



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

Zentrum für Psychosoziale
Medizin

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-52400
Telefax: (040) 7410-53681
m.scherer@uke.uni-hamburg.de

Aktuelle Projekte des Instituts für Allgemeinmedizin

in Forschung und Lehre

2012

Stand: Oktober 2012

INHALTSVERZEICHNIS

Forschungsprojekte

Schwerpunkt Forschungsentwicklung, Leitlinien und Qualitätsförderung

1. DFG Nachwuchsakademie Versorgungsforschung 2012
2. Entwicklung eines medikationsbasierten Chronic Disease Score (medCDS)
3. Prostata-Karzinom Screening-Studien sind unnötig
4. DEGAM-Leitlinienentwicklungsstelle
5. Aktualisierung der DEGAM-Leitlinie Schlaganfall
6. QUALIPAT heart: Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung: Eine qualitative Analyse der Patientenbeteiligung am Beispiel von Herzinsuffizienz
7. Das hausärztliche Team in der Versorgungsforschung – Anforderungen an die Forschungsarbeit aus Sicht von Hausärzten und Medizinischen Fachangestellten

Schwerpunkt Epidemiologie und Versorgungsforschung

8. Multimorbiditätsmuster in der hausärztlichen Versorgung
9. Vielnutzung in der vertragsärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung – Eine Analyse auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten
10. Validität von Analysen auf der Basis von ICD-Diagnosen bei multimorbiden GKV-Versicherten im Alter von 65 bis 85 Jahren (MultiValid)
11. AgeCoDe Studie: Früherkennung, natürlicher Verlauf und Versorgungsaufwand von Demenz in der hausärztlichen Versorgung
12. Inanspruchnahme und Kosten der ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Patienten mit Demenz in der GKV
13. Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz
14. Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim (INTERPROF)
15. Depression im Alter: Versorgungsbedarf, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosten (AgeMooDe Studie)
16. Motive und Hindernisse zur Teilnahme von Patienten mit Typ-2-Diabetes an Patientenschulungen
17. Arzneimittel bei chronischer Herzinsuffizienz in der Hausarztpraxis
18. Problemkeim-Management in der Hausarztpraxis: Was können wir aus EHEC lernen?
19. Ambulante Versorgungsforschung Hamburg (AVFH)

Schwerpunkt Klinische Forschung / interventionelle Versorgungsforschung

20. Sicherheit von Metamizol mit Schwerpunkt Agranulozytose – eine systematische Übersichtsarbeit
21. Systematische Leitlinienrecherche und –bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für die DMP COPD und Asthma bronchiale
22. MultiCare AGENDA
23. Förderung der Teilhabe von Schlaganfallpatienten in der vertragsärztlichen Versorgung durch Constraint Induced Movement Therapy (HOMECIMT)
24. Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland (GermanIMPACT)
25. Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst, Depression und Somatoformen Störungen (SMADS)
26. Entwicklung und Erprobung von Schulungsmaterialien für illiterate türkischstämmige Patienten mit Diabetes mellitus (SITD)
27. Investigating a training supporting Shared Decision Making (It's SDM)
28. Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg
29. Projekt Krankenversorgung

(Forschungs)projekte der Aus-, Weiter- und Fortbildung, Berufe im Gesundheitswesen

Schwerpunkt Ausbildung

30. Übersicht: Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im Regelstudiengang
31. Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung (BFE)
32. Einführung in die klinische Medizin (EKM) - ein interdisziplinärer Untersuchungskurs
33. Lehrkonzept des Fachs Sozialmedizin
34. Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung
35. STUDDY-Patenprogramm: Service-Learning, Unterstützung älterer Menschen und Kennenlernen der zukünftigen Klientel
36. Entwicklung des Wahlfachs „Praxis Track“ für das Hamburger Reformcurriculum iMED
37. Interkulturelle Kompetenz für den ärztlichen Berufsalltag

Schwerpunkt Weiter- und Fortbildung

38. Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed)
39. Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH) – Strukturiertes und interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte
40. Hamburger Tag der Allgemeinmedizin
41. Interprofessionelle Zusammenarbeit üben - vom Unterrichtskonzept für Studierende zur innovativen Fortbildung für Berufstätige

DFG Nachwuchsakademie Versorgungsforschung 2012

Martin Scherer¹, Dagmar Lühmann², Hanna Kaduszkiewicz¹, Meike Thiele¹, Heiner Raspe³

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

³ Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

gefördert von

DFG Deutsche
Forschungsgemeinschaft

Zusammenfassung

- Versorgungsforschung gewinnt zunehmend an Bedeutung, nicht zuletzt weil der Problemdruck im Versorgungssystem zunimmt.
- Versorgungsforschungsprojekte in Deutschland verfügen 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.
- Trotz Fördermöglichkeiten können relevante Fragestellungen nicht bearbeitet werden, weil es akademischen Einrichtungen an geeigneten jüngeren Wissenschaftler/innen fehlt.

Daher förderte die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) im Februar 2012 die 2. Nachwuchsakademie Versorgungsforschung, die diesmal in Hamburg stattfand.

Zielsetzung

Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler verschiedener Disziplinen, die sich mit Fragen der Versorgungsforschung beschäftigen, sollten in einem frühen Stadium ihrer Karriere gefördert werden. Die Akademie bot 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

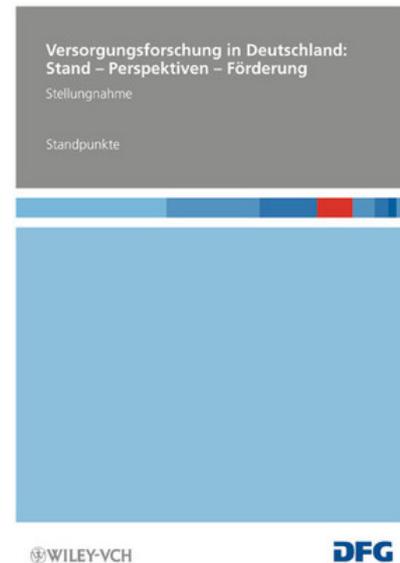
Eine positive Begutachtung der Bewerbungsskizze durch ein Expertengremium war Voraussetzung für die Einladung zur Nachwuchsakademie, die aus zwei Phasen bestand.

Die **erste Phase** bildete eine Akademie, die vom 27. Februar bis zum 02. März 2012 in Hamburg stattfand. Die 20 Teilnehmenden stellten dort ihre Projektideen vor und setzten sich mit fachlichen Themen und Fragen zu versorgungswissenschaftlichen Studien auseinander. Renommierte Expertinnen und Experten gaben in Vorträgen und Diskussionen Einblicke in den aktuellen Stand der Versorgungsforschung. In Kleingruppensitzungen wurden gemeinsame Lösungen zu verschiedenen Problemen der mitgebrachten Projektskizzen erarbeitet.

Für die **zweite Phase** wurde den Teilnehmenden der ersten Phase angeboten, bis zum 15.07.2012 ihre selbständig ausgearbeiteten Projektskizzen für eine erste Anschubfinanzierung bei der DFG einzureichen. Damit sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer schließlich in die Lage versetzt werden, zu einem späteren Zeitpunkt, aufbauend auf fundierten Vorarbeiten, umfangreiche Vollerträge 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.

Weitere Informationen unter:

http://83.143.5.70/foerderung/info_wissenschaft/ausschreibungen/info_wissenschaft_11_45/index.html



Entwicklung eines medikationsbasierten Chronic Disease Score (medCDS)

Ingmar Schäfer, Hendrik van den Bussche und Martin Scherer

Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Studie wird ein Multimorbiditätsindex entwickelt und validiert, mit dem anhand von Medikationsdaten eine Einschätzung der Krankheitslast von chronisch kranken Patienten in Deutschland vorgenommen werden kann.



Foto: Jann Wilken

Hintergrund

Multimorbiditätsindizes werden verwendet, um den Gesundheitszustand charakterisieren und gesundheitsbezogene Outcomes vorhersagen zu können. Medikationsbezogene Modelle sind vor allem dann attraktiv, wenn Diagnosen nicht vorhanden, inkonsistent oder nicht valide und reliabel sind. Für Deutschland ist bislang kein medikationsbasierter Multimorbiditätsindex verfügbar.

Methodik

Die Studie wird in Kooperation mit den Kohortenstudien MultiCare, ESTHER-Net, KORA-AGE, OMAHA, CONTENT, GetAbi und Leila 75+ durchgeführt.

Das Projekt ist in zwei Phasen aufgeteilt.

Phase 1: Entwicklung eines medikationsbasierten Sets von chronischen Krankheiten, anhand dessen die Morbidität in den Kohorten abgebildet werden kann.

Phase 2: Auf Basis dieses Sets wird ein Score entwickelt und die Prädiktionskraft bzgl. verschiedener gesundheitsbezogener Outcomes (z.B. Hospitalisierung) evaluiert.

Als Studienpopulation werden ambulante Patienten (inkl. Pflegeheimbewohner) im Alter 65+ aus den o. g. Kohorten in das Projekt medCDS eingeschlossen.

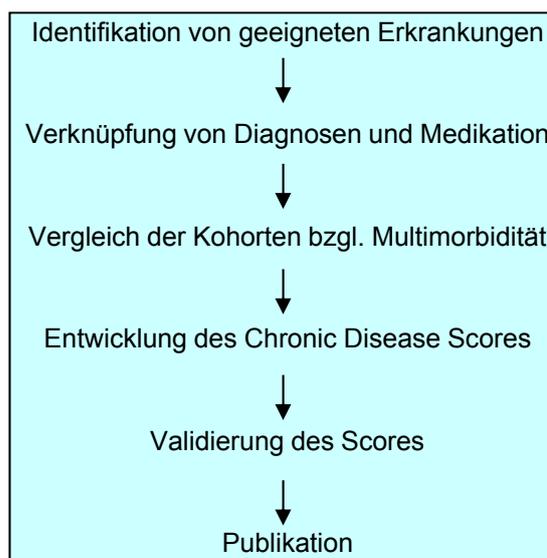


Abb. 1: Ablauf der Studie

Kooperationspartner

- Institut für Biometrie, Medizinische Hochschule Hannover
- Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert-Koch-Institut Berlin
- Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
- Selbständige Abteilung Sozialmedizin der Universität Leipzig
- Klinische Pharmakologie, Universität Witten-Herdecke
- Institut für Epidemiologie, Helmholtz-Zentrum München
- Institut für Allgemeinmedizin, Universität Jena
- Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt am Main
- Kora Studienzentrum Augsburg

gefördert vom



Prostata-Karzinom Screening-Studien sind unnötig

Hans-Hermann Dubben

Zusammenfassung

Der etwaige Nutzen eines Prostatakarzinom (PCa)-Screenings ist praktisch nicht nachweisbar *. Es wären Studien nicht-praktikabler Größe notwendig. Studien können einen Vorteil (reduzierte PCa-Mortalität) suggerieren und gleichzeitig eine Erhöhung der Gesamtmortalität übersehen.

Hintergründe und Ziele des Projekts

Das PCa ist bei Männern der häufigste diagnostizierte Krebs, aber „nur“ ca. 3 % sterben am PCa. Es ist ungeklärt, ob Früherkennung die PCa- bzw. die Gesamtmortalität senkt. Eine Reduktion der PCa-Mortalität um ca. 0,75% wird in internationalen Studien als relevant angesehen. Wie viele Teilnehmer muss eine Kohortenstudie unter realistischen Bedingungen einschließen, um diesen Unterschied, falls vorhanden, mit einer Power von 90% zu zeigen? Wie lange wird eine derartige Studie dauern?

Methodik

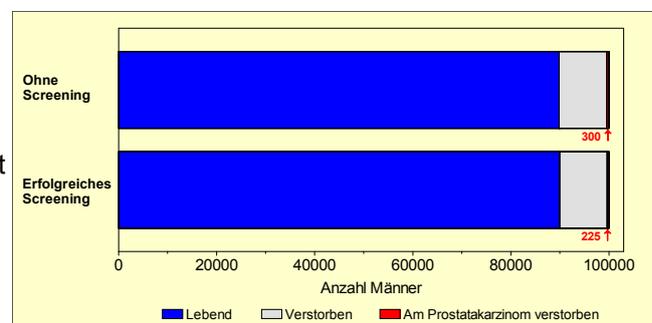
Grundsätzliche Überlegungen, Modellrechnungen und Berechnung der Teilnehmeranzahl einer Screeningstudie unter Berücksichtigung der Compliance, der Wahl des Endpunktes und von Ungenauigkeiten bei der Todesursachenbestimmung.

Ergebnisse

Es müssen 300 (Kontrolle) plus 225 (Screening) PCa-Todesfälle auftreten. Bei einer PCa-Mortalität von 60/100.000/Jahr und 5 Jahren Nachbeobachtung werden 2x100.000 Teilnehmer benötigt. Die Dauer der Studie beträgt gut 20 Jahre (Rekrutierung, Screening, Nachbeobachtung). Der gesuchte Unterschied beträgt $300 - 225 = 75$ PCa-Todesfälle (s. Abb.). Dieser kleine Unterschied kann auch durch Verzerrungen vorgetäuscht werden; falls vorhanden kann er ebenso leicht dadurch verdeckt werden. Bereits geringe Ungenauigkeiten bei der Todesursachenbestimmung und mangelnde Compliance verkleinern die Power der Studie. Zur Kompensation wären mehrere Millionen Teilnehmer notwendig.

Mit der Gesamtmortalität als Endpunkt werden ebenfalls mehrere Millionen Teilnehmer benötigt. Studien mit weniger Teilnehmern können mit der PCa-Mortalität als Endpunkt einen Vorteil suggerieren, selbst wenn Screening die Gesamtmortalität erheblich verschlechtert.

Krebsscreeningstudien haben meist geringe Power und dauern lange. Ferner stehen ihre Ergebnisse erst über 15 Jahre nach Studienbeginn zur Verfügung. Sie sind dann zwangsläufig veraltet. Die Frage „To screen or not to screen“ ist für das PCa nicht evidenz-basiert beantwortbar. Dies hängt nicht von der Qualität des Screeningtests ab und kann auch auf andere Screeningverfahren zutreffen.



Veröffentlichungen

- *Dubben HH: Trials of prostate-cancer screening are not worthwhile. The Lancet Onc 2009; 10:294-298.
- Prostatakarzinom: EbM stößt an Grenzen. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(22):A-1150.
- Prostate cancer screening. Correspondence. New England Journal of Medicine 2009; 361:202-206.
- PSA-Screening: Sinn oder Unsinn. Urologe 2009, 48:1103–1104.
- Weissbach L, Dubben HH, Schäfer C: Wer sorgt hier vor? Der Onkologe 2011, 17:220–234.

DEGAM-Leitlinienentwicklungsstelle

Cathleen Muche-Borowski, Martin Scherer

Zusammenfassung

Die DEGAM-Leitlinienentwicklungsstelle stellt neben der DEGAM-Geschäftsstelle (Uni Rostock) und der DEGAM-Bundesgeschäftsstelle (Uni Frankfurt) eine Anlaufstelle für Leitlinienautoren und Leitlinieninteressierte von DEGAM-Leitlinien dar (www.degam.de).

Hintergründe und Ziele

Mit der Erstellung hausärztlicher Leitlinien (LL) ist die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wegweisend für die Verbreitung und Implementierung evidenzbasierter Medizin in Hausarztpraxen. Eine Vielzahl von DEGAM-LL von hoher methodischer Qualität sind aktuell publiziert. Die Leitlinienentwicklungsstelle bietet LL-Autoren methodische Unterstützung bei der Erstellung oder Überarbeitung von LL und zusammen mit der Leitliniengeschäftsstelle unterstützt sie die Autoren in der Koordination ihrer LL-Projekte. Mit der Bearbeitung neuer Themen (S1-Priorisierungsliste) sollen der hausärztlichen Praxis Handlungsempfehlungen in knapper und übersichtlicher Form zur Verfügung gestellt werden.

Neben der Erstellung eigener Leitlinien ist die Mitarbeit der DEGAM an fachübergreifenden, interdisziplinären Leitlinien entscheidend.

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 LL-Projekte (S1-Priorisierungsliste) und für die Publikation von LL-Kurzfassungen im „Allgemeinarzt“ rekrutiert. Sitzungen der Ständige LL-Kommission (SLK) werden mitgestaltet.

Ergebnisse und Ausblick

Für die Überarbeitung bestehender DEGAM-LL und die Bearbeitung der Themen der S1-Priorisierungsliste konnten bereits eine Vielzahl von Autoren und Paten gewonnen werden. Von der Leitlinienentwicklungsstelle werden in Zukunft regelmäßig Methodik-Workshops für DEGAM-Leitlinienautoren sowie individuelle Beratungsgespräche angeboten, 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. DOI 10.1007/s00398-011-0860-z

Hänsel M, Scherer M. Warum Leitlinien? Praxishilfen von Hausärzten für Hausärzte. Der Hausarzt 2011; 1:30-32.

Fertiggestellte Leitlinien

- [Nr. 1 Brennen beim Wasserlassen](#)
- [Nr. 2 Müdigkeit](#)
- [Nr. 3 Kreuzschmerzen](#)
- [Nr. 4 Ältere Sturzpatienten](#)
- [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](#)

<http://leitlinien.degam.de/index.php?id=fertiggestellteleitlinien>

Registrierungsnummer	Titel der Leitlinie	Klasse	Stand	Gültig bis
053-001	Brennen beim Wasserlassen	S3	01.05.2009	01.05.2014
053-002	Müdigkeit	S3	30.09.2011	30.06.2015
053-006	Pflegende Angehörige	S3	01.03.2005	01.12.2011
053-007	Nackenschmerzen	S3	01.06.2009	01.12.2014
053-009	Ohrenschmerzen	S3	01.09.2005	01.12.2011
053-010	Halsschmerzen	S3	01.10.2009	01.12.2013
053-011	Schlaganfall	S3	01.02.2006	01.08.2011
053-012	Rhinosinusitis	S3	01.02.2008	31.12.2012
053-013	Husten	S3	01.09.2008	01.12.2011
053-014	Herzinsuffizienz	S3	01.11.2006	01.09.2011
053-021	Demenz	S2a	01.10.2008	31.12.2012
053-023	Brustschmerz	S3	31.01.2011	31.12.2015
053-025	EHEC / HUS	S1	10.06.2011	10.06.2016

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

Aktualisierung der DEGAM-Leitlinie Schlaganfall

Anne Barzel¹, Stefan Hensler², Nik Koneczny³, Jana Isfort³, Anja Wolny⁴, Martin Scherer¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

³ Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke

⁴ Geschäftsstelle Leitlinien der DEGAM, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Rostock

Zusammenfassung

Die DEGAM-Leitlinie Schlaganfall wurde in ihrer aktualisierten Form in wichtigen Bereiche vertieft und den alltäglichen Fragestellungen der Praxis angepasst. Sie kann als S3-Leitlinie einen festen Platz in der Leitlinienlandschaft der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) einnehmen. Das Augenmerk richtet sich nun auf eine vermehrte Wahrnehmung und Umsetzung im hausärztlichen Versorgungsalltag.

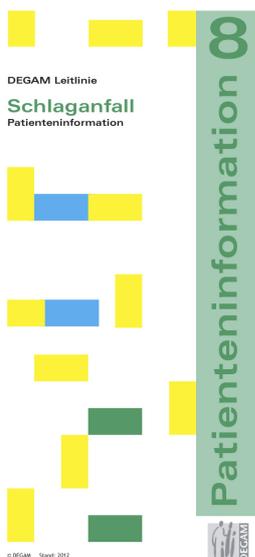


Hintergründe und Ziele

Mit Ablauf der Gültigkeit (Ende 2010) wurde für die DEGAM-Leitlinie Schlaganfall die Aktualisierung der bestehenden Empfehlungen notwendig. Dabei sollten in der Praxis besonders wichtige oder bislang nicht ausreichend bearbeitete Versorgungsaspekte vertieft werden. Die Konsensbildung mit den an der Versorgung von Schlaganfallpatienten beteiligten Fach- und Berufsgruppen wurde angestrebt, um den Status einer S3-Leitlinie bei der AWMF zu erhalten.

Methodik

Es erfolgte eine systematische Literaturrecherche (Pubmed, Cochrane Library) für den Zeitraum von 2006 bis Mai 2010. Zudem wurden aktuelle, relevante nationale und internationale Leitlinien zum Thema Schlaganfall gesichtet. In der Praxis besonders wichtige oder bislang nicht ausreichend bearbeitete Versorgungsaspekte wurden in drei Fokusgruppen mit Hausärzten und in einer Anfrage im Allgmed-Listserver eruiert. Zur Konsensbildung mit den an der Versorgung von Schlaganfallpatienten beteiligten Fach- und Berufsgruppen wurde unter Moderation der AWMF eine Konsensus-Konferenz durchgeführt.



Ergebnisse

Insgesamt wurden 115 Schlüsselempfehlungen aktualisiert. Teils fand sich neue Evidenz, teils konnten bislang nicht ausreichend bearbeitete Versorgungsaspekte vertieft werden. Das Kapitel Rehabilitation wurde grundlegend überarbeitet. Das Denkmodell der ICF ebenso wie Teilhabe als Rehabilitationsziel sind in der aktualisierten Leitlinie berücksichtigt. Im Mittelpunkt der Nachsorge steht das hausärztliche Team, Hausarzt und MFA koordinieren die Versorgung. Die Konsensus-Konferenz mit 20 Vertretern ärztlicher und nichtärztlicher Berufsgruppen ermöglichte neben dem fachlichen Austausch über die Behandlung von Schlaganfallpatienten im ambulanten Sektor die Erläuterung des spezifisch hausärztlichen Handelns. Zur Abstimmung über 11 dissente Schlüsselempfehlungen die Prävention und Akutbehandlung betreffend wurde ein Delphi-Verfahren durchgeführt. Weiterhin wurde eine Patienteninformation erstellt. Die aktualisierte Leitlinie Schlaganfall, Kurzversion und Patienteninformation stehen seit Oktober 2012 für den Gebrauch bereit (<http://leitlinien.degam.de/index.php?id=66>).

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

Eva Blozik¹, Nadine Pohontsch¹, Stefanie Joos², Heidrun Herzberg³, Martin Scherer¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

³ Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management, Fachhochschule Neubrandenburg

Hintergrund

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



Ziele des Projekts

Für das vorliegende Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung eine Drittmittelförderung ab Februar 2012 bewilligt. In diesem Rahmen werden wir den aktuellen Stand der Patientenbeteiligung an der Entwicklung und Anwendung von QI in Deutschland untersuchen, und dies auf der Basis eines QI-Sets, das innerhalb der Nationalen VersorgungsLeitlinie für Herzinsuffizienz entwickelt wurde (www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de). Am konkreten Beispiel dieser bereits existierenden QI werden wir mit qualitativen Methoden untersuchen, ob aktuelle, in Deutschland verwendete QI patientenrelevante Aspekte abbilden und wie die Patientenbeteiligung aus Patienten- und Expertenoptik wahrgenommen wird.

Methodik

Mittels Methodentriangulation, d.h. mit Hilfe von drei verschiedenen Ansätzen zur Datengewinnung sollen die Breite, Tiefe und Konsistenz der Ergebnisse vergrößert werden. Die Interviews bzw. Gruppendiskussionen werden aufgenommen und transkribiert werden. Die Datenanalyse erfolgt nach Grounded Theory (Glaser/ Strauss) und mit Hilfe der Software MaxQDA und der gängigen wissenschaftlichen Standards (z.B. multiple coding).

Zeit- und Arbeitsplan

- Work Package (WP) 1: Einzelinterviews mit Herzinsuffizienzpatienten
- WP 2: Gruppendiskussionen mit Selbsthilfegruppen
- WP 3: Experteninterviews

Die wissenschaftlichen Ergebnisse aus den 3 WPs werden dann in einem Stakeholder-Workshop diskutiert. Als Ergebnis werden Empfehlungen zur Verbesserung der Patientenbeteiligung entwickelt.

Schritt	Jahr/ Quartal									
	1/1	1/2	1/3	1/4	2/1	2/2	2/3	2/4	3/1	3/2
Standard operating procedures, Ethikanträge, Entwicklung der Interviewleitfäden										
Infrastruktur für das Datenmanagement und die Datenanalyse										
Durchführung der qualitativen Interviews mit individuellen HI-Patienten										
Durchführung der qualitativen Interviews mit Selbsthilfegruppen										
Durchführung der qualitativen Interviews mit Experten										
Datenanalyse										
Dateninterpretation, Synthese der Ergebnisse										
Workshop mit Stakeholdern										
Synthese der Resultate aus dem Workshop, Schlussbericht, Publikation der Studienergebnisse										

gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Weitere Informationen über e.blozik@uke.de oder über
www.uke.uni-hamburg.de/institut/allgemeinmedizin/index_49739.php

Das hausärztliche Team in der Versorgungsforschung – Anforderungen an die Forschungsarbeit aus Sicht von Hausärzten und Medizinischen Fachangestellten

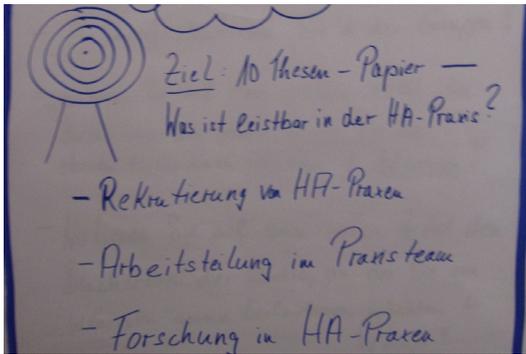
Anne Barzel¹, Karola Mergenthal², Martin Scherer¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Uniklinikum Frankfurt am Main

Zusammenfassung

Dieses Projekt bietet die Chance, die Forschungsarbeit in der hausärztlichen Praxis weiter zu entwickeln und leistet damit einen Beitrag zur Verbesserung der primärärztlichen Versorgungsforschung.



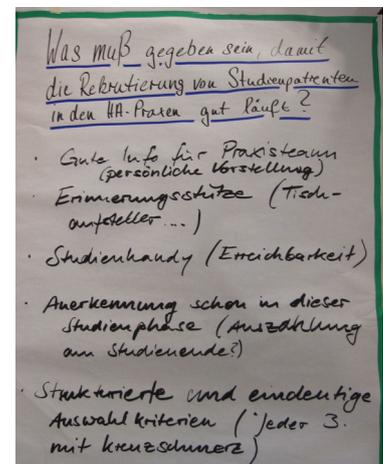
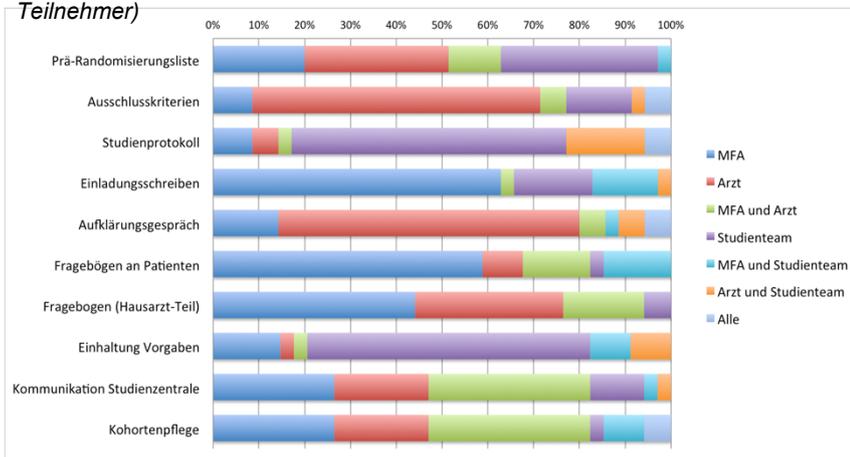
Hintergründe und Ziele

Hausärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA) übernehmen als im Praxisalltag gut eingespieltes Team eine wichtige Rolle in der primärärztlichen Versorgungsforschung. Fragestellungen und Studienkonzepte werden zwar vorwiegend in den akademischen allgemeinmedizinischen Einrichtungen generiert, der Studienort ist aber in der Regel die Praxis. Ziel dieses Projekt ist es, mit Hausärzten und MFA gemeinsam die Anforderungen, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Umsetzung von Forschungsarbeit in der hausärztlichen Praxis zu erarbeiten.

Methodik

Moderierter, interprofessioneller Workshop mit Hausärzten, MFA, wissenschaftlichen Mitarbeitern der Institute für Allgemeinmedizin. Am Beispiel konkreter Studien werden ausgehend von Leitfragen verschiedene Studientypen (Interventionen, qualitative Studien, Fallkonferenzen) erörtert. Außerdem werden zur praktischen Umsetzung von Forschungsarbeit die Rollenverteilung, Kompetenzen wie auch organisatorische Fragen (Zeiteinteilung, Delegation, Incentives) diskutiert.

Arbeitsteilung bei der Forschungsarbeit im Praxisteam: „Bitte überlegen Sie, wer diese Aufgaben übernehmen soll.“ prozentuale Anteile der Antworten (38 Teilnehmer)



Ergebnisse

Der Workshop wurde auf den DEGAM-Kongressen 2011 und 2012 sowie dem Tag der Allgemeinmedizin 2012 in Frankfurt am Main durchgeführt. Die Teilnehmer wünschen eine Fortsetzung. Ziel ist es, zu erarbeiten, wie Forschungsarbeit in der Hausarztpraxis gelingt und was leistbar ist.

Multimorbiditätsmuster in der hausärztlichen Versorgung (MultiCare Cohort Study)

Ingmar Schäfer¹, Heike Hansen¹, Meike Thiele¹, Marc Pawels¹, Sabrina Lemke¹,
Gerhard Schön², Martin Scherer¹, Hendrik van den Bussche¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

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

Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Studie werden multimorbide Patienten aus 8 deutschen Großstädten im Längsschnitt beobachtet, um Aussagen über den besonderen Unterstützungsbedarf der Patienten und Interaktionseffekte zwischen den Krankheiten zu ermöglichen.



Foto: Jann Wilken

Hintergründe und Ziele des Projekts

Multimorbidität ist hochprävalent und mit schweren Folgen wie Mortalität, Hospitalisierung und funktionalen Einschränkungen assoziiert. Trotzdem gibt es nur wenige Studien, welche die Komplexität von Multimorbidität im Längsschnitt untersuchen. Ziel der MultiCare Cohort Study ist, häufige Multimorbiditätsmuster zu identifizieren und Folgen von Multimorbidität in Abhängigkeit von Ressourcen und Belastungsfaktoren der Patienten zu beschreiben.

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 Patientenmerkmalen und Ausmaß der Morbidität wurde mit hierarchischen Mehrebenenanalysen untersucht.

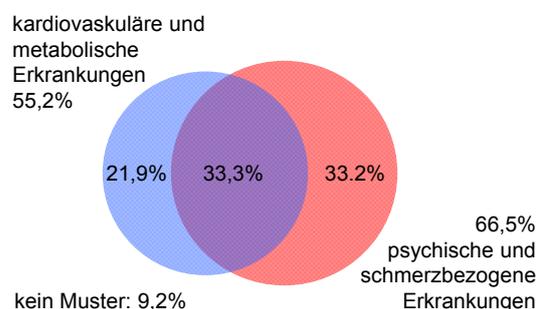
Ergebnisse

- Kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen sind mit männlichem Geschlecht, höherem Lebensalter, niedrigerem Bildungsabschluss und niedrigerem Einkommen assoziiert.
- Psychische und schmerzbezogene Erkrankungen sind mit weiblichem Geschlecht assoziiert, aber es gibt keinen Zusammenhang mit dem Alter oder dem sozioökonomischen Status.
- Alleinleben und Familienstand scheinen für beide Multimorbiditätsmuster keine Rolle zu spielen.

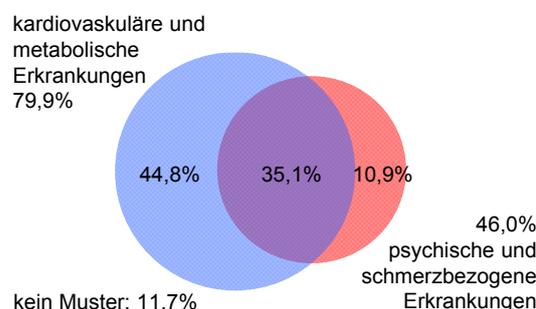
Veröffentlichungen

- 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.
- Schäfer I et al. The German MultiCare-study: Patterns of multimorbidity in primary health care - protocol of a prospective cohort study. BMC Health Serv Res 2009; 9:145.

Multimorbiditätsmuster bei Frauen



Multimorbiditätsmuster bei Männern



Vielnutzung in der vertragsärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung - Eine Analyse auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten -

Hendrik van den Bussche¹, Hanna Kaduszkiewicz¹, Detlev Niemann¹,
Ingmar Schäfer¹, Daniela Koller², Heike Hansen¹, Martin Scherer¹,
Karl Wegscheider³, Gerd Glaeske², Gerhard Schön³

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

³ Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

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.

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?

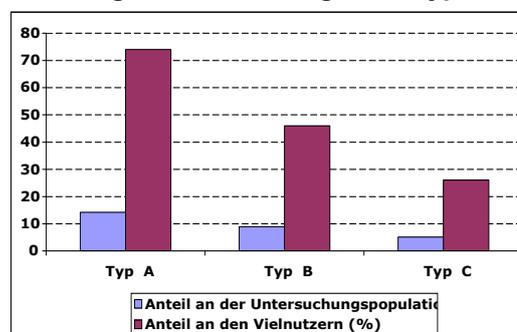
Lassen sich unterschiedliche Formen der Vielnutzung der vertragsärztlichen Versorgung identifizieren?

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.

Umfang der Vielnutzung nach Typen

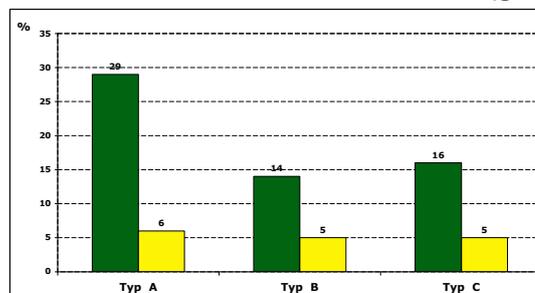


(Mehrfachzuordnungen möglich)

Ergebnisse

19% der Älteren sind Vielnutzer, was einer Zahl ca. 3,5 Mio. Versicherten entspricht. Zwei Haupttypen wurden gefunden: Ein Typ (A) 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.

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



Veröffentlichungen

Schäfer I, Hansen H, Schön G 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 Apr 3;12:89.

Weitere Informationen über bussche@uke.de

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, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

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

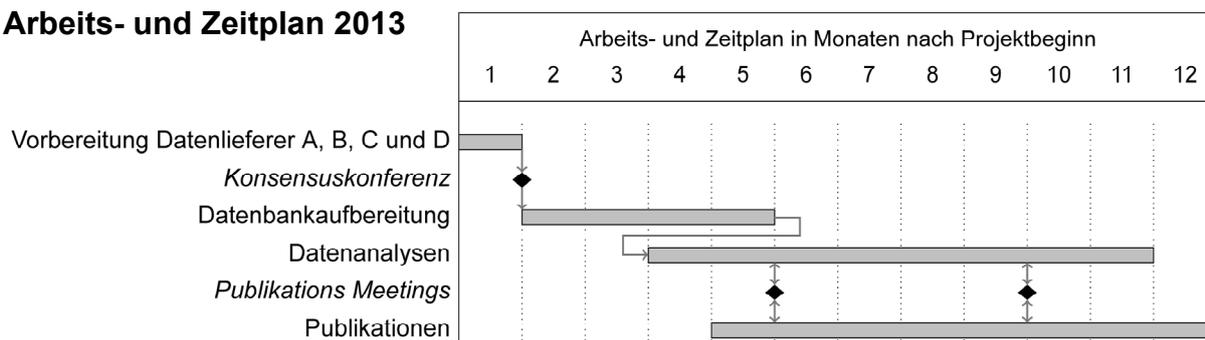
C: SHIP-2, SHIP-TREND

Primärdaten aus der Study of Health in Pomerania

D: GEDA 2009

Bundesweiter telefonischer Gesundheitssurvey des RKI

Arbeits- und Zeitplan 2013



Kooperationspartner

Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald.

Robert Koch Institut, Berlin.

Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.

gefördert vom

AgeCoDe Studie: Früherkennung, natürlicher Verlauf und Versorgungsaufwand von Demenz in der hausärztlichen Versorgung

Hanna Kaduszkiewicz, Marion Eisele, Thomas Zimmermann, Annette Ernst, Carolin Lange, Mirjam Köhler, Cadja Bachmann, Hendrik van den Bussche, Martin Scherer und die AgeCoDe Study Group

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. Sie werden seitdem alle 18 Monate untersucht.

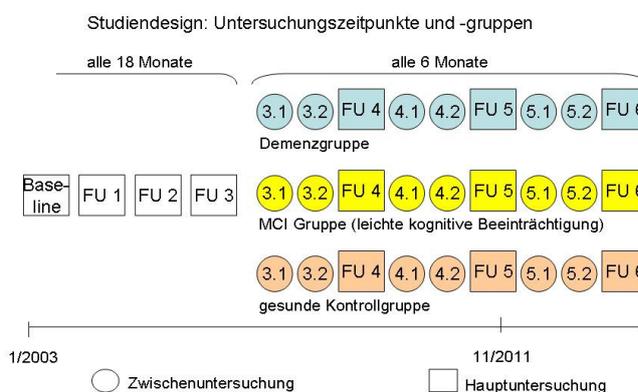


Ziele des Projektes

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.

Methodik

Die Patienten werden alle 18 Monate zu Hause untersucht. Patienten mit Demenz, leichter kognitiver Beeinträchtigung sowie eine gesunde Kontrollgruppe werden zusätzlich alle 6 Monate untersucht. Aktuell werden FU 5 sowie Zwischenuntersuchung 5.1 erhoben (vgl. rechts).



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). ¾ der Kosten fallen für die Pflege an – und zwar zu gleichen Teilen für professionelle und informelle Pflege.

Veröffentlichungen (Auswahl)

- Jessen F, Wiese B, Bickel H, Eiffländer-Gorfer S, Fuchs A, Kaduszkiewicz H, u. a. Prediction of dementia in primary care patients. PLoS ONE. 2011;6(2):e16852.
- Leicht H, Heinrich S, Heider D, Bachmann C, Bickel H, van den Bussche H, u. a. Net costs of dementia by disease stage. Acta Psychiatr Scand. 2011 Nov;124(5):384-395.
- Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Van den Bussche H, Bachmann C, Wiese B, Bickel H, u. a. Do general practitioners recognize mild cognitive impairment in their patients? J Nutr Health Aging. 2010 Okt;14(8):697-702.

Weitere Informationen unter

www.uke.uni-hamburg.de/institut/allgemeinmedizin/index_49739.php
oder bei Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz unter kaduszk@uke.de

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Inanspruchnahme und Kosten der ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Patienten mit Demenz in der GKV

Hanna Kaduszkiewicz, Martin Scherer, Hendrik van den Bussche

Zusammenfassung

In dieser Studie werden die Daten demenziell erkrankter Versicherter der Barmer GEK analysiert, um deren Versorgungsverläufe und Inanspruchnahmeverhalten zu beschreiben (Jahre 2004-09).

Hintergründe und Ziele des Projekts

In Deutschland leben ca. 1,1 Mio. Menschen, die an Demenz leiden. Im Jahr 2050 wird sich die Zahl auf ca. 2,6 Mio. erhöht haben. Ziel dieser Studie ist die Betrachtung der Versorgungsverläufe, der Inanspruchnahme und der Leistungen für demenziell Erkrankte, um Erkenntnisse bezüglich einer möglichen Über-, Unter- und Fehlversorgung zu gewinnen.

Fragestellungen

- Wie entwickeln sich Versorgungsverläufe, Inanspruchnahme und Kosten ärztlicher und pflegerischer Leistungen für demente Versicherte in der GKV?
- Inwiefern sind die o.g. Faktoren abhängig vom Geschlecht, Alter, sozialer Lage und regionalen Besonderheiten?

Ergebnisse (3 Beispiele)

- Die Zahl der Arztkontakte/Quartal steigt zum Inzidenzquartal der Demenz deutlich an (12 Kontakte vs. 8 in Kontrollgruppe).
- Rund 20% aller Patienten mit inzidenter Demenz erhalten im 1. Jahr nach Inzidenz eine Medikation mit einem Cholinesterasehemmer und/oder Memantin (in angemessener wie auch unangemessener Dosierung). Positiv assoziiert mit der Verschreibung dieser Medikamente sind jüngeres Alter und weniger Comorbidität sowie Wohnen in einer ländlichen Gegend und das Aufsuchen eines Neurologen/Psychiaters.
- Die kumulative 5-Jahres-Mortalität beträgt 54% bei den Demenzen und 31% bei den Kontrollen (adjustiert für Alter und Geschlecht). Das Mortalitätsrisiko von Patienten mit inzidenter Demenz ist 1,5fach höher als das von Nicht-Dementen Kontrollen – trotz Adjustierung für Alter, Geschlecht und Pflegestufe (vgl. Abb. 1).

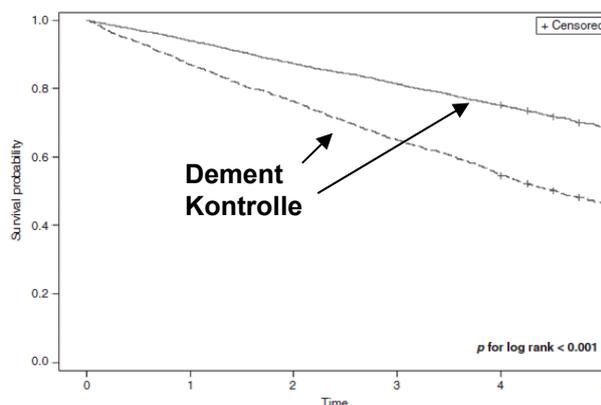


Abb. 1 Überleben von Patienten mit inzidenter Demenz und Kontrollen in Jahren (Zeitpunkt 0 = 1. Tag nach Inzidenzjahr)

Förderung

Das Projekt wurde von 2008-2010 vom BMBF im Rahmen des Kompetenznetzes Degenerative Demenzen gefördert. Ab 2011 wird es von der Jackstädt Stiftung unterstützt. Wir danken der GEK, inzwischen BARMER GEK für die Bereitstellung der Daten.

Projektpartner

- Glaeske G, Koller D, Hoffmann F, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen
- Wiese B, Institut für Biometrie, Medizinische Hochschule Hannover

BARMER
GEK die gesund
experten

jackstädt
stiftung

Weitere Informationen über bussche@uke.de

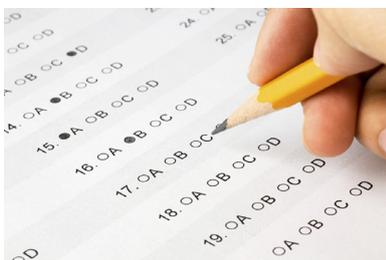
sowie www.uke.uni-hamburg.de/institute/allgemeinmedizin/index_46714.php

Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz

Marion Eisele, Eva Blozik, Sabrina Lemke, Anja Rakebrandt,
Hans Otto Wagner, Sigrid Boczor, 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.



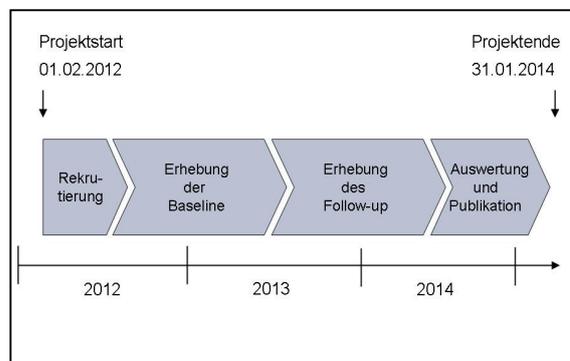
Hintergründe und Ziele des Projekts

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.

Methodik

Über 250 Hausarztpraxen in Hamburg, Lübeck, Kiel und Würzburg werden 8.000 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.



Finanzierung und Kooperationspartner

Dieses Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01GY1150) finanziert und in Kooperation mit der Abteilung Kardiologie des Universitätsklinikums Würzburg, der Universitätsmedizin Göttingen und dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck durchgeführt.

Interesse an der Studie teilzunehmen?

Das Projekt hat zum 01.02.2012 begonnen. Es werden noch Allgemeinarztpraxen gesucht, die an der Studie teilnehmen möchten. Für die Teilnahme an der Studie erhalten alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine angemessene Aufwandsentschädigung.

Für weitere Informationen und bei Interesse an einer Studienteilnahme kontaktieren Sie bitte Dr. Marion Eisele unter:

Email m.eisele@uke.de
Telefon 040 / 7410 - 54630

gefördert vom

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim (INTERPROF)

Müller CA², Tetzlaff B¹, Scherer M¹, Cavazzini C², Fleischmann N², Geister C³,
Höll A⁴, Marx G², Werle J⁴, Weyerer S⁴, Hummers-Pradier E²

¹Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,

²Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen,

³Abteilung Pflege und Gesundheit, Fakultät V - Diakonie, Gesundheit und Soziales, Hochschule Hannover,

⁴Arbeitsgruppe psychiatrische Epidemiologie und demografischer Wandel,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Hintergrund

In Deutschland ist in den kommenden Jahrzehnten mit einem deutlichen Zuwachs an pflegebedürftigen Bewohnern in stationären Einrichtungen zu rechnen. Um eine hochwertige medizinische Versorgung in Pflegeheimen zu gewährleisten, ist eine Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen mit den Bewohnern und ihren Angehörigen wesentlich.

Ziel des Projektes

Diese qualitative Multicenterstudie 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 entwickelt werden, welches in einer Pilotstudie getestet wird. Ziel ist es, einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität in Pflegeheimen zu leisten.

Methodik

Die Entwicklung des Kommunikations- und Kooperationsmodells erfolgt auf Basis von

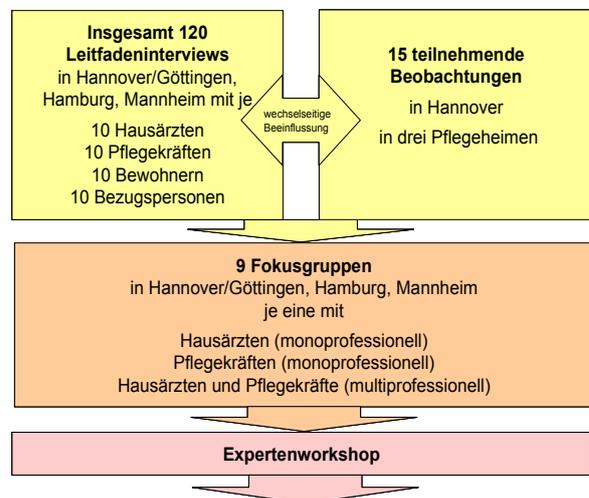
- Leitfadeninterviews zur Exploration von Bedürfnissen und Problemen, persönlichen Perspektiven und individuellen Erfahrungen,
- teilnehmenden Beobachtungen der Kommunikation und Interaktion bei Arztbesuchen in Pflegeheimen,
- Fokusgruppen zur weitere Problemfokussierung und Entwicklung von Lösungsstrategien sowie
- einem Expertenworkshop, der beratend zur Erstellung des Modells beiträgt.

Das Kommunikations- und Kooperationsmodell wird hinsichtlich seiner Machbarkeit und Akzeptanz anhand von qualitativen Interviews und Fragebögen evaluiert.

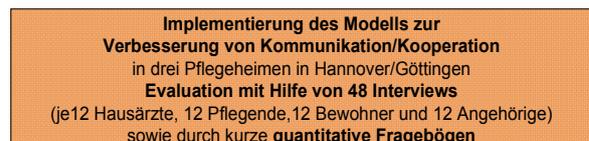
Haben Sie Interesse an der Studie teilzunehmen?

Diese Studie hat eine Laufzeit von 36 Monaten und endet im Frühjahr 2015. Es werden noch Hausärztinnen und Hausärzte gesucht, die gegen eine Aufwandsentschädigung an einem Interview oder einer Fokusgruppensitzung teilnehmen möchten.

TEIL 1: Exploration & Analyse der Pflegeheimsituation (Monat 1-24)
qualitative Analysen, Entwicklung des Kommunikations-/Kooperationsmodells



TEIL 2: Pilotstudie (Monat 24-29)
Implementierung des Kommunikations-/Kooperationsmodells, Evaluation



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

Paola Brusa Düwel, Hanna Kaduszkiewicz, Martin Scherer

Hintergrund

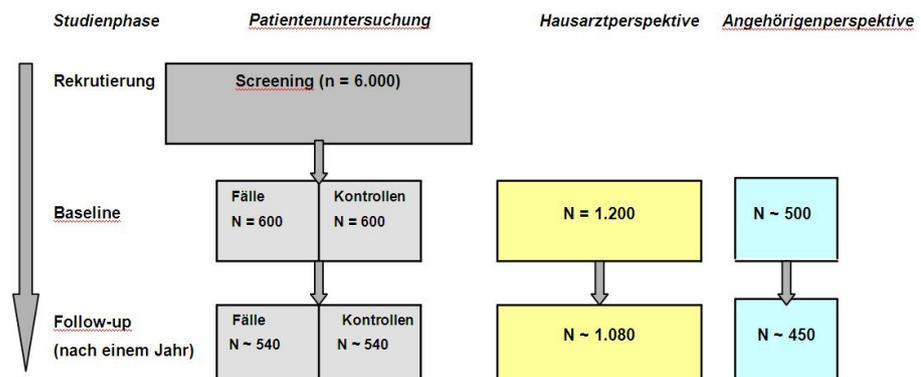
13,3% der Altenbevölkerung weist klinisch relevante depressive Symptome auf. Unter den Hausarztpatienten ab 75 Jahren ist sogar jeder Vierte betroffen. Unbehandelt geht die Depression mit einer reduzierten Lebensqualität, der Verschlechterung körperlicher Erkrankungen, Angst und Somatisierung einher.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



Ziele

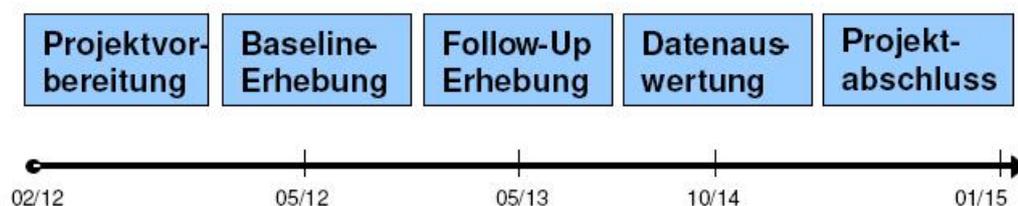
Erstmals erfolgt eine umfassende Beschreibung des Versorgungsbedarfs, der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Kosten von Depression im Alter auf der Ebene der Primärversorgung in Deutschland. Hierbei werden alle relevanten Akteure (Patient, Angehörige, Hausarzt) in die Datenerhebung einbezogen.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

Methodik



Prospektive multizentrische Kohortenstudie; Rekrutierung zweier Patientenkohorten (insgesamt N = 1200); Alter ≥ 75 Jahre; 600 Patienten: GDS-Score ≥ 6 ; 600 Patienten: GDS < 6 . Befragung der Patienten, der Angehörigen (N ~ 500) und der behandelnden Hausärzte (N = 1.200) bei Einschluss und nach einem Jahr.

Zeitplan



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

Weitere Informationen unter

www.uke.uni-hamburg.de/institut/allgemeinmedizin/index_49739.php
oder über Emailadresse p.brusa-duewel@uke.uni-hamburg.de

gefördert vom



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

Ingmar Schäfer, Marc Pawels, Claudia Küver, Martin Scherer,
Hendrik van den Bussche, Hanna Kaduszkiewicz

Zusammenfassung

Zweistufige Querschnittsstudie zur Erhebung der patientenseitigen Faktoren für bzw. gegen die Teilnahme an Patientenschulungen für Typ-2-Diabetiker.

Hintergründe und Ziele des Projekts

Die Patientenschulung gilt als Teil der Basistherapie bei Typ-2-Diabetikern. Allerdings nehmen ca. 30% der Typ-2-Diabetiker im DMP weder vor noch nach der Einschreibung an einer Schulung teil. Die Barrieren, die einer Teilnahme im Wege stehen, sind in Deutschland bisher nicht untersucht. Basierend auf den Ergebnissen werden Vorschläge zur Erhöhung der Teilnahmequote sowie zum hausärztlichen Umgang mit Nicht-Teilnehmern formuliert.

Methodik

1. Kombination aus postalischer Patientenbefragung und Erhebung von Patientendaten in Hausarztpraxen; Deskriptive und Clusteranalysen.
2. Vertiefende Analyse der gefundenen Teilnahmebarrieren mittels qualitativer Interviews (n=18).

Ergebnis der postalischen Befragung

Es konnten vier typische Gruppen von Nicht-Teilnehmern identifiziert werden:

- Informierte, die Verantwortung für die Erkrankung akzeptierende Patienten (A)
- Verantwortung ablehnende Patienten ohne Wunsch nach weiteren Informationen (B)
- Uninformierte, die Verantwortung für die Erkrankung akzeptierende Patienten (C)
- Durch psychosoziale Störungen und funktionale Einschränkungen belastete Patienten (D)

Ergebnisse der qualitativen Studie

Die Auswertung der Interviews ergab folgende 15 Kategorien von Teilnahmebarrieren:

- Schulung werde durch den Arzt nicht unterstützt
- Arzt sei zufrieden mit der Behandlung des Diabetes
- Subjektiv gute ärztliche Versorgung
- Dominante Komorbiditäten
- Diabetes werde unter Kontrolle gehalten
- Psychosoziale Probleme
- Krankheitswissen subjektiv hoch
- Anscheinend geringes Krankheitswissen
- Anscheinend geringes Wissen über Patientenschulungen
- Ausreichend Eigeninitiative sei vorhanden
- Vermeidung auf Verhaltensebene
- Vermeidung mit der Auseinandersetzung von Krankheit
- Ablehnung von Verantwortung für den Diabetes
- Bewusste Vermeidung
- Ablehnung von Lifestyle-Veränderungen

gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Ich fühle mich verantwortlich und weiß Bescheid.



A

Der Arzt ist verantwortlich und außerdem weiß ich, was ich wissen muss.



B

Ich weiß nicht genug und müsste mich eigentlich kümmern.



C

Ich mag keine Menschengruppen, habe Angst, dass die Inhalte zu schwer sind. Ich kann nicht gut sehen und hören.



D

Arzneimittel bei chronischer Herzinsuffizienz in der Hausarztpraxis

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

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.
- Dokumentation aller Patienten 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, da die Datenerhebung nicht vor Ende 2012 beendet sein wird.

Projektpartner

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

Weitere Informationen über bussche@uke.uni-hamburg.de



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

Marion Eisele, Eike von Leitner, Heike Hansen, Martin Scherer

Zusammenfassung

Krankheitserreger, die seit langem bekannt und als beherrschbar eingestuft sind, können durch den Erwerb von Antibiotikaresistenzen, Virulenzfaktoren oder hoher Kontagiosität und Infektiosität Epidemien oder gar Pandemien auslösen. Auch erstmals auftretende neue Erreger können zu Problemkeimen werden. Deren durch Mutation und Selektion entstandenen Eigenschaften machen das therapeutische Management der Keime oft zu einer großen Herausforderung für den behandelnden Arzt. Beim Ausbruch des Escherichia coli O104:H4 im Sommer 2011 gab es – wie bereits schon bei vorangegangenen Epidemien - teils starke Kritik am Krisenmanagement und an der Informationspolitik der Behörden sowie Unklarheiten über deren Zuständigkeiten.

In diesem Projekt wird die hausärztliche Sicht der Versorgungssituation bei Epidemien untersucht. Daraus werden Empfehlungen für die Optimierung des Krisenmanagements zukünftiger Epidemien abgeleitet.



Quelle: Picture alliance

Hintergründe und Ziele des Projekts

Ziel des Projektes ist es, die Auswirkung von Epidemien auf die hausärztliche Praxis zu untersuchen. Daraus werden Empfehlungen abgeleitet, wie die Bereitstellung von Informationen für ambulante Ärzte und die Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor optimiert werden kann, um bei zukünftigen Epidemien eine optimale Versorgung der Betroffenen zu gewährleisten.

Methodik

Es wurden Experteninterviews mit ca. 12 Hausärztinnen und Hausärzten in Hamburg und Lübeck durchgeführt und aufgezeichnet. Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Folgende Themenbereiche wurden im Experten-Interview vorgezogen:

- Einflüsse der Epidemien auf die hausärztliche Praxis / Patientenanliegen.
- Informationsquellen und Strategien zur Informationsgewinnung.
- Schwierigkeiten in der Versorgung und im Rahmen der Kooperationen mit Spezialisten und Krankenhäusern.



Erste Ergebnisse

Es wurde von einem erhöhten Patientenaufkommen berichtet, das insbesondere durch Patienten hervorgerufen wurde, die durch die Medien verunsichert waren und weniger durch ernsthaft Erkrankte. Insbesondere hinsichtlich der Informationspolitik sahen die Befragten Verbesserungspotential: Es wurden klare und einheitliche Empfehlungen von zentraler Stelle gewünscht. Zusätzlich bestand der Wunsch nach gesicherter Finanzierung von epidemiebezogenen Maßnahmen und Behandlungen. Die Umsetzbarkeit des nationalen Pandemieplans wurde als fraglich bewertet. Die Zusammenarbeit mit den Laboren wurde durchgängig als gelungen bezeichnet: Die Ergebnisse von eingesandten Proben seien schnell und zuverlässig mitgeteilt worden.

Ambulante Versorgungsforschung Hamburg (AVFH)

Hanna Kaduszkiewicz und Martin Scherer
in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Zusammenfassung

Das Institut für Allgemeinmedizin (IfA) des UKE und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) beginnen ab 2013 eine Forschungs Kooperation mit dem Titel „Ambulante Versorgungsforschung Hamburg“. Diese Kooperation wird finanziell durch die KVH gefördert.

Fragestellungen

Als erste drei Themenfelder wurden

1. die Rolle Hamburgs als Metropolregion,
2. die Beschreibung des Hausärztlichen Leistungsspektrums sowie
3. Versorgungslandkarten ausgewählt.

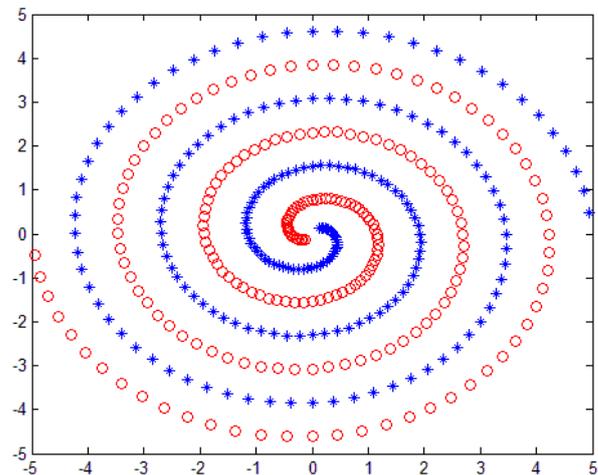


Abbildung 1: Die ambulanten Behandlungsdaten – 2012 noch im Stadium der künstlerischen Aufbereitung



1. Die Rolle Hamburgs als Metropolregion

Ziel dieser Sub-Studie ist zum einen die Darstellung von Patientenströmen aus dem Umland in den Bereich der KVH: Welcher Anteil der ambulanten Inanspruchnahmen erfolgt durch Auswärtige? Wo gehen die Patienten hin? Zum anderen wird die Darstellung der durch diese Patienten verursachten Kosten angestrebt. Weiterführende qualitative Untersuchungen könnten die individuelle Motivations- und Problemlage dieser „Versorgungsmigranten“ beleuchten.

2. Die Beschreibung des hausärztlichen Leistungsspektrums

Bekannt ist, dass sich zahlreiche Hausärztinnen und Hausärzte spezialisieren und sich z.B. auf die Anwendung alternativer Heilverfahren oder Psychotherapie fokussieren bzw. vollkommen beschränken. Auswertungen über den Anteil der nicht (mehr) hausärztlich tätigen Hausärztinnen und Hausärzte gibt es für Hamburg noch nicht.

Auch wissen wir nicht viel über die Art der Aufgaben, die Hausärztinnen und Hausärzte in der realen Versorgung übernehmen bzw. an Spezialisten delegieren und wir wissen auch nicht, wie Hausärzte ihre Lotsenfunktion wahrnehmen (vgl. Hofmeister, Hamburger Ärzteblatt 10/11). All diese Informationen sind aber für die Bedarfsplanung und für Verhandlungen mit Kostenträgern sehr wichtig.

3. Versorgungslandkarten

Grundsätzlich können die Ergebnisse vieler Fragestellungen als Versorgungslandkarten aufbereitet und ggf. unter www.versorgungsatlas.de eingestellt werden. Geographische Versorgungsbeschreibungen eignen sich zum einen zur Darstellung regionaler Versorgungsunterschiede, aber auch zur Illustration von Patientenströmen (siehe Punkt 1, aber auch innerhalb Hamburgs) sowie regionalen Morbiditätsverteilungen. Hinsichtlich der Versorgungsplanung könnte eine Darstellung der Entfernung zur nächstgelegenen Praxis von Interesse sein.

Methodik

Es handelt sich um Sekundärdatenanalysen, d.h. sie basieren auf den ambulanten Behandlungsdatensätzen der KVH. Ggf. werden zusätzliche Daten erhoben.

Sicherheit von Metamizol mit Schwerpunkt Agranulozytose – eine systematische Übersichtsarbeit

Thomas Kötter, Dalila Boulkhemair, Margrit Fässler, Klaus Linde, Evelyne Nüesch, Stephan Reichenbach, Peter Jüni, Martin Scherer

Zusammenfassung

Metamizol ist ein fiebersenkendes, schmerzstillendes und krampflösendes Medikament, das in Deutschland häufig eingesetzt wird. In vielen Ländern ist es jedoch wegen des erhöhten Risikos einer Agranulozytose nicht auf dem Markt. Angaben über das Agranulozytoserisiko schwanken stark. Ziel der Studie ist eine genauere Schätzung des Agranulozytoserisikos durch Metaanalyse vorliegender Daten.

Suchbegriffe:

Alle Synonyme und Handelsnamen von Metamizol.

Datenbanken:

Medline, Embase, Cinahl und Central.

Relevante Literatur:

Experimentelle Studien, Beobachtungsstudien.

Hintergrund und Ziele

Metamizol wurde 1922 als Analgetikum und Antipyretikum eingeführt. Es ist in vielen Ländern erhältlich, zum Teil verschreibungspflichtig (in Deutschland), zum Teil frei verkäuflich (z.B. in Brasilien). In Deutschland ist die Anwendung von Metamizol weit verbreitet. In einigen Ländern (u. a. USA, Großbritannien, Schweden, Japan) ist Metamizol wegen des Risikos schwerer Nebenwirkungen (insbes. Agranulozytose) seit vielen Jahren nicht mehr zugelassen. Vorhandene Studien zur Inzidenz von Agranulozytosen infolge Metamizol-Einnahme schätzen das Agranulozytoserisiko stark unterschiedlich. Die Boston-Studie von 1986 ermittelte eine Häufigkeit von 1,1 pro 1 Mio. Anwendungen pro Woche, eine Auswertung schwedischer Registerdaten (2002) schätzt das Risiko wesentlich höher ein (1:1.439 Verordnungen). Die Aussagekraft und Vergleichbarkeit beider Studien wurde aufgrund methodischer Mängel und Unterschiede angezweifelt. **Ziel dieser Studie ist eine genauere Schätzung der Sicherheit von Metamizol, vor allem im Hinblick auf die Agranulozytose.**

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Methodik

In einem ersten Schritt führten wir Kurzextraktion von Daten mittels eines eigens entwickelten Formulars durch. Ab diesem Punkt behandelten wir wegen unterschiedlicher methodischer Voraussetzungen die Agranulozytose getrennt von anderen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Aus den relevanten Publikationen extrahierten wir mittels eines auf Basis international anerkannter Standards entwickelten Formulars einen umfangreichen Datensatz. Diese Daten werden derzeit einer Metaanalyse unterzogen.

Erste Ergebnisse

Unser Literaturpool besteht aus 10 relevanten Referenzen im Agranulozytose-Review und 79 relevanten Referenzen im Review zu anderen UAWs. Die Qualität der gefundenen Studien stellt sich insbesondere für den Agranulozytose-Review als mittelmäßig bis schlecht dar. Für diesen Review werden die Metaanalysen bis Ende 2012 abgeschlossen sein. Im Hinblick auf die anderen UAWs zeigten sich einige wenige statistisch signifikante, jedoch nur fraglich klinisch relevante Unterschiede, z.B. Vorteile von Metamizol gegenüber Paracetamol in Bezug auf kardiale UAWs (siehe Forest-Plot in Abbildung 1).

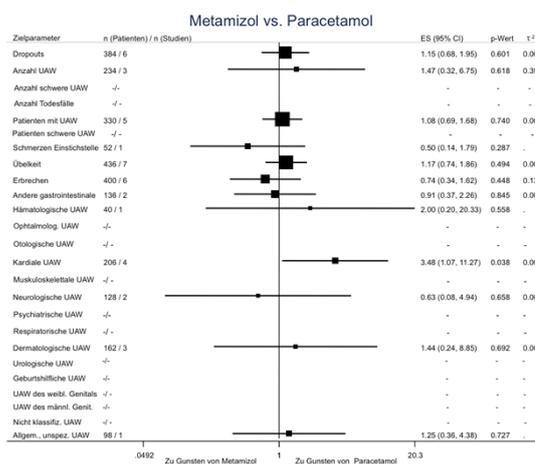


Abbildung 1

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

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

*Institut für Sozialmedizin (IfSM), Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck

Hintergrund des Projekts

DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruhen. Im Rahmen der Programme werden vorrangig Behandlungsmethoden eingesetzt, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Diese werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der so genannten DMP-Richtlinie als Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme benannt. Ziele der DMP sind die Behandlung zu optimieren, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu fördern und somit diagnostische und therapeutische Abläufe besser miteinander zu verzahnen.

Zur Aktualisierung der DMP-Richtlinien COPD und Asthma bronchiale hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit einer systematischen Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen beauftragt. Die oben genannten Arbeitsgruppen des IfA des UKE und des IfSM des UKSH sind als externe Sachverständige in das Projekt eingebunden (IQWiG-Projektnummern: V12-01 und V12-03).

Zielsetzung des Projekts

Ziel der Untersuchung ist es, durch eine systematische Recherche nach neuen, thematisch relevanten, evidenzbasierten Leitlinien und durch die Synthese der Leitlinienempfehlungen einen potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf der bestehenden DMP-Richtlinien COPD und Asthma bronchiale zu spezifizieren.

Design/Methodik

Die Untersuchung gliedert sich in folgende Arbeitsschritte:

- Systematische Recherche und Auswahl aktueller evidenzbasierter Leitlinien zu den Themen COPD und Asthma bronchiale.
- Bewertung der methodischen Qualität der ausgewählten Leitlinien mithilfe des AGREE II Instruments.
- Extraktion und Synthese von Leitlinienempfehlungen, die für die bestehenden DMP COPD und Asthma bronchiale relevant sind.
- Kennzeichnung von Empfehlungen, die einen potenziellen Überarbeitungsbedarf der DMP COPD und Asthma bronchiale begründen.

Projektpartner

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Ressort Versorgungsqualität
- Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

MultiCare AGENDA

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

Hintergrund

Die Versorgung von Patienten mit Multimorbidität ist sehr variabel, da Standards und Leitlinien fehlen.



Ziele des Projekts

Das Ziel der Studie ist die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Multimorbidität. Dazu wurde 2008-2010 ein Konzept zur Unterstützung der Hausärzte entwickelt und pilotiert. Im Rahmen der MultiCare AGENDA-Studie wird dieses Konzept auf patientenseitige Wirkungen untersucht.

Methodik

Das Projekt ist eine cluster-randomisierte, kontrollierte Studie mit multimorbiden Patienten in der Hausarztpraxis. Datenerhebung und wissenschaftliche Betreuung der Studie finden in Hamburg, Rostock und Düsseldorf statt. Die Intervention setzt bei Hausärzten an. Patienten und Hausärzte werden jeweils vor und nach der Intervention befragt. Die Dauer von Intervention und Kontrolle beträgt 12 Monate.

Stichprobe

600 Patienten, die 65 Jahre alt sind und älter, rekrutiert in ca. 60 Hausarztpraxen in 3 Studienzentren, die einer schriftlichen Einladung ihrer Hausärzte folgen und einer Teilnahme an der Untersuchung zustimmen.

Statistische Auswertung

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

Laufzeit

Januar 2011 bis Dezember 2013.

Weitere Informationen über a.ernst@uke.de oder unter www.uke.uni-hamburg.de/institut/allgemeinmedizin/index_49739.php



Kooperationspartner

- Attila Altiner, Christin Löffler, Institut für Allgemeinmedizin, Rostock
- Christine Mellert, Achim Mortsiefer, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf
- Birgitt Wiese, Institut für Biometrie, Medizinische Hochschule Hannover

gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Förderung der Teilhabe von Schlaganfallpatienten in der vertragsärztlichen Versorgung durch Constraint Induced Movement Therapy (HOMECIMT)

Anne Barzel¹, Britta Tetzlaff¹, Heike Krüger², Kerstin Haevernick², Anne Stark¹, Gesche Ketels², Anne Daubmann³, Karl Wegscheider³, Martin Scherer¹

Zusammenfassung

Aktivierende Therapieformen wie die Constraint Induced Movement Therapy (CIMT) helfen den Patienten nach einem Schlaganfall mittels repetitiver, alltagsrelevanter Übungen erlernte Fertigkeiten erfolgreich in ihren Alltag und damit in ihre Teilhabe umzusetzen. Erweist sich „CIMT at home“ als wirksam, stünde in der vertragsärztlichen Versorgung im Hinblick auf die Fähigkeit zur Teilhabe an Alltagsaktivitäten ein zielgruppenspezifisches Behandlungsangebot zur Verfügung.



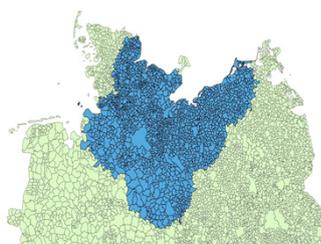
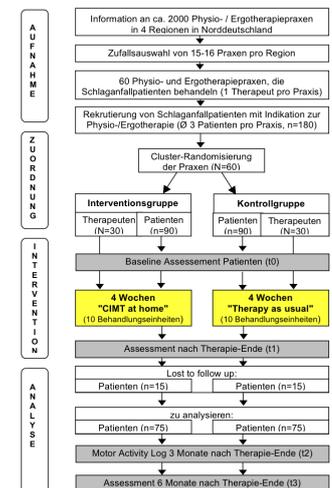
Hintergründe und Ziele des Projekts

In der Versorgung von Schlaganfallpatienten sind Physio- und Ergotherapeuten wichtige Kooperationspartner der Hausärzte. Teilhabe, definiert als „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“ (WHO 2001), ist vor allem in der Langzeitversorgung von Schlaganfallpatienten ein wichtiges Therapieziel. Dennoch fehlt im ambulanten Sektor bisher ein Therapiekonzept, das sich explizit am Kriterium der Teilhabe orientiert. Ziel dieser Studie ist die Untersuchung der Wirksamkeit einer für das häusliche Setting modifizierten Form der Constraint Induced Movement Therapy („CIMT at home“) für Schlaganfallpatienten im Vergleich zur konventionellen Physio- und Ergotherapie („Therapy as usual“) im Hinblick auf die Fähigkeit zur Teilhabe an Alltagsaktivitäten.



Methodik

Cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie mit Physio- und Ergotherapiepraxen in einer über Gemeindecodenziffern definierten Region in Norddeutschland. Die Beantwortung der primären Studienfrage, die sich auf die Verbesserung der motorischen Armfunktion zur Förderung der Teilhabe an Alltagsaktivitäten bezieht, erfordert 180 Patienten. Die Patienten werden über die Therapiepraxen rekrutiert und erhalten entsprechend der Studienarmzugehörigkeit ihrer Therapeuten für vier Wochen entweder „CIMT at home“ (Intervention) oder „Therapy as usual“ (Kontrollgruppe). Zur Datenerhebung (Prä-/Post/Follow-up-Design) führen verblindete Assessoren Hausbesuche bei den Patienten durch.



Erste Ergebnisse zur Rekrutierung

76 von 232 Therapiepraxen, die sich zurückmeldeten, gaben ihr Einverständnis zur Studienteilnahme. Bis Oktober 2012 hatten 54 Therapiepraxen mit der Durchführung begonnen. Zum Zeitpunkt der Erhebung behandelten diese im Mittel 12,7 Schlaganfallpatienten (min. 3 bis max. 47). Bis jetzt konnten 129 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Dies entspricht einer Quote von durchschnittlich 2,38 Patienten pro Praxis. Die Rekrutierungsphase läuft noch bis Ende Januar 2013.

Weitere Informationen: www.uke.uni-hamburg.de/institut/allgemeinmedizin/index_49739.php
E-Mail: a.barzel@uke.de

UKE: ¹Institut für Allgemeinmedizin, ²Physiotherapie, ³Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie



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

Eike-Christin von Leitner, Thomas Kloppe, Sigrid Boczor, Fritz Pohl, Patricia Thomsen,
Maren Wögens, Martin Scherer

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 J. rekrutiert, die die Kriterien für eine klinisch relevante 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 durch psychoedukative und problemlösungsorientierte Maßnahmen die Depressionstherapie unterstützt; für spezielle Rückfragen steht ein Psychiater zur Verfügung. 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.

Kooperationspartner

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

- Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
- Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie

Universitätsklinikum Freiburg

- Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
- Lehrbereich Allgemeinmedizin



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

Thomas Zimmermann, Egina Puschmann, Grit Bäter, Svandje Carstens, Martin Scherer

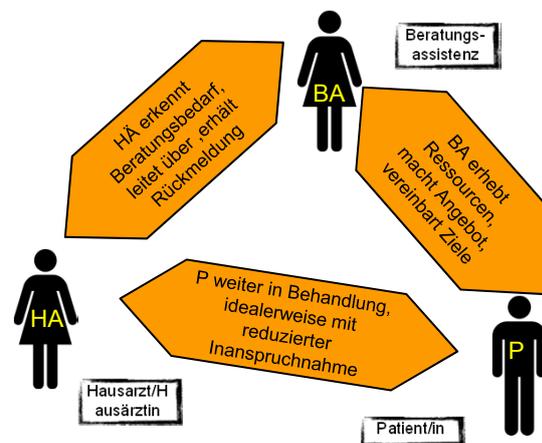
Hintergrund des Projekts

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.

Zielsetzung des Projekts

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/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 hängt in erster Linie vom Nachweis der Kosteneffektivität ab: Nutzen für die Patient/innen, Verringerung der Inanspruchnahme, Reduktion der indirekten Kosten (AU-Tage).

Projektpartner

- Prof. Knut Dahlgaard, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Department Pflege und Management
- Prof. Dr. Bernd Löwe, Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des UKE
- Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Institut für Medizinische Psychologie des UKE
- Hausärzterverband Hamburg

Entwicklung und Erprobung von Schulungsmaterialien für illiterate türkischstämmige Patienten mit Diabetes mellitus (SITD)

Claudia Mews, Jennifer Wrede, Martin Scherer

Zusammenfassung

Das Projekt zielt auf eine Intensivierung der Gesundheitsförderung von in Deutschland lebenden, türkischstämmigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (DM2) und niedrigem Bildungsgrad ab.

Zur zielgerichteten Förderung der Selbstmanagementkompetenz wird eine kultur- und bildungsangepasste Diabetes-Schulung entwickelt und erprobt, in der insbesondere Materialien angewandt werden, die die wesentlichen Aspekte im Umgang mit Diabetes schriftfrei vermitteln.

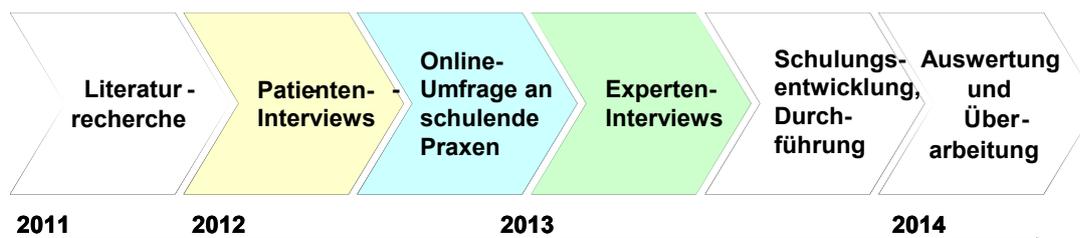


Hintergründe und Ziele des Projekts

In Deutschland liegt die Prävalenz des DM2 bei ca. 7%. Es existieren wenige Untersuchungen zur DM2-Prävalenz bei türkischstämmigen Patienten in Deutschland, die aber eine mindestens doppelt so hohe Prävalenz zeigen. Da wichtige DM2-Risikofaktoren wie Fehlernährung und Bewegungsarmut mit sozioökonomischen Faktoren korrelieren, sind viele türkischstämmige Menschen 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 Evaluation eines kultursensiblen, an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientierten und einsatzbereiten Schulungsprogramms.

Methodik



Nach einer umfassenden Literaturrecherche, der Durchführung von Interviews mit Patienten der Zielgruppe, einer bundesweiten Online-Befragung schulender Praxen und weiteren Experteninterviews werden in Absprache mit den Experten die einzelnen Module der Schulung festgelegt und ausgestaltet. Beteiligte Diabetesberaterinnen führen die Schulungen durch (Stichprobengröße N=70). Nach Auswertung der Evaluation und den durchgeführten Fokusgruppen mit Diabetesberaterinnen wird die Schulung entsprechend überarbeitet.

Kooperationspartner

Es bestehen Kooperationen mit Experten aus den Bereichen Diabetesberatung, Diabetologie, Alphabetisierung, Pädagogik/Erziehungswissenschaften, Selbsthilfe, der türkischen Gemeinde und der AOK Nordost.

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

Friedemann Geiger & Jürgen Kasper

Hintergrund

Die Shared decision making-Methode (SDM, deutsch = geteilte Entscheidungsfindung) bezeichnet eine demokratische Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten mit dem Ziel, die Qualität medizinischer Entscheidungen zu verbessern. Das bedeutet, dass Entscheidungen von evidenz-basiert informierten Patienten in Übereinstimmung mit eigenen Werthaltungen getroffen werden. SDM erfordert den Austausch von medizinischem Wissen, Überzeugungen, Vorerfahrungen und Erwartungen sowie die Berücksichtigung der Kriterien der evidenz-basierten Patienteninformation (EBPI) [1].

Forschungsfragen

- Führt ein neu entwickeltes SDM-Training für Ärzte [2] zu entsprechenden Veränderungen in der Kommunikation bei medizinischen Entscheidungen?
- Eignet sich ein neuer SDM-Ergebnisparameter – ein aus verschiedenen Beurteilungskomponenten und -perspektiven zusammengesetzter Koeffizient – als Goldstandard für die Messung von SDM? [3], [4]
- Führt SDM zu einer veränderten Wahrnehmung und Verarbeitung von entscheidungsbezogenen Ungewissheiten? [5]

Kooperationspartner

GKH Herdecke (Gynäkologie), UKE (Zahnheilkunde, Neurologie), UKSH Campus Kiel (Gynäkologie), Universitätsklinikum Marburg (Gynäkologie).

Literatur

[1] Bunge M et al. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient Educ Couns 2010;78:316-28.

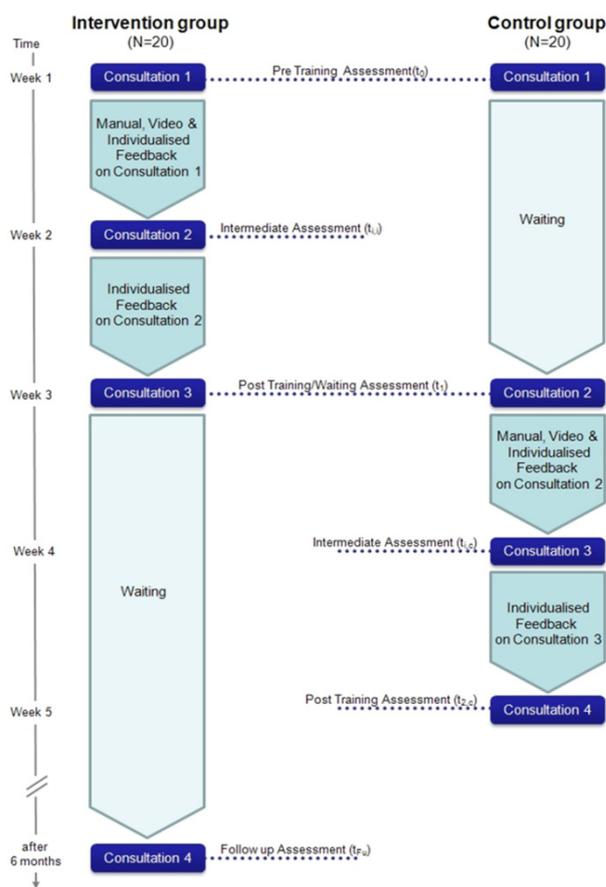
[2] Kasper J. doktormit shared decision making (SDM) - A training program for doctors in risk communication and patient involvement. In: Inventory of Shared Decision Making Programs for Healthcare Professionals. <http://decision.chaire.fmed.ulaval.ca/index.php?id=180&L=2>

[3] Geiger F et al. The blind men and the elephant: Introducing a compound measure for shared decision making integrating patient's, physician's and observer's view. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 2012 (107).

[4] Kasper J et al. The multifocal approach to sharing in shared decision making. PLoS ONE 2012; 7: 1-9.

[5] Kasper J et al. Decision-related uncertainties perceived by people with cancer-modelling the subject of shared decision making. Psychooncology. January 2008; 42-48.

[6] Geiger F et al. Investigating a training supporting shared decision making (IT'S SDM 2011): study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2011, 12:232.



Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg

Hanna Kaduszkiewicz, Carolin Lange, Martin Scherer

Das Projekt „Schwerpunktpraxen“

Die Einrichtung von Schwerpunktpraxen für wohnungslose Menschen in Hamburg durch die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASl), 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 soweit wie möglich vorzubeugen. Drei Schwerpunktpraxen werden im Jahre 2013 an Standorten eingerichtet, die von der angestrebten Zielgruppe bereits genutzt werden. Die Arbeit dieser Praxen wird, differenziert nach hausärztlicher und psychiatrischer Versorgung, vom Institut für Allgemeinmedizin über zwei Jahre evaluiert.



Hintergründe

Wohnungslose Menschen haben einen Anspruch auf medizinische Versorgung im Regelversorgungssystem, den Sie aufgrund ihrer spezifischen Lebensumstände, Besonderheiten in der Krankheitsverarbeitung oder auch inner-psychischer Dilemmata wenig in Anspruch nehmen. Die geringe Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung führt trotz hoher Morbidität (besonders durch nicht behandelte chronische Erkrankungen) dazu, dass Kontakte mit der Regelversorgung häufiger als notwendig in Form von kostenträchtigen Notfällen stattfinden.

Methodik



Die Analyse der geleisteten Arbeit wird vorwiegend auf der Routedokumentation der Praxen basieren. Im ersten Schritt wird eine Dokumentationsmaske für die Praxen entwickelt, die neben den soziodemographischen und medizinischen Rahmendaten Angaben der Patienten zur ambulanten/stationären Notfallversorgung in den letzten 6 Monaten erfasst. Ergänzend werden die Gründe für das Nicht-Aufsuchen des medizinischen Regelversorgungssystems dokumentiert. Zusätzlich werden alle an der Versorgung beteiligten Personen (Ärzte/Ärztinnen, MFAs) im letzten Quartal des Jahres 2013 und 2014 leitfadengestützt qualitativ befragt und mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Wesentlicher Inhalt der Interviews wird die subjektive Sicht auf Stärken und Korrekturbedarfe der Arbeit der Schwerpunktpraxen sein.

Kooperationspartner

Die Evaluation wird von der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASl) gefördert.

Projekt Krankenversorgung

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

Zusammenfassung

Das Institut für Allgemeinmedizin war bislang in Forschung und Lehre aktiv. Seit dem 1. Oktober 2012 engagieren wir uns zusätzlich in der Krankenversorgung innerhalb des UKE. Einerseits behandeln wir fußläufige Patientinnen und Patienten in der Zentralen Notaufnahme (Pilotphase bis 31. März 2013), andererseits versorgen wir Patienten im Fachbereich Allgemeinmedizin des Ambulanzentrums.



Hintergrund

Viele Patientinnen und Patienten, die die Zentrale Notaufnahme (ZNA) 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, wird das Team der ZNA des UKE in einer Pilotphase von zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin unterstützt. Die Patienten werden anschließend mit Brief wieder an ihren Hausarzt zurückgeschickt.

Evaluation der Pilotphase in der ZNA

Die Arbeit der Allgemeinärzte in der ZNA wird nach dem Mixed-methods Ansatz mit Hilfe qualitativer und quantitativer Verfahren evaluiert:

- Untersuchung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ZNA vor dem Einsatz der Allgemeinärzte und während des Einsatzes mittels qualitativer Befragungen.
- Untersuchung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit ihrer Behandlung in der ZNA vor dem Einsatz der Allgemeinmedizin und während des Einsatzes mittels schriftlicher, standardisierter Befragungen.
- Untersuchung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie Kosten mittels Analyse der Routinedaten.

Die Arbeit im Ambulanzzentrum

Die Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum des UKE bietet jedem gesetzlich- und privatversicherten Patienten die Möglichkeit, eine Ärztin oder einen Arzt als "seine Hausärztin/seinen Hausarzt" zu wählen. Insbesondere auch Mitarbeiter und Studierende des UKE können so eine optimale allgemeinmedizinische Betreuung vor Ort erhalten.

Die Allgemeinmedizin bietet das gesamte Leistungsspektrum einer hausärztlichen Praxis an. Die Besonderheit ist die enge Anbindung an das Institut für Allgemeinmedizin am UKE und damit an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und an die anderen Kliniken und Ambulanzen des UKE. Da das Institut für Allgemeinmedizin seit Jahren einen engen Kontakt mit vielen Hamburger Hausärztinnen und Hausärzten in Forschung und Lehre pflegt, soll die Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum keinesfalls Konkurrenz, sondern in enger Kooperation eine sinnvolle Ergänzung zu dem Angebot der umliegenden Hausärztinnen und Hausärzte sein.

Richtungsweisend für unsere Versorgung sind die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin und die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Darüber hinaus bieten wir eine Ernährungsberatung nach den Leitlinien der DGE und eine ausführliche psychosomatische Beratung an sowie eine enge Kooperation mit der Sport- und Bewegungsmedizin.

Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im Regelstudiengang

Maren Ehrhardt, Kerstin Schrom, Martin Scherer

Überblick

Das Institut für Allgemeinmedizin (IfA) leistet rund 1.350 Unterrichtsstunden jährlich. Unterrichtsangebote bestehen vom vorklinischen Abschnitt bis ins PJ. Schwerpunkte sind neben dem Unterricht im Fach Allgemeinmedizin, dem Unterricht im Fach Sozialmedizin, der Berufsfelderkundung und der Einführung in die klinische Medizin das PJ Allgemeinmedizin und interdisziplinäre Angebote.

Lehrangebote des IfA

Medizin I (Vorklinik):

- Berufsfelderkundung (BFE)
- Einführung in die klinische Medizin (EKM)

Medizin II:

- Allgemeinmedizin
- Sozialmedizin
- Interdisziplinäre Unterrichtsangebote
- Wahlfach Experimentelle Medizin

Praktisches Jahr:

- Wahlterial Allgemeinmedizin
- Studientag PJ



Medizin II

Allgemeinmedizin

- Blockpraktikum Allgemeinmedizin
- Seminare, Vorlesungen, e-learning
- 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 80 Lehrpraxen werden Studierende im Rahmen des ein- bzw. demnächst zweiwöchigen Blockpraktikums Allgemeinmedizin unterrichtet.

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

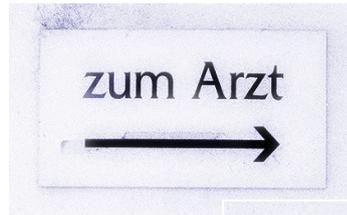
Im PJ Wahlterial haben über 10 Lehrärztinnen und Lehrärzte rund 50 PJ-Studierende zur beiderseitigen großen Zufriedenheit ausgebildet.

Weitere Informationen unter ehrhardt@uke.de

Lehrprojekte

In den Jahren 2006 bis 2012 wurden folgende Lehrprojekte vom IfA durchgeführt und im Rahmen des Förderfonds Lehre durch das Dekanat unterstützt:

- Simulations-Patienten am UKE
- Einführung in die klinischen 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“



Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung

Ein theoretisch fundierter und praxisorientierter Einblick
in das Berufsfeld angehender Mediziner/-innen

Thomas Kloppe, Iris Extra, 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 Studium 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 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 fast 200 Angeboten gewählt werden können, erhalten die Studierenden die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte in ihrem jeweiligen Berufsfeld (ambulant, stationär, in der psychosozialen Versorgung und in der Forschung) zu besuchen und Antworten auf Fragen zur ärztlichen Tätigkeit zu erhalten.

Die Erkundungen werden von sechs Seminaren am UKE begleitet, in denen die Studierenden sich Kenntnisse über die verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems erarbeiten und ihre Erfahrungen aus den Berufsfelderkundungen miteinander diskutieren. Die Studierenden sind in erster Linie Akteure, die die Wissensaufbereitung eigenständig gestalten sollen und damit bereits zu Anfang ihres Studiums die Möglichkeit erhalten, Präsentationstechniken kennenzulernen und anzuwenden.

Beteiligt an dieser Lehrveranstaltung sind Dozentinnen und Dozenten des Instituts für Allgemeinmedizin (IfA) und des Instituts für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG). Die Erkundungen werden durch Ärztinnen und Ärzte, sowie Forscher/-innen aus verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens ermöglicht, die hoch motiviert die Fragen der Studierenden zu ihrem Werdegang, ihrer persönlichen Motivation und ihrem Arbeitsgebiet beantworten.

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

Maren Ehrhardt, Egina Puschmann, Paola Brusa-Düwel, Annette Strauss



Zusammenfassung

Inhalt des interdisziplinären, vorklinischen Kurses "Einführung in die klinische Medizin" (EKM) ist der Erwerb grundlegender Techniken der körperlichen Untersuchung und der Anamneseerhebung, die dann in den Untersuchungskursen des klinischen Studienabschnitts aufgegriffen und vertieft werden.

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

Im 3. und 4. vorklinischen Semester 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 12 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. Die Reihenfolge der Themen wurde mit den anderen Fächern des 3. und 4. vorklinischen Semesters 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 zur Verfügung. Darüber hinaus wird jede Gruppe mit so genannten Untersuchungs-Kits, welches Untersuchungsgeräte und Materialien wie Lehrstethoskope, Reflexhammer, Blutdruckmessgeräte etc. enthält, ausgestattet.

Die Studierenden werden durch die Teilnahme an zwei Übungs-OSCEs (objective structured clinical examination) auf die im 2. Medizinischen Abschnitt übliche praktische Prüfungsform vorbereitet.

Kursthemen

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

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.

Lehrkonzept des Fachs Sozialmedizin

Thomas Zimmermann, 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 der Arzt- und Patienteninteressen 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.

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. Sozialsystem Gesundheitsversorgung, 2. Ambulante und stationäre 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
- Zulassung zur ambulanten Versorgung
- Medizinisches Versorgungszentrum § 95 SGBV

Seminar „Qualitätsmanagement“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

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

Seminar zur Versorgungssituation von Suchtpatienten (90 min)

Leistungsnachweise: Präsentation (entweder zu Versorgungsformen oder Qualitätsmanagement) und Klausur (30 Minuten, 20 MC-Fragen basierend auf den Vorlesungsfolien)

Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung

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

Zusammenfassung

Das Institut für Allgemeinmedizin nimmt seit 2005 die Funktion eines Kompetenzzentrums für Simulationspatienten (SP) für die Medizinische Fakultät der Universität Hamburg wahr. SP, Laienschauspieler in Patientenrollen, 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 werden 78 SP in 72 Patientenrollen in mehr als 220 Unterrichtsveranstaltungen und über 1500 Einzelprüfungen eingesetzt.

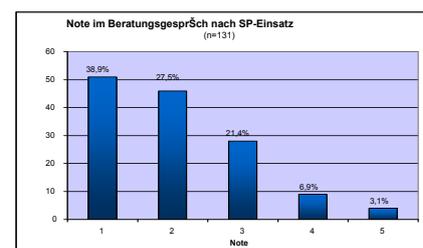
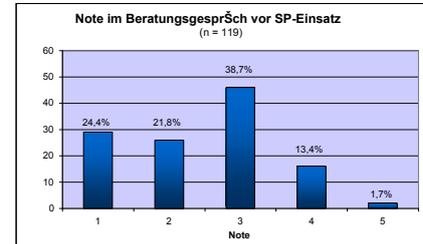
Hintergrund und Zielsetzung

- 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. Die Finanzierung des SP-Programms erfolgt u. a. aus Studiengebühren.
- 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.



Ergebnisse

- Seit 2005 wurde das SP-Programm kontinuierlich ausgebaut und SP-Einsätze wurden longitudinal und fächerübergreifend in die Regellehre des Hamburger Medizin-Curriculums implementiert.
- Derzeit werden pro Jahr 78 Simulationspatienten mit 72 Patientenrollen in 225 Lehrveranstaltungen für mehr als 2000 Studierende eingesetzt und mehr als 1500 Einzelprüfungen mit SP durchgeführt.
- Evaluationen: „*hervorragende Übung*“, „*SP ist wie ein echter Patient*“, „*hab mich wie ein richtiger Arzt gefühlt*“, „*Feedback ist sehr hilfreich*“. Lehrveranstaltungen mit SP gehören zum am besten evaluierten Unterricht 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.

STUDDY-Patenprogramm: Service-Learning, Unterstützung älterer Menschen und Kennenlernen der zukünftigen Klientel

Katharina Dahl, Silke Roschlaub, Cadja Bachmann, Maren Ehrhardt, Kirsten Prehm, Martin Scherer

Zusammenfassung

Medizinstudierende übernehmen eine Patenschaft für einen älteren Menschen und unterstützen ihn und seine Angehörigen ein Semester lang. Durch dieses zusätzliche Engagement und das begleitende Seminar erwerben die Studierenden wichtige Kompetenzen für ihre berufliche Zukunft. Das STUDDY-Patenprogramm wird in Kooperation mit SeniorPartner Diakonie angeboten.

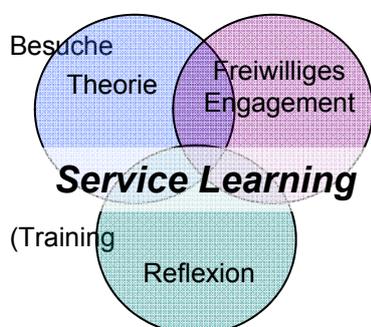


Hintergründe und Ziele des Projekts

Das Unterrichtsangebot der universitären Ausbildung fokussiert auf die Krankenhaus-Medizin. Die Versorgung der Älteren wird immer bedeutsamer, findet aber vorrangig im primärärztlichen Sektor statt. Das STUDDY-Patenprogramm ergänzt das Medizinstudium um wichtige Versorgungsaspekte dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe.

Methodik

Service Learning verbindet praktisches Freiwilliges Engagement (*Service*) mit theoretischen curricularen Inhalten (*Learning*) - durch Reflexion werden beide Elemente verbunden.



Freiwilliges Engagement: Zwei Stunden pro Woche bei Senioren/Seniorinnen (Begleitung, Gesellschaft, Vorlesen, Spaziergänge, etc.).

Theorie: Ein 14-tägiges Seminar zu relevanten Themen wie Gesundheitsstörungen im Alter, Demenz, Kommunikation mit Simulationspatienten), etc.

Reflexion: Fallbesprechungen und Team-Teaching (Projektleitung

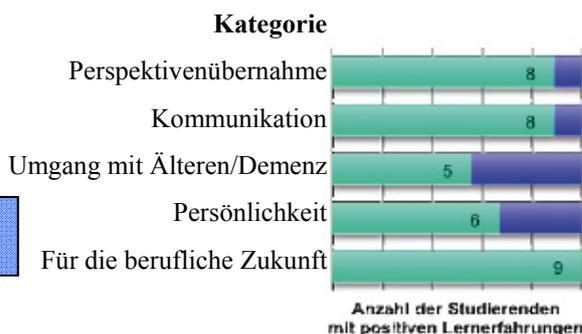
Ergebnisse

In den Sommersemestern 2011 und 2012 haben jeweils 9 Studierende an dem Pilotprojekt teilgenommen. Die Evaluation sehr positiv aus, einige Beispielzitate und Auswertungen sind unten aufgeführt. Das Programm wird weitergeführt und auch im Rahmen des PraxisTracks im Hamburger Reformcurriculum iMED implementiert.

Ich sehe Dinge, die Senioren bzw. kranke Menschen betreffen, mit anderen Augen und hoffe, dass ich mir diesen Blick bewahren kann, wenn ich später als Allgemeinmediziner meine Patienten zu Hause besuche oder in meiner Praxis empfangen.

Für meine Zukunft habe ich gelernt, Probleme Älterer ernst zu nehmen und zuzuhören.

Kommunikation ist oft nicht leicht, aber sehr wichtig!



Kontakt: k.dahl@uke.de

Entwicklung des Wahlfachs „PraxisTrack“ für das Hamburger Reformcurriculum iMED

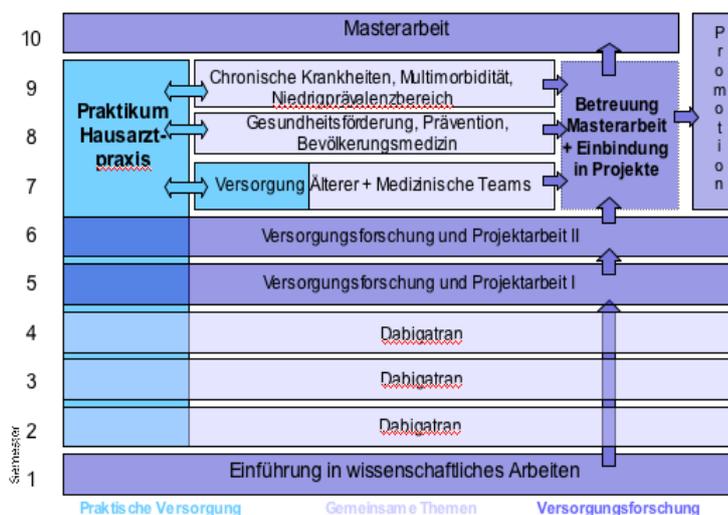
Katharina Dahl, Sven Anders, Hans-Hermann Dubben, Maren Ehrhardt, Birgit Frilling, Olaf von dem Knesebeck, Hans-Helmut König, Wolfgang von Renteln-Kruse, Kai Sammet, Heinz-Peter Schmiedebach, Rebecca Schwoch, Susanne Sehner, Karl Wegscheider, Martin Scherer

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 der Unterstützung des Förderfonds Lehre wird das Wahlfach etabliert und nach ersten Erfahrungen weiterentwickelt und angepasst.

Beteiligte Institute

Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Albertinen-Haus, Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin, Institut für Biometrie und Epidemiologie, Institut für Rechtsmedizin

Interkulturelle Kompetenz für den ärztlichen Berufsalltag

Claudia Mews, Marion Eisele

Zusammenfassung

Kompetenzen für einen angemessenen Umgang mit kultureller Vielfalt sind in allen Lebens- und Arbeitsbereichen wichtiger denn je. So steigt auch für Ärztinnen und Ärzte die Notwendigkeit, mit Patientinnen und Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen unterschiedlichster Herkunft kompetent umgehen zu können. Bisher werden Unterrichtseinheiten in diesem Gebiet nur an etwa der Hälfte der medizinischen Fakultäten angeboten. Eine verstärkte Implementierung von interkulturellen Themen in die medizinische Ausbildung ist sinnvoll, um die entsprechenden Kompetenzen zu vermitteln.

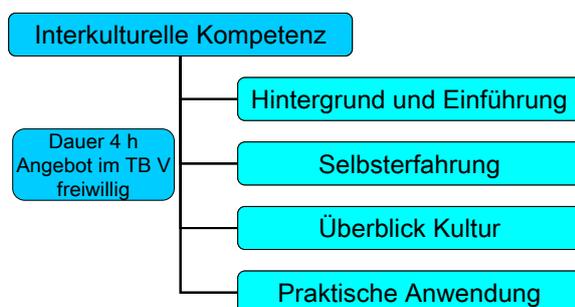


Hintergründe und Ziele des Projekts

In Deutschland liegt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung bei ca. 20%. Weiterhin nimmt die globale Mobilität zu, auch unter Ärztinnen und Ärzten. Schon viele Medizinstudierende verbringen einen Teil ihrer Ausbildung im Ausland oder arbeiten dort für einen begrenzten Zeitraum. Religiöse, ethnische, soziale, sozioökonomische und weitere kulturelle Faktoren können überall auf der Welt einen Einfluss auf die

Gesundheit, die klinische Entscheidungsfindung und die Qualität der Gesundheitsversorgung haben. Ziel des Seminarangebotes ist es, die Studierenden für die interkulturelle Thematik zu sensibilisieren und ihnen das Wissen sowie erste, zur Umsetzung in den Alltag benötigte Fertigkeiten zu vermitteln.

Methodik



Nach Literaturrecherche, Befragungen und anschließender Konzeptentwicklung wurden seit 2008 insgesamt elf 4-stündige Seminare als freiwillige Veranstaltung im Themenblock V (TB V) durchgeführt und zwecks Prozessoptimierung formativ evaluiert. Das Seminar besteht aus verschiedenen Bausteinen, die mit unterschiedlichen didaktischen Methoden vermittelt werden (interaktive Präsentationen, Filmbeispiel, Selbsterfahrung, Gruppenarbeit etc.).

Ergebnisse

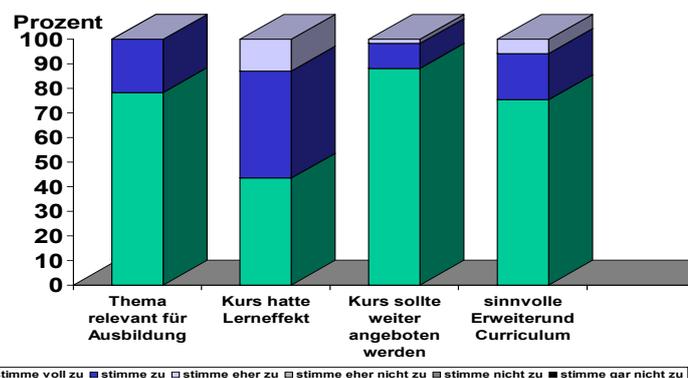
Teilnehmerzahl: 152

Geschlecht: 76% ♀, 24% ♂

Durchschnittsalter: 25 (20-37)

Bewertung mit Schulnote (1-6): 1,7

Das Seminar wurde von den Studierenden positiv evaluiert und als eine sinnvolle Ergänzung des bestehenden Lehrangebots angesehen.



Weitere Informationen über c.mews@uke.de

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

Benjamin Gedrose, Sophie Birck, 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.

Ziele

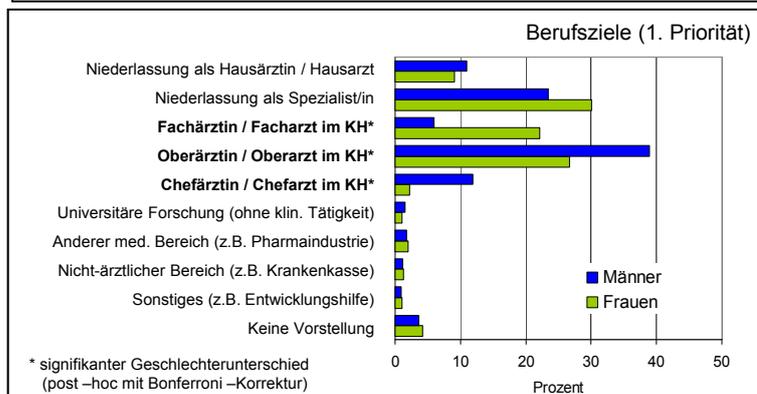
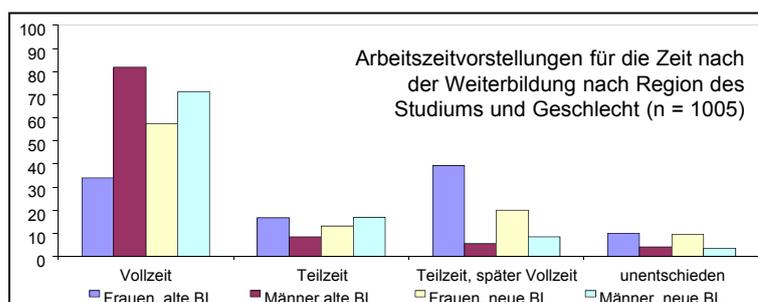
Es sollen förderliche und hinderliche Bedingungen für einen erfolgreichen Karriereverlauf während der Weiterbildung untersucht werden.

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 Vollzeittätigkeit. Die (antizipierte) Elternrolle spielt für Ärztinnen ebenso wie traditionelle Vorstellungen über die Arbeitsteilung innerhalb der Familie bei der Berufsplanung weiterhin eine große Rolle.

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.



Kooperationspartner & Universitätsstandorte
Leipzig, Erlangen, Gießen, Heidelberg, Köln & Magdeburg

Veröffentlichungen (ausgewählt)

- 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
- Koehl-Hackert N, Schultz J-H, Nikendei C, Möltner A, Gedrose B, van den Bussche H, Jünger J. Belastet in den Beruf – Empathie und Burnout bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2012;106(2):116–24
- 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;(EFirst). doi: 10.1055/s-0032-1304872

Weitere Informationen: <http://tinyurl.com/karmed> / b.gedrose@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 Hausärzterverband, der Verein Hausärztlicher Internisten und die Fortbildungsakademie der Ärztekammer in Hamburg das strukturierte Fortbildungscurriculum "Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH)" durch. Damit wird Hamburger Hausärzten erstmals ein unabhängiges 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 eMail 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 2011 die acht Veranstaltungen von über 800 Kolleginnen und Kollegen besucht.

Aktuelles Programm

- Schlafstörungen
- Update Schilddrüse
- „Das Kreuz mit dem Kreuz – Diagnostik und Behandlung von Rückenschmerzen
- Gerinnungshemmung aktuell

Ausblick 1. Halbjahr 2013

- COPD aktuell (DMP)
- Beratungsanlass Bauchschmerzen
- Geriatrie – der „schwierige“ Heimpatient (HzV)
- Update Osteoporose

Wesentliche Merkmale der HFH

- Unabhängigkeit
- Praxis/Anwendungsorientierung
- Hausarztbeteiligung
- Interdisziplinarität

HFH - Hausärztliche Fortbildung Hamburg



Veröffentlichungen

Küver C et al. Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH) - neues interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte. Z Allg Med 2006; 82: 182-184

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

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 im Institut für Allgemeinmedizin

Dr. med. Hans-Otto Wagner, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: 0152/228-2763, Fax: 040/7410-53681, hfh-ifa@uke.de

Weitere Informationen unter <http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/allgemeinmedizin/index.php>

Hamburger Tag der Allgemeinmedizin®

Zusammenfassung

Das Fortbildungskonzept „Tag der Allgemeinmedizin“ ist an vielen Universitäten in Deutschland fester Bestandteil der allgemeinmedizinischen Fortbildungsangebote. In zahlreichen Workshops bieten wir unabhängige und praktische Fortbildungen für das gesamte hausärztliche Praxisteam an, die explizit als Mitmach-Seminare konzipiert sind und Gelegenheit bieten, altes Wissen sowie praktische Fertigkeiten aufzufrischen sowie Neues zu erlernen und einzuüben. 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

2012 werden Bundesweit 17 Tage der Allgemeinmedizin stattfinden. 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.

Die diesjährige Diskussion allgemeinmedizinischer Zukunftspositionen soll eine Aufbruchsstimmung vermitteln, das Profil schärfen und dabei helfen, konstruktiv in die allgemeinmedizinische Zukunft zu schauen.



2.Tag der Allgemeinmedizin

10.11.2012
UKE Hamburg
9.00-16.30 Uhr
Campus Lehre N55

Anmeldung
bis zum 1.11.2012
Kontakt: Thomas Kloppe (M.A.)
Institut für Allgemeinmedizin
UKE Hamburg
Tel: 040.7410.56479
Fax: 040.7410.53681
t.kloppe@uke.de

Der Tag der Allgemeinmedizin (TdA) ist an vielen Universitäten fester Bestandteil der allgemeinmedizinischen Fortbildungsangebote. Der TdA bietet in Workshops unabhängige Fortbildungen für das gesamte hausärztliche Praxisteam an. Die Workshops sind explizit als Mitmach-Seminare konzipiert und bieten Gelegenheit, Wissen und praktische Fertigkeiten aufzufrischen und Neues einzüben. Wir laden Sie herzlich ein.

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.
- Podiumsdiskussion und Abschlussplenum zur Zukunft der wissenschaftlichen und praktischen Allgemeinmedizin mit Experten der Ärzteschaft, Verwaltung, Gesundheitswirtschaft, Studierendenschaft und der universitären Allgemeinmedizin.

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

Anne Barzel¹, Änne-Dörte Jahncke-Lattek¹, Gesche Ketels², Silke Roschlaub¹,
Cadjä Bachmann¹, Justina Rozeboom³

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Physiotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

³ Leitung Dezernat 1, Bundesärztekammer Berlin

Zusammenfassung

Das zugrunde liegende Konzept wurde zunächst erfolgreich mit Studierenden der Medizin, Pflege und Physiotherapie realisiert. Kernidee ist, dass interprofessionelle Zusammenarbeit nur verbessert werden kann, wenn die Machbarkeit und der Benefit für die Beteiligten erlebbar sind. Auch Berufstätige profitieren von diesem innovativen Lernkonzept.

Hintergründe und Ziele des Projekts

Gute interprofessionelle Zusammenarbeit gilt als wichtig für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Ziel der interprofessionellen Fortbildungstagung der Bundesärztekammer (BÄK) für Ärzte und Fachverbände im Gesundheitswesen ist es, durch den Dialog der beteiligten Berufsgruppen die Optimierung des Versorgungsprozesses im ambulanten Sektor zu fördern. Dazu setzten wir ein zunächst für Studierende entwickeltes Unterrichtskonzept ein und evaluierten, ob die in den Berufen Tätigen davon ebenfalls profitieren (Vorbereitung und Moderation IfA Hamburg).



Methodik

Das Kernprinzip "positive Lernerfahrung als Basis für teamorientierte Tätigkeit" wird am Beispiel des Schlaganfallpatienten in der ambulanten Versorgung mittels der folgenden Methoden umgesetzt:

- Realitätsbezug herstellen**
 - Situation aus dem beruflichen Alltag
 - Einsatz von Simulationspatienten
- Positive Kooperationserfahrung ermöglichen**
 - Interprofessionelle Kleingruppen
 - Moderierte Fallkonferenzen
 - Austausch über Kooperationsanforderungen
 - Gemeinsam Visionen guter Zusammenarbeit entwickeln

Die Prozess- und Ergebnisevaluation erfolgt extern durch die Teilnehmer, intern durch die Moderatoren.



Ergebnisse

Die berufserfahrenen Teilnehmer (im Mittel 17 Jahre im Beruf und 40 Jahre alt) bewerteten die Fortbildungsveranstaltung als gewinnbringend, v.a. wegen neuer Erkenntnisse für ihren Berufsalltag und der Gelegenheit zum interprofessionellen Austausch, der offenbar auch bei langjähriger Berufserfahrung nicht ausreichend stattfindet. Als innovativ beurteilten sie die Realitätsnähe durch Simulationspatienten, die Reflexion des eigenen alltagspraktischen Handelns und die erlebte Selbstwirksamkeit in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen während des Workshops. Aufgrund der großen Nachfrage veranstaltet die BÄK im November 2012 erneut eine interprofessionelle Fortbildungstagung unter Moderation des IfA Hamburg.

Weitere Informationen: www.uke.uni-hamburg.de/institut/allgemeinmedizin/index_49739.php
E-Mail: a.barzel@uke.de

Auswahl abgeschlossener Projekte und erste Ansprechpartner

Forschungsprojekte

Schwerpunkt Forschungsentwicklung, Leitlinien und Qualitätsförderung

- 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*

Schwerpunkt Epidemiologie und Versorgungsforschung

- 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*

Schwerpunkt Klinische Forschung / interventionelle Versorgungsforschung

- 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*

Projekte der Aus-, Weiter- und Fortbildung, Berufe im Gesundheitswesen

- 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*