



H A M B U R G

Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin

Projekte des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin

in Forschung, Lehre und klinischer Versorgung

2019 | 2020

Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

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

Stand: 1.11.2019



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Direktor
Prof. Dr. Martin Scherer

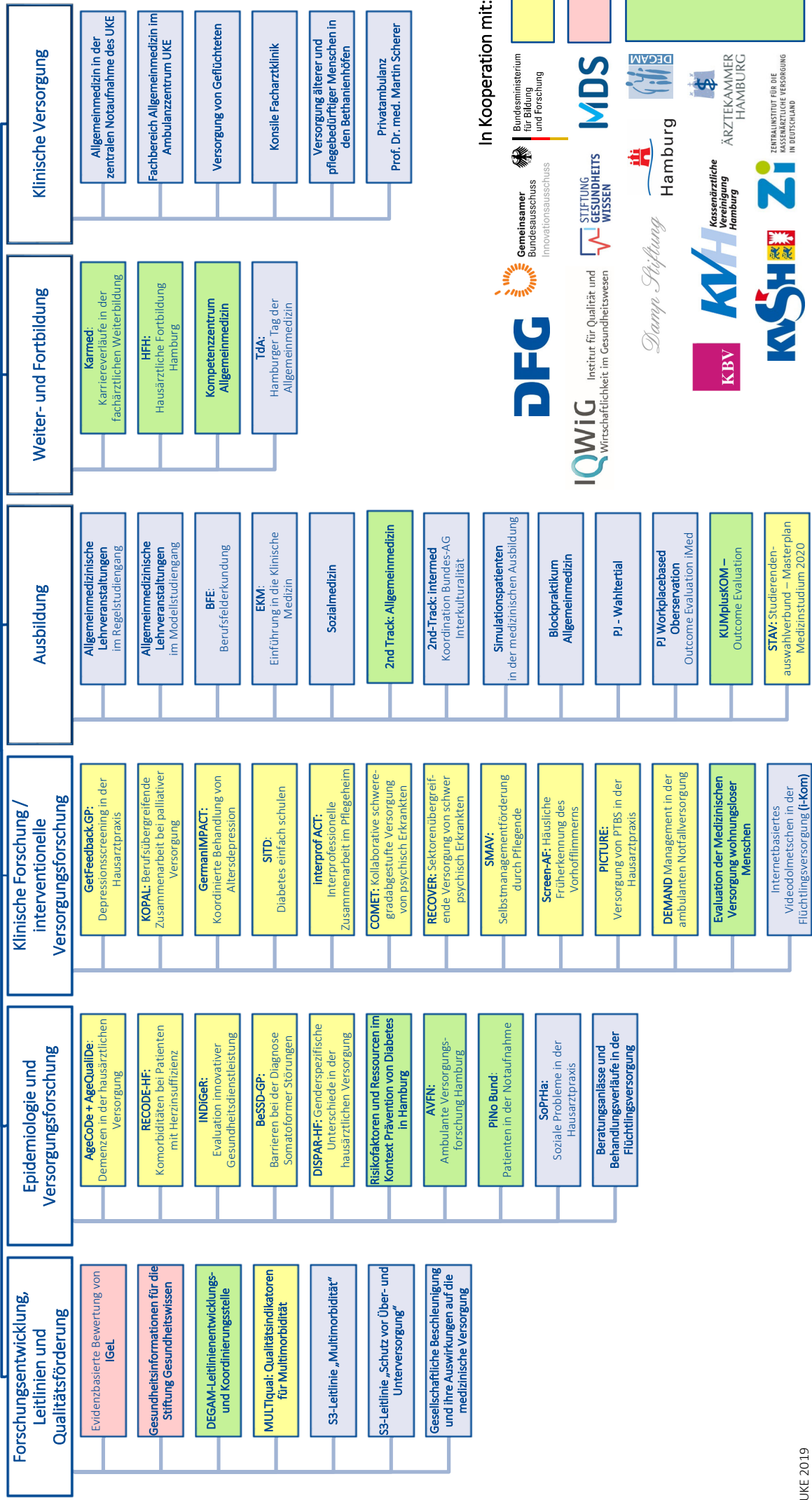
Koordinationsforschung
Dr. Dagmar Lühmann

Koordinationslehre
Dr. Maren Ehrhardt

Koordinationsklinische Versorgung
Dr. Bettina Brandt

Koordinations-Adminteam
Dr. Thomas Kloppe

Direktionsassistent: Mareike Borsum, Insa Behrends
Studierendensekretariat: Kerstin Schrom, Kim Schlüter



In Kooperation mit:



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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



Forschung

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

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

Aus-, Weiter- und Fortbildung

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

Regelmäßig führen wir Fortbildungsveranstaltungen für die Hausärzte und Hausärztinnen mit Lehrauftrag durch. Das Institut beteiligt sich aktiv in der fachärztlichen Fortbildung für Allgemeinmedizin. Im Rahmen der Initiative "Hausärztliche Fortbildung Hamburg" verantworten wir die didaktische Gestaltung sowie die Evaluation der Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte. Darüber hinaus richten wir jährlich den Tag der Allgemeinmedizin aus, an dem 400 Personen an ca. 40 Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.

Klinische Versorgung

Das Institut und die Poliklinik für Allgemeinmedizin ist seit Oktober 2012 auch in der Krankenversorgung engagiert. Diese umfasst sowohl die Behandlung fußläufiger Patientinnen und Patienten in der Zentralen Notaufnahme des UKE als auch die allgemeinmedizinische Versorgung von Patienten und Patientinnen im Fachbereich Allgemeinmedizin des Ambulanzentrums, die medizinische Versorgung von Geflüchteten, die Betreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen in den Bethanienhöfen und dem Konsiliardienst im UKE und in der Facharztambulanz.

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

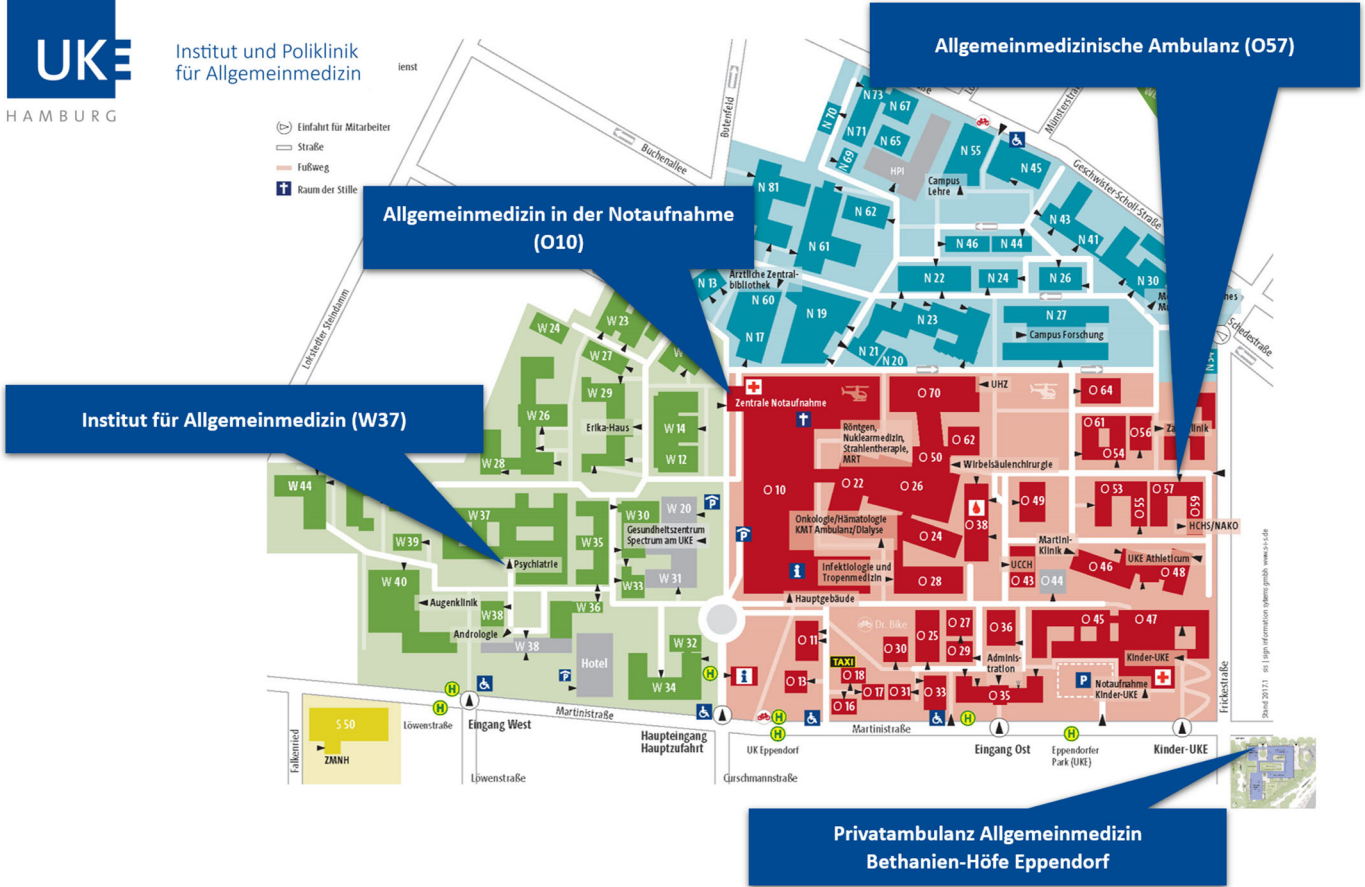
Ihr

Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin

Allgemeinmedizin am UKE



Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin



Team des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin



Forschungsentwicklung, Leitlinien und Qualitätsförderung

IGeL-Monitor - Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand	1
Erarbeitung von Gesundheitsinformationen für die Stiftung Gesundheitswissen	2
Externe Expertise für Projekte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	3
DEGAM-Leitlinienentwicklungs- und Koordinierungsstelle	4
Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität (MULTIqual)	5
Multimorbidität und Leitlinien	6
Living Guideline „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ – gemeinsam entscheiden	7
Gesellschaftliche Beschleunigung und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung	8

Epidemiologie und Versorgungsforschung

Gedächtnis im Alter: Früherkennung, natürlicher Verlauf und Versorgungsaufwand von Demenz in der hausärztlichen Versorgung (AgeCoDe)	9
Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)	10
Innovative Netzwerke für Dienstleistung und Gesundheit in den Regionen von morgen (INDiGer)	11
Gesundheitskompetenz, Risikofaktoren und Ressourcen im Kontext Prävention von Diabetes in Hamburg	12
Patienten in der Notaufnahme von norddeutschen Kliniken (PiNo Bund): Klientel, Behandlungspfade und Gründe für die Inanspruchnahme	13
Soziale Probleme in der Hausarztpraxis (SoPrHa)	14
Primärärztliche Versorgung von Geflüchteten	15
Ungleichheiten in der Diagnose von Versorgung von Frauen und Männern mit Herzinsuffizienz (DISPAR-HF)	16

Klinische Forschung / interventionelle Versorgungsforschung

Depressionsscreening in der Hausarztpraxis: Steigerung der klinischen Effektivität und ökonomischen Effizienz durch patienten-orientiertes Feedback (GET.FEEDBACK.GP)	17
Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes zur berufsübergreifenden Zusammenarbeit bei Patientinnen und Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf (KOPAL)	18
Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland (GermanIMPACT)	19
Entwicklung von Schulungsmaterialien zur Förderung der Selbstmanagementkompetenz von illiteraten türkeistämmigen Patientinnen und Patienten mit Diabetes (SITD)	20
Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohner*innen (interprofACT)	21
Integrierte und gestufte Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren (COMET)	22
RECOVER - Das neue Hamburger Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	23
Selbstmanagementförderung durch Pflegende in der ambulanten Versorgung in einer deprivierten großstädtischen Region (SMAV).	24
Home-Based Screening for Early Detection of Atrial Fibrillation in Primary Care Patients Aged 75 Years and Older: the SCREEN-AF Randomized Trial.	25
PTSD after ICU Survival (PICTURE) „Caring for Patients with Traumatic Stress Sequelae following Intensive Medical Care“	26
Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung (DEMAND).	27
Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg.	28
iKom2 - Die Kommunikation in der ambulanten Versorgung Hamburgs durch Video- und Telefondolmetschen verbessern - ein Pilotprojekt	29

Ausbildung

Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im iMED Modellstudiengang.	30
Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung (BFE): Ein theoretisch fundierter und praxisorientierter Einblick in mögliche Berufsfelder.	31
Einführung in die klinische Medizin (EKM) – ein interdisziplinärer Untersuchungskurs.	32
Lehrkonzept des Fachs Sozialmedizin.	33
2nd Track „Allgemeinmedizin“	34
2nd Track „Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin“ – intermed	35
Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung: das SimPat-Programm.	36
KUMplusKOM – Outcome Evaluation	37

Weiter- und Fortbildung

Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed).	38
Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH) – Strukturiertes und interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte.	39
Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Hamburg (KWHH)	40
Hamburger Tag der Allgemeinmedizin – unabhängige Fortbildung für das gesamte Praxisteam	41

Klinische Versorgung

Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum des UKE	42
Allgemeinmedizin in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des UKE	43
Allgemeinmedizin in der Flüchtlingsversorgung, in den Bethanienhöfen und der Facharztklinik	44

IGeL-Monitor - Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand

Dagmar Lühmann, Stefanie Butz, Anne Stark, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Unter dem Begriff „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) werden ärztliche Leistungen verstanden, die nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten sind und die Patientinnen und Patienten in der Praxis selbst zahlen müssen. Man unterscheidet 2 Arten von IGe-Leistungen: (A) Leistungen die nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges sind, da sie nicht in die Zuständigkeit der GKV fallen (wie z. B. Untersuchungen und Atteste zur Sporttauglichkeit oder Tattoo-Entfernungen) und (B) Früherkennungs- und Behandlungsmethoden, die z.B. auf Grund zweifelhafter oder (noch) nicht nachgewiesener Wirksamkeit (noch) nicht in den Leistungskatalog aufgenommen wurden. Zur Anzahl an existierenden IGe-Leistungen gibt es keine exakten Zahlen; Schätzungen liegen bei mehreren hundert.

Laut aktuellen Erhebungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aus 2019 werden gut einem Drittel aller Versicherten (29%) eine IGeL angeboten. Der „IGeL-Markt“ hat laut Hochrechnungen ein Finanzvolumen von rund einer Milliarden Euro. Ein nicht nur für Patientinnen und Patienten bisweilen undurchschaubares Angebot, das durch die Arbeit des IGeL-Monitors ein Stück weit transparenter werden soll.

Wer oder was ist der IGeL-Monitor?

Der IGeL-Monitor ist ein Internetportal (www.igel-monitor.de), das im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) über den IGeL-Markt und seine Akteure aufklärt und das Nutzen-Schadenspotential von IGe-Leistungen wissenschaftlich fundiert bewertet. Alle Texte des IGeL-Monitor werden journalistisch aufgearbeitet. So soll Patientinnen und Patienten eine sichere und verständliche Entscheidungsgrundlage für informierte Entscheidungen für oder gegen die Inanspruchnahme von IGeL zur Verfügung gestellt werden.



Seit dem Frühjahr 2016 ist eine Arbeitsgruppe des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE als externe Experten in die Bewertung des Nutzen-/Schadenspotentials von IGeL eingebunden. Derzeit wird das Thema „Bestimmung der Protein-C-Aktivität zur Einschätzung des Thrombose-Risikos“ für den IGeL-Monitor bearbeitet.

Finalisiert wurden bisher die Themen „Spirometrie zur Überprüfung der Lungenfunktion“, „TSH-Bestimmung zum Schilddrüsen-Check“, „Ultraschall der Halsschlagadern zur Schlaganfallvorsorge“, „Laserablation bei Varizen“ und die „OCT als Früherkennungsuntersuchung bei Glaukom“.

Methodik, Vorgehensweise und Ergebnisverwertung

Die Bewertung der IGeL erfolgt nach einem standardisierten Prozess: Auf der Grundlage von systematisch recherchierten und qualitätsbewerteten systematischen Reviews und gegebenenfalls Einzelstudien wird das Nutzen-/Schadenspotential der IGeL dargelegt und bewertet. Der IGeL-Monitor unterscheidet fünf Bewertungsaussagen: positiv, tendenziell positiv, unklar, tendenziell negativ und negativ. Das Ergebnis der Bewertung wird mit den Aussagen aktuell gültiger und relevanter Leitlinien abgeglichen.

Vor der Veröffentlichung auf der Internetseite des IGeL-Monitor wird der wissenschaftliche Text journalistisch aufgearbeitet, so dass die Ergebnisse in allgemeinverständlicher Form zur Verfügung stehen und von Patientinnen und Patienten als Entscheidungsgrundlage für oder gegen die Inanspruchnahme einer IGeL genutzt werden können.

Förderer: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
Ansprechpartnerin: Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

Erarbeitung von Gesundheitsinformationen für die Stiftung Gesundheitswissen

Dagmar Lühmann, Stefanie Butz, Anne Stark, Hans-Hermann Dubben, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Die Stiftung Gesundheitswissen ist eine im Februar 2015 errichtete, gemeinnützige, operative Stiftung mit Sitz in Berlin. Zweck der Stiftung ist die Förderung von Wissenschaft und Forschung sowie die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens. Ein Arbeitsbereich der Stiftung ist die Entwicklung und zeitnahe Bereitstellung von laienverständlichen Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen zu ausgewählten Krankheiten und Präventionsmaßnahmen. Sie basieren auf systematischen Recherchen des aktuellen Wissensstandes, der nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin herausgearbeitet wird. Die Materialien werden multimedial aufbereitet und auf der Internetseite der Stiftung der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Das Vorgehen bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen orientiert sich am Positionspapier „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin (1).

Das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin erhält von der Stiftung Gesundheitswissen Aufträge zur Erarbeitung der Evidenzbasis für Gesundheitsinformationen zu unterschiedlichen Themen.



Arbeitsschritte zur Erstellung einer Gesundheitsinformation

Die Erstellung von Gesundheitsinformationen zu einem Thema gliedert sich in zwei Phasen: die Analysephase und die Konzeptionsphase. Die Analysephase dient der Erschließung, Strukturierung und Priorisierung von Fragestellungen innerhalb des Themas. In der Konzeptionsphase werden konkrete Fragestellungen mittels Evidenzsynthesen aufgearbeitet und das Konzept für die multimediale Umsetzung entworfen und realisiert.

Externe Experten sind in beide Phasen eingebunden: Sie setzen Nutzer- und Klinikerbefragungen um, tragen alle relevanten klinischen und epidemiologischen Informationen zu einem Krankheitsbild zusammen und erstellen Evidenzsynthesen zu ausgewählten Schwerpunkten.

Die Umsetzung in multimediale Formate gehört zu den Aufgaben der Stiftung.

Bisherige Ergebnisse

Die Kooperation des IPA mit der Stiftung Gesundheitswissen besteht seit Anfang 2015. Zunächst wurde unter gemeinsamer Federführung von Prof. Gerlach (Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt Main) und Prof. Scherer ein Methodenpapier für die Stiftung Gesundheitswissen erstellt. Es folgte die Erarbeitung von zwei prototypischen Gesundheitsinformationen zu den Themen „Vorhofflimmern“ und „Arthrose“.

Aktuell wird an der Erstellung von Gesundheitsinformationen und Evidenzsynthesen zu den Themen „nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ und „Schlafstörungen“ gearbeitet.

Bereits abgeschlossen ist das Thema „dementielle Erkrankungen“.

Referenz:

1. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin: 2015 - <http://www.ebm-netzwerk.de/gpgi>

Förderer:

Stiftung Gesundheitswissen, Berlin

Ansprechpartnerin:

Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

Externe Expertise für Projekte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Dagmar Lühmann, Stefanie Butz, Hans-Herrmann Dubben, Cathleen Muche-Borowski,
Sigrid Boczor, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Das 2004 gegründete, unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) untersucht den Nutzen und den Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten. Das Institut erstellt fachlich unabhängige, evidenzbasierte (beleggestützte) Gutachten beispielsweise zu:

- Arzneimitteln
- nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden (z.B. Operationsmethoden)
- Verfahren der Diagnose und Früherkennung (Screening)
- Behandlungsleitlinien und Disease Management Programmen (DMP)

In die Bearbeitung werden regelmäßig externe klinische Experten und Experten für die Methoden der evidenzbasierten Medizin eingebunden.



Methodik, Vorgehensweise und Ergebnisverwertung

Das methodische Vorgehen in den Projekten des IQWiGs folgt den Kriterien der evidenzbasierten Medizin, die im Methodenhandbuch des Instituts festgeschrieben sind (https://www.iqwig.de/download/Allgemeine-Methoden_Version-5-0.pdf). Im Wesentlichen bestehen die Arbeiten aus systematischen Literaturrecherchen und –selektionen, Bewertungen der methodischen Qualität (Verzerrungspotenzial) von wissenschaftlichen Studien und Leitlinien, der Extraktion relevanter Daten aus den Veröffentlichungen, der Zusammenfassung von Ergebnissen und einer abschließenden Beurteilung der Aussagekraft der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu einer spezifischen Fragestellung.

Die Arbeitsgruppe des IPA wirkt in der Rolle des externen Experten für evidenzbasierte Medizin an einer Reihe von IQWiG-Projekten mit. Hiervon sind abgeschlossen:

- Leitliniensynopsen als Grundlage für Disease-Management-Programme zu den Themen Asthma bronchiale (V12-03), COPD (V12-01), Herzinsuffizienz (V14-01), Rheumatoide Arthritis (V14-02), Chronische Rückenschmerzen (V14-04).
- Nutzenbewertungen der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (N12-02), der Optischen Kohärenztomografie (D15-01) und der Tonsillotomie (N15-11)
- An einer systematischen Literaturanalyse zur Effektivität von Maßnahmen zur Implementierung von Leitlinien (V12-04).

Alle Berichte sind auf der Internetseite des IQWiG abrufbar:

<https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/publikationen/iqwig-berichte.1071.html>

Auftraggeber: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
Ansprechpartnerin: Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

DEGAM-Leitlinienentwicklungstelle

Cathleen Muche-Borowski, Anne Barzel, Martin Scherer

Zusammenfassung

Die DEGAM-Leitlinienentwicklungsstelle gehört neben der DEGAM-Bundesgeschäftsstelle (Berlin) und der DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien zu den Organen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Sie versteht sich erste Anlaufstelle für Leitlinienautoren und Leitlinieninteressierte und übernimmt als Teil des erweiterten SLK-Leitungsteams neben den Sprechern der Ständigen Leitlinienkommission und dem Strategischen Berater koordinierende Funktionen (www.degam.de).

Hintergründe und Ziele

Mit der Erstellung hausärztlicher Leitlinien ist die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wegbereitend für die Verbreitung und Implementierung evidenzbasierter Medizin in Hausarztpraxen. Die DEGAM befördert die Erstellung von Leitlinien hoher methodischer Qualität zu prioritären hausärztlichen Themen und beteiligt sich an der Erarbeitung von rund 70 fachübergreifenden, interdisziplinären Leitlinien. Mit der Leitlinienentwicklungsstelle stellt die DEGAM den Autorinnen und Autoren ihrer Leitlinien eine fundierte methodische Unterstützung zur Verfügung.

Methodik

Die Leitlinienentwicklungsstelle unterstützt Autorinnen und Autoren bei der (systematischen) Literaturrecherche, der Aufbereitung von Evidenztabellen und koordiniert die Einhaltung der DEGAM-Qualitätskriterien (DEGAM 10-Stufen-Plan) bei der Erstellung der Leitlinientexte und des Methodenreports. DEGAM-Mandatsträger werden bei interdisziplinären Leitlinien im Prozess der Leitlinienarbeit begleitet. Individuelle Beratungsgespräche zur Vermittlung methodischer Kenntnisse der Leitlinienerstellung werden angeboten. Weiterhin gehört die Entwicklung neuer Leitlinienformate (z.B. „living guideline“) ins Portfolio.



Ergebnisse und Ausblick

Die Arbeit an 28 DEGAM-Leitlinien und derzeit 70 Beteiligungen zeigt den Umfang der DEGAM-Leitlinienarbeit. Rund 70 Mitglieder der Ständigen Leitlinien-Kommission der DEGAM werden in ihrer Arbeit an Leitlinien und auf den zweimal jährlich stattfindenden Sitzungen informiert und begleitet. Derzeit wird unter Federführung der Leitlinienentwicklungsstelle ein interaktives web-basiertes DEGAM-Autorenmanual erarbeitet, das den 2009 erstellten 10-Stufen-Plan der DEGAM aufgreift und in der Umsetzung der Leitlinienarbeit für Autoren konkretisiert.

Förderer

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Ansprechpartnerinnen

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

Geschäftsstelle Ständige Leitlinien-Kommission: leitlinien@degam.de

Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität (MULTIqual)

Josefine Schulze¹, Nadine Pohontsch¹, Heike Hansen¹, Ingmar Schäfer¹, Anja Rakebrandt¹, Dagmar Lühmann¹, Katharina Glassen², Amanda Breckner², Joachim Szecsenyi², Eva Blozik³, Martin Scherer¹

¹ Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Konsortialführung)

² Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg (Konsortialpartner)

³ Helsana-Gruppe, 8081 Zürich, Schweiz



Hintergründe und Ziele

Multimorbidität bezeichnet das gleichzeitige Vorliegen von drei oder mehr chronischen Erkrankungen. Sie ist oft mit funktionellen Einschränkungen, niedriger Lebensqualität, höherer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosten sowie einem höheren Mortalitätsrisiko verbunden. Aufgrund der Vielzahl möglicher Krankheitsbilder und Problemstellungen ist die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten besonders anfällig für eine große Varianz hinsichtlich Qualität und Erfolg der Behandlung. Ein krankheitsübergreifender Bezugsrahmen zur Beurteilung der Versorgungsqualität fehlt bislang. Vor diesem Hintergrund soll im Projekt MULTIqual ein Qualitätsindikatorenansatz entwickelt werden, der die Beschreibung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität ermöglicht.

Design und Methodik

Zunächst wurde auf Basis existierender Leitlinien, Qualitätsindikatoren und systematischer Literaturrecherchen eine Liste potentieller Indikatoren erstellt. Weitere Indikatoren wurden aus den Ergebnissen von Fokusgruppen mit multimorbiden Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen abgeleitet. Anschließend wurden die Indikatoren in einem zweistufigen Konsensusverfahren von einem unabhängigen, interdisziplinären Expertenpanel online bewertet und kommentiert und darauf aufbauend in einem Präsenzmeeting konsentiert.



Aus diesem Verfahren resultierte ein vorläufiger Satz von 25 Qualitätsindikatoren, der patientennahe Versorgungsaspekte, Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion sowie Kontext und Versorgungsstrukturen abbildet. Die neu entwickelten Indikatoren werden im nächsten Projektschritt auf ihre Ausprägungen, Machbarkeit und Aussagekraft hin geprüft. Dabei werden auch Zusammenhänge zu patientenrelevanten Outcomes wie Lebensqualität und funktioneller Status untersucht. Hierfür werden einerseits etablierte und andererseits an den Indikatoren orientierte, neu entwickelte Erhebungsinstrumente in Praxen eingesetzt, um insgesamt 350 multimorbide Patientinnen und Patienten sowie etwa 50 Ärztinnen und Ärzte zu befragen.

Geplante Ergebnisverwertung

Der Qualitätsindikatorenansatz für Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität soll als Rahmen für die Identifikation von Qualitätsproblemen und als Implementationshilfe von Behandlungsstandards verwendet werden. Darüber hinaus sollen die Indikatoren dazu beitragen, Standards in der Behandlung zu etablieren und Unter-, Über- und Fehlversorgung zu reduzieren.

Förderer	Innovationsfond des G-BA
Laufzeit	Juli 2017 bis Juni 2020
Partner	Universitätsklinikum Heidelberg
Ansprechpartnerin	Josefine Schulze (j.schulze@uke.de), Dagmar Lühmann (d.luehmann@uke.de)



Multimorbidität und Leitlinien

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

Hintergrund und Ziele

Multimorbidität ist kein schicksalhafter Prozess, sondern im höheren Lebensalter ein sehr häufiges Phänomen und damit eine Herausforderung hinsichtlich der komplexen Versorgungsbedarfe. Diese nehmen stetig zu, vor allem bei älteren Menschen. Aber gerade für die Versorgung dieser Patientengruppe existieren kaum evidenzbasierte Leitlinien. In Leitlinien zur Versorgung von einzelnen Erkrankungen wird Multimorbidität nicht ausreichend berücksichtigt, die Anwendung aller in Frage kommenden Einzeleleitlinien kommt wegen der Vielzahl der Empfehlungen mit ihren Interaktionen und Inkompatibilitäten ebenfalls nicht in Frage.

In der S3-Leitlinie „Multimorbidität“ wird ausgehend von Einzelfallvignetten, in einem „bottom-up“ Ansatz und unter Einbezug von externer Evidenz sowie klinischer Expertise ein übergreifendes Versorgungskonzept erarbeitet. Ziel ist, einer leitliniengerechten Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten näher zu kommen.

Methodik

Die Bearbeitung erfolgt in 6 qualitativen und/oder quantitativen Arbeitsschritten:

1. Erarbeitung von Fallvignetten mit einer interdisziplinären Fokusgruppe anhand fiktiver Patientinnen und Patienten mit bekannten Multimorbiditätsmustern
2. Systematische Leitliniensynopse nationaler, evidenzbasierter Leitlinien auf Basis der berichteten Hauptdiagnosen
3. Erfassung der hausärztlichen klinischen Einschätzung zu den Aspekten: Abwenden gefährlicher Verläufe, Festlegung von Versorgungszielen, notwendige Diagnostik/ Therapie, Lebensstil- und psychosozialen Faktoren
4. Zusammenfassung der externen Evidenz und der Experteneinschätzung zu einem fallspezifischen Versorgungsalgorithmus (N-of-one-guidelines)
5. Ableitung eines Meta-Algorithmus aus diesen N-of-one-guidelines
6. Identifikation von Patientenwünschen und -werthaltungen durch eine systematische Literaturlaufbereitung und qualitative Interviews mit multimorbiden Personen

Ergebnisse

Der „Meta-Algorithmus“, erstreckt sich ausgehend vom aktuellen Behandlungsanlass bis zur Langzeitversorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten und schließt bei jeder Entscheidung die Werthaltungen (Präferenzen) der Patientin, des Patienten ein. Der hier erarbeitete Meta-Algorithmus bildet, im Gegensatz zu einem einfachen Symptom-Algorithmus, einen übergeordneten hausärztlichen Denkprozess ab, der den ganzen Menschen berücksichtigt. Er verlässt die klassische Abfolge von Problem, Diagnose, Leitlinie, Therapie und leitet Arzt und Patient zu individuellen Lösungen. Der Projektverlauf wurde u.a. 2013, 2014 und 2017 auf den Jahrestagungen des Guideline International Network (G-I-N) in San Francisco, Melbourne und Cape Town vorgestellt und diskutiert. Die Leitlinie selbst wurde 2017 publiziert.

Veröffentlichung

Muche-Borowski C, Lühmann D, Schäfer I, Mundt R, Wagner H, Scherer M. Development of a meta-algorithm for guiding primary care encounters for patients with multimorbidity using evidence-based and case-based guideline development methodology. *BMJ OPEN*. 2017;7(6).

Laufzeit

2013-2018, geplante Überarbeitung 2022

Ansprechpartnerin

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



S2e-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ – gemeinsam entscheiden

Cathleen Muche-Borowski, Hans-Hermann Dubben, Hans-Otto Wagner,
Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergrund und Ziele

International werden von Initiativen wie Choosing Wisely (USA) oder Smarter Medicine (Schweiz) Negativempfehlungen von Fachgesellschaften, sog. „Top-Listen“ zur Vermeidung von Überversorgung herausgegeben. Im Rahmen der Entwicklung einer DEGAM S2e-Leitlinie zum „Schutz vor Über- und Unterversorgung“, wurden von einem Expertenpanel Priorisierungskriterien konsentiert. Zum einen soll der Frage nachgegangen werden, ob Leitlinienautoren und Nicht-Leitlinienautoren Handlungsempfehlungen für den hausärztlichen Bereich in Bezug auf Über- und Unterversorgung unterschiedlich priorisieren. Zum anderen ist ein Weg zu finden, wie man mit den unterschiedlichen Sichtweisen bei der Erstellung einer DEGAM-Leitlinie umgeht.



Methodik

Angelehnt an den 10-Stufen-Plan der DEGAM und die methodischen Anforderungen an S2e-Leitlinien wurde in einem ersten Schritt systematisch nach Versorgungsforschungsstudien zu Versorgungsproblemen recherchiert. Anschließend wurden sämtliche Positiv- und Negativempfehlungen aus den DEGAM-S3-Leitlinien und den Nationalen Versorgungsleitlinien mit DEGAM-Beteiligung extrahiert und in Abstimmungsbögen einzeln dargestellt. Der Priorisierungs- bzw. Abstimmungsprozess selbst erfolgte mit Hilfe dieser Priorisierungskriterien über eine Befragung eines hausärztlichen Panels (Nicht-Leitlinienautoren). Die Vergleichsgruppe stellten die Leitlinienautoren der entsprechenden Leitlinien dar.

Vorläufige Ergebnisse und weiteres Vorgehen

Insgesamt wurden 782 Empfehlungen extrahiert (147 aus den DEGAM-LL und 635 aus den NVLs). Von einer 12-köpfigen interdisziplinären Expertengruppe wurden 11 Priorisierungskriterien, zu bewerten mit einer 9-stufigen Skala („sehr niedrig“ bis „sehr hoch“) konsentiert. Von 749 postalisch angefragten Hausärzten wurden 70 per Zufall ausgewählt und von denen haben 54 vollständig die Abstimmungsbögen der DEGAM-S3-Leitlinien und 41 die der NVLs bearbeitet. Mit Hilfe mehrerer Priorisierungsschritte wurde eine überschaubare Anzahl von 25 Kernempfehlungen für die in diesen Leitlinien thematisierten Krankheitsbilder und Beratungsanlässe entwickelt, mit dem Ziel, Empfehlungen hervorzuheben, worüber Ärzte und Patienten, andere Leistungserbringer und Kostenträger sowie Entscheidungsträger im Gesundheitssystem intensiver sprechen sollten.

Insgesamt wurden 21 Empfehlungen im Sinne der Vermeidung von Überversorgung und 4 Empfehlungen zum Schutz vor Unterversorgung priorisiert. Es betrifft alle Versorgungsbereiche, von Prävention, Screening, Diagnostik, Therapie bis hin zur Langzeit-Primärversorgung.

Veröffentlichung

Cathleen Muche-Borowski, Dorit Abiry, Hans-Otto Wagner, Anne Barzel, Dagmar Lühmann, Günther Egidi, Thomas Kühlein, Martin Scherer. Protection against the overuse and underuse of health care – methodological considerations for establishing prioritization criteria and recommendations in general practice BMC Health Services Research (2018) 18:768

Laufzeit

2013-2019, als Living Guideline in kontinuierlicher Aktualisierung

Ansprechpartnerin

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

Gesellschaftliche Beschleunigung und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung

Herausgeberteam: Martin Scherer, Helmwart Hierdeis, Josef Berghold

Hintergründe und Ziele

In nahezu allen Lebensbereichen existiert der zumindest gefühlte Druck, in der gleichen Zeit immer mehr leisten zu müssen. Trotz neuer Technologien, die schnelleres Arbeiten ermöglichen, wird Zeit als immer knappere Ressource empfunden.

Wir untersuchen in diesem Projekt die möglichen Ursachen des Phänomens Zeitnot, dessen Geschichte, Verbreitung und dessen Rolle in der Medizin und in der medizinischen Forschung.



Geplante Kapitelstruktur

Teil I: Grundlegende Annäherungen an das Welträtsel „Zeit“

Um Phänomene wie Beschleunigungsdruck und Zeitnot einigermaßen schlüssig auf den Begriff zu bringen, soll in einem einführenden Teil die für unser Denken von alters her schwer zu fassende Realität von „Zeit“ aus kultureller, philosophischer und physikalischer Sicht ins Visier genommen werden.

Teil II: Sozialwissenschaftliche Streiflichter zur gesellschaftlichen Beschleunigung

Anknüpfend an einen Überblick über wesentliche Aspekte und Tendenzen moderner Beschleunigung wird u.a. ein bahnbrechendes Erklärungsmodell erörtert, das auf einem sich selbst immer mächtiger antreibenden Kreislauf zwischen drei Beschleunigungs-Dimensionen aufbaut (der Technik, des sozialen Wandels und des Lebenstempos).

Teil III: Beschleunigungsdruck auf medizinische Forschung und Entwicklung

Durch einen zunehmenden Druck, schnelle Ergebnisse vorzuweisen, wird deren Qualität und Zuverlässigkeit auf breiter Front beeinträchtigt – u.a. durch den Zwang, möglichst zahlreiche Forschungsarbeiten zu publizieren, oder durch ein marktgängiges Bias, das „positive“ Ergebnisse durch abkürzende methodische Tricks begünstigt.

Teil IV: Beschleunigungsdruck auf medizinische Versorgung

In der medizinischen Versorgung treffen zahlreiche gesellschaftliche Beschleunigungstrends zusammen und verschärfen sich wechselseitig. Vorrangig sind dabei – wie auch in Stellungnahmen von Spitzenfunktionären des Gesundheitswesens zur Sprache kommt – u.a. ein zunehmender Einfluss kurzfristiger Rentabilitätsziele, unrealistische Ansprüche auf schnelle Linderung oder Heilung, Trends zur Verkürzung ärztlicher Konsultationszeiten oder eine zunehmende Verbreitung von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Polypharmazie.

Teil V: Mögliche Alternativen oder Auswege aus den Beschleunigungszwängen

Während die Möglichkeiten, die Beschleunigungstrends auf breiter gesellschaftlicher Front auf ein humanverträgliches Maß zurückzuführen, aktuell sehr beschränkt scheinen, gibt es doch auch eine breite Palette von verfolgenswerten Zugängen zu einer im Alltag erreichbaren „Kultur der Pause“ und des „Zeitwohlstands“.

Laufzeit

ab 10.2015

Ansprechpartner

Josef Berghold, j.berghold@uke.de

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

Hanna Kaduszkiewicz*, Dagmar Lühmann, Marion Eisele, Annette Ernst, Tina Mallon, Carolin von der Leeden, Thomas Zimmermann, Hendrik van den Bussche, Martin Scherer

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

Hintergründe und Ziele

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 wurde 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 Patientinnen und Patienten im Alter von 75 – 89 Jahren in die Studie eingeschlossen. Ziel der 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 Patientinnen und Patienten mit demenzieller Erkrankung.

Design und Methodik

Die Patientinnen und Patienten wurden bis Ende 2013 alle 18 Monate zu Hause untersucht. Ab dem 01.01.2014 wurde das Projekt unter dem offiziellen Acronym „AgeQualiDe“ mit einer erweiterten Fragestellung weitergeführt (siehe Projektbeschreibung „AgeQualiDe“). Im Jahr 2016 wurden die Untersuchungen der bis dahin noch ca. 600 in der Studie verbliebenen hochaltrigen Patientinnen und Patienten der AgeCoDe-Studie abgeschlossen.

Ergebnisse

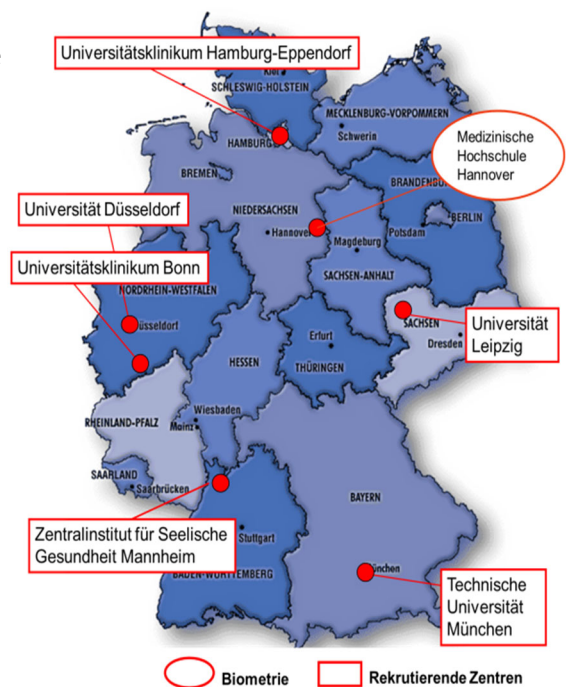
Neben den bereits publizierten Ergebnissen (z.B. der Erarbeitung eines Risikoscores für die Entwicklung einer Demenz, der Berechnung der stadienspezifischen Kosten einer Demenz und der Analyse der Demenz-Prognose bei Patientinnen und Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung) wurden in der Abschlussphase weitere Auswertungen zu Charakteristika und Schutzfaktoren kognitiv gesunder Hochaltriger und zu Prävalenz/Inzidenz demenzieller Erkrankungen und leichter kognitiven Störungen in dieser höchsten Altersgruppe durchgeführt.

Ergebnisverwertung

Es wurden bereits über 50 Publikationen zu der Studie veröffentlicht. Siehe unter:

<http://www.knd-demenzen.de/die-verbunde/verbund-epidemiologie/publikationen.html> Diese und weitere, die sich noch in der Bearbeitung befinden tragen zu gesundheitspolitischen Diskussionen, wie beispielsweise der kritischen Diskussion um die Aufnahme der Diagnose "Mild Neurocognitive Disorder" in das DSM-5 bei.

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	2013 bis 2020
Partner	AgeCoDe-Study Group (siehe Grafik)
Ansprechpartnerinnen	Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de; Marion Eisele, m.eisele@uke.de



Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)

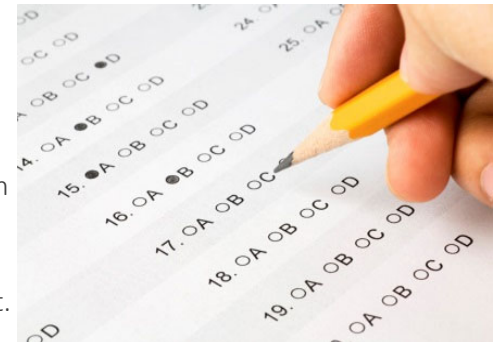
Marion Eisele, Anja Rakebrandt, Agata Kazek, Sigrid Boczor,
Eva Blozik, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Für die Behandlung von Herzinsuffizienz gibt es Therapieempfehlungen in Form von Leitlinien. Ziel dieser Leitlinien ist es, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz zu verbessern. Oft gibt es jedoch gute Gründe, von diesen Empfehlungen im Praxisalltag abzuweichen. Zusätzlich erschwert wird die Behandlung der Patientinnen und Patienten dadurch, dass Herzinsuffizienz häufig mit weiteren Erkrankungen einher geht. Ziel dieser Studie war es, die somatischen und psychischen Begleiterkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz näher zu beleuchten und aus den Ergebnissen Empfehlungen für Leitlinien abzuleiten.

Design und Methodik

Über Hausarztpraxen in Hamburg, Lübeck, Kiel und Würzburg wurden Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz rekrutiert. Die Patientinnen und Patienten erhielten zu Studienbeginn und ein Jahr später einen Fragebogen, in welchem sie gebeten wurden, ihren aktuellen Gesundheitszustand und weitere Erkrankungen zu beschreiben. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wurden ebenfalls hinsichtlich Komorbiditäten und Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten befragt. Es wurden über 293 Hausärzte und insgesamt 5.385 Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz rekrutiert.



Ergebnisse

Hausärztinnen und Hausärzte gaben bei etwa einem Drittel der behandelten Patientinnen und Patienten an, dass es Schwierigkeiten bei der Behandlung der Herzinsuffizienz gab. Die am häufigsten genannte Schwierigkeit war die „Interaktion zwischen der Behandlung der Herzinsuffizienz und komorbider Erkrankung/Multimorbidität“, gefolgt von „mangelnder Adhärenz des Patienten“ und „Nebenwirkungen/Unverträglichkeiten von Medikamenten“. Es konnten fünf Gruppen von Begleiterkrankungen identifiziert werden, die mit einem erhöhten Risiko für Behandlungsschwierigkeiten hervorgingen: Allergien (inklusive Medikamentenunverträglichkeiten), Asthma/COPD, Niereninsuffizienz, Arteriosklerose/PAVK und Herzrhythmusstörungen. Neben somatischen Erkrankungen war auch das Vorliegen einer psychosozialen Belastung (ängstliche und/oder depressive Symptomatik) mit Behandlungsschwierigkeiten assoziiert.

Veröffentlichung

Eisele M, Adam W, Rakebrandt A, Boczor S, Blozik E, Träder J, Störk S, Herrmann-Lingen C, Scherer M Importance of comorbidities in the treatment of primary care patients with heart failure - Baseline results of the observational RECODE-HF Study Fam Pract. 2018 Jul 23;35(4):481-487.

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

2012 bis 2015

Partner

Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz des Universitätsklinikums
Würzburg, Universitätsmedizin Göttingen

Ansprechpartnerinnen

Anja Rakebrandt, a.rakebrandt@uke.de; Marion Eisele, m.eisele@uke.de

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

Ingmar Schäfer, Anne Stark, Hanna Hardt, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Das Projekt INDiGeR war die Begleitforschung zum Wettbewerb des Bundesministeriums für Bildung und Forschung „Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen (GeDiReMo)“. Mit dieser Ausschreibung wurden fünf Regionen Deutschlands gefördert, in denen durch Vernetzung unterschiedlicher Anbieter von gesundheitsrelevanten und anderen Dienstleistungen die verbesserte Versorgung spezifischer Zielgruppen erreicht werden sollte.

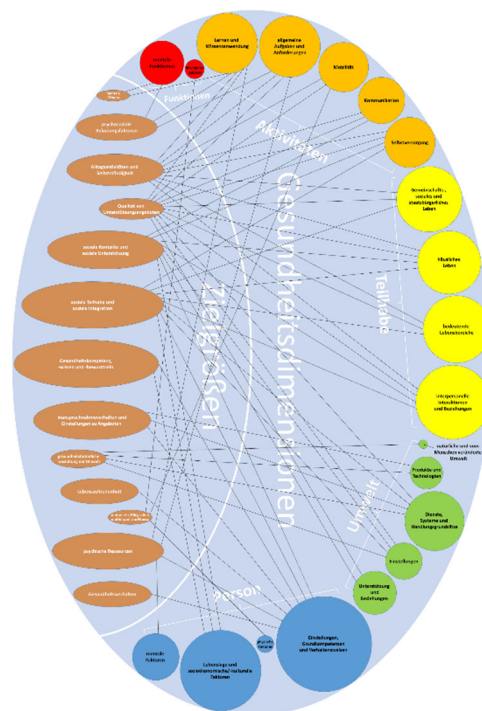
Ein Ziel vom AP5 „summative Evaluation“ des Begleitforschungsvorhabens INDiGeR bestand darin, eine Hilfestellung für die Planung und Evaluation von konkreten Gesundheitszielen der einzelnen Maßnahmen anzubieten. Außerdem sollte ein Konzept zur strukturierten Messung der Akzeptanz der Bevölkerung entwickelt und getestet werden.

Design und Methodik

Zunächst wurde auf Basis von systematischen Bestandsaufnahmen der Dienstleistungen in allen fünf GeDiReMo eine Evaluationsmatrix erstellt. Dazu wurden die einzelnen Gesundheitsziele zu Themenbereichen geclustert und mit Hilfe einer angepassten Fassung der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ codiert.

Die Evaluationsmatrix wurde deskriptiv ausgewertet. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde eine Onlinehilfe zur Planung von Gesundheitszielen entwickelt und in LimeSurvey 2.73 programmiert.

Für die Testung des Konzepts zur Messung der Akzeptanz der Bevölkerung wurden auf Basis der Evaluationsmatrix regionsspezifische Fragebögen für zwei GeDiReMo entwickelt. Diese wurden in telefonischen Befragungen an 814 Personen aus Augsburg und 808 Personen aus Gelsenkirchen eingesetzt. Die Befragungen wurden zwischen dem 04. Juli und dem 03. August 2018 vom Umfrageinstitut USUMA durchgeführt.



Ergebnisse

Die Onlinehilfe ermöglicht eine strukturierte Erfassung von Problemstellung, Zielgruppen und Leistungen und unterstützt die Auswahl von für eine Evaluation geeigneten Zielgrößen (<http://s.fhg.de/icf-tool>). Das Evaluationskonzept zur Messung der Akzeptanz der Bevölkerung war gut umsetzbar und zeigte eine hohe Datenqualität. Unterstützende Materialien zur Adaption des Konzepts sind im Internet verfügbar (www.toolkit.indiger.net).

Veröffentlichungen

- Schäfer I, Stark A et al. Gesundheitsziele verorten, formulieren und messbar machen: Manual zur INDiGeR-Onlinehilfe, Stuttgart: Fraunhofer Verlag 2018.
- Schäfer I, Stark A et al. Systematische Bestandsaufnahme der Zielsetzungen gesundheitsbezogener Maßnahmen als Grundlage für die Effektivitätsmessung. In: Ganz W, Eymann T et al. (Hrsg.). Dienstleistungen und Gesundheit in Regionen. Stuttgart: Fraunhofer-Verlag 2018, S. 164-175.
- Schäfer I, Stark A et al. Messung der Akzeptanz von Gesundheitszielen in der Bevölkerung. Ebd, S. 176-199.

Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit August 2014 bis Dezember 2018
Ansprechpartner Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de



Gesundheitskompetenz, Risikofaktoren und Ressourcen im Kontext Prävention von Diabetes in Hamburg

Dagmar Lühmann, Ingmar Schäfer, Tim Steinberg, Hendrik van den Bussche, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

2011 waren in Hamburg ca. 122.000 gesetzlich Versicherte in ambulanter Behandlung mit einem Diabetes Typ II; generell steigen die Prävalenzen. Diabetes ist eine der Volkskrankheiten, die bei niedrigem Sozialstatus häufiger auftritt, zugleich besteht ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende Folgeerkrankungen. Risikofaktoren für Diabetes - wie auch für Hypertonie und Hypercholesterinämie - sind in der Allgemeinbevölkerung sehr verbreitet: Bewegungsmangel, Fehlernährung und Übergewicht bis Adipositas, dazu ggf. eine genetische Disposition. Ressourcen wie z. B. soziale Unterstützung sind im salutogenetischen Ansatz wichtige Anknüpfungspunkte für die Gesunderhaltung, die Prävention und die Krankheitsbewältigung. Gesundheitskompetenz und die Einschätzung der Selbstwirksamkeit sind beide bedeutsame Aspekte bei den großen Schwierigkeiten Menschen zur Verhaltensänderung zu motivieren.

Fragestellungen

- Wie ist der Wissensstand in der Allgemeinbevölkerung in Bezug auf diabetesrelevante Risikofaktoren?
- Wie sind Gesundheitszustand und Lebensqualität (incl. BMI), Gesundheitsverhalten (v.a. Ernährungsgewohnheiten, Bewegung/Sport), Selbstwirksamkeit und Gesundheitskompetenz ausgeprägt?
- Wie unterscheiden sich Personen mit einem hohen Diabetesrisiko von Personen mit einem niedrigen?



Quelle: Antonia Schanze

Methoden

Querschnittliche Beobachtungsstudie, basierend auf einer telefonischen Befragung von Erwachsenen aus Hamburg im jüngeren und im mittleren Lebensalter (18-60 Jahre). Dabei wurde eine repräsentative Stichprobe von 1.147 Bürgern gezogen und zusätzlich fand ein Oversampling von 308 Personen mit niedrigem und mittlerem Bildungsstand statt. Die Telefoninterviews dauerten jeweils ca. 20 Minuten und wurden von dem Umfrageinstitut USUMA zwischen Dezember 2017 und März 2018 durchgeführt. Als Befragungsinstrumente dienten eine Reihe etablierter standardisierter Instrumente (z.B. SF8, HLS-Q 16, RKI-Survey GEDA 2012/2014).

Geplante Ergebnisverwertung

Die Ergebnisse der Befragung wurden der allgemeinen Öffentlichkeit in Hamburg durch einen Gesundheitsbericht der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz zugänglich gemacht. Darüber hinaus sind wissenschaftliche Veröffentlichungen im gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Rahmen geplant.

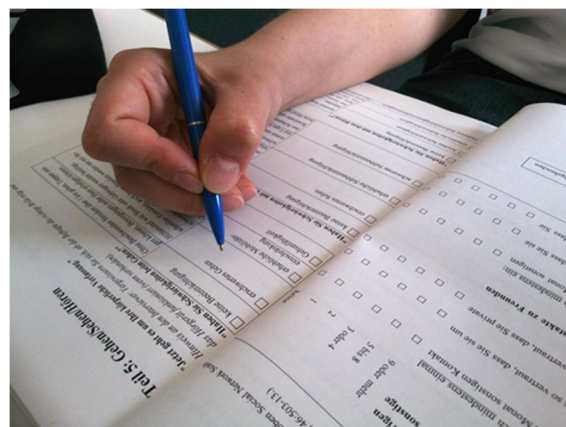
Förderer	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Laufzeit	2017 bis 2020
Ansprechpartner	Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme von Kliniken in Deutschland (PiNo Bund): Klientel, Behandlungspfade und Gründe für die Inanspruchnahme

Ingmar Schäfer, Agata Kazek, Hanna Hardt, Jan Oltrogge, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Die Inanspruchnahme der Notaufnahmen der deutschen Kliniken scheint sich konstant zu erhöhen, insbesondere bei den fußläufigen Patienten. Gründe dafür könnten einerseits in einer älter und kränker werdenden Bevölkerung liegen, oder in den Präferenzen und Erwartungen der Patienten. Andererseits könnten auch strukturelle Probleme der ambulanten Versorgung oder Krankenhausmerkmale für diese Entwicklung verantwortlich sein. Das Projekt PiNo soll untersuchen, welche Patientenpopulation vom ambulanten System in die Notaufnahmen drängt, welche Behandlungspfade die Patientinnen und Patienten hinter sich haben und was die subjektiven und krankheitsbezogenen Gründe für die Inanspruchnahme der Notaufnahmen sind.



Design und Methodik

Diese Studie ist eine Fortführung und Erweiterung des Projektes PiNo Nord. Querschnittliche Beobachtungsstudie in zehn Kliniken im gesamten Bundesgebiet. Die Auswahl der Kliniken stützt sich auf eine Clusteranalyse anhand der Kriterien ambulante Arztdichte, stationäre Bettendichte und Anzahl prinzipiell ambulant behandelbarer Fälle in der ambulanten und stationären Versorgung. Für jedes der fünf identifizierten Cluster wird mindestens eine Kliniken aus Kreisen bzw. Städten rekrutiert werden, die möglichst typisch für dieses Cluster sind. Außerdem soll eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Kliniken über das Bundesgebiet sichergestellt werden. In jeder Klinik findet für eine volle Woche (per Zufall verteilt über 3 Monate in Früh- und Spätschicht) die Datenerhebung statt. Es werden alle Patientinnen und Patienten in die Studie eingeschlossen, sofern sie in der Lage sind, sich selbst anzumelden, die Behandlung durch das Klinikpersonal nicht als dringend eingestuft wurde, Einwilligungsfähigkeit vorliegt und mindestens eine rudimentäre Verständigung auf Deutsch oder Englisch möglich ist. Als Datenquelle dienen eine mündliche und schriftliche Patientenbefragung, ärztliche Diagnosen der Kliniken sowie ambulante Behandlungsdaten vor dem Notaufnahmebesuch, die nachträglich mit Befragungs- und Klinikdaten verknüpft werden. Die Patientenbefragung wird durch ein externes Forschungsinstitut durchgeführt.

Erwartete Ergebnisse

Die Ergebnisse werden sich auf das Versorgungsgeschehen im gesamten Bundesgebiet beziehen, Aufschluss über die Behandlungspfade vor dem Notaufnahmebesuch geben und eine genauere Einschätzung des Gesundheitszustandes und der erfolgten Behandlungen ermöglichen. Erste Veröffentlichungen werden für 2020 erwartet.

Veröffentlichungen

Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients attending emergency departments—a cross-sectional study of subjectively perceived treatment urgency and motivation for attending. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 645-52

Förderer

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Laufzeit

Juli 2018 bis Juni 2021

Ansprechpartner

Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

Soziale Probleme in der hausärztlichen Praxis (SoPrHa)

Thomas Kloppe, Claudia Mews, Britta Tetzlaff, Thomas Zimmermann, Viviana Gosch,
Olaf von dem Knesebeck*, Martin Scherer

*Institut für Medizinische Soziologie, UKE

Hintergründe und Ziele

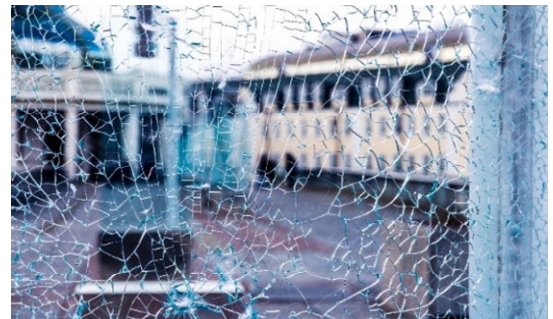
Soziale Probleme wie Armut, Arbeitslosigkeit oder Einsamkeit werden häufig begleitend zu den medizinischen Anliegen bei der Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung thematisiert. Sie können den Krankheits- und Behandlungsverlauf und damit auch die Aktivität und Teilhabe der Patient*innen beeinflussen. Daher gehören sie in der Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) mit zum Arbeitsauftrag in der Versorgung. Gleichzeitig bieten verschiedene Berufsgruppen für unterschiedliche soziale Problemlagen Beratungs- und Unterstützungsangebote an. Eine Kooperation findet jedoch bisher nur in Ausnahmefällen statt.

Ziel ist die umfassende Integration sozialer Themen in die klinische Versorgung, die Wissenschaft sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, damit die sozialen, soziokulturellen und ökologischen Aspekte in der Behandlung der Patientinnen und Patienten bestmöglich berücksichtigt werden können.

Design und Methodik

Multimethodischer Ansatz

1. Epidemiologische Untersuchung von Sozialen Problemen in der hausärztlichen Praxis aus der Sicht von Hausarzt*innen sowie ihrer Patient*innen.
2. Qualitative Untersuchung zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Versorgung von Patient*innen mit sozialen Problemen durch Hausarzt*innen sowie durch Sozialarbeiter*innen.
3. Lehr-, Fort-, und Weiterbildungsangebote am UKE, im Kompetenzzentrum Weiterbildung, in der Hausärztlichen Fortbildung Hamburg und am Tag der Allgemeinmedizin.
4. Entwicklung und Evaluation von Interventionen, die Soziale Determinanten von Gesundheit in der Hausarztpraxis adressieren.



Soziale Determinanten von Gesundheit

Geplante Ergebnisverwertung

Die erste Erhebung (1.) zeigte, dass Soziale Probleme ein häufiges Thema im hausärztlichen Praxisalltag sind. Der Wunsch nach Unterstützung, vorrangig durch institutionalisierte Ansprechpartner*innen, ist groß. Interventionen, die an diesem Bedarf ansetzen, könnten die hausärztliche Versorgung ergänzen und damit die Patient*innenversorgung verbessern. Bis zur Entwicklung einer wissenschaftlich fundierten Intervention (2+4), werden praxisnahe Workshops (3.) angeboten, die grundlegende Prinzipien in der Versorgung Sozialer Probleme vermitteln.

Veröffentlichungen

Zimmermann T, Mews C, Kloppe T, Tetzlaff B, Hadwiger M, von dem Knesebeck O, Scherer M Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. ZEFQ Z Evidenz Fortbild Qual G. 2018;131:81-89.

Laufzeit seit 2014

Ansprechpartner Thomas Kloppe, t.kloppe@uke.de

Primärärztliche Versorgung von Geflüchteten

Jan Hendrik Oltrogge, Ingmar Schäfer, Dana Schlichting, Martin Jahnke, Anja Rakebrandt, Sigrid Boczor, Hans-Otto Wagner, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergrund und Fragestellung

Von 11/2015 bis 07/2016 übernahm das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE die allgemeinmedizinische Versorgung der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung „Rugenberg“ (ZEA) für Geflüchtete in einer ehemaligen Baumarkthalle mit über 1500 Bewohnern. Allgemeinmediziner führten mit zugeschalteten Videodolmetschern eine primärärztliche Sprechstunde durch. Sämtliche Konsultationen wurden vollständig in einer Datenbank dokumentiert und standen der hier vorliegenden Auswertung pseudonymisiert zur Verfügung.

Fragestellung: Wie gestaltet sich die primärärztliche Versorgung von Geflüchteten einer Zentralen Erstaufnahme?



Methodik

Vom 04.11.2015 bis zur Schließung der ZEA am 21.07.2016 (261 Tage) wurden 5545 Konsultationen von 1467 Patientinnen und Patienten pseudonymisiert und auf Basis der „International Classification of Primary Care, second edition“ (ICPC-2) in Beratungsanlässe, Diagnosen und ärztliche Prozeduren kodiert. Eine repräsentative Stichprobe von 35% (2159 Konsultationen) wurde auf Basis der „International Classification of Primary Care, second edition“ (ICPC-2) in Beratungsanlässe, Diagnosen und ärztliche Prozeduren kodiert. Außerdem wurden aus der konsultationsbasierten Datenbank insgesamt 4006 „Episodes of Care“ gebildet, in denen wiederkehrende Beratungsanlässe längsschnittlich zusammengefasst werden und so der Behandlungsverlauf der einzelnen Gesundheitsprobleme sichtbar wird. Die retrospektive Auswertung des Datensatzes beinhaltete deskriptive Statistiken und bivariate Analysen (Chi-Quadrat-Tests), verzerrungsadjustierte logistische Firth-Regressionen und Cox Proportional Hazard Regressionsmodelle.

Vorläufige Ergebnisse der Stichprobenauswertung und weiteres Vorgehen

- 62,8% der Patientinnen und Patienten waren männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter lag bei 23 Jahren. 33,7% der Patientinnen und Patienten waren minderjährig.
- Am häufigsten kamen Patientinnen und Patienten aus dem mittleren Osten (v.a. Afghanistan) oder dem nahen Osten bzw. Nordafrika (v.a. Syrien, Irak oder Iran).
- Die häufigsten Diagnosen waren Infekte der oberen Atemwege, Zahnprobleme und akute Tonsillitis.
- 84,5% der Gesundheitsprobleme konnten ohne Weiterleitung an Gebietsfachärzte oder Krankenhäuser behandelt werden.
- 19,8% der Patientinnen und Patienten hatten mindestens ein Gesundheitsproblem, das eine kontinuierliche Behandlung von 28 Tagen oder mehr forderte.

Die weitere Auswertung beschäftigt sich mit Unterschieden in den Gesundheitsproblemen zwischen minderjährigen und erwachsenen Geflüchteten sowie Prädiktoren für den Bedarf an kontinuierlicher Behandlung für die Weiterleitung an Gebietsfachärzte und Krankenhäuser.

Laufzeit seit 2017

Ansprechpartner Jan Hendrik Oltrogge, j.oltrogge@uke.de

Ungleichheiten in der Diagnose von Versorgung von Frauen und Männern mit Herzinsuffizienz (DISPAR-HF)

Gabriella Marx¹, Sarah Koens², Anna Christin Makowski², Olaf von dem Knesebeck²,
Martin Scherer¹

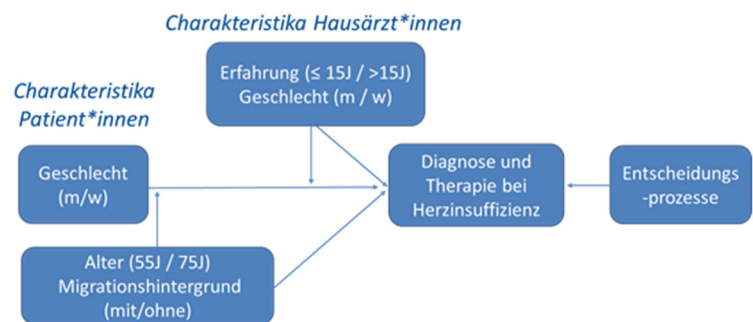
¹Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE; ² Institut für Medizinische Soziologie, UKE

Hintergründe und Ziele

Herzinsuffizienz (Heart Failure, HF) ist derzeit die häufigste Ursache für einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus in Deutschland und mit einem Anteil von 5,1% die dritthäufigste Todesursache in Deutschland. Obwohl sich die Behandlung der HF in den letzten 60 Jahren deutlich verbessert hat, ist die 5-Jahres Mortalität weiterhin hoch. Die Erkrankung stellt für die betroffenen Patient*innen eine hohe Belastung dar, wobei bei Frauen eine schlechtere Lebensqualität festgestellt wurde. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es auch bei der Diagnosestellung und Therapie. Um die Versorgungsegalität zu gewährleisten, werden im Rahmen dieser Studie neben geschlechtsspezifischen Unterschieden auch weitere mögliche Einflussfaktoren auf die Diagnose und Behandlung der HF (Alter und Migrationshintergrund der Patient*innen sowie Geschlecht und Berufserfahrung der Hausärzt*innen) systematisch untersucht. Ziel dieser Studie ist es, bewusste und unbewusste Entscheidungsprozesse bei der Diagnosestellung und Behandlungsentscheidung zu rekonstruieren und mögliche Einflussfaktoren einer ungleichen Versorgung zu identifizieren.

Design und Methodik

- Faktorielles Design unter Einsatz von acht verschiedenen, jedoch inhaltlich exakt gleichen Videovignetten mit Dialog eines hausärztlichen Erstgesprächs
- Die Videovignetten, differenziert nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund, wurden mit professionellen Schauspieler*innen erstellt.
- Die Vignetten wurden insgesamt 128 Hausärzt*innen präsentiert, die im Anschluss daran mittels standardisierter sowie offen-narrativer Fragen zu ihrer Diagnose- und Therapieentscheidung interviewt wurden.
- Zur Analyse von Wechselbeziehungen möglicher Einflussfaktoren werden auf Basis der quantitativen Daten Interaktionsterme berechnet. Die qualitativen Daten werden mittels inhaltsanalytischer (bewusste Entscheidungsebene) sowie interpretativer Verfahren (unbewusste Entscheidungsebene) ausgewertet.



Erwartete Ergebnisse und geplante Ergebnisverwertung

Über geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Diagnosestellung und Behandlungsentscheidung hinaus wird der Einfluss weiterer Charakteristika der Patient*innen (Alter, Migrationshintergrund) sowie der Ärzt*innen (Geschlecht und Behandlungserfahrungen) erwartet. Das gewählte Design soll dazu beitragen die Differenzen nicht nur zu beschreiben, sondern die zugrundeliegenden Entscheidungsprozesse zu verstehen. Die Ergebnisse werden mit dem ärztlichen Netzwerk des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin diskutiert sowie auf Fachkongressen und in Fachzeitschriften präsentiert.

Veröffentlichungen

von dem Knesebeck O, Koens S, Marx G, Scherer M. Perceptions of time constraints among primary care physicians in Germany. BMC Family Practice 2019; 20:142. doi.org/10.1186/s12875-019-1033-5

Förderer
Laufzeit
Partner
Ansprechpartner

Bundesministerium für Bildung und Forschung
2017 bis 2019
Institut für Medizinische Soziologie, UKE
Gabriella Marx, g.marx@uke.de



Depressionsscreening in der Hausarztpraxis: Steigerung der klinischen Effektivität und ökonomischen Effizienz durch patienten-orientiertes Feedback (GET.FEEDBACK.GP)

Marion Eisele, Gabriella Marx, Hanna Hardt, Tina Mallon, Martin Scherer

Projektleitung: Bernd Löwe; Co-Projektleitung: Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten und gravierendsten Erkrankungen und betreffen etwa 8% der deutschen Bevölkerung – in der Hausarztpraxis ist etwa jede sechste Patientin / jeder sechste Patient betroffen. In der randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie DEPSCREEN-INFO des Instituts und der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie konnte gezeigt werden, dass die Effektivität einer Depressionsfrüherkennung bei kardiologischen Patientinnen und Patienten durch eine minimal aufwändige Intervention optimiert werden kann. Die multizentrische randomisiert-kontrollierte GET.FEEDBACK.GP Interventionsstudie testet jetzt, ob eine patienten-orientierte Rückmeldung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung den Verlauf der Depressivität verbessern kann.



Design und Methodik

Die schriftliche Rückmeldung der Depressivität an die Patientinnen und Patienten wurde mit Hilfe von Patientenworkshops entwickelt. Verständlichkeit, Entstigmatisierung sowie Anregung zum Selbstmanagement standen dabei im Vordergrund. Die Wirksamkeit der Patientenrückmeldung wird aktuell getestet.

In 5 Studienzentren werden in je 10 hausärztlichen Praxen insgesamt 1074 Patientinnen und Patienten rekrutiert, die nach Depressionsscreening die Kriterien für eine Depression erfüllen. Die Patientinnen und Patienten werden zufällig einem der 3 Studienarme zugeteilt (siehe Bild). Der erste Patient wurde am 17.07.2019 eingeschlossen. Die Patientinnen und Patienten nach 1, 6 und 12 Monaten telefonisch befragt.

1

Depressionsscreening und Rückmeldung der Depressivität an Patient*in und Hausarzt*in

2

Depressionsscreening und Rückmeldung der Depressivität nur an Hausarzt*in

3

Depressionsscreening und keine Rückmeldung der Depressivität an Hausarzt*in und Patient*in

Geplante Ergebnisverwertung

Erweist sich die Patientenrückmeldung als wirksam, wird unter Einbeziehung der Hausärztinnen und Hausärzte angestrebt, die Intervention in der hausärztlichen Versorgung zu implementieren. Dazu beteiligen sich die Techniker Krankenkasse, die DAK Gesundheit sowie die Barmer Ersatzkasse im Wissenschaftlichen Beirat der Studie.

Das Projekt wird in Kooperation mit den folgenden UKE-Partnern durchgeführt:

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

Studienregistrierung ClinicalTrials.gov ; Identifier: NCT03988985

Förderer Innovationsfonds des G-BA zur Förderung von Versorgungsforschung

Laufzeit 2018 bis 2022

Partner Universitätskliniken Tübingen, Heidelberg, Jena & TU München

Ansprechpartner Gabriella Marx, g.marx@uke.de; Marion Eisele, m.eisele@uke.de

Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes zur berufsübergreifenden Zusammenarbeit bei Patientinnen und Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf (KOPAL)

Gabriella Marx, Tina Mallon, Nadine Pohontsch, Anja Rakebrandt, Martin Scherer

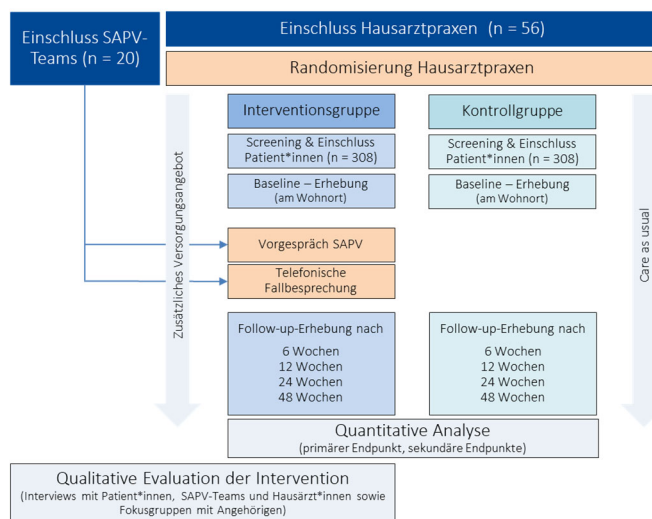
Hintergründe und Ziele

Die Versorgung von Menschen mit progredienten nicht-onkologischen chronischen Erkrankungen ist eine Herausforderung in der hausärztlichen Praxis. Betroffene Patient*innen leiden oft jahrelang unter starken Schmerzen, Luftnot, Angst oder anderen Begleitscheinungen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) konzentriert sich auf die Kontrolle dieser Symptome. Im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankungen erfolgen häufig Krankenhauseinweisungen, die durch frühzeitige Symptomlinderung und -kontrolle potenziell vermeidbar gewesen wären. Trotz des Ausbaus der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) – 2017 ergänzt durch die besonders qualifizierte und koordinierte ambulante Palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV) – sind fallbezogene Beratungen zwischen Hausarzt*innen und SAPV als Teil der Regelversorgung nicht vorgesehen.

Die KOPAL-Studie hat zum Ziel, durch Intensivierung der ambulanten berufs- und fachübergreifenden Zusammenarbeit die Versorgung am Lebensende zu optimieren und dadurch Krankenhausaufenthalte zu reduzieren, die Symptomlast zu verringern und die Lebensqualität zu steigern.

Design und Methodik

- Zweiarmlige cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie an vier norddeutschen Standorten.
- Einschluss von 608 Patient*innen mit dokumentierter gesicherter Diagnose Herzinsuffizienz (NYHA 3-4), COPD (GOLD 3-4, Gruppe D) oder Demenz (GDS \geq 6) in 56 Hausarztpraxen.
- Standardisierte Befragung zur gesundheitlichen Situation zur Baseline und nach 6, 12, 24 und 48 Wochen.
Primärer Endpunkt: Gesamtzahl der Krankenhauseinweisungen während des Beobachtungszeitraumes;
Sekundäre Endpunkte: Aktuelle Versorgungssituation, Gesundheitskosten (ökonomische Effizienz), Symptomlast, gesundheitsbezogene Lebensqualität.
- Abschließende qualitative Evaluation der Intervention.



Intervention

- Hausbesuch einer SAPV-Pflegekraft mit strukturiertem Gespräch zur Vorbereitung der
- einmaligen strukturierten telefonischen Fallbesprechung zwischen SAPV-Pflegekraft, SAPV-Ärzt*in und Hausarzt*in.

Geplante Ergebnisverwertung

Das KOPAL-Konzept kann bei Erfolg eine leicht zu implementierende niedrigschwellige Vorgehensweise zur Stärkung der berufs- und fachübergreifenden ambulanten palliativen Versorgung sein.

Förderer

Innovationsausschuss des G-BA

Laufzeit

Juni 2019 bis Mai 2022

Partner

Universitätsmedizin Göttingen, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg

Ansprechpartner

Gabriella Marx, g.marx@uke.de

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

Thomas Kloppe, Sigrid Boczor, Patricia Thomsen, Maren Wögens, Moritz Hadwiger,
Christiane Bleich¹, Christina Rosenberger², Christian Brettschneider², Thomas Grochtdreis²
Hans-Helmut König², Martin Härter¹, Martin Scherer

¹ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE

² Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, UKE

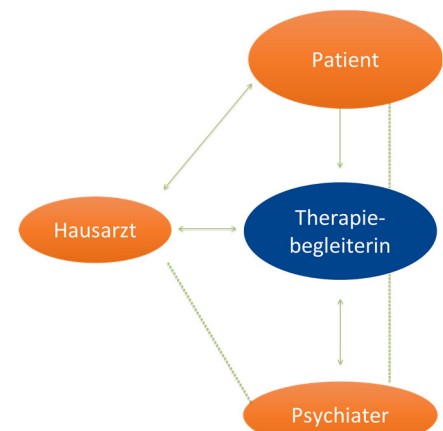
Hintergründe und Ziele

Depressionen sind neben Angststörungen die häufigsten psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen und mit einer hohen Krankheitslast verbunden. GermanIMPACT ist die deutsche Adaption eines in den USA etablierten Collaborative-Care-Modells zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung depressiver Patient*innen ab 60 Jahren. Die telefongestützte Intervention beinhaltet primär psychoedukative Elemente, die unter Supervision von geschulten nichtärztlichen Therapiebegleiterinnen durchgeführt werden. Diese Studie prüft, ob die Versorgung nach dem IMPACT-Modell einer üblichen hausärztlichen Versorgung (TAU) überlegen ist.



Design und Methodik

Zwischen Juli 2012 und September 2013 führten die Universitätskliniken Freiburg und Hamburg eine cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie mit ortsansässigen Hausarztpraxen durch. Eingeschlossen wurden Patient*innen mit mittlerer depressiver Symptomatik (Patient Health Questionnaire [PHQ-9-Wert: 10 - 14]). Ausschlusskriterien waren psychiatrische Komorbiditäten, aktuelle Psychotherapie und starke kognitive Einschränkungen. Primärer Endpunkt war der mittlere PHQ-9 Wert nach 12 Monaten.



Ergebnisse und Schlussfolgerung

71 Hausarztpraxen schlossen 248 Patient*innen (IG=139 und KG=109) ein. Der Anteil der Frauen lag bei 77,4% (n=192), das mittlere Alter betrug 71,3 Jahre ($\pm 7,6$). In der IG betrug der mittlere PHQ-9-Wert zur Baseline 10,7 Punkte und war damit signifikant ($p=0,038$) höher als in der KG (9,7). Nach einem Jahr zeigten die Patient*innen der IG im adjustierten Mittel einen geringeren PHQ-9-Wert von 8,1 Punkten, während der Score in der KG bei 9,4 Punkten lag ($p=0,009$). 25,6% der Patient*innen der IG befanden sich in Remission (PHQ-9-Wert < 5 Punkte). In der KG betrug dieser Anteil 10,9% der Patient*innen ($p=0,004$). Die Zufriedenheit mit der Intervention (Skala 0-4) war sehr hoch (Mittelwert=3,7 [$\pm 0,7$]). Die Intervention zeigt eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik und erfuhr eine positive Evaluation durch Patienten. Weitere Analysen prüfen derzeit die Wirksamkeit in Bezug auf sekundäre Lebensqualität, Angstsymptomatik und die Wirtschaftlichkeit. Die Einführung des IMPACT-Programms in die Routineversorgung in Deutschland kann signifikante klinische Vorteile für die Patient*innen bedeuten.

Veröffentlichungen

Hölzel LP, Bjerregaard F, Bleich C, Boczor S, Härter M, König HH, Kloppe T, Niebling W, Scherer M, Tinsel I, Hüll M. Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie (GermanIMPACT). *DTSCH ARZTEBL INT.* 2018;115(44):741-747.

Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit 2012 bis 2020
Partner Universitätsklinikum Freiburg
Ansprechpartner Thomas Kloppe, t.kloppe@uke.de

Entwicklung von Schulungsmaterialien zur Förderung der Selbstmanagementkompetenz von illiteraten türkeistämmigen Patientinnen und Patienten mit Diabetes (SITD)

Claudia Mews, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

In Deutschland liegt die Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 (DM2) bei ca. 7%. Eine Studie zur Prävalenz bei Türkeistämmigen zeigt eine mindestens doppelt so hohe Prävalenz an (Laube et. al. 2001). Ein wesentlicher Bestandteil in der Diabetestherapie sind die Diabetesschulungen. Aus Voruntersuchungen ist bekannt, dass in der Gruppe der türkeistämmigen Patientinnen und Patienten, die an DM2 erkrankt sind, ein großer Anteil nur geringe schriftsprachliche Kompetenzen besitzt (Kofahl et. al. 2013). Diese sind zum Verständnis der vorliegenden Diabetesschulungsprogramme oft nicht ausreichend. Ziel des Projektes ist es daher, kultursensible, leitlinienorientierte und an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientierte Schulungsmaterialien zu entwickeln.

Design und Methodik

Bei der Studie handelt es sich um einen mixed-methods Ansatz der Versorgungsforschung. Nach einer Literaturrecherche wurden zur empirischen Datenerhebung Expertenbefragungen, qualitative Interviews mit geschulten Patientinnen und Patienten sowie eine Online-Befragung von knapp 800 diabetologischen Schwerpunktpraxen durchgeführt. Im Anschluss wurden die Schulungsmaterialien entwickelt. Im Rahmen der Evaluation wurden in acht Kooperationspraxen drei ausgewählte Schulungsfilme in Schulungen von Patientinnen und Patienten der Zielgruppe eingesetzt.



Quelle: Antonia Schanze

Mit den Teilnehmenden wurde vor und nach der Schulung eine telefonische Befragung in türkischer Sprache durchgeführt, medizinische Daten wurden vor und nach der Schulung in der Praxis erhoben. Auch die Erfahrungen der Schulenden wurden evaluiert.

Ergebnisse

Bei der Online-Befragung von diabetologischen Schwerpunktpraxen gaben etwa 80% der befragten Schulenden an, auch Türkeistämmige zu schulen. Sie schätzten mehrheitlich den Anteil derjenigen darunter, die nicht gut lesen und schreiben können, auf 10-50%. In den Interviews mit Geschulten zeigte sich, dass eine Umsetzung der Schulungsinhalte in den Alltag schwierig zu sein scheint, u.a. bedingt durch kulturspezifische Hintergründe. Nach Auswertung aller Ergebnisse wurden leitliniengerechte bildungsadäquate Schulungsmaterialien erarbeitet. Ein Schwerpunkt war die Entwicklung von kurzen Schulungsfilmen. Im Rahmen der Evaluation wurden 114 Patientinnen und Patienten in den Kooperationspraxen geschult. Erste Auswertungen der Ergebnisse zeigen eine große Akzeptanz und Zufriedenheit mit den zur Verfügung gestellten Materialien.

Geplante Ergebnisverwertung

Die Schulungsinhalte wurden in das Format eines Website-Entwurfs übertragen, der neben den Arbeitsmaterialien auch Hintergrundinformationen für die Schulenden enthält. Nach Fertigstellung der noch in Arbeit befindlichen Website werden die Ergebnisse unter der Start-URL: www.diabetes-einfach-schulen.de allen Schulenden einsatzbereit zur Verfügung stehen.

Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit 2011 bis 2019

Ansprechpartnerin Claudia Mews, c.mews@uke.de

Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohner*innen (interprofACT)

Britta Tetzlaff, Tina Mallon, Annette Strauß, Heike Kretschmer, Gerrit von Deyen,
Thomas Zimmermann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Krankenhausaufnahmen sind für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner belastende Ereignisse mit unklarem Nutzen für den weiteren gesundheitlichen Verlauf. In Deutschland werden rund 30 bis 60 Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mindestens einmal pro Jahr in ein Krankenhaus verlegt, wobei bis zu 40 Prozent der Einweisungen als vermeidbar gelten. Eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Hausärzt*innen gilt als möglicher Ansatzpunkt, um Krankenhausaufnahmen zu vermeiden und damit die medizinische Versorgung der Bewohner zu stärken.

Ziel der Studie ist die Evaluation der Effekte eines für die Verbesserung der Kooperation zwischen Hausärzt*innen und Pflegenden in Pflegeheimen entwickelten Maßnahmenpakets interprofACT. Untersucht werden soll, ob sich durch die Einführung von interprofACT die kumulative Inzidenz von Krankenhausaufnahmen bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern über 12 Monate reduzieren lässt. Außerdem werden u.a. die Effekte auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit untersucht. Es erfolgen auch eine gesundheitsökonomische Auswertung und eine Prozessevaluation.



Design und Methodik

Die multizentrische clusterrandomisierte, kontrollierte Interventionsstudie wird mit insgesamt 680 Bewohnerinnen und Bewohnern in 34 Einrichtungen durchgeführt. Die Kontrollgruppe erhält die Standardversorgung mit Kurzinformationen zur ärztlich-pflegerischen Versorgung. In der Interventionsgruppe werden die passenden Maßnahmen von den Heimen und Hausärzt*innen gemeinsam aus interprofACT ausgewählt und für 12 Monate eingeführt. Die primäre Zielgröße wird in einem generalisierten linearen Modell mit gemischten Effekten modelliert.

Geplante Ergebnisverwertung

Aufgrund der systematischen Entwicklung und des flexiblen Charakters wird davon ausgegangen, dass interprofACT in die Regelversorgung umsetzbar ist, unabhängig von lokalen Organisationsformen und mithilfe üblicherweise verfügbarer Ressourcen. Basierend auf der abschließenden Gesamtbewertung werden Empfehlungen für die weitere Gestaltung der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern gegeben. Darüber hinaus können die Ergebnisse Ausgangspunkt für die Entwicklung von ähnlichen Strategien für die fachärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern oder die interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen sein.

Förderer	Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses
Laufzeit	April 2017 bis Juli 2020
Partner	Institut für Allgemeinmedizin & Institut für Medizinische Statistik, Universitätsmedizin Göttingen; Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Campus Lübeck; Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Georg-August-Universität Göttingen; Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Ansprechpartner	Britta Tetzlaff, interprofACT@uke.de



Integrierte und gestufte Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren (COMET)

Sarah Porzelt, Thomas Zimmermann, Martin Scherer

Hintergrund und Ziel

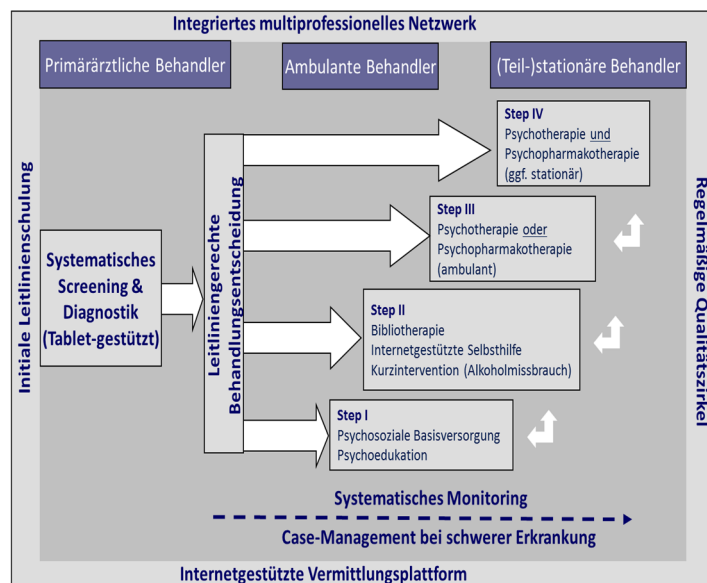
Psychische Erkrankungen haben eine hohe Prävalenz, besonders häufig sind Patient*innen von zwei oder mehr psychischen Störungen gleichzeitig betroffen. Aufgrund von Schnittstellenproblemen und Sektorengrenzen sind diese Patient*innen häufig nicht oder nicht adäquat versorgt. Die integrierte und gestufte Projektintervention berücksichtigt Komorbiditäten und überwindet sektorale Behandlungsbarrieren.

Das Projekt wird im Rahmen des HAM-NET als UKE-Kooperationsprojekt von sieben Instituten unter der Federführung des Instituts für Medizinische Psychologie durchgeführt.

Design und Methodik

Prospektive, cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie über drei Jahre.

Es werden in 38 Hausarztpraxen (19 Interventionsgruppe, 19 Kontrollgruppe) insgesamt 570 Patient*innen in Hamburg ab 18 Jahren rekrutiert, die die Kriterien einer Depression, Angst-, somatoformen und/oder alkoholbezogenen Störung erfüllen. Die statistische Analyse umfasst alle randomisierten Patient*innen nach dem Intention-To-Treat-Prinzip. Alle Endpunkte werden durch eine logistische Regression mit gemischten Effekten ausgewertet. Mögliche Standort- oder Clustereffekte wurden durch Adjustierung berücksichtigt.



Intervention

- integriertes multiprofessionelles Behandler Netzwerk von Hausärzten, Psychotherapeuten, Psychiatern und stationären Einrichtungen (inklusive Schulungen zu Leitlinien und Collaborative & Stepped Care; Onlineplattform zur Vermittlung von Behandlungsplätzen; regelmäßige Qualitätszirkel)
- systematisches und Tablet-gestütztes leitliniengerechtes Screening & Diagnostik
- leitliniengerechte Behandlungsoptionen unterschiedlicher Intensität
- systematisches Monitoring & Case-Management für schwer erkrankte Patienten

Erwartete Ergebnisse

Es wird erwartet, dass COMET eine effektivere Behandlung sowie eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität 6 Monate nach Behandlungsbeginn bietet als die Routineversorgung. Außerdem wird erwartet, dass COMET der Regelversorgung in den sekundären Outcomes wie Kosteneffektivität und Prozessvariablen ebenfalls überlegen ist. Ein bedeutsamer Wissensgewinn wird erwartet bezüglich der Frage, ob es möglich und effektiv ist, ein breites Spektrum psychischer Erkrankungen innerhalb eines, auf evidenzbasierten Empfehlungen aufgebauten Versorgungsmodells zu behandeln. Dabei wird von besonderem Interesse sein, wie mit dem zentralen Thema der Komorbidität umgegangen wird.

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Februar 2017 bis Januar 2020

UKE-Partner

Medizinische Psychologie (Antragsteller, Projektleitung)

Ansprechpartner

Sarah Porzelt, s.porzelt@uke.de; Thomas Zimmermann, t.zimmermann@uke.de

RECOVER

Das neue Hamburger Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Claudia Mews, Susanne Pruskil, Johannes Lücke, Anne Karow*, Martin Lambert*, Martin Scherer

*Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Hintergründe und Ziele

Eine große Anzahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen, fehlende Therapieplätze, steigende Kosten – in Deutschland steht die Versorgung psychisch kranker Menschen vor großen Herausforderungen. RECOVER ist das Synonym für eine neue Versorgungsform, die durch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen dem (teil-)stationären und dem ambulanten Bereich die Versorgungslücken schließen will.

Ziel des durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Projekts RECOVER ist es, ein sektorenübergreifend-koordiniertes, schweregradgestuftes und evidenzbasiertes Versorgungsmodell zu implementieren und zu erproben, das durch eine bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit die Behandlungsqualität verbessern und eine wohnortnahe und gesellschaftlich eingebundene Versorgung der Patient*innen ermöglichen soll.

Design und Methodik

Im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie werden Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des RECOVER-Modells durch Vergleich mit der Regelversorgung untersucht. Insgesamt werden 1070 Patient*innen eingeschlossen.

Für das Schnittstellenmanagement zur hausärztlichen Praxis sind Allgemeinmediziner*innen in das multiprofessionelle und interdisziplinäre AID & Care Team integriert. Sie sind verantwortlich für die hausärztliche Untersuchung aller Patient*innen und die Organisation weiterer Untersuchungen und Therapien bei Bedarf. Darüber hinaus koordinieren und leiten sie die Zusammenarbeit in einem aufgebauten Netzwerk von hausärztlichen Kooperationspraxen und organisieren Informationsveranstaltungen, um die Zusammenarbeit und den Wissenstransfer zu fördern.



RECOVER

Geplante Ergebnisverwertung

Die Untersuchungen an den Patient*innen finden vor Beginn der Intervention, sowie nach sechs und zwölf Monaten statt. Die primären Hypothesen der Mixed-Model-Analysen sind eine Reduktion durchschnittlicher Kosten, die Verbesserung Klienten-relevanter Endpunkte und eine Verbesserung der Kosteneffektivität nach zwölf Monaten im Vergleich zur Regelversorgung. Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgt mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Analysen sowie über qualitative Auswertungen von teilstrukturierten Interviews.

Es wurde ein Netzwerk von 23 Kooperationspraxen aufgebaut.

Website: www.recover-hamburg.de

Laufzeit 2017-2020

Ansprechpartnerinnen Susanne Pruskil s.pruskil@uke.de; Claudia Mews c.mews@uke.de



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Innovationsausschuss

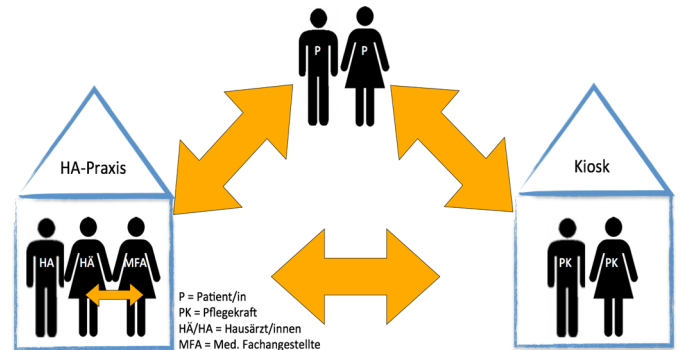
Selbstmanagementförderung in der ambulanten Versorgung (SMAV) in einem Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn

Thomas Zimmermann, Cathleen Muche-Borowski, Martin Scherer

Hintergrund

In den Hamburger Stadtteilen Billstedt / Horn / Mümmelmannsberg leben ca. 110.000 Einwohner*innen

- Routinedaten weisen eine hohe Krankheitslast aus
- Herausforderungen durch multiethnische Bewohnerschaft und soziale Probleme
- Medizinisch tendenziell unterversorgt (bspw. Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Gynäkologie, Pädiatrie, Psychotherapie)
- Mangel an Versorgungscoordination erkennbar



Das Kiosk-Modell der Kooperation

Kiosk als Stadtteilinstitution für alle Anliegen, die Gesundheit betreffend

- Mehrsprachigkeit: Ansprache der Klient*innen in Muttersprache durch Mitarbeiter*innen
- Ganzheitlicher & indikationsunspezifischer Betreuungs-/ Versorgungsansatz
- Beratungsgespräche zur Förderung des Selbstmanagements in enger Abstimmung mit behandelnder/m Ärzt*in
- Multiprofessionelles nicht- ärztliches Team mit pflegerischem Hintergrund
- Gute Erreichbarkeit mit kundenfreundlichen Öffnungszeiten

Die Aufgaben des IPA

- Schulung Pflegende
- Supervision Gruppe/Einzel
- Weiterentwicklung und Vermittlung des systemisch-orientierten Beratungsansatzes durch Setzen von Standards und die Erarbeitung eines Beratungsleitbildes

Unser Leitbild für die Beratung



Aufgaben in der Beratung

- Sozial- und Case Management auf ärztliche Verordnung (Überweisung)
 - 3-5 Beratungen
- Begleitung bei der Erreichung von vereinbarten Gesundheitszielen
 - Überprüfen des Erreichten
- Hilfestellung, die Angebote im eigenen Sozialraum zu nutzen



Home-Based Screening for Early Detection of Atrial Fibrillation in Primary Care Patients Aged 75 Years and Older: the SCREEN-AF Randomized Trial

Dagmar Lühmann¹, Martin Scherer¹, Christiane Muth², Katharina Schmalstieg-Bahr³, Eva Hummers-Pradier³, Rolf Wachter⁴, David Gladstone⁵

¹ Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE

² Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt

³ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

⁴ Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen

⁵ University of Toronto, Canada

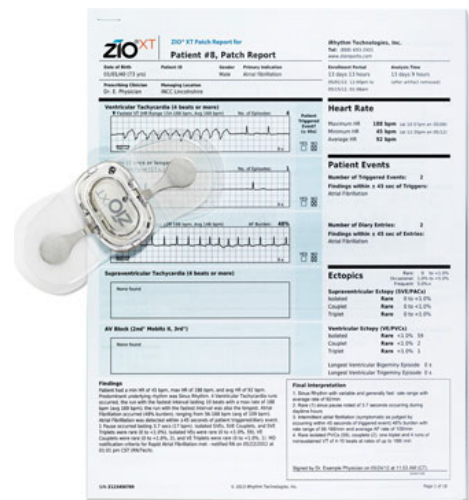
Hintergründe und Ziele

Vorhofflimmern ist ein wichtiger, beeinflussbarer Risikofaktor für Schlaganfälle. Wird es rechtzeitig erkannt, kann das Schlaganfallrisiko der betreffenden Patient*innen durch eine Behandlung mit oralen Antikoagulanzen signifikant und relevant gesenkt werden. Da Vorhofflimmern bei vielen Patient*innen keine offensichtlichen Symptome verursacht und nur phasenweise auftritt, wird es häufig entweder als Zufallsbefund oder sogar erst nach einem Schlaganfall diagnostiziert. Es wird postuliert, dass eine effektive Früherkennungsstrategie geeignet wäre, das Schlaganfallrisiko in der Risikogruppe relevant zu senken.

Im Rahmen der Studie soll die Wirksamkeit und Handhabbarkeit eines Screeningprogramms mittels eines aufklebbaren Herzrhythmusmonitors (ZIO-Patch®) zur Erkennung von Vorhofflimmern geprüft werden. Die Ergebnisse der Strategie werden mit dem Ergebnis der normalen hausärztlichen Versorgung verglichen.

Design und Methodik

Randomisierte, kontrollierte Phase-III-Studie: In Göttingen, Hamburg und Frankfurt sollen je 200 bzw. 45 Hausarztpatienten, 75 Jahre oder älter mit bekanntem Bluthochdruck rekrutiert werden. Sie werden nach Aufklärung und Einwilligung randomisiert entweder der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Patient*innen in der Interventionsgruppe erhalten einen aufklebbaren Rhythmusmonitor, der zu Studienbeginn und nach drei Monaten jeweils für zwei Wochen kontinuierlich getragen werden muss. Die Kontrollgruppe erhält die übliche hausärztliche Versorgung, auf jeden Fall aber eine Puls- und Blutdruckmessung sechs Monate nach Studienbeginn. Der Hauptendpunkt der Studie wird 6 Monate nach Randomisierung bestimmt: die Häufigkeit von im EKG bestätigten Episoden von Vorhofflimmern > als 5 Minuten innerhalb des sechsmonatigen Beobachtungszeitraums.



Geplante Ergebnisverwertung

Die Ergebnisse der Studie werden in einschlägigen wissenschaftlichen Publikationsorganen veröffentlicht und finden auf diesem Wege Berücksichtigung bei der Aktualisierung von Leitlinien zur kardiovaskulären Prävention.

Förderer

DKFZ Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung

Laufzeit

2017 bis 2021

Partner

Universitätsmedizin Göttingen, Universitäten Frankfurt, Leipzig, Greifswald, Toronto (Kanada)

Ansprechpartner

Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

Posttraumatische Belastungen nach intensivmedizinischer Behandlung – die PICTURE-Studie

Jan Hendrik Oltrogge, Hanna Hardt, Dagmar Lühmann, Stefan Kluge¹, Hans-Helmut König²,
Thomas Elbert³, Martin Scherer, Jochen Gensichen⁴

¹ Klinik für Intensivmedizin, UKE

² Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, UKE

³ Klinische Psychologie und Klinische Neuropsychologie, Universität Konstanz

⁴ Institut für Allgemeinmedizin, LMU München



Hintergrund

In Deutschland werden pro Jahr zwei Millionen Patient*innen auf Intensivstationen (ICU) behandelt und über 350.000 werden während des Aufenthalts mechanisch beatmet. Annähernd die Hälfte dieser Patient*innen leidet unter funktionellen, psychologischen oder medizinischen Langzeitfolgen dieser Behandlung. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) stellt eine häufige Langzeitfolge der intensivmedizinischen Behandlung dar und die Symptome können über Jahre nach der Intensivbehandlung anhalten. Die Wartezeit für eine ambulante Behandlung der PTSD in Deutschland kann bis zu 6 Monate betragen. In dieser Zeit sind Hausärzte der erste Ansprechpartner der Patienten. Somit besteht ein Bedarf an effektiven und durchführbaren psychotherapeutischen Interventionstechniken für die Hausarztpraxis.

In der „Narrative exposure therapy“ (NET) konstruiert der Patient mit dem Therapeuten ein Narrativ zur Kontextualisierung der traumatischen Erlebnisse. Therapeut und Patient entwerfen dafür eine sog. „Lifeline“ mit relevanten biographischen Ereignissen, in die das traumatische Ereignis eingebettet wird. Für die NET konnte nachgewiesen werden, dass sie auch durch nicht-Psychotherapeuten effektiv eingesetzt werden kann. In einer Pilotstudie erwies sich eine modifizierte, verkürzte Version der NET (3x45min) als von Hausärzten erlernbar und durchführbar.

Fragestellung:

Kann eine durch Hausärzt*innen angewandte Version der „Narrative exposure therapy“ (NET) die Symptomlast von post-ICU Patient*innen mit PTSD vermindern?

Methodik

- Multizentrische, randomisierte, kontrollierte Überlegenheitsstudie
- 2-armiges Parallelgruppendesign; einfach-verblindet (observer)
- Ziel: n=340 Patienten-Hausarztpaare (NET vs iTAU; n=170 pro Studienarm)
- weitere Studienzentren:



Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
TÜBINGEN



Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Weiteres Vorgehen

Im November 2017 begann das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin zusammen mit der Klinik für Intensivmedizin des UKE mit der Rekrutierung. Weitere standortspezifische Add-On Projekte für Hamburg sind derzeit in Planung.

Förderer	Deutsche Forschungsgemeinschaft
Partner	LMU München, Institut für Allgemeinmedizin
Laufzeit	2017 –2020
Ansprechpartner	Jan Hendrik Oltrogge, j.oltrogge@uke.de



Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung (DEMAND)

Ingmar Schäfer, Dagmar Lühmann, Agata Kazek, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Die Inanspruchnahme von Notaufnahmen in Krankenhäusern steigt stetig, vor allem auch durch Patient*innen mit nicht dringlichem oder weniger schwerwiegendem Beratungs- und Behandlungsbedarf. Diese Patientengruppe könnte grundsätzlich auch mit den Mitteln und Ressourcen des vertragsärztlichen Sektors versorgt werden. Eine Überlastung der Notaufnahmen kann in der Konsequenz bedeuten, dass lange Wartezeiten entstehen, die die Patientensicherheit von Patient*innen mit dringlichem Behandlungsbedarf gefährden, z.B. wenn benötigte Medikamente zu spät verabreicht werden. Zudem kann es zu einer Überlastung der Mitarbeiter in Notaufnahmen kommen und höhere Kosten für das Gesundheitssystem entstehen.

Das Projekt DEMAND hat sich zum Ziel gesetzt, die Patientensteuerung im Notfallbereich zu verbessern. Zu diesem Zweck wird bei den ärztlichen Bereitschaftsdiensten (Telefonnummer 116 117) und an gemeinsamen Tresen von KV und Notaufnahmen ausgewählter Kliniken ein strukturiertes Ersteinschätzungsinstrument eingerichtet, das den damit betrauten Mitarbeitern dabei helfen soll, den Patient*innen die für sie geeigneten Versorgungssettings vorzuschlagen. Das IPA evaluiert die Effektivität dieser Intervention aus Patientenperspektive.

Design und Methodik

Die Intervention besteht in einer systematischen Abfrage von Symptomen und Risikofaktoren durch das IT-gestützte „strukturierte medizinische Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland (SmED)“ an rund 30 Modellstandorten (Telefon oder Tresen) in 11 KV-Regionen, das eine Entscheidungsgrundlage zu Dringlichkeit und Ort der Versorgung gibt. Anschließend erfolgt eine Empfehlung durch den jeweiligen Mitarbeiter zum Versorgungssetting (am Telefon: Rettungsdienst, Notaufnahme, KV-Notdienst, ambulante Praxis oder Telefonberatung; am Tresen: Notaufnahme oder KV-Notdienst).

Die Evaluation untersucht

- die Plausibilität der Zuweisung zu den Settings anhand der Selbstangaben der Patient*innen zu Konsultationsanlässen, Beschwerdelast, Dringlichkeit und der Inanspruchnahme der Versorgung vor der Ersteinschätzung
- die Zufriedenheit der im Rahmen der Intervention versorgten Patient*innen (z.B. Wartezeit, Behandlungserfolg)
- Gründe für Abweichung von der Empfehlung (Soziodemographie, psychosoziale Lage, Gesundheitskompetenz)

Die Studie beruht auf einer retrospektiven schriftlichen Befragung von ca. 2.500 Patient*innen mit telefonischer Ersteinschätzung und ca. 2.500 Patient*innen mit Ersteinschätzung am gemeinsamen Tresen von KV und Klinik. Geeignet für die Studie sind nur volljährige Patienten. Die Intervention beginnt voraussichtlich im April 2019. Die Datenerhebung ist für 12 Monate vorgesehen.

Erwartete Ergebnisse

Die Ergebnisse der Intervention werden über den Erfolg der Intervention aus Patientenperspektive Aufschluss geben und dabei helfen, Barrieren und fördernde Faktoren für eine Umsetzung der Zuweisung zu identifizieren.

Förderer	Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses
Laufzeit	2018 bis 2021
Partner	AQUA-Institut, ZI, DKI, UKHD, AOK BW, AOK Nordost, vdek
Ansprechpartner	Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de



Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg

Carolin van der Leeden, Sigrid Boczor, Thomas Kloppe, Tina Mallon, Anja Rakebrandt,
Artem Semykras, Hanna Kaduszkiewicz*, Martin Scherer

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

Hintergründe und Ziele

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

Ziel der Evaluation(-sstudie) ist es, einen Überblick über Beratungsanlässe und -bedarfe und die Gründe, die zur Inanspruchnahme der Schwerpunktpraxen führen sowie Erkenntnisse über die Möglichkeiten, sie in das Regelversorgungssystem zu integrieren, zu erlangen.

Design und Methodik

Die Analyse der geleisteten Arbeit basiert auf der Routine-dokumentation der Praxen, die neben den soziodemographischen und medizinischen Rahmendaten der Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Regelversorgungssystems wurden jeweils für die vergangenen 6 Monaten erfasst. Ergänzend wurden die Gründe für das Nicht-Aufsuchen des medizinischen Regelversorgungssystems dokumentiert. Alle an der Versorgung Beteiligten wurden zudem Ende 2013 und 2014 leitfadengestützt qualitativ zu Gründen für Nicht-Inanspruchnahme des Gesundheitswesens interviewt. Die Patientinnen und Patienten wurden mittels Fragebogen befragt.



Vorläufige Ergebnisse und weiteres Vorgehen

Im Erhebungszeitraum wurden insgesamt 1310 Patient*innen behandelt, davon gaben 840 ihr Einverständnis zur Auswertung der Daten. Im ersten Jahr waren 54% der Patient*innen krankenversichert, im zweiten Jahr waren es nur 27%. Als die wichtigsten Gründe für das „Nicht-Aufsuchen des Regelversorgungssystems“ gaben die Wohnungs-losen „fehlende Versicherung“, gefolgt von „finanziellen Gründen“ (Medikamentenzuzahlung etc.) und „Scham“ an. Die häufigsten Diagnosen waren psychische Verhaltensstörung durch Alkohol, akute Atemwegsinfektionen, essentielle (primäre) Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2.

Basierend auf den Ergebnissen werden die Behörde (BASFI), die kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen Entscheidungen bezüglich der Verbesserung der medizinischen Versorgung für Wohnungslose und über die Fortführung des Projekts in gleicher oder modifizierter Art treffen. Veröffentlichungen durch die Behörde und durch das UKE in Form von wissenschaftlichen Publikationen sind geplant

Die Fortführung des Projektes in der Interimsphase wird aktuell vom Institut für Allgemeinmedizin durch eine Begleitevaluation und in Form von Projektunterstützung begleitet.

Förderer	Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Freie und Hansestadt Hamburg
Laufzeit	seit 2013
Ansprechpartnerin	Carolin van der Leeden, c.van-der-leeden@uke.de



iKom2 - Die Kommunikation in der ambulanten Versorgung Hamburgs durch Video- und Telefondolmetschen verbessern - ein Pilotprojekt

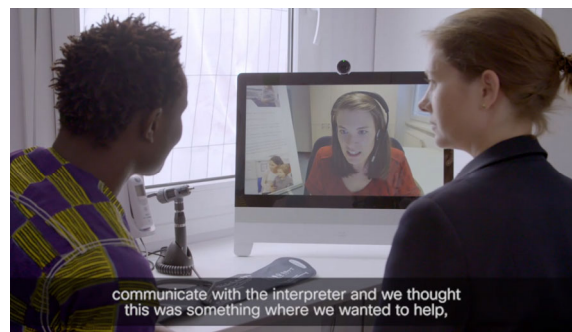
Susanne Pruskil, Jonas Fiedler, Nadine Pohontsch, Thomas Zimmerman, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

In einer zunehmend diversen Stadt stehen immer mehr Menschen vor der Herausforderung, nicht über ausreichend Deutschkenntnisse zu verfügen, um sich beim Arztbesuch adäquat verständigen zu können. Die große Anzahl an Geflüchteten seit 2015 hat diese Barriere noch stärker sichtbar gemacht. Spätestens seit die Menschen vermehrt aus den Erstaufnahmestellen in Folgeunterkünfte umziehen können und die medizinische Regelversorgung in Anspruch nehmen, wird die Herausforderung für die Stadt Hamburg deutlich, für alle Menschen ungeachtet ihrer Sprachkenntnisse einen barrierefreien Zugang zum Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Um dieser Herausforderung zu begegnen, haben wir zwei Möglichkeiten der Sprachmittlung, die sich bereits im Setting der Erstaufnahmestellen bewährt haben – das Video- und das Telefondolmetschen – nun auch im kassenärztlichen ambulanten Hamburger Bereich getestet, um folgende Aspekte zu untersuchen:

- den Nutzen und die Machbarkeit von Video- und Telefondolmetschen in Arztpraxen
- die Patientenzufriedenheit sowie die Zufriedenheit seitens der Ärztinnen und Ärzte mit dem Video- und Telefondolmetschen in der ambulanten medizinischen Versorgung
- die Gesundheitskompetenz auf Seiten der Patientinnen und Patient*innen nach der Konsultation



Design und Methodik

Um die Ziele des Vorhabens zu erreichen, wurden verschiedene Möglichkeiten des Remote-Dolmetschens miteinander und gegen eine Kontrollgruppe verglichen. Dazu wurden je 5 Arztpraxen mit einem Videodolmetschtool, 5 mit einem Telefondolmetschtool und 3 gänzlich ohne Dolmetschtool in verschiedenen Bezirken Hamburgs für sechs Monate ausgestattet.

Im Anschluss an die Konsultationen wurden die Patientenzufriedenheit sowie die Zufriedenheit auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte mittels Fragebögen und die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten ebenfalls durch Fragebögen erhoben. Zudem wurden im Anschluss an die Praxisphase die Parameter Machbarkeit durch Fokusgruppen sowie einzelne semistrukturierte Leitfadeninterviews erfasst.

Geplante Ergebnisverwertung

Mit dem Einsatz von Video- und Telefondolmetschen in der ambulanten medizinischen Regelversorgung kann der Zugang zu Gesundheitsleistung durch den Abbau der Sprachbarriere nicht nur für Geflüchtete und Asylsuchende ermöglicht werden. Das Wissen über die eigene Erkrankung und die Therapietreue verbessert und eine gleichberechtigte Behandlung ermöglicht werden.

Darüber hinaus sollen die Konsequenzen der Sprachbarriere für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem, wie z.B. durch vermehrte Kosten durch nicht eingehaltene Termine und Notfälle, die durch Falscheinahme von Medikamenten entstehen, reduziert werden.

Laufzeit	2018 bis 2020
Partner	Gesundheitsamt Altona, Hamburg SAVD Videodolmetschen GmbH
Ansprechpartnerin	Dr. Susanne Pruskil, s.pruskil@uke.de

Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im iMED Modellstudiengang

Maren Ehrhardt, Kerstin Schrom, Martin Scherer

Überblick

Im Oktober 2018 haben in Hamburg die ersten Absolventen den modularen Modellstudiengang: „Integrierter Modellstudiengang Medizin“ (iMED) erfolgreich abgeschlossen. Wichtige Ziele von iMed sind die Verknüpfung von theoretischen und klinischen, medizinischen Inhalten, die stärkere Betonung der Wissenschaftsorientierung und eine fachübergreifende Integration von klinisch-praktischen Fertigkeiten. Zur individuellen Schwerpunktbildung absolviert jeder Studierende vom 1. bis 9. Semester ein Wahlfach („Second Track“). Der Schwerpunkt der allgemeinmedizinischen Lehre liegt in den Modulen G2 und G3 „Medizin des Erwachsenen und des alternden Menschen“.

Medizin des Erwachsenen und des alternden Menschen (Module G)

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

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

Unterrichtsveranstaltungen in anderen Modulen

Themen:

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



„Second Tracks“/ Wahlfächer

Die Allgemeinmedizin ist an zwei Wahlfächern federführend beteiligt:

- Allgemeinmedizin
- intermed: Interkulturelle Kompetenz und internationale Medizin (in Kooperation mit: Medizinische Soziologie)

Modulübergreifende Lehrangebote des IPA

- Berufsfelderkundung*
- Einführung in die klinische Medizin*

Prüfungen *jeweils mit eigener Projektbeschreibung

- OSCE, Erstellen einer Epikrise.
- Studierende mit Wahlfach Allgemeinmedizin im PJ werden außerdem in der M3 Prüfung (Staatsexamen) im Fach Allgemeinmedizin geprüft

Ausbildung in den Lehrpraxen: Zweiwöchiges Blockpraktikum Allgemeinmedizin

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

PJ Wahlfach Allgemeinmedizin

Das Wahlfach Allgemeinmedizin wird in Hamburg seit mehr als 10 Jahren erfolgreich angeboten. Die praktische Ausbildung erfolgt in den Lehrpraxen, die Begleitung durch die Seminare sowie die Organisation übernimmt das Institut für Allgemeinmedizin.

Ansprechpartnerin

Dr. Maren Ehrhardt, lehre_ifa@uke.de

Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung (BFE)

Ein theoretisch fundierter und praxisorientierter Einblick in mögliche Berufsfelder

Thomas Kloppe, Lisa Bagzis, Elena Kainz, Maren Ehrhardt

Zusammenfassung

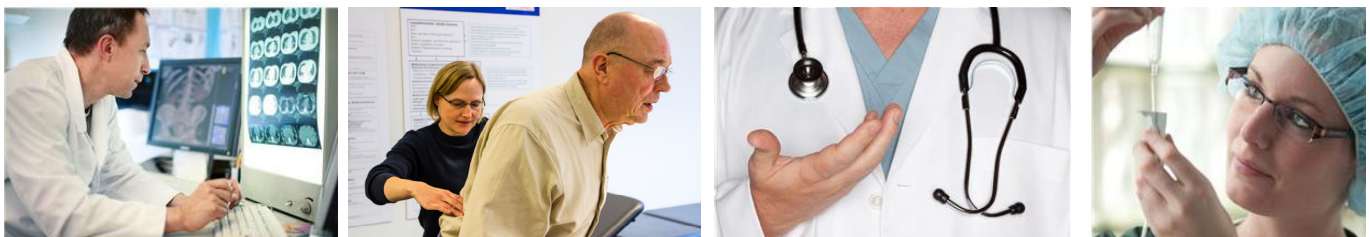
Die Studierenden der Medizin bekommen im ersten Semester durch die Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung (BFE) einen Einblick in das strukturelle Umfeld der ärztlichen Tätigkeit und das Spektrum der Einsatzmöglichkeiten von Medizinerinnen und Medizinern.

Hintergründe und Ziele

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

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

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



Design und Methodik

In fünf Erkundungen, die aus insgesamt knapp 160 Angeboten gewählt werden können, erhalten die Studierenden die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte in ambulanten, stationären und in psychosozialen Arbeitsfeldern sowie im Bereich Public Health, der medizinischen Forschung und alternativen Berufsfeldern zu besuchen. Dort erhalten sie vielfältige Einblicke in den ärztlichen Berufsalltag und die damit verbundene professionelle Rolle. Zusätzlich findet noch ein spezifisch auf die Allgemeinmedizin ausgerichteter Termin statt. Die Erkundungen werden von sechs Seminaren am UKE begleitet, in denen die Studierenden Einblicke in die verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems erhalten und ihre Erfahrungen aus den Berufsfelderkundungen strukturiert miteinander diskutieren.

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

Partner

Institut für Medizinische Soziologie

Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

Ansprechpartner

Thomas Kloppe, t.kloppe@uke.de

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



Dagmar Lühmann, Egina Puschmann, Annette Strauss,
Bettina Brandt, Carl-Otto Stolzenbach, Christine Kolasius, Maren Ehrhardt



Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele des Projekts

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



Design/ Methodik

In den Modulen A1 bis F1 des iMED Studienganges am UKE werden jeweils 380 Studierende von Dozenten aus mehr als 12 verschiedenen Kliniken und Instituten des UKE sowie von externen Lehrbeauftragten unterrichtet. Der Unterricht beinhaltet einen theoretischen Seminar- und einen praktischen Untersuchungskursteil (Gruppengröße 8 Studierende). Inhaltlich orientiert sich der Unterricht am KUMplusKOM Schema, die Reihenfolge der Themen wurde mit den anderen Fächern der Module A1 bis F1 abgestimmt, um eine Verknüpfung von anatomischen und physiologischen Kenntnissen mit den Inhalten der EKM zu ermöglichen.

Den Dozenten stehen für jedes Thema Ablaufpläne, Lernziele und weitere Unterrichtsmaterialien und -geräte zur Verfügung.

In den Kurs integriert sind zwei Übungs-OSCEs (objective structured clinical examinations) in denen die Studierenden auf das Prüfungsformat der Physikumsäquivalenzprüfung nach Modul F1 vorbereitet werden.

Kursthemen

- Grundlagen der Anamneseerhebung
- Kreislauf (Blutdruck, Pulsstatus)
- Bewegungsapparat 1 und 2
- Untersuchung der Haut
- Untersuchung des Herzens
- Untersuchung der Lunge
- Abdomen 1 und 2
- Kopf
- Übungs-OSCE 1 und 2

Ergebnisse

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

Lehrveranstaltung Sozialmedizin

Thomas Zimmermann, Dagmar Lühmann, Ingmar Schäfer, Thomas Kloppe, Martin Scherer

Zusammenfassung

Das Fach Sozialmedizin befasst sich mit den sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit. Das Fach analysiert die Umstände, die mit einer gesunden oder ungesunden Lebensweise unterschiedlicher Zielgruppen einhergehen, deren Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie deren soziokultureller Herkunft bzw. Umgebung.

Die Sozialmedizin betrachtet darüber hinaus die gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Sie bewertet deren steten Wandel vor dem Hintergrund ärztlicher, aber auch patientenbezogener Interessen mit ihren oft verschiedenen Bedürfnissen und Sichtweisen. Veränderte Gesetze und neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten haben oft direkte Auswirkungen auf die konkrete Arbeit mit den Patient*innen.

Ziele des Unterrichts

Haben die Studierenden den Unterricht Sozialmedizin absolviert, sind ihnen

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

Unterrichtsaufbau

4 Vorlesungen

1. Sozialsystem Gesundheitsversorgung, 2. Stationäre und rehabilitative Versorgung, 3. Public Health/Öffentliche Gesundheitspflege, 4. Soziale Ursachen und Folgen von Krankheit

Seminar „Versorgungsformen“ und Seminar „Qualitätsmanagement“

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

Seminar „Versorgungsformen“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

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

Seminar „Qualitätsmanagement“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

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

Seminar Versorgungsformen im sozialen Hilfesystem (90 min)

Leistungsnachweise: "Präsentation eines der genannten Themen (entweder Versorgungsformen oder Qualitätsmanagement) als Gruppenarbeit (2er-Teams). Maximal mögliche Punktzahl für die Präsentation: 9 (pro Kopf)."

Ansprechperson:

Thomas Zimmermann, t.zimmermann@uke.de

2nd Track „Allgemeinmedizin“

Katharina Dahl, Maren Ehrhardt, Dagmar Lühmann, Jan Oltrogge, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Zur Förderung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses haben wir ein neues Wahlfach „Allgemeinmedizin“ für iMED-Medizinstudierende mit besonderem Interesse und Eignung für den hausärztlichen Beruf entwickelt.

Das Hamburger Reformcurriculum iMED läuft seit Oktober 2012. Parallel zum Kerncurriculum werden sogenannte Second Tracks als Wahlpflichtfächer angeboten. Diese Tracks sind modular aufgebaut und schließen mit einer Studienarbeit ab. Sie bieten den Studierenden die Möglichkeit, ihren Interessen entsprechend spezielle Kompetenzen und Kenntnisse zu erwerben sowie Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens zu erlernen. Im Rahmen des von der Damp-Stiftung geförderten Projektes werden zwei Ziele verfolgt:

1. Die Entwicklung und Festlegung von Lernzielen für den 2ndTrack „Allgemeinmedizin“, die einerseits über die allgemeine Arztreihe hinausgehen, andererseits aber vom Kompetenzlevel noch unter dem der Weiterbildung Allgemeinmedizin liegen.
2. Die Entwicklung eines Auswahlverfahren für Studierende mit besonderer Eignung für den hausärztlichen Beruf.

Design und Methodik

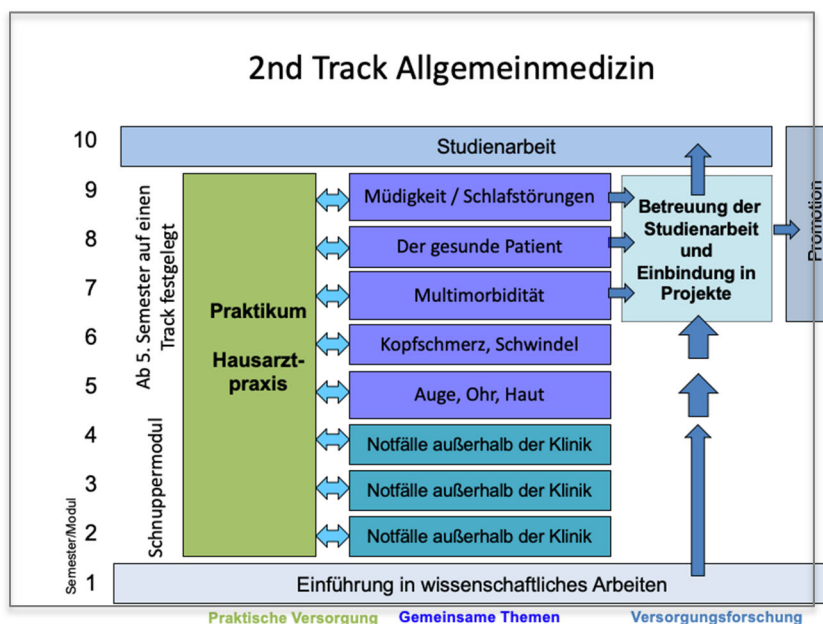
1. Für die Entwicklung Festlegung der Lernziele wurden allgemeinmedizinische Inhalte des iMED-Curriculums, die bisher in der Regellehre noch nicht ausreichend abgebildet sind, um solche ergänzt, die das Kompetenzlevel des Wahlfachs zwischen die allgemeine Arztreihe und die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin anheben. Dafür wurden zugängliche Materialien (Weiterbildungscurricula, Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin, Musterlogbuch Allgemeinmedizin, etc.) strukturiert untersucht. Die identifizierten Lernziele wurden dann häufigen Beratungsanlässen in der Allgemeinmedizin zugeordnet und nach einem modifizierten Delphi-Prozess als Themen für die Module konsentiert.

2. Als Grundlage für die Identifizierung von Auswahlkriterien für den 2ndTrack wurde eine Literaturrecherche nach Prädiktoren durchgeführt, die bei Studierenden eine spätere erfolgreiche hausärztliche Tätigkeit vorhersagen. Da die intensive Recherche keine eindeutigen, validen und umsetzbaren Prädiktoren identifizieren konnte, wird auf ein Assessment zur Auswahl der Studierenden verzichtet.

Aktueller Stand

Seit Mai 2017 wird der Track „Allgemeinmedizin“ angeboten, der sehr erfolgreich gewählt und evaluiert wird. Die erste Kohorte ist nunmehr im 7. Semester und mit viel Engagement und Begeisterung dabei. Das Berufsziel „Hausarzt“ wurde – laut Angaben in der Evaluation – bei vielen Studierenden gestärkt.

Förderer	Damp-Stiftung, Kiel
Laufzeit	seit 2015
Ansprechpartnerin	Katharina Dahl, k.dahl@uke.de



Damp Stiftung

2nd Track „Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin“ - intermed

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

*Institut für Medizinische Soziologie

Hintergründe und Ziele

Die Studierenden an deutschen medizinischen Fakultäten sind im Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie medizinischem Personal in ihrem Alltag mit einer zunehmenden Vielfalt an sprachlichen und (vermeintlich) kulturellen Herausforderungen konfrontiert. In einer zunehmend vernetzten Welt wird das Verständnis der vielfältigen globalen Zusammenhänge bei der Sicht auf die Gesundheit von Individuen und Bevölkerungsgruppen auch im Gesundheitsbereich wichtiger. Zudem werden oft Teile der medizinischen Ausbildung im Ausland absolviert.

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

Design und Methodik

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



Quelle: Gordon Saunders

Unterrichtsbereiche

<p>Theorie</p> <p>Beispiele: Einführung in Themen wie Migration, Kultur etc., Versorgung von Menschen ohne Papiere, Diskriminierung, kulturell unterschiedlicher Umgang mit Tod und Sterben, Dolmetschen, Globale Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit, internationale Frauen- und Kindergesundheit, Religion und Medizin, Vorstellung von Arbeitsbereichen und Institutionen (Ärzte ohne Grenzen, Children for tomorrow, International Office etc.), Vor- und Nachbereitung von Auslandsaufenthalten</p>
<p>Praxis</p> <p>Beispiele: Einsätze in Hospitationspraxen, Anwendung selbstentwickelter kultur- und migrationssensibler Anamnesen, Dolmetsch-Gespräche mit professionell Dolmetschenden, Exkursionen in Hamburger Hafen mit Hafenärztlichem Dienst Hamburg, Mikroskopieren und Fall-Szenarien im Bernhard-Nocht-Institut etc.</p>
<p>Forschung</p> <p>Beispiele: intensive wissenschaftliche Vorbereitung auf die Studienarbeit (Literaturrecherche, Schreibwerkstatt, Abstract- und Posterarbeit), migrationssensibles Forschungsdesign, Studien- und Projektvorstellungen</p>

Ergebnisse

Die Evaluationsergebnisse zu den Unterrichtseinheiten und den Hospitationen sowie die Befragung der Studierenden durch das Dekanat zeigen eine große Zufriedenheit mit dem Angebot des Second Track.

Partner

Institut für Medizinische Soziologie, UKE

Ansprechpartnerin

Claudia Mews, c.mews@uke.de

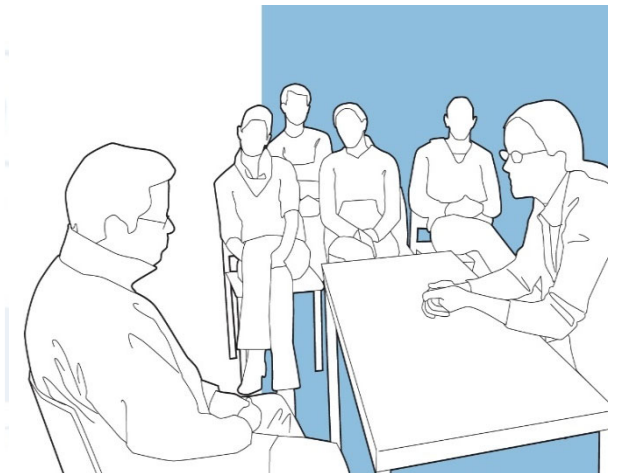
Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung: das SimPat-Programm

Rebecca Keim, Egina Puschmann, Sarah Porzelt, Kerstin Schrom,
Kim Schlüter, Lisa Strelow, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf setzt seit mehr als 10 Jahren Simulationspatientinnen und -patienten (SimPats) in der Ausbildung von Medizinstudierenden ein.

Ziel des Projektes ist es, die ärztliche Kommunikationskompetenz und die Untersuchungsfertigkeiten der Lernenden zu verbessern. Dabei hat sich der Einsatz von SimPats international als herausragende didaktische Methode zur Vermittlung kommunikativer und klinisch-praktischer Kompetenzen in der medizinischen Ausbildung seit Jahrzehnten bewährt. SimPats stehen sowohl als Gesprächspartner, beispielsweise im Bereich der Anamneseerhebung, Vermittlung von schlechten Diagnosen oder für Beratungsgespräche, als auch für nicht-invasive körperliche Untersuchungen zur Verfügung.



Methodik

- Entwicklung authentischer Rollenskripte unter Berücksichtigung fachspezifischer und interdisziplinärer Lernziele
- Verbindliches mehrstündiges Schauspiel- und Feedbacktraining für alle SimPats zur standardisierten Darstellung der Patientenrollen in Unterrichten und Prüfungen
- Fortwährende Qualitätssicherungsmaßnahmen durch Hospitationen, Nachschulungen und Trainings, Evaluationen der Einsätze durch Lernende und Dozierende
- Vielfältiges Rollenrepertoire: unter anderem allgemein- und arbeitsmedizinische, internistische, psychiatrische, psychosomatische, neurologische, gynäkologische, kardiologische Krankheitsbilder und Themen, sowie Rollen für Auswahlverfahren

Ergebnisse

- Seit 2005 wurde das SimPat-Programm kontinuierlich ausgebaut: Die Einsätze wurden longitudinal und fächerübergreifend in die Curricula von Regel- und Reformstudiengang implementiert.
- Das SimPat-Programm verfügt 2019 über knapp 110 aktive SimPats, die derzeit in circa 140 verschiedenen Rollen eingesetzt werden. Jährlich spielen SimPats mehr als 2000 Rollenspiele in Unterrichtsveranstaltungen und wirken in mehr als 4000 Einzelprüfungen mit.
- Die Evaluationen des Lehrprojektes sind seit Jahren stabil positiv: Sowohl Studierende als auch Dozierende bewerten den Einsatz von SimPats als sehr hilfreich („beste Lehrveranstaltung“, „100% überzeugend“, „hervorragend“) und vergeben für die entsprechenden Unterrichtsveranstaltungen Schulnoten von 1,2 bis 2,0. Auch aufgrund der anhaltend positiven Resonanz wird das Programm vom Prodekanat Lehre der Medizinischen Fakultät durch einen „Förderfonds Lehre“ finanziell unterstützt.

Ansprechpartner:

Simulationspatientenprogramm, simpat@uke.de

KUMplusKOM – Outcome Evaluation

Maren Ehrhardt, Katharina Dahl, Anne Barzel
Dagmar Lühmann, Annette Strauss, Martin Scherer

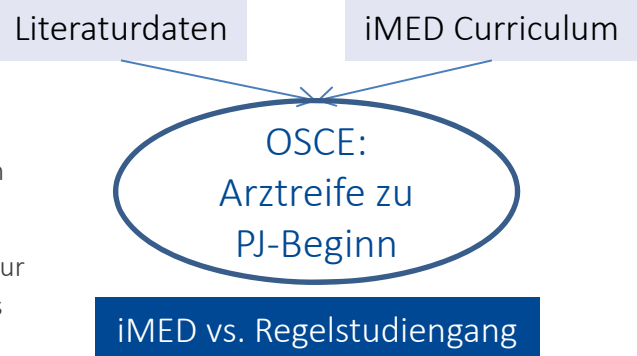
Hintergründe und Ziele

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

Design und Methodik

Das Projekt gliedert sich in drei Teile:

1. Systematische Literaturrecherche zur internationalen Evidenz von Inhalten und Prüfungen zur sog. Arztreife
2. Analyse der im iMED Curriculum tatsächlich abgebildeten Kompetenzen
3. Entwicklung und Durchführung eines freiwilligen OSCEs zur Überprüfung integrierter Kompetenzen (Studierende des Regel- und des Modellstudienganges zu Beginn des PJs)



Erwartete Ergebnisse

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

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

Entwicklungsstand

Basierend auf der Literaturrecherche und der Analyse des iMED Curriculums wurden 8 OSCE-Stationen zu unterschiedlichen Teilaspekten der KUMplusKOM-Kompetenzen ausgearbeitet und zwischen November 2016 und Mai 2018 viermal konsekutiv mit freiwilligen Studierenden jeweils zu Beginn ihres PJs durchgeführt.

Geplante Ergebnisverwertung

Die Auswertung der erhobenen Daten läuft, und die Ergebnisse der Outcome-Evaluation werden in die weitere Entwicklung des iMED Curriculums inkl. der Prüfungskonzepte einfließen.

Förderung	Paul Unna Gerson Stiftung, Förderfondslehre UKE
Laufzeit	Januar 2014 bis Mai 2018
Partner	KUMplusKOM Arbeitsgruppe (Leitung M. Scherer, M. Härter, S. Harendza)
Ansprechpartnerin	Katharina Dahl, k.dahl@uke.de, Maren Ehrhardt, ehrhardt@uke.de

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

Hendrik van den Bussche, Susan Selch, Sigrid Boczor, Juliane Meyer,
Sarah Nehls, Rüya Kocalevent

Hintergründe und Ziele

Seit mehreren Jahrzehnten liegt der Anteil der Absolventinnen des Medizinstudiums bei über 60%. Allerdings sind Frauen in den Spitzenpositionen der Krankenversorgung noch immer deutlich unterrepräsentiert. Die KarMed-Studie erforscht förderliche und hinderliche Bedingungen für einen erfolgreichen Karriereverlauf während der Weiterbildung. Zudem werden die beruflichen Ziele und Motivationen der angehenden Fachärztinnen und Fachärzte für die Zeit nach der fachärztlichen Weiterbildung untersucht.

Design und Methodik

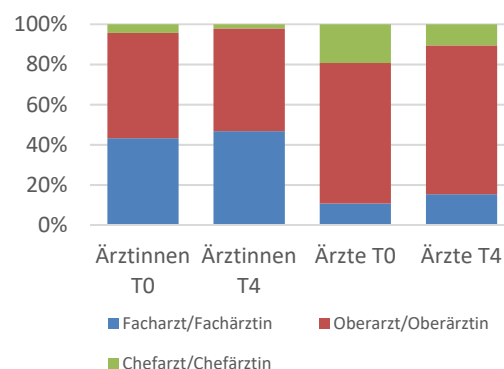
KarMed ist eine multizentrische prospektive längsschnittliche Beobachtungsstudie. Von 2008 bis 2015 wurden Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums aus sieben Fakultäten (Leipzig, Erlangen, Gießen, Heidelberg, Köln, Magdeburg und Hamburg) vom PJ bis nach sechs Jahren Weiterbildung mittels jährlich administrierten standardisierten Fragebögen untersucht. Dieser Fragebogen enthielt Fragen zu Rahmenbedingungen der fachärztlichen Weiterbildung, Karrierewünschen, beruflichen Selbstwirksamkeitserwartungen, Arbeitsmotivation, Belastungen und Verhältnis von Beruf und Privatleben.

Ergebnisse

Der überwiegende Anteil der Befragten möchte nach der Weiterbildung weiterhin im Krankenhaus arbeiten. Dabei streben Ärzte häufig eine Position mit Leitungsaufgaben an, während Ärztinnen eher statusniedrigere Positionen bevorzugen. Allerdings nimmt die Beliebtheit der Leitungspositionen in beiden Geschlechtern über die Jahre ab. Was die Arbeitszeitwünsche angeht, scheint die Vollzeittätigkeit ein auslaufendes Modell zu sein. Dies ist insbesondere bei Ärztinnen, aber auch bei Ärzten der Fall.

(<https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/forschung/karriereverlaufe-von-aerztinnen-und-aerzten-waehrend-der-fachaerztlichen-weiterbildung.html>)

Berufliche Ziele im Krankenhaus



Veröffentlichungen (Auswahl)

1. van den Bussche H, Boczor S, Siegert S, Nehls S, Selch S, Kocalevent RD, Scherer M. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie. Teil 1: Z Allg Med 2018; 94:362-6; Teil 2: Z Allg Med 2019; 95:9-13.
2. van den Busche H, Scherer M, Nehls S, Siegert S, Ziegler S. Was wissen wir über Dauer und Effektivität der gebietsärztlichen Weiterbildung? Deutsch Med Wochenschr 2018; 143:152-158.
3. Hendrik van den Bussche, Detlef Niemann, Bernt-Peter Robra et al. Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung – Ein Plädoyer für eine Neuorientierung. Bundesgesundheitsbl 2018; 61:163-9.

Förderung

BMBF; KBV und Zi

Ansprechpartner

Hendrik van den Bussche: bussche@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 und die Poliklinik für Allgemeinmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, der Hausärzteverband, der Verein Hausärztlicher Internisten und die Fortbildungsakademie der Ärztekammer in Hamburg das strukturierte Fortbildungscurriculum "Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH)" durch. Damit wird Hamburger Hausärzten ein industrieunabhängiges und evidenzbasiertes, aufeinander abgestimmtes, von Hausärzten organisiertes, erreichbares und bezahlbares Fortbildungsprogramm angeboten.

Hintergründe und Methodik des Projekts

Mit der HFH wurde auf der Basis der Ergebnisse hausärztlicher Gruppendiskussionen ein Fortbildungsformat entwickelt, dessen Inhalte das spezielle Arbeitsfeld, die Arbeitsweise sowie die praktischen Bedürfnisse und Fragestellungen der Hausärzte berücksichtigen. Die Veranstaltungen werden fortlaufend evaluiert und die Teilnehmer 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 2016 die acht Veranstaltungen von über 800 Kolleginnen und Kollegen besucht.

Aktueller Programmauszug

- 29. 11. 2019: „Screening auf alles oder die Behandlung von Gesunden“ (HzV, DMP KHK)
- 10. 12. 2019: „Arm, einsam, arbeitslos – was tun?“ Wo und wie finde ich Unterstützung bei sozialen Problemen und Fragen rund um die rechtliche Betreuung (HzV)

Wesentliche Merkmale der HFH

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



Veröffentlichungen

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

Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Hamburg (KWHH)

Thomas Kloppe, Carolin van der Leeden Jan Oltrogge, Marion Eisele, Maren Ehrhardt, Mareike Borsum, Hans-Otto Wagner, Hendrik van den Bussche, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Mit dem Ziel, die Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Hamburg durch Seminare, Mentoring, ein Train-the-Trainer-Programm sowie einer fortlaufenden Evaluation zu steigern, werden wir als Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin (IPA) in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Hamburg (ÄKH), der Koordinierungsstelle zur Förderung der Allgemeinmedizin und mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) ein Kompetenzzentrum Weiterbildung Hamburg (KWHH) aufbauen.

Gesetzliche Grundlage für das KWHH sind in erster Linie der im Juli 2015 in Kraft getretene §75a zur „Förderung der Weiterbildung“ des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sowie die dazugehörige der Anlage IV. Wir sehen in einem solchen Kompetenzzentrum die große Chance, etwas zu realisieren, was es in Hamburg für die Weiterbildung bislang noch nicht gibt. Der Hausärzteverband Hamburg (HÄV) und die Junge Allgemeinmedizin Hamburg (JADE) wirken ebenfalls mit.



Design und Methodik

Kernelement des KWHH sind vier „Tage der Weiterbildung“ (TdW) im Jahr, die die Seminarangebote in einer festen Einheit bündeln und einen breiten Austausch für alle in der Weiterbildung Allgemeinmedizin engagierten Kräfte erlauben. Dabei orientieren wir uns an dem bewährten und erfolgreich erprobten Ansatz unseres „Tags der Allgemeinmedizin“, in dem unterschiedliche Formate bestehend aus Workshops, Plenumsveranstaltungen und Begegnungsmöglichkeiten enthalten sind.

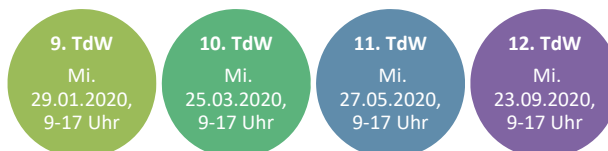
Curriculare Grundlage des KWHH ist das kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin das in ein 5-Jähriges ÄiW-Seminarprogramm integriert ist. Angeboten wird eine rollierende Kombination aus immer wieder neuen und alten Seminaren, die einen Weiterbildungszeitraum von 5 Jahren im ambulanten und im stationären Abschnitt abdecken.

Ergänzt wird dieses Angebot durch ein Mentoringprogramm dessen Ziel es ist die persönliche Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im beruflichen Kontext unterstützend zu begleiten.

Ein Train-the-Trainer-Programm für Weiterbildungsbefugte soll zudem die Qualität der Weiterbildung (WB) sichern.

Angeboten werden didaktische und Feedback-Schulungen sowie Informationen über formale Kriterien der Weiterbildung angeboten. Im Vordergrund steht ein spezielles Programm, in dessen Mittelpunkt die Weiterentwicklung der bereits vorhandenen didaktischen Kompetenzen gehören.

Veranstaltungen in 2020



Laufzeit 2017 bis 2022
Webseite www.uke.de/kwhh
Kontakt kwhh@uke.de

in Kooperation mit

Hamburger Tag der Allgemeinmedizin – unabhängige Fortbildung für das gesamte Praxisteam

Thomas Kloppe, Carolin van der Leeden, Dagmar Lühmann, Maren Ehrhardt, Bettina Brandt,
Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

2019 werden bundesweit 17 Tage der Allgemeinmedizin stattfinden. Diese Veranstaltungen sind herausragende Beispiele für eine interaktive, qualitativ hochwertige - und vor allem auch eine pharmafreie - Fortbildung. Sie stärken die Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlicher und praktischer Allgemeinmedizin und fördern einen professionellen Austausch in Praxis, Lehre und Forschung, der für alle Seiten gewinnbringend ist. Das große Angebot von praxisrelevanten Fortbildungen für Hausärzte und ihre Praxisteams sichert zudem eine hohe Fortbildungsqualität.

Design und Methodik

- Einführungsveranstaltung, bei der praxisnahe Projekte aus dem Institut und der Poliklinik für Allgemeinmedizin vorgestellt werden.
- ca. 45 parallel verlaufende Fortbildungsveranstaltungen zu praxisrelevanten Themen in Form von interaktiven Workshops mit Impulsreferaten und praktischen Übungen.
- Verzicht auf externes Sponsoring.
- Plenumsveranstaltung mit einer hochkarätigen Keynote



Webseite

www.uke.de/tda

Ansprechpartner

Carolin van der Leeden und Thomas Kloppe, t.kloppe@uke.de, tda@uke.de

Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum des UKE

Martin Scherer, Gerrit von Deyen, Katrin Kauschke, Katarina Krüger, Kim Berit Lewerenz-Kemper, Claudia Mews, Jan Oltrogge, Carolin Patschowski, Katharina Schmalstieg-Bahr, Kathrin Vermehren, Nina Weinke, Bettina Brandt

Zusammenfassung

Das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin ist seit Oktober 2012 auch in der Krankenversorgung engagiert. Diese umfasst sowohl die Behandlung fußläufiger Patientinnen und Patienten in der ZNA als auch die allgemeinmedizinische Versorgung von Patienten und Patientinnen im Fachbereich Allgemeinmedizin des Ambulanzentrums (MVZ), in der Erstaufnahme für Geflüchtete (EA Kaltenkircher Platz), den Bethanienhöfen und als Konsiliardienst in der Facharztklinik. Seit dem 1.10.2019 arbeiten die Allgemeinmediziner*innen zudem in der neu etablierten KV-Notfallpraxis.



Die Arbeit im Ambulanzzentrum

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

Die Allgemeinmedizin bietet das gesamte Leistungsspektrum einer hausärztlichen Praxis an. Die Besonderheit ist die enge Anbindung an das Institut und die Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE. Zudem besteht die Möglichkeit Spezialsprechstunden zu etablieren, wie z.B. eine Musikersprechstunde in Kooperation mit der Musikhochschule Hamburg.

Wir sehen uns als Partner der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und als Bindeglied zwischen dem stationären und ambulanten Sektor zum Nutzen unserer gemeinsamen Patientinnen und Patienten.

Da das Institut und die Poliklinik für Allgemeinmedizin seit Jahren einen engen Kontakt mit vielen Hamburger Hausärzten in Forschung und Lehre pflegt, soll die Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum keinesfalls Konkurrenz, sondern sinnvolle Ergänzung zu dem Angebot der umliegenden Hausärztinnen und Hausärzte sein.

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

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

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

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

Ansprechpartnerin Bettina Brandt, bet.brandt@uke.de

Allgemeinmedizin in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des UKE

Martin Scherer, Gerrit von Deyen, Katrin Kauschke, Katarina Krüger, Kim Berit Lewerenz-Kemper, Claudia Mews, Jan Oltrogge, Carolin Patschowski, Katharina Schmalstieg-Bahr, Kathrin Vermehren, Nina Weinke, Bettina Brandt

Die Arbeit in der Zentralen Notaufnahme (ZNA)

Nach erfolgreichem Abschluss einer Pilotphase ist das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin seit 2014 mit seinen in der Krankenversorgung tätigen Fachärztinnen und -ärzten integrativer Bestandteil und selbstständige Abteilung der ZNA.

In die Zentrale Notaufnahme kommen jedes Jahr viele tausend Patientinnen und Patienten, die keiner notfallmäßigen oder akut spezialistischen Versorgung bedürfen. Diese Patienten/Patientinnen können im allgemeinmedizinischen Bereich der ZNA angemessen und nach allgemeinmedizinischer Vorgehensweise in der Regel ambulant versorgt werden. Angesichts zunehmender Spezialisierung und Fragmentierung der Gesundheitsversorgung in einer Großstadt sind Allgemeinmediziner als Generalisten an einem solchen Ort wichtiger denn je: Sie sind geschult und erfahren für den Ausschluss gefährlicher Verläufe, den Umgang mit unklaren Beschwerden und in der Koordination der Behandlung, auch über Sektorengrenzen hinweg.



Waren die Ärzt*innen der Allgemeinmedizin bislang tägl. bis 18h, respektive an Wochenenden bis 16h in der ZNA, sind sie seit dem 1.10.19 nun auch außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten in der KV Notfallpraxis in direkt an die ZNA angrenzenden Räumlichkeiten tätig.

Durch Integration der Allgemeinmedizin in die ZNA kommt es unter Beibehaltung der Qualität zu einer Senkung der Aufenthaltszeiten der leichter erkrankten Patienten, einer Erhöhung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, Entlastung der ZNA, Senkung der Kosten und der einer sinnvollen Einbeziehung des Ambulanzentrums Allgemeinmedizin.



Der diagnostische Aufwand wird begrenzt und die Wartezeiten werden verkürzt. Die Patientinnen und Patienten werden nach typisch allgemeinärztlicher Vorgehensweise und allgemeinärztlichen Standards und Leitlinien versorgt und anschließend mit Brief wieder an ihren Hausarzt zurückgeschickt.

Veröffentlichung

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

Ansprechpartnerin

Bettina Brandt, bet.brandt@uke.de

Allgemeinmedizin in der Flüchtlingsversorgung, in den Bethanienhöfen und der Facharztklinik

Martin Scherer, Gerrit von Deyen, Katrin Kauschke, Katarina Krüger, Kim Berit Lewerenz-Kemper, Claudia Mews, Jan Oltrogge, Carolin Patschowski, Katharina Schmalstieg-Bahr, Kathrin Vermehren, Nina Weinke, Bettina Brandt

Zusammenfassung

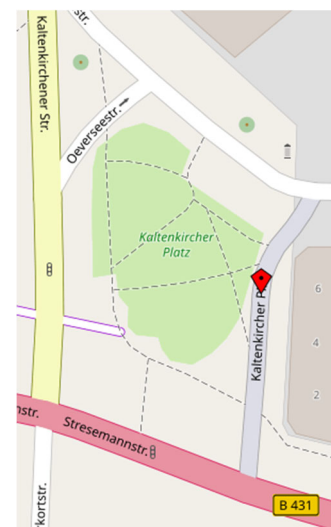
Das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin ist seit Oktober 2012 auch in der Krankenversorgung engagiert. Diese umfasst sowohl die Behandlung fußläufiger Patientinnen und Patienten in der ZNA als auch die allgemeinmedizinische Versorgung von Patienten und Patientinnen im Fachbereich Allgemeinmedizin des Ambulanzentrums (MVZ), in der Erstaufnahme für Geflüchtete (EA Kaltenkircher Platz), den Bethanienhöfen und als Konsiliardienst in der Facharztklinik.

Insgesamt ist das Institut und die Poliklinik für Allgemeinmedizin seit 2017 mit neun Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin und zwei Ärztinnen in Weiterbildung auf dem Campus tätig.

Erstaufnahme für Geflüchtete am Kaltenkircher Platz

In dieser Einrichtung des DRK sind besonders schutzbedürftige Geflüchtete untergebracht. Seit November 2016 hat das Institut und die Poliklinik (IPA) für Allgemeinmedizin des UKE die Krankenversorgung der ca. 120 Bewohnerinnen und Bewohner übernommen. Mit Sprechstundenangeboten an zwei Tagen in der Woche sorgen ein Arzt/eine Ärztin aus dem Team des IPA für die primärärztliche Versorgung vor Ort.

Dabei können die überwiegende Anzahl der Erkrankungen unmittelbar und abschließend behandelt werden, ggf. erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachärzten/Fachärztinnen. Unterstützt wird die Arbeit durch Dolmetscher*innen. Die Versorgung wird ergänzt durch eine weitere pädiatrische Sprechstunde.



Versorgung älterer und pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten in den Bethanienhöfen und in der Wohnpflegegemeinschaft Sozialstation Eppendorf

Die bis zu 130 Bewohnerinnen und Bewohner von Senioren-Wohnheim und -Residenz der Bethanienhöfe und der Wohnpflegegemeinschaft werden seit September 2015 durch das ärztliche Team der allgemeinmedizinischen Ambulanz des UKE betreut. Jede Woche findet eine hausärztliche Visite vor Ort statt, weitere medizinische Fragen werden bei Bedarf telefonisch oder persönlich geklärt.



Konsiliardienst in der Facharztklinik

In der Facharztklinik Hamburg in Eppendorf werden jährlich rund 7.500 Patientinnen und Patienten behandelt. Beleg- und Kooperationsärzte sind vorwiegend für die stationären und ambulanten Operationen zuständig. Bei allgemeinen medizinischen Problemen steht der Fachbereich Allgemeinmedizin mit seinen Ärzten und Ärztinnen als Konsilärzte zur Verfügung.



Ansprechpartnerin

Bettina Brandt, bet.brandt@uke.de

Webseite des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin: www.uke.de/ipa

Weitere aktuelle Informationen, Veranstaltungshinweise, Informationen über abgeschlossene Projekte und vieles Mehr finden Sie auf der Webseite des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin:

Startseite > ...
> Allgemeinmedizin

Institut und Poliklinik für
Allgemeinmedizin

Aktuelles
Team
Behandlungsangebot
Forschung
Publikationen
Lehrangebote & Fortbildungen
Kompetenzzentrum
Geschichte

9. Tag der Allgemeinmedizin

Spezialisiert auf den ganzen Menschen

09.11.2019
UKE Hamburg

Zurück

9. Tag der Allgemeinmedizin am 9.11.2019

Herzlich willkommen am
Institut und der Poliklinik für Allgemeinmedizin

Das Institut und die Poliklinik für Allgemeinmedizin (IPA) gehört zum Zentrum für Psychosoziale Medizin und ist zuständig für Forschung, Lehre und Krankenversorgung im Bereich der Allgemeinmedizin. Unser Anliegen ist es, das Fach Allgemeinmedizin in diesen drei Bereichen zu vertreten und weiterzuentwickeln.
Am IPA arbeiten mehr als 45 wissenschaftliche und rund zehn nicht-wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie eine variable Anzahl von ca. 10 studentischen Hilfskräften und 20 Doktoranden und Doktorandinnen. 18 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind zusätzlich tätig in der Krankenversorgung.

Seitenanfang

INSTITUTSSEKRETARIAT: ✉
Mareike Borsum, Insa Behrends
Tel.: ☎ +49 (0) 40 7410 - 52400
Fax: ☎ +49 (0) 40 7410 - 40225
✉ sekretariat-ifa@uke.de

→ Haus West 37 (W37), 5. OG
Martinstraße 52
20246 Hamburg

STUDIENDENSEKRETARIAT: ✉
Kerstin Schrom, Kim Yvonne Schlüter
Tel.: ☎ +49 (0) 40 7410 - 56715
Fax: ☎ +49 (0) 40 7410 - 40225
✉ schrom@uke.de ✉ ki.schluter@uke.de

AMBULANZ ALLGEMEINMEDIZIN, SPORT- UND BEWEGUNGSMEDIZIN ✉
TERMINVEREINBARUNG
N. Burghardt, M. Döring, W. Törf
Tel.: ☎ +49 (0) 40 7410 - 58559
Fax: ☎ +49 (0) 40 7410 - 56210
✉ az-allgemeinmedizin@uke.de

Mo, Mi 8-12 / 14-18 Uhr
Di, Do 8-12 / 14-16 Uhr
Fr 8-14 Uhr

↓ Haus Ost 57 (O57)
Martinstr. 52
20246 Hamburg

↓ Flyer der Allgemeinmedizinischen Ambulanz
→ mehr

PRIVATAMBULANZ - PROF. DR. MED. M. SCHERER ✉
TERMINVEREINBARUNG
N. Burghardt, M. Döring, W. Törf
Tel.: ☎ +49 (0) 40 7410 - 24444
Fax: ☎ +49 (0) 40 7410 - 56210
✉ privatambulanz-ifa@uke.de

Mo 9-13 Uhr
Di 9-12 Uhr
Mi 14-17 Uhr
Do 14-16 Uhr
Fr 9-13 Uhr

↓ Residenz Bethanienhöfe
Martinstraße 43
20251 Hamburg

↓ Flyer der Privatambulanz

Seitenanfang