit Inhalten versorgt werden. Medizinischer Inhalt wird nur durch medizinisches Fachpersonal erstellt und aktualisiert. Das dafür geplante Tool erlaubt Zugriff auf die Datenbanken und bietet Kontext-Pflege via Eingabemasken.

Die Software-Architektur ist Modular und lässt Erweiterungen zu. Das macht es möglich, die Anwendung auch in anderen Bereichen der virtuellen Ausbildung einzusetzen.

Mithilfe einer GUI kann der User mit der virtuellen Umwelt interagieren. Die GUI wird dynamisch, mit den Informationen aus der Datenbank, aufgebaut und in der 3D-Umgebung angezeigt. Die Inhalte werden dann interaktiv gesteuert. Angehende Mediziner sollen bei der Ausbildung mit dem virtuellen Krankenhaus auf den Umgang mit realen Patienten, die in der Notaufnahme eingeliefert wurden, vorbereitet werden. Durch die vielen möglichen Patienten-Variationen und Schwierigkeits-Stufen soll auch die Qualität der Ausbildung verbessert werden.

Computergestützte Erkennung und Übersetzung von Gebärdensprache

Gebärdensprache ist die gängige Methode, mit der Gehörlose kommunizieren können. Anders als bei geschriebenen Texten, können Informationen beim z.B. Lippenlesen verloren gehen. Das wird insbesondere dann kritisch, wenn Ärzte alles über die Krankheitssymptome ihrer Patienten wissen müssen. Da in Deutschland zur Zeit ca. 220.000 Menschen [1] leben, die auf Gebärdensprache angewiesen sind, und 80 % der Gehörlosen Analphabeten [2] sind, soll im Rahmen des Projektes eine für alle zugängliche und funktionierende Methode zur Kommunikation entwickelt werden.

Mit Hilfe des Microsoft-KINECT-Bewegungssensors [3], welcher in der Lage ist, Gesten und Bewegungen zu erkennen, soll eine Software entwickelt werden, die es ermöglicht, aufgenommene Gesten mit einer Datenbank abzugleichen und den entsprechenden Text auszugeben.

Im ersten Schritt der Projektdurchführung sollen einzelne Buchstaben erkannt werden und der entsprechende Buchstabe als Klartext auf dem Bildschirm angezeigt werden. Die Software soll dabei so konzipiert werden, dass es später möglich ist, neue Gesten bzw. Wörter einzupfle-gen.

Quellen:

[1] http://www.gehoerlosenbund.de/dgb/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=38&Itemid=101&lang=de

[2] „Gehörlose können doch lesen...?“ – Netzwerk-Management für Gehörlose, Christine Linnartz, 05.05.2003

[3] <http://www.microsoft.com/en-us/kinectforwindows/>



BILAL EL BANNA¹ (Foto),
PAUL EVERT¹,
JANA VOTH¹,
BORIS TOLG¹,
STEFANIE MERSE²

*1 Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

2 Universität Duisburg-Essen

DOPPELSYMPOSIUM: Software für Gesundheit & Burden of Disease



GUNNAR PAETZELT (Foto),
JOHANN POPP,
JOANA ROOS-BUGIEL,
ANNA SPIELHOFF,
ZITA SCHILLMÖLLER

*Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

GEniUS – Gesundheitsökonomie und Environmental Burden of Disease im Umweltschutz

PROBLEMSTELLUNG

Um Argumentationshilfen zur Beurteilung gesundheitsbezogener umweltpolitischer Maßnahmen zu bieten, ist eine Quantifizierung von gesundheitlichen Folgen durch Umwelt-Stressoren erforderlich. Das GEniUS-Projekt (Gesundheitsökonomie und Environmental Burden of Disease im Umwelt-Schutz) recherchiert den derzeitigen Stand der Schätzung zu umweltbedingten Krankheitslasten und Krankheitskosten. Projektziel ist der Aufbau einer umfassenden Informationsmatrix zu nationalen und internationalen Studien.

METHODEN

Es wird eine systematische Literaturrecherche zu aktuell verfügbaren und laufenden nationalen und internationalen EBD- (Environmental Burden of Disease) und gesundheitsökonomischen Studien zu ausgewählten Umwelt-Stressoren durchgeführt. Relevant eingestufte Studien werden in eine Datenbank aufgenommen und anhand eines Kriterienkataloges hinsichtlich Qualität, Validität und Unsicherheit, sowie der Übertragbarkeit auf Deutschland bewertet.

ERGEBNISSE

Viele Studien betrachten kombinierte Stressoren (z.B. Luftverschmutzung), was eine exakte Zuordnung zu einzelnen Noxen erschwert. Als Herausforderung erweist sich die Methodenvielfalt der gesundheitsökonomischen Studien. Hinzu kommt der Anspruch, die gesundheitsökonomischen Studien mit den Krankheitslast-Studien zu vergleichen, sowie die Bewertung der Übertragbarkeit auf Deutschland. Die Projektergebnisse werden Ende 2013 erwartet.

DISKUSSION

Das GEniUS-Projekt wird eine umfassende Datenbasis mit Fokus auf zwei Quantifizierungssysteme liefern, welche die Nutzung internationaler Studienergebnisse für die nationale gesundheitsbezogene Umweltpolitik unterstützen kann. Möglichkeiten und Defizite werden diskutiert.

GENiUS wird im Rahmen des Umweltforschungsplans 2011 mit Mitteln des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit gefördert und vom Umweltbundesamt fachlich begleitet.

DOPPELSYMPOSIUM: Software für Gesundheit & Burden of Disease



AMENA AHMAD¹ (Foto),
IRENE VELDHIJZEN^{2,3},
A. FALLA^{2,3},
A. BECHINI⁴,
RALF REINTJES¹

*1 Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg*

*2 Municipal Public Health
Service Rotterdam - Rijnmond
(Netherlands)*

*3 Erasmus University
Medical Center Rotterdam
(Netherlands)*

4 University of Florence (Italy)

Geschätzte Prävalenz der chronischen Hepatitis B unter MigrantInnen der ersten Generation in Deutschland, Ungarn, den Nieder- landen, Italien, Spanien und Großbritannien

EINLEITUNG

Die chronische Hepatitis B (CHB) ist europaweit ein bedeutendes gesundheitliches Problem. Migranten aus Endemiegebieten sind hiervon besonders betroffen. 20 % der Leberkrebsfälle in der EU sind auf CHB zurückzuführen. Neuere antivirale Therapien können eine Remission in bis zu 90 % der Fälle erwirken, jedoch bleiben aufgrund des häufig asymptomatischen Verlaufs die überwiegende Mehrzahl der Infektionen unerkannt. Im Rahmen des Europäischen Projekts ‚HepScreen‘, welches grundsätzlich zur Verbesserung der Früherkennung von Hepatitis B & C bei MigrantInnen in der EU beitragen soll, gibt diese Studie eine quantitative Einschätzung über die Anzahl der CHB Fälle unter MigrantInnen der ersten Generation (MEG) in Deutschland, Ungarn, den Niederlanden, Italien, Spanien und Großbritannien.

METHODEN

Die CHB Prävalenzdaten für diese Studie basieren auf einer systematischen Literaturrecherche von Kowdley et.al.. Ziel der Literaturrecherche war die Bestimmung der CHB Prävalenz unter den MEG in den USA. Um die Anzahl der CHB Fälle (für 2009) innerhalb der 5 meist betroffenen MEG-Gruppen in den Studienländern zu ermitteln, wurden die länderspezifischen CHB Prävalenzraten aus der Kowdley Studie mit der Anzahl der im Ausland geborenen Einwanderer aus Mittel- und Hoch-Prävalenzländern (nach WHO) multipliziert.

ERGEBNISSE

Türkische MigrantInnen der ersten Generation tragen mit ca. 80.000 Fällen in Deutschland und ca. 10.500 Fällen in den Niederlanden einen beträchtlichen Teil der CHB Krankheitslast in diesen Ländern. Einwanderer aus Rumänien tragen in erheblichem Maße zur CHB Prävalenz in Ungarn (ca. 14.000), in Italien (49.000) und in Spanien (56.000) bei. Ein großer Anteil der CHB-Betroffenen in Großbritannien sind in Nigeria, Indien, Pakistan, Zimbabwe, und Südafrika geboren, während es in

Italien häufig Einwanderer aus Albanien, Rumänien und China sind.

DISKUSSION

MigrantInnen der ersten Generation tragen einen erheblichen Anteil der CHB Belastung in den Studienländern. Obwohl die Berechnungen sich nur auf das Jahr 2009 beziehen und die Dauer des Aufenthaltes der MigrantInnen im Aufnahmeland nicht berücksichtigt wurde, geben die Ergebnisse einen quantitativen Überblick über die Gruppen, die das höchste Risiko einer chronischen Hepatitis B Infektion tragen. Dieses Wissen könnte helfen, kultursensible Screening Programme zu entwickeln und somit Risiko-Gruppen, gezielt anzusprechen. Des Weiteren könnten diese Daten Mediziner sensibilisieren Migranten mit einem höheren CHB Risiko gezielt zu screenen und somit auch zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in der EU beitragen.

