



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: 040 7410 - 52400
Telefax: 040 7410 - 53681
m.scherer@uke.de
www.uke.de/ifa

Aktuelle Projekte des Instituts für Allgemeinmedizin

in Forschung, Lehre und klinischer Versorgung

2014

Stand: 01.09.2014

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

unser Institut gehört zum Zentrum für Psychosoziale Medizin und ist zuständig für Forschung, Lehre und Krankenversorgung im Bereich der Allgemeinmedizin. Unser Anliegen ist es, das Fach Allgemeinmedizin in diesen drei Bereichen zu vertreten und weiterzuentwickeln.



Forschung

Die Forschung am Institut für Allgemeinmedizin (IfA) hat zum Ziel, Erkenntnisse zu generieren, die für die Praxis relevant sind. Gleichzeitig soll die Forschungsmethodik entsprechend den Bedürfnissen der Allgemeinmedizin weiterentwickelt werden. Unsere Forschung erstreckt sich deshalb auf klinische, epidemiologische und bevölkerungsmedizinische Aspekte der Allgemeinmedizin und beschäftigt sich mit unterschiedlichen Fragestellungen der Versorgungsforschung, insbesondere in den Bereichen Multimorbidität, Demenz, Herzinsuffizienz und andere chronische Erkrankungen. Der Schwerpunkt liegt auf Fragen der hausärztlichen Versorgung. Hierbei kommt ein breites Spektrum von Methoden zum Einsatz, das neben qualitativen auch quantitative nicht-interventionelle, quantitative interventionelle Primärstudien, Sekundärstudien (Routinedatenforschung) sowie Systematische Reviews und Meta-Analysen beinhaltet.

Ein weiteres wichtiges Anliegen ist der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis. Das Institut ist Sitz der Leitlinienentwicklungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und ist mit neuen Versorgungsformen sowie den unterschiedlichen Facetten der Qualitätsmessung und -förderung befasst.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Unsere Lehre umfasst die Bereiche: Berufsfelderkundung, Einführung in die klinische Medizin, Lehrveranstaltungen Allgemeinmedizin (inkl. Kommunikationstraining, Überbringen schlechter Nachrichten), Sozialmedizin und das Allgemeinmedizin-Tertial im PJ (Praktisches Jahr).

Regelmäßig führen wir Fortbildungsveranstaltungen für die Hausärzte und Hausärztinnen mit Lehrauftrag durch. Das Institut beteiligt sich aktiv in der fachärztlichen Fortbildung für Allgemeinmedizin. Im Rahmen der Initiative "Hausärztliche Fortbildung Hamburg" verantworten wir die didaktische Gestaltung und die Evaluation der Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte.

Klinische Versorgung

Das Institut für Allgemeinmedizin ist seit Oktober 2012 auch in der Krankenversorgung engagiert. Diese umfasst einerseits die Behandlung fußläufiger Patientinnen und Patienten in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) und andererseits die Versorgung allgemeinmedizinischer Patienten und Patientinnen im Fachbereich Allgemeinmedizin des Ambulanzentrums.

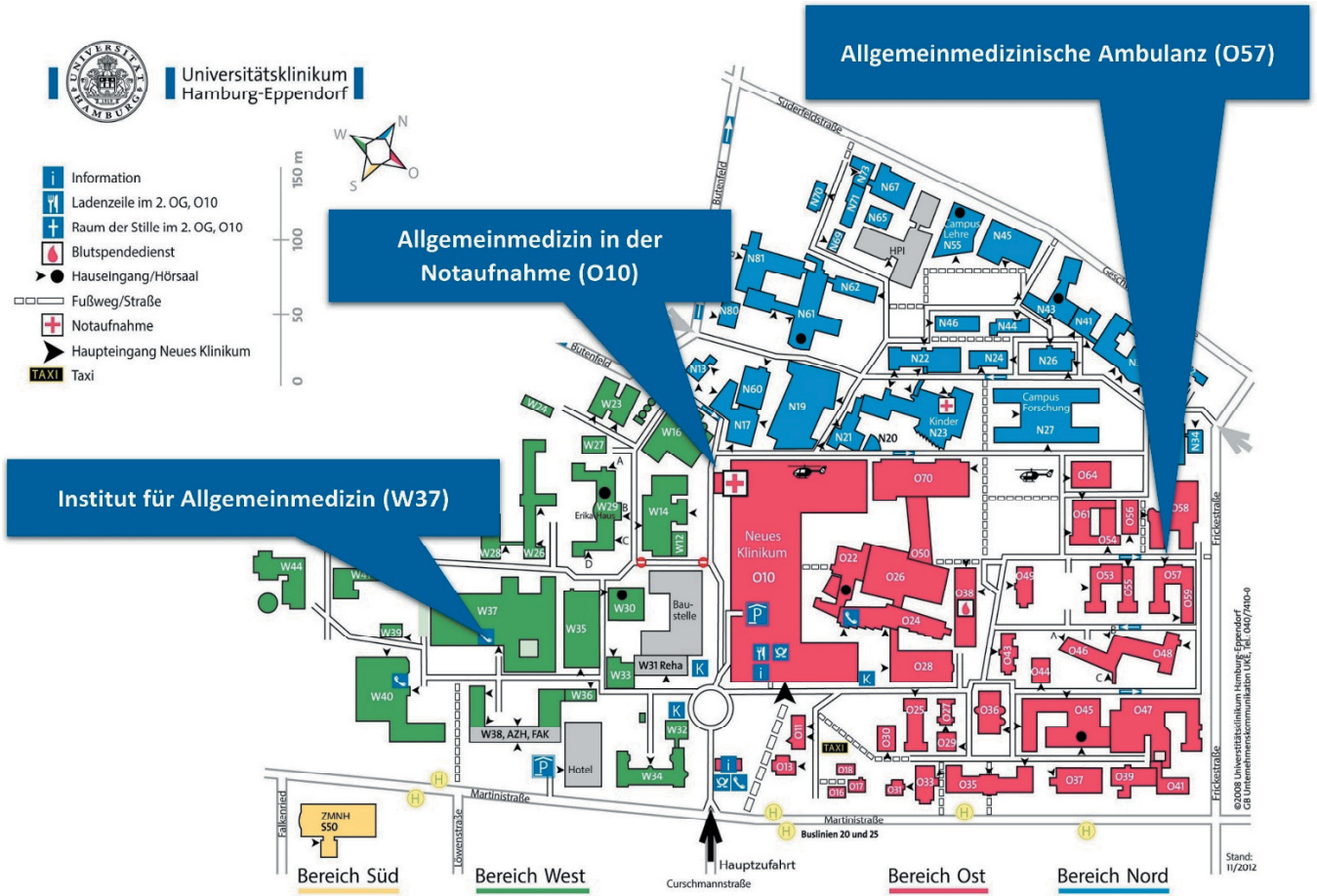
Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie mit dieser Broschüre einen Einblick in unsere Arbeit gewinnen und wir sind gespannt auf Ihre Anregungen, Wünsche und Fragen.

Ihr

Prof. Dr. med. Martin Scherer

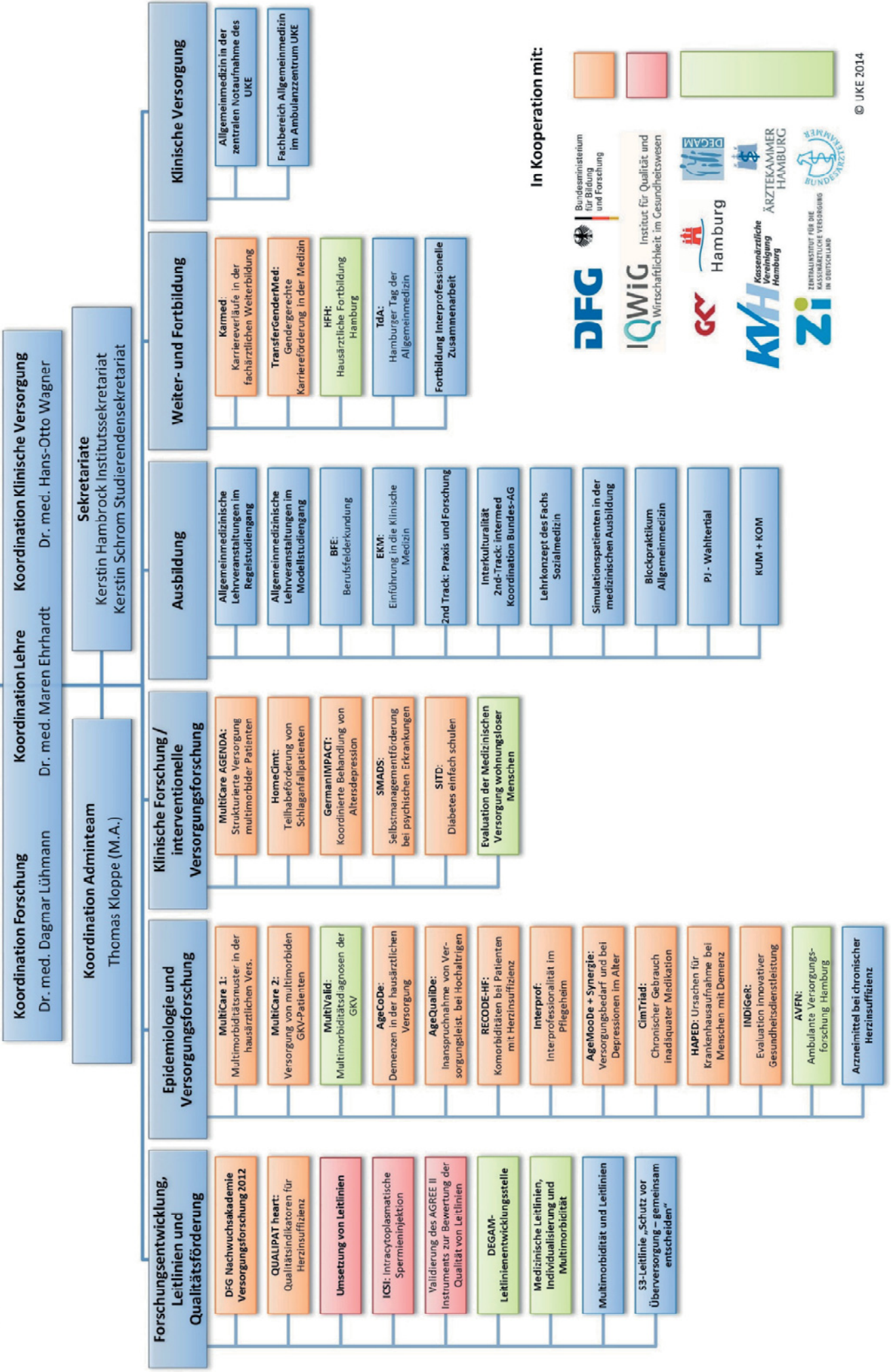
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin

Allgemeinmedizin am UKE



Unser Team am Institut für Allgemeinmedizin





Forschungsentwicklung, Leitlinien und Qualitätsförderung

DFG Nachwuchsakademie Versorgungsforschung 2012	1
Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung: Eine qualitative Analyse der Patientenbeteiligung am Beispiel von Herzinsuffizienz (QUALIPAT heart)	2
Umsetzung von Leitlinien – hinderliche und förderliche Faktoren	3
Spermiogrammparameter für eine Indikation zur Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) statt In-Vitro-Fertilisation (IVF)	4
Validierung des AGREE II Instruments zur Bewertung der Qualität von Leitlinien	5
S3-Leitlinie „Schutz vor Überversorgung – gemeinsam entscheiden“	6
Multimorbidität und Leitlinien	7
Medizinische Leitlinien, Individualisierung und Multimorbidität	8
DEGAM-Leitlinienentwicklungs- und Koordinierungsstelle	9

Epidemiologie und Versorgungsforschung

Der Zusammenhang zwischen Multimorbidität und chronischen Schmerzen in der hausärztlichen Versorgung (MultiCare Cohort Study)	10
Vielnutzung in der vertragsärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung – Eine Analyse auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten (MultiCare Claims Study)	11
Validität von Analysen auf der Basis von ICD-Diagnosen bei multimorbiden GKV-Versicherten im Alter von 65 bis 85 Jahren (MultiValid)	12
Gedächtnis im Alter: Früherkennung, natürlicher Verlauf und Versorgungsaufwand von Demenz in der hausärztlichen Versorgung (AgeCoDe)	13
Fortsetzung der Studie Gedächtnis im Alter: Bedarf, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, direkte Kosten und gesundheitsbezogene Lebensqualität (AgeQualiDe)	14
Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)	15
Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim (INTERPROF)	16
Depression im Alter: Versorgungsbedarf, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosten (AgeMooDe Studie)	17
Die Versorgung depressiver alter Menschen in Deutschland: Spielräume, Barrieren und Chancen für eine optimierte Behandlung (AgeMooDe + Synergie)	18

Kontextuelle Hintergründe des chronischen Gebrauchs von inadäquater Medikation bei älteren Menschen: Eine qualitative Studie mit Ärzten, Patienten und ihren Angehörigen (Cim-Triad)	19
Ursachen für Krankenhausaufnahmen bei Menschen mit Demenz - Qualitative Interviews mit Angehörigen von Demenzpatienten und Professionellen aus dem medizinischen Bereich (HAPED)	20
Innovative Netzwerke für Dienstleistung und Gesundheit in den Regionen von morgen (INDi-GeR)	21
Land- vs. Großstadtarzt: Regionale Variation in der hausärztlichen Versorgung (Ambulante Versorgungsforschung Nord – „AVFN“)	22
Arzneimittel bei chronischer Herzinsuffizienz in der Hausarztpraxis	23

Klinische Forschung / interventionelle Versorgungsforschung

MultiCare AGENDA - Narrative Gespräche und Medikamentenchecks in der hausärztlichen Praxis	24
Förderung der Teilhabe an Alltagsaktivitäten bei Schlaganfallpatienten durch modifizierte Constraint Induced Movement Therapy – eine cluster-randomisierte Interventionsstudie mit Therapiepraxen (HOMECIMT)	25
Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland (GermanIMPACT)	26
Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst, Depression und Somatoformen Störungen (SMADS)	27
Diabetes einfach schulen - Forschungsprojekt SITD	28
Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg	29
Besondere Veröffentlichungen	30
Auswahl abgeschlossener Forschungsprojekte	31

Ausbildung

Übersicht: Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im Regelstudiengang	33
Übersicht: Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im iMed Modellstudiengang	34
"Berufsfelderkundung (BFE) - Ein theoretisch fundierter und praxisorientierter Einblick in mögliche Berufsfelder angehender Mediziner/-innen"	35
Einführung in die klinische Medizin (EKM) – ein interdisziplinärer Untersuchungskurs	36
Entwicklung des Wahlfachs „Praxis Track“ für das Hamburger Reformcurriculum iMED	37
Second Track Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin (intermed)	38
Lehrkonzept des Fachs Sozialmedizin	39
Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung	40
KUMplusKOM - Outcome Evaluation	41

Weiter- und Fortbildung

Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed)	42
Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH) – Strukturiertes und interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte	43
Hamburger Tag der Allgemeinmedizin	44

Klinische Versorgung

Allgemeinmedizin in der zentralen Notaufnahme des UKE	45
Fachbereich Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum UKE	46

DFG Nachwuchsakademie Versorgungsforschung 2012

Martin Scherer, Dagmar Lühmann, Hanna Kaduszkiewicz¹, Heiner Raspe²

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

² Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Universität Lübeck

Hintergrund

Versorgungsforschung gewinnt zunehmend an Bedeutung, nicht zuletzt weil der Problemdruck im Versorgungssystem zunimmt. Versorgungsforschungsprojekte in Deutschland verfügen allerdings häufig noch nicht über ein sicheres Fundament – wohl auch, weil die Weiterentwicklung der theoretischen Begriffe, Konzepte und Modelle sowie der Methodologie zu einem bislang unzureichend entwickelten Forschungsbereich gehörte. Dies führt dazu, dass trotz Fördermöglichkeiten relevante Fragestellungen nicht bearbeitet werden, weil es akademischen Einrichtungen an geeigneten jüngeren Wissenschaftler/innen fehlt.

Vor diesem Hintergrund fördert die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) die 2. Nachwuchsakademie Versorgungsforschung. Die Präsenzphase im Frühjahr 2012 und das Alumnitreffen im Winter 2013 fanden in Hamburg statt.



Zielsetzung

Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler verschiedener Disziplinen, die sich mit Fragen der Versorgungsforschung beschäftigen, sollen in einem frühen Stadium ihrer Karriere gefördert werden. Die Akademie bietet die Gelegenheit, einen Überblick über das weite Spektrum der Versorgungsforschung zu erhalten, eine eigene Studienidee weiter zu entwickeln, Fallstricke und Unzulänglichkeiten in Forschungsanträgen und im Design von Versorgungsstudien zu erkennen und schließlich die versorgungswissenschaftlich ausgerichtete Entwicklung voranzubringen.

Ablauf der Nachwuchsakademie

Eine positiv begutachtete Projektskizze war Voraussetzung für die Einladung zur Nachwuchsakademie.

Die **erste Phase** bildete eine Akademie, die vom 27. 02. bis zum 02. 03. 2012 in Hamburg stattfand. 20 Teilnehmende stellten dort ihre Projektideen vor und erhielten Gelegenheit, diese mit renommierten Experten zu diskutieren und in Kleingruppen weiter zu entwickeln. Ergänzende Einblicke in den aktuellen Stand der Versorgungsforschung wurden von den Experten in Vorträgen und Diskussionen geboten.

Den Teilnehmenden der ersten Phase wurde angeboten, in einer **zweiten Phase**, bis zum 15.07.2012 ihre selbstständig ausgearbeiteten Projektskizzen für eine Anschubfinanzierung bei der DFG einzureichen.

Diese sollte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Lage versetzen, zu einem späteren Zeitpunkt und aufbauend auf den Vorarbeiten, Vollarträge im Normalverfahren der DFG einzureichen.

Von 16 eingereichten Projektanträgen werden 9 gefördert. Weitere Antragsteller haben die Möglichkeit, ihren Projektantrag nach Umsetzung der Gutachterkommentare wieder einzureichen.

Den Abschluss der Akademie bildete im Dezember 2013 ein **Alumnitreffen** mit Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch, Feedback und praktischen Tipps zur Projektarbeit.

Förderer Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)

Laufzeit 2012 bis 2014

Ansprechpartner Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung: Eine qualitative Analyse der Patientenbeteiligung am Beispiel von Herzinsuffizienz (QUALIPAT heart)

Eva Blozik, Nadine Pohontsch, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Für den Einbezug der Patientenperspektive in die Entwicklung von Qualitätsindikatoren (QI) existiert bisher noch kein methodischer Goldstandard. In diesem qualitativen Projekt wird untersucht, wie Patienten an der Entwicklung und Anwendung von QI im deutschen Gesundheitswesen beteiligt werden und damit dazu beitragen, methodische Standards zu schaffen.

Auf der Basis eines QI-Sets, das im Rahmen der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Herzinsuffizienz entwickelt wurde, soll mit Hilfe qualitativer Methoden untersucht werden, ob die aktuell in Deutschland verwendeten QI patientenrelevante Aspekte abbilden und wie die Wahrnehmung der Patientenbeteiligung aus Sicht von Patienten und Experten ist.

Design und Methodik

Arbeitspaket 1: Einzelinterviews mit Herzinsuffizienzpatienten

Arbeitspaket 2: Gruppendiskussionen mit Herzsportgruppen

Arbeitspaket 3: Telefoninterviews mit den an der QI-Entwicklung beteiligten Experten

Synthese der qualitativen Ergebnisse aus den Arbeitspaketen

Ergebnisse

Arbeitspaket 1, 2 und 3: Es zeigt sich eine große Diskrepanz zwischen den aus den starken Empfehlungen abgeleiteten und aus Patienten- bzw. Expertensicht für Patienten relevanten Indikatoren. Als patientenrelevante Qualitätsindikatoren, die nicht in der NVL enthalten sind, wurden z.B. die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion und Beratung, die Kommunikation und Kooperation zwischen Fachdisziplinen, und die Integration der Angehörigen in die Behandlung, genannt.

Arbeitspaket 3: Die Patientenbeteiligung an der QI-Entwicklung wurde von den meisten Befragten als unverzichtbarer Wert an sich wahrgenommen. Die Legitimation der Patientenvertreter sei durch die Entsendung aus den Selbsthilfeorganisationen gegeben. Alle Beteiligten berichteten von einer positiven Zusammenarbeit.

Der Stakeholder-Workshop wurde im Januar 2014 erfolgreich durchgeführt.

Geplante Ergebnisverwertung

Es entstehen einzelne Fachpublikationen zu allen drei Arbeitspaketen und dem Stakeholder-Workshop. Außerdem werden weitere Analysen der Daten aus den drei Arbeitspaketen vorgenommen und in einer weiteren Fachpublikation trianguliert.

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Februar 2012 bis November 2014

Partner

Universität Heidelberg, Hochschule Neubrandenburg

Ansprechpartner

Eva Blozik, e.blozik@uke.de, Nadine Pohontsch, n.pohontsch@uke.de



Umsetzung von Leitlinien – hinderliche und förderliche Faktoren

Stefanie Butz, Astrid Althaus, Cathleen Muche-Borowski,
Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer sowie Patientinnen und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen, mit dem Ziel, die Patientenversorgung zu verbessern (Institute of Medicine, IOM).

Die erfolgreiche Umsetzung einer Leitlinie in die Praxis wird durch verschiedene hinderliche („Barrieren“) und / oder förderliche Faktoren beeinflusst, die sich stark zwischen unterschiedlichen Settings, Patienten- oder Behandlergruppen sowie klinischen Aufgaben unterscheiden. Weiterhin scheint der Umsetzungserfolg einer Leitlinie umso wahrscheinlicher, je mehr die Maßnahmen zur Umsetzung auf zuvor identifizierte Barrieren („tailored interventions“) zugeschnitten sind.

Ziel des Projekts ist die Erstellung einer systematischen Übersicht (Rapid Report) zu hinderlichen und förderlichen Faktoren für eine Umsetzung von Leitlinien.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung des beschriebenen Rapid Report beauftragt. Die oben genannte Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin ist in der Rolle des externen Sachverständigen in das Projekt eingebunden (IQWiG-Projektnummer: V12-04).

Design und Methodik

Die Untersuchung wird als systematische Literaturübersicht durchgeführt und gliedert sich in drei Arbeitsschritte:

- 1) Systematische Recherche und Auswahl relevanter Übersichtsartikel und kontrollierter Studien.
- 2) Bewertung der Informationen der eingeschlossenen systematischen Übersichten und Originalarbeiten.
- 3) Extraktion und Synthese relevanter Informationen.

Erwartete Ergebnisse

Auf Grundlage der zu erstellenden systematischen Übersicht sollen Vorschläge für eine bessere Umsetzung von Leitlinien im deutschen Gesundheitssystem entwickelt werden.

Geplante Ergebnisverwertung

Der Rapid Report wird 4 Wochen nach Übermittlung der endgültigen Fassung an das BMG im Internet veröffentlicht. Die Publikation der Hauptergebnisse in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift erfolgt im Anschluss.

Auftraggeber IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

Laufzeit 2013 bis 2014

Partner IQWiG, Ressort Versorgungsqualität

Ansprechpartner Stefanie Butz, s.butz@uke.de



Spermiogrammparameter für eine Indikation zur Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) statt In-Vitro-Fertilisation (IVF)

Eva Blozik, Hans-Hermann Dubben, Martin Scherer, Dagmar Lühmann

Hintergründe und Ziele

In der Richtlinie des G-BA zur künstlichen Befruchtung werden die Voraussetzungen für die Durchführung der IVF und der ICSI im Rahmen der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt.

Zur Vorbereitung der Aktualisierung der genannten Richtlinie soll im Rahmen des Projektes eine vergleichende Nutzenbewertung der Verfahren ICSI und IVF in Abhängigkeit von Spermiogrammparametern bzw. nach vorangegangenem Fertilisationsversagen vorgenommen werden.

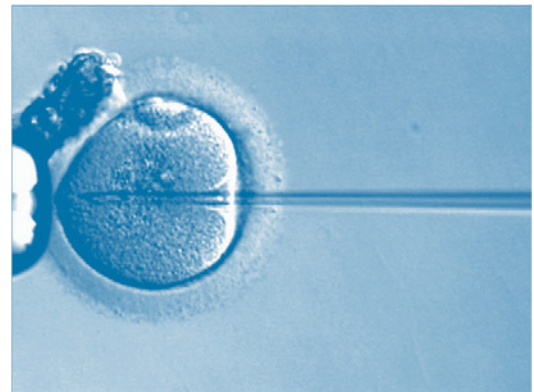
Zielgruppe sind Paare mit ungewollter Kinderlosigkeit, zu den interessierenden patientenrelevanten Endpunkten gehören Lebendgeburten sowie Mortalität und Morbidität von Eltern und Kindern.

Weiterhin soll untersucht werden, wie aussagekräftig der Endpunkt „Fertilisationsrate“ im Hinblick auf die Prädiktion von patientenrelevanten Endpunkten ist.

Design und Methodik

Die Nutzenbewertung erfolgt in einer systematischen Literaturübersicht nach den methodischen Vorgaben des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) [1].

Die Validierung des Surrogatparameters „Fertilisationsrate“ soll mithilfe von Korrelationsanalysen aus dem gleichen Studienpool vorgenommen werden [2].



Erwartete Ergebnisse

Sollte die Validierung des Surrogatparameters „Fertilisationsrate“ gelingen, ist mit einer quantitativ deutlich besseren Evidenzlage zu rechnen, als bei alleinigem Einschluss von Studien, die die vordefinierten patientenrelevanten Endpunkte betrachten.

Referenzen

1. IQWiG: Allgemeine Methoden 4.0 (2011) [www.IQWiG.de]
2. IQWiG: Aussagekraft von Surrogatendpunkten in der Onkologie (2011) [www.IQWiG.de]

Auftraggeber IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

Laufzeit März 2013 bis September 2014

Publikationen Berichtsplan: www.IQWiG.de

Partner IQWiG, Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren

Ansprechpartner Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

Validierung des AGREE II Instruments zur Bewertung der Qualität von Leitlinien

Stefanie Butz, Cathleen Muche-Borowski, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Instrumente zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien versuchen, die Qualität von Leitlinien abzubilden.

Das Appraisal-of-Guidelines-for-Research-&-Evaluation (AGREE)-Instrument in der zweiten Auflage ist das international am häufigsten verwendete Leitlinienbewertungsinstrument. Für das AGREE-II-Instrument wurden sowohl die Interraterreliabilität, die Konstruktvalidität als auch die Anschauungsvalidität (Face validity) geprüft.

Ziel der aktuellen Projektes ist es zu prüfen, ob durch das AGREE-II-Instrument diejenigen Leitlinien identifiziert werden können, mit denen eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden kann.

Design und Methodik

Die Projektbearbeitung erfolgt auf der Grundlage von Leitlinienimplementierungsstudien und den in ihnen verwendeten Leitliniendokumenten. Anhand der Ergebnisse der Implementierungsstudien werden zwei Leitlinienpools generiert: solche Leitlinien, die auf Prozess- bzw. Ergebnisebene Verbesserung der Versorgung im intendierten Sinne erreichen konnten und solchen Leitlinien, die keine Erfolge im intendierten Sinne erzielten. Beide Leitlinienpools werden mit dem AGREE-II-Instrument bewertet.

In der anschließenden Auswertung wird überprüft, ob Zusammenhänge zwischen Leitlinienerfolg und AGREE-II Bewertungsergebnissen bestehen.



Erwartete Ergebnisse

Es wird erwartet, dass Leitlinien mit einer positiven AGREE-Bewertung mit Veränderungen der Versorgung im intendierten Sinn assoziiert sind.

Geplante Ergebnisverwertung

Geplant sind Publikationen in einschlägigen Fachzeitschriften sowie Vorstellung der Projektergebnisse auf einschlägigen Fachtagungen (Jahrestagung DNEbM, G-I-N-Kongress).

Auftraggeber IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

Laufzeit 2014/2015

Partner IQWiG, Ressort Versorgungsqualität

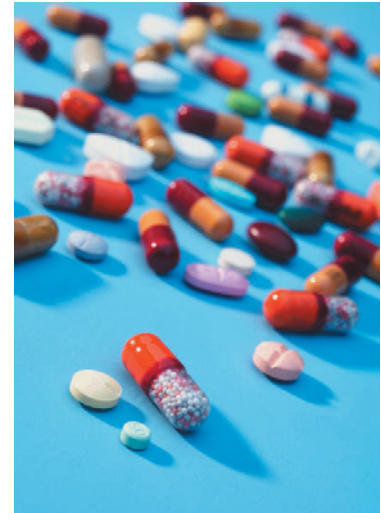
Ansprechpartner Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

S3-Leitlinie „Schutz vor Überversorgung – gemeinsam entscheiden“

Cathleen Muche-Borowski, Hans-Hermann Dubben, Martin Scherer

Hintergrund und Ziele

In der DEGAM-Fachdefinition heißt es: „Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt.“ Der Schutz vor Überversorgung, das bedachtsame Abwägen der Nutzen-Kosten- sowie der Nutzen-Risiko-Relation steht seit Jahren im Fokus der DEGAM-Arbeit und wird seit Jahren in Positionspapieren, Stellungnahmen, in DEGAM-Leitlinien, NVLs, interdisziplinären S3 – Leitlinien sowie nicht zuletzt in einem pharmafreien Wissensmanagement (DEGAM-Fortbildungsformate, Tage der Allgemeinmedizin, DEGAM-Kongresse, etc.) konsequent vertreten. Diese stark an der evidenzbasierten Medizin orientierte DEGAM-Grundhaltung ist bislang weder gebündelt noch im Sinne praxisnaher Statements operationalisiert worden.



Die US-amerikanische Initiative Choosing-Wisely hat eindrucksvoll demonstriert, wie Negativempfehlungen öffentlichkeitswirksam verbreitet werden können. Die Diskussion innerhalb des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin zeigte, dass dieses Wissen in deutschen Leitlinien sehr viel besser aufgearbeitet sein sollte. Bislang fehlt jedoch eine konzise und übersichtliche Zusammenstellung sowie Priorisierung der wichtigsten überflüssigen Maßnahmen und Negativempfehlungen für den hausärztlichen Bereich. Die geplante Leitlinie kann hier eine wichtige Lücke schließen.

Methodik

Angelehnt an den 10-Stufen-Plan der DEGAM und den methodischen Anforderungen an S3-Leitlinien wird in einem ersten Schritt systematisch nach Versorgungsforschungsstudien zu Versorgungsproblemen recherchiert. Anschließend werden aus den DEGAM-S3-Leitlinien alle Negativ-Empfehlungen extrahiert, die dann unter Berücksichtigung der Befragung von Mandatsträgern und Paten zu Problemen der Überversorgung im hausärztlichen Bereich mit Mitgliedern der Ständigen Leitlinienkommission (SLK) priorisiert werden. Zu den Empfehlungen, bei denen aus dem Hintergrundtext ersichtlich ist, dass eine Nachrecherche erforderlich ist, wird eine systematische Primärliteraturrecherche zur Aktualisierung durchgeführt.

Vorläufige Ergebnisse und weiteres Vorgehen

Die Ergebnisse bzw. die Handlungsempfehlungen werden nach folgenden Kategorien aufbereitet:

- Screening/Früherkennung
- Diagnostik
- Monitoring
- Therapie

Der formale Konsensprozess erfolgt mit den Adressaten der Leitlinie und Public Health orientierten Fachgesellschaften (z.B. DNEbM) und mit den beteiligten Fachgesellschaften der interdisziplinären DEGAM-Leitlinien, bei denen es durch Aktualisierung zu Änderungen von Empfehlungen kommt.

Laufzeit

ab 2014

Ansprechpartnerin

Cathleen Muche-Borowski, c.borowski@uke.de

Multimorbidität und Leitlinien

Cathleen Muche-Borowski, Dagmar Lühmann, Hans-Otto Wagner, Heike Hansen, Ingmar Schäfer, Hendrik van den Bussche, Martin Scherer

Hintergrund und Ziele

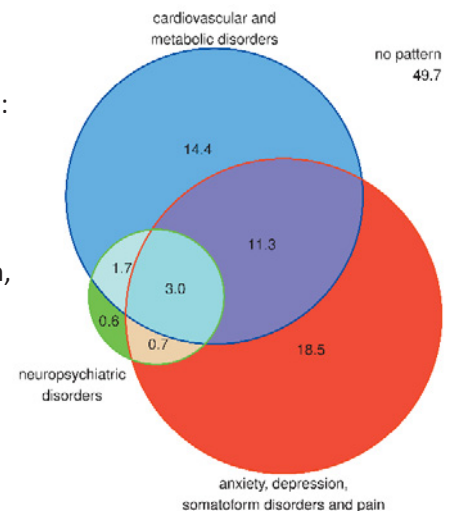
Multimorbidität mit ihren komplexen Versorgungsbedarfen nimmt stetig zu, vor allem bei älteren Menschen. Aber gerade für die Versorgung dieser Patientengruppe existieren keine evidenzbasierten Leitlinien. In Leitlinien zur Versorgung von einzelnen Erkrankungen wird Multimorbidität nicht ausreichend berücksichtigt, die Anwendung aller in Frage kommenden Einzelleitlinien kommt wegen der Vielzahl der Empfehlungen mit ihren Interaktionen und Inkompatibilitäten ebenfalls nicht in Frage.

Im Projekt wird versucht, für fiktive Patienten mit bekannten Multimorbiditätsmustern (Fallvignetten) Einzelfallempfehlungen (N=1 Guideline) zu generieren. Grundlage hierfür bilden die Empfehlungen von Einzelleitlinien, die vor dem Hintergrund von Experten- und Patientenvoten priorisiert und hierarchisiert werden. Aus der Bearbeitung von 10 Fallvignetten soll schließlich ein Meta-Algorithmus zum Management von multimorbiden Personen abgeleitet werden.

Methodik

In einem 4-Stufen-Plan soll sich dem fallbasierten Ansatz genähert werden:

- Stufe 1: Charakterisierung der häufigsten Multimorbiditätsmuster
- Stufe 2: Erstellung von Fallvignetten durch interdisziplinäre Fokusgruppe
- Stufe 3: Erarbeitung von Behandlungsempfehlungen für die Fallvignetten, basierend auf den Empfehlungen evidenzbasierte Konsensleitlinien sowie den Ergebnissen von Patienten- und Experten-konsultationen.
- Stufe 4: Konsentierung der Behandlungsempfehlungen und Ableitung des Meta-Algorithmus



Vorläufige Ergebnisse und weiteres Vorgehen

Über die Identifikation von Mustern, bestehend aus kardiovaskulären und metabolischen Erkrankungen (**Muster 1**), Angst, Depression, somatoformen Störungen und schmerzbezogener Morbidität (**Muster 2**) und neuropsychiatrische Krankheitsbilder (**Muster 3**) konnten 10 Fallvignetten in einem Workshop mit einer interdisziplinären Fokusgruppe erarbeitet werden. Für diese Fälle wurden evidenzbasierte Empfehlungen für die beschriebenen Diagnose extrahiert und in Form einer zusammenfassenden Darstellung (Epikrise mit extrahierten Leitlinienempfehlungen) erarbeitet. Diese Darstellung wurde mit klinischen Experten hinsichtlich des weiteren Vorgehens (Abwenden gefährlicher Verläufe, notwendige Diagnostik und therapeutische Interventionen und Berücksichtigung sozialer Faktoren) diskutiert. Unter Berücksichtigung der Epikrise, der Leitlinienempfehlungen und der Expertenantworten wurden mit dem institutsinternen Expertenpanel im ersten Schritt für jeden Fall in Abhängigkeit vom Beratungsanlass ein Algorithmus erstellt und im zweiten Schritt aus diesen Algorithmen ein Meta-Algorithmus zur Führung und zum Umgang dieser Personen erarbeitet. In der weiteren Bearbeitung ist die Erfassung der Patientenpräferenzen mittels Befragung bzw. Interviews geplant.

Der Projektverlauf wurde 2013 und 2014 auf den Jahrestagungen des Guideline International Network (G-I-N) in San Francisco und Melbourne vorgestellt und diskutiert.

Laufzeit ab 2013

Ansprechpartnerin Cathleen Muche-Borowski, c.borowski@uke.de

Medizinische Leitlinien, Individualisierung und Multimorbidität

Eva Blozik, Hans-Hermann Dubben, Hans-Otto Wagner, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Auf Einzelerkrankungen fokussierende Leitlinien (LL) können bei multimorbiden Patienten zu unerwünschten Wirkungen sowie zu widersprüchlichen Behandlungsstrategien und Polypharmazie führen. Diese Studie untersucht, inwieweit Komorbidität in einer Auswahl deutscher Leitlinien berücksichtigt wird und ob sich zwei epidemiologische Ansätze zur Beschreibung von Multimorbidität (Krankheitskombinationen bzw. Multimorbiditätsmuster) eignen, um Multimorbidität in LL systematisch zu integrieren.

Design und Methodik

Basierend auf einer aus 30 Komorbiditäten bestehenden Matrix wurden die aktuellen deutschen LL für Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, chronisch obstruktive Lungenerkrankung bzw. Asthma, Koxarthrose, Kreuzschmerz und Osteoporose auf ihre Nennungen von Komorbiditäten untersucht. Die Auswahl dieser so genannten Indexerkrankungen orientierte sich an einem von Cynthia Boyd und Mitarbeitern 2005 publizierten hypothetischen Fall einer multimorbiden Patientin. Die Nennung von Komorbiditäten in den Leitlinien wurde dann mit den epidemiologischen Ansätzen der Krankheitskombinationen bzw. Multimorbiditätsmuster abgeglichen. Basierend auf der Komorbiditätsmatrix schätzten zudem 36 in der Versorgung multimorbider Patienten tätige Ärzte ein, ob sie sich eine explizite Empfehlung zur jeweiligen Komorbidität in der Leitlinie wünschen würden.



Ergebnisse

Die Zahl der Nennungen von Komorbiditäten für die untersuchten 8 Indexerkrankungen war sehr unterschiedlich und reichte von 0 bis zu mehr als 10 Komorbiditäten. Der Anteil der in den LL genannten Komorbiditäten, für die von den Befragten eine LL-Empfehlung gewünscht wurde, variierte erheblich (0-62%), Übereinstimmungen konzentrierten sich auf kardiovaskulär-metabolische Komorbiditäten. Mit dem Krankheitskombinationsansatz konnten zwischen 0 und 3 als relevant eingestufte Erkrankungen identifiziert werden. Mit dem Modell der Multimorbiditätsmuster lässt sich prinzipiell bestimmen, welche Komorbidität der Indexerkrankung thematisch sehr ähnlich ist oder einem anderen interagierenden Themenbereich angehört.

Schlussfolgerungen

Um eine einheitlichere Berücksichtigung von Komorbiditäten in LL zu erreichen, ist methodische Hilfestellung notwendig. Die derzeit existierenden epidemiologischen Konzepte der Krankheitskombinationen bzw. der Multimorbiditätsmuster können allerdings nicht ohne erhebliche Limitationen in der bestehenden Form eingesetzt werden. Die Einschätzung von in die Behandlung multimorbider Personen involvierter Ärzte sollte systematisch in entsprechende Weiterentwicklungen einbezogen werden.

Referenzen

1. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005;294:716–24.
2. Blozik E, Dubben HH, Wagner HO, Scherer M. Komorbidität in Leitlinien: Ist-Zustand, epidemiologische Modelle und Expertenmeinung im Vergleich. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFO) 2014; 108: 219–228.

Förderer

Bundesärztekammer

Laufzeit

Januar 2013 bis Januar 2014

Ansprechpartnerin

Eva Blozik, e.blozik@uke.de



DEGAM-Leitlinienentwicklungs- und Koordinierungsstelle

Cathleen Muche-Borowski, Anne Barzel, Martin Scherer



Zusammenfassung

Die DEGAM-Leitlinienentwicklungs- und Koordinierungsstelle stellt neben der DEGAM-Geschäftsstelle und der DEGAM-Bundesgeschäftsstelle (Uni Frankfurt) eine Anlaufadresse für Leitlinienautoren und Leitlinieninteressierte dar (www.degam.de).

Hintergründe und Ziele

Mit der Erstellung hausärztlicher Leitlinien (LL) ist die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wegbereitend für die Verbreitung und Implementierung evidenzbasierter Medizin in Hausarztpraxen. Die DEGAM befördert die Erstellung von Leitlinien hoher methodischer Qualität ebenso wie von S1-Handlungsempfehlungen zu prioritären hausärztlichen Themen. Weiterhin bringt sie sich ein in die Erarbeitung von fachübergreifenden, interdisziplinären Leitlinien.

Von der Leitlinienentwicklungsstelle erhalten LL-Autoren methodische Unterstützung, die Koordinierungsstelle unterstützt die Autoren bei der Organisation ihrer LL-Projekte.

Methodik

Ein Schwerpunkt der Arbeit der Leitlinienentwicklungsstelle besteht darin, LL-Autoren bei der (systematischen) Literaturrecherche in relevanten Datenbanken und bei der Erstellung von Textentwürfen nach dem 10-Stufen-Plan der DEGAM zu unterstützen. Weiterhin werden LL-Autoren für anstehende DEGAM-LL-Projekte und DEGAM-Vertreter für fachübergreifende, interdisziplinäre LL-Projekte rekrutiert. Sitzungen der Ständige LL-Kommission (SLK) werden mitgestaltet. Organisatorische Aspekte wie Dokumentation, Koordination und Kommunikation werden von der Koordinierungsstelle umgesetzt.

Ergebnisse und Ausblick

Über die Überarbeitung bestehender LL und die Erarbeitung von S1-Handlungsempfehlungen konnte ein besonders hoher Anteil niedergelassener Allgemeinärzte an die Leitlinienarbeit herangeführt und neu in die Leitlinienautorenschaft einbezogen werden. Von der Leitlinienentwicklungsstelle werden in Zukunft regelmäßig Methodik-Workshops für DEGAM-Leitlinienautoren sowie individuelle Beratungsgespräche angeboten werden, deren Ziel es sein wird, methodische Kenntnisse der Leitlinienerstellung zu vermitteln.

Veröffentlichungen

- Muche-Borowski C, Kopp I. Wie eine Leitlinie entsteht. Z Herz- Thorax- Gefäßchir 2011; 25:217–223.
- Hänsel M, Scherer M. Warum Leitlinien? Praxishilfen von Hausärzten für Hausärzte. Der Hausarzt 2011; 1:30-32.

Förderer

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Ansprechpartner

Entwicklungsstelle: Cathleen Muche-Borowski, c.borowski@uke.de
Koordinierungsstelle: Anne Barzel, a.barzel@uke.de

Fertiggestellte Leitlinien

- [Nr. 1 Brennen beim Wasserlassen](#)
- [Nr. 2 Müdigkeit](#)
- [Nr. 3 Kreuzschmerzen](#)
- [Nr. 4 Ältere Sturzpazienten](#)
- [Nr. 5 Harninkontinenz](#)
- [Nr. 6 Pflegende Angehörige](#)
- [Nr. 7 Ohrenschmerzen](#)
- [Nr. 8 Schlaganfall](#)
- [Nr. 9 Herzinsuffizienz](#)
- [Nr. 10 Rhinosinusitis](#)
- [Nr. 11 Husten](#)
- [Nr. 12 Demenz](#)
- [Nr. 13 Nackenschmerzen](#)
- [Nr. 14 Halsschmerzen](#)
- [Nr. 15 Brustschmerz](#)
- [DEGAM-Kurzversion der DGP-Leitlinie zum Ulcus cruris venosum](#)
- [Patienteninformationen zur Vorbeugung von Herzinfarkt und Schlaganfall](#)
- [Patienteninformation zum Gebärmutterhalskrebs](#)
- [DEGAM-Anwenderversion NVL_DM Therapieplanung](#)

<http://leitlinien.degam.de/>

053-026	ETHEC / FRUS	S1	10.06.2011	10.06.2016
053-027	Bridging	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-028	Hämaturie, Nicht-sichtbare	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-030	Durchfall, akut	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-031	Antikoagulantien, Neue orale	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-032a	Gicht: Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht in der hausärztlichen Versorgung	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-032b	Gicht: Akute Gicht in der hausärztlichen Versorgung	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-033	Umgang mit Entlassmedikation	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-034a	MRSA – eine Handreichung für Hausärzte Teil 1: Diagnostik	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-034b	MRSA – eine Handreichung für Hausärzte Teil 2: Therapie / Steuerung	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-034c	MRSA – eine Handreichung für Hausärzte Teil 3: Altenpflegeheime	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-036	Chronischer Schmerz	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-037	Medikamentenmonitoring	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-038	Hausärztliche Beratung "Ganz am Ende des Lebens" unter Berücksichtigung der rechtlichen Aspekte	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-040	PSA-Screening, Hausärztliche Beratung	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-041	Duale Plättchenhemmung - Neue Thrombozyten-Aggregationshemmer	S1	30.09.2013	30.09.2018

<http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

Der Zusammenhang zwischen Multimorbidität und chronischen Schmerzen in der hausärztlichen Versorgung (MultiCare Cohort Study)

Ingmar Schäfer¹, Heike Hansen¹, Gerhard Schön²,
Hendrik van den Bussche¹, Martin Scherer¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergründe und Ziele

Multimorbidität ist hochprävalent und mit schweren Folgen wie Mortalität, Hospitalisierung und funktionalen Einschränkungen assoziiert. Bei etwa jedem sechsten Patienten in Deutschland wird vermutet, dass er unter chronischen Schmerzen leidet. Der Zusammenhang zwischen Multimorbidität und chronischen Schmerzen wurde bislang kaum beforscht. Da es sich bei Multimorbidität um ein komplexes Geschehen handelt und fast unbegrenzt viele Kombinationen aus chronischen Krankheiten existieren, sollen in einem ersten Schritt die Krankheitskombinationen identifiziert werden, die am häufigsten mit chronischen Schmerzen einhergehen.

Design und Methodik

3.189 Patienten im Alter von 65 bis 85 Jahren mit mindestens 3 chronischen Erkrankungen wurden in 158 Hausarztpraxen in 8 Studienzentren rekrutiert. Die Daten stammen aus Patienten- und Hausarzt-Interviews. Der Zusammenhang zwischen Multimorbidität und Schmerz wurde mit CART-Analysen untersucht, bei denen mit Hilfe von Entscheidungs-bäumen Krankheitskombinationen mit erhöhter Schmerzprävalenz identifiziert werden können.

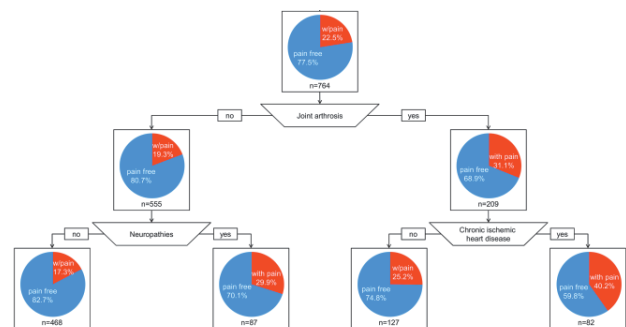


Abb.: Entscheidungsbaum bei Männern (Ausschnitt)

Ergebnisse

Multimorbide Frauen gaben zu 45% an, unter chronischen Schmerzen zu leiden. Multimorbide Männer taten dies lediglich zu 29%. Die Krankheiten mit der höchsten Schmerzhäufigkeit waren bei beiden Geschlechtern chronische Rückenleiden (Frauen: 49%, Männer: 38%). Bei Frauen fanden sich chronische Schmerzen vor allem bei Kombinationen aus Rückenleiden und chronischer Gastritis (63%), Gicht (60%), Herzinsuffizienz (58%) oder Neuropathien (55%). Bei Männern waren vor allem die Kombinationen aus Rückenleiden mit Darmdivertikeln (49%), Neuropathien (46%) oder koronarer Herzkrankheit (38%) mit einer erhöhten Prävalenz von chronischen Schmerzen verbunden.

Veröffentlichungen

- Schäfer I et al. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the MultiCare Cohort Study. BMC Health Serv Res 2012; 12:89.

Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
Laufzeit Januar 2008 bis Juni 2015
Ansprechpartner Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Vielnutzung in der vertragsärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung - Eine Analyse auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten - (MultiCare Claims Study)

Hendrik van den Bussche, Hanna Kaduszkiewicz¹, Detlef Niemann,
Ingmar Schäfer, Daniela Koller², Heike Hansen, Martin Scherer,
Karl Wegscheider³, Gerhard Schön³

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

² Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

³ Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, UKE



Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Studie werden die Daten multimorbider Versicherter der Gmünder ErsatzKasse (GEK) analysiert, um erstmalig Art und Umfang der Vielnutzung der vertragsärztlichen Versorgung in der älteren Bevölkerung zu untersuchen. (MultiCare Claims Study)

Hintergründe und Ziele des Projekts

Das Phänomen der Vielnutzung ärztlicher Leistungen ist politisch sehr umstritten, wissenschaftlich jedoch kaum erforscht. Ziel dieser Studie ist die Untersuchung von Art und Umfang der Vielnutzung der vertragsärztlichen Versorgung in der älteren Bevölkerung, um Erkenntnisse bezüglich ihrer Ursachen und Folgen zu gewinnen.

Fragestellungen

In welchem Umfang gibt es in der älteren Bevölkerung weit überdurchschnittliche Inanspruchnahme-frequenzen in der vertragsärztlichen Versorgung? Lassen sich unterschiedliche Formen der Vielnutzung der vertragsärztlichen Versorgung identifizieren?

Methodik

Analyse des Datensatzes 2004 der GEK. Untersuchung der Vielnutzung auf der Basis der Zahl der Kontakte mit Vertragsarztpraxen und der Zahl der verschiedenen kontaktierten Praxen. Unterschieden werden 3 Typen:

- Typ A: Personen mit ≥ 50 Praxiskontakten pro Jahr.
- Typ B: Personen, die mit ≥ 10 unterschiedlichen Praxen einen oder mehrere Kontakte hatten.
- Typ C: Personen, die mit ≥ 3 Praxen der gleichen Fachrichtung einen oder mehrere Kontakte hatten.

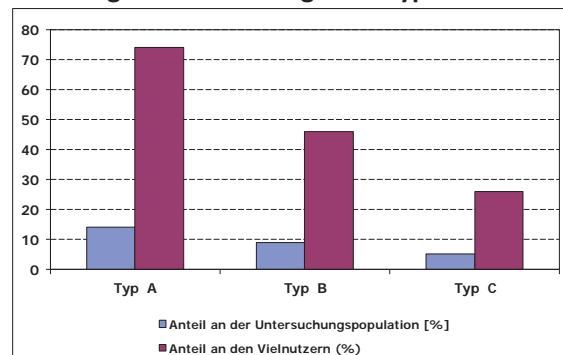
Ergebnisse

19% der Älteren sind Vielnutzer, was einer Zahl von ca. 3,5 Mio. Versicherten entspricht. Zwei Haupttypen wurden gefunden: Ein Typ (A) mit sehr vielen Praxiskontakten ist typisch für sehr alte multimorbide und relativ häufig pflegebedürftige Menschen. Der andere Typ (B+C) ist primär jünger, nicht multimorbid bzw. nicht pflegebedürftig und durch die Inanspruchnahme sehr vieler Ärzte, häufig auch der gleichen Fachdisziplin, gekennzeichnet.

Veröffentlichungen

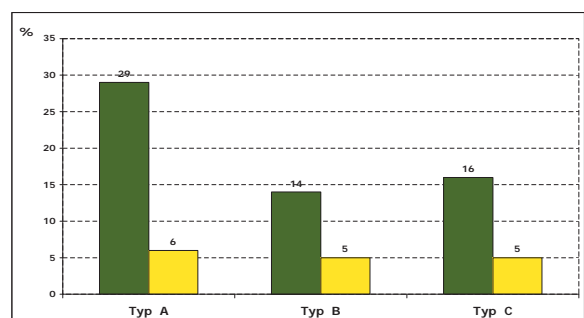
1. van den Bussche H. et al. Umfang und Typologie der Häufignutzung in der vertragsärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung - Eine Analyse auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten. ZEFQ 107; 2013; 435-441
2. van den Bussche H. et al. Mit welchen chronischen Krankheiten ist eine Häufignutzung der vertragsärztlichen Versorgung in der älteren Bevölkerung assoziiert? ZEFQ 107; 2013; 442-450

Umfang der Vielnutzung nach Typen



(Mehrfachzuordnungen möglich)

Anteil Pflegebedürftiger (grün) und Median der chronischen Krankheiten (gelb)



Validität von Analysen auf der Basis von ICD-Diagnosen bei multimorbiden GKV-Versicherten im Alter von 65 bis 85 Jahren (MultiValid)

Gerhard Schön¹, Karl Wegscheider¹, Martin Scherer², Hendrik van den Bussche²

¹ Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, UKE

² Institut für Allgemeinmedizin, UKE

Zielsetzung und Fragestellung

In diesem einjährigen Projekt sollen vier Datenquellen, die Diagnoseinformationen bezüglich vertragsärztlich versorgter älterer multimorbider Patienten enthalten, miteinander verglichen werden. Dabei wird nicht eine Datei zum Goldstandard erhoben, vielmehr gehen alle vier zunächst als gleichberechtigt in die Analyse ein. Der Vergleich umfasst folgende Fragestellungen:

- Inwiefern stimmen die vier Datenquellen bezüglich der Prävalenz von chronischen Krankheiten und Krankheitskombinationen (nicht) überein?
- In welchen Bereichen/Dimensionen (Diagnosen, Beschwerden, Symptome, Geschlecht, Altersgruppe, Region gemäß PLZ) ergeben sich die größten Unterschiede zwischen den Datenquellen?
- Wie lassen sich die gefundenen Unterschiede erklären bzw. welche weiteren Untersuchungsschritte sind erforderlich, um gefundene Unterschiede erklären zu können?
- Durch welche Erhebungen können Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung routinemäßig sinnvoll ergänzt werden?
- Am Ende der Untersuchung soll eine vergleichende Bewertung der Brauchbarkeit der einzelnen Datenquellen für die Dokumentation bestimmter Teilaspekte stehen.

Datenbasis

A: MultiCare 2

Vertragsärztliche Abrechnungsdaten der Barmer GEK 2009

B: MultiCare 1

Primärdaten aus einer Beobachtungsstudie in Hausarztpraxen

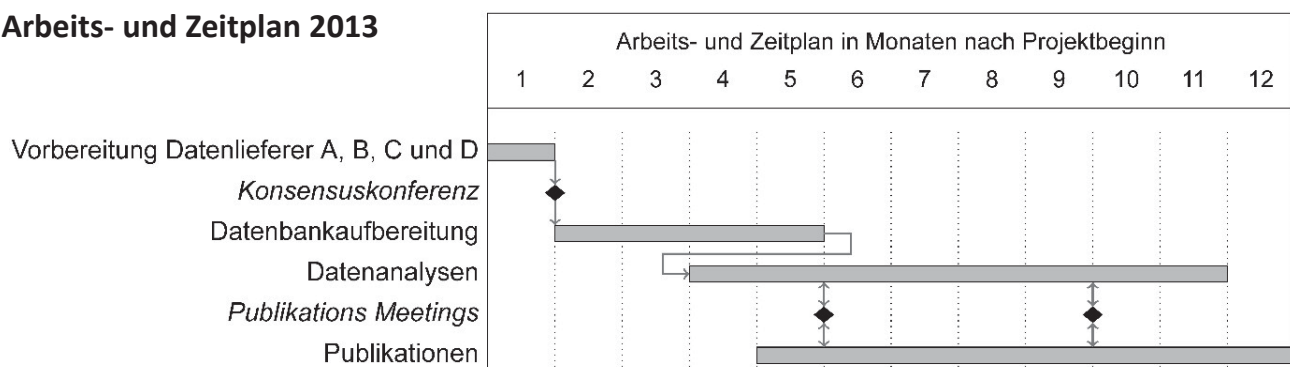
C: SHIP-2, SHIP-TREND

Primärdaten aus der Study of Health in Pomerania

D: GEDA 2009

Bundesweiter telefonischer Gesundheitssurvey des RKI

Arbeits- und Zeitplan 2013



Förderer

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland

Kooperationspartner

Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald.

Robert Koch Institut, Berlin.

Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.

Ansprechpartner

Hendrik van den Bussche, bussche@uke.de

Gedächtnis im Alter: Früherkennung, natürlicher Verlauf und Versorgungsaufwand von Demenz in der hausärztlichen Versorgung (AgeCoDe)

Hanna Kaduszkiewicz*, Marion Eisele, Annette Ernst, Carolin Lange, Thomas Zimmermann, Cadja Bachmann, Hendrik van den Bussche, Martin Scherer

*Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Zusammenfassung

Degenerative Demenzen beginnen schleichend. Daher ist es schwer, eine frühe Diagnose sowie eine Prognose für den Verlauf der Erkrankung zu stellen. Im Rahmen dieses Projektes wird untersucht, welche Faktoren die Entstehung und den Verlauf einer demenziellen Erkrankung beeinflussen. Dazu wurden im Jahr 2003 in sechs deutschen Großstädten 3.327 nicht-demente hausärztliche Patienten im Alter von 75 – 89 Jahren in die Studie eingeschlossen.

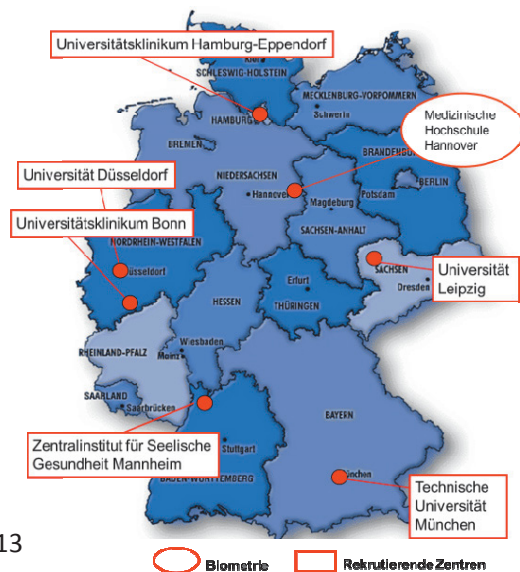
Hintergründe und Ziele

Ziel dieser Studie ist die Identifikation von Risikofaktoren und Vorzeichen einer Demenz, die Bestimmung der Vorhersagegültigkeit neuropsychologischer Tests für die Entwicklung einer Demenz, die Prädiktion des Demenzverlaufs sowie die Analyse der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Patienten mit demenzieller Erkrankung.

Design und Methodik

Die Patienten werden alle 18 Monate zu Hause untersucht. Die 6. Hauptuntersuchung nach der Baseline wurde zu Ende 2013 abgeschlossen.

Ab dem 01.01.2014 wird das Projekt unter dem offiziellen Acronym AgeQualiDe mit einer erweiterten Fragestellung weitergeführt. Weitere Informationen siehe Projektbeschreibung AgeQualiDe.



Ergebnisse

Neben der Entwicklung eines Risikoscores für die Entwicklung einer Demenz (Publikation Jessen et al.) wurden die stadienspezifischen Kosten einer Demenz berechnet: Je nach Schweregrad belaufen sich die jährlichen Versorgungskosten auf 15.000 € (leichte Demenz) bis 42.000 € (schwere Demenz). In Kürze werden die Ergebnisse zur Prognose von Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung veröffentlicht. Diese zeigen, dass ca. 75% der leicht beeinträchtigten Patienten innerhalb der nächsten 3 Jahren keine Demenz entwickeln.

Geplante Ergebnisverwertung

Es wurden bereits viele Publikationen zu den Studienergebnissen veröffentlicht. Diese tragen zu gesundheitspolitischen Diskussionen, wie beispielsweise der kritischen Diskussion um die Aufnahme der Diagnose „Mild Neurocognitive Disorder“ in das DSM-V bei.

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung	
Laufzeit	Januar 2011 bis Dezember 2014	
Partner	AgeCoDe-Study Group (siehe Grafik)	
Publikationen	z.B. Kaduszkiewicz et al. Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the German AgeCoDe study. Ann Fam Med 12(2):158-65, 2014	
Ansprechpartnerinnen	Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de; Marion Eisele, m.eisele@uke.de	

Fortsetzung der Studie Gedächtnis im Alter: Bedarf, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, direkte Kosten und gesundheitsbezogene Lebensqualität (AgeQualiDe)

Marion Eisele, Annette Ernst, Hanna Kaduszkiewicz*, Martin Scherer

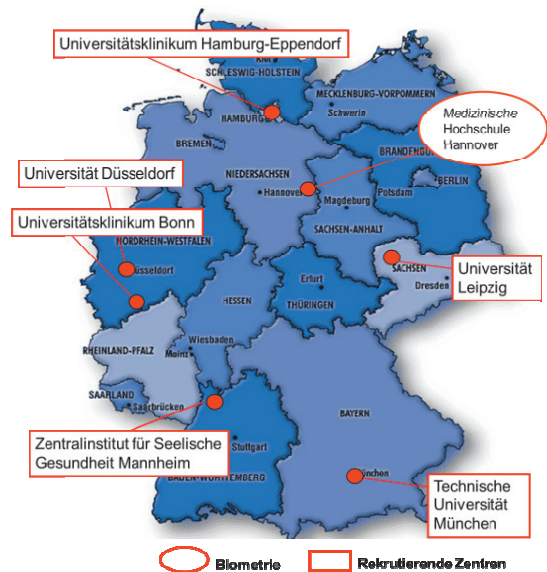
*Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Zusammenfassung

Das multidisziplinäre AgeQualiDe-Forschungsprojekt untersucht die Rolle der bedarfsgerechten Versorgung bei hochaltrigen Hausarztpatienten. Dabei werden (1) der gedeckte und ungedeckte Bedarf, (2) die assoziierte Versorgungsinanspruchnahme (und die direkten Kosten) und (3) die gesundheitsbezogene Lebensqualität berücksichtigt.

Hintergründe und Ziele

Es ist bekannt, dass die Inanspruchnahme von medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungsleistungen bei Hochaltrigen und damit die gesamt-gesellschaftliche Belastung deutlich erhöht sind. Wenig Wissen liegt jedoch bezogen auf die gedeckten und ungedeckten Versorgungsbedarfe bei Hochaltrigen und den zugrunde liegenden Zusammenhang mit dem Inanspruchnahmeverhalten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vor. Ziel der Studie ist die Untersuchung des Versorgungsbedarfs, der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.



Design und Methodik

In 6 Zentren werden strukturierte Interviews mit hochaltrigen Patienten (Alter 85+), pflegenden Angehörigen und Hausärzten durchgeführt. Es werden pro Zentrum 150 Patienten, ihre Angehörigen und Hausärzte drei Mal im Abstand von jeweils 10 Monaten befragt.

Erwartete Ergebnisse

Es wird die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Verbindung mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dargestellt werden. Darüber hinaus werden Angaben dazu gemacht werden können, inwiefern der bestehende Versorgungsbedarf bei den untersuchten Patienten gedeckt bzw. ungedeckt ist.

Geplante Ergebnisverwertung

Aus den Ergebnissen abgeleitete Informationen werden helfen, Empfehlungen zur Bedarfsplanung sowie zur Entwicklung kosteneffektiver Versorgungsleistungen zu geben. Die Sonderfragestellungen zu Schmerzversorgung, Hochrisikomedikation sowie der Versorgung Hochaltriger im häuslichen Setting bergen weiteres Potential zur Optimierung der Patientenversorgung.

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Januar 2014 bis Oktober 2016

Partner

6 weitere Hochschulen (siehe Grafik)

Ansprechpartnerinnen

Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de; Marion Eisele, m.eisele@uke.de



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)

Marion Eisele, Anja Rakebrandt, Agata Kazek, Sigrid Boczor,

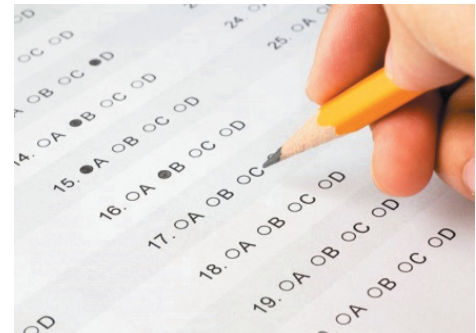
Fritz Pohl, Eva Blozik, Martin Scherer

Zusammenfassung

Für die medikamentöse Behandlung von Herzinsuffizienz gibt es Therapieempfehlungen. Ziel dieser Therapieempfehlungen ist es, die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz zu verbessern. Oft gibt es jedoch gute Gründe von diesen Empfehlungen im Praxisalltag abzuweichen. Die empfohlene optimale Therapie entspricht nicht immer der optimalen Behandlungszufriedenheit der Patienten oder dem individuellen Therapiewunsch in der Hausarztpraxis. Zusätzlich erschwert wird die Behandlung der Patienten dadurch, dass Herzinsuffizienz häufig mit weiteren Erkrankungen einher geht.

Hintergründe und Ziele des Projekts

Ziel der Studie ist es, die ärztlichen Behandlungsstrategien in der medikamentösen Dauerbehandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz zu erheben. Zusätzlich werden die Komorbiditäten und der Gesundheitszustand der Patienten umfassend erhoben und im Zeitverlauf abgebildet. Daraus werden Aspekte gelungener Versorgung und Herausforderungen in der Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz abgeleitet.



Design und Methodik

Über Hausarztpraxen in Hamburg, Lübeck, Kiel und Würzburg wurden Patienten mit Herzinsuffizienz rekrutiert. Die Patienten erhalten zu Studienbeginn und ein Jahr später einen Fragebogen, in dem sie gebeten werden, ihren aktuellen Gesundheitszustand und weitere Erkrankungen zu beschreiben. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden ebenfalls hinsichtlich Komorbiditäten und Behandlung ihrer Patienten befragt. Bislang konnten 293 Ärztinnen und Ärzte 5356 Patienten mit Herzinsuffizienz in die Studie einschließen.

Geplante Ergebnisverwertung

Es wird beschrieben, welche Begleiterkrankungen bei Herzinsuffizienz in welcher Häufigkeit auftreten. Es werden Krankheitskombinationen identifiziert, bei denen Schwierigkeiten in der Behandlung der Herzinsuffizienz auftreten.



Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim (INTERPROF)

Britta Tetzlaff, Martin Scherer

Hintergrund

In Deutschland waren im Dezember 2011 laut Statistischem Bundesamt im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig, davon wurden 30% (743 000) vollstationär in Heimen versorgt (Statistisches Bundesamt, 2013). Die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zeigen, dass in Deutschland die Zahl der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen wird (Sachverständigenrat, 2009). Um eine hochwertige medizinische Versorgung in Pflegeheimen zu gewährleisten, ist eine Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen wesentlich.

Ziele

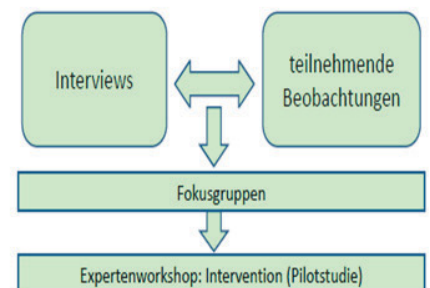
Die qualitative Multicenterstudie INTERPROF untersucht die Zusammenarbeit und die Kommunikationsstrukturen zwischen Pflegepersonal und Hausärzten im Pflegeheim. Zudem werden die Bedürfnisse und Erwartungen der Bewohner und ihrer Angehörigen erfasst. Auf Basis dieser Erkenntnisse soll ein Kommunikations- und Kooperationsmodell und eine Intervention zur Verbesserung der Zusammenarbeit entwickelt werden. Das Modell soll abschließend im Rahmen einer Qualifikationsarbeit durch weitere an der Versorgung beteiligte Akteure (Ergo- sowie Physiotherapeuten) erweitert werden.

Design und Methodik

Die Entwicklung des Kommunikations- und Kooperationsmodells und der Intervention zur Verbesserung der Zusammenarbeit erfolgt auf Basis von

- Leitfadeninterviews zur Exploration von Bedürfnissen und Problemen, persönlichen Perspektiven und individuellen Erfahrungen,
- teilnehmenden Beobachtungen der Kommunikation und Interaktion bei Arztbesuchen in Pflegeheimen,
- Fokusgruppen zur weiteren Problemfokussierung und Entwicklung von Lösungsstrategien,
- eines Expertenworkshops, der beratend zur Erstellung der Intervention beiträgt.

Die Intervention wird hinsichtlich seiner Machbarkeit und Akzeptanz in einer Pilotstudie getestet.



Haben Sie Interesse an der Studie teilzunehmen?

Es werden noch Hausärztinnen/Hausärzte, Pflegekräfte und Therapeutinnen/Therapeuten gesucht, die Interesse haben die Doktorarbeit mit einem Interview zu unterstützen.

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Februar 2012 bis Januar 2015

Partner

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen; Abteilung Pflege und Gesundheit, Fakultät V - Diakonie, Gesundheit und Soziales, Hochschule Hannover; Arbeitsgruppe psychiatrische Epidemiologie und demografischer Wandel, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Ansprechpartnerin

Britta Tetzlaff, b.tetzlaff@uke.de, Tel.: 040/7410-57158

Depression im Alter: Versorgungsbedarf, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosten (AgeMooDe Studie)

Paola Brusa, Hanna Kaduszkiewicz*, Anne Stark, Martin Scherer

*Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Hintergrund

13,3% der Altenbevölkerung weisen klinisch relevante depressive Symptome auf. Unter den Hausarztpatienten ab 75 Jahren ist sogar jeder Vierte betroffen. Unbehandelt geht die Depression mit einer reduzierten Lebensqualität, der Verschlechterung körperlicher Erkrankungen, Angst und Somatisierung einher. Die Depression im Alter ist aufgrund der demografischen Entwicklung eine zentrale Herausforderung für die gesundheitlichen Versorgungssysteme.

Ziele

Erstmals erfolgt eine umfassende Beschreibung des Versorgungsbedarfs, der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Kosten von Depression im Alter auf der Ebene der Primärversorgung in Deutschland. Hierbei werden alle relevanten Akteure (Patienten, Angehörige, Hausärzte) in die Datenerhebung einbezogen. Ein Vergleich der Kosten von erkannten und nicht erkannten Depressionsfällen sowie die longitudinale Kostenentwicklung wird so möglich sein.



Methodik

Es handelt sich um eine prospektive multizentrische Kohortenstudie. An insgesamt 4 Standorten wird eine Kohorte von 1.200 Patientinnen und Patienten im Alter von 75 Jahren und älter rekrutiert. Insgesamt sollen 600 Patienten mit Symptomen einer Depression rekrutiert werden (Score auf der Geriatrischen Depressionsskala (GDS) ≥ 6) und 600 Patienten ohne bzw. mit wenigen Depressionssymptomen (GDS < 6). Die in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige werden zur Baseline und ein Jahr später mit Hilfe standardisierter Instrumente befragt. Kern der Befragung ist die Erhebung der tatsächlichen Versorgung und der subjektive Versorgungsbedarf. Auch die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte werden zu jedem Patienten standardisiert befragt.

Projektstand: Die Baselineerhebungen sind abgeschlossen. Die Follow-up-Befragungen werden Ende 2014 abgeschlossen sein. Die Auswertung und Publikation der Daten erfolgen in den Jahren 2014 (Querschnittsanalysen der Baseline) und 2015 (Längsschnittanalysen).

Projektpartner

- Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn
- Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, UKE
- Institut für Biometrie, Medizinische Hochschule Hannover

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Ansprechpartnerin

Paola Brusa, p.brusa-duewel@uke

Die Versorgung depressiver alter Menschen in Deutschland: Spielräume, Barrieren und Chancen für eine optimierte Behandlung (AgeMooDe + Synergie)

Anne Stark, Paola Brusa Düwel, Martin Scherer, Hanna Kaduszkiewicz*

*Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Hintergründe und Ziele

Über Wissen, Einstellungen und Behandlungspräferenzen von Patienten und Behandlern bei der Versorgung depressiver alter Menschen weiß man international wenig - über Wissen und Einstellungen von Angehörigen praktisch nichts. Die Angehörigen können aber einen großen Einfluss auf die Behandlung von Senioren mit Depression haben. Zwecks Etablierung einer optimierten Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten mit Depression ist dieses Wissen unerlässlich, da jegliche Interventionen die beteiligten Akteure adäquat ansprechen müssen.

Ziel dieses Forschungsprojektes ist es daher, Spielräume, Barrieren und Chancen auf Seiten der Patienten, ihrer Angehörigen und der direkt an der Versorgung depressiver alter Menschen Beteiligten (Hausärzte, Psychiater, Nervenärzte, psychologische Psychotherapeuten, Pflegepersonal) zu explorieren und praktische Maßnahmen für eine Optimierung der Versorgung depressiv erkrankter alter Menschen abzuleiten.

Design und Methodik

Es handelt sich um eine qualitative Studie. In vier Studienzentren (Bonn, Hamburg, Leipzig und Mannheim) werden insgesamt vier Fokusgruppen und 36 Einzelinterviews durchgeführt. In Hamburg finden die Fokusgruppendifkussion mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie 4 Interviews mit älteren depressiven Patienten, 4 Interviews mit ihren Angehörigen und 4 Experteninterviews statt. Die Auswahl der Patienten- und Angehörigen-Interviewpartner erfolgt gezielt aus der Kohorte der AgeMooDe-Studie.

Fokusgruppen und Interviews werden transkribiert und inhaltsanalytisch mit Hilfe der Software MAXQDA ausgewertet.

Im Studienzentrum Leipzig wird zusätzlich zu den Interviews eine systematische Übersichtsarbeit zur Frage der optimalen, evidenzbasierten Behandlung von depressiven alten Menschen durchgeführt. Basierend auf dieser Übersichtsarbeit wird ferner analysiert, zu welchem Grad diese optimale Behandlung in Deutschland erreicht ist.

Ergebnisse / Erwartete Ergebnisse

In der Zusammenschau aller Ergebnisse dieser Studie wird es möglich sein, den aktuellen und konkreten Optimierungsspielraum bei der Behandlung depressiver alter Menschen in Deutschland darzustellen. Die Analyse der qualitativen Fokusgruppen und Interviews wird dazu beitragen, eine Handlungsanleitung zu erstellen, wie die optimale, evidenzbasierte Versorgung unter den Bedingungen des Deutschen Gesundheitssystems und ihrer Akteure erreicht werden kann.

Förderer	Bundesministerium für Gesundheit
Laufzeit	Nov. 2013 bis Juni 2015
Partner	Universitäten Bonn, Leipzig und Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
Ansprechpartnerin	Anne Stark, a.stark@uke.de



Kontextuelle Hintergründe des chronischen Gebrauchs von inadäquater Medikation bei älteren Menschen: Eine qualitative Studie mit Ärzten, Patienten und ihren Angehörigen (CimTriad)

Nadine Janis Pohontsch, Frank Jessen¹, Steffi Riedel-Heller², Martin Scherer

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn

² Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universitätsklinikum Leipzig

Hintergründe und Ziele

Ältere Menschen werden häufig mit potentiell inadäquater Medikation (PIM) behandelt. Diese PIM zeichnet sich durch ein erhöhtes Risiko aus, durch Neben- und Wechselwirkungen Schäden hervorzurufen. Inzwischen ist ein steigendes Bewusstsein bezüglich PIM und Arzneimittelwechselwirkungen zu verzeichnen. Verschiedene Institutionen treten mit Hausärzten in Kontakt, um die Anzahl der Verschreibungen von PIM zu verhindern oder zu reduzieren. Trotz dieser Maßnahmen ist die Häufigkeit verschriebener PIM immer noch sehr hoch. Ursache hierfür sind wahrscheinlich bisher unzureichend identifizierte Bedingungsfaktoren, wie Erwartungen, Meinungen, subjektive Kosten-Nutzen Abwägungen oder Kommunikationsbarrieren sowohl seitens der Ärzte, aber auch seitens der Patienten und Angehörigen. Ziel der Studie ist es diese Hindernisse zu identifizieren, um eine weitere Reduzierung von PIM-Verordnungen zu erreichen und dadurch die Patientensicherheit und Lebensqualität zu verbessern.

Design und Methodik

In jedem der 3 Studien-Zentren (Hamburg, Bonn und Leipzig) sollen mit je 16 Triaden bestehend aus Patient, dem betreuenden Angehörigen und dem Hausarzt qualitative leitfadengestützte Interviews in der häuslichen Umgebung bzw. in den Praxisräumen durchgeführt werden. Die Interviews werden vollständig transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ergänzend wird pro Triade eine zusammenfassende Fallvignette erstellt.



Erwartete Ergebnisse

Quelle: morgueFile

Ziel ist die Identifikation von aufrechterhaltenen Bedingungen, wie subjektiven Wertungen und Erwartungen in Bezug auf Medikamente in den drei beteiligten Gruppen (Patienten, Hausärzte und betreuende Angehörige). Die Erkenntnisse dieser Studie werden sowohl für behandelnde Ärzte als auch für die Entwickler klinischer Leitlinien und Weiterbildungsprogrammen von Interesse sein. Basierend auf der Studie sollen neue Ansätze in der medizinischen Fortbildung erstellt werden, um die Verschreibung von inadäquater Medikation bei älteren Menschen zu verringern. Medikamentenbedingte Schäden sollen somit reduziert und eine Verbesserung der Lebensqualität älterer Patienten erreicht werden.

Geplante Ergebnisverwertung

Im Rahmen der Studie entstehen jeweils eine wissenschaftliche Publikationen zu den Perspektiven von Patienten, Hausärzten und betreuenden Angehörigen auf die kontextuellen Hintergründe des chronischen Gebrauchs von inadäquater Medikation bei älteren Menschen sowie eine weitere Publikation, die die verschiedenen Sichtweisen miteinander trianguliert.

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	April 2014 bis März 2016
Partner	Universitätsklinikum Bonn, Universitätsmedizin Leipzig
Ansprechpartner	Martin Scherer, m.scherer@uke.de, Nadine Pohontsch, n.pohontsch@uke.de

Ursachen für Krankenhausaufnahmen bei Menschen mit Demenz - Qualitative Interviews mit Angehörigen von Demenzpatienten und Professionellen aus dem medizinischen Bereich (HAPED)

Nadine Janis Pohontsch, Martin Scherer, Marion Eisele

Hintergründe und Ziele

Internationale Studien zeigen, dass Menschen mit Demenz ein gegenüber der Bevölkerung ohne Demenzerkrankung deutlich erhöhtes Risiko für Krankenhausaufnahmen aufweisen, obwohl die Demenzerkrankung selbst nicht primär zu einer stationären Einweisung führt.

In einem Modell von Muenchberger und Kendall zu Einflussfaktoren auf Krankenhausaufnahmen chronisch Kranker werden neben persönlichen Determinanten weitere Bereiche als einflussreich aufgeführt. Zu diesen zählen auch System- und Umgebungsfaktoren, die bei der Versorgung von Menschen mit Demenz eine besondere Rolle spielen könnten.

Ziel dieses Vorhabens ist es, die Ursachen von Krankenhausaufnahmen von Menschen mit Demenz in einem qualitativen Studiendesign zu erheben und auf potentielle Vermeidbarkeit zu überprüfen und somit das Modell von Muenchberger und Kendall zu erweitern.

Design und Methodik

Es wurden bei insgesamt 12 Demenzpatienten je ein/e Angehörige/r, ein/e Hausarzt/ärztin und teilweise auch eine Pflegekraft anhand eines leitfadengestützten, offenen Interviews über die Ursachen des letzten Krankenhausaufenthalts und dessen potentieller Vermeidbarkeit befragt. Die Auswahl der Indexpatienten erfolgte anhand eines selektiven Samplings aus einer bereits bestehenden Kohorte von Menschen mit Demenz. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.



Erwartete Ergebnisse

Zum Ende des Projekts werden die Ursachen für Krankenhausaufnahmen von Menschen mit Demenz und Angaben zu deren potentieller Vermeidbarkeit vorliegen. Es werden Hinweise auf Ansatzpunkte vorliegen, an denen zukünftige präventive Maßnahmen ansetzen könnten.

Geplante Ergebnisverwertung

Die Ergebnisse werden in Fachzeitschriften veröffentlicht. Die weitere Untersuchung der Thematik durch Folgeprojekte ist geplant.

Förderer Deutsche Forschungsgemeinschaft
Laufzeit Juli 2013 bis September 2014
Ansprechpartnerinnen Nadine Pohontsch, n.pohontsch@uke.de
Marion Eisele, m.eisele@uke.de

Innovative Netzwerke für Dienstleistung und Gesundheit in den Regionen von morgen (INDiGeR)

Entwicklung regionenspezifischer und -übergreifender Bewertungsmodelle

Ingmar Schäfer, Agata Kazek, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

In dem vom BMBF geförderten Verbundprojekt „Innovative Netzwerke für Dienstleistung und Gesundheit in den Regionen von morgen“ werden in fünf Regionen Deutschlands Projekte gefördert, in denen über die Vernetzung unterschiedlicher regionaler Anbieter von gesundheitsrelevanten Leistungen und Dienstleistungen die verbesserte Versorgung von spezifischen Zielgruppen erreicht werden soll.

Das Begleitforschungsprojekt INDiGeR soll die Vernetzung der Regionen untereinander sowie mit Aktivitäten außerhalb des geförderten Raumes anstoßen und die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen untersuchen. Neben organisatorischen und wirtschaftlichen Aspekten werden durch die Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin (IfA) gesundheitliche Effekte der komplexen Interventionen evaluiert.



Design und Methodik

Das IfA wird zunächst ein Evaluationskonzept entwickeln, mit dem Ziel den Mehrwert der Interventionsnetzwerke „Gesundheitsregionen“ gegenüber unverbundenen Einzelinterventionen aufzuzeigen. Hierzu ist eine Evaluation auf drei Ebenen geplant: Projekt-, Region- und Modellebene (regionenübergreifend). In einem ersten Arbeitsschritt werden geeignete Indikatoren und eine Evaluationsmatrix entwickelt. Die Datenerhebung für die quantitativen Analysen ist zu Baseline und einem Follow-Up-Zeitpunkt geplant. Gegenstand der Analysen ist die Identifikation von besonders wirksamen Interventionsanteilen sowie der Vergleich der Ergebnisse der Modellregionen untereinander und mit dem ungeforderten Raum mithilfe von Zielerreichungsskalen. Zusätzlich werden in qualitativen Interimsanalysen vielversprechende Implementationsstrategien für regionale Interventionen exploriert.

Erwartete Ergebnisse

Es wird erwartet, dass sich in den Modellregionen positive gesundheitliche Effekte in den Zielgruppen nachweisen lassen, die auf die durchgeführten Interventionen zurückzuführen sind. Weiterhin wird erwartet, dass sich besonders effiziente Kollaborationsmodelle identifizieren lassen, die sich z.B. als Komponenten von integrierten Versorgungsmodellen nutzen lassen.

Geplante Ergebnisverwertung

Neben der Publikationen in einschlägigen Fachzeitschriften ist die Verwertung der Ergebnisse in der medizinischen Aus- und Fortbildung sowie der Versorgungsplanung geplant. Die Evaluationsmatrix wird in weiteren Forschungsprojekten zur Evaluation von komplexen Interventionen Verwendung finden.

Land- vs. Großstadtarzt: Regionale Variation in der hausärztlichen Versorgung (Ambulante Versorgungsforschung Nord)

Ingmar Schäfer, Nadine Pohontsch, Heike Hansen, Martin Scherer

Zusammenfassung

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Ambulante Versorgungsforschung Nord: Regionale Variation in der hausärztlichen Versorgung“ werden Unterschiede zwischen den Regionen Stadt, Umland und Land hinsichtlich des hausärztlichen Tätigkeitsspektrums, Schwerpunktsetzungen, Behandlungsbedürfnissen, Barrieren sowie Versorgungsproblemen in Norddeutschland untersucht.

Hintergründe und Fragestellung

Das Tätigkeitsspektrum von Hausärzten in ländlichen oder kleinstädtischen Regionen und großstädtischen Metropolregionen wurde bislang wenig beforscht. Es wird aber angenommen, dass das Gesundheitssystem einer Metropole andere Arbeitsbedingungen mit sich bringt, als z.B. eine hausärztliche Tätigkeit auf dem Lande. Nach wie vor ist wenig darüber bekannt, welche Aspekte, Barrieren und Bedarfe im Alltag der hausärztlichen Versorgung von Bedeutung sein könnten. Außerdem fehlt eine valide quantitative Datenbasis, um zu untersuchen, wie groß Unterschiede zwischen den Regionen Stadt, Umland und Land tatsächlich sind. Diese beiden Fragestellungen werden in einem Mixed-Methods-Design untersucht.



Beteiligte Regionen: **Stadt**, **Umland**, **Land**

Design und Methodik

Zunächst wird in Fokusgruppen mit Allgemeinmedizinerinnen und deren Patienten in drei Regionen (Großstadt, Umland und Land) die subjektive Versorgungsrealität umfassend exploriert. In einem zweiten Schritt sollen diese Erkenntnisse des qualitativen Studienteils in einer standardisierten Befragung genutzt und Unterschiede zwischen den Regionen quantifiziert werden. Ergänzend werden in einer Sekundärdatenanalyse Abrechnungsdiagnosen und abgerechnete Leistungen untersucht, um regionale Abrechnungsunterschiede darstellen zu können.

Ergebnisse

Aktuell werden die Fokusgruppen mit Hausärzten und Patienten durchgeführt und ausgewertet. Anschließend werden die Ergebnisse in die Entwicklung des Fragebogens für den quantitativen Studienteil einfließen. Der Survey wird ab 2015 durchgeführt. Erste Veröffentlichungen werden in 2015 erwartet.

Förderer	KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein
Laufzeit	April 2014 bis März 2015
Partner	Prof. Jens-Martin Träder, UKSH Lübeck Prof. Hanna Kaduszkiewicz, UKSH Kiel
Ansprechpartnerinnen	Heike Hansen, h.hansen@uke.de Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

Arzneimittel bei chronischer Herzinsuffizienz in der Hausarztpraxis

Marc Hirt*, Aljosha Muttardi*, Thomas Eschenhagen*, Hendrik van den Bussche

*Institut für Experimentelle Pharmakologie und Toxikologie, UKE

Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Studie wird untersucht, wie Patienten mit Herzinsuffizienz in Hamburg hausärztlich versorgt werden. Insbesondere wird untersucht, welche Gründe im Einzelfall dazu führen, dass einzelne Patienten abweichend von den Leitlinien behandelt werden. Diese Gründe werden sowohl aus hausärztlicher Sicht als auch aus Patientensicht untersucht.

Hintergründe und Ziele des Projekts

Die Therapie der chronischen Herzinsuffizienz wird hauptsächlich medikamentös durchgeführt. Die Studien der letzten 10 Jahre haben gezeigt, dass sich die hausärztliche Therapie zunehmend an Leitlinien orientiert, viele Patienten aber immer noch abweichend von den Leitlinien therapiert werden. Es ist weitgehend unerforscht, welche Gründe im Einzelfall dazu führen. Dies können z.B. Kontraindikationen, individuelle Unverträglichkeiten, schlechte Erfahrung mit Medikamentengruppen, (gefühlte) Unwirksamkeit, Polypharmakotherapie-Probleme, psychische oder soziale Faktoren sein. Diese „non-guideline-adherence“ soll differenzierter als bisher dargestellt werden. Damit sollen auch die hausärztlichen Behandlungsentscheidungen nachvollziehbarer gemacht werden.



Methodik

- Rekrutierung von 15 Hausärztinnen und Hausärzten.
- Identifikation aller Patienten mit Herzinsuffizienz in der hausärztlichen Dokumentation, Anschreiben aller Patienten, Zufallsauswahl von 10 Patienten.
- Zufallsauswahl von 3 Patienten, Gewinnung ergänzender Informationen beim Hausarzt: Gründe für das jeweilige Verschreibungsmuster, Kenntnisstand über Verschreibungen durch andere Ärzte, Angaben über Nebenwirkungen und Polypharmazie-Probleme, Einschätzung der Patientencompliance bezüglich der Medikamenteneinnahme.
- Parallele leitfadengestützte Interviews mit den 45 Patienten: Einlösen der Rezepte, Einnahmeverhalten, (Dis-)Kontinuität und Gründe, Kenntnisstand über die Funktion der jeweiligen Präparate, Wirksamkeitsannahmen, zusätzliche Medikation (andere Vertragsärzte, over-the-counter-drugs).

Ergebnisse

Ergebnisse liegen noch nicht vor.



Partner

Institut für Experimentelle Pharmakologie
und Toxikologie, UKE
Deutsche Stiftung für chronisch Kranke

Ansprechpartner

Hendrik van den Bussche, bussche@uke.de

MultiCare AGENDA: Narrative Gespräche und Medikamentenchecks in der hausärztlichen Praxis

Hanna Kaduskiewicz*, Ingmar Schäfer, Annette Ernst, Carl-Otto Stolzenbach, Martin Scherer, Hendrik van den Bussche

*Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Hintergründe und Ziele

Für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität und Polypharmakotherapie fehlen Standards und Leitlinien. In dieser Situation erscheinen die Prioritäten der Patientinnen und Patienten besonders relevant, um Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung zu treffen. Die Patientenprioritäten werden häufig jedoch nicht umfassend eruiert.

Das Ziel der Studie ist die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Multimorbidität. Dazu wurde 2008-2010 eine Intervention zur Unterstützung der Hausärztinnen und Hausärzte entwickelt und erfolgreich pilotiert. Die Intervention basiert auf dem Konzept der Narrative Based Medicine und sieht drei 30-minütige, narrative Gespräche mit dem Patienten innerhalb eines Jahres vor. Im Rahmen der MultiCare AGENDA-Studie wird diese Intervention auf patientenseitige Wirkungen untersucht.



Design und Methodik

Das Projekt ist eine cluster-randomisierte, kontrollierte Studie mit multimorbiden Patienten in der Hausarztpraxis. Hausärztinnen und Hausärzte werden in der narrativen Gesprächstechnik und im narrativen Medikamentencheck geschult bevor sie die Gespräche mit den Patienten durchführen. Datenerhebung und wissenschaftliche Betreuung der Studie finden in Hamburg, Rostock und Düsseldorf statt. Patienten und Hausärzte werden jeweils vor und nach der Intervention befragt. Die Dauer von Intervention und Kontrolle (care as usual) beträgt 12 Monate.

Für die Auswertung der primären und sekundären Endpunkte wird eine hierarchische Mehrebenenanalyse durchgeführt, wobei die Clustervariable (Hausarztpraxis) als Zufallseffekt einbezogen wird. Die Daten werden gemäß des Intention-to-treat-Prinzips ausgewertet (vgl. Studienprotokoll).

Erwartete Ergebnisse

55 Ärztinnen und Ärzte wurden in die Studie eingeschlossen, 28 in die Interventions- und 27 in die Kontrollgruppe randomisiert. Zur Baseline konnten insgesamt 651 Patienten eingeschlossen, zum Follow-up 603 nachbeobachtet werden. Die Ergebnisse werden in 2014 veröffentlicht.

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Januar 2011 bis 2014

Partner

Institute für Allgemeinmedizin in Düsseldorf, Rostock und Hannover

Publikationen

Altiner A et al., BMC Fam Pract. 2012 Dec 12;13:118.

Ansprechpartnerin

Hanna Kaduskiewicz, kaduskiewicz@allgemeinmedizin.uni-kiel.de



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Förderung der Teilhabe an Alltagsaktivitäten bei Schlaganfallpatienten durch modifizierte Constraint Induced Movement Therapy – eine cluster-randomisierte Interventionsstudie mit Therapiepraxen (HOMECIMT)

Anne Barzel, Britta Tetzlaff, Heike Krüger¹, Anne Stark, Gesche Ketels¹, Anne Daubmann², Karl Wegscheider², Hendrik van den Bussche, Martin Scherer

¹Physiotherapie, UKE

²Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, UKE

Hintergründe und Ziele

Für Schlaganfallpatienten empfehlen Leitlinien die Constraint Induced Movement Therapy (CIMT), die u.a. durch Restriktion des „gesunden“ Armes den Mehrgebrauch des betroffenen Armes forciert. Für hochfrequent und intensiv durchgeführte CIMT gibt es Evidenz, dass die Patienten erlernte Fertigkeiten in ihren Alltag übertragen und damit die Voraussetzung für ihre Teilhabe an Alltagsaktivitäten verbessern.

Da ein vergleichbares Konzept bislang in der ambulanten Versorgung fehlt, entwickelten wir die modifizierte Form „CIMT at home“. In der randomisiert, kontrollierten Studie HOMECIMT untersuchten wir die primäre Fragestellung: Wird bei Schlaganfallpatienten der Gebrauch des betroffenen Armes bei Alltagsaktivitäten durch „CIMT at home“ besser gefördert als durch konventionelle Physio- und Ergotherapie?

Design und Methodik

Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie mit ambulant tätigen Physio- und Ergotherapeuten (N=71), die ihre an der Studie teilnehmenden Schlaganfallpatienten für vier Wochen mit „CIMT at home“ (n=85) oder mit „Therapy as usual“ (n=71) behandelten.

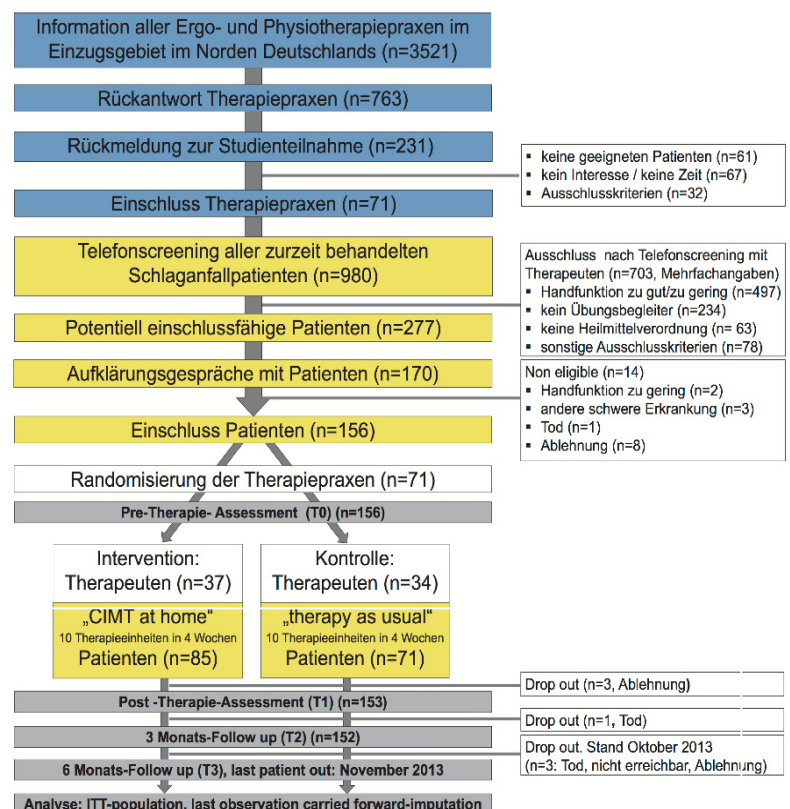
Klinische Primärdaten wurden für die betroffene obere Extremität zur Aktivität/Partizipation (Motor Activity Log-Quality of Movement - MAL-QOM) und zur Funktion (Wolf Motor Function Test-Performance Time - WMFT-PT) erhoben. Die Analyse erfolgte für die Intention To Treat Population mit last observation carried forward-imputation nach dem Abschlusstestprinzip.

Ergebnisse

Der Armeinsatz bei Alltagsaktivitäten (MAL-QOM) verbesserte sich im Mittel in beiden Gruppen, jedoch durch „CIMT at home“ (+0,58 Punkte) signifikant mehr als durch „Therapy as usual“ (+0,30 Punkte) (p=0.0154).

In der motorischen Funktion (WMFT-PT) steigerten sich beide Gruppen ebenfalls, jedoch ohne signifikanten Unterschied. Die Einflussgrößen Alter, Depression, Komorbidität, Bildung, Geschlecht und Händigkeit zeigten keinen signifikanten Effekt auf die beiden primären Zielgrößen.

Es wird empfohlen, das Therapiekonzept „CIMT at home“ als zielgruppenspezifisches Behandlungsangebot zur Förderung der Teilhabe an Alltagsaktivitäten in die vertragsärztliche Versorgung einzuführen.



Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Januar 2011 bis April 2014

Ansprechpartnerin

Anne Barzel, a.barzel@uke.de



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung





Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland (GermanIMPACT)

Thomas Kloppe, Sigrid Boczor, Fritz Pohl, Patricia Thomsen, Maren Wögens, Moritz Hadwiger, Christiane Bleich¹, Christina Rosenberger², Christian Brettschneider², Hans-Helmut König², Martin Härter¹, Martin Scherer

¹ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE

² Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, UKE

Zusammenfassung

Im Rahmen der Studie soll ein in den USA erprobtes Programm („IMPACT Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment“) zur Unterstützung der Depressionsbehandlung in der Primärversorgung an den deutschen Kontext angepasst und in Hausarztpraxen in Hamburg und Freiburg probeweise implementiert werden.

Hintergründe und Ziele

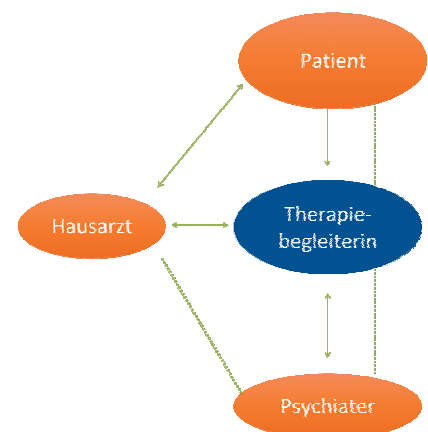
Die Depression ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Häufig bleibt sie jedoch unerkannt. Weiterhin existieren im Zusammenhang mit der Diagnose und Therapie von psychischen Erkrankungen oft Hemmschwellen. Eine adäquate Therapie in der Hausarztpraxis ist zeitaufwändig. Besteht Bedarf an einer fachärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung, wird aufgrund langer Wartezeiten die notwendige Betreuung häufig nicht zufriedenstellend erreicht. Es resultiert die Gefahr einer Chronifizierung der Depression.

Forschungsziel ist die Feststellung, ob die Anpassung und Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland praktikabel und sowohl die gut belegte Wirksamkeit als auch die positive Kosten-Nutzen-Bilanz der Intervention ebenfalls in Deutschland zu beobachten sind.



Design und Methodik

Cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie: In Hamburg und Freiburg werden in je 30 Hausarztpraxen insgesamt 300 Patienten über 60 Jahre rekrutiert, die die Kriterien für eine mittelgradige Depression erfüllen (PHQ-9). 150 dieser Patienten werden für einen Zeitraum von 12 Monaten zusätzlich zur gewohnten Behandlung durch den Hausarzt einer geschulten Therapiebegleiterin zugeführt, die gezielt psychoedukative und problemlösungsorientierte Maßnahmen einsetzt. Die Kontrollgruppe erfährt die gewohnte Behandlung.



Geplante Ergebnisverwertung

Die Erprobung des Programms unter realitätsgetreuen Bedingungen stellt eine gute Basis für eine flächendeckende Implementierung dar. Eventuell auftretende Herausforderungen und daraus entwickelte individuelle Lösungspraktiken sind erwünschte Nebenprodukte, die gut dokumentiert als zukünftige Adaptionswerkzeuge genutzt werden können. Damit soll ein Beitrag zu einer qualitativ besseren Versorgungssituation depressiv erkrankter älterer Menschen geleistet werden.

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	Februar 2012 bis Dezember 2015
Partner	Universitätsklinikum Freiburg
Ansprechpartner	Thomas Kloppe, t.kloppe@uke.de

Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst, Depression und Somatoformen Störungen (SMADS)

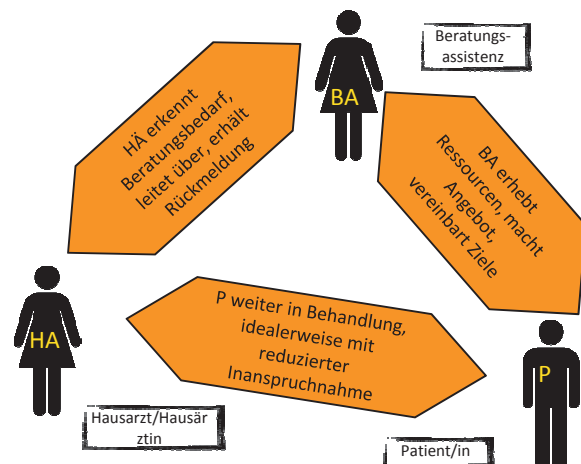
Thomas Zimmermann, Egina Puschmann, Sarah Porzelt, Patricia Thomsen, Martin Ebersbach, Johanna Barchewitz, Martin Scherer

Hintergrund und Ziele

Die Mehrzahl der Kranken mit psychischen Beschwerden findet sich zu Beginn beim Hausarzt ein und wird in der Regel über lange Zeit kontinuierlich oder ausschließlich von ihm betreut. Aufgrund der Arbeitsdichte im Praxisalltag fehlt dem Hausarzt aber die Zeit, um die kommunikationsintensive Diagnostik und Begleitung des Patienten adäquat vorzunehmen.

In diesem Projekt soll erprobt werden, ob eine Beratungsassistenz in einem Tandem-Modell mit dem Hausarzt eine Verbesserung der Primärversorgung dieser Patient/innen bewirken kann. Ziel der Tätigkeit ist

- Die Selbstmanagementfähigkeiten der Patient/innen und ihres Umfeldes im Umgang mit den Beschwerden zu stärken und
- die Wahrnehmung von Case-Management-Aufgaben unter Einbeziehung weiterer Spezialist/innen und Dienste.



Design und Methodik

Die komplexe Intervention durch eine Beratungsassistentin wird in einer unverblindeten, Cluster-randomisierten, kontrollierten Studie evaluiert. 10 Hausarztpraxen bilden den Interventionsarm, 10 Hausarztpraxen bilden den Kontrollarm. Es soll geprüft werden, inwieweit eine Beratungsassistenz das Selbstmanagement der Patient/innen stärken sowie zur Linderung der psychischen Symptome beitragen kann. Auch kommunikative Prozesse und der Einfluss auf die Ablauforganisation werden zwischen den Praxen verglichen.

Die Umsetzung dieses Projekts in die Routineversorgung ist von vielfältigen Faktoren abhängig: Praktikabilität der Intervention, Akzeptanz bei den Patient/innen, Verbesserung der psychischen Symptomatik.

Erwartete Ergebnisse

Wir wollen eine zielgenaue, bedürfnis- und lösungsorientierte Versorgung von Patienten/-innen mit Angst, Depression und somatoformen Störungen erreichen, die von Anbeginn die Ressourcen der Patienten/-innen einbindet.

Geplante Ergebnisverwertung

Wir werten gegenwärtig die Baseline-Daten aus, die inzwischen vorliegen - bspw. zum Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit, Veränderungsmotivation und psychischer Belastung.

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	Januar 2011 bis Juni 2015
Partner	HAW Hamburg, Institut für Allgemeinmedizin MH Hannover
Ansprechpartner	Thomas Zimmermann, t.zimmermann@uke.de

Diabetes einfach schulen Forschungsprojekt SITD

Claudia Mews, Jennifer Wrede-Sach, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

In Deutschland liegt die Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 (DM2) bei ca. 7%. Es existieren wenige Untersuchungen zur DM2-Prävalenz bei türkeistämmigen Patientinnen und Patienten, die aber eine mindestens doppelt so hohe Prävalenz zeigen. Da wichtige DM2-Risikofaktoren wie Fehlernährung und Bewegungsarmut mit sozioökonomischen Faktoren korrelieren, sind viele türkeistämmige Menschen durch ihre Lebenssituation in Deutschland einem überdurchschnittlich hohen DM2-Risiko ausgesetzt. Die vorliegenden Schulungsprogramme sind für sie wenig effektiv, da oft die Voraussetzungen zum Verständnis (z.B. Lese- und Schreibvermögen) fehlen.

Ziel des Projektes ist die Entwicklung, Erprobung und Evaluierung von kultursensiblen, an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientierten und einsatzbereiten Schulungsmaterialien.

Design und Methodik

Nach einer Literaturrecherche fand eine empirische Datenerhebung durch qualitative Patienteninterviews, Interviews von Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie eine Online-Umfrage an ca. 800 diabetologische Praxen statt.

Es wird jetzt eine Website entwickelt, die Schulenden Materialien und Informationen für ihre Arbeit zur Verfügung stellt. Dabei werden die Materialien verschiedenen Modulen zugeordnet.

Nach einem Experten-Workshop werden die Schulungen in kooperierenden Praxen von Diabetesberaterinnen durchgeführt (Stichprobengröße N=70) und evaluiert. Nach Auswertung der Ergebnisse von Evaluation und Fokusgruppen mit den Diabetesberaterinnen wird die Schulung entsprechend überarbeitet.



Ergebnisse

Als Ergebnis wird eine Website entstehen, die Schulenden an das Bildungsniveau adaptierte, kultursensible und einsatzbereite Schulungsmaterialien sowie Hintergrundinformationen zur Verfügung stellt, die sie in der Schulung von Patientinnen und Patienten mit geringen Lese- und Schreibkompetenzen kultursensibel einsetzen können.

Geplante Ergebnisverwertung

Eine Verstetigung des Projekts sowie eine Weiterentwicklung der Website mit Ausweitung des Angebots wird angestrebt.

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	Januar 2012 bis Dezember 2014
Partner	AOK Nordost, Bundesverband Alphabetisierung e.V.
Ansprechpartnerin	Claudia Mews, c.mews@uke.de

Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg

Carolin Lange, Martin Scherer, Hanna Kaduszkiewicz*

*Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Zusammenfassung

Die Einrichtung von Schwerpunktpraxen für wohnungslose Menschen in Hamburg durch die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI), die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) sowie engagierte Krankenkassen bzw. ihre Verbände hat zum Ziel, die medizinische Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu verbessern, die Betroffenen langfristig in die medizinische Regelversorgung zu überführen sowie der Entwicklung von Notfällen vorzubeugen. Die Arbeit von drei Praxen, die im Juni 2013 eingerichtet wurden, wird differenziert nach hausärztlicher und psychiatrischer Versorgung vom Institut für Allgemeinmedizin über zwei Jahre evaluiert.

Hintergründe und Ziele

Wohnungslose Menschen haben einen Anspruch auf medizinische Versorgung im Regelversorgungssystem, den Sie wenig nutzen. Ziel der Evaluation ist es, einen Überblick über die Gründe zu erlangen, die zur Inanspruchnahme der Schwerpunktpraxen führen sowie Erkenntnisse über die Möglichkeiten, sie in das Regelversorgungssystem zu integrieren.



Design und Methodik

Die Analyse der geleisteten Arbeit wird vorwiegend auf der Routedokumentation der Praxen basieren, die neben den soziodemographischen und medizinischen Rahmendaten Angaben der Patienten zur Nutzung des medizinischen Regelversorgungssystems in den letzten 6 Monaten erfasst. Ergänzend werden die Gründe für das Nicht-Aufsuchen des medizinischen Regelversorgungssystems dokumentiert. Alle an der Versorgung Beteiligten (Ärzte/Ärztinnen, MFAs, Sozialarbeiter/-innen) sowie die Patientinnen und Patienten selbst werden zudem Ende 2013 und 2014 leitfadengestützt qualitativ zu Gründen für Inanspruch- und Nicht-Inanspruchnahme des Gesundheitswesens interviewt.

Erwartete Ergebnisse

- Analyse der Gründe, die zur Inanspruchnahme der Schwerpunktpraxen durch Wohnungslose führen.
- Einblicke in den weiteren medizinischen Versorgungsbedarf von Wohnungslosen.
- Analyse der Möglichkeiten, Wohnungslose in das Regelversorgungssystem zu integrieren.

Geplante Ergebnisverwertung

Basierend auf den Ergebnissen werden die Behörde (BASFI), die kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen Entscheidungen bezüglich der Verbesserung der medizinischen Versorgung für Wohnungslose und über die Fortführung des Projekts in gleicher oder modifizierter Art treffen.

Förderer

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration
Freie und Hansestadt Hamburg

Laufzeit

Juni 2013 bis Oktober 2015

Ansprechpartner

Carolin Lange, car.lange@uke.de



Die Hamburger Universitätsmedizin im Nationalsozialismus

Hendrik van den Bussche



Zusammenfassung

Welche Auswirkungen hatte der Nationalsozialismus auf das Innenleben einer medizinischen Fakultät? Am Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf werden innerfakultäre Entscheidungsprozesse u. a. bei der Entlassung jüdischer Hochschullehrer, bei Berufungen und Habilitationen, Veränderungen in der Krankenversorgung insbesondere Zwangssterilisation, »Euthanasie« und sonstige Krankentötungen, die »rassenhygienische« Durchdringung von Forschungsprojekten und ärztlicher Ausbildung, die Anzeichen von Opposition sowie die Folgen des „Zusammenbruchs“ des NS-Regimes für die Fakultät erläutert.

Veröffentlichungen

Hendrik van den Bussche: "Die Hamburger Universitätsmedizin im Nationalsozialismus", Reimer Verlag, Berlin/Hamburg 2014, 537 Seiten, 39 Euro (je 24 Euro für Angehörige der Universität und des UKE).
ISBN-10: 349602870X, ISBN-13: 978-3496028703

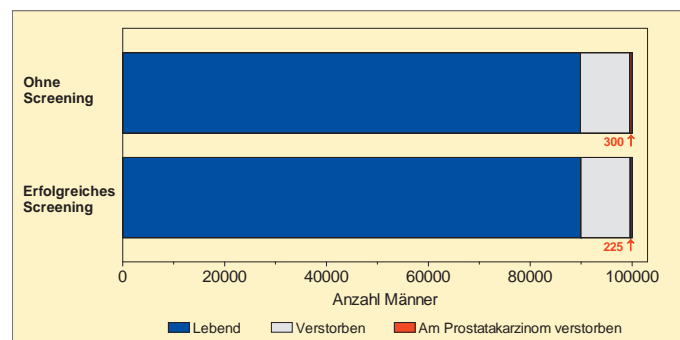
Prostatakarzinom Screening-Studien sind unnötig

Hans-Hermann Dubben

Zusammenfassung

Der etwaige Nutzen eines Prostatakarzinom (PCa)-Screenings ist nicht nachweisbar^{1,2}. Studien nicht-praktikabler Größe mit mehreren Millionen Teilnehmern wären notwendig. Studien mit weniger Teilnehmern können mit der PCa-Mortalität als Endpunkt einen Vorteil suggerieren, selbst wenn Screening die Gesamtmortalität erheblich verschlechtert. Es gibt mehrfach reproduzierte signifikante Schäden durch

Screening wie unnötige Biopsien, Überdiagnosen und Überbehandlungen. Studien können einen Vorteil (reduzierte PCa-Mortalität) suggerieren und gleichzeitig eine Erhöhung der Gesamtmortalität übersehen.



Veröffentlichungen

1. Dubben HH: Trials of prostate-cancer screening are not worthwhile. The Lancet Onc 2009; 10:294-298.
2. Dubben HH: Früherkennung des Prostatakarzinoms: Schaden belegt, Nutzen nicht belegbar. Bundesgesundheitsblatt 2014; 57: 318–326.

Forschungsentwicklung, Leitlinien und Qualitätsförderung

Entwicklung eines medikationsbasierten Chronic Disease Score (medCDS)

Ingmar Schäfer

Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für die DMP COPD und Asthma bronchiale

Stefanie Butz

Aktualisierung der DEGAM-Leitlinie Schlaganfall

Anne Barzel

Methodische Qualität der randomisierten kontrollierten Studien zu Cholinesterase-Inhibitoren in der Behandlung der Alzheimer Demenz

Hanna Kaduszkiewicz, Thomas Zimmermann, Hendrik van den Bussche

Die Erstellung einer Leitliniensynopse als Grundlage für die Aktualisierung des DMP-Moduls Herzinsuffizienz

Martin Scherer

Sicherheit von Metamizol mit Schwerpunkt Agranulozytose – eine systematische Übersichtsarbeit

Thomas Kötter

Epidemiologie und Versorgungsforschung

Problemkeim-Management in der Hausarztpraxis: Was können wir aus EHEC lernen?

Marion Eisele

Motive und Hindernisse zur Teilnahme von Patienten mit Typ-2-Diabetes an Patientenschulungen

Hanna Kaduszkiewicz, Ingmar Schäfer

Die ambulante Versorgung von Patienten mit Demenz - Ein Vergleich der Herangehensweise von Hausärzten und Nervenärzten

Hanna Kaduszkiewicz, Hendrik van den Bussche

Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität im DMP Diabetes Typ 2

Hanna Kaduszkiewicz, Ingmar Schäfer

Determinanten einer Veränderung der Lebensqualität in der Bisoprolol Studie bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz (CIBIS-ELD)

Martin Scherer

Klinische Forschung / interventionelle Versorgungsforschung

Investigating a training supporting Shared Decision Making (It's SDM)

Jürgen Kasper

Verbesserung der ambulanten Nachsorge von Schlaganfallpatienten (MultiCare 3)

Anne Barzel

Lebensqualität nach Absetzen von Hormontherapie in den Wechseljahren

Anne Barzel

Entstigmatisierung der Demenz – Ein Fortbildungsprogramm für Hausärzte und Pflegedienste

Hanna Kaduszkiewicz, Hendrik van den Bussche

Optimierung der Kooperation von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten in der Versorgung von Demenzkranken (KOVERDEM)

Annette Ernst, Hendrik van den Bussche

Ausbildung, Weiter- und Fortbildung

Interprofessionelle Zusammenarbeit üben - vom Unterrichtskonzept für Studierende zur innovativen Fortbildung für Berufstätige

Britta Tetzlaff, Anne Barzel

Strukturiertes Feedback durch Lehrärzte – eine Möglichkeit zur Standortbestimmung für Studierende

Anne Barzel, Maren Ehrhardt

Ist eine Veränderung in der Lautstärke der Stimme ein erster Schritt auf dem Weg zum Arzt?

Martin Scherer

Orale Geriatrie

Nicolette Holtz, Claudia Mews

Berufseinstiegsprobleme und Berufsausstiegstendenzen bei Absolventen und Absolventinnen des Medizinstudiums im Ausland

Hendrik van den Bussche

Bundesweite Befragung zur Berufssituation von Physio- und Ergotherapeuten

Anne Barzel

Vergleich der Ausbildungsqualität der medizinischen Fakultäten auf Basis der Ergebnisse der Ärztlichen Vorprüfung

Thomas Zimmermann

Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im Regelstudiengang

Maren Ehrhardt, Kerstin Schrom, Martin Scherer

Überblick

Das Institut für Allgemeinmedizin leistet rund 1.350 Unterrichtsstunden jährlich. Unterrichtsangebote bestehen im vorklinischen Abschnitt bis ins PJ. Schwerpunkte sind neben des Unterrichts im Fach Allgemeinmedizin, des Unterrichts im Fach Sozialmedizin, das PJ Allgemeinmedizin und interdisziplinäre Angebote.

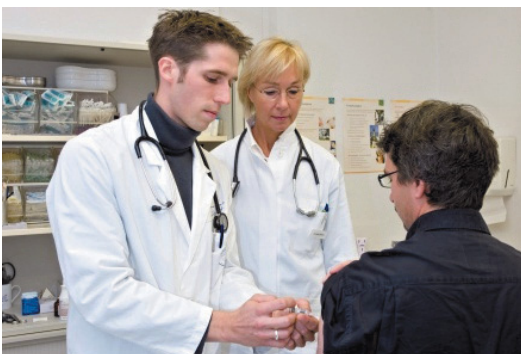
Lehrangebote des IfA

Medizin II:

- Allgemeinmedizin
- Sozialmedizin
- Interdisziplinäre Unterrichtsangebote
- Wahlfach Experimentelle Medizin

Praktisches Jahr:

- Wahlterial Allgemeinmedizin
- Studientag PJ



Medizin II

Allgemeinmedizin

- Blockpraktikum Allgemeinmedizin
- Seminare, Vorlesungen, eLearning
- Prüfungen: Epikrise, OSCE

Sozialmedizin

- Seminare, Vorlesungen
- Prüfungen: Referate, Klausur

Interdisziplinäre Unterrichtsangebote

- Problemorientiertes Lernen (POL)
- Kommunikationstraining
(mit Med.-Soziologie, Arbeitsmedizin, Psychosomatik, Psychiatrie und KJP)
- Überbringen schlechter Nachrichten
(mit Geriatrie und Medizinischer Klinik II)

Lehrpraxen: Blockpraktikum und PJ

In über 160 Lehrpraxen werden Studierende im Rahmen des zweiwöchigen Blockpraktikums Allgemeinmedizin unterrichtet.

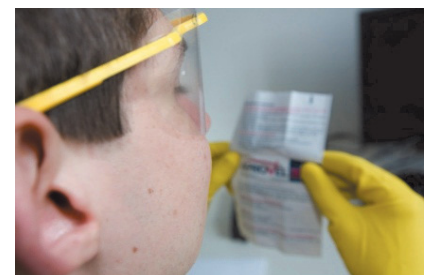
Dank des Einsatzes der Lehrärztinnen und Lehrärzte gehört das BP Allgemeinmedizin zu den von den Studierenden am besten evaluierten Blockpraktika.

Im PJ Wahlterial haben über 10 Lehrärztinnen und Lehrärzte rund 60 PJ-Studierende zur beiderseitigen großen Zufriedenheit ausgebildet.

Lehrprojekte

In den Jahren 2006 bis 2013 wurden folgende Lehrprojekte vom IfA durchgeführt und im Rahmen des Förderfonds Lehre durch das Dekanat unterstützt:

- Simulations-Patienten am UKE
- Einführung in die klinische Medizin
- Instant aging - Instant diseasing
- Interkulturelle Kompetenz lernen
- Interdisziplinäres Zusammenarbeiten
- Feedback im BP Allgemeinmedizin
- Didaktische Schulungen für Lehrärzte
- Second Track „Praxistrack“
- Second Track „Internationale Medizin“



Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im iMED Modellstudiengang



Maren Ehrhardt, Kerstin Schrom, Martin Scherer

Überblick

Im Oktober 2012 hat in Hamburg für alle rund 360 Studierenden der modulare Modellstudiengang Integrierter Modellstudiengang Medizin (iMED) begonnen. Wichtige Ziele von iMed sind die Verknüpfung von theoretischen und klinischen, medizinischen Inhalten, die stärkere Betonung der Wissenschaftsorientierung und eine fachübergreifende Integration von klinisch-praktischen Fertigkeiten. Zur individuellen Schwerpunktbildung absolviert jeder Studierende vom 1. bis 9. Semester ein Wahlfach („Second Track“). Der Schwerpunkt der allgemeinmedizinischen Lehre liegt in den Modulen G2 und G3 „Medizin des Erwachsenen und des alternden Menschen“.

Medizin des Erwachsenen und des alternden Menschen (Module G)

Themen der allgemeinmedizinischen Lehre (Vorlesungen, Seminare, UaK, PoL) sind u.a.:

- Aufgaben in der ambulanten Versorgung
- Häufige Beratungsanlässe
- Häufigkeit von Erkrankungen und Multimorbidität
- Pharmakotherapie häufiger Erkrankungen
- Therapie chronischer Erkrankungen
- Körperliche Untersuchung: Ganzkörperstatus
- Überbringen schlechter Nachrichten
- häufige Probleme in der Arzt-Patienten Kommunikation: Ursachen und Lösungswege

Unterrichtsveranstaltungen in anderen Modulen

Themen:

- Kreuzschmerzen
- Risikofaktoren und Beratung bei Arteriosklerose
- Impfungen und Reisemedizin
- Diabetes Typ II
- Kolorektales Karzinom



„Second Tracks“/ Wahlfächer

Die Allgemeinmedizin ist an zwei Wahlfächern federführend beteiligt:

- Praxistrack: Praxis und Forschung*
(in Kooperation mit: Geriatrie, Gesundheitsökonomie, Geschichte der Medizin, Biomathematik, Med. Soziologie, Pharmakologie, Rechtsmedizin und allgemeinmedizinische Lehrpraxen)
- intermed: Interkulturelle Kompetenz und internationale Medizin*
(in Kooperation mit: Medizinische Soziologie)

Modulübergreifende Lehrangebote des IfA

- Berufsfelderkundung*
- Einführung in die klinische Medizin*

Prüfungen

- OSCE, Erstellen einer Epikrise.
- Studierende mit Wahlfach Allgemeinmedizin im PJ werden außerdem in der M2 Prüfung (Staatsexamen) im Fach Allgemeinmedizin geprüft.

*jeweils mit eigener Projektbeschreibung

Ausbildung in den Lehrpraxen

Zweiwöchiges Blockpraktikum Allgemeinmedizin

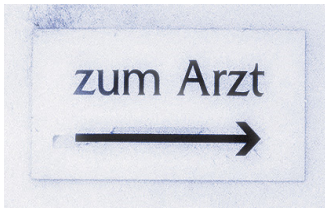
Die erste Woche erfolgt bereits im Anschluss an das 2. Semester. Die Studierenden sollen die zuvor erworbenen Untersuchungs- und Anamnesetechniken vertiefen und an einer Vielzahl von Arzt-Patienten Kontakten teilnehmen. Die zweite Woche wird in Modul G3 im 4. bzw. 5. Studienjahr in den Lehrpraxen absolviert. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Versorgung chronisch kranker Menschen.

PJ Wahlfach Allgemeinmedizin

Das Wahlfach Allgemeinmedizin wird in Hamburg seit rund 7 Jahren erfolgreich angeboten. Die praktische Ausbildung erfolgt in den Lehrpraxen, die Begleitung durch die Seminare sowie die Organisation übernimmt das Institut für Allgemeinmedizin.

Ansprechpartnerin

Maren Ehrhardt, ehrhardt@uke.de



Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung

Ein theoretisch fundierter und praxisorientierter Einblick
in mögliche Berufsfelder angehender Mediziner/-innen

Thomas Kloppe, Iris Extra, Susan Amirbeigi Arab, Maren Ehrhardt

Zusammenfassung



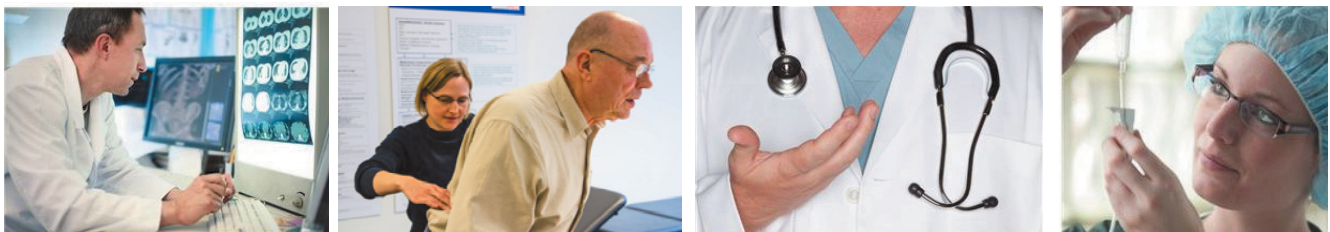
Die Studierenden der Medizin bekommen im ersten Semester durch die Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung (BFE) einen Einblick in das strukturelle Umfeld der ärztlichen Tätigkeit und das Spektrum der Einsatzmöglichkeiten von Medizinerinnen und Medizinern.

Hintergründe und Ziele

Die Studierenden, die ein Medizinstudium am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) beginnen, haben in der Regel wenig Vorkenntnisse über die zahlreichen medizinischen Berufsfelder, die sich für sie ergeben können oder sie sind bereits auf eine bestimmte Disziplin fixiert. Die Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung soll das Blickfeld der Studierenden erweitern und eine wichtige Grundlage für ihre spätere berufliche Orientierung bilden.

Es werden Informationen vermittelt, die es den Studierenden ermöglichen, ihre bisherige Sichtweise auf das Gesundheitswesen (als Nutzer = Patient) um die Innensicht zu erweitern, die sie für die Rolle eines Arztes (= professioneller Dienstleister) benötigen.

Das Ziel ist ein lebendiger Abgleich von allgemeinen Erwartungen und Annahmen mit den tatsächlichen Gegebenheiten im medizinischen Berufsfeld.



Design und Methodik

In fünf Erkundungen, die aus insgesamt knapp 200 Angeboten gewählt werden können, erhalten die Studierenden die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte in ambulanten, stationären und in psychosozialen Arbeitsfeldern sowie im Bereich Public Health, der medizinischen Forschung und alternativen Berufsfeldern zu besuchen. Dort erhalten sie vielfältige Einblicke in den ärztlichen Berufsalltag und die damit verbundene professionelle Rolle. Die Erkundungen werden von sechs Seminaren am UKE begleitet, in denen die Studierenden Einblicke in die verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems erhalten und ihre Erfahrungen aus den Berufsfelderkundungen strukturiert miteinander diskutieren.

Beteiligt an dieser Lehrveranstaltung sind Dozentinnen und Dozenten des Instituts für Allgemeinmedizin, des Instituts für Medizinische Soziologie und des Instituts für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Die Erkundungen werden durch Ärzt/-innen und Forscher/-innen aus verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens ermöglicht, die hoch motiviert die Fragen der Studierenden zu ihrem Werdegang, ihrer persönlichen Motivation, ihrem Arbeitsgebiet und ihrem Arbeitsalltag beantworten und offen mit allen Vor- und Nachteilen diskutieren.

Partner

Institut für Medizinische Soziologie
Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

Ansprechpartner

Thomas Kloppe, t.kloppe@uke.de



Einführung in die klinische Medizin (EKM) – ein interdisziplinärer Untersuchungskurs



Dagmar Lühmann, Egina Puschmann, Annette Strauss, Paola Brusa-Düwel,
Hans-Otto Wagner, Carl-Otto Stolzenbach, Lena Hahn, Maren Ehrhardt

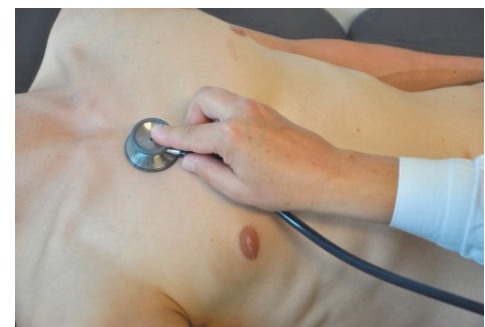
INTEGRIERTER
MODELLSTUDIENGANG
MEDIZIN HAMBURG **IMED**

Zusammenfassung

Inhalt des interdisziplinären Kurses “Einführung in die klinische Medizin” (EKM) ist der Erwerb grundlegender Techniken der körperlichen Untersuchung und der Anamneseerhebung, als Grundlage für die Untersuchungskursen des klinischen Studienabschnitts. Die Inhalte des EKM-Kurses orientieren sich am 2012 finalisierten KUMplusKOM-Schema.

Hintergründe und Ziele des Projekts

Die Techniken der Anamneseerhebung und der körperlichen Untersuchung gehören zu den essentiellen Fertigkeiten, die Studierende der Medizin am Ende des Studiums sicher beherrschen sollten. Der Grundstein hierfür wird im Kurs EKM gelegt. Die Fakultät hat im Rahmen einer Klausurtagung im Jahr 2005 beschlossen, den Kurs als interdisziplinären Untersuchungskurs zu organisieren. Ein Dozent unterrichtet eine Gruppe kontinuierlich über das ganze Semester.



Design/ Methodik

In den Modulen B1 bis F1 des Modellstudiengangs am UKE werden jeweils 380 Studierende von Dozenten aus mehr als 12 verschiedenen Kliniken und Instituten des UKE sowie von externen Lehrbeauftragten unterrichtet. Der Unterricht beinhaltet einen theoretischen Seminar- und einen praktischen Untersuchungskursteil (Gruppengröße 8 Studierende).

Im Rahmen eines Förderfonds Lehre Projektes (FFL) im Jahr 2008 wurden die Inhalte und Materialien überarbeitet bzw. neu entwickelt. Dieses geschah in Abstimmung mit den Vertretern der klinischen Fächer und auf Grundlage vorhandener, im klinischen Studienabschnitt genutzter, Lehrmaterialien. Mit Beginn des Modellstudienganges iMed 2012 wurden die Materialien und Themen erneut angepasst und unter Berücksichtigung des KUMplusKOM Schemas überarbeitet. Die Reihenfolge der Themen wurde mit den anderen Fächern der Module B1 bis F1 abgestimmt, um eine Verknüpfung von anatomischen und physiologischen Kenntnissen mit den Inhalten der EKM zu ermöglichen. Den Dozenten stehen für jedes Thema Ablaufpläne, Lernziele und weitere Unterrichtsmaterialien und – geräte zur Verfügung.

Die Studierenden werden durch die Teilnahme an zwei Übungs-OSCEs (objective structured clinical examination) auf das Prüfungsformat der Physikumsäquivalenzprüfung nach Modul F1 vorbereitet.

Kursthemen

- Kreislauf
- Grundlagen der Anamneseerhebung
- Dermatologische Untersuchung
- Untersuchung der Lunge
- Bewegungsapparat 1 und 2
- Herz
- Abdomen
- Kopf
- Übungs-OSCE 1 und 2

Ergebnisse

- Die Unterrichtsmaterialien ermöglichen den Dozenten aus den unterschiedlichsten medizinischen Fachspezialitäten eine angemessene Vorbereitung.
- Der Unterricht wird einheitlich strukturiert durchgeführt und orientiert sich an den Lernzielen.
- Gute bis sehr gute Ergebnisse im Rahmen der studentischen Evaluation.

Ansprechpartnerin

Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

Entwicklung des Wahlfachs „PraxisTrack“ für das Hamburger Reformcurriculum iMED

Katharina Dahl, Hans-Hermann Dubben, Maren Ehrhardt, Birgit Frilling¹, Olaf von dem Knesebeck², Hans-Helmut König³, Wolfgang von Renteln-Kruse¹, Kai Sammet⁴, Heinz-Peter Schmiedebach⁴, Rebecca Schwoch⁴, Susanne Sehner⁵, Karl Wegscheider⁵, Sven Anders⁶, Martin Scherer

Zusammenfassung

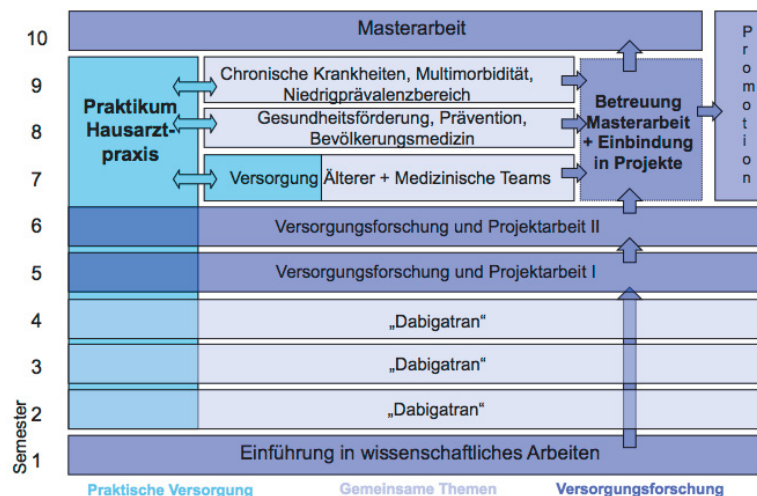
Die medizinische Versorgung der Bevölkerung findet überwiegend im außer-universitären und außer-klinischen Bereich statt. In dem neuen Wahlfach erlernen interessierte Medizinstudierende relevante Kompetenzen für die Primärversorgung. Bevölkerungsmedizin, Gesundheitsökonomie und vor allem Versorgungsforschung, die gerade im ambulanten Sektor einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Situation leistet, sind Bestandteile des PraxisTracks.

Hintergründe und Ziele des Projekts

Das Hamburger Reformcurriculum ist im Oktober 2012 gestartet. Vom ersten bis zum zehnten Semester laufen verschiedene Wahlfach-Stränge als sogenannte Second Tracks parallel zum Kerncurriculum. Diese Tracks sind modular aufgebaut und schließen mit einer Masterarbeit ab. Sie bieten den Studierenden die Möglichkeit, ihren Interessen entsprechend spezielle Kompetenzen und Kenntnisse zu erwerben und die Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens zu erlernen.

Aufbau des PraxisTracks

Nach der für alle Tracks einheitlichen Einführung in wissenschaftliches Arbeiten, haben die verschiedenen Semester die Möglichkeit, den PraxisTrack im „Dabigatran“-Modul kennen zu lernen. Ab dem 5. Semester erfolgt eine feste Einschreibung in den Track. Kernmerkmal des Tracks sind die enge Verknüpfung von praktischer Erfahrung mit sozialmedizinischen, ethischen, und gesundheitsökonomischen Aspekten der Primärversorgung und der Versorgung älterer Menschen.



Entwicklungsstand

Konzept, Lernziele, Lehrinhalte und Stundenpläne wurden für die einzelnen Module und den gesamten PraxisTrack erstellt und abgestimmt. Mit Unterstützung des Förderfonds Lehre wurde das Wahlfach etabliert und wird seit Mai 2013 angeboten. Die ersten Erfahrungen sind sehr positiv und werden für die Weiterentwicklung des Tracks genutzt. Im Sommer 2014 werden die Studierenden sich erstmalig dauerhaft für einen Second Track entscheiden.

Beteiligte Institute

¹Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Albertinen-Haus ²Institut für Medizinische Soziologie, ³Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, ⁴Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin, ⁵Institut für Biometrie und Epidemiologie, ⁶Institut für Rechtsmedizin

Second Track – Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin intermed

Claudia Mews, Niels-Jens Albrecht*, Annette Strauß, Olaf von dem Knesebeck*, Martin Scherer

*Institut für Medizinische Soziologie

Zusammenfassung



Der Second Track Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin bietet den Medizinstudierenden am UKE das Angebot, Kompetenzen im Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie mit Kolleginnen und Kollegen unterschiedlichster Herkunft zu erlangen, Auslandsaufenthalte intensiv vor- und nachzubereiten und Einblicke in verschiedene Bereiche des Nationalen und Internationalen Gesundheitswesens und der gesundheitlichen Versorgung zu bekommen.

Hintergründe und Ziele

In Deutschland haben ca. 20 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Bedingungen im Herkunfts- und im und im Zuwanderungsland können einen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben. Der Zugang zu den Angeboten und Einrichtungen des Gesundheitswesens kann erschwert sein, im Arzt-Patienten-Kontakt kann es zu Herausforderungen kommen.

Viele Medizinstudierende verbringen einen Teil ihrer Ausbildung im Ausland. Die globale Sicht auf die Gesundheit von Individuen und Bevölkerungsgruppen führt zu neuen Erkenntnissen.

Ziel ist es, den Studierenden entsprechende Kompetenzen zu vermitteln und Wege zu einer patientenzentrierten und chancengleichen Gesundheitsversorgung, unabhängig von Herkunft, Identität und kultureller Orientierung im Inland und im Ausland aufzuzeigen.



Design und Methodik

Im Rahmen des Reformcurriculums iMED wird seit dem Sommersemester 2013 das strukturierte Mantelcurriculum „Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin“ angeboten. Es bietet 20 Studierenden in acht Modulen à 2 Wochen (2.- 9. Semester) sowie dem Modul "Studienarbeit" im 10. Semester die Möglichkeit, sich mit dem erweiterten Themenbereich, basierend auf den drei Säulen Theorie, Praxis und Forschung, eingehend zu befassen

Ergebnisse

An den ersten Modulen bis zum Mai 2014 nahmen 80 Studierende teil. Neben einer Einführung in eine migrationssensible Forschungsmethodik wurden u.a. die Bereiche „Migration“ und „Kultur“ näher beleuchtet, es gab Einblicke in die Arbeit von Ärzten ohne Grenzen, Ärzten der Welt und des International Office des UKE. Möglichkeiten für Auslandsaufenthalte während des Studiums wurden aufgezeigt. In 11 Hospitationspraxen wurden die Studierenden im Verhältnis 1:1 betreut. Alle Dozierenden wurden von den Studierenden gut bis sehr gut evaluiert.

Lehrkonzept des Fachs Sozialmedizin

Thomas Zimmermann, Dagmar Lühmann, Ingmar Schäfer, Martin Scherer

Zusammenfassung

Die Sozialmedizin befasst sich mit den sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit. Das Fach analysiert die Umstände, die mit einer gesunden oder ungesunden Lebensweise unterschiedlicher Zielgruppen einhergehen, deren Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie deren soziokultureller Herkunft bzw. Umgebung. Die Sozialmedizin betrachtet darüber hinaus die gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Sie bewertet deren steten Wandel vor dem Hintergrund ärztlicher, aber auch patientenbezogener Interessen mit ihren oft verschiedenen Bedürfnissen und Sichtweisen. Veränderte Gesetze und neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten haben oft direkte Auswirkungen auf die konkrete Arbeit mit den Patienten/-innen.

Ziele des Unterrichts

Haben die Studierenden den Unterricht Sozialmedizin absolviert, sind ihnen

- die Grundprinzipien der Organisation und Finanzierung der sozialen Sicherung und des Gesundheitswesens,
- die Strukturprinzipien der ambulanten und stationären Versorgung, die Schnittstellenprobleme im Gesundheitswesen,
- verschiedene Steuerinstrumente in der ambulanten Versorgung,
- die Struktur und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene sowie
- die wichtigsten Konzepte und Methoden des Qualitätsmanagements in der ambulanten und stationären Versorgung bekannt.

Unterrichtsaufbau

4 Vorlesungen

1. Soziales System Gesundheitsversorgung, 2. Stationäre und rehabilitative Versorgung,
3. Public Health, 4. Soziale Ursachen und Folgen von Krankheit

Seminar „Versorgungsformen“ und Seminar „Qualitätsmanagement“

Jeweils ein Impulsseminar (120 min), eine Gruppenarbeit (Literaturstudium zur Erarbeitung einer Präsentation) und ein Präsentations-Seminar (120 min).

Seminar „Versorgungsformen“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

- DMP § 137x SGB V
- Hausarztzentrierte Versorgung § 73b SGB V
- Medizinisches Versorgungszentrum § 95 SGBV / Zulassung amb. Versorgung
- Integrierte Versorgung § 140 SGB V

Seminar „Qualitätsmanagement“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

- Entlassungsmanagement
- Beschwerdemanagement
- Fehlermanagement
- Qualitätsberichte in der stationären Versorgung

Seminar Sucht / Abhängigkeitserkrankungen und ihre Versorgung (90 min)

Leistungsnachweise: Präsentation (entweder zu Versorgungsformen oder Qualitätsmanagement) und Klausur (30 Minuten, 20 MC-Fragen basierend auf den Vorlesungsfolien), die jeweils hälftig in die Gesamtnote einfließen.



Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung

Cadja Bachmann, Silke Roschlaub, Sebastian Dunkelberg,
Kerstin Schrom, Rebecca Keim, Martin Scherer

Zusammenfassung

Das Institut für Allgemeinmedizin nimmt seit 2005 die Funktion eines Kompetenzzentrums für Simulationspatienten für die Medizinische Fakultät der Universität Hamburg wahr. Simulationspatienten (SP) sind Laienschauspieler in Patientenrollen. Sie sind international in der medizinischen Ausbildung zur Vermittlung kommunikativer und praktischer Fertigkeiten anerkannt. Die positiven Evaluationen Hamburger Studierender und Dozenten und die hohe Akzeptanz der didaktischen Methode ermöglichten einen fachübergreifenden Ausbau des Projekts. Derzeit verfügt das Projekt über 110 SP, die in über 109 Patientenrollen in 483 Unterrichten und mehr als 2.800 Einzelprüfungen eingesetzt werden.

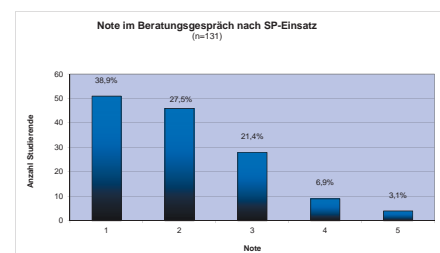
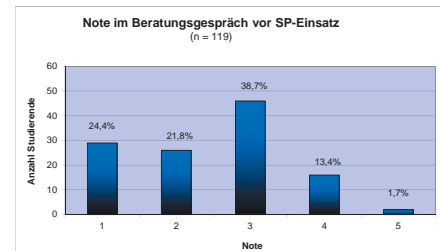
Hintergrund und Zielsetzung

- Kompetente ärztliche Gesprächsführung fördert Compliance, Patientenzufriedenheit, diagnostische Genauigkeit und Behandlungserfolg.
- Der Erwerb kommunikativer und praktischer Kompetenzen sind zentrale Ausbildungsziele des Hamburger Curriculums, SP eignen sich zu deren Vermittlung.
- SP ermöglichen ein praktisches und „gefahrloses“ Üben am Modell. Das anschließende Feedback steigert den Lernerfolg.



Methode

- Entwicklung authentischer Rollenskripte unter Berücksichtigung fachspezifischer und interdisziplinärer Lernziele.
- Mehrstündiges Schauspiel- und Feedbacktraining mit anschließender standardisierter Darstellung der Patientenrollen in Unterrichten/Prüfungen, Geben von Feedback.
- Rollenrepertoire: allgemeinmedizinische, internistische, psychiatrische, neurologische, gynäkologische Krankheitsbilder, z.B. Beratung, Überbringen schlechter Nachrichten, Umgang mit „schwierigen“ Patienten, körperliche Untersuchung...
- Evaluation der Lehrveranstaltungen durch Studierende/Dozenten und begleitende Ausbildungsforschung.



Ergebnisse

- Seit 2005 wurde das SP-Programm kontinuierlich ausgebaut. SP-Einsätze wurden longitudinal und fächerübergreifend in den Regel- und Reformstudiengang der medizinischen Curricula implementiert.
- 110 Simulationspatienten werden in 109 Patientenrollen in 483 Lehrveranstaltungen und in mehr als 2.800 Einzelprüfungen eingesetzt. Derzeit erleben 2.700 Studierende Simulationspatienten.
- Evaluationen: „Hervorragende Übung“, „sehr authentisch“, „bereitet sehr gut auf Beruf vor“, „Feedback ist sehr hilfreich“.
- Lehrveranstaltungen mit SP gehören zu den am besten evaluierten Unterrichten der Fakultät und erhalten Schulnoten von 1,2 - 2,2. Über 90% der Studierenden und Dozenten geben an, der Einsatz von SP steigere die Qualität der Lehre. Prüfungsleistungen wurden verbessert.

Ansprechpartnerin

Cadja Bachmann, c.bachmann@uke.de

KUMplusKOM - Outcome Evaluation

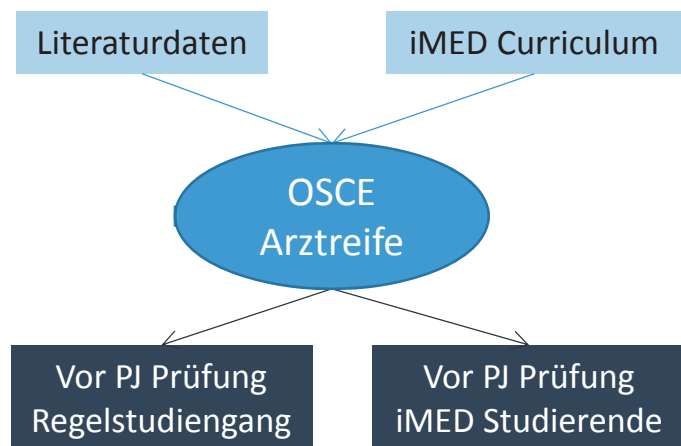
Maren Ehrhardt, Cadja Bachmann, Anne Barzel, Dagmar Lühmann, Silke Roschlaub,
Annette Strauss, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Klinisch praktische Fertigkeiten sind essentielle Teile der allgemeinen Arztreihe. Für den iMED Modellstudien- gang wurden fakultätsweit im Rahmen eines Konsensusverfahrens einheitliche Lehr- und Lernziele für die Klinischen Untersuchung in der Medizin (KUM), weitere Basistechniken (plus) und die Kommunikation (KOM) entwickelt.

Design und Methodik

Das Projekt gliedert sich in drei Teile. Zunächst werden im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche zur internationalen Evidenz von Inhalten und Prüfungen zur sog. „Arztreihe“, Analyse der im iMED Curriculum tatsächlich abgebildeten Kompetenzen und Entwicklung und Durchführung eines OSCEs zur Überprüfung integrierter Kompetenzen. Die OSCEs werden auf freiwilliger Basis mit Studierenden des Regel- und des Modellstudienganges vor dem Eintritt in das PJ durchgeführt.



Erwartete Ergebnisse

Ziel ist die Outcome-bezogene Evaluation des KUMplusKOM Projektes, d.h. der klinischen Untersuchungs- und Kommunikationsfertigkeiten von Medizinstudierenden vor Eintritt in das praktische Jahr. Hierzu erfolgt ein Vergleich der Leistungen von Absolventen des iMED Studienganges mit denen des Regelstudienganges.

Weiterhin soll eine vollständige Bestandsaufnahme der im Curriculum tatsächlich vermittelten KUMplusKOM Kompetenzen inkl. aller Teilkompetenzen erfolgen, die letztendlich die Entwicklung eines hierarchischen Modells der Kompetenzen erlaubt.

Geplante Ergebnisverwertung

Die Ergebnisse der outcome Evaluation werden in die weitere Entwicklung des iMED Curriculums inkl. der Prüfungskonzepte einfließen.

Förderer	Paul Unna Gerson Stiftung, Förderfondslehre UKE
Laufzeit	Januar 2014 bis Dezember 2016
Partner	KUMplusKOM Arbeitsgruppe (Leitung M. Scherer, M. Härter, S. Harendza)
Ansprechpartner	M. Ehrhardt ehrhardt@uke.de

Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed)

Benjamin Gedrose, Sophie Birck, Nina Janßen, Hendrik van den Bussche

Zusammenfassung

Ziel der Studie ist die Identifikation von Bedingungen für erfolgreiche Abschlüsse der fachärztlichen Weiterbildung und den Aufstieg in leitende Positionen der Medizin. Untersucht wird der gesamte Weiterbildungszeitraum. Erste Ergebnisse zeigen, dass Ärztinnen vor Beginn der Weiterbildung niedrigere Positionen anstreben und eine berufliche Tätigkeit in geringerem Umfang planen.

Hintergründe

Frauen benötigen länger für den Abschluss der Weiterbildung und sind weniger in Spitzenpositionen der Krankenversorgung vertreten. Während der Weiterbildung werden entscheidende Weichen für den Karriereverlauf gestellt.

Erste Ergebnisse

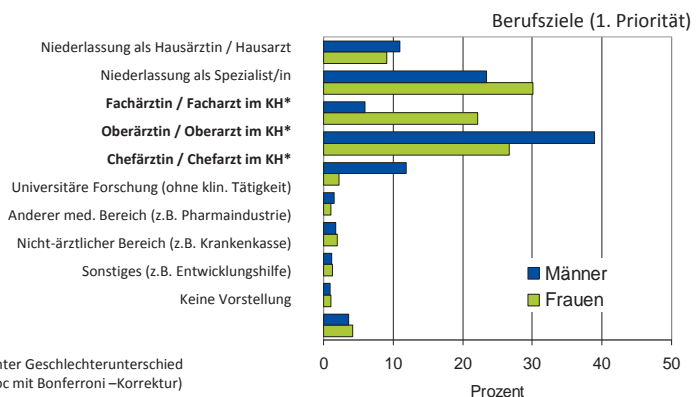
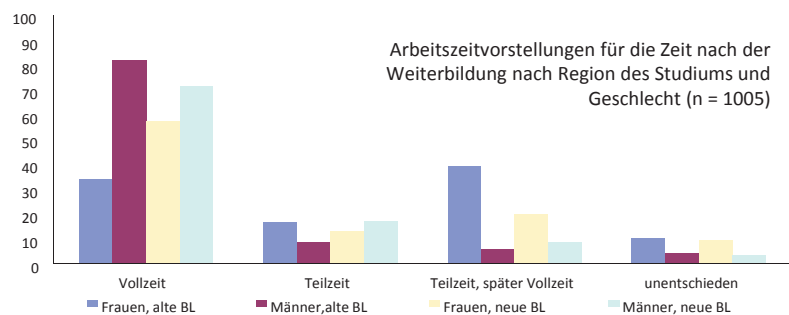
Bereits am Ende des Studiums finden sich Unterschiede in karriere-relevanten Berufszielen. Frauen streben im Krankenhaus statusniedrigere Positionen an. Zudem planen sie seltener eine durchgängige Vollzeitstätigkeit. Die (antizipierte) Elternrolle spielt für Ärztinnen ebenso wie traditionelle Vorstellungen über die Arbeitsteilung innerhalb der Familie bei der Berufsplanung weiterhin eine große Rolle.

Ziele

Es sollen förderliche und hinderliche Bedingungen für einen erfolgreichen Karriereverlauf während der Weiterbildung untersucht werden.

Methodik

KarMed ist eine multizentrische prospektive längsschnittliche Beobachtungsstudie. An sieben Standorten werden ca. 1.000 Absolventinnen und Absolventen der Medizin während ihrer fachärztlichen Weiterbildung begleitet. Die Befragten füllen in jährlichen Intervallen einen standardisierten Fragebogen aus.



Veröffentlichungen (Auswahl)

1. Van den Bussche H, Kromark K, Köhl-Hackert N, Robra B, Rothe K, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Wonneberger C, Scherer M, Alfermann D, Gedrose B. Hausarzt oder Spezialist im In- oder Ausland? Das Gesundheitswesen 2012; 74: 786-792.
2. Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J, Robra B, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Scherer M, Pöge K, Rothe K, van den Bussche H. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Deutsche Medizinische Wochenschrift 2012; 137: 1242
3. van den Bussche H, Wonneberger C, Birck S, Schultz JH, Robra BP, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Scherer M, Pöge K, Rothe K, Gedrose B. Die berufliche und private Situation von Ärztinnen zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung. Gesundheitswesen, online-Publikation: 2013, e1-e6, DOI

Kooperationspartner & Universitätsstandorte

Ansprechpartner

Leipzig, Erlangen, Gießen, Heidelberg, Köln, Magdeburg

Nina Jansen, n.jansen@uke.de

Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH) – Strukturiertes und interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte

Hans-Otto Wagner, Claudia Mews, Martin Scherer

Zusammenfassung

In gemeinsamer Initiative führen seit Mitte 2005 das Institut für Allgemeinmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, der Hausärzteverband, der Verein Hausärztlicher Internisten und die Fortbildungsakademie der Ärztekammer in Hamburg das strukturierte Fortbildungscurriculum "Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH)" durch. Damit wird Hamburger Hausärzten ein industrieunabhängiges und evidenzbasiertes, aufeinander abgestimmtes, von Hausärzten organisiertes, erreichbares und bezahlbares Fortbildungsprogramm angeboten.

Hintergründe und Methodik des Projekts

Mit der HFH wurde auf der Basis der Ergebnisse hausärztlicher Gruppendiskussionen ein Fortbildungsformat entwickelt, dessen Inhalte das spezielle Arbeitsfeld, die Arbeitsweise sowie die praktischen Bedürfnisse und Fragestellungen der Hausärzte berücksichtigen. Die Veranstaltungen werden fortlaufend evaluiert und die Teilnehmer werden per E-Mail in die Themenwahl und die inhaltliche Gestaltung der Fortbildungsabende einbezogen. Pro Jahr werden 8 Veranstaltungen angeboten, die eine Mischung aus Fallbesprechungen, Expertenvorträgen und Podiumsdiskussion darstellen. Die Teilnehmer entrichten eine Gebühr von 20 – 30 € pro Veranstaltung. Von den Hamburger Hausärzten wird die HFH sehr gut angenommen. So wurden im Jahr 2013 die acht Veranstaltungen von ca. 700 Kolleginnen und Kollegen besucht.

Aktuelles Programm

- Erhöhte Leberwerte, chronische Hepatitis
- Notfälle und dringende Behandlung in der Hausarztpraxis (*DMP Diabetes, HzV*)
- rationale Antibiotikatherapie (*HzV*)
- Update Urologie: u.a. Reizblase, Nephrolithiasis

Ausblick Themen 1. Halbjahr 2015

- posttraumatische Belastungsstörung, Randgruppen in der Hausarztpraxis
- Rücken/Knie/Fuß
- Impfungen
- neue radiologische Diagnostik

Wesentliche Merkmale der HFH

- Unabhängigkeit - kein Sponsoring
- Praxis-/Anwendungsorientierung
- Hausarztbeteiligung
- Interdisziplinarität



Veröffentlichungen

1. Küver C et al. Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH) - neues interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte. Z Allg Med 2006; 82: 182-184
2. Küver C et al. Erfolgskriterien für hausärztliche Fortbildung aus der Perspektive der Zielgruppe. Vortrag auf dem 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Potsdam 21-23.9.2006
3. Mews C. Hausärztliche Fortbildung Hamburg - Format und Methodik. Vortrag auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Dresden 23.-25.9.2010

Ansprechpartner

Hans-Otto Wagner, h.wagner@uke.de, hfh-ifa@uke.de

Hamburger Tag der Allgemeinmedizin

Zusammenfassung

Das Fortbildungskonzept „Tag der Allgemeinmedizin“ ist an vielen Universitäten in Deutschland fester Bestandteil der allgemein-medizinischen Fortbildungsangebote. In ca. 40 Workshops bieten wir unabhängige und praktische Fortbildungen für das gesamte haus-ärztliche Praxisteam an. Sie sind explizit als Mitmach-Seminare konzipiert und bieten Gelegenheit, Wissen sowie praktische Fertigkeiten aufzufrischen und Neues zu erlernen. Damit ist der Tag der Allgemeinmedizin eine praxisnahe Ergänzung zur etablierten Hausärztlichen Fortbildung Hamburg (HFH), die das Institut für Allgemeinmedizin gemeinsam mit vielen Kooperationspartnern seit Jahren sehr erfolgreich anbietet.

Hintergründe und Ziele des Projekts

2014 werden bundesweit 12 Tage der Allgemeinmedizin stattfinden. Diese Veranstaltungen sind herausragende Beispiele für eine interaktive, qualitativ hochwertige - und vor allem auch eine pharmafreie - Fortbildung. Sie stärken die Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlicher und praktischer Allgemeinmedizin und fördern einen professionellen Austausch in Praxis, Lehre und Forschung, der für alle Seiten gewinnbringend ist. Das große Angebot von praxisrelevanten Fortbildungen für Hausärzte und ihre Praxisteams sichert zudem eine hohe Fortbildungsqualität.



Webseite

www.uke.de/tda

Ansprechpartner

Thomas Kloppe, t.kloppe@uke.de, tda@uke.de

Methodik und Format der Veranstaltung

- Einführungsveranstaltung, bei der aktuelle Projekte aus dem Institut für Allgemeinmedizin und Zukunftspositionen für die wissenschaftliche und praktische Allgemeinmedizin vorgestellt werden.
- Parallel verlaufende Fortbildungsveranstaltungen zu praxisrelevanten Themen in Form von interaktiven Workshops mit Impulsreferaten und praktischen Übungen, bei denen ausreichend Zeit für Beteiligung bleibt und überwiegend Referenten-Tandems aus Praxis und Forschung bzw. Lehre eingesetzt werden.
- Verzicht auf externes Sponsoring.
- Plenumsveranstaltung mit einer gemeinsamer Diagnosefindung anhand von Fallbeispielen aus der Praxis.

Allgemeinmedizin in der Notaufnahme (ZNA) des UKE

Martin Scherer, Miriam Führ, Gerrit von Deyen, Nina Schmedt auf der Günne,
Hans-Otto Wagner

Zusammenfassung

Das Institut für Allgemeinmedizin war bis 2011 ausschließlich in Forschung und Lehre aktiv. Seit Oktober 2012 erstreckt sich die Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte des Instituts auch auf die Patientenversorgung am Klinikum. Diese allgemeinmedizinische Krankenversorgung umfasst zum einen die Behandlung fußläufiger Patienten in der Zentralen Notaufnahme und die Versorgung von Patienten im Fachbereich Allgemeinmedizin des Ambulanzentrums.

Insgesamt ist das Institut für Allgemeinmedizin seit 2014 mit acht Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin auf dem Campus tätig.



Hintergrund

Viele Patientinnen und Patienten, die die Zentrale Notaufnahme des UKE aufsuchen, benötigen im Grunde nur eine fundierte allgemeinärztliche Untersuchung, Behandlung und Beratung und können dann wieder entlassen werden. Sie benötigen nicht die Leistungen einer auf schwerwiegende Notfälle zugeschnittenen Notaufnahme an einer Universitätsklinik der Maximalversorgung. Um diese Patientinnen und Patienten umfassend, schnell und kosteneffektiv zu behandeln, wurde zunächst in einer Pilotphase von Oktober 2012 bis März 2013 das Team der ZNA des UKE von zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin unterstützt.

Ergebnisse der Evaluation der Pilotphase (Oktober 2012 bis März 2013)

Die Arbeit der Allgemeinärzte in der ZNA wurde mit Hilfe qualitativer und quantitativer Verfahren evaluiert:

- Über zwei Drittel der Patienten konnten ohne weitere diagnostischen Maßnahmen entlassen werden. Die Labor-, Röntgen und Konsultanforderungen gingen deutlich zurück.
- Durch Integration der Allgemeinmedizin in die ZNA kam es unter Beibehaltung der Qualität zu einer Senkung der Aufenthaltszeiten der leichter erkrankten Patienten, einer Erhöhung Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, Entlastung der ZNA, Senkung der Kosten und der einer sinnvollen Einbeziehung des Ambulanzentrums Allgemeinmedizin.

Integration des Fachbereichs Allgemeinmedizin in die ZNA (seit Oktober 2013)

Nach erfolgreichem Abschluss der Pilotphase ist nach einer Übergangszeit das Institut für Allgemeinmedizin jetzt mit seinen in der Krankenversorgung tätigen Fachärztinnen und -ärzten integrativer Bestandteil und selbstständige Abteilung der ZNA. Seit Juli 2014 sind dort fünf Fachärzte für Allgemeinmedizin tätig. Durch gute Zusammenarbeit mit den Pflegekräften und den spezialistischen Kolleginnen und Kollegen der ZNA nimmt insgesamt der Umfang der allgemeinärztlich zu versorgenden Patientin deutlich zu. Gleichzeitig wird der diagnostische Aufwand begrenzt und die Wartezeiten werden verkürzt. Die Patienten werden nach typisch allgemeinärztlicher Vorgehensweise und allgemeinärztlichen Standards und Leitlinien versorgt und anschließend mit Brief wieder an ihren Hausarzt zurückgeschickt.

Veröffentlichung

Scherer M, Boczor S, Weinberg J, Kaduszkiewicz H, Mayer-Runge U, Wagner HO. Allgemeinmedizin in einer Universitätsklinik - Ergebnisse eines Pilotprojekts. Z Allg Med. 2014; 90: 165-173.

Ansprechpartner

Hans-Otto Wagner, h.wagner@uke.de

Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum des UKE

Martin Scherer, Annette Löwe, Johannes Lüke,
Kathrin Vermehren, Hans-Otto Wagner

Zusammenfassung

Das Institut für Allgemeinmedizin war bis 2011 ausschließlich in Forschung und Lehre aktiv. Seit Oktober 2012 erstreckt sich die Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte des Instituts auch auf die Patientenversorgung am Klinikum. Diese allgemeinmedizinische Krankenversorgung umfasst zum einen die Behandlung fußläufiger Patienten in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) und die Versorgung von Patienten im Fachbereich Allgemeinmedizin des Ambulanzentrums.

Insgesamt ist das Institut für Allgemeinmedizin seit 2014 mit acht Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin auf dem Campus tätig.



Die Arbeit im Ambulanzzentrum

Im Fachbereich Allgemeinmedizin des Ambulanzentrums bietet das Institut für Allgemeinmedizin die Möglichkeit einer hausärztlichen Versorgung auf dem Campus. Insbesondere können so auch Angestellte und Studierende des UKE vor Ort eine allgemeinmedizinische Betreuung erhalten.

Die Allgemeinmedizin bietet das gesamte Leistungsspektrum einer hausärztlichen Praxis an. Die Besonderheit ist die enge Anbindung an das Institut für Allgemeinmedizin am UKE.

Wir sehen uns als Partner der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und als Bindeglied zwischen dem stationären und ambulanten Sektor zum Nutzen unserer gemeinsamen Patientinnen und Patienten. Da das Institut für Allgemeinmedizin seit Jahren einen engen Kontakt mit vielen Hamburger Hausärzten in Forschung und Lehre pflegt, soll die Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum keinesfalls Konkurrenz, sondern sinnvolle Ergänzung zu dem Angebot der umliegenden Hausärztinnen und Hausärzte sein.

Um diese Aufgabe wahrnehmen zu können, pflegen wir eine enge Verzahnung mit der ZNA, den Polikliniken und dem stationären Sektor. Es ist unser besonderes Anliegen, in Kooperation mit den niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten die Schnittstellenkommunikation in diesen Bereichen zu verbessern. Auch können wir im Ambulanzzentrum Patienten aus der ZNA, die keinen Hausarzt haben vorübergehend bis zur Klärung der akuten Problematik betreuen.

Eine weitere Aufgabe ist es, die Allgemeinmedizin als Fach für unsere Studierenden und die anderen Disziplinen auf dem Campus sichtbar und erfahrbar zu machen.

Die praktizierte Allgemeinmedizin im klinischen Setting wird die universitäre Institutionalisierung und die Bedeutung des Faches im Sinne der DEGAM-Zukunftspositionen weiter befördern.

Webseite

<http://www.uke.de/kliniken/ambulanzzentrum>

Ansprechpartner

Hans-Otto Wagner, h.wagner@uke.de