

Dachverband der  
gehobenen medizinisch-  
technischen Dienste  
Österreichs

## **MTD-Innovationspreis 2015 Die Einreichungen**

Verleihung des MTD-Innovationspreises 2015  
im Rahmen des

**5. MTD-Forums „Gesundheit braucht Bildung“**  
international – interprofessionell – innovativ,  
**am 13. November 2015, FH Campus Wien**

# MTD-Innovationspreis 2015

## Die Einreichungen

## Vorwort

Seit nunmehr gut zehn Jahren erfolgt die Ausbildung zu den sieben Berufen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes an Fachhochschulen und schließt mit dem akademischen Grad des Bakkalaureats (Bachelor of Science in Health Studies) ab. Dies eröffnet den Berufsangehörigen neben einer weiterführenden akademischen Karriere auch das zuvor kaum zugängliche Feld der wissenschaftlichen Forschung im eigenen Berufsfeld. Ein Anreiz, der in den vergangenen Jahren zu einem wahren Boom an höchst interessanten und v.a. im praktischen und/oder theoretischen Umfeld relevanten hoch qualitativen Forschungsprojekten geführt hat.

MTD-Austria hat anlässlich des Jubiläums zum 30-jährigen Bestehen des Dachverbands 2014 beschlossen, zu dieser „Sichtbarmachung“ wissenschaftlichen Engagements beizutragen und den MTD-Innovationspreis ins Leben gerufen. 2015 wird der MTD-Innovationspreis, der mit insgesamt € 3.000 dotiert ist, zum zweiten Mal verliehen und – wie schon im letzten Jahr – wurde eine beachtliche Vielfalt an prämiierungswürdigen Projekten eingereicht, die von einer fünfköpfigen Expertinnen-Jury nach strengen Kriterien bewertet wurden.

Den Mitgliedern der Jury, die sich aus namhaften und erfahrenen ExpertInnen aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens zusammensetzt, sei an dieser Stelle besonderer Dank ausgesprochen!

Weiterer Dank gebührt den vielen engagierten MTD-Berufsangehörigen, die mit der Einreichung Ihrer Projekte dafür sorgen, dass die immense Vielfalt an Forschungsaktivitäten in diesen Berufsfeldern aufgezeigt wird, und die damit das enorme noch schlummernde oder noch nicht veröffentlichte Potential, das damit ja nur angedeutet werden kann, im Gesundheitswesen spüren lassen.

Der MTD-Innovationspreis 2015 prämiert Projekte, die sich in herausragender Weise im internationalen Umfeld, oder in interprofessionellem Kontext, oder in anderer Weise für das jeweilige Berufsfeld als besonders innovativ erwiesen haben. Von den vielen Einreichungen, die uns bis zum Einsendeschluss erreicht haben, sind aus Sicht des Dachverbands alle würdig, als Beispiel für die akademische Dynamik innerhalb der gehobenen MTD-Berufe hervorgehoben zu werden. Da es jedoch nicht möglich ist, alle Einreichungen zu prämiieren und der MTD-Innovationspreis ja auch als Wettbewerb konzipiert ist, war es uns ein besonderes Anliegen, neben den Gewinnern auch den vielen Einreichungen, die oft nur um Haaresbreite eine Top-Platzierung verfehlt haben, zu ehren oder zu würdigen. Dies haben wir in Form der vorliegenden Publikation umgesetzt. Nicht ohne Stolz darf ich Ihnen, werte Leser, hiermit die Einreichungen zum MTD-Innovationspreis 2015 vorstellen und wünsche Ihnen dabei erkenntnisreiche Momente.

Herzliche Grüße



Gabriele Jaksch, Präsidentin MTD-Austria

## Der MTD-Innovationspreis 2015

Der MTD-Innovationspreis, der 2015 zum zweiten Mal vergeben wird, dient auch heuer wieder der Auszeichnung besonders gelungener, vorbildhafter und zukunftsweisender Projekte, Arbeiten, Best-Practise Beispiele, Lehr- und Lernkonzepte, sowohl intra- als auch extramural, in Prävention, Therapie oder Gesundheitsförderung. Ziel ist es, das breite Spektrum medizinisch-technischen Forschungsinteresses aufzuzeigen und damit v.a. zweierlei zu unterstreichen: *einerseits* die steigende Bedeutung der professionellen Gesundheitsberufe (Health Professionals), die zwingend in Veränderungen im Gesundheitswesen münden wird, was ohne ein engmaschiges Netz der diagnostisch, therapeutisch, palliativ und rehabilitativ tätigen MTD-Berufe nicht denkbar ist! International genießen die von MTD-Austria vertretenen sieben Berufsgruppen längst den dieser Rolle angemessenen Stellenwert innerhalb der Gesundheitssysteme, hier muss Österreich endlich nachbessern. Beispielsweise gilt es, in der primären Kontaktphase zwischen PatientIn und Gesundheitssystem, die ÄrztIn zu entlasten, sodass die evidente, ausdünnende ÄrztlInnendichte insbes. in der regionalen Peripherie nicht zu einem Versorgungsproblem wird. Aus diesen guten Gründen ist auch die Forschung rund um die PatientInnen international typischerweise multiprofessionell aufgestellt, immer die jeweiligen MTD-Sparten miteinbeziehend. Dieser Modus findet in Österreich nur vereinzelt statt. Umso erfreulicher ist es, mit welchem hohem Engagement die MTD-Berufe eigene Forschungsprojekte vorantreiben. *Ferner* werten wir eben diese Entwicklungen als unmissverständlichen Hinweis darauf, dass die Durchlässigkeit der Bolognastruktur in Richtung berufeigenen bundesfinanzierten Master und PhD (wie ebenfalls international längst üblich) auch in Österreich überfällig ist. Ein Auftrag, den der Dachverband schon lange mit Nachdruck verfolgt.

Die Voraussetzung für die Teilnahme am MTD-Innovationspreis 2015 war, wie auch im letzten Jahr, dass das Projekt von MTD-Berufsangehörigen umgesetzt oder maßgeblich mitgestaltet wurde, wenn es sich beim Einreicher um ein Team oder um eine Institution handelt. Die eingereichten Projekte mussten sich heuer nach Gesichtspunkten der *Interprofessionalität* und/oder der *Internationalität* und/oder dem Grad der *Innovation* messen und zuordnen lassen und sich einer strengen Bewertung von Kriterien wie *Relevanz des Projektes, Klarheit der Fragestellung/Zielsetzung, Klarheit und Plausibilität der Methodik, Berücksichtigung ethischer Aspekte und Schlüssigkeit der Ergebnisse* stellen, die von einer fünfköpfigen unabhängigen Jury vorgenommen wurde, deren Mitglieder im Gesundheitswesen Expertenstatus genießen und mit der Beurteilung von Forschungsarbeiten vertraut sind. Die von der Jury gekürten besten drei Projekte werden im Zuge des MTD-Forums vorgestellt und mittels Publikumsvoting geehrt. Das Ergebnis des Publikumsvotings entscheidet also letztlich über Platz 1, 2 und 3 (Details zu den Teilnahmebedingungen finden sich auf der Homepage von MTD-Austria).

Die Veröffentlichung der Kurzfassungen aller eingereichten Projekte erfolgt mit Einverständnis der EinreicherInnen auch auf den Homepages des Dachverbands und der MTD-Berufsverbände.

# Inhalt

## MTD-Innovationspreis 2015 Die Einreichungen

**Vorwort 3**

**Der MTD-Innovationspreis 2015 5**

**Screening auf Mangelernährung als Teil der interdisziplinären onkologischen Therapie 9**

Katharina Auer  
MTD-Berufsgruppe: Diätologie

**Die Vermittlung von evidenzbasiertem, physiotherapeutischem Wissen in der praktischen Ausbildung 16**

Heike Bauer-Horvath  
MTD-Berufsgruppe: Physiotherapie

**Projekt WiLLI: Wilhelminenspital Lebenslanges Lernen Interdisziplinär 26**

Hedwig P. Czech  
MTD-Berufsgruppe: Radiologietechnologie

**EAT4FUN ONLINE OG – Individuelles Online-Abnehmcoaching für Ihr Wohlfühlgewicht 31**

EAT4FUN ONLINE OG, Alexander Osl, Richard Gaun  
MTD-Berufsgruppe: Diätologie

**FODMAP-arme Diät 34**

Anna M. Eisenberger, für den Arbeitskreis FODMAP-arme Diät  
MTD-Berufsgruppe: Diätologie

**A Comparative Transnational Study in Health Literacy between Austria and Portugal 38**

Ulrike Fötschl, Gerald Lirk, Anabela Correia Martins, Isabel Andrade, Fernando Mendes, Gertie Janneke Oostingh  
MTD-Berufsgruppe: Biomedizinische Analytik / Biomedical Laboratory Science

**Der Einfluss unterschiedlicher Schulungsmodelle auf das Ernährungswissen von MitarbeiterInnen in Pflegeheimen in der Steiermark 41**

Daniela Gmeindl-Tscherner  
MTD-Berufsgruppe: Diätologie

**Optimierung von Ambulanzorganisation und Wartezeit am Beispiel der Univ.-Klinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen in Innsbruck 47**

Lisa-Maria Grießer  
MTD-Berufsgruppe: Logopädie

**Handling, Fortbewegung und Transport von Säuglingen und Kleinkindern 54**

Marlies Gruber  
MTD-Berufsgruppe: Ergotherapie

**Smarte Ernährungsberatung 57**

Sonja Grünzweil  
MTD-Berufsgruppe: Diätologie

**„Innerer Schweinehund – Adé“ 64**

Cornelia Hölzl  
MTD-Berufsgruppe: Diätologie  
Team der Gesundheitsberatung: Marion Platter, Alexandra Huber, Markus Hofer, Stefan Höfer

**SONIGait: A wireless instrumented insole device for real-time sonification of gait 71**

Fachhochschule St. Pölten, Institut für Creative\Media/Technologies; CARMA Research Group (Horsak, B., Doppler, J., Gorgas, A-M., Kiselka, A., Dlapka, R., Gradl, C., Siragy, T. & Iber, M.)  
MTD-Berufsgruppe: Physiotherapie

**Interprofessionalität in der Bachelorausbildung von MTD Berufen und den Hebammen in Österreich 72**

Emil Igelsböck, FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH  
MTD-Berufsgruppe: Physiotherapie

**X-Site – Student Interprofessional Teaching Experience 76**

Alexandra Kolm, Anita Kiselka  
MTD-Berufsgruppe: Diätologie und Physiotherapie

**Tales of Taste 80**

Barbara Kohlmaier  
MTD-Berufsgruppe: Diätologie

**GangAnalyse Interaktiv Trainieren 84**

Kerstin Lampel, Brian Horsak, Andreas Stübler, (Fachhochschule St. Pölten) und Jakob Doppler, Christian Gradl (Institut für Creative\Media/Technologies)  
MTD-Berufsgruppe: Physiotherapie

**Joint Master Degree in Biomedical Laboratory Sciences (MARBLE) 88**

Christine Schnabl, Veronika Stefanik, Steve Meaney, Fernando Mendes,  
Armando Caseiro, Camilla Hesse, Marie Culliton  
MTD-Berufsgruppe: Biomedizinische Analytik / Biomedical Laboratory Science

**Gesundheitsförderung im Klassenzimmer 92**

Carmen Gneis, Kathrin Neuditschko, Yvonne Schwarz  
MTD-Berufsgruppe: Ergotherapie

**Health Perception Lab 99**

Elisabeth Pail, Bianca Neuhold, Monika Riederer, Moenie van der Kleyn, Marie Peterseil,  
Wolfgang Gunzer, Heidrun Jahnelt, Anna Maria Rath, Natascha Schweighofer,  
Eva Lederer, Irmgard Waldner, Marlies Wallner, Susanne Maunz  
MTD-Berufsgruppe: Diätologie, Biomedizinische Analytik, (Hebammenwesen)

**Evaluation des Aufnahmeverfahrens am Studiengang „Logopädie“ 103**

Verena Granitzer, Antonia Mühlthaler, Angelika Rother  
MTD-Berufsgruppe: Logopädie

**RT / DGKS Netzwerk 106**

Andrea Schukeld, SMZ Süd KFJ IRO  
MTD-Berufsgruppe: Radiologietechnologie (DGKS Netzwerk)

**Ein Praktikum in der Gesundheitsförderung/Prävention des OWS/OWP 109**

Markus Schwarz, Otto-Wagner-Spital und FH Campus Wien  
MTD-Berufsgruppe: Physiotherapie

**Prävention und Gesundheitsförderung als Arbeits- und Forschungsfelder der Physiotherapie 112**

Johanna Strempl  
MTD-Berufsgruppe: Physiotherapie

**Ein Leitfaden zur Erhebung des psychosozialen Status im Setting Schule als Ausgangspunkt für gesundheitsfördernde Angebote durch ErgotherapeutInnen 119**

Christina Dinshobl, Katharina Taferner  
MTD-Berufsgruppe: Ergotherapie

**Die erste interdisziplinäre Tracheostoma Fachambulanz in Österreich 125**

Maria-Magdalena Wetzinger, Landeskrankenhaus Feldkirch  
MTD-Berufsgruppe: Diätologie

# Screening auf Mangelernährung als Teil der interdisziplinären onkologischen Therapie

Beurteilung der Validität des Vinzenz Ernährungsscreening Tools (VEST) für TumorpatientInnen im Vergleich zum „Patient-Generated Subjective Global Assessment“ und zum „Nutritional Risk Screening 2002“

**Katharina Auer**

**MTD-Berufsgruppe:  
Diätologie**

Mangelernährung führt bei onkologischen PatientInnen zu einer kürzeren Lebenserwartung und reduzierter Toleranz der antitumoralen Therapie, daher ist eine valide Früherkennung wesentlich für den Therapieerfolg. Das Vinzenz Ernährungsscreening Tool (VEST) ist ein Mangelernährungsscreening, das **interprofessionell** durchgeführt wird und in vielen Häusern der Vinzenz Gruppe täglich Einsatz findet. Bisher gab es keine Studien zu dessen Validität. Ziel dieser Pilotstudie war die Überprüfung der Kriteriumsvalidität des VEST. In dieser prospektiven Beobachtungsstudie wurde bei stationären PatientInnen mit malignen Tumoren der Ernährungsstatus mit dem VEST und dem gescorten Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) sowie dem Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) als Goldstandards erhoben und die Ergebnisse miteinander verglichen. Die Kriteriumsvalidität wurde statistisch berechnet.

Die Prävalenz für Mangelernährung in dieser Stichprobe (n = 70) liegt bei 47, 48 und 34 Prozent (PG-SGA, VEST und NRS 2002). 56 Prozent der PatientInnen klagten über Probleme, die einen negativen Einfluss auf die Nahrungszufuhr hatten. Die Kriteriumsvalidität des VEST wurde mit einer Sensitivität und Spezifität von jeweils 76 Prozent im Vergleich zum Goldstandard bei Assessments, dem PG-SGA, berechnet. Im Vergleich zum NRS 2002 als Goldstandard bei Ernährungsscreenings liegen die Ergebnisse der Sensitivität und Spezifität bei 96 Prozent und 76 Prozent.

Die ersten Ergebnisse dieser Pilotstudie zeigen, dass das VEST ein valides Instrument zur Erhebung des Ernährungszustandes von onkologischen PatientInnen darstellt und für den klinischen Einsatz gute und ausreichende Ergebnisse im Vergleich zu den Goldstandards liefert. Weiters zeigt die Auswertung den **intensiven diätologischen Betreuungsbedarf** onkologischer PatientInnen. Ein valides Ernährungsscreening stellt in vielen Fällen den Grundstein der Einleitung einer Ernährungstherapie dar.

## Einleitung

Die Europäische Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN), die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), die Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE) und mehrere europäische Aktionsgruppen versuchen seit Jahren, das Thema Mangelernährung in den Fokus des öffentlichen Interesses zu rücken. Es wird im Gesundheitswesen nach wie vor wenig beachtet und die potenziellen Folgen werden häufig unterschätzt (Langenbach, 2011; Lochs, 2010). Diese Problematik in Krankenhäusern wurde in den letzten Jahren politisch in der sehr detaillierten Resolution „ResAP“ 2003 über „die Verpflegung und Ernährungsversorgung in Krankenhäusern“ des Europarats und Ministerkomitees erstmals aufgegriffen. Auf Grund der längeren Krankenhausaufenthaltsdauer, der ausgedehnteren Rehabilitationsdauer, der reduzierten Lebensqualität und damit verbundenen höheren Kosten von mangelernährten PatientInnen besteht auf europaweiter Ebene Handlungsbedarf. Ziel dieser Resolution ist, „der unakzeptabel hohen Zahl mangelernährter KrankenhauspatientInnen in Europa“ entgegenzuwirken. Sie gibt klare Handlungsanweisungen, welche Maßnahmen zur Behandlung und Prävention der alters- und krankheitsassoziierten Mangelernährung getroffen werden sollen (Europarat, 2003). Auch andere nationale und europaweite Gremien haben diese Thematik aufgegriffen. In Österreich wird im Nationalen Aktionsplan Ernährung (nap.e) des Österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit auf die Bedeutung hingewiesen und das Einführen eines strukturierten Screenings auf Mangelernährung empfohlen (Lehner, Sgarabottolo & Zilberszac, 2013). In einer europaweiten Querschnittstudie wurde im Rahmen des jährlich stattfindenden NutritionDays 2007 und 2008 der Ernährungsstatus von 21.007 PatientInnen auf 1217 Stationen in 325 Krankenhäusern erfasst. Hier wurde festgestellt, dass im Durchschnitt 52 Prozent (Range 21-73 Prozent) der Krankenhausstationen ein Ernährungsscreening zur Erhebung des Ernährungsstatus durchführen. In Österreich wird nur auf **jeder dritten Station** routinemäßig ein Mangelernährungsscreening bei stationärer Aufnahme erhoben (Schindler et al., 2010).

Der oft sehr große und ungewollte tumorassoziierte Gewichtsverlust bei KrebspatientInnen ist ein wesentliches Symptom der onkologischen Erkrankung. Bei PatientInnen mit Gewichtsverlust treten häufiger Nebenwirkungen der Chemotherapie auf. Da die Dosierung der Chemotherapie in der Regel an das aktuelle Körpergewicht angepasst wird, erhalten mangelernährte PatientInnen initial bereits geringere Zytostatika-Dosierungen. Trotzdem treten signifikant öfter Nebenwirkungen auf, die zu einer weiteren Dosisreduzierung führen. Im Durchschnitt müssen diese PatientInnen auf Grund der Nebenwirkungen und des reduzierten physischen Zustandes die antitumorale Therapie ein Monat früher abbrechen. Der Gewichtsverlust korreliert außerdem mit kürzerer Lebenserwartung und kürzeren beschwerdefreien Zeiträumen (Andreyev, Norman, Oates & Cunningham, 1998). Mangelernährung hat einen negativen Einfluss auf die Wundheilung und das Immunsystem. Infektbedingte Komplikationen treten häufiger auf als bei gut ernährten PatientInnen. Durch das schwierigere Komplikationsmanagement bleiben die Erkrankten um bis zu 40-70 Prozent länger im Krankenhaus, was sich wiederum in den höheren Behandlungskosten widerspiegelt (Norman, Pichard, Lochs & Pirlich, 2008). Anders als beim Hungerstoffwechsel verlieren PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen in erster Linie Muskelmasse und bauen weniger Fettmasse ab (Arends, 2011).

Kachexie/Mangelernährung wird als **partiell zu vermeidendes Syndrom** gesehen. Sie tritt nicht erst in stark fortgeschrittenen Tumorstadien auf, sondern wird auch in frühen Stadien beobachtet. Durch einen ehestmöglichen Beginn der pharmakologischen und ernährungstherapeutischen Intervention kann das Auftreten von Mangelernährung und Kachexie verzögert werden (Arends et al., 2006). Die zytokininduzierten Stoffwechseleränderungen verhindern bei kachektischen PatientInnen den Wiederaufbau des bereits verlorenen Proteins. Der **Früherkennung durch valide Screeningverfahren** und der Prävention kommt folglich besondere Bedeutung zu (Arends et al., 2006; Bozzetti et al., 2009; Cederholm et al., 2015).

In den letzten Jahrzehnten haben Ernährungsscreenings auf Grund der guten klinischen Praktikabilität zu mehr Akzeptanz gefunden. Mangelernährungsscreenings kombinieren und werten Komponenten wie Gewichtsverlust, Body-Mass-Index, Probleme bei der Nahrungszufuhr (Appetitverlust, reduzierte Nahrungszufuhr) und Krankheitsschwere. Der Hauptnutzen der Screeningverfahren liegt in der Detektion und Früherkennung eines Risikos für Mangelernährung. Darauf folgend werden bei RisikopatientInnen durch eine klinische Untersuchung und ein Ernährungsassessment, meist von einer Diätologin, die zugrunde liegenden Ursachen ermittelt und eine individuelle Ernährungstherapie dementsprechend geplant. Die Effizienz einer früh begonnenen Ernährungstherapie, bevor Protein- und Energiereserven abgebaut wurden, ist besser als zu einem späteren Zeitpunkt. Laut einem aktuellen Statement der Europäischen Gesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) sollen Ernährungsscreenings verpflichtend in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eingeführt werden, da bei PatientInnen mit akuten und chronischen Erkrankungen ein hohes Risiko für die Entwicklung von Ernährungsdefiziten besteht. Es werden in diesem Statement keine bestimmten Screeningverfahren empfohlen. Voraussetzung für die Implementierung ist die festgestellte Validität für das Screening im verwendete Setting (Cederholm et al., 2015).

Das Ernährungsteam des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Linz, ein Spital der Vinzenz Gruppe, entwickelte angelehnt an das „Grazer Screening“ das Ernährungsscreening „Vinzenz Ernährungsscreening Tool (VEST)“. Ziel war es, der Mangelernährung im Krankenhaus aktiv durch rechtzeitiges Erkennen und frühen Therapiebeginn entgegenzuwirken (Sieber, 2010). Seither findet dieses Screening in vielen Krankenhäusern der Vinzenz Gruppe Anwendung, so auch im St. Josef-Krankenhaus in Wien: Seit 2012 wird bei allen PatientInnen am Tag der stationären Aufnahme innerhalb von 24 Stunden der Ernährungsstatus interprofessionell erhoben. Die Verantwortung für die Durchführung des elektronischen VEST obliegt den Dipl. Gesunden- und KrankenpflegerInnen. Die erhobenen Daten werden in das elektronische, in der Patientenübersicht klar dargestellte Tool eingetragen. Die Screeningergebnisse werden bei der Visite im **Behandlungsteam** besprochen und das weitere Vorgehen überlegt. Es ist möglich, direkt über das VEST eine ärztliche Zuweisung an die Abteilung Diätologie zu senden. Der Diätologe/die Diätologin führt bei RisikopatientInnen ein detailliertes Assessment durch. Weitere Handlungsanweisungen, die hausintern in Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen der **ÄrztInnen, Dipl. Gesunden- und KrankenpflegerInnen, PflegehelferInnen** und **DiätologInnen** in einer eigenen Richtlinie festgelegt wurden, sind das

Führen eines Tellerprotokolles, die Verordnung einer enteralen oder parenteralen Ernährung, zweimal wöchentlich eine Gewichtskontrolle sowie die Suche nach der Ursache des reduzierten Ernährungszustandes. Hierzu zählt auch, die gute Versorgung zu Hause durch entsprechendes **Entlassungsmanagement** zu organisieren oder bei psychischen Ursachen die PsychologInnen/PsychotherapeutInnen zu kontaktieren. Zum Erhalt der Muskulatur und Förderung des Muskelaufbaus werden die PhysiotherapeutInnen hinzugezogen. Durch das Einführen des Screenings wird Mangelernährung als Problem wahrgenommen. Dies zeigt sich auch in den Anforderungszahlen – die Anzahl der Zuweisungen an die Abteilung Diätologie hat sich seit der Einführung des VEST um mehr als 50 Prozent erhöht.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein effektives, valides Mangelernährungsscreening und frühe Erkennung der Defizite sinnvoll sind und in weiterer Folge das Outcome der PatientInnen positiv beeinflussen (Huhmann & August, 2008).

### Fragestellung

Das Vinzenz Ernährungsscreening Tool (VEST) wird derzeit täglich in mehreren Häusern der Vinzenz Gruppen zur Erfassung des Mangelernährungsrisikos verwendet. Bisher gab es noch keine Studien zu dessen Gütekriterien. Voraussetzung für die Implementierung jedes Mangelernährungsscreenings ist die festgestellte Validität im dafür vorgesehenen Anwendungssetting (Cederholm et al., 2015). Ziel dieser Arbeit ist die Überprüfung der Kriteriumsvalidität des VEST im Vergleich zum Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) und dem Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) bei onkologischen PatientInnen im stationären Bereich. Diese Arbeit soll erste Ergebnisse liefern, ob das VEST ein valides Instrument zur Erfassung der Mangelernährung bei onkologischen PatientInnen darstellt.

### Methode

Als Basis der statistischen Auswertung fungiert eine quantitative, prospektive Beobachtungsstudie mit 70 onkologischen PatientInnen im St. Josef-Krankenhaus in Wien. Die Kriteriumsvalidität des VEST wird dargestellt durch dessen Übereinstimmungsvalidität (Sensitivität, Spezifität, Cohens Kappa-Koeffizient = $k$  und Intraclass Correlation Coefficient = ICC) und durch die positive (PPV) und negative (NPV) prognostische Validität (predictive validity). Die Autorin führte bei PatientInnen, die die Einschlusskriterien erfüllten, die Befragung zur Erhebung des Ernährungszustandes mit dem gescorten PG-SGA und dem NRS 2002 als Goldstandards im Vergleich zu den Ergebnissen des VEST durch. Diese Untersuchung schloss PatientInnen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit malignen Tumoren unter laufender Chemotherapie ein. PatientInnen, die nicht ausreichend deutsch sprachen, mussten aus der Studie ausgeschlossen werden, da diese weder die Einverständniserklärung noch den ersten Teil des PG-SGA selber ausfüllen konnten. Ein weiteres Ausschlusskriterium war ein terminales Krankheitsstadium, da ein positives Screening- und Assessmentergebnis ohne therapeutische Konsequenz bleiben würde und eine Gewichtskontrolle körperlich nicht zumutbar ist. Weiters wurden Patientinnen mit einer bestehenden Schwangerschaft nicht untersucht, da hier der Gewichtsverlauf durch die Gravidität beeinflusst wird und daher keine Aussagekraft hat.

Die inkludierten StudienteilnehmerInnen sollen die Grundgesamtheit der Population widerspiegeln, in der das Ernährungstool im Alltag Einsatz findet. Im St. Josef-Krankenhaus liegen Schwerpunkte in der Behandlung von Darmkrebs (Colon- und Rektumkarzinome), Brustkrebs (Mammakarzinome), Magen- und Speiseröhrenkrebs (Magen- und Ösophaguskarzinome). Die Charakteristika der ProbandInnen werden in folgender Tabelle angeführt:

<b>PatientInnen (% , n)</b>	<b>100 (70)</b>
<b>Geschlecht (% , n)</b>	
männlich	49 (34)
weiblich	51 (36)
<b>Alter gesamt: Mittelwert (SD, range)</b>	66 (11,7; 38–89)
Alter w: Mittelwert (SD, range)	64 (12,4; 39–89)
Alter m: Mittelwert (SD, range)	68 (10,7; 38–86)
<b>Tumorentität (% , n)</b>	
Colon	47,1 (33)
Magen und Ösophagus	17,1 (12)
Sonstiges	13 (9)
Pankreas	11,4 (8)
Mamma	11,4 (8)
<b>Therapieansatz (% , n)</b>	
Kurativer Ansatz	31 (22)
Palliativer Ansatz	69 (48)
<b>Anzahl Therapiezyklen: Mittelwert (SD, range)</b>	10 (8,4; 1–36)
<b>Aktuelles Gewicht in kg: Mittelwert (SD, range)</b>	74 (18,9; 41–155)
<b>Gewicht in kg Männer: Mittelwert (SD, range)</b>	80,8 (20,6; 48–155)
<b>Gewicht in kg Frauen: Mittelwert (SD, range)</b>	67,1 (14,7; 41–98)
<b>Body-Mass-Index (kg/m<sup>2</sup>): Mittelwert (SD, range)</b>	25,7 (5,4; 16–45)

Bevor die Befragung zur Evaluierung des VEST starten konnte, wurde die Freigabe durch die Ethikkommission des St. Josef-Krankenhauses eingeholt. Die PatientInnen wurden schriftlich und mündlich über die Inhalte und Ziele der Pilotstudie informiert.

## Berufliche Relevanz

Im St. Josef-Krankenhaus stieg die Anzahl an ärztlichen Zuweisungen an die Abteilung Diätologie nach Einführung des VEST um das Doppelte an. Auf Basis dieser Stichprobe lassen die ersten Ergebnisse darauf schließen, dass auch der weitere Einsatz des Vinzenz Ernährungsscreening Tools im Krankenhaus auf onkologischen Abteilungen eine ausreichende Unterscheidung der RisikopatientInnen von den gut ernährten PatientInnen zulässt. Es ist einfach und rasch interdisziplinär durchzuführen und Bedarf nur einer kurzen Einschulung.

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie zeigen den hohen diätologischen Betreuungsbedarf onkologischer PatientInnen – mehr als die Hälfte hat ernährungsrelevante Therapienebenwirkungen und isst deutlich reduzierte Portionsgrößen. Die sekundären Ursachen der Mangelernährung können ernährungstherapeutisch behandelt werden. Ob ein/e PatientIn mit Krebs unter laufender, antitumoraler Behandlung ausreichend mit Nährstoffen versorgt ist, hat einen Therapieeinfluss.

Nach Schindler et al. (2010) werden in Österreich nur bei einem Drittel der neu aufgenommenen PatientInnen im Krankenhaus Ernährungsscreenings durchgeführt. Europaweit wird in ca. 50 Prozent der Fälle der Ernährungsstatus routinemäßig erhoben – Österreich liegt somit deutlich unter dem Durchschnitt. Hier zeigt sich ein wesentlicher Aufholbedarf. Die Einführung von validen Mangelernährungsscreenings verdeutlicht den Bedarf an DiätologInnen im stationären Setting und ist daher auch aus **berufspolitischer Sicht** interessant.

## Ergebnisse

Die hohe Prävalenz von Mangelernährung wurde auch in dieser Pilotstudie sichtbar – 47, 48 und 34 Prozent (PG-SGA, VEST und NRS 2002) der PatientInnen hatten ein Risiko für Mangelernährung, moderate oder bereits eine manifeste Mangelernährung. Über 50 Prozent der PatientInnen klagten über Probleme, die einen negativen Einfluss auf die Nahrungszufuhr hatten. Die Kriteriumsvalidität des VEST wurde mit einer Sensitivität und Spezifität von 76 Prozent und  $k = 0,51$  ( $p = 0,000$ ),  $ICC = 0,62$  ( $p = 0,000$ ),  $PPV = 0,78$  und  $NPV = 0,73$  im Vergleich zum Goldstandard bei Assessments, dem PG-SGA, berechnet. Im Vergleich zum NRS 2002 als Goldstandard bei Ernährungsscreenings liegen die Ergebnisse der Sensitivität und Spezifität bei 96 Prozent und 76 Prozent und  $k = 0,65$  ( $p = 0,000$ ),  $ICC = 0,651$  ( $p = 0,000$ ),  $PPV = 0,82$  und  $NPV = 0,94$ . In Zusammenschau der Resultate, die auf Basis dieser Pilotstudie berechnet wurden, lässt sich feststellen, dass sich das VEST als valides Tool zur Erfassung des Ernährungsstatus onkologischer PatientInnen eignet. Es liefert für den klinischen Einsatz gute und ausreichende Ergebnisse im Vergleich zu den Goldstandards und entsprechend der vorab festgelegten Grenzwerte.

## Referenzen/Literatur

- Andreyev, H. J. N., Norman, A. R., Oates, J. & Cunningham, D. (1998). Why do Patients with Weight Loss have a Worse Outcome when Undergoing Chemotherapy for Gastrointestinal Malignancies? *European Journal of Cancer*, 34(4), 503–509.
- Arends, J. (2011). Onkologie, Tumorpatienten. In *Unter- und Mangelernährung – Klinik- moderne Therapie- strategien – Budgetrelevanz* (pp. 266 – 267). Stuttgart.
- Arends, J., Bodoky, G., Bozzetti, F., Fearon, K., Muscaritoli, M., Selga, G., ... Zander, A. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clinical Nutrition*, 25(2), 245–259. doi:10.1016/j.clnu.2006.01.020
- Bozzetti, F., Arends, J., Lundholm, K., Micklewright, A., Zurcher, G. & Muscaritoli, M. (2009). ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clinical Nutrition*, 28(4), 445–454. doi:10.1016/j.clnu.2009.04.011
- Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzoni, R., Bauer, J., Van Gossum, A., Klek, S., ... Singer, P. (2015). Diagnostic criteria for malnutrition – An ESPEN consensus statement. *Clinical Nutrition*, 1–6. doi:10.1016/j.clnu.2015.03.001
- Europarat. (2003). Resolution ResAP (2003)3 über die Verpflegung und Ernährungsversorgung in Krankenhäusern. Retrieved from [http://ake-nutrition.at/uploads/media/Resolution\\_ResAP\\_2003\\_3\\_deutsch.pdf](http://ake-nutrition.at/uploads/media/Resolution_ResAP_2003_3_deutsch.pdf)
- Huhmann, M. B. & August, D. A. (2008). Review of American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Clinical Guidelines for Nutrition Support in Cancer Patients: Nutrition Screening and Assessment. *Nutrition in Clinical Practice*, 23(2), 182–188. doi:10.1177/0884533608314530
- Langenbach, M. (2011). Neurologische und psychosomatische Erkrankungen. In C. Löser (Ed.), *Unter- und Mangelernährung – Klinik- moderne Therapiestrategien – Budgetrelevanz* (pp. 302–311). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Lehner, P., Sgarabottolo, V. & Zilberszac, A. (2013). Nationaler Aktionsplan Ernährung. Retrieved from [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/5/8/CH1046/CMS1378816554856/nap.e\\_20130909.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/5/8/CH1046/CMS1378816554856/nap.e_20130909.pdf)
- Lochs, H. (2010). Mangelernährung – Wirklich eine Herausforderung für unser Gesundheitswesen? In A. Weimann, T. Schütz, & H. Lochs (Eds.), *Krankheitsbedingte Mangelernährung – Eine Herausforderung für unser Gesundheitswesen?* (pp. 13, 14). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Norman, K., Pichard, C., Lochs, H. & Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 27(1), 5–15. doi:10.1016/j.clnu.2007.10.007
- Schindler, K., Pernicka, E., Laviano, A., Howard, P., Schütz, T., Bauer, P., ... Hiesmayr, M. (2010). How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: A survey of 21,007 patients findings from the 2007–2008 cross-sectional nutritionDay survey. *Clinical Nutrition*, 29(5), 552–559. doi:10.1016/j.clnu.2010.04.001
- Sieber, W. (2010). Ernährung – ein wichtiger Teil der Therapie! *Journal Für Ernährungsmedizin*, 12(4), 29–31.

# Die Vermittlung von evidenzbasiertem, physiotherapeutischem Wissen in der praktischen Ausbildung

Eine Erhebung von qualitätssichernden Maßnahmen für die Praktikumsanleitung am Beispiel der Physiotherapie

**Heike Bauer-Horvath**

**MTD-Berufsgruppe:  
Physiotherapie**

## **Problemstellung:**

Der Weltverband der Physiotherapeuten (WCPT) hat sich als Reaktion auf die zunehmende Forderung nach mehr Qualität im Gesundheitswesen zum Ziel gesetzt, die physiotherapeutischen Leistungen über auf Evidenz basierende Standards in der Ausbildung und Praxis kontinuierlich zu verbessern. In Österreich sind die für die Ausbildung zuständigen Fachhochschulen gefordert, diese Vorgaben in der theoretischen und praktischen Ausbildung umzusetzen. Dies setzt eine enge und koordinierte Kooperation mit den Praktikumsanleiterinnen und Praktikumsanleitern voraus, die aufgefordert ist, in realen Therapiesituationen den Studierenden physiotherapeutische Fertigkeiten nach dem aktuellsten Stand des Wissens zu vermitteln. Aber die Praktikumsanleiterinnen und Praktikumsanleiter dürften nicht ausreichend ausgebildet sein, um diese Erwartungen zu erfüllen.

Ziel dieser Forschungsarbeit ist die Erhebung von qualitätssichernden Maßnahmen, die die Praktikumsanleiterinnen und Praktikumsanleiter in der Vermittlung von evidenzbasiertem, physiotherapeutischem Wissen unterstützen und den Wissenstransfer von der Hochschule in die Praxis erleichtern.

## **Methodik:**

Der theoretische Teil erfolgte auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche. Die aus der Theorie abgeleiteten Ergebnisse wurden in Form von leitfadenunterstützten Interviews, die mit sechs Praktikumsanleiterinnen für Physiotherapie durchgeführt wurden, diskutiert und zusammengeführt.

## **Ergebnisse:**

Ausgehend vom aktuellen Prozess der Wissensvermittlung von evidenzbasiertem, physiotherapeutischem Wissen in der praktischen Ausbildung wurde aus den Schnittstellenergebnissen von Theorie und Empirie ein Katalog an Maßnahmen entwickelt, die die Praktikumsanleiterinnen und Praktikumsanleiter unterstützen sollen, den Wissenstransfer von der Theorie in die Praxis qualitätssichernd umzusetzen.

### Schlussfolgerungen:

Die Implementierung dieser Maßnahmen in enger Kooperation mit den Gesundheitseinrichtungen könnte einen maßgeblichen Beitrag zur Sicherung der Ausbildungs- und Behandlungsqualität in Österreich leisten.

### Schlagwörter:

Qualitätssicherung, evidenzbasierte Praxis in der Physiotherapie, praktische Ausbildung, Wissensvermittlung, Wissenstransfer.

## Einleitung

Mit der Einführung der evidenzbasierten Medizin (EBM) Mitte der 1990er Jahre wird in der Behandlung von Patientinnen und Patienten ein wissenschaftlicher Nachweis der Effizienz und der Wirksamkeit von Methoden gefordert, mit dem Ziel Qualität zu sichern. Zudem wird eine Standardisierung von Abläufen angestrebt, um die Versorgungsqualität noch weiter optimieren zu können. Die Prozessqualität, die systematisierte Verfahrensweisen und Behandlungsabläufe definiert, und die Ergebnisqualität, die das Outcome beschreibt, rücken daher innerhalb des Qualitätsmanagements in den Mittelpunkt des Interesses.

Auch die World Confederation of Physical Therapy (WCPT) fordert hohe Standards in der physiotherapeutischen Ausbildung und Praxis, um ebenso ihren Beitrag zur Qualitätsverbesserung der weltweiten medizinischen Versorgung zu leisten. In den letzten Jahren wurden zahlreiche Leitlinien entwickelt, allerdings ist international gesehen die Verbreitung in Ländern mit langer Forschungstradition wie den angloamerikanischen Ländern und den Niederlanden viel höher als im deutschsprachigen Raum.

Durchgesetzt hat sich ein strukturiertes Vorgehen nach dem „Physiotherapeutischen Prozess“ (PT Prozess), der die wesentlichen Arbeitsschritte Problemidentifizierung, Planung, Umsetzung und Erfolgskontrolle beinhaltet. Er entspricht den Vorgaben der Prozessqualität und ist mit dem Plan-Do-Check-Act-Zyklus vergleichbar, der im Gesundheitswesen als ein wichtiges Managementinstrument zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung gilt. Im Rahmen des PT Prozesses besteht zudem der Anspruch, auf Nachweise aus Wissenschaft und Praxis zurückzugreifen, die die Grundlage für die Entscheidungsfindung bei der Auswahl von validen Tests und effektiven Behandlungsmaßnahmen bilden.

Eine systematische Suche nach Evidenzen und ihre Integration in die Praxis unter Berücksichtigung der speziellen Situation der Patientin bzw. des Patienten werden als Evidence-based Practice (EBP) bezeichnet. EBP ist eine Problemlösungsstrategie und im physiotherapeutischen Handeln ein zentrales und qualitätssicherndes Element. Daher muss es unbedingt Ziel sein, dass die Studierenden der Bachelorstudiengänge „Physiotherapie“ in ihrer Ausbildung diese Kompetenz erwerben.

Die für die Ausbildung zuständigen Fachhochschulen sind gefordert dafür zu sorgen, dass dieses Ziel über eine koordinierte Verschränkung der theoretischen und praktischen Ausbildung erreicht werden kann. Um erfolgreich zu sein, ist eine enge Ko-

operation zwischen Fachhochschule und den Verantwortlichen für die Betreuung von Studierenden in den Gesundheitseinrichtungen unumgänglich. Dies stellt vor allem für die praktische Ausbildung eine Herausforderung dar, denn sie findet an einem anderen Lernort statt und an ihr sind Personen beteiligt, die unterschiedliche Basisausbildungen, Zusatzqualifikationen und Jahre an Berufs- und Lehrerfahrung mitbringen. Sehr viele österreichische Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten haben eine Grundausbildung absolviert, ohne dass ihnen wissenschaftliche Kompetenzen vermittelt wurden, sodass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Forderung des WCPT in Österreich flächendeckend umgesetzt wird.

Daher ist es naheliegend, dass für die Vermittlung von evidenzbasiertem, physiotherapeutischem Wissen in der praktischen Ausbildung fachlicher, didaktischer und methodischer Unterstützungsbedarf für die Praktikumsanleitung gegeben ist. Es ist Aufgabe der Fachhochschulen, die Praktikumsanleiterinnen und Praktikumsanleiter diesbezüglich zu sensibilisieren und in enger Kooperation mit den Gesundheitseinrichtungen unterstützende Maßnahmen für die Vermittlung von EBP-Wissen in der praktischen Ausbildung anzubieten.

### Fragestellung(en)

1. Wie kann evidenzbasiertes, physiotherapeutisches Wissen in der praktischen Ausbildung vermittelt werden?
  - Wie wird evidenzbasiertes, physiotherapeutisches Wissen von den Praktikumsanleiterinnen und Praktikumsanleitern aktuell vermittelt?
2. Welche Maßnahmen können diesen Prozess qualitätssichernd unterstützen?
  - Welche Ansätze zur Qualitätssicherung gibt es aktuell?

### Methode

Für die empirische Erhebung wurde ein qualitatives Forschungsdesign in Form von Leitfadenterviews mit Expertinnen und Experten gewählt, die persönlich an der jeweiligen Arbeitsstelle der interviewten Person durchgeführt wurden.

Die Fragen des Leitfadens basierten auf der Literaturrecherche im theoretischen Teil und spiegelten die wichtigsten Dimensionen wider, die ausgehend von den Forschungsfragen in der Theorie abgeleitet werden konnten.

Das Charakteristische an einem Interview mit Expertinnen und Experten ist, dass die Personen als Akteure innerhalb eines Prozesses befragt werden. Dies entspricht einer rekonstruierenden Untersuchung, die der Forschung das besondere Wissen der an diesem Prozess beteiligten Personen zugänglich macht.

Im Falle dieser Forschungsarbeit war die Rolle der Expertin bzw. des Experten die der Praktikumsanleitung, die den Studierenden physiotherapeutisches Wissen und physiotherapeutische Fertigkeiten in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten vermittelt. Um mehrere Perspektiven kennenzulernen und dennoch eine Umsetzung im vorgenommenen Zeitrahmen sicherzustellen, wurde eine Stichprobengröße von sechs festgesetzt (n=6).

Folgende Einschlusskriterien wurden für die Auswahl der Expertinnen und Experten definiert:

- mindestens fünf Jahre Erfahrung in der Praktikumsanleitung von Studierenden für Physiotherapie
- wissenschaftliche Grundkenntnisse
- Anstellung in einer Krankenanstalt

Die Datenauswertung der transkribierten Interviews wurde mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring durchgeführt. Sie ermöglicht eine theorie- und regelgeleitete Analyse des Datenmaterials, sodass es über die Bildung von Kategorien systematisch strukturiert werden kann. Das Hauptkategoriensystem wurde analog den Fragen im Interviewleitfaden theoriegeleitet und somit deduktiv festgelegt. Die Subkategorien ergaben sich aus den Antworten der interviewten Personen. Die Aussagen der Expertinnen und Experten wurden über Paraphrasierung, Selektion und Bündelung zusammengefasst und bestimmten Themengebieten zugeordnet.

Jedes Interview wurde zunächst einzeln kategorisiert, dann erst wurde eine Gesamtkategorisierung über alle Interviews erstellt. Dadurch konnten induktiv weitere Kategorien aus dem Datenmaterial abgeleitet werden, die als Subkategorien gemeinsam mit den Hauptkategorien in einem Kategorienschema erfasst wurden. Insgesamt wurden fünf Hauptkategorien definiert, die sich bereits im Leitfaden widerspiegeln, und jeweils zwei bis drei Subkategorien, die aus dem Datenmaterial der Interviews extrahiert wurden. Die Darstellung der empirischen Ergebnisse erfolgte über eine Beschreibung der einzelnen Haupt- und Subkategorien, die interpretiert und mit direkten Zitaten der interviewten Personen verstärkt wurden.

## Berufliche Relevanz

Im European Physiotherapy Benchmark Statement (2003) wird darauf hingewiesen, dass in der physiotherapeutischen Praxis Interventionen angewendet werden sollen, bei denen der wissenschaftliche Beweis der Wirksamkeit vorliegt und die in Form von klinischen Leitlinien sowie von klinischen und berufsbezogenen Standards veröffentlicht sind.

Im Rahmen der praktischen Ausbildung wurde von den Praktikumsanleiterinnen und Praktikumsanleitern durchaus eine Bereitschaft für die Anwendung von EBP und die Vermittlung von EBP-Wissen signalisiert, aber es stellte sich in diesem Zusammenhang auch heraus, dass ein dringender Nachholbedarf für die dafür erforderlichen wissenschaftlichen und methodisch-didaktischen Kompetenzen besteht.

Die Fachhochschule könnte durch die Implementierung von qualitätssichernden Maßnahmen, die die Praktikumsanleitung in der Vermittlung von EBP-Wissen unterstützen und die in enger Kooperation mit den Gesundheitseinrichtungen umgesetzt werden sollen, einen maßgeblichen Beitrag zur Sicherung der Ausbildungsqualität in Österreich leisten.

Zudem könnte sich durch den intensiven Austausch zwischen Fachhochschule und Praxis die große Chance ergeben, dass fachliche Netzwerke mit Hochschullehrenden und klinischen Expertinnen und Experten gegründet werden, die neues EBP-Wissen generieren, das durch die Praktikumsanleiterinnen und Praktikumsanleiter direkt in die Praxis transferiert werden kann. In Zukunft könnten diese Netzwerke zum Beispiel

über die Entwicklung von Leitlinien für gängige Krankheitsbilder maßgeblich an der Sicherung und Optimierung der physiotherapeutischen Behandlungsqualität in Österreich beitragen.

## Ergebnisse

Ausgehend von eingeführten Instrumenten zur Qualitätssicherung und vom derzeitigen Prozess der Wissensvermittlung von evidenzbasiertem, physiotherapeutischem Wissen in der praktischen Ausbildung, die über die Interviews ermittelt wurden, konnte aus den Schnittstellenergebnissen von Theorie und Empirie ein Katalog an Maßnahmen entwickelt werden, die die Praktikumsanleiterinnen und Praktikumsanleiter unterstützen sollen, den Wissenstransfer von der Theorie in die Praxis qualitätssichernd umzusetzen. Folgende qualitätssichernde Maßnahmen wurden zur Unterstützung der Vermittlung von evidenzbasiertem, physiotherapeutischem Wissen in der praktischen Ausbildung aus den Schnittstellen Qualitätsmanagement, Evidence-based Practice und Physiotherapie abgeleitet und zusammengefasst:

- vorbereitendes Lehren von EBP-Fertigkeiten an der Fachhochschule
- definierte Lernziele inklusive Kennzahl und definiertem Zielwert
- Lernaufgaben, Lerntagebuch, Portfolio
- Flussdiagramm zur Darstellung des Theorie-Praxis-Transfers an der Schnittstelle Fachhochschule-Praktikumsstelle
- von der Fachhochschule aus koordinierte Lernortkooperationen mit den Gesundheitseinrichtungen
- Leitfäden und Handbücher für die praktische Ausbildung
- jährliche Konferenzen für Praktikumsanleiterinnen und Praktikumsanleiter
- regelmäßiger Informationsaustausch über Informationstechnologien
- Online-Plattform für Themenbörse
- Zugriff auf FH-Online-Bibliothek und auf relevante Datenbanken
- fachliche Netzwerke zur Generierung von neuem EBP-Wissen
- Journal-Clubs mit dem Ziel der Leitlinienentwicklung
- Workshops zu Clinical-Reasoning und didaktischen Methoden
- spezielle EBP-Workshops

## Referenzen/Literatur

Bernhardsson, S., Johansson, K., Nilsen, P., Öberg, B. & Larsson, M.E.H. (2014). Determinants of Guideline Use in Primary Care Physical Therapy: A Cross-Sectional Survey of Attitudes, Knowledge, and Behavior. *Physical Therapy*, 94 (3), S. 343-354. Verfügbar unter: <http://www.physicaltherapyjournal.com/content/94/3/343.full.pdf+html> [20.06.2015]

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Bräuer, M. & Roesner, A. (2015). Von der Evidenz zur Empfehlung: Mit „GRADE“ die wirksamste Behandlung finden. *Physiopraxis*, 13 (4), S. 16-17.

Burls, A. (2009). What is critical appraisal. What is...?series, 2nd Edition (NPR09/1113), S. 1-8. Verfügbar unter: <http://www.whatisseries.co.uk/> [20.06.2015]

Clanton, C. (2014). Introduction to Evidence-Based Research. In H.R. Hall & L.A. Roussel, *Evidence-Based Practice: An integrative approach to research, administration and practice* (S. 251-266). Burlington Jones & Bartlett Learning

- Debatin, J.F., Ekkernkamp, A. & Schulte, B. (Hrsg.). (2010). Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Diermayr, G., Schachner, H., Salbach, N., Eidenberger, M. & Lohkamp, M. (2015). Implementierung der evidenzbasierten Physiotherapie: Auszug aus Ergebnissen einer Umfrage. *Inform*, 2015 (1), S. 30-32.
- Frenk, J. (2000). Obituary: Avedis Donabedian. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78 (no. 12), p. 1374-1491. Verfügbar unter: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862000001200017](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862000001200017) [10.05.2015]
- Froböse, I., Hartmann, C., Minow, H.-J., Senf, G., Strunk, K., Waffenschmidt, S. & Wilke, C. (2002). *Bewegung und Training: Grundlagen und Methodik für Physio- und Sporttherapeuten*. München: Urban & Fischer Verlag
- Fründ, A. (2011). Untersuchen kardialer Funktionen. In A. Hüter-Becker (Hrsg.), *Untersuchen in der Physiotherapie* (S. 182). Stuttgart: Thieme Verlag
- Gerhards, S. & Trauner, B. (2010). *Wissensmanagement: 7 Bausteine für die Umsetzung in die Praxis*. (4. Auflage). München: Hanser Verlag
- Gigerenzer, G. (2008). *Bauchentscheidungen: Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. (6. Auflage). München: Goldmann Verlag
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Grethler, A. (2011). *Fachkunde für Kaufleute im Gesundheitswesen*. (2. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag
- Greenfield, B.H., Bridges, P.H., Phillips, T.A., Drill, A.N., Gaydosik, C.D., Krishnan, A. & Yandziak, H.J. (2014). Exploring the experiences of novice clinical instructors in physical therapy clinical education: a phenomenological study. *Physiotherapy*, 100 (4), S. 349-355.
- Grossmann, R., Prammer, K. & Neugebauer, C. (2013). Beiträge der Organisationsentwicklung beim Aufbau interorganisationaler Kooperationen in der Gesundheitsversorgung. In H. Lobing & R. Grossmann, *Organisationsentwicklung im Krankenhaus* (S. 191-217). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Hahne, B. (2011). *Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden, Implementierungshilfen*. Düsseldorf: Symposion Publishing GmbH
- Hall, H.R. & Roussel, L.A. (2014). *Evidence-Based Practice: An integrative approach to research, administration and practice*. Burlington Jones & Bartlett Learning
- Havelka, O. & Physio Austria (Hrsg.). (2011). *50 Jahre Physio Austria: Eine starke Bewegung* (1. Auflage). München: Elsevier Urban & Fischer Verlag
- Hengeveld, E. (2011). Untersuchen als Prozess, *Clinical Reasoning*. In A. Hüter-Becker (Hrsg.), *Untersuchen in der Physiotherapie* (S. 3-36). Stuttgart: Thieme Verlag
- Herbert, R., Jamtvedt, G., Mead, J. & Hagen, K. B. (2005). *Practical Evidence-Based Physiotherapy*. Edinburgh: Elsevier Limited
- Himmelfarb, J., Pereira, B., Wesson, D., Smedberg, P. & Henrich, W. (2004). Payment for Quality in End-Stage Renal Disease. *Journal of the American Society of Nephrology*, 15 (12), S. 3263-3269. Verfügbar unter: <http://jasn.asnjournals.org/content/15/12/3263.full.pdf+html> [10.05.2015]
- Hochreutener, M.-A. & Conen, D. (2005). Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen? In E. Holzer, C. Thomeczek, E. Hauke & M.-A. Hochreutener (Hg.), *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen* (S. 19-25). Wien: Facultas Verlag
- Holzer, E., Offermanns, G. & Hauke, E. (Hg.). (2012). *Patientenperspektive: Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems*. Wien: Facultas Verlag

- Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E. & Hochreutener, M.-A. (Hg.). (2005). Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Facultas Verlag
- Hüter-Becker, A. (Hrsg.). (2011). Untersuchen in der Physiotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag
- Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.). (2004). Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten. Stuttgart: Thieme Verlag
- Jette, D., Bacon, K., Batty, C., Carlson, M., Ferland, A., Hemingway, R., Hill, J., Ogilvie, L. & Volk, D. (2003). Evidence-Based Practice: Beliefs, Attitudes, Knowledge, and Behaviours of Physical Therapists. *Physical Therapy*, 83 (9), S. 786–805. Verfügbar unter: <http://www.physicaltherapyjournal.com/content/83/9/786.full.pdf+html> [20.06.2015]
- Jewell, D.V. (2011). *Guide to Evidence-Based Physical Therapist Practice*. (2nd Edition). Sudbury: Jones & Bartlett Learning
- Klemme, B. (2012). Lehren und Lernen am Lernort Einrichtung im Gesundheitswesen. In B. Klemme (Hrsg.), *Lehren und Lernen in der Physiotherapie* (S. 57–78). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Klemme, B. (2012). Lernortkooperation. In B. Klemme (Hrsg.), *Lehren und Lernen in der Physiotherapie* (S. 78–82). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Klemme, B. (Hrsg.) (2012). *Lehren und Lernen in der Physiotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Klemme, B. & Siegmann, G. (2012). Formulierung von Lernergebnissen bzw. Lernzielen. In B. Klemme (Hrsg.), *Lehren und Lernen in der Physiotherapie* (S. 20–24). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Klemme, B. & Siegmann, G. (Hrsg.) (2015). *Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen*. (2. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag
- Klemme, B. & Siegmann, G. (2015). Was ist Clinical Reasoning? In B. Klemme & G. Siegmann, G. (Hrsg.), *Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen* (S. 20–27). (2. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag
- Kool, J. (2004). Evidenzbasierte Physiotherapie: Literatur suchen und beurteilen. In A. Hüter-Becker & M. Dölken (Hrsg.), *Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten* (S. 140–158). Stuttgart: Thieme Verlag
- Kriegel, J. (2012). *Krankenhauslogistik: Innovative Strategien für die Ressourcenbereitstellung und Prozessoptimierung im Krankenhauswesen*. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag
- Lobing, H. & Ernst, M. (2013). *Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement*. In H. Lobing & R. Grossmann, *Organisationsentwicklung im Krankenhaus* (S. 141–168). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Lobing, H. & Grossmann, R. (2013). *Organisationsentwicklung im Krankenhaus*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Lohfert, C. & Peukert, J. (2010). Einführung von Behandlungspfaden/SOPs. In J.F. Debatin, A. Ekkernkamp & B. Schulte (Hrsg.), *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden* (S. 353–357). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Mangold, S. (2013). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie*. (2. Auflage). Berlin. Heidelberg: Springer-Verlag
- Mansky, T. & Nimptsch, U. (2010). Kennzahlengestütztes ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement. In J. F. Debatin, A. Ekkernkamp & B. Schulte (Hrsg.), *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden* (S. 419–425). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. (11. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Medau, P.H. (2013). Qualitätsmanagement und Dokumentation in der Physiotherapie. Dissertation zur Erlangung eines Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Friedrich-Alexander Universität. Erlangen-Nürnberg

Merchel, J. (2013). Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. (4. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag

Müller-Gartner, M.A. & Salchinger, B. (2011). Wie denken die Physiotherapeuten in den Praktikumsstellen über die Ausbildung an der Fachhochschule? Qualitative und quantitative Ergebnisse einer schriftlichen Befragung in Österreich. *Physioscience*, 2011 (7), S. 14-18.

Offermanns, G. (2012). Integrierte Versorgung und Prozessqualität als Schlüssel zu mehr Transparenz im Gesundheitssystem. In E. Holzer, G. Offermanns & E. Hauke (Hg.), *Patientenperspektive: Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems* (S. 126-138). Wien: Facultas Verlag

Offermanns, G. (2011). Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem: Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung. Heidelberg: Springer-Verlag

Polancich, S., Roussel, L.A. & Miller, A. (2014). Quality Improvement and Safety Science: Historical and Future Perspectives. In H.R. Hall & L.A. Roussel, *Evidence-Based Practice: An integrative approach to research, administration and practice* (S. 185-199). Burlington Jones & Bartlett Learning

Roeder, N. (2010). Strukturierte Organisationsentwicklung. In J.F. Debatin, A. Ekkernkamp & B. Schulte (Hrsg.), *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden* (S. 337-344). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C, Gray, J.A.M., Haynes R.B., Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312:71 (Published 13 January 1996). Verfügbar unter: <http://www.bmj.com/content/312/7023/71> [04.06.2015]

Salfeld, R., Hehner, S. & Wichels, R. (2009). *Modernes Krankenhausmanagement: Konzepte und Lösungen*. (2. Auflage). Berlin. Heidelberg: Springer-Verlag

Schaefer, C., Weinbrenner, S., Ollenschläger, G. (2012). Patientenpfade – Leitlinien. In E. Holzer, G. Offermanns & E. Hauke (Hg.), *Patientenperspektive: Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems* (S. 209-214). Wien: Facultas Verlag

Scherfer, E. & Bossmann, T. (2011). *Forschung verstehen: Ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis* (2. Auflage). München: Pfaum Verlag

Schrappe, M. & Lehmacher, W. (2008). Differenzialdiagnostik und Evidence-based Medicine. In H.-M. Steffen, R. Griebenow, I. Meuthe, M. Schrappe & D. Ziegenhagen (Hrsg.), *Internistische Differenzialdiagnostik: Ausgewählte evidenzbasierte Entscheidungsprozesse und diagnostische Pfade* (S. 3-36). (5. Auflage). Stuttgart: Schattauer Verlag

Scurlock-Evans, L., Upton, P. & Upton, D. (2014). Evidence-Based Practice in Physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*, 100 (3), S. 208-219.

Siegmann, G., Geuter, G., Klemme, B. & Andres, J. (2012). Methodensammlung. In B. Klemme (Hrsg.), *Lehren und Lernen in der Physiotherapie* (S. 115-150). Stuttgart: Thieme Verlag.

Stafflinger, H. & Hexelschneider, A. (2014). *PflegeWISSEN ist im Fluss: 30 Methoden für Wissenstransfer in der Pflege*. Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich als Lead Partnerin im EU-geförderten INTERREG Projekt „PFLEGE: Ein Arbeitsmarkt der ZUKUNFT – Grenzüberschreitende Kompetenzentwicklung in der Pflege“

Steffen, H.-M., Griebenow, R., Meuthe, I., Schrappe, M. & Ziegenhagen, D. (Hrsg.). (2008). *Internistische Differenzialdiagnostik: Ausgewählte evidenzbasierte Entscheidungsprozesse und diagnostische Pfade*. (5. Auflage). Stuttgart: Schattauer Verlag

- Straus, S., Glasziou, P., Richardson, W.S. & Haynes, R.B. (2011). Evidence-Based Medicine: How to practice and teach it (4th Edition). Toronto: Churchill Livingstone Elsevier
- Strech, D., Follmann, M., Klemperer, D., Lelgemann, M., Ollenschläger, G., Raspe, H. & Nothacker, M. (2014). When Choosing Wisely meets clinical practice guidelines. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108 (10), S. 601-603.
- Strunk, K. (2002). Bewegungserziehung. In I. Froböse, C. Hartmann, H.-J. Minow, G. Senf, K. Strunk, S. Waffenschmidt & C. Wilke, Bewegung und Training: Grundlagen und Methodik für Physio- und Sporttherapeuten (S. 195-292). München: Urban & Fischer Verlag.
- Swanzy, D.M., Roussel, L.A. & Pratt, E.S. (2014). Integrating Research-Based Evidence Into Clinical Practice. In H.R. Hall & L.A. Roussel, Evidence-Based Practice: An integrative approach to research, administration and practice (S. 291-309). Burlington Jones & Bartlett Learning
- Thomeczek, U., Smentkowski, U. & Fischer, G. (2005). Glossar. In E. Holzer, C. Thomeczek, E. Hauke & M.-A. Hochreutener (Hg.), Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen (S. 163-178). Wien: Facultas Verlag
- Van der Wees, P. (2009). Evaluation of evidence-based clinical guidelines in physical therapy: Ankle sprain as case example. Amsterdam: Eigenverlag
- Van der Wees, P., Hendriks, E., Custers, J., Burgers, J., Dekker, J. & de Bie, R. (2009). Comparison of international guideline programs to evaluate and update the Dutch program for clinical development in physical therapy. In P. Van der Wees, Evaluation of evidence-based clinical guidelines in physical therapy: Ankle sprain as case example (S. 53-69). Amsterdam: Eigenverlag
- Weimann, E. & Weimann, P. (2012). High performance im Krankenhausmanagement. Berlin. Heidelberg: Springer-Verlag
- Zapp, W. (2010). Process-Controlling. In W. Zapp (Hrsg.), Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen: Von der Analyse zum Controlling. (2. Auflage). (S. 171-208) Heidelberg: Economica
- Zapp, W. (Hrsg.) (2010). Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen: Von der Analyse zum Controlling. (2. Auflage). Heidelberg: Economica

#### **Internetquellen:**

- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2015). Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz: Leitlinien-Report. (1. Auflage. Version 3. 2011, zuletzt verändert: Februar 2015). Verfügbar unter: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de> [17.05.2015]
- BMG (Hrsg.). (2015). Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI): A-IQI Bericht 2014. Verfügbar unter: [http://www.burgef.at/fileadmin/daten/burgef/A-IQI/A-IQI\\_Bericht\\_2014.pdf](http://www.burgef.at/fileadmin/daten/burgef/A-IQI/A-IQI_Bericht_2014.pdf) [24.05.2015]
- BMG. (2014). Was ist neu im Jahr 2014? Neuregelungen, Daten & Fakten. Verfügbar unter: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/1/2/CH1066/CMS1394535675494/wasistneu2014\\_20140128.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/1/2/CH1066/CMS1394535675494/wasistneu2014_20140128.pdf) [02.05.2015]
- BMG – GESUNDHEIT.GV.AT: Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2015). Qualität im Gesundheitswesen. Verfügbar unter: [https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/QualitaetimGesundheitswesen\\_LN.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/QualitaetimGesundheitswesen_LN.html) [02.05.2015]
- Bundesgesundheitskommission (2010). Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen (Version 1.0). Verfügbar unter: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/2/CH1063/CMS1318493541783/qualitaetsstrategie\\_deutsch.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/2/CH1063/CMS1318493541783/qualitaetsstrategie_deutsch.pdf) [25.05.2015]

Centre for evidence-based Medicine (2014). Critical Appraisal Tools. Verfügbar unter: <http://www.cebm.net/critical-appraisal/> [19.06.2015]

CINAHL Plus (2015). Database Coverage List. Verfügbar unter: <https://www.ebscohost.com/titleLists/jlh-coverage.htm> [06.06.2015]

Elsevier – Checkme! Klinikstandards für Ärzte (2015). Algorithmus Herzstillstand, Reanimation. Verfügbar unter: [https://www.klinikstandards.de/www/kls/?\\_escaped\\_fragment\\_=page=startseite%26fragment\\_rightcol=frg-standard%26fragment\\_rightcol\\_args\\_standard\\_id=33#!page=startseite&fragment\\_rightcol=frg-standard&fragment\\_rightcol\\_args\\_standard\\_id=130](https://www.klinikstandards.de/www/kls/?_escaped_fragment_=page=startseite%26fragment_rightcol=frg-standard%26fragment_rightcol_args_standard_id=33#!page=startseite&fragment_rightcol=frg-standard&fragment_rightcol_args_standard_id=130) [15.05.2015]

European Region of the World Confederation of Physiotherapy (2015). Report on the activities undertaken on Clinical Guidelines 2012–2014. Verfügbar unter: [http://www.erwcpt.eu/physiotherapy\\_and\\_practice/clinical\\_guidelines](http://www.erwcpt.eu/physiotherapy_and_practice/clinical_guidelines) [21.06.2015]

European Region of the World Confederation of Physiotherapy (2003). European Physiotherapy Benchmark Statement. Verfügbar unter: <http://www.physio-europe.org/download.php?document=51&downloadarea=6> [06.06.2015]

Gesundheit Österreich GmbH / Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen. (2013). Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG). Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/6/8/CH1063/CMS1311066146831/20130408\\_methode\\_erstellung\\_qs\\_website.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/6/8/CH1063/CMS1311066146831/20130408_methode_erstellung_qs_website.pdf) [15.05.2015]

Guides International Network (2015). International Guideline Library. Verfügbar unter: <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library> [16.05.2015]

National Guideline Clearinghouse (2015). Guidelines. Verfügbar unter: <http://www.guideline.gov/browse/by-topic.aspx> [16.05.2015]

National Institute for Health and Care Excellence (2015). Guidance. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/Guidance> [16.05.2015]

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen & Physio Austria (Hrsg.) (2004). Projekt MTD Qualitätssicherung: Berufsprofil der/des Diplomierten Physiotherapeutin/Physiotherapeuten. Verfügbar unter: <https://www.physioaustria.at/system/files/general/berufsprofil.pdf> [27.06.2015]

Österreichische Bundesregierung. (1992, 31. Juli). Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste: MTD-Gesetz. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010701&FassungVom=2015-06-21> [21.06.2015]

Österreichische Bundesregierung. (2006, 5. Jänner). FH-MTD-Ausbildungsverordnung: FH-MTD-AV. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004516> [02.05.2015]

Österreichische Bundesregierung. (2004, 30. Dezember). Gesundheitsqualitätsgesetz: GQG. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True> [17.05.2015]

Österreichische Bundesregierung. (1993, 8. Oktober). MTD-Ausbildungsverordnung: MTD-AV. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010730> [12.07.2015]

Oxford Center for Evidence-based Medicine (2014). Levels of Evidence (March 2009). Verfügbar unter: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/> [05.06.2015]

Physio Austria (2010). Qualität: Europäische Kernstandards für die Physiotherapeutische Praxis. Verfügbar unter: [https://www.physioaustria.at/system/files/general/kernstandardsv2010\\_0.pdf](https://www.physioaustria.at/system/files/general/kernstandardsv2010_0.pdf) [28.06.2015]

# Projekt WiLLI: Wilhelminenspital Lebenslanges Lernen Inter- disziplinär

**Hedwig P. Czech**

**MTD-Berufsgruppe:  
Radiologietechnologie**

Im Rahmen eines Unternehmensprojekts der FH Gesundheitsberufe Oberösterreich wurde im Dezember 2014 im Wilhelminenspital (KAV-Wien) eine Fortbildungsveranstaltung durchgeführt, bei der alle MTDs eingeladen waren, ihren Tätigkeitsbereich bei Patientinnen und Patienten mit der Krankheitsdiagnose N. Bronchi vorzustellen. Ziel dieses Projekts war es, eine allumfassende Sicht auf Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zu einem bestimmten Krankheitsbild zu bekommen. Die Teilnehmer/innen sollten die Arbeitsinhalte der anderen Berufsgruppen besser kennen lernen können. Ebenso sollte ein Patientenprozess verfolgt werden können. Und als Side-effect verstärkte die Veranstaltung die Möglichkeit zur Netzwerkbildung innerhalb der Berufsgruppe der MTDs

Sieben Referenten aus nahezu allen Bereichen der medizinisch-technischen Dienste gaben in 10 minütigen Vorträgen Einblick in ihren/seinen Arbeitsbereich. Ein Impulsreferat dazu kam von einem Pulmologen, dessen Hauptaufgabengebiet in der Behandlung von Patient/innen mit der Krankheitsdiagnose: Bronchuskarzinom liegt. Dieser Arzt ist die erste Ansprechperson und so ein Dreh- und Angelpunkt für die Patient/innen im klinisch diagnostischen und therapeutischen Prozess. Die Fortbildungsveranstaltung zeigte die Vielfältigkeit an Diagnose- und Behandlungsmethoden und -möglichkeiten, die häufig voneinander abhängig sind. Ein Wissenstransfer für die MTD-Berufe fand statt. Grundidee der Fortbildung war die Reintegration differenzierter beruflicher Perspektiven durch die Fokussierung auf ein einziges Krankheitsbild.

Das Projekt WiLLI umfasste die Planung, Durchführung und Evaluierung dieser interdisziplinären Fortbildung für alle Mitarbeiter/innen des MTD-Bereichs im Wilhelminenspital, Wien.

Der Projektzeitraum: 09/2014 bis 01/2015.

Datum der Fortbildungsveranstaltung: 09.12.2014

Thema:

N. Bronchi – Diagnostik und Therapie im Wilhelminenspital aus Sicht des Medizinisch-Technischen Dienstes

**Projektauftraggeberin: LMTDG Birgit Richter-Schrenk (Wilhelminenspital, KAV)**  
**Projektleiterin: Hedwig P. Czech, RT (Wilhelminenspital, KAV und FH Studierende)**  
**Projektteam: Iris Halla, Mag. Hannes Freinberger (beide FH Studierende)**

## Einleitung

Während im Bereich der Pflege die multiprofessionelle, aber auch interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie auch die Fort- und Weiterbildung bereits seit vielen Jahren gelebte Praxis ist (Stichwort Case- und Care Management), gibt es dies im MTD-Bereich kaum oder selten. Auch im ärztlichen Sektor gibt es kanonisierten interdisziplinären Austausch. Zum Beispiel in Tumorboards (Besprechungen von Patientenfällen mit verschiedenen Professionen), in radiologisch-klinischen Visiten und dergleichen, wo Kliniker und Spezialisten zusammen voneinander lernen und jeder sein Fachwissen einbringen kann. Diese Form der Kooperation steigert die Wirkung des Systems Krankenhaus an Patientinnen und Patienten und dient daher direkt zur klinischen Qualitätssteigerung in den Kernprozessen.

Die Projektleiterin Frau Hedwig P. Czech ist Studierende des Masterstudiengangs Management for Health Professionals – Schwerpunkt Krankenhausmanagement an der FH-Gesundheitsberufe OÖ. Im dritten Semester sollte ein Unternehmensprojekt im Ausmaß von 250 Stunden absolviert werden. Es sollte ein Projekt mit praktischer Umsetzungsrelevanz im Gesundheitswesen generiert, geplant, durchgeführt, abgeschlossen und evaluiert werden.

Gleichzeitig ist Frau Czech Radiologietechnologin am Wilhelminenspital (KAV), Wien.

Interdisziplinarität und Multiprofessionalität sind moderne Schlagwörter unserer Zeit. Im Fortbildungs- und Weiterbildungswesen ist dies jedoch zumeist auf die Teilnehmergruppe beschränkt. Das heißt, dass Besucher/innen aus den verschiedenen Personenkreisen des klinischen Alltags kommen, aber die vermittelten Lehrinhalte zumeist monodisziplinär sind. Auch im Wilhelminenspital, KAV Wien gibt es immer wieder derartige Fortbildungsangebote.

Der Begriff Fortbildung wird als berufsbegleitendes Lernen zur Auffrischung und Vertiefung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit dem Ziel diese auf den aktuellen qualitativen Stand zu halten bzw. zu bringen, definiert (vgl. Tauch, 2002, S. 65).

Interdisziplinarität beschreibt die Interaktion zwischen zwei oder mehreren wissenschaftlichen Disziplinen (Fächern), die sich an einem gemeinsamen Dritten orientieren (vgl. Kaba-Schönstein, Kälble, 2004 S. 39ff).

Um dies gemeinsam zu Verbinden, wurde das Projekt WiLLI ins Leben gerufen, bei dem interdisziplinäre Wissensvermittlung im Fokus der Fortbildung stand.

## Fragestellung(en)

Die Projektauftragnehmer sollen eine gemeinsame interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung des medizinisch-technischen Dienstes am Wilhelminenspital planen, durchführen, evaluieren und dokumentieren.

Die Teilnehmer sollen eine allumfassende Sicht auf Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zu einem bestimmten Krankheitsbild bekommen

Die Teilnehmer sollen die Arbeitsinhalte der anderen Berufsgruppen besser kennen lernen können.

Die Teilnehmer sollen einen Patientenprozess (mit seinem/ihrem Krankheitsbild) verfolgen können.

Die Veranstaltung soll die Möglichkeit zur Netzwerkbildung der MTDs verstärken.

Die Veranstaltung soll eine kostenschonende Weiterbildung durch Verwendung organisationsinterner Ressourcen sein.

## Methode

Ein Projekt-Struktur-Plan (PSP) wurde erarbeitet.

5 Meilensteine mit folgenden Arbeitspaketen wurden definiert:

1.1 Entwicklung Projektauftrag

1.2 Unterzeichnung Projektauftrag

2.1 Gespräche Fachbereichsleiter

2.2 Themenfindung für Vorträge

2.3 Vorschläge Vortragende einholen

2.4 Personalvertretung einbinden, Kostenübernahme ansuchen

2.5 Erstellung Feedbackbogen (inkl. Abnahme FH & AG)

2.6 Konzeption Fortbildung (Zeitplan, Ablaufplan, Anerkennung Fortbildungspunkte)

2.7 Verpflegung planen

3.1 Entwicklung Präsentationsvorlage (KAV-Corporate Design)

3.2 Einladungsschreiben erstellen inkl. Freigabe und Verteilung

3.3 Event- & Projektmarketing (Emails, Printeinladungen, Institute, Personalstelle)

3.4 Ausfallskonzept erstellen

4.1 Logistik planen

4.2 Raum buchen

4.3 Verpflegung sicherstellen

4.4 Utensilien vorbereiten

4.5 Technik checken

4.6 Handouts vorbereiten

4.7 Präsentation kontrollieren, zusammenführen und auf USB-Sticks speichern

- 5.1 Evaluierung auswerten
- 5.2 Poster erstellen
- 5.3 Fertigstellung Projekthandbuch

Folgende Vorträge wurden präsentiert:

Nuklearmedizinische Diagnostik bei N. Bronchi (Godswill AGU, RT – Institut für Nuklearmedizin mit PET Zentrum)

Radiologische Diagnostik und Intervention beim Bronchuskarzinom (Susanne HEIL, RT – Institut für diag. und intervent. Radiologie)

Tätigkeitsfelder der Biomedizinischen AnalytikerInnen allgemein und ihr Beitrag zu Diagnostik und Therapie am Beispiel des Bronchialkarzinoms (Katharina GERLITZ, AMTDG – Zentrallabor)

Logopädische Arbeit im Wilhelminenspital – unter spezieller Berücksichtigung der Therapie von Recurrensparese (Lena WEINGUNY, B.Sc. Logopädin)

Nahrung als Therapie. Die Aufgaben einer Diätologin. (Cornelia FORSTER, Diätologin)

Bestrahlungen im Thoraxbereich – Workflow in der Radioonkologie (Karin HARTLEB, FMTDG – Institut für Radioonkologie)

Der Weg des N. Bronchi Patienten durch das WSP – anhand von Fallbeispielen; Diagnose- u. Therapieschema (OA Dr. Klaus KIRCHBACHER – 2. Med. Abteilung)

## Berufliche Relevanz

Eigene berufsspezifische Fortbildung zielt auf Kompetenzerweiterung und persönliche Entwicklung ab. Im Gegenzug dazu bietet eine interdisziplinäre Fortbildung auf der einen Seite die Chance der Reflexion über die eigene Berufsrolle und auf der anderen Seite eine Transparenz über geleistete Arbeit aller Stakeholder zum Nutzen der Patientinnen und Patienten.

Bei der klinischen Arbeit am Patienten/in werden die differenzierten und fragmentierten verschiedenen Berufsgruppen der Gesundheitsberufe quasi reintegriert. Für diesen zentralen Kunden des Systems Krankenhaus ist diese Leistung immer multi- und interdisziplinär. Eine isolierte Betrachtung aus dieser Perspektive kann es nicht geben. Aus dem heraus gibt es eine klare Forderung nach einer gemeinsamen Fortbildungsmöglichkeit.

Gegenstand in der Evaluierung von Fort- und Weiterbildung sollte neben Zufriedenheit der Teilnehmer/innen, Leistung der Lehrenden und optimale organisatorische Rahmenbedingungen auch der Transfer des Gelernten sein (vgl. Zech 2008, S. 89).  
Bei der Evaluierung des Projekts WiLLI war eine deutliche Relevanz für den klinischen

Alltag sichtbar und ein Wissenstransfer hat für die einzelnen MTD-Bereiche stattgefunden.

## Ergebnisse

Für eine aussagekräftige Evaluierung des Erfolgs der Veranstaltung und zur besseren sowie zielgruppengerechten Planung weiterer Veranstaltungen dieser Art, wurde vom Projektteam ein Evaluierungsbogen entworfen und mit einer Soziologin abgestimmt. Die Gesamtteilnehmeranzahl betrug 37 Personen, die Rücklaufquote des Evaluierungsbogens ist mit über 78% als hoch zu bewerten.

Ergebnisse der Evaluierung:

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer entstammte der Berufsgruppe der Radiologietechnologie (52%). Die Biomedizinische Analytik stellte die zweitstärkste Gruppe (45%), der Rest verteilte sich auf Logopäden und nicht deklarierte Berufsgruppen.

Alle Personen gaben an, Interesse an weiteren Veranstaltungen dieser Art zu haben.

Durch die Fortbildung konnten die Arbeitsinhalte der anderen Berufsgruppen besser kennen gelernt werden. Diese Aussage trifft für 73% der Teilnehmer/innen „vollständig“ zu, für 17% trifft es „überwiegend“ zu und 10% gaben „teilweise“ an. Die Kategorien: „trifft wenig zu“ und „trifft nicht zu“ wurden nicht genannt.

Die Fortbildung verdeutlichte den klinischen Prozess der Patienten. Auf diese Frage antworteten 60% der Teilnehmer/innen mit: „trifft vollständig zu“, für 37% trifft es „überwiegend“ zu und nur 3% gaben „teilweise“ an. Die Kategorien: „trifft wenig zu“ und „trifft nicht zu“ wurden nicht genannt.

Weitere Punkte der Evaluierung können im Anhang (Projekthandbuch ab Seite 33) nachgelesen werden.

## Referenzen/Literatur

KABA-SCHÖNSTEIN, L., KÄLBLE K., (2004), Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen, Frankfurt am Main: Mabuse

TAUCH, J. (2002): Professionalisierung der innerbetrieblichen Fortbildung: eine empirische Studie in der psychiatrischen Pflege, Berlin: Waxmann

ZECH, R. (2010): Handbuch Management in der Weiterbildung, Weinheim und Basel: Beltz

# EAT4FUN ONLINE OG – Individuelles Online- Abnehmcoaching für Ihr Wohlfühlgewicht

**EAT4FUN ONLINE OG,  
Alexander Osl,  
Richard Gaun**

**MTD-Berufsgruppe:  
Diätologie**

EAT4FUN ONLINE bietet Menschen mit Gewichtsproblemen eine einzigartige Möglichkeit, das Essverhalten dauerhaft umzustellen und das ersehnte Wohlfühlgewicht gesund zu erreichen und zu halten, ohne eine Beratungspraxis aufsuchen zu müssen.

Diätologen erstellen auf den Kunden abgestimmte, individuelle Ernährungspläne zur Gewichtsreduktion.

Der Kunde erhält zusätzliche Informationen und Tools auf unserer Online-Plattform und wird 6 Monate aktiv von uns gecoacht.

Ein wichtiger Ansatz unserer Leistung ist die Vermeidung von Radikaldiäten und einen möglichen Weg in eine Essstörung.

## Einleitung

### Ernährungspläne

Es gibt unzählige Plattformen und Angebote im Internet, die Ernährungspläne zum Abnehmen zur Verfügung stellen. Allerdings werden solche Pläne mit einem automatisiert arbeitenden Computerprogramm erstellt und sind daher selten alltagstauglich, oftmals nicht wissenschaftlich fundiert und auf Dauer nicht einhaltbar.

Unsere Idee ist es daher, Ernährungspläne von Diätologen erstellen zu lassen, die auf die Alltags- und Familientauglichkeit ebenso Rücksicht nehmen wie auf die individuellen Bedürfnisse und den Genuss.

### Coaching

Um die Menschen, die abnehmen wollen, auf Ihrem Weg zum Wohlfühlgewicht nicht alleine zu lassen, begleiten wir sie in Form eines Online-Coachings über einen Zeitraum von 6 Monaten. Eine Verlängerung ist möglich. Damit können wir den Abnehmerfolg und die „Durchhalte-Quote“ steigern.

### Gesunde Gewichtsreduktion mit gesundem Essverhalten

Es ist uns besonders wichtig, den KundInnen eine langfristige Lösung anzubieten und ein gesundes Essverhalten zu lernen.

## Fragestellung(en)

### Zielgruppe

Übergewichtige Erwachsene (ab 18 Jahre), die abnehmen wollen – mit und ohne Begleiterkrankungen. Die Onlineberatung auf Sportler auszuweiten, ist denkbar. Das Onlineangebot kommt für Unverträglichkeiten oder Allergien nicht in Frage, weil man für eine professionelle Beratung ein oder mehrere ausführliche Anamnesegespräche bräuchte.

### Interventionen

- Anamnesefragebogen für die Planerstellung
- Ernährungspläne von Diätologen erstellt (nach den Richtlinien der DGE)
- Fragebogen Essverhalten (Pudel, V., Westenhöfer, J. (1989): Hogrefe.
- Systemisches Online-Coaching als nicht-therapeutische Intervention
- Verständigung des Hausarztes (sofern genannt)
- Laborwerte (nicht älter als 3 Monate), freiwillig
- Erfolgsverlauf-Tool: Gewichtsverlauf, Verlauf Wohlfühlfaktor, WHR
- Erfahrungsaustausch der KundInnen untereinander über den Blog unserer Webseite
- Langsame Gewichtsreduktion (1,5 – 2 kg pro Monat)
- Kontraindikationen: Essstörungen, BMI < 21 bei Start

### Ziel

Die KundInnen sollen ihr Wohlfühlgewicht erreichen, dauerhaft halten und dabei ein gesundes Essverhalten beibehalten bzw. erlernen.

## Berufliche Relevanz

- Bekanntheitsgrad der Berufsgruppe der DiätologInnen wird gesteigert aufgrund des geografisch unbegrenzten Einzugsbereichs
- Gute Möglichkeit für DiätologInnen als Berufseinstieg/-wiedereinstieg
- Mögliches Zusatzeinkommen für DiätologInnen ohne Investitionskosten mit relativ freier Zeiteinteilung
- Zusätzliches Angebot für KundInnen bzw. PatientInnen anderer MTD-Berufsgruppen und ÄrztInnen, die eine Ernährungsumstellung nicht selber begleiten können bzw. wollen.
- Online-Medium bietet neue Möglichkeiten in der Beratung
- Bearbeitung neuer Zielgruppen, die sonst keine „klassische“ Ernährungsberatung machen würden.

## Ergebnisse

Die Plattform ist erst seit Mai 2015 online, daher sind kaum Ergebnisse vorhanden. Aufgrund erster positiver Feedbacks von TestkundInnen wird die Webseite derzeit überarbeitet und das Angebot noch besser abgestimmt. Wir erwarten mindestens 85 KundInnen pro Monat.

## Referenzen/Literatur

Laut zahlreicher Statistiken, insbesondere laut dem derzeit aktuellsten **Österreichischen Ernährungsbericht 2012** liegt die Prävalenz von **Übergewicht** in der österreichischen Bevölkerung bei 27,6 %, von **Adipositas** bei 12,2 %.

Diäten stehen am Anfang einer Essstörung. Diäten zu verhindern, ist eine unserer Prämissen. Laut **sowhat – Institut für Menschen mit Essstörungen** liegt die Prävalenz von **Binge Eating** in der Allgemeinbevölkerung Österreichs bei 0,7 – 3,3 %. (Literaturverzeichnis: <http://www.sowhat.at/zahlenunddaten.php>)

Eine Arbeit aus Deutschland von **C. Klotter et al. 2015** zu **Orthorexia**

**nervosa** kommt zum Schluss, dass Prävalenzen dieser Essstörung stark schwanken (1 – 86 %) aufgrund unterschiedlicher Messinstrumente mit unterschiedlichen Cut-Offs und aufgrund unterschiedlicher Populationen. (Gesund, gesünder, Orthorexia nervosa, Eine wissenschaftliche Diskussion; Christoph Klotter, Julia Depa, Svenja Hummer; Springer Fachmedien. Wiesbaden 2015; S. 77 – 86)

Aufgrund **meiner Beobachtungen** in meiner Praxis **EAT4FUN** in Wörgl seit 2002 an etwa 2.500 KlientInnen sowie des Erfahrungsaustausches mit BerufskollegInnen im Rahmen meiner Tätigkeit als Arbeitskreisleiter der freiberuflichen DiätologInnen Österreichs kann dieses Produkt eine logische und sinnvolle Erweiterung des Angebots sein (Erreichbarkeit, Anonymität, etc.)

# FODMAP-arme Diät

## Diaetologischer Behandlungsstandard & Patienten/Patientinnen-Beratungsleitfaden

**Anna M. Eisenberger,**  
für den Arbeitskreis  
FODMAP-arme Diät

**MTD-Berufsgruppe:**  
Diätologie

Bisher standen zur Ernährungstherapie von RDS (Reizdarm Syndrom) keine einheitlichen Ernährungsempfehlungen zur Verfügung.

Im interdisziplinären Team von DiätologInnen und ÄrztInnen wurde ein neues, wissenschaftlich fundiertes Ernährungskonzept aus Australien auf österreichische Ernährungsgewohnheiten und dessen Lebensmittelangebot erarbeitet. Das Ergebnis ist die „FODMAP-arme Diät“.

Durch die **erstmalige** Erstellung eines einheitlichen Diätologischen Behandlungsstandards in Österreich wird eine einheitliche Sprache in der Diätetik bei der FODMAP-Diät gewährleistet.

### Einleitung

Als FODMAPs werden schwer verdauliche Kohlenhydrate wie Oligosaccharide (Frukt-Oligosaccharide=FOS=Fruktane und Galakto-Oligosaccharide=GOS=Galaktane) Disaccharide, Monosaccharide und Polyole zusammengefasst. Die Reduktion der FODMAPs in der Nahrung stellt ein ernährungstherapeutisches Konzept dar, das in erster Linie zur Betreuung von PatientInnen mit funktionellen gastrointestinalen Störungen wie dem RDS geeignet ist.

Vom Reizdarmsyndrom (RDS) ist bis zu ein Fünftel der Bevölkerung betroffen. Charakteristisch für die Betroffenen ist eine Einschränkung der Lebensqualität durch das Auftreten gastrointestinaler Symptome: Schmerzen im Bauchbereich, Flatulenz und Blähungen, Durchfall und Verstopfung stehen im Vordergrund.

Obwohl Essen und Trinken mit dem Auftreten solcher Symptome in Zusammenhang stehen, sind für die Gruppe der ReizdarmpatientInnen bisher keine einheitlichen Ernährungsempfehlungen formuliert worden. Wohl gibt es Empfehlungen, die auf die ernährungstherapeutische Intervention bei einzelnen Symptomen abzielen – zum Beispiel im Rahmen einer leichten Vollkost bei unspezifischen gastrointestinalen Symptomen bzw. dazugehörige Anpassungen des Lebensstils – aber keine „RDS-Diät“.

Die FODMAP-arme Diät ist das erste Ernährungskonzept, das evidenzbasiert auf den Beschwerdekatalog von ReizdarmpatientInnen abgestimmt ist. Ursprünglich in Australien entwickelt, wird diese Methode mittlerweile weltweit angewandt.

Neu ist, dass unterschiedliche schwer verdauliche Komponenten mit ihren jeweiligen physiologischen Auswirkungen Beachtung finden, wie die Resorptionsfähigkeit, die osmotische Wirkung und die Fermentierbarkeit von Kohlenhydraten wie Oligo-, Di- und Monosaccharide sowie der Polyole.

Die Diagnostik funktioneller gastrointestinaler Beschwerden und die ernährungstherapeutische Betreuung der betroffenen PatientInnen sollen Hand in Hand gehen. Dazu ist eine professionelle Begleitung erforderlich, um sowohl unnötige diätetische Einschränkungen zu vermeiden, wie auch anders zu behandelnde Ursachen für die Beschwerden zu erfassen und einer Besserung zuzuführen.

### Fragestellung(en)

Zielsetzung war die Erarbeitung einer österreichweit einheitlichen Vorgangsweise zur Ernährungstherapie und -beratung von PatientInnen mit Reizdarmsyndrom durch eine FODMAP-arme Diät.

### Methode

Im Auftrag des Verbandes der Diätologen Österreichs wurde unter der Leitung von Frau Anna M. Eisenberger, MBA im März 2014 eine Arbeitsgruppe „FODMAP-arme Diät“ gegründet.

Dem Arbeitskreis gehörten elf DiätologInnen an: Anna Auer, BSc MSc; Anna Maria Eisenberger, MBA; Julia Haberl, BSc; Eva Kugel, MSc; Anita König; Klaus Nigl, MA; Sophie Peterstorfer, BSc; Johanna Picker, BSc; Christa Schlucker; Eva Terler; Mag. Ilse Weiß. Wissenschaftlich begleitet wurde der Arbeitskreis von den GastroenterologInnen: Ass. Dr. Franziska Durchschein und Univ. Prof. Dr. Heinz Hammer.

In fünf Sitzungen und erheblicher Heimarbeit wurde folgendes erarbeitet:

- sichten bestehender englischsprachiger Publikationen zu FODMAPS
- prüfen inwieweit diese auf österreichische Lebensmittel und Ernährungsgewohnheiten anwendbar sind
- testen österreichischer Lebensmittel auf FODMAP-Gehalt in australischen Labors
- Erarbeitung von Behandlungsstandards zur Therapie und Beratung
- Erarbeitung eines Kochbuches
- Erarbeitung eines Ausbildungskonzeptes für DiätologInnen

### Berufliche Relevanz

Die diätetischen Empfehlungen bei PatientInnen mit Reizdarmsyndrom (RDS) erschöpfen sich bisher in der Empfehlung für eine leichte Vollkost bzw. bei positiven Testergebnissen in der Einschränkung von Laktose, Fruktose und Sorbit.

In Australien wurde vor einigen Jahren an der Monash University in Melbourne von der Diätologin Dr. Sue Shepherd und dem Arzt Dr. Peter Gibson die sogenannte „Low-FODMAP-Diet“ zur Behandlung von RDS-PatientInnen entwickelt. Randomisiert-kontrollierte Studien zeigen mit dieser Ernährungsform beachtliche Erfolge auf. Seit 2010 ist die Low-FODMAP-Diet von der British Dietetic Association in die RDS-Leitlinie eingeführt worden.

2011 hat Australien die Low-FODMAP-Diet in die nationale Therapieleitlinie RDS aufgenommen.

Mit der Erarbeitung einer FODMAP-armen Diät, bezogen auf österreichische Ernährungsgewohnheiten, wurde gewährleistet, dass PatientInnen nicht durch unterschiedliche Behandlungen und Beratungen verunsichert werden. Zudem wird so die Qualität der Tätigkeit der DiätologInnen durch die einheitliche Vorgangsweise aufgewertet und internationale Vergleiche / Studien können durchgeführt werden.

Wissenschaftlich überprüft wird dieses Konzept durch Masterthesen und klinische Studien.

### Ergebnisse

#### 1) Das Ergebnis der Arbeitsgruppe liegt als Ringmappe mit Einlageblättern und einer CD vor und beinhaltet folgendes:

- a) Diätologischer Behandlungsstandard
  - b) Patienten/Patientinnen-Beratungsleitfaden
  - c) Anlagen
- Im Diätologischen Behandlungsstandard erhalten DiätologInnen eine Anleitung zur Umsetzung des FODMAP-Konzepts mit allen dafür erforderlichen Arbeitsunterlagen
  - Der Patienten/Patientinnen-Beratungsleitfaden ist unterteilt in eine Ausschlussphase (Phase 1), eine Aufbauphase (Phase 2) und eine Erhaltungsphase (Phase 3).
  - Die Anlagen unterstützen die DiätologInnen in der Anwendung der Therapie.

#### 2) Erstellung eines Kochbuches

Zur praktischen Umsetzung wurde ein Kochbuch mit erprobten und nährstoffberechneten Rezepten erstellt.

#### 3) Schulungsangebot für DiätologInnen

Für die Ausbildung der DiätologInnen zum „Zertifizierten Diätologen für FODMAP-arme Ernährung“ wurden Schulungskonzepte erarbeitet und Schulungen angeboten.

Die Ernährungstherapie bei der FODMAP-armen Diät wird entsprechend der derzeitigen Studienlage durchgeführt. Eine Evaluierung und Adaptierung ist zweijährlich geplant.

## Referenzen/Literatur

- Biesiekierski, J. R., Rosella, O., Rose, R., Liels, K., Barrett, J. S., Shepherd, S. J., & Muir, J. G. (2011). Quantification of fructans, galacto-oligosaccharides and other short-chain carbohydrates in processed grains and cereals: Short-chain carbohydrates in grains and cereals. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(2), 154–176. doi:10.1111/j.1365-277X.2010.01139.x
- Cremer, M. & Köhnke, K. (2012). *Fruktosemalabsorption* (2. Auflage, 1. Korrigierter Nachdruck). Broschüre. Bonn: DGE.
- Francis, C. Y., Morris, J., & Whorwell, P. J. (1997). The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 11(2), 395–402. doi:10.1046/j.1365-2036.1997.142318000.x
- Köhnke, K. (2013). *Laktoseintoleranz* (7. überarbeitete Auflage). Broschüre. Bonn: DGE.
- Muir, J. G., Shepherd, S. J., Rosella, O., Rose, R., Barrett, J. S., & Gibson, P. R. (2007). Fructan and Free Fructose Content of Common Australian Vegetables and Fruit. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 55(16), 6619–6627. doi:10.1021/jf070623x
- Shepherd, S., & Gibson, P. (2013). *The complete low-FODMAP diet: the revolutionary plan for managing symptoms in IBS, Crohn's disease, coeliac disease and other digestive disorders*. New York: The Experiment LLC.
- Shepherd, S., Gibson, P. R., & O'Meara, M. (2011). *Food intolerance management plan*. Camberwell, Vic.: Penguin.
- Shepherd, S. J., & Gibson, P. R. (2006). Fructose Malabsorption and Symptoms of Irritable Bowel Syndrome: Guidelines for Effective Dietary Management. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(10), 1631–1639. doi:10.1016/j.jada.2006.07.010
- Shepherd Works. (2014). *The Low FODMAP Diet*. Beratungsunterlage. Box Hill Victoria (Australia).
- Souci, S. W., Fachmann, W., Kraut, H., Kirchoff, E., Germany, Bundesministerium für Verbraucherschutz, E. und L., & Deutsche Forschungsanstalt für Lebensmittelchemie. (2008). *Food composition and nutrition tables: on behalf of the Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz*. Stuttgart; Boca Raton, FL: Med-Pharm Scientific Publishers ; CRC Press.
- The Monash University LOW FODMAP diet. (2012). Smartphone App. Download vom 03. Februar 2015, von: <https://itunes.apple.com/au/app/monash-university-lowfodmap/id586149216?mt=8>
- The Monash University. (2013). *The Low FODMAP Diet* (4. Auflage). Broschüre. Melbourne (Australien).
- Whelan, K., Abrahamsohn, O., David, G. J. P., Staudacher, H., Irving, P., Lomer, M. C. E., & Ellis, P. R. (2011). Fructan content of commonly consumed wheat, rye and glutenfree breads. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 62(5), 498–503. doi: 10.3109/09637486.2011.553588

# A Comparative Transnational Study in Health Literacy between Austria and Portugal

**Ulrike Fötschl<sup>a</sup>, Gerald Lirk<sup>b</sup>, Anabela Correia Martins<sup>c</sup>, Isabel Andrade<sup>d</sup>,  
Fernando Mendes<sup>e</sup>, Gertie Janneke Oostingh<sup>a</sup>**

- a University of Applied Sciences Salzburg, Department of Biomedical Sciences, Urstein Süd 1, A-5412 Puch/Salzburg, AUSTRIA
- b University of Applied Sciences Upper Austria, Department of Medical and Bioinformatics, Softwarepark 11, A-4232 Hagenberg, AUSTRIA
- c ESTeSC-Coimbra Health School, Department of Physiotherapy
- d ESTeSC-Coimbra Health School, Department of Complementary Science
- e ESTeSC-Coimbra Health School, Department of Biomedical Laboratory Science, Rua 5 de Outubro, S. Martinho do Bispo, Apartado 7006, P-3046-854 Coimbra, PORTUGAL

**MTD-Berufsgruppe:  
Biomedizinische  
Analytik / Biomedical  
Laboratory Science**

**Health literacy (HL) is the ability to understand and use basic health information. We used a validated standard assessment tool for HL and added individual factors in order to investigate the English HL between non-native students from Health Science studies of Austria and Portugal.**

**Einleitung /  
Introduction**

Health literacy involves the knowledge, competence and skills to understand and use basic health information in order to promote health in society. It has been shown, that a person with an adequate level of HL has the ability to be responsible for his/ her own health and his/ her families health. Limited health literacy is associated with lower health outcomes, higher costs and can also lead to impaired student success. Validated health literacy assessment tools are in use to determine the health literacy levels of patients and are of major interest in correlation with the patient's compliance for medical therapies.

**Fragestellung(en) /  
Scientific Issue**

The study aimed at gaining knowledge about the English HL of non-native students from Health Science studies, to assess their comprehension of medical related information and instructions. For this purpose, an ERASMUS joint research project was initiated to analyse and compare the HL of students from two non-native English speaking countries: Austria, University of Applied Sciences, Salzburg (FHS) and Portugal, ESTeSC-Coimbra Health School. Furthermore, we wanted to investigate, if the HL questionnaire can be used as a reliable and additional assessment tool in application procedures for international student's exchange programs (e.g. Erasmus mobility) as well as for the European Joint Master Degree in Biomedical Laboratory Sciences (MARBLE).

**Methode /  
Method**

A validated health literacy standard assessment tool (Pfizer, The Newest Vital Sign) including 6 items was used. In addition, a questionnaire was added, to determine the life style of each student in order to find out if there are any correlations between life style factors and health literacy. The study was performed in January 2014 among 185 students of health sciences, Bachelor study degree program Biomedical Sciences in Austria and Portugal. The validation process included factor analysis and study of association with other individual factors, such as English education and lifestyle. Statistics was performed with IBM SPSS Version 20 and 21 by using descriptive statistics, t-test, Anova and Kruskal-Wallis-Test.

**Berufliche Relevanz /  
Professional Relevance**

The questionnaire is a valid tool to investigate 2 different skills of students. The questionnaire can be used as a reliable and additional assessment tool in application procedures for international student's exchange programs and for the European Joint Master Degree in Biomedical Laboratory Sciences. To further investigate these conclusions the study will be extended and compared with other students of Health Sciences, which require other skills and abilities than those from the Bachelor degree program of Biomedical Sciences. This comparison will start by including the Bachelor degree program for Physiotherapy. Extension of the study is currently ongoing by collecting data from other Universities of Applied Sciences, for instance in Sweden (Gothenburg) and Belgium (Geel). Furthermore, data will be collected to investigate whether there are differences between Health Science and Non-Health Science studies. Especially in Portugal, a Portuguese version of the questionnaire will be implemented as an instrument in the fields of health education, health promotion, health behavior and national accident prevention in patient treatment for optimized and individualized physiotherapy.

**Ergebnisse /  
Results**

A total of 140 students completed the questionnaire. The level of English HL was defined as a score, with a maximum score of 6. Reliability was acceptable with Cronbach's alpha 0.656 for the total of 6 items. FHS students showed an average score of 5.18 and ESTeSC students an average score of 3.45. This difference was significant ( $T=6.68$ ;  $df=111$ ;  $p<0.001$ ). Better life style habits, such as a healthy diet, physical activity, no use of tobacco and low use of alcohol, were related with higher HL scores. There is an intermediate correlation between HL score and English education ( $p=0.37$ ,  $p<0.001$ ) – the longer the English education, the higher the HL score. Approximately 25 % of the students did have at least 1 year of additional voluntary English education, but this makes no difference at all in the HL score. Male students have a significant higher level of HL (5.09) when compared to female students ( $T=2.1$ ;  $df=135$ ;  $p=0.04$ ). There is a significant correlation between fathers education and HL score – the higher the father's education, the higher the student's HL score ( $X=17.32$ ;  $df=5$ ;  $p<0.01$ ). The results of the questionnaire showed that 2 different dimensions of skills were verified: 4 questions verified mainly mathematic and analytical-logical skills and 2 questions verified the understanding and interpretation of text information regarding health issues. The majority of students (up to 86 %) were capable of understanding

and interpreting a text containing information about health issues correctly, but only up to 50 % were capable to resolve right all mathematic and analytical-logical tasks. Furthermore, for the students from Salzburg, we found that students with lower cognitive abilities and performance as indicated by median grades showed a lower HL score.

## Referenzen / References

[1] Martins, Anabela; Andrade, Isabel (2014): Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Newest Vital Sign. In: Rev. Enf. Ref. IV Série (3), p. 75–83. [http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2468&id\\_revista=24&id\\_edicao=68](http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2468&id_revista=24&id_edicao=68)

[2] O Neill, Braden; Gonçalves, Daniela; Ricci-Cabello, Ignacio; Ziebland, Sue; Valderas, Jose (2014): An overview of self-administered health literacy instruments. In: PLoS ONE 9 (12), S. e109110. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0109110>

[3] Stellefson, Michael; Hanik, Bruce; Chaney, Beth; Chaney, Don; Tennant, Bethany; Chavarria, Enmanuel Antonio (2011): eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. In: J. Med. Internet Res. 13 (4), S. e102. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278088/>

# Der Einfluss unterschiedlicher Schulungsmodelle auf das Ernährungswissen von MitarbeiterInnen in Pflegeheimen in der Steiermark

Ein randomisiertes Pilotprojekt

**Daniela Gmeindl-Tscherner**

**MTD-Berufsgruppe:  
Diätologie**

Im Zuge eines multizentrischen, offenen, randomisierten Pilotprojektes wurde untersucht, ob durch die Anwendung zweier unterschiedlicher Schulungsmodelle in Pflegeheimen der Wissenszuwachs der Mitarbeiter hinsichtlich Ernährung gesteigert, und in weiterer Folge das Erlernte länger gehalten werden konnte. Die Pflegeheime erhielten entweder eine Schulung in Form eines Vortrages, oder wurden mit Hilfe eines Problem-based Learning (PBL) Beispiels geschult. Der Wissenszuwachs der 138 teilnehmenden Mitarbeiter wurde mit Hilfe eines Fragebogens vor und drei bzw. sechs Monate nach der Schulung erhoben.

Drei Monate nach der Schulung konnte bei 12 von 16 Fragen ein Wissenszuwachs in der Vortragsgruppe beobachtet werden ( $p < 0.05$  bei 7 Fragen). Die PBL Schulung bewirkte im selben Zeitraum bei 13 von 16 Fragen einen Wissenszuwachs ( $p < 0.05$  bei 9 Fragen). Bei 14 von 16 Fragen konnten die Teilnehmer des Vortrages das erworbene Wissen auch noch sechs Monate nach der Schulung vorweisen. Bei 2 Fragen wurde hingegen ein Wissensverlust beobachtet ( $p < 0.05$  bei 1 Frage). Die Teilnehmer der PBL Schulung konnten das Wissen ebenfalls nach sechs Monaten bei 11 von 16 Fragen halten, 3 Fragen wurden wieder häufiger falsch beantwortet. In dieser Gruppe zeigte sich bei 2 von 16 Fragen sogar eine weitere Wissenssteigerung.

Unabhängig von der Art der Schulungsmethode, konnte drei Monate nach der Schulung ein Wissenszuwachs unter den Mitarbeitern von Pflegeheimen deutlich beobachtet werden, der auch noch sechs Monate nach der Schulung messbar war. Durch die PBL Schulung kann möglicherweise eine verlängerte Wissenssteigerung erzielt werden.

## Einleitung

Im Zuge des „nutritionDay 2012“ wurden erstmals Langzeitpflegeeinrichtungen in der Steiermark untersucht, mit dem Ziel die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals für Ernährungsprobleme von SeniorInnen zu erhöhen. Der Anteil an BewohnerInnen mit

Mangelernährung (17,9 %), oder einem Risiko für Mangelernährung (45,5 %) ist in der Steiermark ähnlich hoch wie im internationalen Vergleich. Berufsgruppen, die für ein interdisziplinäres Ernährungsmanagement essentiell sind, sind in steirischen Pflegeheimen nur mit einem geringen Anteil präsent. Trotz des Wissens um die Rolle der Ernährung in der Betreuung von Menschen über 65 Jahren, findet dieses Thema noch wenig Beachtung im Alltag von Pflegeheimen. Aus dieser Datenerhebung ist zu erkennen, dass Aktivitäten zu setzen sind, um die Prävalenz der Mangelernährung zu minimieren. Die häufigste Ursache für die unzureichende Ernährungsversorgung von BewohnerInnen ist das mangelnde Wissen des Pflegepersonals über Ernährung.

Untersuchungen zeigen, dass durch Schulung der MitarbeiterInnen das Ernährungswissen gesteigert, und in weiterer Folge der Ernährungsstatus der BewohnerInnen verbessert werden kann. Deshalb hat sich die FH JOANNEUM in Kooperation mit der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft und der Medizinischen Universität Graz zur Aufgabe gemacht, ein Projekt zu designen, das den MitarbeiterInnen steirischer Pflegeheime die Möglichkeit gibt, ihr Ernährungswissen zu erweitern und somit ihre Aufmerksamkeit für Ernährungsprobleme zu steigern.

## **Fragestellung(en)**

Die statistische Hypothese, die das Ergebnis der Untersuchung vorhersagt, lautet wie folgt:

H0: Es gibt keinen Wissenszuwachs der Mitarbeiter in Pflegeheimen hinsichtlich Ernährung im Alter durch zwei unterschiedliche Schulungskonzepte.

H1: Es gibt einen Wissenszuwachs der Mitarbeiter in Pflegeheimen hinsichtlich Ernährung im Alter durch zwei unterschiedliche Schulungskonzepte.

Nebenziel: Die Umsetzung des Gelernten durch die MitarbeiterInnen der Pflegeheime in die Praxis.

Informationsziel: Informationen über spezielle Veränderungen des Körpers im Alter und die wichtigsten Punkte einer gesunden Ernährung im Alter sollten den MitarbeiterInnen von Pflegeheimen nähergebracht werden.

Erkenntnisziel: Die MitarbeiterInnen sollten die Bedeutung, sowie die Wichtigkeit der Folgen und Komplikationen eines schlechten Ernährungszustandes kennen.

Fertigkeiten: Die MitarbeiterInnen sollten die Ernährungssituation der Bewohner selbst erfassen/einschätzen und daraus folgend richtig handeln können.

## **Methode**

Um die Forschungsfrage zu untersuchen, wurden zwei verschiedene Arten von Schulungskonzepten erprobt.

Gruppe 1: Es erfolgte eine Mitarbeiterschulung zum Thema „Ernährung im Alter“ als Vortrag mit Hilfe einer PowerPoint Präsentation. Die Schulung beinhaltete die wichtigsten Punkte, die bei der Ernährung im Alter zu berücksichtigen sind.

Gruppe 2: Es erfolgte eine Mitarbeiterschulung durch ein leicht verkürztes und abgewandeltes PBL Beispiel zum Thema „Ernährung im Alter“. Im Vorfeld wurde von den teilnehmenden Mitarbeitern, bzw. von deren Pflegedienstleitung, pro Pflegeheim ein Bewohner ausgewählt, welcher in der ernährungstherapeutischen Betreuung Fragen aufwarf. Das erlernte Wissen sollte auch bei weiteren Bewohnern zum Einsatz kommen können. Die Daten des jeweiligen Bewohners wurden vorab verblindet an die Projektleitung zur Vorbereitung für den Termin vor Ort übermittelt. Im Pflegeheim wurde in Kleingruppen die jeweilige Problemstellung von den Teilnehmern erarbeitet. Aufgrund des unterschiedlichen Ausgangsniveaus der Berufsgruppen, die an der Schulung teilnahmen, und der nur einmaligen Schulung vor Ort, konnte das PBL Konzept nicht gänzlich der Literatur entsprechend, durchgeführt werden. Es fanden keine Gruppentreffen statt, sondern das „Problem“ wurde innerhalb der Schulung nach dem modifizierten Siebensprung analysiert, diskutiert, synthetisiert und berichtet. Unterstützt wurde jede Kleingruppe durch einen Studenten des 6. Semesters und der Projektleitung. Die Ergebnisse wurden auf Flipchart Folien zusammengefasst, vor der gesamten Teilnehmergruppe präsentiert und vom Institut Diätologie ergänzt.

Beide Schulungsmodelle basierten auf der wissenschaftlichen Aufbereitung für Empfehlungen „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“. Am Ende der Schulung erhielten die Teilnehmer beider Gruppen einen Flyer, der die wichtigsten Informationen der Schulung beinhaltete. Allen Mitarbeitern wurde auch ein Teilnahmezertifikat überreicht.

Es handelt sich um ein multizentrisches, offenes, randomisiertes Pilotprojekt. Geplant war es, 120 Mitarbeiter von unterschiedlichen Pflegeheimen in der Steiermark zu rekrutieren. Jedes teilnehmende Pflegeheim wurde nach Zufallsprinzip mit Hilfe des Randomizers ([www.randomizer.at](http://www.randomizer.at)) in eine von zwei Gruppen eingeteilt, unabhängig von der Anzahl der Mitarbeiter pro Haus.

Im März 2014 wurde von der Patienten- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark an alle Pflegeheime in der Steiermark eine Einladung zum Projekt versandt. Die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung, sowie alle genaueren Informationen zum Projekt, erfolgte über die Projektleitung der FH JOANNEUM Institut Diätologie. Bis zum Ende der Anmeldefrist zeigten 22 Pflegeheime Interesse an der Teilnahme. Die Auswahl der Häuser erfolgte chronologisch, die ersten 11 Pflegeheime konnten am Projekt teilnehmen. Die zu schulenden Pflegeheime waren Steiermark-weit verteilt. Die genaue Anzahl der Mitarbeiter pro Haus konnte erst nach der Dienstplangestaltung (Ende Mai 2014) von der jeweiligen Pflegedienstleitung bekannt gegeben werden. Um die Schulungsunterlagen für die beiden unterschiedlichen Gruppen vorbereiten zu können, erfolgte die Randomisierung anhand der Ende April 2014 bekannt gegebenen Mitarbeiterzahl. Schlussendlich wurden 138 Personen geschult, 64 Mitarbeiter in der Vortragsgruppe und 74 Mitarbeiter in der PBL Gruppe.

Das Projekt dauerte 6 Monate. Der erste Fragebogen war von den Mitarbeitern vor der Schulung, der zweite Fragebogen 3 Monate +/- 2 Wochen und 6 Monate +/- 2 Wochen nach der Schulung auszufüllen. Das Projekt, inklusive aller projektbezogenen Dokumente, wurde bei der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz als sonstige Studie eingereicht und erhielt ein positives Votum mit der Ethikkommissionsnummer 26-343 ex 13/14.

Für die Teilnahme am Projekt musste die Möglichkeit, eine Schulung vor Ort im Pflegeheim durchzuführen, gegeben sein. Da es in der Steiermark noch keine Erfahrungswerte hinsichtlich eines solchen Projektes in Pflegeheimen gab, war es für alle Berufsgruppen im Haus möglich, an diesem Pilotprojekt teilzunehmen. Aufgrund vorliegender Studien ist die Sensibilisierung für das Thema „Ernährung im Alter“ für alle Berufsgruppen in den Pflegeheimen von großer Bedeutung.

Die Pflegedienstleitung, die Heimleitung und/oder die Geschäftsführung wurden von der Projektleitung über den Zweck und den Ablauf des Projektes aufgeklärt. Die Einwilligung zur Teilnahme wurde mittels Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung schriftlich festgehalten, und vom zuständigen Leitungsorgan des Pflegeheimes unterschrieben. Die Teilnehmer gaben ihre Einwilligung am Tag der Schulung direkt am ersten Fragebogen.

### **Berufliche Relevanz**

Da durch beide Schulungsmethoden das Ernährungswissen gesteigert werden konnte, wäre zu empfehlen, die Inhalte den Teilnehmern durch die Kombination aus einem theoretischen und einem praktischen Teil, sowie aus Teilen des PBL Konzepts, bestmöglich zu vermitteln. Eine Empfehlung wäre, dass der praktische Teil aus einer Kombination eines Kochworkshops, in dem die Teilnehmer die einzelnen Inhaltsstoffe der Lebensmittel kennenlernen, und einer Demonstration von Screeningmethoden und Hilfsmitteln besteht. Die Teilnehmer müssen lernen, wie sie ihr angeeignetes theoretisches Wissen in die Praxis umsetzen können. Die Schulungen müssen nachhaltig sein und das Erlernte aus den vorgehenden Ausbildungen muss weiterführend aufgefrischt, gefestigt und ausgebaut werden. Eine Betreuung der Häuser durch einen Diätologen mit regelmäßigen Schulungen, einer gleichzeitigen Umsetzung und Anwendung des Erlernten im Berufsalltag, sowie eine fortwährende Evaluierung und einem Monitoring, wäre anzustreben. Das Bewusstsein und der Wunsch der Pflegeheime nach einem Diätologen im Haus wurde durch dieses Projekt deutlich. Für ein Schnittstellenmanagement wird ein multiprofessionelles Ernährungsteam, zusammengesetzt aus Ärzten, Pflegepersonal, Berufsangehörige aus dem gehobenen medizinisch-technischen Dienst und dem Küchenpersonal, benötigt.

### **Ergebnisse**

Die Ergebnisse zeigen klar, dass das Hauptziel dieser Arbeit – ein signifikanter Wissenszuwachs hinsichtlich Ernährung, durch beide Schulungsmethoden – erreicht werden konnte (Vortrag:  $p < 0.05$  bei 7 Fragen, PBL:  $p < 0.05$  bei 9 Fragen). Dennoch muss festgehalten werden, dass bei einigen Fragen ein niedriges Ausgangsniveau zu beobachten war. Das Wissen speziell bei Themen, die im Berufsalltag tagtäglich benötigt werden,

wie das Anreichern von Speisen, oder der Flüssigkeitsbedarf der Heimbewohner, müsste von den Teilnehmern häufiger richtig beantwortet werden. Der Wissensanstieg bei zwei Fragen in der PBL Gruppe zwischen dem zweiten und dem dritten Messzeitpunkt kann möglicherweise durch das Umsetzen des Gelernten in die Praxis und das selbstständige Erarbeiten der Inhalte während der Schulung erklärt werden. Anzustreben ist, dass das Thema Ernährung in Pflegeheimen zu einer Selbstverständlichkeit wird und im Berufsalltag fest verankert ist. Schulungen, die das Wissen festigen und praxisorientierte Inhalte aufweisen, könnten dies positiv beeinflussen.

Bei der Umsetzung des Gelernten, welches als Nebenziel dieser Arbeit definiert wurde, erhielten die Teilnehmer hauptsächlich von ihren Kollegen oder der Pflegedienstleitung Unterstützung. Die zusätzliche Unterstützung der Pflegeheime durch die Präsenz von Arzt und Diätologe konnte zwar vom zweiten auf den dritten Messzeitpunkt gesteigert werden (Arzt: 6,7 % versus 16,8 % und Diätologe: 16,2 % versus 31,7 %), dennoch ist die Zahl, um ein optimales Ernährungsmanagement durchführen zu können, immer noch deutlich zu gering. Das Bewusstsein, dass die Ernährungstherapie nur durch die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams am besten umsetzbar ist, konnte möglicherweise durch die Schulungen weiter gesteigert werden.

Da sechs Monate nach der Schulung bereits bei einigen Fragen wieder ein Wissensverlust beobachtet werden konnte, wären auffrischende Schulungen in regelmäßigen Abständen sinnvoll.

## Referenzen/Literatur

- Arroyo M, Rocandio A, Pascual E, Martinez de la Pera C (2008) Cooperative learning strategies to teach nutrition to geriatric nursing staff. *Arch Latinoam Nutr* 58(1):27–32
- Bartali B, Frongillo EA, Bandinelli S, Lauretani F, Semba RD, Fried LP, et al (2006) Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 61(6):589–93
- Bauer J, Seibert C, Svoboda W (2011) Ernährung im Alter Grundlage für den Erhalt von Funktionalität und Lebensqualität. *Internist* 52:946–54
- Beattie E, O'Reilly M, Strange E, Franklin S, Isenring E (2014) How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? *International Journal of Older People Nursing* 9(1):54–64
- Crogan NL, Shultz JA, Adams CE, Massey LK (2001) Barriers to Nutrition Care for Nursing Home Residents. *Journal of Gerontological Nursing* 27(12):25–31
- Crogan N, Shultz J (2000) Comparing nutrition knowledge exam scores with reported nutrition topics of interest among nursing home nurses. *Journal for Nurses in Professional Development* 16(6):277–81
- Crogan N, Shultz J, Massey L (2001) Nutrition Knowledge of Nurses in Long-Term Care Facilities. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 32(4):171–6
- Kamp BJ, Wellman NS, Russell C (2010) Position of the American Dietetic Association, American Society for Nutrition, and Society for Nutrition Education: Food and Nutrition Programs for Community-Residing Older Adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 42(2):72–82

## **Der Einfluss unterschiedlicher Schulungsmodelle auf das Ernährungswissen von MitarbeiterInnen in Pflegeheimen in der Steiermark**

Kiefer et al. (2013). Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“. Wien

Kolb C, Diekmann R, Volkert D (2013). Nutrition Day in Pflegeheimen 2012 – Ergebnisbericht für das Bundesland Steiermark, Österreich

Rahman AN, Simmons SF, Applebaum R, Lindabury K, Schnelle JF (2012). The Coach Is In: Improving Nutritional Care in Nursing Homes. *The Gerontologist* 52(4):571–80

Suominen M, Kivisto S, Pitkala K (2007). The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *European Journal of Clinical Nutrition* 61:1226–32

Volkert D (2009). Leitfaden zur Qualitätssicherung der Ernährungsversorgung in geriatrischen Einrichtungen. *Z Gerontol Geriat* 42:77–87

Yalcin N, Cihan A, Gundogdu H, Ocakci A (2013). Nutrition Knowledge Level of Nurses. *Health Science Journal* 7(1):99–108

# Optimierung von Ambulanzorganisation und Wartezeit am Beispiel der Univ.-Klinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen in Innsbruck

**Lisa-Maria Grießer**

**MTD-Berufsgruppe:  
Logopädie**

Wartezeiten in Klinikambulanzen sind durch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen für den Regel- als auch für den Notfallbetrieb tägliche Realität. Patienten erwarten sich dennoch kurze Wartezeiten. Eine Verkürzung der Wartezeiten und damit eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit sollten eine wichtige Zielsetzung sein. Das Ziel dieser Arbeit ist, durch eine Erhebung der tatsächlichen Durchlaufzeit der Patienten, die subjektiv wahrgenommene Wartezeit des Patienten von der tatsächlich erhobenen Wartezeit zu vergleichen. Daraus resultiert die erste Forschungsfrage, ob sich die subjektiv wahrgenommene Wartezeit des Patienten von der tatsächlich erhobenen Wartezeit unterscheidet. Um dies zu messen, wird über den Zeitraum von einer Woche die exakte Durchlaufzeit erhoben und statistisch im IBM SPSS Statistics ausgewertet. Daten werden ohne personenbezogene Merkmale anonym erhoben bzw. aus einer Datenbank extrahiert. Abhängig von der Datenqualität könnte eine Analyse gemacht werden, wenn manuell erhobene Daten (Wochenerhebung) mit gebuchten Daten vergleichen würde.

Eine weitere Zielsetzung dieser Arbeit soll in der zweiten Forschungsfrage beantwortet werden, ob sich lange Wartezeiten negativ auf die Patientenzufriedenheit auswirken. Dies soll durch eine Patientenbefragung an der HSS-Ambulanz (Univ.-Klinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen) ermittelt werden. Da in der Literatur keine brauchbaren fachspezifischen Fragebögen zu finden waren, wurde mit Hilfe der Qualitätsmanagement-Abteilung des LKI-Innsbruck ein Fragebogen entworfen. Der Patient erfährt durch die Befragung keinen Nachteil. Im Routinebetrieb werden freiwillig und anonym keine sensiblen Daten erhoben. Die Patienten werden durch die Befragung keinem medizinischen Risiko ausgesetzt. Außerdem ist zu erwähnen, dass der Patient durch die Befragung keine Zusatzbelastung erfährt. Der zu erwartete Nutzen für den Patienten wird eine Optimierung der Wartezeitbedingungen sein bzw. können Schwachstellen und somit Optimierungsvorschläge aufgezeigt und umgesetzt werden.

Der Fragebogen soll drei Bereiche ermitteln:

- Zugang und Terminvereinbarung
- Wartezeit beim Ambulanzbesuch
- Patientenzufriedenheit in Bezug auf Freundlichkeit des Ambulanzpersonals, Maßnahmen zur Verbesserung der Wartezeitbedingungen

Damit sollte die Hypothese „Durch eine Erhebung der exakten Durchlaufzeiten und eine Patientenzufriedenheitsbefragung können Schwachstellen und Optimierungsvorschläge aufgezeigt werden“ beantwortet werden.

## Einleitung

Seit Jahren beschäftigt sich die Regierung mit der Verkürzung von Wartezeiten in Spitälern als auch bei niedergelassenen Ärzten. Für den ehemaligen Gesundheitsminister Alois Stöger (SPÖ) sind die Wartezeiten ein wichtiger Parameter für die Qualität im Gesundheitssystem. Stöger betont, dass Österreich „Weltmarktführer“ im Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Patienten sei, trotzdem gebe es noch manchmal Wartezeiten, die „nicht zumutbar“ seien (vgl. der Standard 2013:1f.).

Vor allem mit einer Erhöhung der Transparenz, aber auch mit Richtwerten für geplante Behandlungen will Stöger dieses Ziel erreichen. Damit greift er auch einen Wunsch der Bevölkerung auf. Endloses Warten kann den Arztbesuch zur Qual machen, das wissen auch Spitalsbetriebsführungen. Ein wichtiges Thema von Sitzungen sind die (oft sehr langen) Wartezeiten in den Ambulanzen. Theoretisch sind diese gut vermeidbar, beispielsweise durch die Trennung von Akut- und Planbehandlungen, einer Terminvergabe für Planbehandlungen oder der Dienstplangestaltung. Tatsächlich existieren in vielen Spitälern lange Wartezeiten in den Ambulanzen, sehr zum Leidwesen der Patienten. Demzufolge ziehen lange Wartezeiten von Seiten der Patienten schon vor dem ersten Kontakt mit dem zukünftig behandelnden Arzt einen negativen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Behandlung mit sich. Dieses heikle Thema gilt als eine große Herausforderung für Kliniken und es muss nach Lösungen für dieses Problem gesucht werden.

Dass nämlich die (oft sehr langen) Wartezeiten in Klinikambulanzen erhebliche Auswirkungen auf den Ruf einer Abteilung haben, muss angenommen werden.

## Fragestellung(en)

**Hypothese 1:**

**Durch eine Erhebung der exakten Durchlaufzeiten und eine Patientenzufriedenheitsbefragung können Schwachstellen und Optimierungsvorschläge aufgezeigt werden.**

**Forschungsfrage 1: Unterscheidet sich die subjektiv wahrgenommene Wartezeit des Patienten von der tatsächlich erhobenen Wartezeit?**

**Forschungsfrage 2: Wirken sich lange Wartezeiten negativ auf die Patientenzufriedenheit aus?**

## Methode

- Arbeitsschritt: Literaturrecherche „Wartezeiten und Patientenzufriedenheit in Klinikambulanzen“
- Arbeitsschritt: manuelle Wochenerhebung der Durchlaufzeiten
- Arbeitsschritt: Patientenbefragung
- Arbeitsschritt: Vergleich der manuell erhobenen Daten mit der statistischen Messung (Datenbank)
- Arbeitsschritt: Analyse des Fragebogens
- Arbeitsschritt: Aufzeigen von Schwachstellen und Optimierungsvorschlägen

Manuelle Wochenerhebung der Durchlaufzeiten:

Der Zeitpunkt des Eintreffens in der Ambulanz wird von der Sekretärin in der Patientenmeldung notiert. Damit wird festgestellt, ob die Patienten ihren Termin zeitgerecht wahrnehmen. Anschließend nimmt der Patient im Wartebereich Platz und wartet den Zeitpunkt ab, bis ihn der Arzt in die Ambulanz aufruft. Beim Eintreffen des Patienten in die Ambulanz notiert der Arzt bzw. die Pflegeperson den Zeitpunkt des Eintretens und somit den Start der Untersuchung. Ob der Patient eine Folgeuntersuchung (z. B. Hörtest) in Anspruch nimmt und eventuell dafür nochmals im Wartebereich Platz nimmt, ist hier nicht relevant. Ist die Untersuchung abgeschlossen, muss sich der Patient in der Patientenmeldung abmelden, damit dieser Zeitpunkt von der Sekretärin notiert wird.

Patientenzufriedenheits-Befragung:

Im Anschluss erhält der Patient den Fragebogen, um seine Eindrücke beim Durchlauf des Prozesses „Check-In bis Check-Out“ zu bewerten. Außerdem wird „Zugang und Terminvereinbarung“, „Wartezeitbedingungen“ und „Wartezeit“ befragt.

Um die Datenqualität zu prüfen, wird ein Vergleich der manuell erhobenen Daten mit der statistischen Messung aus der Datenbank gemacht.

Fragebogen-Analyse:

Aufzeigen von Schwachstellen und Optimierungsvorschlägen

Inhaltsverzeichnis, Arbeitsgliederung:

1. Literatur zur Thematik Wartezeiten und Patientenzufriedenheit in Klinikambulanzen
2. Manuelle Wochenerhebung der Durchlaufzeiten
3. Befragung der Zufriedenheit in Bezug auf Terminvergabe und Wartezeiten
4. Patientenzufriedenheit
5. Vergleich der manuellen Erhebung mit der Datenbank
6. Auswertung und Analyse Patientenbefragung
7. Aufzeigen von Schwachstellen und Optimierungsmöglichkeiten

## Berufliche Relevanz

Durch meine Tätigkeit als Logopädin an der HSS-Ambulanz werde ich täglich mit dieser Thematik und deren unmittelbare Auswirkungen konfrontiert. Neben meiner stationären Tätigkeit behandle ich auch ambulante PatientInnen. Zu regelmäßig stattfindenden

Verlaufskontrollen in der Ambulanz begleite ich meine Patienten, um den therapeutischen Outcome zu messen und die Therapiemethode zu evaluieren. Auch hier können oft lange Wartezeiten nicht vermieden werden, obwohl es sich um routinemäßige Verlaufskontrollen und keine aufwendigen Erstuntersuchungen handelt. Diese Problematik der zu lange empfundenen Wartezeiten ist mittlerweile häufiges Thema von Teamsitzungen und interdisziplinären Besprechungen geworden, weil man sich fragt wer daran schuld ist und wo Verbesserungspotential liegt. Die genervten Blicke von Wartenden im Ambulanzbereich nicht zu beachten, ist kaum einem Ambulanzmitarbeiter möglich und wirkt sich negativ auf die Stimmung im gesamten Team aus.

## **Ergebnisse**

Wartezeiten in Klinikambulanzen sind tägliche Realität und müssen zukünftig reduziert werden. PatientInnen erwarten sich kurze Wartezeiten. Resultierend aus diesen Annahmen wird die Hypothese aufgestellt, dass durch eine Erhebung der exakten Durchlaufzeiten und einer PatientInnenzufriedenheitsbefragung einige Schwachstellen und Optimierungsvorschläge aufgezeigt werden können. Über den Zeitraum einer Woche wurde die objektive Durchlaufzeit, vom Zeitpunkt des Check-In bis zum Zeitpunkt des Check-Out der PatientInnen, gemessen. Im Fragebogen enthalten und damit verglichen, wurde die subjektive Wartezeit des Patienten. Im Durchschnitt betrug die Wartezeit während der Wochenerhebung 33.9 min. Die subjektiv wahrgenommene Wartezeit vom Patienten lag bei 34 min. Somit unterscheidet sich die subjektiv wahrgenommene Wartezeit des Patienten nicht von der tatsächlich erhobenen Wartezeit.

PatientInnen empfinden die Wartezeiten an der Klinikambulanz als angemessen, die maximale Wartedauer betrug 140 min. Die PatientInnenzufriedenheit an dieser Klinikambulanz ist sehr hoch, besonders im Bereich „Zufriedenheit mit der Behandlung“. Somit kann die zweite Hypothese, dass sich lange Wartezeiten negativ auf die PatientInnenzufriedenheit auswirken, nicht eindeutig verifiziert werden. Um dieses Problem zu umgehen, sollte man die manuelle Datenerhebung und PatientInnenbefragung über einen längeren Zeitraum fortführen.

Darüber hinaus wurden eventuelle Verbesserungsmaßnahmen an dieser Klinikambulanz aufgezeigt: eine Optimierung des Terminkalenders bezogen auf eine bessere Abstimmung der auszuwählenden Slots, eine Begrenzung der Überbuchungen, sowie beispielsweise ein Erinnerungssystem für PatientInnen, um die Termintreue zu verbessern. Dass durchschnittlich 2 PatientInnen pro Tag zu Ihrem Termin nicht erscheinen, gilt als große Schwachstelle dieser Klinikambulanz. Durch eine genauere Analyse der Termintreue könnten weitere Verbesserungsmaßnahmen entwickelt werden und dies wäre ein weiterer Optimierungsansatz zur Steigerung der PatientInnenzufriedenheit.

## **Referenzen/Literatur**

Der Standard: Stöger will Patienten-Wartezeiten verkürzen. <http://derstandard.at/1385172289110/Stoeger-will-Patienten-Wartezeiten-verkuerzen>: 26. Februar 2015

Universitätsklinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen, Innsbruck, Österreich: Homepage. <http://hss-innsbruck.at/>: 13. März 2015

Schetelig, Günther: Patientenbefragung zur Erhebung der aktuellen Behandlungs- sowie Wartezeiten in der Augentumorambulanz. Diplomarbeit an der Medizinischen Universität Graz, Graz 2011

Kahla-Witzsch, Heike Anette: Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer, 2009, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Arnold, Michael et al.: Krankenhaus-Report 2002. Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer, 2003

Ramoner, Reinhold: Mitschrift aus der Vorlesung „Prozessmanagement“ am FH Master-Studiengang Qualitäts- und Prozessmanagement der fhg Tirol GmbH, Innsbruck 2014

Brunner, Franz J.: Japanische Erfolgskonzepte. München: Hanser, 2011, 2. Auflage

Kirchhoff, Sonja: Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008

Schmelzer, Herrmann: Geschäftsprozessmanagement in der Praxis. München: Hanser, 2013

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag, 11., neu bearbeitete und erweiterte Auflage

# MUSTER

EvaSys	PatientInnenbefragung HSS Ambulanz [Copy]	Electric Paper
Univ.-Klinik für Hör- Stimm und Sprachstörungen PatientInnenbefragung		<input checked="" type="checkbox"/>

Markieren Sie so:     Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur:     Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,  
 wir möchten gern analysieren, wie zufrieden Sie als PatientInnen mit der Behandlung an unserer Ambulanz sind und welche Möglichkeiten wir haben, etwaige Wartezeiten für Sie an unserer Ambulanz angenehmer zu gestalten.  
 Wir freuen uns, wenn Sie sich einige Minuten Zeit nehmen und diesen Fragebogen ehrlich ausfüllen und ihn im verschlossenen Umschlag wieder bei uns abgeben.  
 Die Umschläge werden ausschließlich vom zentralen TILAK-Befragungsmanagement geöffnet und ausgewertet.

### 1. Zugang und Terminvereinbarung

1.1 Sind Sie heute das erste Mal an unserer Ambulanz?  ja  nein

1.2 Wie haben Sie Ihren Termin vereinbart?  persönlich auf der Ambulanz  telefonisch

1.3 Wurde dieser Termin schon einmal verschoben?  ja  nein

1.4 Falls Ihr Termin bereits einmal verschoben wurde - durch wen wurde Ihr Termin verschoben?  durch die Ambulanz  ich persönlich habe den Termin verschoben

1.5 Wurden Sie ggf. darüber informiert, dass Sie einen Einschubtermin haben und deshalb länger warten müssen?  ja  nein  ich hatte keinen Einschubtermin

Bitte bewerten Sie die folgenden Fragen 1= sehr zufrieden; 2 = eher zufrieden; 3 = eher unzufrieden; 4 = unzufrieden; 0 = kann ich nicht beurteilen

1.6 Wie zufrieden waren Sie mit der Wartezeit von der Terminvereinbarung bis zum Ambulanztermin?  1  2  3  4  0

1.7 Wie zufrieden waren Sie mit dem Ablauf der Anmeldung am Ambulanz-Schalter?

### 2. Wartezeit beim Ambulanzbesuch

2.1 Fanden Sie Ihre Wartezeit heute (vereinbarte Uhrzeit für den Termin bis zum Beginn der Untersuchung) angemessen?  ja  nein  kann ich nicht beurteilen

2.2 Fanden Sie die Wartezeiten zwischen den Untersuchungen (Wartezeiten auf einen Hörtest, auf ein Abschlussgespräch mit dem Arzt/ der Ärztin) angemessen?  ja  nein  kann ich nicht beurteilen

2.3 Wurden Sie bei längeren Wartezeiten (mehr als 30 Minuten) über mögliche Gründe für die Wartezeit informiert?  ja  nein  ich habe weniger als 30 Minuten gewartet.

2.4 Wie lang war Ihre Wartezeit heute ungefähr insgesamt? (bitte in Minuten angeben)

2.5 Welche Länge der Wartezeit halten Sie für akzeptabel?  0-30min  30-60min  über 1 Stunde  
 über 2 Stunden

# MUSTER

PAT4UOP1PLDVO 24.02.2015, Seite 1/2

MUSTER

EvaSys
PatientInnenbefragung HSS Ambulanz [Copy]
 Electric Paper

**2. Wartezeit beim Ambulanzbesuch [Fortsetzung]**

2.6 Ist es schon einmal vorgekommen, dass die Wartezeit bei einem Besuch an unserer Ambulanz so lang war, dass Sie ohne Untersuchung wieder gegangen sind bzw. gehen mussten?  
 ja  nein

**3. PatientInnenzufriedenheit**

3.1 Fühlen Sie sich mit Ihrem Problem/Ihrer Erkrankung bei uns in der HSS-Ambulanz gut aufgehoben?  ja  nein

3.2 Hat die Behandlung das gewünschte Ergebnis erbracht?  ja  nein  kann ich (noch) nicht beurteilen

Bitte bewerten Sie die folgenden Fragen 1= sehr zufrieden; 2 = eher zufrieden; 3 = eher unzufrieden; 4 = unzufrieden; 0 = kann ich nicht beurteilen

	1	2	3	4	0
3.3 Wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen Betreuung?	<input type="checkbox"/>				
3.4 Wie zufrieden waren Sie mit der Freundlichkeit des Ambulanzpersonals?	<input type="checkbox"/>				

3.5 Welche Maßnahmen würden für Sie die Wartezeit angenehmer gestalten?  
 Zeitschriften auflegen  Bereitstellung von Getränken oder Snacks  Fernsehen/Klinik TV

3.6 Was können wir in der Ambulanz tun, um eventuelle Wartezeiten für Sie angenehmer zu gestalten?

Bitte bewerten Sie die folgenden Fragen 1= sehr zufrieden; 2 = eher zufrieden; 3 = eher unzufrieden; 4 = unzufrieden; 0 = kann ich nicht beurteilen

	1	2	3	4	0
3.7 Wie zufrieden sind Sie mit den derzeitigen Wartebedingungen an unserer Ambulanz?	<input type="checkbox"/>				

**4. Zum Abschluss bitten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person**

4.1 Sie sind....  
 Patient/Patientin der Ambulanz  Angehörige/r oder Begleitperson eines Patienten/ einer Patientin

4.2 Ihr Geschlecht  weiblich  männlich

4.3 Wie alt sind Sie? (bitte in Jahren angeben)

4.4 Wenn Sie uns zusätzlich noch etwas zu Wartezeiten und Terminvergabe oder zur Ambulanz im Allgemeinen mitteilen möchten haben Sie hier die Gelegenheit.

Das HSS-Ambulanzteam bedankt sich herzlich für Ihre Mitarbeit!

F474U0P2PLDVG
24.02.2015, Seite 2/2

MUSTER

# Handling, Fortbewegung und Transport von Säuglingen und Kleinkindern

**Marlies Gruber**

**MTD-Berufsgruppe:  
Ergotherapie**

**Eltern von Säuglingen** stehen eine große Auswahl an Hilfsmitteln (Babyautoschalen, Babytragen, Kinderwägen, Wippen, Lauflernwägen,..) zur Verfügung; doch nur die richtige Wahl, bzw. der bewusste, fachgerechte Einsatz gewährleistet, dass Kinder einen Nutzen und keine Irritation bzw. Schaden daraus erleiden.

Unsere Erfahrung an Elternberatungsstellen zeigt, dass ein Teil der Eltern genannte Hilfsmittel unreflektiert und damit entwicklungsstimmig, im Extremfall sogar -gefährdend einsetzen.

Aber auch der Umgang ohne Hilfsmittel – sei es, wie ein Säugling im günstigsten Fall hochgehoben werden sollte, oder dass das Kind sich in seinem eigenen Tempo entwickeln darf – bedarf oft Aufklärung und Beratung.

Diese individuelle Beratung ist effizient, kann aber nur einen geringen Prozentsatz der Eltern erreichen.

Eine flächendeckend verfügbare Kurz-Information in Form eines Posters, Flyers und Videoclips über die wichtigsten Grundprinzipien im Umgang mit Kleinkindern und Säuglingen bezüglich Handling, Fortbewegung und Transport soll diese Lücke schließen.

Poster und Flyer sollen die wichtigsten Informationen in einer leicht verständlichen, übersichtlichen und einladenden Form zusammenfassen. Um auch Eltern mit Migrationshintergrund zu erreichen, sollen die Bilder für sich sprechen und das Infomaterial möglichst sprachfrei gehalten werden.

## **Einleitung**

In langjähriger Berufserfahrung als Ergotherapeutin im Fachbereich Pädiatrie (sowohl an Kinderkliniken als auch in freier Praxis) wurde klar, dass Schwierigkeiten meist schon im Säuglingsalter sichtbar sind. Meist vergeht jedoch wertvolle Zeit, bis Kinder und ihre Familien therapeutische Unterstützung erhalten.

Aus dieser Situation entstand mein Wunsch, schon früh – zumindest beratend – tätig werden zu können.

Mit Engagement und ein bisschen Glück konnte ich 2010 meine beratende Tätigkeit als

Ergotherapeutin an Elternberatungsstellen der Stadt Graz beginnen.

Unzählige Male beantwortete ich bereits Fragen zum genannten Themenkreis, bzw. leitete Eltern in der konkreten Umsetzung an. Dabei liegt der Fokus zum einen auf der Motorik, zum anderen aber auch ganz stark darauf, die Kinder im Kontakt zu sich selbst und zu ihren Bezugspersonen zu unterstützen.

Das Schöne an dieser Arbeit: schon mit kleinem Input können in dieser frühen Lebensphase grosse positive Effekte für die weitere physische und emotionale Entwicklung erzielt werden. Doch leider erreicht die Information auf diesem Weg nur eine sehr begrenzte Anzahl – meist ohnehin interessierter – Eltern.

So die Idee, Informationsmaterial zu erstellen.

Im Zuge ihrer Bachelorarbeiten an der FH Joanneum – Studiengang für Ergotherapie – führte Frau Elaine Glavanovits eine Literaturrecherche durch und gestaltete einen Prototyp von Poster und Flyer – eine erste, inhaltlich und in der Ausführung minimalisierte Variante. Diese wurde im Rahmen des ‚Pädiatrischen Frühlings‘ 2012 in Seggau, Steiermark, erstmalig präsentiert und von anwesenden ÄrztInnen und Ärzten mit großem Interesse nachgefragt.

Der nächste Schritt ist nun die Erarbeitung eines umfassenderen Posters – da die Finanzierung noch unklar ist, versuche ich auf diesem Weg, Mittel zu erhalten.

### **Fragestellung(en)**

Was wollen wir erreichen? / Zielbestimmung:

Ein öffentlich zugängliches, leicht verständliches Informationsmaterial (Poster, Flyer) zum Thema

#### **Handling, Fortbewegung und Transport von Kindern in den ersten Lebensjahren**

- mit möglichst großer Breitenwirkung unabhängig vom sozio-kulturellen Hintergrund der Familien
- um möglichst optimale Grundvoraussetzungen für kindliche Entwicklung zu unterstützen:

dabei liegt der Fokus nicht nur auf der

- Unterstützung einer ‚qualitativ guten‘ motorischen Entwicklung, und dem
- Schutz vor Reizüberflutung (und damit späteren Aufmerksamkeitsproblemen), sondern auch darauf
- gute Bindung und Kontakt zu fördern, und so Interaktionsstörungen vorzubeugen

## Methode

Vorgehensweise:

bereits stattgefunden:

- inhaltliche Entwicklung durch berufserfahrene Ergo-/ PhysiotherapeutInnen in Kooperation mit einer Studierenden der FH für Ergotherapie
- Literaturrecherche und Entwicklung eines Prototypen im Zuge der Bachelorarbeiten 2012
- Präsentation des Prototypen im Rahmen eines Workshops des pädiatrischer Frühling 2012 in Graz – Seckau (positives Echo und großes Interesse der PädiaterInnen)

noch offen:

- SponsorInnen–Suche für Entwicklungs- und Druckkosten (Berufsverbände, Ärztekammer, Länder ...)
- detaillierte Ausarbeitung der Inhalte im **interdisziplinären Team** (PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen, Hebammen, ev. LogopädInnen), inhaltliche Erweiterung möglich
- graphische Gestaltung durch Maga Michaela Nutz, KommunikationsDesign
- Verbreitung: österreichweit denkbar
  - als Beilage zur Geburtenmappe
  - als Anschlag in Arztpraxen (FachärztInnen für Pädiatrie, AllgemeinmedizinerInnen, GynäkologInnen), in Elternberatungsstellen und anderen Einrichtungen, an denen überwiegend Familien mit Kindern diesen Alters Zugang haben (EKIZ, Kinderkrippen, ...)
  - Ergänzend könnten entsprechende Links angegeben werden, um Interessierten weitere Information anzubieten – bzw. ev. auch mit kurzen Videoclips das Handling angeleitet werden.

## Berufliche Relevanz

Dieses Projekt ist interdisziplinär (Ergotherapie, Physiotherapie, ev. auch Logopädie und Hebammen) und hat seine Relevanz im Bereich der Prävention – frühe Hilfen

## Ergebnisse

5 Jahre Erfahrung in der Elternberatung zeigen, dass sich frühe – beratende – Intervention positiv auf die folgenden Entwicklungsschritte der Säuglinge auswirkt.

## Referenzen/Literatur

Literatur zu diesen Themen wurde 2012 im Zuge Bachelor-Arbeiten von Frau Elaine Glavanovits HH Joanneum / Studiengang Ergotherapie aufgearbeitet (betreut von Marlies Gruber)

Mama, Papa – bitte tragen!  
Die Aspekte des Tragens aus Sicht der Ergotherapie

So bin ich gerne unterwegs  
Transportmöglichkeiten für Säuglinge und Kleinkinder

# Smarte Ernährungsberatung

Erstellung eines Konzepts für die Gestaltung des diätologischen Prozesses unter dem Einsatz einer Smartphone Applikation/ Webplattform

**Sonja Grünzweil**

**MTD-Berufsgruppe:  
Diätologie**

**Ausgangslage:** Die Ausgangslage für diese Arbeit bildet die Schnittstelle Ernährung und Technologie. Es stellt sich die Forschungsfrage: Wie kann ein diätologischer Prozess aussehen, der die Unterstützung von Technologien (Smartphone Applikation, Webplattform, etc.) in Anspruch nimmt?

**Ziel:** Ziel ist es, herauszufinden, wie sich Diätologinnen/Diätologen einen Beratungsprozess mit technologischer Unterstützung vorstellen. Es sollen außerdem die Wünsche/Bedürfnisse der potentiellen Zielgruppe diesbezüglich ermittelt werden. Dadurch können in Anlehnung an den diätologischen Prozess Handlungsempfehlungen für eine möglichst optimal gestaltete diätologische Intervention mit Technologien erarbeitet und ein Konzept visualisiert werden.

**Methode** (empirische Untersuchung): Mittels drei durchgeführten Fokusgruppen werden die Bedürfnisse der Diätologinnen/Diätologen erhoben. Zehn halbstrukturierte Leitfadeninterviews dienen dazu, die Wünsche der Zielgruppe einzuholen.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass die Individualität der Personen beim Technologieeinsatz im Vordergrund steht. Ein persönlicher Kontakt zu Beginn einer diätologischen Intervention ist zumeist wichtig, um Vertrauen/Bewusstsein zu schaffen. Im weiteren Beratungsverlauf kann Technologie in unterschiedlichem Ausmaß eingesetzt werden. Die Interaktionen mit der App/Webplattform wechseln sich mit persönlichen Kontakten ab. Die Diätologin/der Diätologe hat die Rolle einer Begleiterin/eines Begleiters. Über die App/Webplattform findet ein Austausch zwischen Klientin/Klient und Diätologin/Diätologe statt. Wichtig ist, dass die User den Nutzen der Technologien sehen und dass eine einfache Usability gegeben ist.

**Schlussfolgerung:** Technologien können beitragen, ein nachhaltiges Ergebnis einer diätologischen Intervention zu erzielen. Diätologinnen/Diätologen erhalten durch deren Einsatz eine größere Reichweite und Klientinnen/Klienten werden dazu motiviert Eigeninitiative zu zeigen. Durch das in dieser Arbeit erstellte Konzept zur Integration von Technologien in den diätologischen Prozess wird eine Möglichkeit zur Systematisierung des Technologieeinsatzes in der diätologischen Intervention eröffnet.

### Einleitung

Die Thesis basiert auf einer zuvor durchgeführten Arbeit (Bachelorarbeit 1), bei der die Recherche unterschiedlicher Applikationen für die Ernährungsanamnese mittels Smartphone im Fokus stand. Es hat sich bestätigt, dass im Bereich Gesundheit und neue Technologien viel Zukunftspotential liegt, die diätologische Expertise dabei jedoch unerlässlich ist. Die Unterstützung von neuen Technologien in der Beratungssituation steckt jedoch noch in den Kinderschuhen.

Die Erarbeitung dieser Bachelorarbeit fand in Kooperation mit der *holis market GmbH* statt. Dabei handelt es sich um einen verpackungslosen Lebensmittelmarkt, der am 1. September 2015 in Linz eröffnet hat und zukünftig das Thema Gesundheit/Ernährung sowohl on- als auch offline aufgreifen möchte (Positionierung vor allem in der Primär- und Sekundärprävention).

Ziel der Arbeit ist deshalb einerseits herauszufinden, inwieweit Diätologinnen/Diätologen bereit sind, Technologien/Apps im Beratungsprozess einzusetzen und wie die ideale diätologische Intervention aussieht. Zusätzlich ist es von Bedeutung, wie diese Anwendungen gestaltet sein müssen, damit die Arbeit der Diätologinnen/Diätologen unterstützt werden kann. Auf der anderen Seite werden die Wünsche und Bedürfnisse der potentiellen Klientinnen/Klienten ebenfalls direkt eruiert.

Auf Basis der Erkenntnisse beider Seiten – also sowohl Diätologin/Diätologe als auch Klientin/Klient – werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. Durch das Wissen beider Seiten können Handlungsempfehlungen für einen möglichst optimalen Beratungsprozess mit Technologien gegeben werden. Daraus können in Anlehnung an den klassischen diätologischen Prozess, Erweiterungen bzw. Modifikationen hinsichtlich des Einsatzes der Medien gemacht werden und mittels eines Konzepts visualisiert werden.

Diese Empfehlungen stellen eine Grundlage für die Entwicklung der App/Webplattform und den Ablauf des Beratungsprozesses für die *holis market GmbH* dar. Des Weiteren kann das Konzept aber auch auf andere Bereiche und Ansätze umgemünzt bzw. erweitert werden.

### Fragestellung(en)

Um das Ziel zu erreichen und Handlungsempfehlungen für die Integration von Technologien im diätologischen Prozess abzuleiten bzw. ein Konzept zu erstellen, wurden für diese Arbeit folgende Forschungsfragen formuliert:

**Hauptforschungsfrage:** Wie kann ein diätologischer Prozess aussehen, der die Unterstützung von Technologien (Smartphone Applikation, Webplattform, etc.) in Anspruch nimmt?

**Forschungsfrage 1.1:** Wie stellen sich Diätologinnen/Diätologen den idealen Beratungsprozess mit Hilfe neuer Technologien vor?

### **Forschungsfrage 1.2:** Was wünschen sich Klientinnen/Klienten von einem Beratungsprozess mit technologischer Unterstützung?

Diese Fragestellungen werden mittels der empirischen Untersuchung beantwortet. Für die Aufstellung der Forschungsfragen wurden zudem im Vorfeld einige Annahmen getroffen. Diese beruhen auf Erfahrungen, die im Rahmen der Beschäftigung mit der Thematik gemacht wurden, Rechercheergebnissen und dem aktuellen diätologischen Prozess:

Annahme 1: Diätologinnen/Diätologen haben aktuell keine systematische Begleitung bei der Beratung mit Hilfe von Technologien.

Annahme 2: Eine individuelle und längerfristige Betreuung ist erforderlich, um ein gewinnbringendes Ergebnis für Patientinnen/Patienten und Diätologinnen/Diätologen zu erreichen.

Annahme 3: Die Bedürfnisse der Zielgruppe und die aktuelle Beratungssituation decken sich nicht immer.

## Methode

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine empirische Untersuchung. Dazu erfolgte die Durchführung von zwei Methoden.

Mittels drei Fokusgruppen, welche mit Diätologinnen/Diätologen durchgeführt wurden, wurden die Erfahrungen und Wünsche der Diätologinnen/Diätologen eingeholt.

Des Weiteren wurden zehn halbstrukturierte Interviews mit der Zielgruppe durchgeführt, welche die Kundinnensicht/Kundensicht widerspiegeln.

Die empirische Untersuchung erhebt keinerlei Anspruch auf Repräsentativität. Vielmehr geht es darum, Ideen zu erhalten, die der Entwicklung des Konzepts dienen.

An den Fokusgruppen haben an drei Abenden (im Zeitraum vom 23.02.2015-27.02.2015) insgesamt 21 weibliche Diätologen im Alter von 23 bis 35 Jahren teilgenommen. Die Rekrutierung erfolgte über eine Kontaktdatenbank der Diätologinnen/Diätologen (186 Kontakte) und richtete sich an Personen, die zumindest teilweise freiberuflich tätig sind. Zudem erfolgte eine Einladung via eines sozialen Netzwerkes für Diätologinnen/Diätologen (283 Kontakte). Die Dauer der jeweiligen Fokusgruppe war auf zwei bis drei Stunden angesetzt (inklusive einer Hinführung zum Thema und allgemeinen Informationen). Es wurden sechs Fragen basierend auf der Forschungsfrage (Technologieunterstützung, Erfahrungen, Herausforderungen, etc.) für eine Diskussion von jeweils 10-15 Minuten ausgewählt.

An den Interviews haben im Zeitraum vom 31.03.2015 – 11.04.2015 zehn Personen (6 Frauen, 4 Männer) im Alter von 26 bis 59 Jahren teilgenommen. Die Dauer war auf

circa 30 Minuten angesetzt. Auf der Makroebene wurde das Interview in einen allgemeinen Teil, einen ernährungsspezifischen Teil und einen technologiespezifischen Teil untergliedert. Die Mikroebene orientierte sich an den für die Forschungsarbeit relevanten Fragestellungen. Die Rekrutierung erfolgte via Ausschreibung über Social Media Kanäle bzw. Mundpropaganda. Voraussetzung war die Zuordnung in die für die Arbeit definierte *holis market* Zielgruppe.

Diese wurde bereits vor Beginn dieser Arbeit festgelegt. Es handelt sich dabei um die Gruppe der Personen mit speziellen Ernährungsbedürfnissen (z. B. Nahrungsmittelnunverträglichkeiten, DM, Abnehmen, etc.). Daneben soll durch den *holis market* eine Unterstützung hinsichtlich der Ernährung in unterschiedlichen Phasen des Lebens gewährleistet werden (vom Säuglingsalter über Schwangerschaft bis hin zur Ernährung im Alter). Des Weiteren werden Personen, die sich für eine spezielle Ernährungsform entschieden haben, nicht ausgeschlossen, sondern über kritische Nährstoffe informiert und begleitet (z. B. Vegetarier, Veganer). Da der primäre Fokus von *holis market* zudem auf dem Thema Prävention liegt, sollen Themen wie die allgemeine gesunde Ernährung und Tipps hinsichtlich Ernährung im Berufsalltag, etc. nicht zu kurz kommen. Zusätzlich war der Besitz und die Verwendung eines Smartphones ein Einschlusskriterium für die Untersuchung (sowohl Digital Immigrants als auch Digital Natives).

Das mittels Tonband aufgezeichnete Datenmaterial wurde mit einer einfachen Transkription (Tonhöhe, Sprechgeschwindigkeit, etc. wurden vernachlässigt) festgehalten. Für die Analyse wurde jenes Material, basierend auf den Forschungsfragen herangezogen. Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring erfolgte die Auswertung der empirischen Untersuchung. Dazu wurde eine Paraphrasierung und Generalisierung bzw. Selektion der Ergebnisse durchgeführt und es fand eine Gegenüberstellung der Resultate statt.

### Berufliche Relevanz

Sowohl das Thema Gesundheit als auch die Thematik der Technologienutzung sind sehr aktuell. Durch die Technologisierung in unserer Gesellschaft verwenden in der heutigen Zeit immer mehr Menschen ein Smartphone. Mehrere Hunderttausend Apps stehen aktuell zum Download bereit und die Anwendungen im Ernährungsbereich florieren ebenfalls. Die alleinige Dokumentation von Lebensmitteln bringt aber bspw. vielen Personen nur wenig Mehrwert, weil die Informationen hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse fehlen und die Klientin/der Klient mit der App alleine gelassen wird.

Die Forschung im Bereich der mobilen Anwendungen im Ernährungssektor befindet sich in den Anfängen, doch die Thematik neuer Technologien wird in Zukunft weiter an Wichtigkeit gewinnen.

Diätologinnen/Diätologen werden zukünftig mehr und mehr auf Klientinnen/Klienten treffen, die Technologien nutzen. Eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist deshalb für Diätologinnen/Diätologen von Bedeutung, da dadurch mögliche Vorteile und Nachteile einer Technologieunterstützung in der Ernährungsberatung sichtbar gemacht werden können.

Diätologinnen/Diätologen werden nicht durch Technologien ersetzt werden, da das diätologische Wissen für jede Patientin/jeden Patienten notwendig ist. Sie können die Patientin/den Patienten jedoch auf neue Art und Weise aktiv in den diätologischen Prozess einbinden.

### Ergebnisse

Als Ergebnis der Arbeit erfolgte die Erstellung eines Konzepts auf Basis der Datenanalyse und der Handlungsempfehlungen.

Es hat sich im Rahmen der Studie gezeigt, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Diätologinnen und jene der Klientinnen/Klienten ähnlich sind.

Der Weg zur Inanspruchnahme einer Ernährungsberatung kann sehr unterschiedlich sein. Neben der im diätologischen Prozess klassischerweise üblichen ärztlichen Verordnung, kann es möglich sein, über den *holis market* via eines greifbaren Packages (z. B. Sportpaket, Abnehmpaket, etc.) Ernährungsberatungen zu erwerben.

Auch mittels einer Gruppeninformation kann man in Kontakt mit einer Diätologin/einem Diätologen treten. So kann die zu Beginn teilweise bestehende Hürde gesenkt werden und Personen motiviert werden präventiv etwas für ihre Gesundheit zu tun.

Fast alle Personen in der empirischen Untersuchung waren sich einig, dass ein persönlicher Kontakt zum Kennenlernen essentiell ist. Bereits vor dem ersten Kennenlernen kann technologische Unterstützung dazu beitragen, ein erstes Bild der Patientin/des Patienten zu bekommen. Mittels eines Online-Anamnesebogens können Informationen eingegeben werden, die der Diätologin/dem Diätologen als Ansatzpunkt für das persönliche Kennenlernen dienen.

Der erste Termin mit der Diätologin/dem Diätologen läuft wie beim klassischen diätologischen Prozess ab. Der persönliche Kontakt kann zusätzlich aber via Videotool auf der *holis* Plattform stattfinden, wenn ein face-to-face Gespräch nicht möglich ist.

Hat die Klientin/der Klient die Möglichkeit der Online-Anamnese genutzt, so können direkt die gemeinsame Zielsetzung und das Schnüren eines individuell auf die Kundin/den Kunden abgestimmten Packages inklusive Kostenkalkulation für die Patientin/den Patienten erfolgen. Gemeinsam wird entschieden, welchen Anteil die Technologie im weiteren Beratungsverlauf einnimmt und welche Rolle der persönliche Kontakt spielt. Es ist wichtig, genau zu definieren, welche Leistungen im Paket enthalten sind, da eine Betreuung via Technologie zwischen den Beratungsterminen nicht endlos möglich ist, um auch wirtschaftlich rentabel zu sein.

Im gesamten Prozessverlauf steht die Individualität im Vordergrund. Persönliche Termine, die entweder einzeln oder in Gruppen stattfinden (z. B. auch Kochkurse, Einkaufshilfen) können sich mit technologiegestützten Phasen abwechseln. Zusätzlich können Berufsgruppen abseits der Diätologie in den Prozess mit einbezogen werden.

Die Dokumentation des Ernährungsverhaltens (verzehrte Lebensmittel, Speisen, etc.) kann im Prozess beispielsweise über die App möglich sein. Fotos/Videos sind eine gute Möglichkeit, um einen Einblick in das Essverhalten der Personen zu erhalten. Es können auch Beispielfotos von Lebensmittelportionen für die Einschätzung von Portionsgrößen dienlich sein. Wichtig ist, dass zusätzlich zur statistischen Ausgabe der Daten, Tipps durch eine Diätologin/einen Diätologen gegeben werden (z. B. auch über die Push-Funktion des Smartphones). Dies kann gleichzeitig genutzt werden, um bspw. Hinweise zu häufig verwendeten Lebensmitteln zu geben oder Alternativen vorzuschlagen.

Neben der Lebensmitteleingabe soll die Verwaltung von Rezepten und der Austausch mit anderen Nutzerinnen/Nutzern gewährleistet werden. Durch die Community können mittels Gamification auch spielerisch Informationen zum Thema Ernährung vermittelt werden.

Da die Handhabung einer App trotzdem nicht vergleichbar ist mit der Usability eines PCs, kann die App eine vereinfachte Form einer Webplattform darstellen.

Der Abschluss der diätologischen Intervention erfolgt dann wiederum persönlich, um die Handlungen zu besprechen und zu reflektieren und festzulegen, ob und in welcher Form ein weiterer Kontakt bestehen bleibt. Ein sichtbarer Erfolg zu Ende des Prozesses trägt dabei zur langfristigen Motivation bei.

*Anmerkung: Die Konzeptvisualisierung kann der nächsten Seite dieses Dokuments entnommen werden.*

## Referenzen/Literatur

Dennison, L.; Morrison, L.; Conway, G.; Yardley, L. (2013): „Opportunities and Challenges for Smartphone Applications in Supporting Health Behavior Change: Qualitative Study“. *Journal of Medical Internet Research*. 15(4). Aufl. 18.4.2013.

Hofbauer, A.; Karner, G.; Pail, E.; Purtscher, A.E.; Scherer, C.; Tammegger, M. (2011): „Der diätologische Prozess als Instrument der Qualitätssicherung“. In: *Journal für Ernährungsmedizin*. 13 (1), S. 18–19.

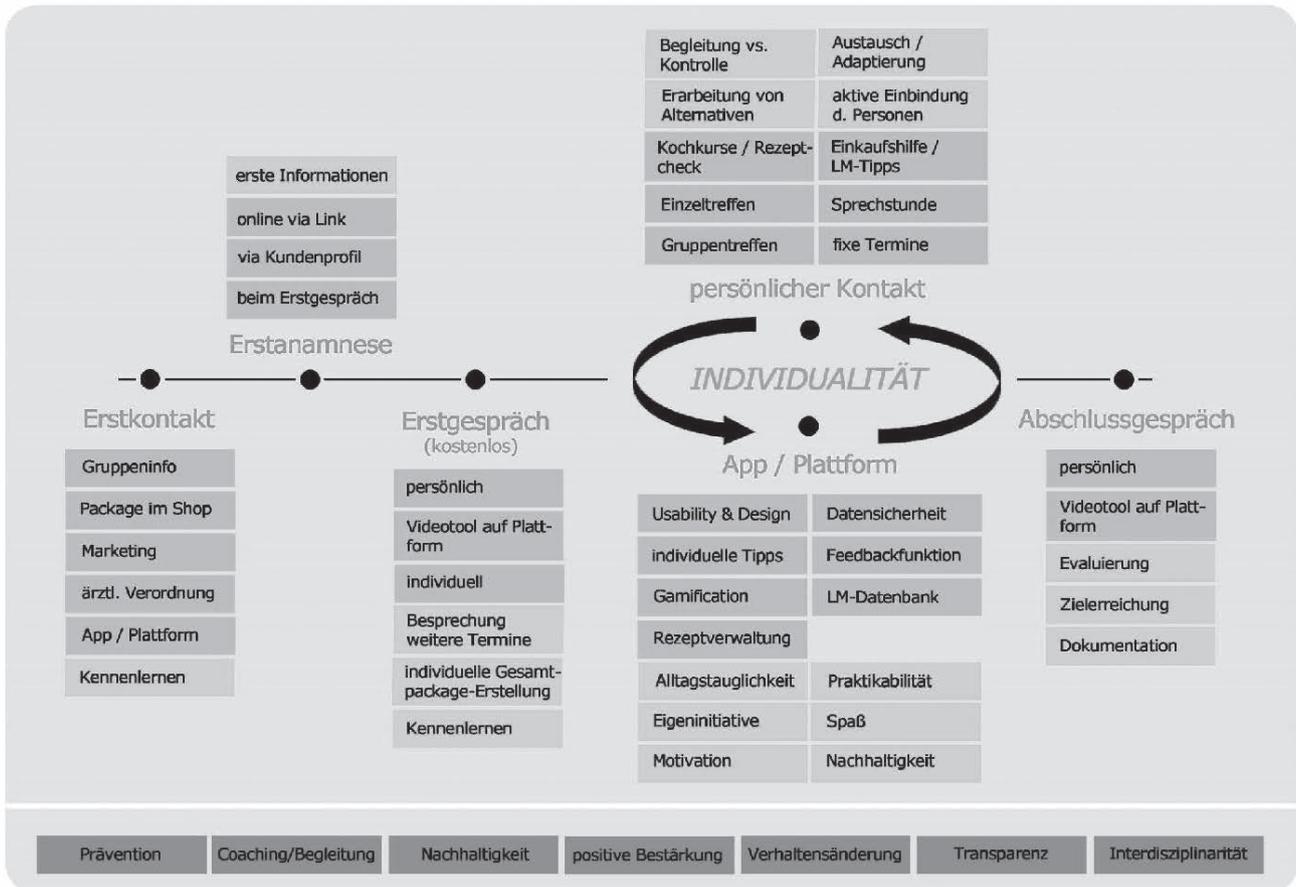
Jäckel, M. (2011): „Good news? Szenarien zur Nutzung von Apps im Ernährungsbereich“. In: *Ernährungs Umschau* (10/11), S. 548–555.

Leitzmann, C.; Müller, C.; Michel, P.; Brehme, U; Triebel, T; Hahn, A.; Laube H. (2009): *Ernährung in Prävention und Therapie – Ein Lehrbuch*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hippokrates Verlag, Stuttgart.

Lückerath, E.; Müller, S.D. (2011): *Diätetik und Ernährungsberatung – Das Praxisbuch*. 4. unveränderte Auflage. Karl F. Haug, Stuttgart.

Rogers, E. M. (2003): *Diffusion of Innovations*. 5. Auflage. New York: Free Press.

Verband der Diätologen (2015): „Diaetologischer Prozess“. Verfügbar unter: <http://www.diaetologen.at/diaetologie/diaetologischer-prozess/> (Stand: 27.05.2015).



Konzeptvisualisierung

# „Innerer Schweinehund – Adé“

Schließen der Intentions-Verhaltenslücke in der Kardiologie mittels Gesundheitsberatung für KHK-PatientInnen mit klassischen Risikofaktoren im stationären Setting

**Cornelia Hölzl<sup>1</sup>**

**MTD-Berufsgruppe:  
Diätologie**

**Team der  
Gesundheitsberatung:  
Marion Platter<sup>2</sup>,  
Alexandra Huber<sup>2</sup>,  
Markus Hofer<sup>3</sup>,  
Stefan Höfer<sup>2</sup>**

- <sup>1</sup> Diätologin
- <sup>2</sup> Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin/  
Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe
- <sup>3</sup> Leitender Stationspfleger  
Kardiologie

43 Prozent aller 2011 dokumentierten Todesfälle sind auf die Folgen einer Herz-Kreislauf-erkrankung zurückzuführen (Griebler R. et al. 2014). Herz-Kreislauf-erkrankungen sind zum Großteil Lebensstil-erkrankungen. Bis zu 94 % des Risikos für koronare Herzerkrankungen sind verhaltensbedingt und können durch Verhaltensänderung in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Wohlbefinden modifiziert werden (Yusuf, S. et al. 2004).

Um PatientInnen dabei zu unterstützen mit den Verhaltensänderungen zu beginnen, wurde an der Kardiologie eines Akutkrankenhauses eine gesundheitspsychologische Gruppenintervention, welche auf dem Health-Action-Process-Approach Modell (HAPA) basiert, angeboten und evaluiert.

Das Outcome wurde überprüft, indem eine Interventionsgruppe (IG) und eine Kontrollgruppe (KG) zu jeweils drei Zeitpunkten (während des stationären Aufenthaltes, nach zwei Monaten und sechs Monaten) untersucht wurden. Dabei wurde die Intention ein gesundes Verhalten aufzunehmen zu wollen mittels Fragebogen erhoben. Zusätzlich wurde das tatsächliche Ernährungs- bzw. Bewegungsverhalten vor und im Follow-up Zeitraum erfasst.

In der Evaluationsphase wurden 394 PatientInnen befragt (KG: N = 136, 66.9 % männlich, 62.8±10 Jahre; IG: N=258, 67.1 % männlich, 63.9±9.7 Jahre). Im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollgruppen berichtete die Ernährungs-IG zwei Monate nach dem ersten Untersuchungszeitpunkt über einen signifikant höheren Konsum von pflanzlichen Fetten (**p<.05**) und die Bewegungs-IG über signifikant mehr körperliche Bewegung (**p<.01**). Nach sechs Monaten konsumierte die Ernährungs-IG signifikant mehr fettarme Lebensmittel und Fisch (**p<.05**), die Bewegungs-IG und KG erhöhten beide ihre wöchentliche körperliche Aktivität um ca. 50 Minuten (**p=n.s.**).

Eine gesundheitspsychologische Intervention konnte in den Ablauf einer kardiologischen Akutstation integriert werden und erzielte positive Effekte im Hinblick auf zwei kardiale Risikofaktoren (mangelnde Bewegung und Fehlernährung).

## Einleitung

Herz-Kreislauf-erkrankungen als die häufigste Todesursache in Österreich sind zu einem Großteil Lebensstil-erkrankungen, welche durch die Behandlung modifizierbarer Risiko-

faktoren (Bewegungsmangel, falsche Ernährung, erhöhte Lipide, Stress, Depressionen) eindämmbar wären. Der große Zeitdruck und eine immer kürzer werdende Liegedauer an den kardiologischen Stationen erschweren den Ansatz einer notwendigen Gesundheitsberatung. Basierend auf dem Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA) haben wir die Effekte einer kurzen aktivierenden gesundheitspsychologischen Intervention zur Überbrückung der Intentions-Verhaltenslücke untersucht. Die Gesundheitsberatung in den drei Themenbereichen Wohlbefinden, Ernährung und Bewegung unterstützt Patienten durch das eigenständige Erstellen von detaillierten und persönlichen Plänen zur geplanten Lebensstiländerung darin, die Intention einer Lebensstiländerung tatsächlich in Handlung umzusetzen.

### Fragestellung(en)

**Welchen Einfluss hat eine Gesundheitspsychologischen Intervention im Bereich der Akutkardiologie auf die Motivation, Intention und das Verhalten der Betroffenen einen „herzfreundlicheren“ Lebensstil umzusetzen?**

**Kann eine gesundheitspsychologische Kurzintervention basierend auf dem HAPA Modell im Akutkrankenhaus „herzgesunde“ Ernährung und Bewegung bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Intervention fördern?**

**(PICO: P=KHK PatientInnen; I=gesundheitspsychologische Kurzintervention nach dem HAPA Modell; C=keine Intervention; O=mehr Bewegung/herzgesündere Ernährung)**

### Methode

Basierend auf dem Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA – Health Action Process Approach (Schwarzer R. 2008) wurde die **Gesundheitsberatung für KHK- PatientInnen mit klassischen Risikofaktoren** an die Gegebenheiten angepasst und in Schulungsblöcken eingeteilt. Die Beratungen über wesentliche Risikofaktoren werden abwechselnd an verschiedenen Tagen angeboten (körperliche Aktivität, gesunde Ernährung).

Jeder einzelne Beratungsblock besteht dabei selbst aus drei Teilen:

- 1) Informationsvermittlung,
- 2) gesundheitspsychologische Intervention und
- 3) Fragen und Antworten.

Das aktive Einbeziehen der PatientInnen ist der zentrale Schwerpunkt für die Themenbereiche Ernährung und Bewegung und ist somit die gesundheitspsychologische Intervention. Die PatientInnen werden in jedem Beratungsblock gebeten für sich persönlich einen Ausführungsplan auszufüllen, in dem sie so genau und persönlich wie möglich formulieren **Wann, Wo, Wie** und evtl. **mit Wem** sie nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus sich „herzgesünder“ ernähren oder mehr körperlich aktiv sein werden. Anschließend werden in einem Bewältigungsplan mögliche Hindernisse oder Barrieren, welche sie bei der Umsetzung erwarten können, formuliert und welche Mög-

lichkeiten die ProbandInnen sehen, diese erfolgreich zu bewältigen. Die Pläne werden in der Gruppe vorgestellt und bei Notwendigkeit bekommen sie die Unterstützung von der/dem geschulten BeraterIn. Als Abschluss werden die TeilnehmerInnen gebeten, sich die Pläne einzuprägen, bildlich vorzustellen und zu verinnerlichen. Dadurch gehen die PatientInnen, mit sich selbst die Verpflichtung ein, diesen Plan umzusetzen (Platter et al. 2014:179)

Alle stationär aufgenommenen PatientInnen mit klassischen Risikofaktoren an den kardiologischen Abteilungen eines Akutkrankenhauses haben die Möglichkeit an der wöchentlich stattfindenden Gesundheitsberatung teilzunehmen. Das gesamte Team der Akutkardiologie (Ärzte, Pflegepersonal, interdisziplinäres Liaisonsteam) weisen auf die Möglichkeit der Beratung hin und laden zur Teilnahme ein.

Beim Themenschwerpunkt „Ernährung“ wird anhand praxisnaher Information der Benefit einer kardioprotektiver Ernährung (z. B. Vollkornprodukte, Fisch, pflanzliche Fette, etc.) auf Risikofaktoren wie erhöhte Cholesterin- und Zuckerwerte sowie auf Übergewicht erklärt und besprochen. Die PatientInnen werden dahingehend motiviert, sich mit ihrem derzeitigen Ernährungsverhalten auseinanderzusetzen und Möglichkeiten zu erarbeiten, wie sie in Zukunft konkret ihr Essen und Trinken „herzgesünder“ gestalten können.

Im Informationsblock „Bewegung“ bringt der Berater/die Beraterin die positiven Auswirkungen körperlicher Aktivität auf kardiale Risikofaktoren wie Übergewicht und Bluthochdruck den TeilnehmerInnen näher. Vor allem werden hier speziell für HerzpatientInnen „günstige“ Ausdauersportarten besprochen und auf das spezielle Kraftausdauertraining hingewiesen. Wie im Bereich Ernährung wird auch hier gemeinsam mit den PatientInnen erörtert, wie sich im Alltag vermehrt und konkret körperliche Aktivität einbauen lässt.

Bei diesem Konzept ist es wesentlich, dass PatientInnen angeleitet werden, aktiv eigene Pläne zu erstellen und diese in der Gruppe zu präsentieren. Neben der Förderung der vorhandenen Motivation, sollen die erarbeiteten Handlungs- und Bewältigungspläne das Schließen der Intentions-Verhaltens-Lücke unterstützen.

In Rahmen einer kontrollierten Studie wurde das Projekt empirisch evaluiert und die Wirksamkeit der Intervention überprüft (Abbildung 1).

In der Evaluationsphase wurden eine Kontrollgruppe (KG) ohne Gruppenteilnahme und eine Interventionsgruppe (IG) mit Teilnahme an der Gesundheitsberatung erhoben.

An alle PatientInnen wurden während ihres stationären Aufenthaltes, sowie zwei und sechs Monate nach der Entlassung, Fragebögen zur Erfassung der aktuellen Intention ein bestimmtes Ernährungs- bzw. Bewegungsverhalten auszuführen (Sniehotta, Schwarzer et al., 2005) ausgeteilt. Des Weiteren wurde ein Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer, 2011; Schwarzer & Jerusalem, 1995), ein Gesundheitsfragebogen, welcher das aktuelle Gesundheitsverhalten erfasst (Ardelt-

Gattinger, 2009; Scholz & Sniehotta, 2006) und Fragen zu den kardiologischen Risikofaktoren (Rauchen, Hyperlipidämie, Diabetes, Bluthochdruck und Depression) zugesandt. Anthropometrische Daten wie Gewicht, Größe wurden erfasst und die TeilnehmerInnen wurden gebeten, eine Einschätzung ihres aktuellen Gesundheitszustandes anzugeben (Platter et al 2014:179).

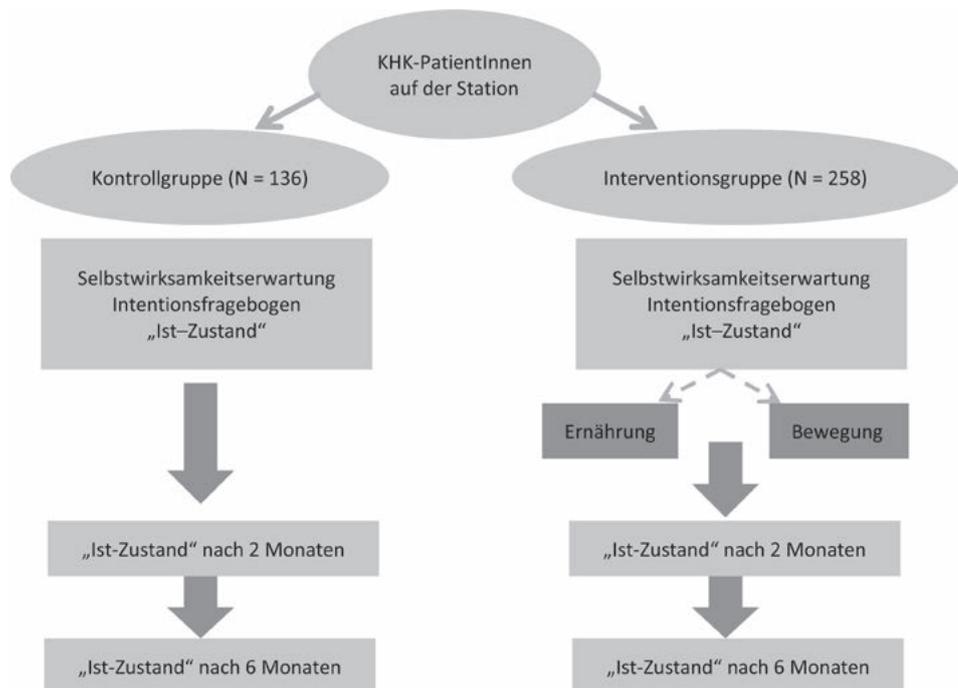


Abb. 1: Ablauf der Evaluierung (in Anlehnung an die Abbildung von Platter et al. 2014: 180)

## Berufliche Relevanz

Diese interdisziplinäre Gesundheitsberatung entspricht der Forderung der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft nach Frühmobilisation im Krankenhaus nach einem kardialen Ereignis (Benzer, 2008). Sie sind ein Teil des Startpunktes für eine ambulante oder stationäre Rehabilitation.

Anhand der Ergebnisse konnte gezeigt werden, dass nach wie vor die Diätologie bei KHK-PatientInnen ein wesentlicher Bestandteil in der Therapie sowohl im Akutstadium als auch in weiterer Folge sein sollte. Da Herz-Kreislaufkrankungen nach wie vor einen großen Teil der Todesursachen darstellen, können DiätologInnen neben der unmittelbaren Beratungstätigkeit auch auf gesundheitspolitischer Ebene einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung leisten.

Neben der Möglichkeit dieses Konzept in weiteren Akutspitälern mit einem kardiologischen Schwerpunkt zu implementieren, kann es auch in einer internistischen Ge-

meinschaftspraxis umgesetzt werden. Beides ermöglicht DiätologInnen ein weiteres Arbeitsfeld sowohl intramural als auch extramural. Gesundheitspsychologische Ansätze wie zum Beispiel das HAPA Modell eignen sich auch in weiteren Bereichen der Diätologie und deren Beratungstechniken.

## Ergebnisse

In der Kontrollgruppe wurden 136 und in der Interventionsgruppe 258 PatientInnen erfasst. Davon waren in der Kontrollgruppe 33,1 % und in der Interventionsgruppe 32,9 % weibliche Teilnehmer. Das durchschnittliche Alter betrug gesamt  $63,52 \pm 9,8$ . Das Gewicht belief sich in der Kontrollgruppe auf  $80,76 \text{ kg} (\pm 14,9)$  und in der Interventionsgruppe  $79,22 \text{ kg} (\pm 13,2)$ . Die Größe unterschied sich zwischen den beiden Gruppen ebenfalls nicht signifikant (KG:  $171,41 \pm 8,2$ ; IG:  $171 \pm 8,7$ ).

In Bezug auf die Risikofaktoren und die Einschätzung des Gesundheitszustandes gibt Tabelle 1 den Überblick über die Gesamtpopulation und den Gruppen.

	Gesamt	Kontroll- gruppe	Interventions- gruppe
<b>Risikofaktoren (Selbstberichte)</b>			
Rauchen	56 (14,2%)	18 (13,2%)	38 (14,7%)
Depression	34 (8,6%)	9 (6,6%)	25 (9,7%)
Hypercholesterinämie	219 (55,6%)	68 (50%)	151 (58,5%)
Diabetes	59 (15%)	26 (19,1%)	33 (12,8%)
Bluthochdruck	230 (58,4%)	85 (62,5%)	145 (56,2%)
<b>Einschätzung des Gesundheitszustandes</b>			
ausgezeichnet	9 (2,3%)	3 (2,2%)	6 (2,3%)
sehr gut	48 (12,2%)	15 (11%)	33 (12,8%)
gut	212 (53,8%)	72 (52,9%)	140 (54,3%)
weniger gut	111 (28,2%)	42 (30,9%)	69 (26,7%)
schlecht	6 (1,5%)	2 (1,5%)	4 (1,6%)

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe in Bezug auf die Risikofaktoren und Einschätzung des Gesundheitszustandes zum Erstuntersuchungszeitpunkt (Platter et al. 2014:180)

Bei der aktuellen körperlichen Bewegung und bei einzelnen Ernährungsvariablen unterschieden sich die KG und IG zum Erstuntersuchungszeitpunkt während des stationären Settings signifikant. Zum Beispiel betreibt die IG 32,82 Minuten mehr körperliche Aktivität pro Woche (**p=.047**). Im Bereich der Ernährungsvariablen konsumiert die KG

signifikant mehr alkoholische Getränke ( $p=.001$ ) und signifikant mehr ballaststoffarme Lebensmittel ( $p=.011$ ). Daher wurden zur Berechnung der Gruppenvergleiche Kovarianzanalysen durchgeführt (Platter et al 2014:180).

Korrigiert für den Unterschied zum ersten Untersuchungszeitpunkt zwischen den Gruppen erhöhte die IG ihre körperliche Aktivität in den ersten zwei Monaten um 80,44 Minuten pro Woche, hingegen bewegte sich die KG um 3,48 Minuten pro Woche weniger ( $p=.005$ ) als zum ersten Untersuchungszeitpunkt. Nach sechs Monaten betrieben beide Gruppen mehr körperliche Aktivität als zum Ersterhebungszeitraum. Nach einem Zeitraum von sechs Monaten gab es zwischen KG und IG keinen signifikanten Unterschied ( $p=.675$ ) in Hinsicht auf die körperliche Aktivität mehr (Platter et al. 2015 submitted).

Im Bereich der untersuchten Ernährungsvariablen konsumierte die IG nach zwei Monaten mehr pflanzliche Fette als die KG ( $p=.022$ ). Nach sechs Monaten verzehrte die IG signifikant häufiger Fisch ( $p=.007$ ) und fettarme Lebensmittel ( $p=.001$ ) als die KG (Platter et al. 2012).

## Referenzen/Literatur

Ardelt-Gattinger, E., Meindl, M. (2009). *AD-EVA*. Göttingen: Hogrefe.

Benzer, W. 2008: Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich – Update 2008 Beschluss der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft. *Journal für Kardiologie*

Griebler, R. et al. 2014: Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich: Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Epidemiologie und Prävention. *Bundesministerium für Gesundheit*. Wien

Platter, M., Hölzl, C., Hofer, M., Huber, A. & Höfer, S. (2012). Impulse for Heart-Healthy Diet: A Short Health Psychological Intervention at the Cardiology Ward. *Journal of Clinical and Experimental Cardiology*, 5:5, 7.

Platter, M., Huber, A., Hölzl, C., Hofer, M., Renn, D.; Höfer, S. (2014). Wie überwinde ich den inneren Schweinehund – Schließen der Intensions-Verhaltens-Lücke in der Kardiologie. *Psychologie in Österreich* 2/3:176-183

Platter, M., Hofer, M., Hölzl, C., Huber, A., Renn, D., & Höfer, S. (2015). Supporting cardiac patient physical activity: a brief health psychological intervention (Förderung der körperliche Aktivität von kardiologischen Patienten: eine gesundheitspsychologische Kurzintervention). *Wiener Klinische Wochenschrift* (submitted).

Scholz, U., & Sniehotta, F. F. (2006). Langzeiteffekte einer Planungs- und Handlungskontrollintervention auf die körperliche Aktivität von Herzpatienten nach der Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14(2), 73-81.

Schwarzer, R. 2008: mehrsprachige Materialien zu Selbstwirksamkeit, HAPA-Modell, Skalen, etc. des Arbeitsbereichs Gesundheitspsychologie der Freien Universität Berlin. URL: <http://web.fu-berlin.de/>

Schwarzer, R. (2011). Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Retrieved 29.06, 2011, from <http://user-page.fu-berlin.de/~health/germscal.htm>

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, Wright, S., Johnston, M. (Ed.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: Nfer-Nelson.

Sniehotta, F. F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schüz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology, 35*, 565-576.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet, 364*(9438), 937-952.

# SONIGait: A wireless instrumented insole device for real-time sonification of gait

**Fachhochschule  
St. Pölten, Institut  
für Creative\Media/  
Technologies; CARMA  
Research Group  
(Horsak, B., Doppler,  
J., Gorgas, A-M.,  
Kiselka, A., Dlapka, R.,  
Gratl, C., Siragy, T. &  
Iber, M.)**

**MTD-Berufsgruppe:  
Physiotherapie**

The treatment of gait disorders or impairments is a major challenge in physical therapy. The broad and fast development in low-cost, miniaturized, and wireless sensing technologies supported the development of embedded and unobtrusive systems for robust gait-related data acquisition and analysis. Next to their application as portable and low-cost diagnosis tools, such systems bear also the capability of using them as feedback devices during gait retraining to foster motor learning processes. The approach described within this project applies movement-based sonification of gait to foster motor learning aspects during gait retraining. In detail the aim of this project is to develop a prototype (SONIGait) of a pair of wireless, sensor insoles instrumented with force-sensors for real-time data transmission and acquisition on a mobile client, and to development a set of sonification (auditory feedback) prototypes for real-time audible feedback for the purpose of gait retraining in motor rehabilitation.

*This study was funded by the Austrian Research Promotion Agency  
(grant number 839092)*

Projektleiter: Doppler & Horsak  
Project SONIGait: <http://carma.fhstp.ac.at/>

*Anm. d. Red.: Die diesem Projekt zugrunde liegende Studie befindet sich derzeit in Begutachtung betreffend Publikation in einem peer-reviewed Journal. Es kann daher nicht die gesamte Projektbeschreibung, sondern nur das Abstract zur Einreichung veröffentlicht werden.*

# Interprofessionalität in der Bachelorausbildung von MTD Berufen und den Hebammen in Österreich

Ein Beispiel aus der Praxis an der Fachhochschule für Gesundheitsberufe in Oberösterreich (FHGOÖ)

Kategorie: Interprofessionalität (interprofessionelles Lehren und Lernen)

**Emil Igelsböck,**  
**FH Gesundheitsberufe**  
**OÖ GmbH**

**MTD-Berufsgruppe:**  
**Physiotherapie**

Die FHGOÖ wurde im Jahr 2010 gegründet und ist an drei verschiedenen Standorten angesiedelt (Linz, Wels und Steyr).

Das Studienangebot umfasst sechs Bachelor-Studiengänge aus dem MTD Bereich (Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Radiologietechnologie) sowie den Bachelor-Studiengang Hebamme.

Im ersten Semester dieser insgesamt sieben Ausbildungen wird eine Lehrveranstaltung mit der Bezeichnung „Berufsbilder, Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ durchgeführt.

Diese Lehrveranstaltung findet geblockt an einem Tag statt und es nehmen alle Studierenden der oben beschriebenen Bachelor-Studiengänge daran teil (ca. 180 Erstsemestrige).

Das Ziel dieser Lehrveranstaltung ist es, dass sich die Studentinnen und Studenten der verschiedenen Bachelorstudiengänge der FHGOÖ kennen lernen und sie im Rahmen dieser Lehrveranstaltung interprofessionell an der Lösung von verschiedenen Aufgabenstellungen arbeiten, die im Rahmen der Lehrveranstaltung an sie gestellt werden.

#### **Learning Outcome für diese Lehrveranstaltung:**

Die Absolventinnen / die Absolventen beteiligen sich an der Zusammenarbeit und nutzen die Ressourcen eines interdisziplinären Teams auf der Basis der Kenntnis von Kompetenzen anderer Berufsgruppen.

#### **Organisation dieser Lehrveranstaltung:**

Es werden 18 Gruppen zu je 10 Personen gebildet, wobei darauf geachtet wird, dass in jeder Gruppe eine gute Durchmischung stattfindet, d.h. dass womöglich aus jeder Berufsgruppe ein Student / eine Studentin anwesend ist.

## Einleitung

Interprofessionalität wird schon seit vielen Jahren als wichtiger Faktor für die weitere Entwicklung im Gesundheitswesen betrachtet. Damit Interprofessionalität von den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen schon früh genug erlebt werden kann, wird die Forderung nach Durchführung von interprofessionellen Projekten immer wieder an die Ausbildungseinrichtungen gestellt.

Die Durchführung dieser Lehrveranstaltung an der FH Gesundheitsberufe OÖ im ersten Semester soll einen Beitrag dazu leisten, dass Schranken und Barrieren zwischen den einzelnen Berufsgruppen möglichst gar nicht entstehen. Die Studierenden sollen einander und die anderen Berufe im Gesundheitsbereich kennen lernen und sie sollen früh in der Ausbildung erleben, dass durch interprofessionelles Agieren das Wohl der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gerückt wird.

## Fragestellung(en)

### Arbeitsaufträge für jede der 18 Gruppen:

- a) Gegenseitiges Kennenlernen in der Gruppe durch Bearbeitung folgender Fragen:
  - Was hat dich bewogen, sich für die Sparte „.....“ zu bewerben
  - Gab es bei einem „Schnupperpraktikum“ besondere Erlebnisse, die diesen Wunsch gestärkt haben?
- b) Jede der 18 Gruppen bearbeitet definierte Berufsbilder im österreichischen Gesundheitswesen (anhand der Broschüre „Gesundheitsberufe in Österreich“ vom Bundesministerium für Gesundheit) und präsentiert das Ergebnis im Plenum. Bei den verschiedenen Berufsbildern werden die Aspekte „Tätigkeitsbereiche“, „Überschneidungen zu anderen Berufsgruppen“ und „Abgrenzungen zu anderen Berufsgruppen“ betrachtet und präsentiert.
- c) Jede der 18 Gruppen bearbeitet verschiedene Fallbeispiele (fiktive Patientinnen- und Patientenbeispiele) und präsentiert das Ergebnis im Plenum. Bei diesen Fallbeispielen soll ein Patient / eine Patientin vom Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem bis zur Heilung / Entlassung aus dem Krankenhaus betrachtet werden. Mit welchen Berufsgruppen hat der Patient / die Patientin zu tun? Wo befinden sich Schnitt- bzw. Nahtstellen?

## Methode

### Probanden / Probandinnen:

Alle Studentinnen und Studenten, die sich im ersten Semester der sieben Bachelorausbildungen an der FHGOÖ befinden (n = ca. 180)

### Rekrutierung:

Die Teilnahme an dieser Lehrveranstaltung ist verpflichtend.

### Einschlusskriterien:

Ordentliche/-er Studentin/Student an der FHGOÖ in einem der sieben Bachelor-Studiengänge

**Ausschlusskriterien:**

Erkrankung am Tag der Lehrveranstaltung

**Folgende Kompetenz muss am Ende dieser Lehrveranstaltung von den Studierenden nachgewiesen werden:**

Effektive Zusammenarbeit mit Studierenden aus anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens

**Learning Outcome:**

Die Absolventin / der Absolvent beteiligt sich an der Zusammenarbeit und nutzt die Ressourcen eines interdisziplinären Teams auf der Basis der Kenntnis von Kompetenzen anderer Berufsgruppen.

**Outcome Measures:**

Die hauptberuflich Lehrenden der FHGOÖ bewerten sowohl die Art und Weise der Zusammenarbeit innerhalb der Arbeitsgruppen als auch die Ergebnisse der Präsentationen im Plenum.

**Durchführung der Lehrveranstaltung:**

Nach der Begrüßung und dem Vorstellen der Zielsetzungen für diesen Tag im Plenum werden die Studierenden in die 18 Gruppen aufgeteilt. Sechs hauptberuflich Lehrende der FHGOÖ der verschiedenen Sparten begleiten die Studierenden durch die Phasen der Bearbeitung der verschiedenen Aufgaben, die an sie gestellt werden.

Die Präsentation der Ergebnisse findet dann im Plenum statt, wobei es genügend Zeit für Fragen und Diskussionen gibt.

**Berufliche Relevanz**

Die Weiterentwicklung der verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen sowie die zukünftige, weiterhin optimale Versorgung der Menschen im österreichischen Gesundheitssystem werden wesentlich von der Fähigkeit abhängen, interprofessionell zu agieren. Auch der Bereich der Forschung und Entwicklung sollte nach internationalem Vorbild hauptsächlich auf einer interprofessionellen Ebene vorangetrieben werden.

Die FHGOÖ möchte mit der Durchführung dieser Lehrveranstaltung erreichen, dass die Studierenden in einem sehr frühen Stadium der Ausbildung die Möglichkeiten und Chancen einer interprofessionellen Zusammenarbeit unmittelbar und direkt erleben können.

Diese und noch weitere Möglichkeiten im Rahmen anderer Lehrveranstaltungen im Laufe des Studiums an der FHGOÖ sollen den Weg für interprofessionelles Agieren im späteren Berufsleben erleichtern.

## Ergebnisse

Diese Lehrveranstaltung wird von sehr vielen Beteiligten als interessant und kurzweilig erlebt.

Anhand der Evaluierungen dieser Lehrveranstaltung ist zu erkennen, dass viele Studierende diese Form der Interprofessionalität schätzen. Anbei möchte ich zwei Originalzitate von Rückmeldungen anfügen, die die Studierenden im Rahmen der Lehrveranstaltungsevaluierung gegeben haben.

**Zitat 1:** „Die Aufgaben, die wir in der Gruppe ausarbeiten durften, hatten meiner Meinung nach einen weitaus höheren Lerneffekt, als wenn die Thematik einfach mittels Power-Point vorgetragen worden wäre. In meiner Gruppe waren fast alle Teilnehmerinnen/-er bis zum Schluss motiviert, insgesamt hat mir die Veranstaltung sehr gut gefallen“.

**Zitat 2:** „Man konnte sehr gut andere Studiengänge kennenlernen und sich gegenseitig austauschen. Auch die Erarbeitung eines konkreten Beispiels war sehr hilfreich für das Verständnis, wie viele und welche Berufsgruppen zusammenarbeiten“.

Dieses Beispiel zeigt eindrücklich, dass die Studierenden gut zu motivieren sind, über die Grenzen der eigenen Berufsgruppe hinweg gemeinsam zu arbeiten und zu gestalten. Natürlich darf dabei nicht vergessen werden, dass die Organisation solcher Aktivitäten zeitaufwändig ist und teilweise auch logistische Herausforderungen mit sich bringen. Lehrende werden dafür aber meist mit hoch aktiven und kreativen Studierenden „belohnt“.

## Referenzen/Literatur

Report Careum Dialog 2014, Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik, Innovation in der Gesundheitsbildungspolitik stärken, Careum Verlag Schweiz

Bundesministerium für Gesundheit ([www.bmg.gv.at](http://www.bmg.gv.at))

Fachhochschule für Gesundheitsberufe OÖ

# X-Site – Student Interprofessional Teaching Experience

**Alexandra Kolm,  
Anita Kiselka**

**MTD-Berufsgruppe:  
Diätologie und  
Physiotherapie**

## **Projektauftrag:**

Im Rahmen der Lehrveranstaltung Projektmanagement sollten 6 Diätologie- und 5 Physiotherapie-Studierende der FH St. Pölten in interprofessioneller Zusammenarbeit kurze Lehrvideos erstellen. Ziel war, Lernen durch Lehren und praktisches Erfahren interprofessioneller Zusammenarbeit zu fördern, sowie nachhaltiges Lehrmaterial für zukünftige interprofessionelle Lehre zu schaffen.

## **Projektplanung:**

In gemischten Teams erarbeiteten sie zu vier verschiedenen Inhalten, welche Informationen in interprofessioneller Betreuung von PatientInnen mit Adipositas bzw. Diabetes berufsübergreifende Auswirkungen haben:

1. Ernährung und Bewegung bei Diabetes,
2. Auswirkung von Adipositas auf Gelenke & Osteoporose,
3. Ausdauer- versus Krafttraining und Ernährung bei Adipositas, sowie
4. Diskriminierung und die Rolle der Gesellschaft bei Adipositas.

## **Projektdurchführung:**

Diese Inhalte wurden in einem Drehbuch für ein Lehrvideo didaktisch aufbereitet. Nach Rücksprache mit Lehrenden aus beiden Studiengängen wurden die Videos anschließend erstellt und gemäß weiterer Rückmeldung bis zur Endfassung optimiert. Die Projektleitung dokumentierte den Lernprozess der Studierenden.

Der Projektabschluss erfolgte durch Präsentation des Projekts. Die fertigen Lehrvideos werden gemäß dem Inverted Classroom Modell in den kommenden Studiengängen Diätologie und Physiotherapie in Verbindung mit begleitenden Lernaktivitäten vermittelt und sollen so eine Basis für interprofessionelle Zusammenarbeit gewährleisten.

## **Einleitung**

Ziel einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ist effektive und effiziente Therapie, in welcher die Bedürfnisse und Ziele der PatientInnen im Mittelpunkt stehen. Um Studierende auf die Anforderungen in der Praxis vorzubereiten, die sich aus der aktuellen Gesundheitsreform und dem Zielsteuerungsvertrag von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern ergeben, bedarf es interprofessioneller Lehre und der Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen. Dies betrifft sowohl fachliche, berufsübergreifende Inhalte als auch die Fähigkeit der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Für die Zielgruppe von Personen mit Adipositas bzw. Diabetes ergeben sich somit Schnittpunkte interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Diätologie und Physiotherapie, die in der Lehre zu vermitteln sind. Im Zuge des Projekts X-SITE (Student Interprofessional Teaching Experience) erhielten 6 Diätologie- und 5 Physiotherapie-Studierende im Rahmen der Lehrveranstaltung Projektmanagement den Auftrag, kurze Lehrvideos zu erstellen, die in interprofessioneller Betreuung von PatientInnen mit Adipositas bzw. Diabetes berufsübergreifende Auswirkungen haben.

### Fragestellung(en)

Welche Informationen benötigen die MTD-Berufe Diätologie und Physiotherapie von der jeweiligen anderen Berufsgruppe im Zuge interprofessioneller Therapie von PatientInnen mit Adipositas bzw. Diabetes?

### Methode

#### Projektplanung:

6 Diätologie- und 5 Physiotherapie-Studierende erhielten in Präsenz- und Selbstlernphasen grundlegende Informationen zur Gestaltung von Videos und zum Management von Projekten. Sie vollzogen die typischen Planungsschritte des Projektmanagements und bereiteten in gemischten Teams zu vier unterschiedlichen Themen auf, welche grundlegenden Informationen die MTD-Berufe Diätologie und Physiotherapie von der jeweiligen anderen Berufsgruppe im Zuge interprofessioneller Therapie von PatientInnen mit Adipositas bzw. Diabetes benötigen.

#### Projektdurchführung:

Basierend auf den erarbeiteten Wissensgrundlagen entwickelten die Studierenden Drehbücher für die didaktische Aufbereitung der Lehrinhalte in kurzen Videos. Mit zeitweiser Unterstützung von den Studierenden der Medientechnologie an der FH St. Pölten und nach Rücksprache mit Lehrenden aus beiden Studiengängen entwickelten sie die Videos und optimierten sie gemäß weiterer Rückmeldung bis zur Endfassung. Die Projektleitung dokumentierte den Lernprozess der Studierenden in Form von Berichten, Fotos, Interviews und einem Making-of-Video.

Betreut wurden die Studierenden im Zuge ihres Projekts durch Alexandra Haupt, MSc (FH-Dozentin im Studiengang Diätologie) und Anita Kiselka, MSc (FH-Dozentin im Studiengang Physiotherapie).

#### Projektabschluss:

Präsentation des Projekts in den jeweiligen Studiengängen, beim Tag der Lehre 2015, bei der Projektvernissage 2016, sowie mittels Publikation redaktioneller Artikel und auf e-medien.

Die fertigen Lehrvideos werden gemäß dem Inverted Classroom Modell in den kommenden Studiengängen Diätologie und Physiotherapie in Verbindung mit begleitenden Lernaktivitäten vermittelt, und sollen so eine Basis für interprofessionelle Zusammenarbeit gewährleisten.

## Berufliche Relevanz

Gemäß der aktuellen Gesundheitsreform und dem Zielsteuerungsvertrag von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern ergeben sich zukünftig neue Anforderungen an MTD-Berufe, sie fordert die Zusammenarbeit zwischen MTD-Berufen. Ein gesamt-heitlicher Therapieansatz führt zu effektiveren und nachhaltigeren Therapieerfolgen. Speziell für PatientInnen mit Adipositas bzw. Diabetes ist interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe unumgänglich. Basiskenntnisse aus der anderen Berufsdisziplin stellen eine wichtige Grundlage für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Berufsausübung dar. Weiters ist es wichtig, Kompetenzen interprofessioneller Zusammenarbeit bereits im Zuge der Berufsausbildung zu erlernen und praktisch anzuwenden.

## Ergebnisse

### Diabetes Mellitus

- Lebensmittel haben eine unterschiedlich hohe glykämische Last und führen damit unterschiedlich stark zur Erhöhung des Blutzuckerspiegels, aber bei Diabetes gelten grundsätzlich die gleichen Ernährungsempfehlungen wie für Gesunde.
- Die mediterrane Kost eignet sich gut für Diabetiker.
- Bewegung senkt das Risiko für Spätfolgen für Diabetes Typ I und Typ II.
- Sport ist kein Ersatz für Insulin.
- Bei Typ II DiabetikerInnen ist regelmäßiger Ausdauersport sehr wirksam. Die Insulinresistenz und der Insulinbedarf sinken, die Insulinrezeptoren in der Muskulatur und die Insulinsensibilität steigen.

### Welche Auswirkung hat Adipositas auf Gelenksstrukturen und welchen Einfluss können Ernährung und Bewegung hierauf nehmen?

- Adäquate Ernährung, schon einige Veränderungen im Essverhalten, kann den Verlauf von Adipositas, Arthrose und Osteoporose wesentlich beeinflussen.
- Bei Adipositas entstehen hohe Gewichts-, und Gelenksbelastungen.
- Achsenabweichungen in Kombination mit Zusatzgewichten haben in der Pathogenese von Gelenksproblematiken (Knorpelschaden/Arthrose) große Auswirkungen.
- Schon gesunde Menschen „vergessen“ oft auf Bewegung oder haben eine geringe Motivation dazu, sie kann bei Adipositas Beschwerden lindern und bringt positive Effekte.
- Adäquates, physiologisches Be- und Entlasten stellt einen essenziellen Baustein in der Behandlung von Arthrose und Osteoporose dar.

### Wie wirken Kraftsport, Ausdauertraining und Ernährung bei Präadipositas im Abnehmprozess zusammen?

- Gewichtsreduktion hat nur langfristig Erfolg. Bei kurzfristigen „Crash-Diäten“ wird Muskelmasse abgebaut, was einen Jojo-Effekt und erneute Gewichtszunahme zur Folge hat.
- Es macht einen Unterschied, ob Nahrung vor oder nach sportlicher Belastung aufgenommen wird.

- Wichtig sind die Berechnung von Energiebilanz, tatsächlichem Energiebedarf und Nährstoffzusammensetzung einer Mahlzeit. Durch reduzierte Portionsgrößen kann man eine negative Energiebilanz erreichen.
- Nicht nur Ausdauertraining spielt eine Rolle für eine Gewichtsreduktion, sondern auch Krafttraining hat einen wichtigen Effekt. Am effektivsten ist die Kombination aus beiden.
- Der „Nachbrenneffekt“ nach dem Krafttraining ist höher als nach dem Ausdauertraining und kann mit der Ernährung optimal gekoppelt werden.
- Manche Sportarten sind besser geeignet als andere.

**Wie wirken sich Diskriminierung und gesellschaftliche Vorurteile gegenüber adipöser Menschen auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Betroffenen aus?**

- Adipöse werden in vielen Bereichen ihres Lebens als faul, willensschwach und disziplinlos dargestellt. Diese ständige Konfrontation löst keine Motivation zum Abnehmen aus, im Gegenteil. Viele Adipöse verlieren ihr Selbstvertrauen und es kommt zu depressiven Störungen. Betreuungspersonen sollten besonders behutsam und verständnisvoll bei der Gewichtsabnahme unterstützen.
- Es ist erschreckend wie unbewusst und weit verbreitet gemeine und verletzende Kommentare an Betroffene getätigt werden – auch von medizinischem Personal, das im Umgang mit Menschen geschult sein sollte.
- Übergewicht entsteht nicht nur durch „zu viel“ Essen. Diskriminierung durch die Gesellschaft kann die Gewichtsreduktion negativ beeinflussen. Oft suchen Übergewichtige durch vermehrtes Essen Trost.
- Durch die gesellschaftlichen Vorurteile machen übergewichtige Menschen oft keinen Sport in der Öffentlichkeit, da sie sich schämen und die Blicke der Menschen scheuen. Sie bleiben somit lieber Zuhause und die Bewegung wird vernachlässigt.

**Referenzen/Literatur**

Bundesministerium für Gesundheit. (2013). Bundes-Zielsteuerungsvertrag. Zielsteuerung Gesundheit. Zugriff am: 26.11.14 – <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>

Bundesministerium für Gesundheit. (2012). Rahmen-Gesundheitsziele – Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Zugriff am: 26.11.14 – [http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/Rahmengesundheitsziele\\_langfassung\\_gesamt.pdf](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/Rahmengesundheitsziele_langfassung_gesamt.pdf)

Bundes-Zielsteuerungskommission. (2014). „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Zugriff am: 26.11.14 <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH0998/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2012): Gesundheitsbezogenes Qualitätsmanagement. Zugriff am 26.11.14 – [http://www.lzg.gc.nrw.de/service/kooperationen/who\\_public\\_health/3\\_analy-sen/36\\_qualitaetsmanagement/index.html](http://www.lzg.gc.nrw.de/service/kooperationen/who_public_health/3_analy-sen/36_qualitaetsmanagement/index.html)

Physioaustria. (2014). PhysiotherapeutInnen in Primary Health Care. Positionspapier. Zugriff am: 26.11.14 – [http://www.physioaustria.at/system/files/general/positionspapier\\_physiotherapeutinnen\\_in\\_phc\\_062014.pdf](http://www.physioaustria.at/system/files/general/positionspapier_physiotherapeutinnen_in_phc_062014.pdf)

# Tales of Taste

## International CookBook

### Barbara Kohlmaier

### MTD-Berufsgruppe: Diätologie

Das Projekt „Tales of Taste“ ist ein Studierendenprojekt des Bachelorstudien- ganges Diätologie in Kooperation mit dem International Office sowie den Inco- ming Studierenden der FH St. Pölten. Studierende des 4. Semesters haben mit den Incoming Studierenden des Studienjahres 2013/2014 gemeinsam Rezepte der Heimat sowie österreichische Schmankerln ausprobiert und verkostet. Das International CookBook soll die Internationalisierung an der FH St. Pölten sichtbar machen – und Lust darauf, das eine oder andere Rezept auszuprobieren. Erleben Sie mit uns eine spannende Reise durch die Kulinarik der verschiedenen Kulturen!

### Einleitung

Jährlich entscheiden sich rund fünfzig Studierende aus dem Ausland an der FH St Pölten zu studieren. Diese Incoming Studierenden tragen wesentlich zur Internationalisierung der FH St. Pölten bei. Doch gelebte Internationalisierung geht weit über akademische Leistungen und Sprachenerwerb hinaus! Neben dem akademischen Angebot erhalten die Studierenden auch die Möglichkeit in die österreichische Kultur einzutauchen und im Gegenzug dazu lernen wir die Kultur der Heimatländer der Studierenden kennen. Das International CookBook soll die Internationalisierung sichtbar und erlebbar machen – und Lust darauf, das eine oder andere Rezept auszuprobieren!

### Fragestellung(en)

Typische Speisen der Heimatländer der Incomings und aus Österreich sollen mit der Projektgruppe erforscht werden; gemeinsames Kochen und Genießen stehen im Vor- dergrund.

### Methode

Es wurden alle Incomings des Studienjahres 2013/2014 eingebunden. Die Studieren- den der Projektgruppe Diätologie (Teresa Schmutz, Kathrin Gruber, Malina Harlander und Elisabeth Zöchling) haben gemeinsam mit den Incomings die Gerichte der Heimat- länder sowie österreichische Schmankerln gekocht, sie haben auch die Esskultur er- forscht und die Speisen gemeinsam genossen. Die Ergebnisse wurden grafisch in einem Cookbook aufbereitet und gedruckt.

### Berufliche Relevanz

Die Internationalisierung ist ein Schwerpunkt der FH St. Pölten. Des Weiteren befasst sich die Diätologie mit der Ernährung und damit auch mit den unterschiedlichen Esskul- turen. Bei der Ernährungsberatung von internationalen PatientInnen oder PatientInnen mit Migrationshintergrund fließt auch die Esskultur ein. Durch das Projekt „Tales of Taste“ wurden die Studierenden und MitarbeiterInnen der FH St. Pölten zum Thema Esskultur sensibilisiert. Des Weiteren ist „Tales of Taste“ ein wertvolles Mitbringsel für Incoming und Outgoing DozentInnen.

## Ergebnisse

Es wurde ein Kochbuch mit dem Titel „Tales of Taste – International CookBook“ herausgegeben. Es wurden 22 Rezepte aus 12 Ländern gemeinsam gekocht, verkostet und fotografiert. Das 51-seitige Cookbook enthält auch Nährwertangaben sowie Tipps für eine gesunde Zubereitung. Sie finden hier einige Beispiele. Guten Appetit!



## Referenzen/Literatur

OeNB Hauptabt. Heldenplatz

Verbund-ID-Nr. AC11876424

Bergmann, Cornelia & Kohlmaier, Barbara (2014). Tales of Taste – International CookBook, Fachhochschule St. Pölten, St. Pölten



**IMPRINT:**

Editor: St. Pölten University of Applied Sciences, Austria  
 Project management: Cornelia Bergmann, BA Bakk.phil.  
 Project team: Teresa Schmutz, Kathrin Gruber, Malina Hartander, Elisabeth Zöchling  
 Design: Karin Jungmeier  
 Layout: Anita Wimmer  
 Photographs: Philipp Langebner, fotolia  
 Expert advice: Barbara Kohlmaler, MSc, Department Diabetics  
 Commissioned by: FH-Prof. Gabriele Karner, MBA, Department Diabetics; Mag. Barbara Zimmer, International Office

*Elmalı Kurabiye*



Gözele Karadağ, Turkey

**Ingredients**

10 servings (as a dessert):

**Dough:**

- 250 g margarine
- 1 tablespoon rapeseed oil
- 1 tablespoon yoghurt
- 500 g flour
- 200 g icing sugar

**Filling:**

- 350 g apples
- 60 g refined sugar
- 1 teaspoon cinnamon
- 30 g crushed walnuts

**Preparation:**

Grate the apples for the filling. Put the grated apples and the granulated sugar into a pan and mix them. Cook until all the juice has boiled off. Add the cinnamon and the crushed walnuts. Allow to cool.

To make the dough, put all ingredients into a big bowl. Mix together and knead the dough until it gets soft. Let it rest for about 10 minutes. Roll the dough out thinly. Cut the dough into small round pieces (it works well if you do it with a glass). Put circa one teaspoon of the prepared filling onto the pieces of dough. Turn up one side to the other side and press it down.

Preheat the oven to 175°C and put the tray into the oven. Bake for 20-30 minutes, until the rolls are golden. Allow to cool and dust with icing sugar.

Afiyet olsun!

**Tip:**

For reducing carbohydrates and calories you could use less sugar. To increase the fibre content, try out replacing half of the flour with whole grain flour.



**Calculation per portion:**

energy	carbohydrates	protein	fat	fibre
542 kcal	75 g	6,7 g	23,8 g	2,6 g



## Dolmades



Liubov Mikhaleva, Russia

### Ingredients

5 servings (as a starter):

- 500 g minced beef
- 500 g rice
- 1 – 2 cans of vine leaves
- salt, pepper
- garlic
- tomato puree
- parsley, dill, lovage (dried or fresh)

### For the sauce:

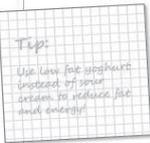
- 250 g sour cream
- salt, pepper
- garlic
- parsley

### Preparation:

Mix minced beef with rice, salt, pepper, parsley, dill, lovage, garlic, a bit of water and tomato puree. Fill the vine leaves with the mixture and layer them into a big pot. Heat water and pour it over the vine leaves until they are covered with water. Put a plate onto the vine leaves and simmer for about 40 minutes.

For the sauce chop the parsley. Peel the garlic and cut into small pieces. Mix parsley and garlic with sour cream. Season the sauce with salt and pepper.

ПРИЯТНОГО АППЕТИТА!



### Calculation per portion:

energy	carbohydrates	protein	fat	fibre
355 kcal	44 g	16 g	11 g	5 g



6

7



# GangAnalyse Interaktiv Trainieren

## GAIT-Score Lernsoftware

**Kerstin Lampel,  
Brian Horsak,  
Andreas Stübler,  
(Fachhochschule  
St. Pölten) und  
Jakob Doppler,  
Christian Gradl  
(Institut für Creative\  
Media/Technologies)**

**MTD-Berufsgruppe:  
Physiotherapie**

Ein interdisziplinäres Projekt des Bachelor Studiengangs Physiotherapie und des Instituts für Creative\  
Media/Technologies an der Fachhochschule St. Pölten zur Entwicklung einer Lernsoftware für die beobachtende klinische Ganganalyse.

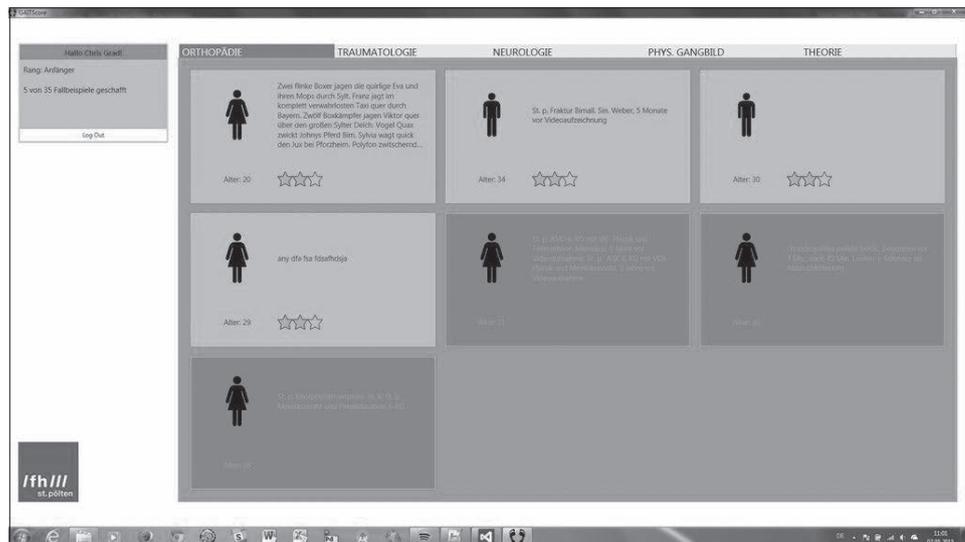


Abbildung: Startseite der Lernsoftware GAIT Score (Screenshot)

Die Entwicklung einer Lernsoftware für die beobachtende klinische Ganganalyse in der Physiotherapie trägt dazu bei, durch verschiedene Fallsimulationen anwendungsorientiertes Wissen zu erwerben. In Anlehnung an den Konstruktivismus wird den Lernenden ermöglicht, sich selbstgesteuert mit dem Lerngegenstand auseinander zu setzen. Das didaktische Design der Lernsoftware orientiert sich an den Strukturelementen der gestaltungsorientierten Mediendidaktik nach Kerres und dient als Grundlage für eine zielgruppenfokussierte Umsetzung.

Durch interdisziplinäre Kooperation an der Fachhochschule St. Pölten ist die Entwicklung eines ersten Prototyps der Lernsoftware gelungen. Die User Experience von 15 Personen wurde für den Prototyp evaluiert. Dafür wurden das Eyetracking-Verfahren zur objektiven Erhebung von Blickbewegungen sowie das Befragungsinstrument „AttrakDiff“ zur subjektiven Bewertung der Bedienbarkeit und Identifikation verwendet. Aus den Ergebnissen konnten entsprechende

**Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der softwaretechnischen Konzeption abgeleitet werden.**

**Einleitung**

Mobilität bedeutet für Menschen die Möglichkeit der Teilnahme an verschiedensten Aktivitäten. Ein möglichst optimales Gangbild bildet unter anderem die Grundlage für eine umfassende Mobilität. Die Beurteilung des Gangbildes ist deshalb für PhysiotherapeutInnen im Speziellen, aber auch für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen ein wichtiges Instrument zur Problemeinschätzung, Diagnose und Therapieevaluation.

In der Ausbildung zu PhysiotherapeutInnen an Fachhochschulen werden die Beurteilung des Gangbildes und dessen pathologische Abweichungen in vielen Lehrveranstaltungen thematisiert. Die technischen und pädagogischen Möglichkeiten, um die Beurteilung des „normalen“ physiologischen Ganges in seiner Komplexität genau und „Schritt für Schritt“ zu üben, sind derzeit an Fachhochschulen noch sehr begrenzt. Aufgrund dieser Problematik bzw. den höher werdenden Anforderungen im medizinischen Bereich wurde in interdisziplinärer Kooperation an der FH St. Pölten ein Prototyp einer Lernsoftware zum interaktiven Erlernen von grundlegenden Fähigkeiten und speziellen Aspekten im Bereich der beobachtenden Ganganalyse entwickelt.

**Fragestellung(en)**

Welche bekannten mediendidaktischen Modelle eignen sich für die didaktische Strukturierung einer Lernsoftware für die beobachtende klinische Ganganalyse?

Welche Kriterien der softwaretechnischen Konzeption der Lernsoftware für die beobachtende klinische Ganganalyse müssen für die User Experience von Studierenden im letzten Ausbildungsabschnitt des Bachelorstudiengangs Physiotherapie berücksichtigt werden?

**Methode**

Unter Heranziehung eines spezifisch konzipierten didaktischen Designs dienten sog. Storyboards als Grundlage für die softwaretechnische Programmierung.

Parallel dazu erfolgte die Rekrutierung von ProbandInnen und PatientInnen unterschiedlichen Geschlechts, Alters und Pathologien für die Aufzeichnung der Gangvideos.

Hochschulinterne und externe GanganalyseexpertInnen bewerteten die Videos anhand eines für die klinische Praxis relevanten Beurteilungsbogens. Die Gangvideos, theoretische Lehrinhalte sowie die Ergebnisse der ExpertInnenbeurteilung wurden in die Software integriert.



Abbildung: Gangphasenbeurteilung der Lernsoftware GAIT Score (Screenshot)

Die prototypische Software wurde im Usability Labor der FH St. Pölten mittels Eyetracking und Online-Fragebogen „AttrakDiff“ hinsichtlich Nutzerfreundlichkeit und Nutzererfahrung von 15 Studierenden aus dem 6. Semester evaluiert. Die bewusste Auswahl an typischen Fällen für die Stichprobe beruhte darauf, dass die Merkmale und die Reaktionen der Stichprobe auf eine Grundgesamtheit von Studierenden in Bachelorstudiengängen Physiotherapie umgelegt werden können. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und hatte keinen Zusammenhang mit dem regulären Studienverlauf. Ausschlusskriterien für die Erhebung der User Experience waren das Tragen von Sehhilfen (Kontaktlinsen, Brillen) und die vorangegangene Nutzung einer ähnlichen Lernsoftware. Die Untersuchung erhebt nicht den Anspruch auf Repräsentativität für die gesamte Zielgruppe der BenutzerInnen der Lernsoftware, sondern soll lediglich einen vorläufigen Trend im Verhalten bzw. der Handlung aufzeigen.

Die Ergebnisse der beiden Untersuchungsmethoden wurden deskriptiv ausgewertet.

### Berufliche Relevanz

Innovative Entwicklungen im Gesundheitsbereich müssen an erster Stelle einen Mehrwert für die PatientInnen bringen (z. B. früheres Erkennen von Sturzrisiko).

Die Implementierung der Lernsoftware GAIT-Score in den regulären Studienablauf an der Fachhochschule ist vorgesehen. Ebenso gibt es von Seiten der PraktikumsanleiterInnen großes Interesse an dem Programm. Das Hauptziel aller Akteure im Bildungs- und Gesundheitssektor ist ein hoher Qualitätsanspruch in der Ausbildung der PhysiotherapeutInnen. Die Übernahme von Selbstverantwortung für das Lernen bildet die Grundlage für ein erfolgreiches Vorankommen in der schulischen als auch beruflichen Ausbildung.

### Ergebnisse

Eyetracking liefert objektive Daten zu den Blickverläufen der NutzerInnen, woraus Handlungsempfehlungen für die weitere softwaretechnische Konzeption abgeleitet werden konnten. Der Online-Fragebogen „AttrakDiff“ repräsentiert die subjektive Bewertung der Software hinsichtlich Bedienbarkeit und Identifikation. Die Ergebnisse zeigen, dass v. a. bezüglich hedonischer Qualität noch Veränderungspotenzial vorliegt.

Die ProbandInnen haben positive Rückmeldungen bezüglich der Entwicklung der Lernsoftware für die beobachtende klinische Ganganalyse abgegeben. Der damit verbundene Nutzen zur Verbesserung der persönlichen Fähigkeiten und fachlichen Kompetenz wurde erkannt und bestätigt.

### Referenzen/Literatur

Duchowski, A. T. (2007). Eye tracking methodology: theory and practice. London: Springer-Verlag.

Götz-Neumann, K. (2011). Gehen verstehen: Ganganalyse in der Physiotherapie. Stuttgart; New York: Thieme-Verlag.

Hassenzahl, M., Burmester, M., & Koller, F. (2008). Der User Experience (UX) auf der Spur: Zum Einsatz von [www.attrakdiff.de](http://www.attrakdiff.de). In H. Brau, S. Diefenbach, M. Hassenzahl, F. Koller, M. Peissner, & K. Röse (Hrsg.), Usability Professionals. Berichtband des sechsten Workshops des German Chapters der Usability Professionals Association (S. 78 – 82). Lübeck: Fraunhofer IRB-Verlag.

Reich, K. (2006). Konstruktivistische Didaktik : Lehr- und Studienbuch mit Methodenpool. Weinheim: Beltz-Verlag.

Schulmeister, R. (2007). Grundlagen hypermedialer Lernsysteme : Theorie – Didaktik – Design. München: Oldenbourg-Verlag.

Tulodziecki, G., & Herzig, B. (2010). Mediendidaktik Medien in Lehr- und Lernprozessen. München: Kopaed-Verlag.

# Joint Master Degree in Biomedical Laboratory Sciences (MARBLE)

**Christine Schnabl,  
Veronika Stefanik,  
Steve Meaney,  
Fernando Mendes,  
Armando Caseiro,  
Camilla Hesse,  
Marie Culliton**

**MTD-Berufsgruppe:  
Biomedizinische  
Analytik / Biomedical  
Laboratory Science**

A consortium of leading educational providers across Europe is working together to create and deliver a joint masters programme in biomedical laboratory sciences BLS. This programme will provide the necessary advanced skills, knowledge and competencies for future needs in the sector. This programme will be unique in the sector and includes the following key features:

- **Mobility:** students will be required to travel extensively during the first year of study and enjoy the academic and cultural experiences at each host site;
- **Professional competency:** a formal opportunity to develop professional skills via a practice placement in an industrial, healthcare or research setting;
- **Specialist knowledge:** students will complete taught modules in specialist areas;
- **Research competency:** each student will carry out a focused research project during their second year of study.

The EMJMD-MARBLE will be the first international joint master degree (JMD) in Biomedical Laboratory Sciences (BLS) available in Europe and the world. The programme combines theoretical teaching, research methodology and activities, communication, laboratory management, and advanced evidence-based practice using state of the art biomedical technologies. The unique structure of this programme and cooperation of HEI's with different traditions will lead to innovative approaches to teaching, learning and assessment. In addition this cooperation will enable each institute to learn from one another.

## **Einleitung / Introduction**

The clinical laboratory has a vital role in informing medical decisions, personalised treatments and overall delivery of healthcare. However, it is an almost invisible part of the healthcare system. Clinical laboratory science and technology have advanced significantly in the last few decades. This has placed ever growing demands on the clinical laboratory and has driven the development of new specialist disciplines in biomedical science. The role of the biomedical laboratory scientist has also evolved – increasingly specialist skills and competencies are required to meet the requirements for patient diagnosis and treatment.

The capacity to provide advanced education in this field has not kept pace and there is significant potential for a future skills gap in this sector. The lack of appropriate post-graduate training opportunities capable of delivering the required knowledge, skills and

competencies creates a risk of a mismatch between the professional requirements and the availability of suitably qualified staff. This is a potential threat to the provision of high quality patient care.

Aim of Programme:

The primary aim of the EMJMD-MARBLE is to educate and train Biomedical Laboratory scientists (BLs) to the highest national and international standards and equip them to meet the current and emerging professional requirements of this key diagnostic sector as researchers, advocates, leaders and diagnostic partners. A secondary aim is to increase the European dimension of BLS and help to consolidate a unified identity for the profession, thereby harmonizing and supporting specialist practice across the European area.

Taken together these aims will facilitate the increase in students' specialist knowledge, promote mobility of graduates and provide high quality post-graduate Biomedical Laboratory scientists (BLs) for the European and international markets.

### Fragestellung(en)

How can an international consortium of partners from four universities and the European Association for Biomedical Scientists (EPBS) develop a common curriculum for a masters programme that meets all legal and institutional demands of each country and university?

How will each partner be involved in offering specialist modules and master thesis projects?

Who will be the coordinator of the project, and what processes around the curriculum will be developed in what way to start an international programme?

How will the programme have to comply with the requirements for application to the European Commission EACEA (Education, Audiovisual and Culture Executive Agency) to apply for a 5-year grant?

### Methode

The common curriculum for the EMJMD-MARBLE was developed by the five consortium partners over a series of meetings from 2011 onwards. The programme consists of a blend of existing and newly developed modules and is designed to be a well-integrated programme which fulfils the legal requirements of each of the consortium countries. Importantly, the joint curriculum has also been developed to meet the future requirements for skilled BLs in advanced health care services.

The full members of the consortium are:

**Austria** – Vienna University of Applied Sciences – FH Campus Wien

**Ireland** – Dublin Institute of Technology

**Portugal** – ESTeSC – Coimbra Health School

**Sweden** – University of Gothenburg

**EPBS** – European Association for Professions in Biomedical Science

The EMJMD-MARBLE represents a step-change in the provision of Master Degree programmes in BLS in Europe and will be a unique educational offering in this domain globally. Students enrolling on this programme will have a unique educational experience of a truly international nature.

The programme is a two-year full-time course of 120 ECTS held in English. In their first year the students will spend time in each of the four partner countries as well as engage in continuous E-learning provided by the partners as a whole. In the second year students will focus on more specialist topics, namely by having a specialist clinical practice and by carrying out a specialised research project leading to a Master thesis. This will be carried out in a European country of their choice or in collaboration with one of the Associated Partners (APs) who represent potential employers in key sectors such as industry, research centres, the health sector, academia and professional agencies.

Students will obtain a joint degree parchment signed and recognised by all of the consortium members that will reflect their specialisation in a specific discipline.

Students, staff, partners and associates will complete a course evaluation at the end of each Master edition. The evaluations will be collected by the coordinating institution and a Quality Assessment Report will be produced by the Consortium Committee (CC) with input from the Academic Committee (AC). The International Advisory Board (IAB) will analyse the results and together will produce an output report to be shared among all partners of the project.

The evaluation plan implies the continuous and dynamic development of the Higher Education Institutions (HEIs), and finds its expression in the obligation to offer increasingly diverse student cohorts research-based teaching, to strengthen the link between teaching and research and to equip graduates with the competencies necessary for rapid adaptation to constantly changing labour market requirements.

### **Berufliche Relevanz**

The expertise, skills, competence and connections that the students obtain during this programme will help to equip them to meet the current and future needs of the labour market. Graduates of this programme will be competent to take on roles as diagnostic partners in healthcare.

Critically the involvement of professional stakeholders (e.g. EPBS) and employers (e.g. associated partners) ensures the relevance of the programme for the labour market, both now and in the future. In addition as this domain is an allied health science with a key role in patient healthcare, the involvement of professional associated partners (APs) also ensures that the skills and competencies will be of high relevance for the profession and so for graduate employability.

The geographical and sectorial diversity of the APs contributes to the innovative nature of this project.

## Ergebnisse

The programme is nearly ready for a second application for the Erasmus Mundus Joint Master Degree EMJMD to receive financial support from the EU for 5 years. In spring 2015 the application was unsuccessful; out of 76 projects only 15 JMD were selected. The ranking of the MARBLE project was good, so the consortium will make use of a second chance.

The programme is accredited at national level in Portugal, and the accreditation process in all other programme countries is underway.

Many associated partners are involved in the project, including the IFBLS (International Federation of Biomedical Laboratory Scientists), universities all around the world, industry etc.

Consortium agreement  
Students handbook  
Student admission and selection criteria  
Student agreement  
SWOT analysis  
MARBLE homepage  
MARBLE filmspot

## Referenzen/Literatur

List of international presentations: <http://jmd-marble.com/timeline/>

[https://eacea.ec.europa.eu/erasmus-plus/funding/key-action-1-joint-master-degrees\\_en](https://eacea.ec.europa.eu/erasmus-plus/funding/key-action-1-joint-master-degrees_en)

[http://www.europeansharedtreasure.eu/detail.php?id\\_project\\_base=2010-1-BE3-LEO04-02269](http://www.europeansharedtreasure.eu/detail.php?id_project_base=2010-1-BE3-LEO04-02269)

Mendes, F.; Schnabl, C.; Stefanik, V. et al.: Post Graduate Study in Biomedical Laboratory Sciences – Encounter with the Future. Taipei 2014

Schnabl, C.; Hufnagl, E.; Sander, G. et al.: Project EucoLABS; Biomed Austria, Nr. 03. Wien 2012

Neeslein, I.L. et al.: A Survey of Continuing Professional Development Programs in Biomedical Laboratory Science in Europe. Berlin 2011

# Gesundheitsförderung im Klassenzimmer

Die Erstellung und Umsetzung eines ergotherapeutischen Projektes zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von Schülern/innen in der Volksschule

Carmen Gneis,  
Kathrin Neuditschko,  
Yvonne Schwarz

MTD-Berufsgruppe:  
Ergotherapie

Die Medien berichten gerade in den letzten Jahren immer häufiger über psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch Mobbing oder Leistungsdruck. Dadurch wird die Relevanz von psychosozialer Gesundheitsförderung deutlich. Aus diesem Grund wurden in einer wissenschaftlichen Arbeit Möglichkeiten, sowie deren Effizienz zur psychosozialen Gesundheitsförderung an österreichischen Volksschulen durch Ergotherapeut/innen analysiert. Die erste Bachelorarbeit stützt sich im theoretischen Hintergrund auf ergotherapeutische Thesen, Wissen aus den Bezugswissenschaften der Ergotherapie und stellt eine Verknüpfung zum momentan gültigen österreichischen Schulunterrichtsgesetz her.

In der zweiten Bachelorarbeit werden die Vorbereitung, die notwendigen Planungsschritte, die Durchführung, sowie die Ergebnisse eines Projektes zur psychosozialen Gesundheitsförderung von Schülern/innen der vierten Klasse einer Volksschule in Wiener Neustadt aufgezeigt, welches auf den Ergebnissen der vorhergehenden Literaturarbeit geplant und durchgeführt wurde.

**Methode:** Zur Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte eine umfassende Literaturrecherche, dessen Sammlung in der ersten Bachelorarbeit aufgezeigt und analysiert niedergeschrieben wurde. In der zweiten Bachelorarbeit setzten sich die Autorinnen mit der individuellen Auswahl an Maßnahmen anhand der Ergebnisse der psychosozialen Statuserhebung der Schüler/innen auseinander. Außerdem werden die Durchführungsphase der Projektwoche, sowie die Adaptierungen im Arbeitsprozess aufgezeigt.

**Schlussfolgerung:** Die erste Bachelorarbeit zeigt einerseits methodische Überlegungen die von Ergotherapeuten/innen in der Durchführung beachtet werden sollten auf. Andererseits weist sie auch Interventionen und deren Kategorisierung auf, die von Ergotherapeut/innen unter Berücksichtigung der gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen in österreichischen Schulen durchgeführt werden können. Der Schwerpunkt in der zweiten Bachelorarbeit lag, neben der Darstellung der einzelnen Schwerpunkte der Projektwoche, ebenfalls auf der Darstellung der Zusammenarbeit mit der Klassenlehrerin und auf dem Feedback der Schüler/innen bzw. der Eltern, welches Teil der Ergebnisse war.

## Einleitung

Das Projekt baut auf den Ergebnissen der Bachelorarbeiten aus drei vorangegangenen Jahrgängen auf, die sich ebenfalls mit der psychosozialen Gesundheitsförderung durch Ergotherapeut/innen im schulischen Setting beschäftigten: Im Erhebungsprojekt (SS 2011 – SS 2012), einer allgemeinen Annäherung an das Thema, folgte im Durchführungsprojekt (SS 2012 – SS 2013) die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen und darauf folgend die Auseinandersetzung mit einer objektiven Evaluationsmöglichkeit (SS 2013 – SS 2014). Die durchgeführten Bachelorprojekte konnten belegen, dass Ergotherapie in Zusammenarbeit mit (Volks-)Schulen geeignet ist, die Entwicklung und Förderung lebenspraktischer Fertigkeiten der psychosozialen Gesundheit zu unterstützen. Die besondere Stärke der im Rahmen der Ergotherapie gesetzten Maßnahmen liegt in der Berücksichtigung der Wechselwirkung von Person, Umwelt und Betätigung, in einer klientenzentrierten, aufgabenorientierten und multimodalen Vorgehensweise zur Stärkung der Ressourcen und Schutzfaktoren und beeinflusst mit dieser Vorgehensweise die Lebensqualität aller im unmittelbaren „System Schule“ involvierten Personen positiv (Bauer, 2014).

Der zugrundeliegende Projektauftrag umfasste ein kritisches Zusammenführen der Erkenntnisse aus den vorangegangenen Projekten und die Erprobung der Gesamtkonzeption in Kooperation mit einer Volksschule, die bereits im Vorjahr Projektauftraggeber war.

## Fragestellung(en)

### **P – Person/Problem**

Wie kann das Konzept zur psychosozialen Gesundheit unter Berücksichtigung der rechtlichen Grundlagen aus dem österreichischen Bildungs- und Schulorganisationsgesetz in den schulischen Alltag integriert werden?

### **I – Intervention**

Welche Konzepte und Interventionen existieren bereits zur psychosozialen Gesundheitsförderung?

### **C – Control**

Welche Faktoren spielen in Bezug auf das psychosoziale Wohlbefinden eine Rolle? Was macht ergotherapeutisches Arbeiten aus?

### **O – Outcome/Ziel**

Wie lassen sich Interventionen zur psychosozialen Gesundheitsförderung zusammenführen um ein ergotherapeutisches Konzept für Schüler/innen an österreichischen Volksschulen zu entwickeln?

## Methode

### **Probanden/Probandinnen**

Die entstandene Projektwoche zur psychosozialen Gesundheitsförderung wurde in einer vierten Klasse einer Volksschule aus Wiener Neustadt durchgeführt. Somit zählen zu den Probandinnen 23 Schüler/innen, sowie zwei Klassenlehrerinnen.

### Literaturrecherche

Im Hinblick darauf, dass die Erstellung des Konzeptes zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von allen drei Verfasserinnen gemeinsam erfolgen sollte, sowie um das erlangte Wissen aus der Literaturrecherche besser miteinander verknüpfen zu können und in die Entwicklungsphase des Konzeptes mit einfließen zu lassen, wurde die Variante der maximalen Zusammenarbeit, während der Erstellung des Bachelorprojektes, gewählt.

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
Literatur seit dem Jahr 2004.	Literatur vor dem Jahr 2004.
Interventionen, die sich auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre beschränkt.	Interventionen, die sich ausschließlich auf die Arbeit mit Erwachsenen beziehen.
Interventionen, die sich auf die psychosoziale Gesundheitsförderung und Primärprävention beziehen.	Interventionen, die sekundärpräventive, sowie tertiärpräventive Maßnahmen für ein Krankheitsbild aufzeigen.
Interventionen, deren Durchführbarkeit im Setting Schule möglich ist.	Interventionen, deren Durchführbarkeit im Setting Schule nicht möglich ist.

Während des Rechercheprozesses wurde das Einschlusskriterium, „Literatur seit dem Jahr 2004“, seitens der Autorinnen geändert, da qualitativ hochwertige Artikel, betreffend der Informationen zu den einzelnen Modellen, die im theoretischen Hintergrund verwendet wurden, aus älteren Jahrgängen existierten. Zusätzlich wurde dieses Einschlusskriterium auch für die Recherche der Rechtslage, sowie des Schulorganisationsgesetzes aufgehoben, da die meisten Gesetze vor dem Jahr 2009 verabschiedet wurden. Ein weiteres Ausschlusskriterium, „Interventionen, die sekundärpräventive, sowie tertiärpräventive Maßnahmen für ein Krankheitsbild aufzeigen.“, wurde während der Literaturrecherche sehr kritisch betrachtet, da einige gefundene Interventionsmöglichkeiten gute Ansätze aufzeigten, die nach Meinung der Verfasserinnen, durch Adaptierung Anwendung in der Gesundheitsförderung finden können.

### Analyse

Die einzelnen Interventionsmöglichkeiten wurden nach folgenden Kriterien analysiert:

- Kritische Auseinandersetzung in Bezug auf Qualitätsmerkmale der Bachelorarbeit
- Kritische Betrachtung in Bezug auf den Aufbau und Inhalt der gesamten Bachelorarbeit
- Kritische Betrachtung in Bezug auf Aspekte des Problemhintergrundes und des theoretischen Hintergrundes der vorliegenden Arbeit
- Kritische Betrachtung in Bezug auf die Literaturrecherche und die Analyse der Quellen der Studentin des Jahrganges 2009
- Kritische Betrachtung im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit
- Kritische Auseinandersetzung in Bezug auf den Aufbau des Programms
- Kritische Auseinandersetzung in Bezug auf Qualitätsmerkmale der Quelle
- Kritische Auseinandersetzung in Bezug auf die Beantwortung der Forschungsfrage

## Interventionen

### **Leitfaden zur Erhebung des psychosozialen Status, als Ausgangspunkt für gesundheitsfördernde Angebote durch Ergotherapeut/innen (Dinhobl & Taferner, 2014)**

Um die Maßnahmen innerhalb des Projektes speziell an die Klasse der Probandinnen anzupassen, wurde vor Beginn des Projektes der psychosoziale Status der Klasse erhoben. Die Autorinnen verwendeten dafür den „Leitfaden zur Erhebung des psychosozialen Status im Setting Schule“. (Dinhobl & Taferner, 2014). Der Leitfaden setzt sich aus zwei Elementen zusammen: die Lehrerversion des SDQ und einer Beobachtung mithilfe eines Beobachtungsbogens.

Zusätzlich zu der Lehrerversion des SDQ, welche Teil des Leitfadens (Dinhobl & Taferner, 2014) ist, händigten die Verfasserinnen die Elternversion und den Selbsteinschätzungsbogen des SDQ für die Kinder aus, um ein breites und umfassenderes Bild über den psychosozialen Status der Schüler/innen der Projektklasse zu erhalten.

Die Beobachtung und somit der zweite Teil des Leitfadens konnte nur an einem Tag durchgeführt werden. Dies entsprach damit nicht den Vorgaben, da nach dem Leitfaden in jedem Unterrichtsfach mindestens zweimal eine Observation stattfinden sollte. Auch in der Durchführung der Beobachtung gab es leichte Adaptierungen.

Bei der Auswertung der Daten der Beobachtungsprotokolle hielten sich die Studentinnen an die Vorgaben des Leitfadens. Die Auswertung der SDQ-Bögen unterschied sich jedoch von der Vorgehensweise im Leitfaden. Da von nahezu jedem Kind die bereits oben angeführten drei SDQ Versionen vorhanden waren, nutzen die Autorinnen die Auswertungsmöglichkeit im Internet. Dabei werden die Werte der Elternversion des SDQ, der Lehrer/Innenversion des SDQ und des Selbsteinschätzungsbogens übertragen, bis man schlussendlich einen Auswertungsbogen für jedes Kind erhält.

### **Vergleich und Zusammenführung der Ergebnisse**

Die Problembereiche „Aufmerksamkeit/Bewegungsdrang“ und „Umgang mit Gleichaltrigen“, die sich aus der Auswertung der Beobachtungsbögen ergaben, korrelieren den Definitionen nach mit den Problembereichen „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ aus den SDQs, weshalb vor allem die Aspekte „Aufmerksamkeit/Bewegungsdrang“ und „Umgang mit Gleichaltrigen“ als Schwerpunkte des darauf folgenden Projektes verstanden wurden. Die Problembereiche „Regelverhalten“ und „Intrapersonale Fähigkeiten“ aus den Ergebnissen der Beobachtung stellten ebenfalls Schwerpunkte des Projektes dar, standen jedoch für das Projektteam in der Auswahl der Maßnahmen weniger im Fokus als die beiden Erstgenannten.

### **Projektwoche zur psychosozialen Gesundheitsförderung**

Das Projekt fand nach den Semesterferien an fünf Vormittagen in einer vierten Klasse einer Volksschule in Wiener Neustadt statt. Die gesamte Projektwoche wurde in Kooperation mit der Klassenlehrerin durchgeführt und in den Räumlichkeiten des Schulgebäudes, vorwiegend des Klassenraumes der Projektklasse, abgehalten. Die Inhalte des Projektes wurden in eine Rahmenhandlung eingebettet, um das Projekt für die Schüler/innen attraktiver zu gestalten und somit auch das Interesse der Kinder für die Inhalte zu wecken.

Die Kinder begaben sich zusammen mit den Autorinnen mit einer Rakete auf eine Reise in den Weltraum. Ein kleines außerirdisches Männchen bittet die Astronauten/innen darum, die Trümmerteile seines Raumschiffes, die bei einer Explosion auf verschiedenste Planeten geschleudert wurden, wieder einzusammeln und ihm dabei zu helfen wieder auf seinen Planeten zurückkehren zu können. Auf jedem Planeten müssen die Schüler/innen verschiedenste Aufgaben bewältigen, um an diese Raumschiffteile zu gelangen. Zum Schluss begleitet die „Crew“ das Männchen in seinem Raumschiff auf seinen Heimatplaneten, auf welchem eine kleine Belohnung als Dankeschön auf die Kinder wartet.

Jedem Planeten wurden analog dem identifizierten Förderbedarf der Projektklasse ein bis zwei Schwerpunkte zugeordnet. Die Namensvergabe für das außerirdische Männchen und die Crew blieb den Kindern überlassen, um sicherzustellen, dass sich die Schüler/innen mit der Rahmenhandlung auch identifizieren können.

### **Outcome**

#### **Bachelorarbeit 1**

Aufgrund einer intensiven Literaturrecherche konnten 63 Quellen identifiziert werden, die für die Beantwortung der Forschungsfrage, von den Autorinnen als relevant erachtet wurden. Hierbei handelte es sich um 12 Bücher, 8 Broschüren, 10 Artikel ohne möglichen Zugang zum Volltext, sowie 33 Artikel mit Zugang zum Volltext.

Zusätzlich wurde die Aufgabe von Ergotherapeuten/innen im gesundheitsförderlichen Bereich identifiziert, welche laut Köhler, Prusak & Rösler (2010) lauten, Menschen zur selbstbestimmten Verstärkung ihrer psychischen, physischen, sozialen und emotionalen Gesundheit zu befähigen. Für die Praxis bedeutet dies, Schutzfaktoren und Ressourcen zu bestärken und somit eine gesundheitsfördernde Handlungskompetenz zu fördern.

#### **Bachelorarbeit 2**

Die Ergebnisse der Bachelorarbeit 2 beinhalten vor allem die Erkenntnisse, welche aus dem Entwicklungs- und Durchführungsprozess der Projektwoche gezogen werden konnten. Gleichzeitig wurde ebenfalls ein Maßnahmenkatalog entwickelt, welcher in der Rubrik Ergebnisse detaillierter beschrieben wurde.

### **Berufliche Relevanz**

Durch dieses Bachelorprojekt kann die Profession Ergotherapie durch die gesammelten Informationen und Erfahrungen, neben einem theoretischen, auch einen praktischen Nutzen erlangen, da sich ein neues Arbeitsfeld im schulischen Setting etablieren könnte.

Die Entwicklung des neuen Arbeitsfeldes der Ergotherapie könnte durch den Ausbau der Ganztageschule in Österreich positiv begünstigt werden, da diese Schulform die Mitarbeit von außenstehenden Expert/innen fordert.

Ein weiterer Schritt zur Etablierung eines neuen Arbeitsfeldes in der Ergotherapie stellt die Publikation der Projektwoche dar, welche bereits auf der Schulhomepage, der Homepage der Fachhochschule und in einer Zeitung erfolgte. Durch die Publikationen werden weitere Ergotherapeut/innen darauf aufmerksam, die das Konzept anschließend in der eigenen Praxis, im Gruppensetting umsetzen können.

Die Entwicklung des Berufsfeldes der psychosozialen Gesundheitsförderung im schulischen Setting ist aus Sicht der Autorinnen noch im Anfangsstadium, doch könnte der Ausbau dieses Projektes, die weitere Publikation, sowie das Engagement der einzelnen Projektmitarbeiterinnen, wie z. B.: das Verfassen von Artikel oder das Schreiben eines Fachbuches, zum Fortschritt der Etablierung eines neuen Arbeitsfeldes in der Ergotherapie beitragen.

### Ergebnisse

Mit diesem Projekt war es den Autorinnen einerseits möglich die Notwendigkeit, sowie die Wichtigkeit der psychosozialen Gesundheitsförderung bei Schüler/innen aufzuzeigen. Gleichzeitig war es möglich die Ressourcen und Kompetenzen der Ergotherapie für diesen Bereich darzulegen.

Die Planung, Durchführung und Reflexion der Projektwoche in einer vierten Klasse einer Volksschule in Wiener Neustadt kann als Vorlage für weitere Projekte, ebenfalls von anderen Ergotherapeut/innen dienen.

Um die Realisierung von psychosozialer Gesundheitsförderung auch durch weitere Ergotherapeut/innen zu sichern, entwickelten die Verfasserinnen einen Maßnahmenkatalog.

Im Maßnahmenkatalog werden unterschiedliche Interventionen zur psychosozialen Gesundheitsförderung von Schüler/innen im Setting Volksschule aufgezeigt. Um eine bessere Übersicht garantieren zu können, wurde der Katalog in die gleichen Kategorien wie der Beobachtungsbogen von Dinhobl & Taferner (2014) aufgeteilt (Impulskontrolle, Aufmerksamkeit und Bewegungsdrang, Regelverhalten, Umgang mit Gleichaltrigen, Intrapersonale Fertigkeiten). Von den Verfasserinnen wurden die identen Kategorien, wie im Erhebungsinstrument gewählt, um einerseits das Konzept abzurunden, sowie an die Vorarbeit des vorhergegangenen Jahrganges anzuschließen und andererseits ein einheitliches „Paket“ für Ergotherapeuten/innen zur psychosozialen Gesundheitsförderung in Volksschulen zu schaffen.

### Referenzen/Literatur

Bauer, Maria (2014). Betätigungsfeld psychosoziale Gesundheitsförderung im schulischen Setting – ein Pilotprojekt an der FH WN. Fachzeitschrift: Ergotherapie (2014/2).

Schwarz, Y., Neuditschko, K. & Gneis, C. (2014). Gesundheitsförderung im Klassenzimmer. Zusammenführung des aktuellen Wissensstandes im Hinblick auf die Erstellung eines ergotherapeutischen Konzeptes zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von Schülern/innen. Bachelorthesis. Fachhochschule Wiener Neustadt.

Schwarz, Y., Neuditschko, K. & Gneis, C. (2015). Erstellung eines Konzeptes zur psychosozialen Gesundheitsförderung an österreichischen Volksschulen. Bachelorthesis. Fachhochschule Wiener Neustadt.

### Vorangegangene Bachelorarbeiten

Dinhobl, C., & Taferner, K. (2013). Friede, Freude, Eierkuchen im Klassenzimmer ... oder nicht? – Die Erhebung des psychosozialen Status von Kindern im schulischen Setting durch ErgotherapeutInnen. Fachhochschule Wiener Neustadt: unveröffentlichte Bachelorarbeit.

Dinhobl, C., & Taferner, K. (2014). Ein Leitfaden zur Erhebung des psychosozialen Status im Setting Schule als Ausgangspunkt für gesundheitsfördernde Angebote durch ErgotherapeutInnen. FH Wiener Neustadt: unveröffentlichte Bachelorarbeit.

Dorner, J., Kafol, M., Schnabel, S. & Zitz, U. (2012). Ein Verhaltenstraining ergotherapeutisch unter die Lupe genommen: die psychosoziale Gesundheit von SchülerInnen im Fokus. Fachhochschule Wiener Neustadt.

Dorner, J., Kafol, M., Schnabel, S. & Zitz, U. (2013). Mit Ferdi in der Volksschule – Die psychosoziale Gesundheit von SchülerInnen ergotherapeutisch fördern. Fachhochschule Wiener Neustadt.

Herzog, M. (2012). „Ergotherapie macht Schule“ Gesundheitsförderung und Primärprävention im Klassenzimmer Fokus: Soziale Kompetenz (Bachelor), Fachhochschule Wiener Neustadt.

# Health Perception Lab

## Neue sensorische Methoden im Zusammenhang mit Körperzusammensetzung und Biomarkern

Elisabeth Pail,  
Bianca Neuhold,  
Monika Riederer,  
Moenie van der Kleyn,  
Marie Peterseil,  
Wolfgang Gunzer,  
Heidrun Jahnel,  
Anna Maria Rath,  
Natascha Schweighofer,  
Eva Lederer,  
Irmgard Waldner,  
Marlies Wallner,  
Susanne Maunz

MTD-Berufsgruppe:  
Diätologie,  
Biomedizinische  
Analytik,  
(Hebammenwesen)

### Hintergrund

Die steigende Prävalenz von Adipositas ist eines der größten Public-Health-Herausforderungen, die Gesundheitssysteme weltweit zu bewältigen haben [1]. Weltweit ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern unter fünf Jahren am Zunehmen [3]. Auch in Österreich ist ein steigender Trend der Adipositasprävalenz zu verzeichnen. Dieser ist vor allem bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten, da fast ein Viertel aller 7-14 jähriger Schulkinder in Österreich übergewichtig oder adipös sind [2]. Diese Entwicklung erfordert effektive Präventionsstrategien [4]. Das Health Perception Lab zielt darauf ab, durch die Verknüpfung von Kompetenzen verschiedenster wissenschaftlicher Disziplinen, innovative Lösungen für die Anwendung von gesundheitsorientierter Sensorik im Bereich der Adipositasprävention und -therapie zu entwickeln und anzuwenden. Seit Jänner 2014 arbeitet ein interdisziplinäres Team im Health Perception Lab der FH JOANNEUM an einer Pilotstudie, in der mögliche Indikatoren für frühkindliches Übergewicht aus unterschiedlichen Perspektiven (Tab.1) untersucht werden. Während der pränatalen und frühen postnatalen Entwicklung haben Faktoren wie, maternale Ernährung, Hormone usw. einen prägenden Einfluss auf die späteren Stoffwechsel- und Organfunktionen [5]. In diesem Zusammenhang wird auch von „metabolischer Programmierung“ gesprochen.

### Methode

Der erste Forschungsbereich zielt daher auf die Entwicklung neuer Methoden zur Erforschung von Einflussfaktoren auf die perinatale Programmierung bei Säuglingen ab. Der Fokus liegt auf der Entwicklung sensorischer Methoden im Zusammenhang mit Körperzusammensetzung und Biomarkern. Untersucht werden ca. 60 gesunde Schwangere und deren Säuglinge. Die angewendeten Methoden umfassen ausführliche medizinische Anamnesegespräche, die Erhebung von Biomarkern aus Blut und Stuhl von Mutter und Säugling bzw. aus der Muttermilch, die potentiell mit Adipositas in Verbindung stehen (u.a. Adipokine, Eicosanoide), Geschmacksschwellen der Mutter für süß und salzig, Geschmackspräferenzen von Mutter und Säugling und die Gewichtsentwicklung sowie die Messung des Körperfettanteils des Säuglings. Darüber hinaus werden die Reaktionen des Säuglings auf Geschmacksreize mittels Facial Action Coding System (FACS) [6] analysiert.

Diätologie	Hebammen	Biomedizinische Analytik
Geschmacks-schwellen <sup>1</sup>	medizinische Anamnese <sup>1,2</sup>	Biomarker in - Blut <sup>1,2</sup> - Stuhl <sup>1,2</sup> - Muttermilch <sup>1</sup>
Geschmacks-präferenzen <sup>1,2</sup>	anthropometrische Daten <sup>1,2</sup>	
Ernährungs-verhalten <sup>1</sup>		
<sup>1</sup> der Schwangeren bzw. der Mutter <sup>2</sup> des Säuglings		

Tab.1: Perspektiven aus der Sicht der drei Fachdisziplinen

Jede Probandin absolvierte vier Visiten im Labor (Abb.1), wobei zwei Visiten in der Schwangerschaft stattfanden und zwei nach der Geburt gemeinsam mit dem Säugling. Die Mütter und Säuglinge wurden von der 24. Schwangerschaftswoche bis zur 16. Lebenswoche des Säuglings begleitet. Sobald der Säugling das erste Lebensjahr vollendet hat, erfolgt eine telefonische Erhebung von Größe und Gewicht, um längerfristige Daten in die Analysen miteinbeziehen zu können.



Abb.1: Studienablauf der einzelnen Probandinnen

Im zweiten Forschungsschwerpunkt werden Produktkonzepte entwickelt, die bedarfsgerecht sind und auf die speziellen diätologischen Anforderungen für Kinder eingehen. Aufbauend auf diesen Schwerpunkten werden im dritten Forschungsbereich Begleitmaßnahmen für Bewusstseins-, Aus- und Weiterbildung (bspw. für MultiplikatorInnen) entwickelt und erprobt.

### Ergebnisse

Durch die Begleitung der einzelnen Probandinnen über mehrere Monate hinweg sowie der parallelen Entwicklung von Produktkonzepten, sensorischen Experimenten und Schulungen werden erste Ergebnisse voraussichtlich Mitte 2016 vorliegen.

### Diskussion und Ausblick

Die Adipositas ist ein multifaktorielles Geschehen, als deren Hauptursachen vor allem psychosoziale Determinanten gelten. Auch die Erforschung von genetischen Prädispositionen in Bezug auf Adipositas ist seit Jahren ein Hauptanliegen der Wissenschaft. Ein neuer Forschungsbereich auf diesem Gebiet ist jener der Sensorik.

Der Zusammenhang zwischen der Geschmacksprägung in der Kindheit und der Adipositasentwicklung, sowie das präventive Potential einer sensorischen Sensibilisierung auf gesunde Lebensmittel sind mehrfach durch internationale Studien belegt.

In Österreich befand sich bis dato keine Einrichtung mit dem Fokus auf der Erforschung von Geschmacksentwicklung bzw. -präferenzen bei Schwangeren, Stillenden und Kindern in Verbindung mit Adipositasprävention. Diese Lücke konnte mit Etablierung des Health Perception Lab geschlossen werden.

Durch den Einbezug verschiedener Studiengänge der FH JOANNEUM aus den Bereichen Gesundheit und Technik, kann nun im Bereich der Adipositasprävention interdisziplinär geforscht werden. Dies eröffnet für DiätologInnen, Biomedizinische AnalytikerInnen und Hebammen neue Einsatzbereiche.

Zukünftig soll die Forschung im Health Perception Lab auch mit den Studiengängen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie erweitert werden, um möglichst interdisziplinäre Konzepte entwickeln zu können.

Die Ergebnisse dieser angewandten Forschung und Entwicklung sollen verschiedenen Berufsgruppen oder MultiplikatorInnen im Gesundheitsbereich als ergänzende Basis in Ihrer täglichen Arbeit und Beratung dienen und in bereits bestehende wissenschaftliche Modelle integriert werden.

Des Weiteren sollen mit den aus der Pilotstudie gewonnenen Erkenntnissen Folgeprojekte mit unterschiedlichen Schwerpunkten durchgeführt werden. Es sollen Prädiktoren für Adipositas etabliert werden, die Biomarker und anthropometrische Daten berücksichtigen. Ein weiterer Schwerpunkt beinhaltet die Entwicklung von gesunden Lebensmitteln für Kinder und verfolgt einen umfassenden Zugang von Produktdesign über Lebensmittelzusammensetzung, sensorische Analysen bis hin zur Erhebung der Akzeptanz bei KonsumentInnen. Zusätzlich werden Lehr- und Lernkonzepte, vor allem für MultiplikatorInnen im Gesundheitsbereich, erstellt. Es sollen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse für MultiplikatorInnen aufbereitet werden, um so einen niederschweligen Zugang für Adipositas-Risikogruppen zu gewährleisten.

## Referenzen/Literatur

- [1] Ng, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014 Aug 30;384(9945):766–81.
- [2] Elmadfa, I. et al. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. Hrsg. Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien. (1. Auflage). Wien: Druckerei des Bundesministeriums für Finanzen, 2012.
- [3] Black, R.E. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013 Aug;382 (9890): 427–451.
- [4] Brands, B. & Koletzko, B. Frühe Ernährung und langfristiges Adipositasrisiko. *Monatsschr Kinderheilkd*. 2012 160: 1096–1102.
- [5] Plagemann, A., Harder, T. & Rodekamp, E. (2010). Prävention der kindlichen Adipositas während der Schwangerschaft. *Monatsschr Kinderheilkd*, 158, 542–552.
- [6] Cohn, J. F. & Ekman, P. (2005). Measuring Facial Action. In J. A. Harrigan, R. Rosenthal, & K. R. Scherer (Hrsg.), *The new Handbook of Methods in Nonverbal Behavior Research*. Oxford: University Press.

# Evaluation des Aufnahmeverfahrens am Studiengang „Logopädie“

**Verena Granitzer,  
Antonia Mühlthaler,  
Angelika Rother**

**MTD-Berufsgruppe:  
Logopädie**

Seit Implementierung des Bachelor-Studiengangs „Logopädie“ an der FH JOANNEUM im Wintersemester 2006/07 findet jährlich ein sehr differenziertes Aufnahmeverfahren statt, um eine an objektiven Kriterien orientierte und gerechte Studienplatzvergabe zu ermöglichen. Das Aufnahmeverfahren umfasst einen schriftlichen Reihungstest, einen berufsspezifischen Eignungstest und ein persönliches Aufnahmegespräch. Ziel ist die Selektion jener Bewerber/innen, die aufgrund ihrer Kompetenzen, Erwartungen und Motivation über die besten Chancen für einen erfolgreichen Studienabschluss verfügen. Das Verfahren ist mit hohem Personal- und Materialaufwand verbunden und wurde bislang noch nicht auf seine Effektivität geprüft.

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde das Aufnahmeverfahren evaluiert und auf seine prognostische Validität für den Studienerfolg der ausgewählten Bewerber/innen untersucht, der anhand von zwölf notenbezogenen Kriterien operationalisiert wurde. Die Analyse umfasste die Daten der Studienjahrgänge 2006 bis 2011 (77 Absolvent/innen und 5 Studienabbrecher/innen). Die prognostische Validität des Aufnahmeverfahrens wurde mittels Korrelationsanalysen erhoben. Basierend auf internationaler Forschungsliteratur wurden korrelative Werte mit  $r = \geq .30$  erfasst, welche für den Zusammenhang zwischen Indikatoren der Studieneignung und Kriterien des Studienerfolgs als sehr zufriedenstellend gelten.

In seiner Gesamtheit erwies sich das Aufnahmeverfahren über alle Jahrgänge hinweg als valider Prädiktor für den späteren Studienerfolg in Logopädie-spezifischen Fächern. Für den berufsspezifischen Eignungstest ergab sich kein Zusammenhang mit den Studienerfolgskriterien. Zwischen Aufnahmegespräch und Studienerfolg in Logopädie-spezifischen praktischen Fächern ließ sich ein Zusammenhang für die Gesamtgruppe feststellen. Der schriftliche Reihungstest erwies sich in den Einzeljahrgängen als guter Indikator für den Studienerfolg in medizinischen Grundlagenfächern. Zusätzlich spricht die geringe Drop-Out-Rate in den Jahrgängen 2006 bis 2011 (6 %) für eine gute Studierendenauswahl.

## Einleitung

Seit Implementierung des Bachelor-Studiengangs „Logopädie“ an der FH JOANNEUM im Wintersemester 2006/07 findet jährlich ein sehr differenziertes Aufnahmeverfahren statt, um eine an objektiven Kriterien orientierte und gerechte Studienplatzvergabe

zu ermöglichen. Das Aufnahmeverfahren umfasst einen schriftlichen Reihungstest, einen berufsspezifischen Eignungstest und ein persönliches Aufnahmegespräch. Ziel ist die Selektion jener Bewerber/innen, die aufgrund ihrer Kompetenzen, Erwartungen und Motivation über die besten Chancen für einen erfolgreichen Studienabschluss verfügen. In der vorliegenden Arbeit wurde die prognostische Validität des Aufnahmeverfahrens für den Studienerfolg der ausgewählten Bewerber/innen untersucht.

### Fragestellung(en)

#### Fragestellung

Besteht ein Zusammenhang zwischen Aufnahmeverfahren (Gesamtergebnis bzw. Ergebnis der Einzelbestandteile) und Studienerfolg? Wenn ja, wie ausgeprägt ist die prognostische Validität?

#### Hypothese

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Aufnahmeverfahren und Studienerfolg.

### Methode

Die prognostische Validität des Aufnahmeverfahrens wurde mittels Korrelationsanalysen untersucht. Die Analyse umfasste die Daten der Studienjahrgänge 2006 bis 2011 (77 AbsolventInnen und 5 Studienabbrecher/innen). Basierend auf internationaler Forschungsliteratur wurden korrelative Werte  $\geq .30$  erfasst, welche für den Zusammenhang zwischen Indikatoren der Studieneignung und Kriterien des Studienerfolgs als sehr zufriedenstellend gelten.

### Berufliche Relevanz

Welche Voraussetzungen sollten Logopädiestudierende mitbringen?

Wie selektiert man mit Hilfe eines Aufnahmeverfahrens die geeignetsten Logopädiestudierenden und zukünftigen TherapeutInnen?

Was macht eine gute Logopädin/einen guten Logopäden aus?

### Ergebnisse

Das Ergebnis des Aufnahmeverfahrens (gemessen in Reihungspunkten) korreliert in der Gesamtgruppe mit dem Studienerfolg in den Logopädie-spezifischen Fächern (Theoriefächer:  $r = -.305$ ,  $p = 0.005$ ; praktische Fächer:  $r = -.361$ ,  $p = 0.001$ ). In fünf von sechs Jahrgängen zeigt sich ein Zusammenhang zwischen schriftlichem Reihungstest und dem Studienerfolg in medizinischen Grundlagenfächern ( $r = -.320$  bis  $-.443$ ), der jedoch in der Gesamtgruppe nicht auftritt. Zwischen berufsspezifischem Eignungstest und den Studienerfolgskriterien ergeben sich in der Gesamtgruppe keine Korrelationen  $\geq .30$ , in den einzelnen Jahrgängen sind unterschiedliche Dynamiken erkennbar. Das Aufnahmegespräch korreliert in der Gesamtgruppe mit dem Studienerfolg in Logopädie-spezifischen praktischen Fächern ( $r = -.322$ ,  $p = .004$ ).

## Referenzen/Literatur

Didi, H.-J. & Blum, F. (2010). Schriftlicher Reihungstest der FH JOANNEUM Gesellschaft mbH. Eine Beschreibung mit Beispielaufgaben für die Studiengänge „Logopädie“ (Standort Graz) und „Diätologie“ (Standort Bad Gleichenberg). Bonn: ITB Consulting GmbH. Abgerufen am 31.03.2015 von [http://www.fh-joanneum.at/aw/home/leitbild/download/~tvo/Mustertest\\_Logopaedie\\_Diaetologie/?lan=de](http://www.fh-joanneum.at/aw/home/leitbild/download/~tvo/Mustertest_Logopaedie_Diaetologie/?lan=de)

Heine, C., Briedis, K., Didi, H.-J., Haase, K. & Trost, G. (2006). Auswahl- und Eignungsfeststellungsverfahren beim Hochschulzugang in Deutschland und ausgewählten Ländern. Eine Bestandsaufnahme (HIS-Berichte, A 3/2006). Hannover bzw. Bonn: Hochschul-Informationssystem GmbH bzw. ITB Consulting GmbH. Abgerufen am 12.02.2015 von [http://www.dzhw.eu/pdf/pub\\_kia/kia200603.pdf](http://www.dzhw.eu/pdf/pub_kia/kia200603.pdf)

Heine, C., Didi, H.-J., Haase, K. & Schneider, H. (Hrsg.). (2008). Profil und Passung. Studierendenauswahl in einem differenzierten Hochschulsystem. Dokumentation der Tagung am 16./17.01.2008 in Berlin. Hannover: Hochschul-Informationssystem GmbH. Abgerufen am 12.02.2015 von [http://www.dzhw.eu/pdf/pub\\_fh/fh-200814.pdf](http://www.dzhw.eu/pdf/pub_fh/fh-200814.pdf)

Messerer, K. & Humpl, S. (2003). Bewerbung – Auswahl – Aufnahme. Das Aufnahmeverfahren an österreichischen Fachhochschul-Studiengängen. (Schriftenreihe des Fachhochschulrates, Band 7). Wien: Wiener Universitätsverlag. Abbildung 1: Studienplatzbewerber/innen. Abgerufen am 23.06.2015 von <https://de.fotolia.com/i>

# RT / DGKS Netzwerk

## Inklusive Gestaltung eines Logos für die Leistungserbringung und zur Dokumentation

**Andrea Schukeld,  
SMZ Süd KFJ IRO**

Elementarer Bestandteil dieser Arbeit ist die Begutachtung der PatientInnen gemäß einem erweiterten „Mehraugenprinzip“.

**MTD-Berufsgruppe:  
Radiologietechnologie  
(DGKS Netzwerk)**

In wirtschaftlichen Einsparungszeiten, wo Ressourcen nur knapp bemessen sind, besteht die Notwendigkeit neue Wege zu beschreiten um möglichst effizient arbeiten zu können.

Dadurch erfolgt eine Unterstützung sowohl im eigen- als auch im mitverantwortlichen Aufgabenbereich. Der zentrale Stellenwert besteht jedoch in der multiprofessionellen Zusammenarbeit mit dem gesamten IRO-TEAM.

Die strukturellen Merkmale des Netzwerkes zeigen sich im Abgrenzungsprinzip, in der Gleichwertigkeitsbalance und in einer regressiv-progressiven Balance der Berufsgruppen.

Die „Kick off-Veranstaltung“ des RT-DGKS-Netzwerkes fand am Mittwoch, 15. Juni 2011, statt. Seither haben wir die Summe von gemeinsam abgehaltenen **59** Netzwerkfortbildungen mit der Teilnehmeranzahl von **763** MitarbeiterInnen. Wir sind noch einen weiteren Schritt gegangen und unser nächstes Ziel war es, auch weitere wichtige Berufsgruppen für unseren täglichen PatientInnen-(Routine)betrieb für die eine oder andere Fortbildungsveranstaltung zu gewinnen. Dies ist uns gelungen – hierzu haben wir eine vorläufige Summe von **14** Netzwerkfortbildungen.

### **Einleitung**

Vorrangigstes Ziel war die Sichtbarmachung und Vernetzung der einzelnen Entwicklungsschritte der beiden Berufsgruppen. Dadurch entsteht der zwingende Beweggrund, dass sich die einzelnen Berufsgruppen in ihrer Professionskultur weiterentwickeln müssen. Vor der Gründung des Netzwerkes gab es dieses Bewusstsein nicht.

### **Fragestellung(en)**

Um auf periodische, sich wiederholende Fragen (Berufsbild, Entwicklungen, Kommunikationsformen, Qualitätssicherung, Risikomanagement, Einbringen von Wissen und Abdeckung von Defiziten) bei beiden Berufsgruppen eine gemeinsame Antwort und Argumentation im eigenverantwortlichen Arbeitsbereich zu finden, gründeten wir im Frühjahr 2011 am Institut für Radioonkologie SMZ-Süd/Kaiser Franz Josef-Spital Wien das RT-DGKS-Netzwerk.

## Methode

Der **Zeitpunkt und die Durchführung** sind periodisch – 1x/Monat, 30 Minuten.

Die **Inputs zu der Themenwahl** sind in der Wechselwirkung der Berufsgruppen, nach Bedarf und Dringlichkeit.

Die **Themeninhalte** werden von der/vom Referentin/en in die Sprache des Verstehens für die Berufsgruppen RadiologietechnologInnen und DGKS übersetzt (beide haben andere Zugänge zu ihren beruflichen Themen). Ein weiterer zentraler Punkt ist die Übermittlung des Themas zur/m Patientin/en in der Praxis anhand eines Beispiels.

Zur Transparenz von Entwicklungsprozessen, für die Reflexionsprozesse und zum Nachlesen für die Berufsgruppen erfolgt eine **Archivierung** der Vorträge in der instituts-internen digitalen Bibliothek (IRO-WIKI).

## Berufliche Relevanz

Die gemeinsamen Zielsetzungen segmentieren sich in zwei Aufgabenbereiche:

### 1. Die Zielsetzungen für das RT-DGKS-Netzwerk:

Im Routinebetrieb präsentieren sich jene durch Reflexionsprozesse der Berufsgruppen. Kommunikativ zeigt es sich in der Schließung der Informationskette bei Beobachtung und Wahrnehmung mit der Folge eines vernetzenden Denkens und Handelns. Hier eingeschlossen ist das Rollenbild beider Berufsgruppen als Kontaktvermittlung zu anderen Fachdisziplinen.

Ein weiterer Schwerpunkt des RT-DGKS-Netzwerkes ist der Raum für Entwicklungsmöglichkeiten.

### 2. Die Zielsetzungen für die/den Patientin/en:

Eine der essentiellen Intentionen ist die Schließung von Schnittstellen. Von Wertigkeit ist die Schaffung eines Auffangnetzes zur Balance der Bedürfnisse der/des Patientin/en (physisch, psychisch, sozial, spirituell) mit dem Hintergrund einer Stabilität und Sicherheit. Zusätzlich können dabei die Grenzen des Machbaren ausgelotet werden.

## Ergebnisse

Es erfolgt ein kompetenter Informationsaustausch zur/zum Patientin/en im Routinebetrieb und zu anderen Fachdisziplinen. Tragende Schnittstellen wie z. B. Tätigkeitsabgrenzungen, Terminisierung, Hygiene können erkennbarer bearbeitet werden. Beide Berufsgruppen haben einen gehaltvolleren Zugang zu Gesundheit und Erkrankung entwickelt.

Die kontinuierlichen Reflexionen erzielen ein würdevolleres Verständnis zu Berufsgruppen, PatientInnen und deren Umfeld. Im multiprofessionellen Team zeigt sich ein Wachstum des beruflichen Stellenwertes.

Durch das Netzwerk konnten weitere neue Konzepte eingebracht und eingearbeitet werden.

DGKP	6
Physik	5
Psychologie	4
Radioonkologie	5
RT	38
Externe Firma	1
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>59</b>



Das RT-DGKS-Netzwerk Logo positioniert zwei Symbole. Für die Berufsgruppe der RadiologietechnologInnen steht das Symbol des Atommodells und für die Berufsgruppe der DGKS steht das Symbol der „pflegenden Hände“.

## Referenzen/Literatur

Die Kunst gemeinsamen Wachsens, Jürg Willi, Herder-Verlag, 2007, ISBN 978-3-451-29607-9, Seite 158, 229

ÖGRO 2011 – Vortrag: Das Zusammenspiel von Berufsgruppen (DGKS-RT-Netzwerk) im ambulanten radioonkologischen Therapieablauf eines HNO-Tumorpatienten mit concomitanter Erbituxtherapie

Der Artikel erschien im Original in der Zeitschrift *Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 2012/11*  
 Nachdruck: Lazarus PflegeNetzWerk Ausgabe Nr. 45 – 25.11.2012 27.Jhg. – ISSN 1024-6908  
 Seite 14 – 17, [http://www.lazarus.at/img\\_uploads/4191-LAZARUS-Online\\_45-25112012.pdf](http://www.lazarus.at/img_uploads/4191-LAZARUS-Online_45-25112012.pdf)

# Ein Praktikum in der Gesundheitsförderung/Prävention des OWS/OWP

Eine Kooperation zwischen der FH Wien, Studiengang Physiotherapie und der Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter des Otto-Wagner-Spitals

**Markus Schwarz,  
Otto-Wagner-Spital  
und FH Campus Wien**

Durch eine Kooperation zwischen dem Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum (OWS/OWP) mit der FH Physiotherapie Wien wurden im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention zwei Praktikumsstellen geschaffen.

**MTD-Berufsgruppe:  
Physiotherapie**

Von der Idee zum Konzept:

- ☹ FH: Mangel an Praktikumsstellen im Bereich Gesundheitsförderung / Arbeitsmedizin / Prävention
- ☹ OWS: Eingeschränkte Personalkapazität und geringe finanzielle Mittel der Gesundheitsförderung für die MitarbeiterInnen des Otto-Wagner-Spitals
- ☺ Kooperation zwischen der FH für Physiotherapie und dem Gesundheitsförderungskernteam des OWS
- ☺ Schaffung von 2 Praktikumsstellen im Bereich der GF-OWS

Ausarbeitung und Realisierung des Konzepts:

- Gerhard Eder, FH Wien, Studiengang Physiotherapie
- Maria Pawlak, Leitende Oberassistentin OWS
- Gabriele Diewald, BSc, Stabstelle Qualitätsmanagement OWS
- Gaby Deutsch, Arbeitsmedizin OWS
- Philippe Meriaux, Stationsassistent OWS/Orthopädie
- Markus Schwarz, Physiotherapeut OWS/Orthopädie

Die eingereichte Maßnahme ist seit 2013 als Routine etabliert.

## Einleitung

Eine Vielzahl von Tätigkeitsbereichen im Krankenhaus ist mit hohen körperlichen Belastungen verbunden. Es ist evident, dass Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates im Zunehmen begriffen sind. Die Ergebnisse der 2012 durchgeführten MitarbeiterInnen-Befragung belegen dieses Faktum. Zudem kommen in Zukunft immer größere

Herausforderungen – sowohl für die MitarbeiterInnen als auch für das Krankenhaus als ArbeitsgeberIn – hinzu, da die demografische Entwicklung einen stetigen Anstieg des Durchschnittsalters der MitarbeiterInnen erwarten lässt. Ebenso verschärft das steigende Pensionsantrittsalter die Problematik.

Im OWS/OWP gibt es zum Themenbereich „Bewegungs- und Stützapparat“ bereits ein breites Spektrum von gesundheitsfördernden Maßnahmen, beispielsweise im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung (z. B. Kinästhetik) bzw. sind Bewegungsangebote (z. B. Pilates, Zumba, etc.) für alle MitarbeiterInnen des OWS zugänglich. Der Themenbereich „Ergonomie am Arbeitsplatz“ soll durch die Kooperation mit dem FH Campus Physiotherapie weiter ausgebaut und vertieft werden.

### Fragestellung(en)

Der Fokus der Maßnahmen soll auf die Aktivitäten im Arbeitsalltag der MitarbeiterInnen, auf die jeweiligen spezifischen Strukturen am Arbeitsplatz gelegt werden. Das heißt, die Interventionen erfolgen vor Ort, direkt am Arbeitsplatz, individuell auf die MitarbeiterInnen abgestimmt.

Folgende Schritte wurden zur Zielerreichung gesetzt:

- Konzepterstellung bzgl. der Praktikumsstelle für Gesundheitsförderung und Prävention im OWS (siehe Anlage)
- Analyse der Ergebnisse der MitarbeiterInnen-Befragung 2012, Auswahl der Betriebseinheiten/Abteilungen
- Gespräche/Interviews mit den Führungskräften der ausgewählten Einheiten
- Konzepterstellung für die jeweiligen Betriebseinheiten durch Begehung des Arbeitsplatzes vor Ort und in enger Abstimmung mit diesen
- Durchführung der Interventionen
- Evaluierung

### Methode

Parameter der Praktikumsstelle:

- 2 StudentInnen der FH für Physiotherapie pro Kalenderjahr
- Zeitraum des Praktikums: Mai/Juni (2013), in den Folgejahren Oktober/November
- Dauer: 4 Wochen, 40 Wochenstunden (max. 160 Praktikumsstunden)
- Praktikumsanleiter im OWS: Markus Schwarz, PT (OWS/Orthopädie)

Beschreibung der Praktikumsstelle:

- Mitarbeit bei allen Aktivitäten des GF-Kernteams des OWS
- Arbeitsplatzanalysen durchführen
- Berufsgruppenspezifische Ergonomieberatung
- Erarbeiten und Anleiten von Ausgleichsübungen
- Erstellen und Anleiten von Übungsprogrammen
- Haltungsschulung
- Individuelle Sportberatung der Mitarbeiter
- Mitarbeit im Bereich der Arbeitsmedizin

## Berufliche Relevanz

Verstärktes Wissen und Anwenden einer ergonomischen Arbeitsweise (Empowerment!), Forcierung ergonomischer Arbeitsplätze (siehe auch Pkt. 6.2. Zielsetzung). Einholung durch Feedbackgespräche mit den MitarbeiterInnen bzw. mit den Führungskräften der jeweiligen Einheiten.

2014 ist eine neuerliche MitarbeiterInnen-Befragung geplant --> Evaluierung durch die MitarbeiterInnen-Befragungsergebnisse 2014 (Vergleich 2012 und 2014).

## Ergebnisse

Durchgeführte Projekte im Zuge der Praktika:

Anstaltsküche (gesamtes Küchenpersonal)

- videounterstützte Arbeitsplatzanalysen
- individuelle Ergonomieberatung aufgrund der Videoanalyse
- erarbeiten von spezifischen Übungsprogrammen
- Motivation zum Ausgleichssport

Hausarbeiterinnen (15 Mitarbeiterinnen im Bereich Orthopädie / Pulmologie)

- individuelle Ergonomieberatung am Arbeitsplatz
- anleiten von Ausgleichsübungen und Sportberatung
- Kontrolle der Umsetzung bei zweitem Besuch

Arbeitsplatzanalysen der Sekretariatsarbeitsplätze – basierend auf den BA's Winter 2012/13 (Sekretärinnen und Schreibkräfte OWS)

- Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen der Studentinnen im Zuge ihrer Arbeitsplatzanalysen (in Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin STL Gaby Deutsch)

Ergonomieschulung des Pflegepersonals Aufwachzimmer Orthopädie

- individuelle Ergonomieberatung am Arbeitsplatz
- Handling von narkotisierten Patienten

Instruktion einer „lohnende Pause“ für die Mitarbeiter der Personalstelle, der Abt. Wirtschaft und der Abt. Finanz

- Anleiten von Ausgleichsübungen mit dem Theraband

Schrittzählerausgabe an die Mitarbeiter der Personalstelle, der Abt. Wirtschaft, der Abt. Finanz und an Mitarbeiter der Sekretariate

- Auswertung der Schrittzählerergebnisse

Ergonomieschulung der Gärtner und Mitarbeiter der Werkstätten

- individuelle Ergonomieberatung am Arbeitsplatz
- Anleiten von Ausgleichsübungen

Ergonomieschulung der Abteilungshelferinnen der Neurologie und des OWP

- individuelle Ergonomieberatung am Arbeitsplatz
- Anleiten von Ausgleichsübungen

# Prävention und Gesundheitsförderung als Arbeits- und Forschungsfelder der Physiotherapie

Johanna Strempl

MTD-Berufsgruppe:  
Physiotherapie

**Hintergrund:** Die Physiotherapie wird wie alle der sieben MTD-Berufe mit demographischen und epidemiologischen Herausforderungen konfrontiert. Vor diesem Hintergrund wird die Physiotherapie in Zukunft die Konzepte Gesundheitsförderung und Prävention stärker als Arbeitsfeld aufgreifen müssen. Dadurch kann sie einen Beitrag zu einem transdisziplinären ressourcenorientierten Gesundheitsverständnis und zu einer qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung leisten.

**Ziel:** Ziel des Beitrags ist es, die Physiotherapie den Konzepten Prävention und Gesundheitsförderung gegenüberzustellen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu identifizieren und zukünftige transdisziplinäre Handlungsfelder abzuleiten.

**Methode:** Der Beitrag basiert auf einer systematischen Literaturrecherche zu den Bereichen Physiotherapie und Prävention und Gesundheitsförderung. Die Ergebnisse wurden anschließend mit ExpertInnen aus der Physiotherapie und der Gesundheitsförderung und Prävention diskutiert.

**Ergebnisse:** Schnittstellen ergeben sich in Bereichen wie betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsplatzergonomie, Gesundheitsförderung an Schulen oder Gesundheitsförderung bei altersbedingten körperlichen Belastungen. Der physiotherapeutische Ansatz gewinnt hier als Ergänzung in der Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend an Bedeutung. Da der individualtherapeutische Zugang der Physiotherapie im Vergleich zum bevölkerungsbezogenen Zugang der Gesundheitsförderung einen Vorteil hinsichtlich der Erreichbarkeit der Zielgruppe darstellt, kann die Physiotherapie innerhalb ihres Arbeitsfeldes einen essentiellen Beitrag zur Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien leisten.

**Diskussion:** In einem transdisziplinären Verständnis fungieren PhysiotherapeutInnen als Übermittler von gesundheitsförderlichen Bewegungsangeboten. Durch die Kombination der Perspektiven der Disziplinen erfährt die PatientInnenbehandlung eine ganzheitliche patientInnenorientierte Ausrichtung.

Einleitung

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde der Grundstein zur Professionalisierung der Gesundheitsberufe gelegt. Die Identifikation der Gesundheitsberufe mit evidenzbasiertem Wissen als Basis für das Handeln der Gesundheitsberufe und die Ausbildung

dieser an Universitäten und Hochschulen führten zu einem Wissenszuwachs. Dieser wiederum trug neben wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungen zur Verdoppelung der Lebenserwartung im 20. Jahrhundert bei. Aktuell sind diese Entwicklungen mit dem demographischen Wandel und epidemiologischen Veränderungen verbunden. Die Senkung der Geburtenrate bei gleichzeitigem Steigen der Lebenserwartung und die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität stellen neue Anforderungen verknüpft mit neuen Bedürfnissen an die Versorgungssituation von PatientInnen. Um zukünftig eine qualitätsgesicherte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und um steigende Kosten zu bewältigen, bedarf es des Auf- und Ausbaus der Forschung und deren Strukturen an Hochschulen, Universitäten und Forschungsstätten seitens der Gesundheitsberufe (Ewers et al. 2012). Weiterer Handlungsbedarf liegt in einem transprofessionellen Austausch zwischen den Bildungseinrichtungen (Careum Stiftung, 2012) sowie der Nutzung des Potentials von Gesundheitsförderung und Prävention durch die Gesundheitsberufe (Trojan & Legewie, 2007).

Durch den Bologna-Prozess zur Vereinheitlichung des europäischen Hochschulsystems und die darauf folgenden gesetzlichen Änderungen wurde im Jahr 2005 für den gehobenen medizinisch-technischen Dienst (MTD-Berufe) und Hebammen der Weg zur Ausbildung im tertiären Bildungsbereich geebnet. Damit wurde nach dem Fachhochschul-Studiengesetz auch die berufsfeldbezogene Forschung und Entwicklung für die MTD-Berufe und Hebammen geltend (BGBl. I Nr. 47/2010). Die bundesweite Überführung der Ausbildungen konnte zwar im Jahr 2010 abgeschlossen werden, es besteht jedoch keine öffentlich zugängliche universitäre Anbindung und deren Forschung steht am Beginn. Damit auch Gesundheitsberufe einen nachhaltigen Beitrag zu Forschungsergebnissen und -agenden leisten können und ihre Wettbewerbsfähigkeit gestärkt wird, veröffentlichte die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Jahr 2012 die Forschungsstrategie „Health Care 2020“. Darin wurden folgende Forschungsfelder bzw. -schwerpunkte für die Gesundheitsberufe formuliert:

- Bedarf an Gesundheitsberufen und -dienstleistungen
- Wirksamkeit von Gesundheitsdienstleistungen
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Gesundheitliche Ungleichheit (GÖG, 2012)

### Fragestellung(en)

Der vorliegende Beitrag widmet sich dem Forschungsschwerpunkt der Gesundheitsförderung und Prävention aus einer transdisziplinären Perspektive. Am Beispiel der Physiotherapie soll gezeigt werden, welche Überschneidungen und Gemeinsamkeiten es zwischen der Physiotherapie- und der Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsforschung hinsichtlich potentieller Arbeits- und Forschungsfelder gibt. Zudem soll gezeigt werden, welcher Mehrwert aus der transdisziplinären Betrachtungsweise durch die Verknüpfung beider Disziplinen resultiert. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Welche Schnittstellen ergeben sich zwischen der Physiotherapie und den Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention? Welche gemeinsamen Arbeitsfelder lassen sich daraus ableiten?

- Welche Perspektiven ergeben sich für die Physiotherapie im Hinblick auf eine zukünftige Annäherung der Disziplinen?

## Methode

Der vorliegende Beitrag basiert auf einer theoretischen und empirischen Untersuchung. Die theoretischen Erkenntnisse basieren auf einer systematischen Literaturrecherche zu den Bereichen Physiotherapie und Prävention und Gesundheitsförderung. Zur Analyse vom Status quo der Physiotherapie im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung wurden aktuelle Publikationen (Zeitschriften, Bücher, Online-Publikationen) aus dem deutschsprachigen Raum einbezogen. Zum Status Quo von Gesundheitsförderung und Prävention wurde primär auf aktuelle Basisliteratur zurückgegriffen. Die theoretischen Erkenntnisse wurden empirisch in Form von qualitativen Leitfadeninterviews diskutiert. Als Interviewpartner fungierten vier ExpertInnen aus der Physiotherapie und dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Interpretation und Auswertung der Interviews erfolgte in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse.

## Berufliche Relevanz

Die berufliche Relevanz ergibt sich durch die Notwendigkeit der Schaffung von transprofessionellen Handlungsfeldern, um aktuelle gesundheitspolitische und systemische Fragestellungen zu beantworten. Ein solcher transprofessioneller Aktionsraum ergibt sich aus den Lösungsbeiträgen der unterschiedlichen Fachdisziplinen zu einer gesundheitspolitischen bzw. systemischen Fragestellung. Die Physiotherapie als noch junge Forschungsdisziplin kann von den Ansätzen von Gesundheitsförderung und Prävention profitieren, zum Auf- und Ausbau der Forschung der Physiotherapie und zur eigenen Professionalisierung beitragen. Darüber hinaus kann durch einen transdisziplinären Ansatz ein Beitrag zur Bewältigung der genannten Herausforderungen geleistet, der wechselseitige Austausch zwischen den Disziplinen gefördert und die Bedeutung der Physiotherapie im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden.

## Ergebnisse

### Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Physiotherapie

Nach Walter et al. versucht „*Prävention* (Krankheitsverhütung, lat. *praevenire*: zuvor-kommen) [...] eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern“ (2003). Auslöser von Krankheiten und deren Risikofaktoren sollen durch Interventionen eliminiert bzw. verdrängt werden (BZgA, 2010). Ziel der Prävention ist es Inzidenzen von Krankheiten und Behinderungen sowie die Sterblichkeit zu reduzieren und die Selbstständigkeit im Alter zu erhalten (Walter et al., 2003). Ihre Grundlage ist das Wissen um pathogenetische – also krankheitsauslösende und -begünstigende – Faktoren (Hurrelmann et al., 2010). Prävention unterscheidet dabei zwischen *Primär-* (Vermeidung von Krankheit vor dem Vorhandensein einer fassbaren biologischen Schädigung), *Sekundär-* (Entdeckung und Frühtherapie von symptomlosen klinischen Frühstadien einer Erkrankung) und *Tertiärprävention* (Verhindern bzw. Verzögern des Fortschreitens einer bestehenden Erkrankung) (BZgA, 2010). Während Prävention auf die Vermeidung von Krankheit abzielt, ist es Ziel der *Gesundheitsförderung*, die Gesundheit zu erhalten und an den Ressourcen

eines Individuums (salutogenetische Perspektive) anzusetzen. Gesundheitsförderung ist dabei als ein Prozess zu verstehen, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen (Empowerment) soll (Kaba-Schönstein, 2011).

Aus Sicht der Physiotherapie stehen der individualtherapeutische Ansatz sowie das Thema Bewegung im Kerninteresse der therapeutischen Behandlung. Funktionelle Bewegung hat dabei das Potential, Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern, die es dem Individuum ermöglichen, an der Umwelt zu partizipieren und sich Umweltanforderungen bestmöglich anzupassen (Kohärenz). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass es zu nachteiligen Konsequenzen führt, wenn die Möglichkeit zur Bewegung eingeschränkt ist. Aus dieser Kausalität heraus ergibt sich ein direkter Zusammenhang zwischen den Handlungsfeldern der Physiotherapie und der Gesundheitsförderung und Prävention. Als Beispiel kann hier das in der Physiotherapie angewendete ICF-Modell genannt werden. Es fragt ähnlich wie die Gesundheitsförderung im Sinne einer salutogenetischen Perspektive danach, wozu ein Individuum physisch in der Lage ist und nicht danach, was es nicht kann. Zentrale Bestandteile sind dabei die drei Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivität und der Partizipation. Diese stellen aus der Perspektive des ICF-Modells eine standardisierte Leitlinie zur Zielerreichung im Rahmen der PatientInnenbehandlung dar (WHO, 2007). Aus Sicht der Gesundheitsförderung wiederum ist im Besonderen der Aspekt der Partizipation Voraussetzung für die Gestaltung von Lebens- und Umweltbedingungen (BZgA, 2010).

### **Schnittstellen und Gemeinsamkeiten zwischen Physiotherapie und Prävention und Gesundheitsförderung**

PhysiotherapeutInnen sind in ihrem praktischen Alltag primär auf individualtherapeutischer Ebene tätig. Die Beziehung zwischen PhysiotherapeutIn und PatientIn ist die Grundlage jedes Behandlungserfolgs und wird von sozialen Kompetenzen wie Empathie, Ehrlichkeit, Respekt und Vertrauen geprägt (Havelka & Physio Austria, 2011). Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie körperliche Betätigung sollen dabei gestärkt, gesundheitsschädliche vermieden werden (Höppner, 2008). Im Bereich der Forschung verlässt die Physiotherapie ebenso wie Gesundheitsförderung und Prävention die Perspektive der Individualebene zugunsten der Bevölkerungsebene.

Ein thematisches gemeinsames Bezugsfeld ist der Bereich der Bewegungsförderung, wo die Physiotherapie durch den individualtherapeutischen Ansatz gezielte Interventionen zur Anwendung bringt. Dadurch wird wiederum Evidenz für Gesundheitsförderung geschaffen. So kann davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitsförderung sogar in gewissem Maße abhängig von den individualtherapeutischen Disziplinen ist. Das in der Physiotherapie gewonnene Wissen kann auf Bevölkerungsebene übertragen und damit dem Anspruch der Zielgruppenperspektive gerecht werden. Dieses Beispiel zeigt auf, wie stark der Bedarf an transprofessionellen Forschungszugängen in Hinblick auf die Generierung neuen Wissens ist. Dieses neu gewonnene Wissen kann einerseits im Sinne einer evidenzbasierten physiotherapeutischen Behandlung am/an der einzelnen Patienten/in genutzt werden. Andererseits trägt es zur Etablierung transprofessioneller Forschungsansätze bei.

Gemeinsamkeiten zwischen den Disziplinen finden sich auch hinsichtlich der Herangehensweise an die Themen Gesundheit und Krankheit: In der Physiotherapie und der Gesundheitsförderung ist die salutogenetische, in der Physiotherapie und der Prävention die pathogenetische Herangehensweise relevant. Faktoren wie Lebensstil, Gesellschaftsformen und Partizipation müssen einbezogen werden, um den/die Patienten/in in seiner/ihrer Ganzheitlichkeit zu erfassen (BZgA, 2010; Hüter-Becker, 2006). Diese Gemeinsamkeiten spiegeln sich auch im ICF-Modell wider. Es ist salutogenetisch ausgerichtet und fragt vor dem Hintergrund der Erkrankung eines Individuums nach dessen Partizipation (Hüter-Becker, 2006).

### Ergebnisse

Die Tätigkeitsfelder der Physiotherapie in Prävention und Gesundheitsförderung liegen vor allem in der Bewegungsförderung bzw. der Entwicklung, dem Erhalt und dem Wiederherstellen der maximalen Bewegungsfähigkeit sowie funktioneller Fähigkeiten. Damit ergibt sich für die Physiotherapie ein klarer Handlungsrahmen und -auftrag im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention.

Sowohl die Physiotherapie als auch Prävention und Gesundheitsförderung sollen in den Lebenswelten der Betroffenen wirken, wobei der in der Gesundheitsförderung und Prävention bereits etablierte Setting-Ansatz auch für die Physiotherapie ein geeignetes Konzept zur Erreichung der Zielgruppen darstellt. Aufgrund dieser theoretischen und konzeptionellen Gemeinsamkeiten ergeben sich klare gemeinsame Arbeitsschwerpunkte. Dazu zählen Arbeitsfelder wie betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsplatzergonomie, Gesundheitsförderung an Schulen oder Gesundheitsförderung bei altersbedingten körperlichen Belastungen. Diese Bereiche stellen Schlüsselkompetenzen der Prävention und Gesundheitsförderung dar, wobei der physiotherapeutische Ansatz hier zunehmend als Ergänzung an Bedeutung gewinnt und neue relevante Arbeitsfelder für PhysiotherapeutInnen eröffnen. Am Beispiel der Arbeitsplatzergonomie wird das Handlungsfeld der Physiotherapie deutlich, da die qualitative arbeitsplatzergonomische Bewertung des Arbeitsplatzes ein Aufgabenfeld der Physiotherapie darstellt, die Integration dieser Ergebnisse im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements jedoch Kernaufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung ist.

Der Beitrag, den die Physiotherapie zur Prävention und Gesundheitsförderung leisten kann, ist auch in Hinblick auf die Gesundheitspolitik relevant: Politische Maßnahmen wie die Umsetzung eines höheren Pensionsantrittsalters erfordern die physische Fähigkeit von Betroffenen zur Arbeitsfähigkeit. Physiotherapie in Form einer Beratungstätigkeit kann hier einen wesentlichen Beitrag zur nachhaltigen Gesundheitsförderung leisten.

Eine Annäherung der Disziplinen ist durch das Wissen der Physiotherapie um Faktoren wie lebensstilassozierte Determinanten gegeben. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit als explizites Rahmengesundheitsziel im Regierungsprogramm der Österreichischen Bundesregierung (2012) kann durch die zielgruppenspezifische Herangehensweise der Physiotherapie, welche sich beispielsweise auf die Adaption von Übungs- oder Informationsblättern an die Bedürfnisse von Personen mit niedrigem Bildungsstand bezieht, gefördert werden. Da der individualtherapeutische Zugang im Vergleich zum bevölkerungsbezogenen einen Vorteil hinsichtlich der Erreichbarkeit der Zielgruppe darstellt,

kann die Physiotherapie innerhalb ihres Arbeitsfeldes einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien leisten.

### Diskussion

Prävention und Gesundheitsförderung gewinnen durch das zunehmende Verständnis für eine ganzheitliche ressourcenstärkende PatientInnenbehandlung auch in der Physiotherapie an Bedeutung. Sowohl Prinzipien (Partizipation, Empowerment) als auch Konzepte der Gesundheitsförderung (Health in All Policies, gesundheitliche Chancengleichheit) können gestützt durch das ICF-Modell im direkten PatientInnenkontakt umgesetzt werden. Diese Neuinterpretation des ICF-Modells im Hinblick auf die Öffnung in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention geht einher mit dem stärker werdenden Anspruch der Akademisierung der Physiotherapie und den Anforderungen, berufsfeldübergreifend Lösungsstrategien zu erarbeiten. Für PhysiotherapeutInnen bedeutet das, dass diese zusätzlich zu ihrem Aufgabengebiet als ÜbermittlerInnen von gesundheitsförderlichen Bewegungsangeboten und als BeraterInnen fungieren. Über den individualtherapeutischen Ansatz werden personenbezogene Daten generiert, die wiederum dem zielgruppenspezifischen Ansatz der Gesundheitsförderung dienen. Die PatientInnenbehandlung erfährt durch die ergänzenden Perspektiven der beiden Disziplinen eine ganzheitliche patientInnenorientierte Ausrichtung.

### Referenzen/Literatur

BZgA. (Hrsg.). (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung: Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage* (2. Auflage der deutschen Ausgabe). Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Careum Stiftung, 2012. *Education of Health Professionals for the 21 Century. Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten*. Zürich: Careum Stiftung. Verfügbar unter: [http://www.careum.ch/documents/10180/22224/Lancet%20Report?redirect=http%3A%2F%2Fwww.careum.ch%2Flancet-report%3Fp\\_id%3D175\\_INSTANCE\\_Reijh7MA8875%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-2%26p\\_p\\_col\\_pos%3D1%26p\\_p\\_col\\_count%3D2](http://www.careum.ch/documents/10180/22224/Lancet%20Report?redirect=http%3A%2F%2Fwww.careum.ch%2Flancet-report%3Fp_id%3D175_INSTANCE_Reijh7MA8875%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2) [13.05.2015]

Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R., Voigt-Radloff, S., Walkenhorst, U. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Kernaussagen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137 (2), 34-36. Verfügbar unter: [http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/\\_media/DMW\\_Supplement\\_Gesundheitsfachberufe\\_2012.pdf](http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/DMW_Supplement_Gesundheitsfachberufe_2012.pdf) [13.05.2015]

GÖG. (Hrsg.) (2012). *Health Care 2020. Forschungsstrategie für ausgewählte Gesundheitsberufe*. Wien: GÖG. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/forschungsstrategie\\_gesundheitsberufe.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/forschungsstrategie_gesundheitsberufe.pdf) [15.06.2015]

Höppner, H. (2008). Gesundheitswissenschaften: Orientierung für Physiotherapeuten in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hüter-Becker, A., Dölken, M. (Hrsg.). *Prävention*. Stuttgart: Thieme Verlag, 3-23.

Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.). (2006). *Band 1: Bewegungssystem. Das Neue Denkmodell in der Physiotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.). (2008). *Prävention*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Kaba-Schönstein, L. (2011). *Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien*. BZgA. Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-i-definition-ziele-prinzipien-handlungsebenen-und-strategien/> [12.06.2015]

Österreichische Bundesregierung. (2010). *Bundesgesetz: Änderung des Hochschulgesetzes 2005*. Verfügbar unter: [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2010\\_I\\_47/BGBLA\\_2010\\_I\\_47.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2010_I_47/BGBLA_2010_I_47.pdf) [19.05.2015]

Schwartz, F., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.). (2003). *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban und Fischer.

Trojan, A. & Legewie, H. (2007). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt: VAS.

Walter, U., Schwartz, F., Robra, B. & Schmidt, T. (2003). Prävention. In: Schwartz, F., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.). *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban und Fischer, 181-188.

WHO. (2007). *ICF-CY. International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version*. Genf: WHO.

# Ein Leitfaden zur Erhebung des psychosozialen Status im Setting Schule als Ausgangspunkt für gesundheitsfördernde Angebote durch ErgotherapeutInnen

Christina Dinhobl,  
Katharina Taferner

MTD-Berufsgruppe:  
Ergotherapie

Dieses Projekt entwickelte sich aus der Erkenntnis der dazugehörigen ersten Arbeit, dass kein ergotherapeutisches Begutachtungsinstrument zu Erhebung des psychosozialen Status als Ausgangspunkt für Gesundheitsförderungsprogramme von ganzen Volksschulklassen existiert. Daraus ergab sich das Ziel für dieses Projekt, einen Leitfaden zu generieren, der praktizierende ErgotherapeutInnen dabei unterstützen soll, schematisch Begutachtungen unter Berücksichtigung der Umwelt durchzuführen. Für die Durchführung des Projekts stellte sich eine Klassenlehrerin einer dritten Volksschulklasse als Projektpartnerin zur Verfügung.

Zur Entwicklung des Begutachtungsleitfadens wurde eine empirische Untersuchung der Anwendbarkeit des **Strengths and Difficulties Questionnaire** in Kombination mit einer selbst erstellten strukturierten Beobachtung angewandt.

Die Auswertung ergab, dass ein Gesundheitsförderungsprogramm indiziert ist.

Nach Auswertung der Daten und einem abschließenden Gespräch mit der Auftraggeberin wurden die Erkenntnisse, die während des Prozesses gewonnen wurden, zu einem Begutachtungsleitfaden verarbeitet.

Der Begutachtungsleitfaden enthält die theoretischen Grundlagen zu den verwendeten ergotherapeutischen Modellen und zu den Begutachtungsinstrumenten, sowie zeitliche und organisatorische Aspekte. Außerdem beinhaltet er den gesamten Prozess der Begutachtung, von der Vorbereitung bis hin zum Abschluss der Begutachtung. Außerdem wird die Anwendung der ergotherapeutischen Modelle während des Begutachtungsprozesses beschrieben.

Mit diesem Projekt konnte herausgefunden werden, dass der Lehrerfragebogen des **Strengths and Difficulties Questionnaire** gemeinsam mit einer Beobachtung verwertbare Daten bezüglich des psychosozialen Status einer Klasse liefern kann.

Der darauf basierende Leitfaden kann ErgotherapeutInnen dabei helfen, Begutachtungen durchzuführen, welche wiederum als Basis für Förderungsprogramme genutzt werden können. Es handelt sich um eines der ersten Konzepte von Gesundheitsförderung mit vorangehender Begutachtung, welches noch ein sehr wenig erforschtes Gebiet ist. Daher bedarf es hier noch weiterer Forschung.

## Einleitung

Die Ausgangslage dieses Bachelorprojekts stellte ein vorangegangenes Projekt dar, welches ein Gesundheitsförderungsprogramm im psychosozialen Bereich in einer Volksschulklasse beinhaltete. Aufgrund des fehlenden Aspekts der Erhebung des Anfangsstatus ergab sich für uns in der ersten Bachelorarbeit das Ziel, geeignete Befundungsinstrumente zu identifizieren, welche den psychosozialen Status einer Volksschulklasse erheben. Die Recherche ergab mehrere Assessments, welche größtenteils aus der Bezugswissenschaft der Psychologie stammen. Erst nach der Fertigstellung der ersten Arbeit konnte Kontakt mit der Projektpartnerin aufgenommen werden, einer Volksschullehrerin mit dem Anliegen, das Klassenklima ihrer dritten Klasse zu erheben. Dies bot uns die Möglichkeit, einige der zuvor recherchierten Assessments zu adaptieren, um sie aus ergotherapeutischer Sicht anwenden zu können. Herauszufinden, ob die Assessments im Klassensetting anwendbar sind und verwertbare Daten liefern, ist das Ziel dieser Bachelorarbeit. Daraus ergaben sich als ProjektteilnehmerInnen die dritte Volksschulklasse, deren Lehrerinnen und wir als Begutachterinnen.

Der Nutzen dieses Projekts ist die Erstellung eines Begutachtungsleitfadens, welcher ErgotherapeutInnen als Richtlinie dienen soll, um eine psychosoziale Befundung unter Berücksichtigung der Umwelt in Klassen durchführen zu können. Dies ist deshalb erforderlich, da bislang die Befundung in der Gesundheitsförderung kaum etabliert ist und ergotherapeutische Assessments zur Erhebung des psychosozialen Status von Gruppen fehlen.

## Fragestellung(en)

Liefert die Anwendung der Lehrerversion des *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* in Kombination mit einem auf ergotherapeutischen Modellen basierenden Beobachtungsinstrument im Zuge einer Begutachtung verwertbare Daten über den psychosozialen Status von ganzen Volksschulklassen?

## Methode

Bei den ProbandInnen handelte es sich um 22 SchülerInnen einer 3. Volksschulklasse. Dabei fungierte die Klassenlehrerin als Projektpartnerin und Auftraggeberin, welche durch die Bachelorbetreuerin vermittelt wurde.

Unser Leitgedanke war, die Lehrerversion des *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* in Kombination mit einem mit Hilfe von ergotherapeutischen Modellen erstellten Beobachtungsinstrument zur Erhebung des psychosozialen Status einer Volksschulklasse auf ihre Anwendbarkeit zu überprüfen. Der *Strengths and Difficulties Questionnaire* sollte dabei als Fremdeinschätzung durch eine Person, welche bereits

über einen längeren Zeitraum mit den ProbandInnen in Kontakt steht, dienen. Die Beobachtung durch ErgotherapeutInnen soll das objektive Element der Begutachtung darstellen und so die Sichtweise der Profession mit einbinden.

Als Einschlusskriterium galt in erster Linie das Alter der ProbandInnen, welches in der Altersspanne der Lehrerversion des *Strengths and Difficulties Questionnaire* (4 bis 16 Jahre) liegen musste. Zusätzlich war es uns wichtig, aufgrund einer möglichst frühen ergotherapeutischen Gesundheitsförderung, die Begutachtung in einer Volksschulklasse durchzuführen. Weiters hatte das Einverständnis der Eltern vorzuliegen.

Bei der Erstellung des Beobachtungsinstrumentes musste beachtet werden, sowohl positive als auch negative beobachtbare Verhaltensweisen zu definieren. Diese wurden bestimmten Kategorien zugeordnet, welche möglichst ähnlich den Kategorien der Lehrerversion des *Strengths and Difficulties Questionnaire* zu halten waren, um das Zusammenfassen der Ergebnisse der beiden Assessments zu vereinfachen. Somit ergaben sich folgende fünf Kategorien: Impulskontrolle, Aufmerksamkeit/Bewegungsdrang, Regelverhalten, Umgang mit Gleichaltrigen, Intrapersonale Fertigkeiten. Zusätzlich mussten verschiedene Protokolle für den Unterricht bzw. für die Pausen erstellt werden, weil hier jeweils andere Verhaltensweisen als positiv bzw. negativ angesehen werden.

Der gesamte Prozess der Begutachtung erfolgte unter Berücksichtigung folgender ergotherapeutischer Modelle: *Moseys Modell der Profession und das Konzept der angepassten Fertigkeiten* und das *Person-Environment-Occupation Model*.

Die Beobachtung in der Volksschulklasse erstreckte sich über vier verschiedene Beobachtungstage mit möglichst vielen unterschiedlichen Unterrichtsfächern. Die Beobachtung erfolgte durch zwei Beobachterinnen. Eine Testerin notierte fünf Minuten lang die Anzahl aller positiven Verhaltensweisen einer Überkategorie, während die andere Beobachterin die negativen der gleichen Kategorie in Betracht nahm. Danach wurde zur nächsten Kategorie übergegangen und nach einem ganzen Durchgang wurden die zu beobachtenden Verhaltensweisen (positiv bzw. negativ) zwischen den Beobachterinnen gewechselt. Die Lehrerfragebögen wurden vor der Beobachtung an die Klassenlehrerin übergeben und um unvoreingenommen zu bleiben, erst nach der Beobachtung wieder eingeholt.

Die anschließende Datenauswertung der Beobachtungsbögen wurde wie folgt durchgeführt: Die Anzahl der notierten positiven Verhaltensweisen innerhalb einer Kategorie wurde von allen Beobachtungsprotokollen zu einer Gesamtsumme addiert. Der gleiche Vorgang erfolgte auch bei allen anderen Kategorien und wurde anschließend mit den negativen Verhaltensweisen wiederholt. Um die gewonnenen Daten interpretieren zu können, wurde nach der Beobachtung die Gesamtzahl der positiven und negativen Verhaltensweisen innerhalb einer Kategorie verglichen. Dies ging so von statten, dass die Anzahl der negativen Verhaltensweisen von der Anzahl der positiven innerhalb einer Kategorie subtrahiert wurde:

*Verhalten positiv – Verhalten negativ*

Ergab sich aus dieser Rechnung eine positive Zahl, wurde dies so interpretiert, dass die Fertigkeiten in diesem Bereich nicht zwangsläufig in einem eventuell folgenden Gesundheitsförderungsprogramm verbessert werden müssen. Ein hoher negativer Wert als Ergebnis bedeutete, dass unbedingt eine Berücksichtigung der Fertigkeiten der betroffenen Kategorie in einem Förderungsprogramm indiziert ist.

Die Auswertung der Lehrerversion des *Strengths and Difficulties Questionnaire* erfolgte analog zur offiziellen Anleitung des Assessments.

Nach der Datenauswertung wurden die Ergebnisse beider angewandten Begutachtungsinstrumente verglichen und mithilfe der weiter oben genannten ergotherapeutischen Modelle interpretiert.

In unserem Bachelorprojekt zeigte die Gesamtbeurteilung aller Daten, dass die SchülerInnen in den Bereichen *Aufmerksamkeit/Bewegungsdrang*, *Regelverhalten*, *emotionale Probleme* und *Prosoziales Verhalten* Bedarf an einer Gesundheitsförderung haben. Nach Moseys Modell ist diese Klasse der egozentrisch-kooperativen Gruppe zuzuordnen, was nach diesem Modell jedoch nicht altersentsprechend ist. Daher empfehlen wir für diese Klasse eine Gesundheitsförderung durch ErgotherapeutInnen in den zuvor genannten Bereichen.

Im Anschluss an die Interpretation der Werte wurde ein abschließendes Gespräch mit der Klassenlehrerin geführt, in welcher Diskrepanzen zwischen den von ihr ausgefüllten *Strengths and Difficulties Questionnaire* und der durchgeführten Beobachtung durch die Begutachterinnen angesprochen wurden. Zudem wurden die oben beschriebenen Ergebnisse präsentiert und Empfehlungen für ein Gesundheitsförderungsprogramm abgegeben.

## **Berufliche Relevanz**

Die berufliche Relevanz ergibt sich aus dem Problemhintergrund, dass ErgotherapeutInnen bereits gesundheitsfördernde Programme im psychosozialen Bereich im Setting Schule anbieten, jedoch die Wirksamkeit dieser schwer belegt werden kann. Dies resultiert aus dem Fehlen von psychosozialen Begutachtungsinstrumenten bzw. Leitfäden auf ergotherapeutischer Grundlage für ganze Schulklassen. Daher wäre ein Leitfaden zur Begutachtung nicht nur zur Erhebung des Anfangsstatus, sondern auch zur Evaluation eines stattgefundenen Gesundheitsförderungsprogramms sinnvoll. Weiters kann in Folge einer Begutachtung festgelegt werden, welche psychosozialen Fertigkeiten besonders gefördert werden sollen.

Ein Leitfaden würde eine Innovation darstellen, da die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Gesundheitsförderungsprogrammen in Schulklassen im psychosozialen Bereich belegt werden würde. In weiterer Folge könnte dadurch die Finanzierung solcher ergotherapeutischer Programme begünstigt werden.

## Ergebnisse

Die Auswertung der Daten der Begutachtung des psychosozialen Status dieser Volksschulklasse ergab, dass diese Form der Erhebung durchaus verwertbare Daten liefert. Daher konnte in Folge als Produkt der Forschung ein Begutachtungsleitfaden für ErgotherapeutInnen generiert werden. Der Leitfaden ist zu vergleichen mit einer Art Manual und soll ErgotherapeutInnen als Hilfestellung für das Erheben des psychosozialen Status von einer Volksschulklasse im Setting Schule dienen. Die ersten Kapitel des Produkts enthalten Informationen zu den Autorinnen, Ziel und Zweck des Leitfadens. Im theoretischen Hintergrund werden die beiden angewandten ergotherapeutischen Modelle beschrieben, bevor genauer auf das konkrete Vorgehen bei der Begutachtung eingegangen wird. Die Durchführung beginnt mit den notwendigen Vorbereitungen, welche einerseits die nötigen Materialien und andererseits die Vorbereitungen auf die Begutachtung, wie Kontaktaufnahme mit den Beteiligten und das Schaffen geeigneter Umweltbedingungen, enthalten. Danach folgt die Erklärung der genauen Anwendung der Begutachtung, das heißt der Beobachtung und des Vorgehens mit der Lehrerversion des *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, aber auch wie die Interaktion mit den SchülerInnen von statten gehen sollte. Als Teil der Durchführung zählt auch die Datenauswertung beider angewandter Assessments und die Zusammenfassung der Daten. Zusätzlich findet sich im Leitfaden eine Anleitung zur Interpretation der Ergebnisse unter Einbeziehung der bereits erwähnten ergotherapeutischen Modelle.

## Referenzen/Literatur

- Becker, A., Woerner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T. & Rothenberger, A. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), ii11-ii16. doi: 10.1007/s00787-004-2003-5
- Carman, S. N. & Chapparo, C. J. (2012). Children who experience difficulties with learning: Mother and child perceptions of social competence. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(5), 339-346. doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01034.x
- Cook, J. V. (2001). *Qualitative Research in Occupational Therapy: Strategies and Experiences*: Delmar/Thomson Learning.
- Haury, K., & Reichwein, V. (2012). Auf Spurensuche – Beobachten in der Ergotherapie. *Ergopraxis*, 3, 27-29.
- Holmbeck, G. N., Thill, A. W., Bachanas, P., Garber, J., Miller, K. B., Abad, M., ... Zuckerman, J. (2008). Evidence-based Assessment in Pediatric Psychology: Measures of Psychosocial Adjustment and Psychopathology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 958-980. doi: 10.1093/jpepsy/jsm059
- Kolodziej, L. (2006). Lernen am Modell. Die sozial-kognitive Lerntheorie nach Albert Bandura und ihre sozial-psychologische Bedeutung für Schule und Unterricht.
- Kubny-Lüke, B., & Creek, J. (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*: Thieme.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. doi: 10.1177/000841749606300103
- Leff, S. S., Thomas, D. E., Shapiro, E. S., Paskewich, B., Wilson, K., Necowitz-Hoffman, B. & Jawad, A. F. (2011). Developing and Validating a New Classroom Climate Observation Assessment Tool. *Journal Of School Violence*, 10(2), 165-184.
- McClellan, D. E. & Kinsey, S. J. (1999). Children's Social Behavior in Relation to Participation in Mixed-Age or Same-Age Classrooms. *Early Childhood Research and Practice*, 1(1). <http://ecrp.uiuc.edu/v1n1/mcclellan.html>

## Ein Leitfaden zur Erhebung des psychosozialen Status im Setting Schule als Ausgangspunkt für gesundheitsfördernde Angebote durch ErgotherapeutInnen

Nohlen, D., & Schultze, R. O. (2010). *Lexikon der Politikwissenschaft: Theorien, Methoden, Begriffe*. 1. A – M: Beck.

Pecháčková, Y., Navrátilová, Z. & Slavíková, P. (2014). Social Climate in the Environment of Primary Schools. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 112(0), 719–724. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1222>

Tapp, J. T. & Fiel, D. (1991). *ASKER: A computerized program for administering Likert-scale questions*. Unpublished computer program. TN: Vanderbilt University. Nashville.

Thaler, D. (2005). *Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern in stationärer pädiatrischer Behandlung*. (unpublished dissertation), Ludwig- Maximilians-Universität, München.

Thapa-Görder, N. & Rottenecker, J. (2010). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Ergotherapie-Ausbildung: eine neue Herausforderung für Lehrende und Lernende*: Schulz-Kirchner.

Tsang, K. L. V., Wong, P. Y. H. & Lo, S. K. (2012). Assessing psychosocial well-being of adolescents: a systematic review of measuring instruments. *Child: Care, Health And Development*, 38(5), 629–646. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01355.x

Warnes, E. D., Sheridan, S. M., Geske, J. & Warnes, W. A. (2005). A contextual approach to the assessment of social skills: Identifying meaningful behaviors for social competence. *Psychology in the Schools*, 42(2), 173–187. doi: 10.1002/pits.20052

Weltgesundheitsorganisation, W. R. f. E. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Retrieved 10. November, 2013, from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

Youthinmind. Scoring instructions for versions completed by parents or teachers. Retrieved 1. November, 2013, from <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=German>

Youthinmind. T4-16 – SDQ and impact supplement for the teachers of 4-16 year olds. Retrieved 5. November, 2013, from <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=German>

# Die erste interdisziplinäre Tracheostoma Fachambulanz in Österreich

**Maria-Magdalena Wetzinger,**  
Landeskrankenhaus  
Feldkirch

**MTD-Berufsgruppe:**  
Diätologie



Abb.1: Team der ersten interdisziplinären Tracheostoma Fachambulanz in Österreich (v. li. n. re.): Logopädin: Doris Rinner-Sturm, DiätologIn: Maria-Magdalena Wetzinger, MSc, HNO-Fachärztin: OÄ Michaela Ranta, MRCS (Glasg) DLO, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin: Helga Siebel

Patienten mit einem Tracheostoma stellen komplexe Anforderungen in der adäquaten Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, auch ist die Ernährungssituation oftmals nicht zufriedenstellend. Um die Betreuung dieses speziellen Patientenkollektivs zu verbessern wurde im November 2012 eine interdisziplinäre Tracheostoma-Fachambulanz am Landeskrankenhaus Feldkirch eingerichtet, in der Patienten von einer HNO-Fachärztin, einer Logopädin, einer diplomierten Pflegefachkraft und einer Diätologin gemeinsam versorgt werden.

Im Zeitraum bis Dezember 2014 wurden 61 Patienten (51 Männer, 9 Frauen, 1 Kind) diätalogisch betreut. Dafür wurde ein diätalogisches Tracheostoma Assessment entwickelt, welches auch der Dokumentation und Verlaufskontrolle dient. Es umfasst neben dem von ESPEN empfohlenen Screening-Tool NRS-2002 nach Kondrup J. et al. [1], Parameter des ernährungsmedizinischen Status,

Information über Art der Nahrungsaufnahme, ernährungsrelevante Probleme, Diagnosen und Behandlungsstatus.

Beim Erstkontakt lag das mittlere Körpergewicht bei 68,33 kg, entspricht BMI 24,37. Laut Ergebnissen des ernährungsmedizinischen Screenings mittels NRS-2002 liegt bei 26 Personen (42,62 %) bereits bei Erstkontakt ein Ernährungsrisiko (NRS-2002-Score  $\geq 3$  Punkte) vor.

Hauptinhalte der diätalogischen Beratung und Ernährungstherapie waren die Kalorieneinschätzung, Anpassung von Sondennahrung, Energieanreicherung durch Einsatz natürlicher Lebensmittel, Konsistenz-Anpassung, Eiweißanreicherung mittels konventioneller Nahrungsmittel, Einsatz von oralen Supplementen sowie der „Sondenaufbau“.

24 Personen (38,1 %) nehmen oral Nahrung auf, gefolgt von 17 Patienten (27 %) die sich mittels PEG ernähren. Den Einsatz von ergänzender (par-)enteraler Ernährung nutzen 13 (20,6 %). 9 Personen (14,3 %) werden bei Erstkontakt über Nasogastralsonde ernährt.

Die Einbindung der Abteilung für Diätologie gewährleistete eine Optimierung der Ernährungsversorgung für stationäre Patienten und eine an die individuellen Bedürfnisse angepasste Verordnung von Sonden- und Trinknahrung für ambulante Patienten.

## Einleitung

### Schluckstörungen

In etwa 7 % der Bevölkerung ( $\triangleq$  600.582 Österreicher [2] oder 1/3 Einwohner von Wien) sind von einer Schluckstörung betroffen: 14 % der Patienten in Akuthäusern, 53 % der Bewohner von Pflegeeinrichtungen, sowie 33 % andere [3, 4]. Schluckstörungen sind meist durch die Grunderkrankung, wie Erkrankungen des Gehirns (z. B. Schlaganfall [25% – 81%], Schädel-Hirn-Trauma [50–70 %], neurologische Erkrankungen [Demenz: 84 %]), nach Operationen und Strahlentherapie im Hals- und Kopfbereich (Tumore im Mund- oder Halsbereich [50,1%]), oder durch Veränderungen der Speiseröhrenwand (z. B. Chemotherapie, Refluxösophagitis, Infektionen) bedingt [5, 6]. Dysphagie führt häufig zu Malnutrition und Exsikkose (wegen zwangsläufiger Vermeidung von Flüssigkeiten). Durch Speichel oder Nahrung ausgelöste Aspirationspneumonien sind die dritt-(fünft)häufigste Todesursache von über 85(65)-Jährigen [7]. Weitere Hauptprobleme sind die Einschränkung der Lebensqualität durch Folgeerscheinungen, die Notwendigkeit einer angepassten Kostform, Abhängigkeit von Sonden-Nahrung oder einer blockbaren Trachealkanüle (Schutz vor Speichelaspiration) und hohe Kosten für das Gesundheitssystem [8]. Dysphagie korreliert mit schlechtem Outcome (Hospitalisationsrate, Hilfs-/Pflegebedürftigkeit), einem Kostenanstieg und erhöhter Mortalität: 37% der Menschen mit Dysphagie sterben innerhalb von sechs Monaten [9].

### Tracheostoma

Eine Eröffnung der Luftröhre (Tracheostoma) wird unter anderem bei Krebserkrankungen im Kopf-Halsbereich oder bei schweren neurologischen Erkrankungen erforderlich. Patienten mit einem Tracheostoma stellen komplexe Anforderungen in der adäquaten Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, auch ist die Ernährungssituation oftmals nicht zufriedenstellend.

### Tracheostoma-Fachambulanz

Um die Betreuung dieses speziellen Patientenkollektivs zu verbessern, wurde im November 2012 eine interdisziplinäre Tracheostoma-Fachambulanz am Landeskrankenhaus Feldkirch eingerichtet, in der Patienten **gleichzeitig** von einer HNO-Fachärztin, einer Logopädin, einer diplomierten Pflegefachkraft und einer Diätologin versorgt werden.

Indikationen für eine Zuweisung an diese Spezialambulanz der Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie am LKH Feldkirch (Leitung: Prim. Dr. Wolfgang Elsäßer, Chefarzt) sind:

- Versorgung mit speziellen Hilfsmitteln für tracheotomierte Patienten
- Sonderanfertigungen der Kanülen
- Probleme mit Stimmprothese oder Trachealkanüle
- Ernährungsprobleme (Evaluation des Ernährungsrisikos, unterstützende Ernährungstherapie, orale Supplemente und Sondennahrung)
- Videolaryngoskopische Beurteilung des Schluckaktes (Einschätzung des Dysphagie-Risikos)

### Fragestellung(en)

Besteht bereits bei Erstkontakt mit Patienten in der Tracheostoma-Ambulanz ein Ernährungsrisiko?

Welcher Interventionen diätalogischer Art bedarf es bei Erstkontakt?

Wie ist die Art der Nahrungsaufnahme bei Erstkontakt?

### Methode

**Studienart:** retrospektive Datenanalyse (Evaluation)

**Probanden:** 61 Patienten (51 Männer, 9 Frauen, 1 Kind)

**Rekrutierung:** alle diätologisch vorstelligen Patienten der Tracheostoma Ambulanz vom November 2012 bis Dezember 2014

**Einschluss:** erfolgtes diätologisches Tracheostoma-Assessment

**Ausschluss:** nicht erfolgtes oder unvollständiges diätologisches Tracheostoma-Assessment

### **Diaetologisches Tracheostoma-Assessment:**

Für die diaetologische Betreuung der Tracheostoma-Fachambulanz wurde ein diaetologisches **Tracheostoma-Assessment** entwickelt, welches auch der Dokumentation und Verlaufskontrolle dient.

Es umfasst neben dem von ESPEN empfohlenen Screening-Tool (NRS-2002 nach Kondrup J. et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421), Parameter des ernährungsmedizinischen Status (Körpergewicht aktuell, Gewichtsveränderung in den letzten 3 Monaten, KG vor Erkrankung, Körpergröße, BMI) auch Informationen über die Art der Nahrungsaufnahme sowie ernährungsrelevante Probleme, Diagnosen und Behandlungsstatus. Um einen optimalen Arbeitsfluss zu erleichtern wurden organisatorische Punkte (erfolgte und benötigte Ernährungsinterventionen, Prozess-Ablauf) angehängt und das Assessment somit um ein Verlaufsprotokoll zum Assessment- und Dokumentations-Tool erweitert.

### **Interventionen:**

- Individuelle Ernährungsinformation/-beratung/-therapie je nach Bedarf und Möglichkeit (kognitive, soziale, ... ressourcenorientiert)
- Rezeptierung bzw. Anpassung von oralen Supplementen und enteraler Sondennahrung

### **Analysen:**

- BMI
- NRS-2002-Score
- Berechnung der Mittelwerte sowie Spannweite, Prozentanteile

## **Berufliche Relevanz**

### **Vorteile der ersten interdisziplinäre Tracheostoma-Fachambulanz durch fächerübergreifende Zusammenarbeit**

#### **Für den Patienten**

- rasche und zielführende Lösung bei Fragestellungen rund um das Tracheostoma
- Verbesserte Betreuung dieses speziellen Patientenkollektivs (komplexe Anforderungen in der adäquaten Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) durch gleichzeitige gemeinsame adäquate Versorgung (HNO-Fachärztin, Logopädin, diplomierte Pflegefachkraft und Diätologin in einem Raum)
- Einbindung der Abteilung für Diätologie (Ernährungssituation oft nicht zufriedenstellend):
  - Optimierung der Ernährungsversorgung für stationäre Patienten
  - Individuell angepasste Verordnung von Sonden- und Trinknahrung für ambulante Patienten

#### **Für das interdisziplinäre Team**

- Expertise
- Zusammenarbeit mit Delegations-Möglichkeit

### Für die Diätologie

- **Interdisziplinäres Kompetenz-Pool**
  - Umfassende Beurteilung des individuellen Gesundheitszustandes
  - Einblick in die Therapie(planung)
  - Nutzung der fachlichen Kompetenzen
- **Work-Flow-Optimierung**
  - Ansprechpartner wird vermehrt genutzt
  - Zusammenarbeit über die Ambulanz hinweg
  - Sofortige Zuweisung zur Ernährungstherapie
  - Monitoring der Therapiefortschritte

Eine Vision des Teams ist eine verstärkte Nutzung des interprofessionellen Kompetenz-Pools auch in anderen Fachbereichen.

### Ergebnisse

Beim Erstkontakt lag das mittlere Körpergewicht bei 68,33 kg (R: 22-119,45), entspricht BMI 24,37 (R: 15,7-48,5), vgl. Abb. 2.

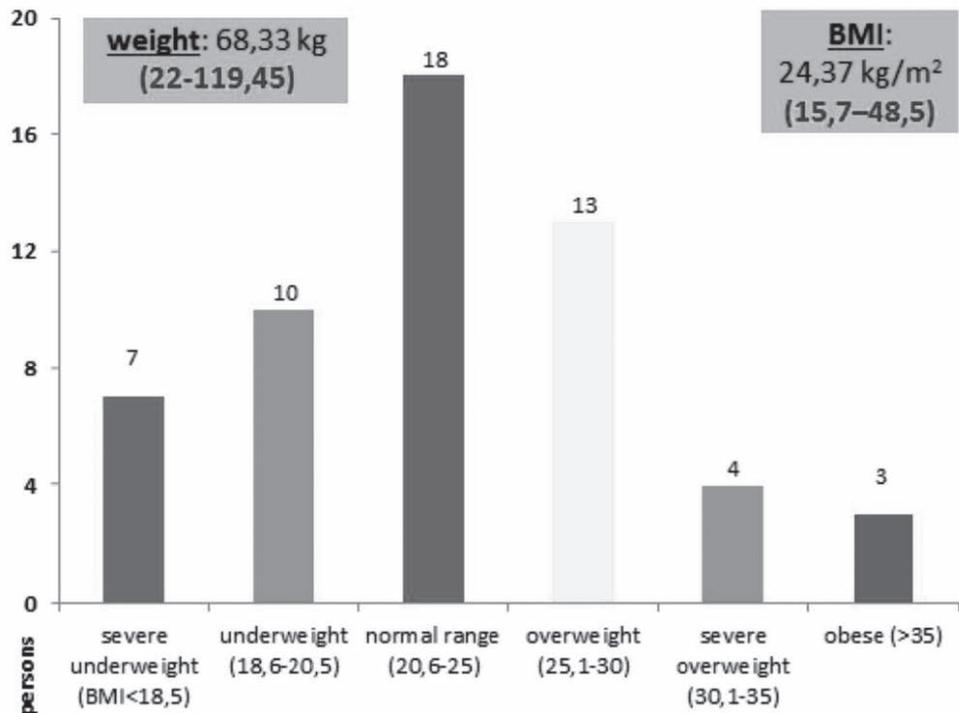


Abb. 2: Ergebnisse des Ernährungsscreenings: Körpergewicht, Bodymass-Index

Laut Ergebnissen des ernährungsmedizinischen Screenings mittels NRS-2002 liegt bei 26 Personen (42,62 %) bereits bei Erstkontakt ein Ernährungsrisiko (NRS-2002-Score  $\geq 3$  Punkte) vor, vgl. Abb. 3.

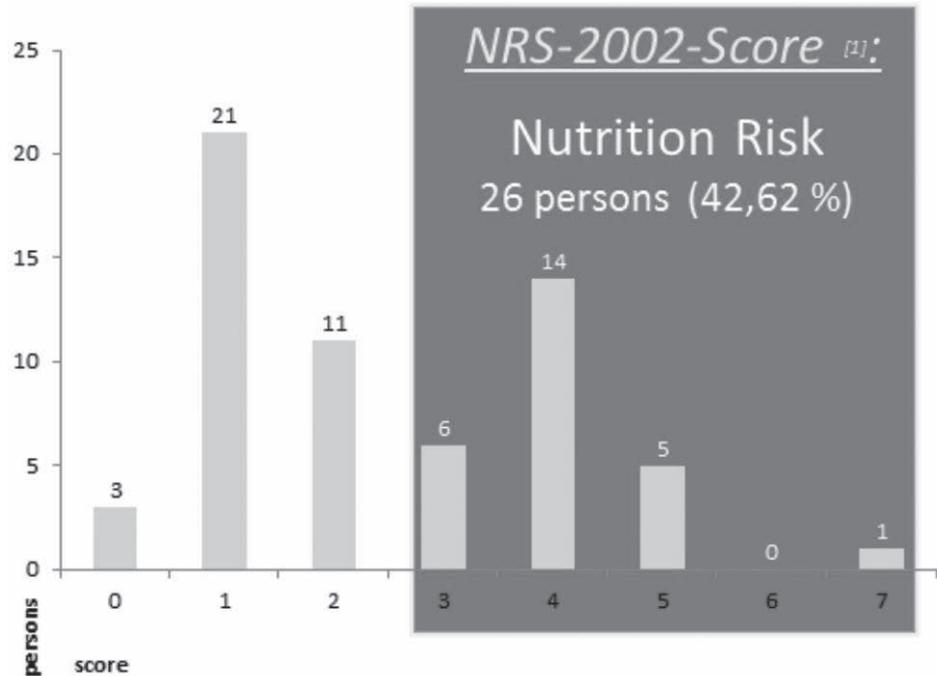


Abb. 3: Ergebnisse des Screenings mittels NRS-2002

Hauptinhalte der diätologischen Beratung und Ernährungstherapie sind Kalorieneinschätzung, Anpassung von Sondennahrung, Energieanreicherung durch Einsatz natürlicher Lebensmittel, Konsistenz-Anpassung, Eiweißanreicherung mittels konventioneller Nahrungsmittel, Einsatz von oralen Supplementen, sowie die Einführung und Anpassung der Sondenkost (Sondenaufbau), vgl. Abb. 4.

### Hauptinhalte der diätologischen Beratung und Ernährungstherapie

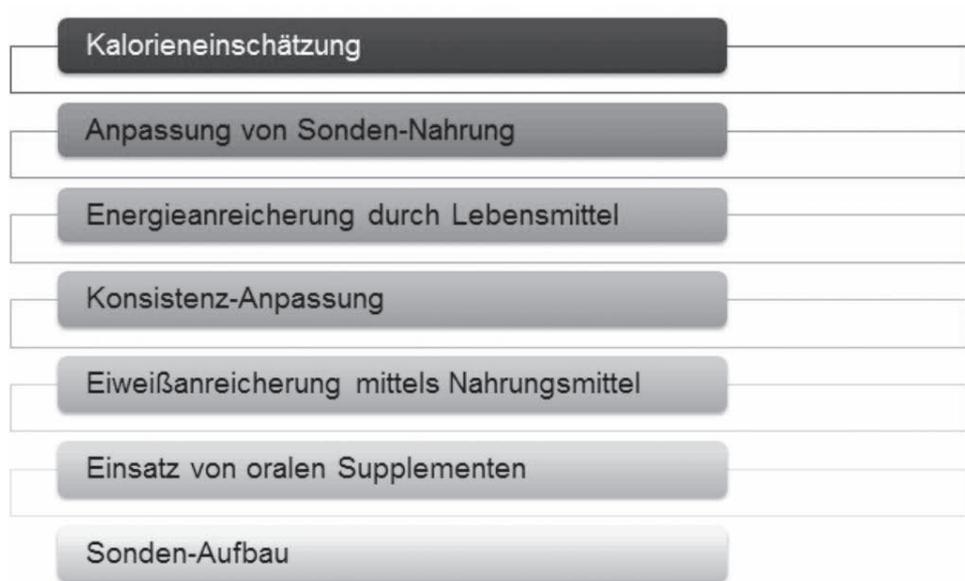


Abb. 4: Hauptinhalte der diätologischen Beratung und Ernährungstherapie

24 Personen (39 %) nehmen über den normalen **Weg** (oral; O) die **Nahrung** auf, gefolgt von 17 Patienten (28 %) die sich über PEG ernähren. Kombinationen wie den Einsatz von ergänzender enteraler Ernährung über die PEG, nutzen sieben Patienten (11 %). Eine (2,33 %) kombinierte Aufnahme per PEG mit weiteren Zugangswegen nutzen wie folgt: ZVK: drei Patienten (5 %), O + ZVK: eine Person (2 %). Neun Personen (15 %) werden bei Erstkontakt über Nasogastralsonde ernährt, vgl. Abb. 5.

### Nahrungszufuhr bei Aufnahme

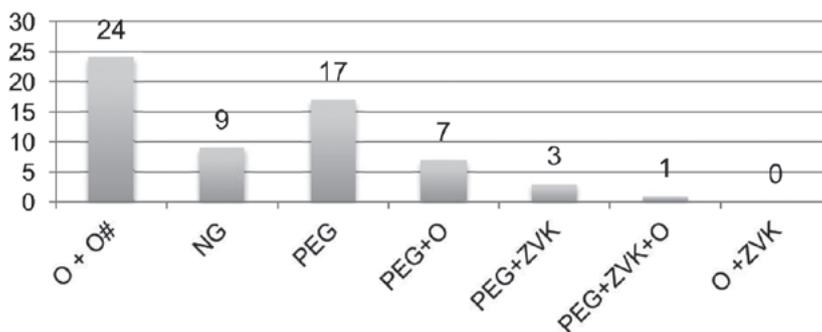


Abb. 5: Art der Nahrungsaufnahme bei Erstvorstellung in der Tracheostoma-Fachambulanz

## Feedback als Ergebnis auf anderer Ebene

### Feedback aus dem Team der ersten interdisziplinären Tracheostoma-Fachambulanz in Österreich:

#### **OÄ Michaela Ranta, MRCS (Giasg) DLO**

*„Der Kompetenzpool des interdisziplinären Teams der Tracheostoma Fachambulanz ermöglicht eine professionelle und effektive Versorgung dieser Patientengruppe.“*

#### **Maria-Magdalena Wetzinger, MSc, Diaetologin**

*„Oft werde ich über Patienten mit Risiko für Mangelernährung leider nicht (rechtzeitig) informiert – hier bin ich von Anfang an als fixer Bestand in der Therapie(planung) mit dabei. Durch diese Zusammenarbeit im interdisziplinären Team bietet sich mir die Möglichkeit ein Risiko für Mangelernährung mittels Screening zu erfassen, eine angepasste Ernährungstherapie einzuleiten und somit optimalen Einfluss auf den Ernährungsstatus der Patienten zu nehmen.“*

#### **Doris Rinner-Sturm, Dipl. Logopädin**

*„Das gemeinsame Arbeiten am Patienten ist eine große Bereicherung für mich. Die Patienten profitieren eindeutig davon; das spiegelt sich in der Zufriedenheit der Patienten wider. Wir erhalten sehr viel positives Feedback!“*

#### **Helga Siebel, DGKS**

*„Wir stellen eine zentrale kompetente Anlaufstelle für Patienten mit Tracheostoma dar. Das erspart dem Patienten viele Mehrfachwege.“*

#### **Andreas Faller, DGKP, Medizinprodukte-Berater der Firma Fahl**

*„Im Vergleich mit anderen Kliniken wird es dem Patienten ermöglicht Wege zu sparen und bei einem einzigen Termin mehrere Fachbereiche abzudecken und kompetenzübergreifende Fragen zu stellen. Das Arbeiten im interdisziplinären Team in Feldkirch ist besonders effektiv und zukunftsweisend.“*

## Referenzen/Literatur

- [1] Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22:415-421
- [2] [http://www.statistik.at/web\\_de/presse/080912](http://www.statistik.at/web_de/presse/080912); 2015-05-03
- [3] Borr Ch; Zervikale Auskultation in der Dysphagie-Diagnostik; 2003
- [4] Pütz K/Müller SD; ErnährungsMed;2006
- [5] García-Peris P et al; Clin Nutr; 2007; 26:710
- [6] Prosiegel M/Weber S; Dysphagie; 2010; p 43,47,59,61
- [7] La Croix et al; Public Health Rep; 1989; 104:350-360
- [8] Prosiegel M/Weber S; Dysphagie; 2010; p 74,76
- [9] Prosiegel M/Weber S; Dysphagie; 2010; p 75

## **Impressum**

### **Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller**

MTD-Austria, Grüngasse 9/20, 1050 Wien  
office@mtd-austria.at, www.mtd-austria.at

### **Redaktion und Lektorat**

Mag. Jost-Alexander Binder, MTD-Austria

### **Design**

Markus Hörl, www.markushoerl.at

### **Satz**

Markus Hörl, www.markushoerl.at,  
Thomas Hötzeneder, www.clipwerk.com  
gesetzt in Foundry Sterling

### **Umschlagbild**

Mit freundlicher Genehmigung der FH Campus Wien

### **Fotos**

Die AutorInnen

### **Druck**

Remaprint, www.remaprint.at

Der Umwelt zuliebe wird diese Publikation hauptsächlich elektronisch vertrieben.

© 2015 MTD-Austria,  
Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs

# mtd.austria

Dachverband der  
gehobenen medizinisch-  
technischen Dienste  
Österreichs



MTD-Austria  
Grüngasse 9 / Top 20  
1050 Wien  
office@mtd-austria.at  
www.mtd-austria.at