

Aktuelle Projekte des Instituts für Allgemeinmedizin

in Forschung, Lehre und klinischer Versorgung

2016 | 2017

Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

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

Stand: 1.11.2016



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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



Forschung

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

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

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Unsere Lehre umfasst die Bereiche: Berufsfelderkundung, Einführung in die klinische Medizin, Lehrveranstaltungen Allgemeinmedizin (inkl. Kommunikationstraining, Überbringen schlechter Nachrichten), Sozialmedizin und das Allgemeinmedizin-Tertial im 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 über 300 Personen an ca. 40 Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.

Klinische Versorgung

Das Institut 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 in der Facharzt-klinik.

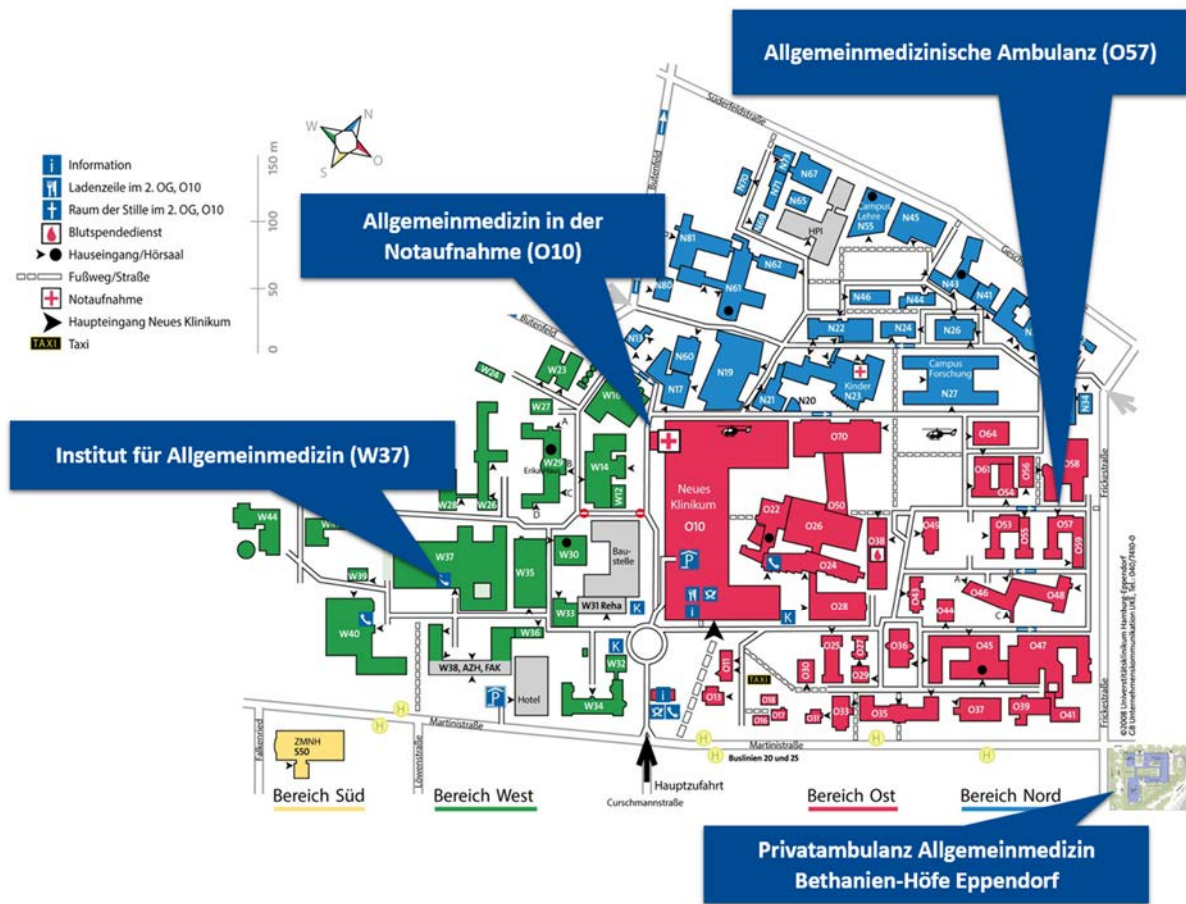
Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie mit dieser Broschüre einen Einblick in unsere Arbeit gewinnen, und wir sind gespannt auf Ihre Anregungen, Wünsche und Fragen.

Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Martin Scherer'. The signature is fluid and cursive, written on a white background.

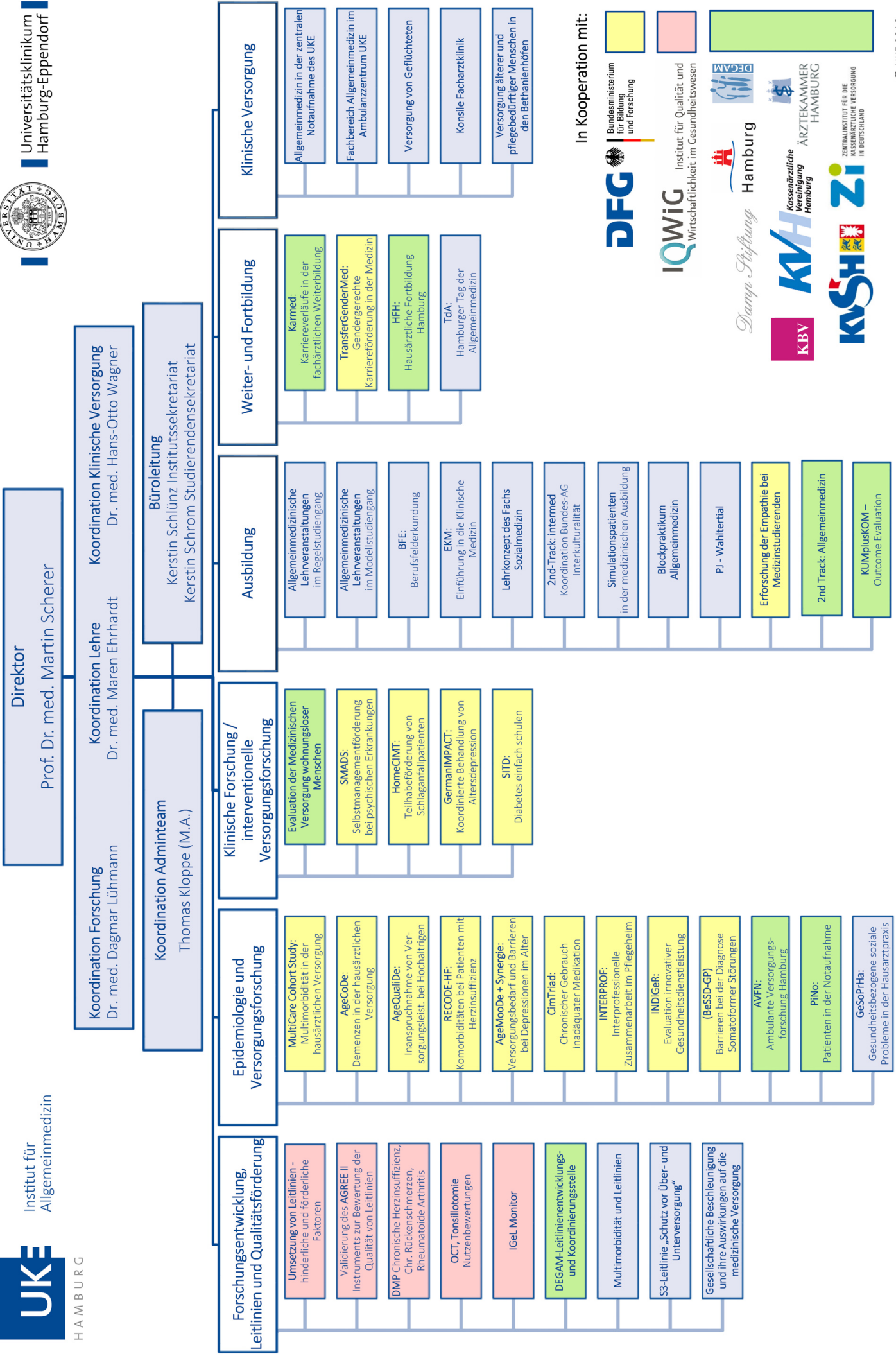
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin

Allgemeinmedizin am UKE



Unser Team am Institut für Allgemeinmedizin





In Kooperation mit:

DFG | Bundesministerium für Bildung und Forschung
 IQWiG | Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
 Hamburg
 KBV | Kassenzulieferer Vereinigung Hamburg
 MSH | ARZTEKAMMER HAMBURG
 Zi | ZENTRALINSTITUT FÜR DIE MASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Forschungsentwicklung, Leitlinien und Qualitätsförderung

Umsetzung von Leitlinien – hinderliche und förderliche Faktoren	1
Validierung des AGREE II Instruments zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien	2
Systematische Leitlinienrecherche und –bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für die geplanten DMP Chronische Herzinsuffizienz, Chronische Rückenschmerzen und Rheumatoide Arthritis	3
Nutzenbewertungen der Tonsillotomie sowie der optischen Kohärenztomografie	4
IGeL-Monitor - Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand	5
DEGAM-Leitlinienentwicklungs- und Koordinierungsstelle	6
Multimorbidität und Leitlinien	7
S3-Leitlinien „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ – gemeinsam entschieden	8
Gesellschaftliche Beschleunigung und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung	9

Epidemiologie und Versorgungsforschung

Der Zusammenhang zwischen Multimorbidität und chronischen Schmerzen in der hausärztlichen Versorgung (MultiCare Cohort Study)	10
Gedächtnis im Alter: Früherkennung, natürlicher Verlauf und Versorgungsaufwand von Demenz in der hausärztlichen Versorgung (AgeCoDe)	11
Fortsetzung der Studie Gedächtnis im Alter: Bedarf und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, direkte Kosten und gesundheitsbezogene Lebensqualität (AgeQualiDe)	12
Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)	13
Die Versorgung depressiver alter Menschen in Deutschland: Spielräume, Barrieren und Chancen für eine optimierte Behandlung (AgeMooDe + Synergie)	14
Kontextuelle Hintergründe des chronischen Gebrauchs von inadäquater Medikation bei älteren Menschen: Eine qualitative Studie mit Ärzten, Patienten und ihren Angehörigen (CimTriad)	15
Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim (INTERPROF)	16
Innovative Netzwerke für Dienstleistung und Gesundheit in den Regionen von morgen (INDiGeR)	17
Identifikation von Barrieren und Schwierigkeiten bei der Diagnose somatoformer Störungen in der Hausarztpraxis (BeSSD-GP)	18
Land- vs. Großstadtarzt: Regionale Variation in der hausärztlichen Versorgung (Ambulante Versorgungsforschung Nord)	19

Patienten in der Notaufnahme von norddeutschen Kliniken (PiNo Nord): Klientel, Behandlungspfade und Gründe für die Inanspruchnahme	20
Gesundheitsbezogene soziale Probleme in der Hausarztpraxis (GeSoPrHa)	21

Klinische Forschung / interventionelle Versorgungsforschung

Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg	22
Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst, Depression und Somatoformen Störungen (SMADS)	23
Förderung der Teilhabe von Schlaganfallpatienten in der vertragsärztlichen Versorgung durch Constraint-Induced Movement Therapy (HOMECIMT)	24
Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland (GermanIMPACT)	25
Diabetes einfach schulen - Forschungsprojekt SITD	26

Ausbildung

Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im Regelstudiengang	27
Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im iMED Modellstudiengang	28
Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung (BFE): Ein theoretisch fundierter und praxisorientierter Einblick in mögliche Berufsfelder	29
Einführung in die klinische Medizin (EKM) Ein interdisziplinärer Untersuchungskurs	30
Lehrkonzept des Fachs Sozialmedizin	31
Second Track „Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin“ - intermed	32
Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung: das SimPat-Programm	33
Hinderliche und förderliche Faktoren der Entwicklung und Nutzung empathischer Fähigkeiten bei Hamburger Medizinstudierenden – eine qualitative Interviewstudie	34
Entwicklung des Second Tracks „Allgemeinmedizin“ für das Hamburger Reformcurriculum iMED	35
KUMplusKOM – Outcome Evaluation	36

Weiter- und Fortbildung

Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung	37
TransferGenderMed: Gendergerechte Karriereförderung in der Medizin	37
Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH) – Strukturiertes und interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte	38
Hamburger Tag der Allgemeinmedizin	39

Klinische Versorgung

Allgemeinmedizin in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des UKE	40
Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum des UKE	41
Allgemeinmedizin in der Flüchtlingsversorgung, in den Bethanienhöfen und der Facharztambulanz	42

Umsetzung von Leitlinien – hinderliche und förderliche Faktoren

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

Hintergründe und Ziele

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

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

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

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

Design und Methodik

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

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

Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

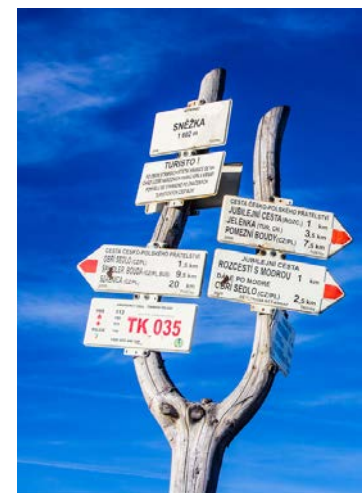
Der Abschlussbericht wird 8 Wochen nach Übermittlung der endgültigen Fassung an das BMG im Internet veröffentlicht. Die Publikation der Hauptergebnisse in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift erfolgt im Anschluss.

Auftraggeber IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

Laufzeit 2013 bis 2016

Partner IQWiG, Ressort Versorgungsqualität

Ansprechpartnerin Stefanie Butz, s.butz@uke.de



Validierung des AGREE II Instruments zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien

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

Hintergründe und Ziele

Mit Instrumenten zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien wird versucht über die Qualität von Leitlinien abzubilden.

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

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

Design und Methodik

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

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



Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

Auftraggeber IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in Gesundheitswesen)

Laufzeit 2014 bis 2016

Partner IQWiG, Ressort Versorgungsqualität

Ansprechpartnerin Dagmar Lühmann, l.luehmann@uke.de

Systematische Leitlinienrecherche und –bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für die geplanten DMP Chronische Herzinsuffizienz, Chronische Rückenschmerzen und Rheumatoide Arthritis

Stefanie Butz, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, deren Vorgaben auf dem aktuellen Kenntnisstand der Wissenschaft beruhen. Diese werden vom Gemeinsamen Bundesausschluss (G-BA) in der so genannten DMP-Richtlinie benannt. Ziele der DMP sind die Behandlung zu optimieren, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu fördern und somit diagnostische und therapeutische Abläufe besser miteinander zu verzahnen.

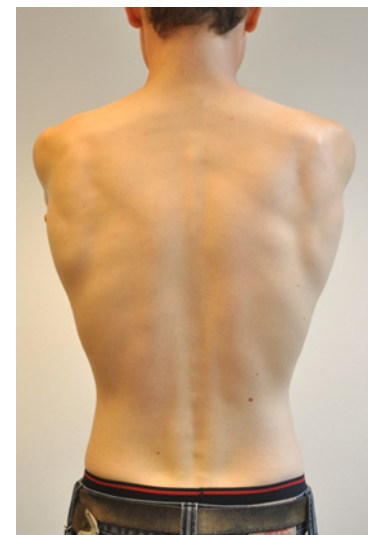
Als Grundlage für drei geplante DMP (Chronische Herzinsuffizienz, Chronische Rückenschmerzen, Rheumatoide Arthritis) hat der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit einer systematischen Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen beauftragt. Die oben genannte Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin ist in der Rolle des externen Sachverständigen in die Projekte eingebunden (IQWiG-Projektnummern: V14-01, V14-02, V14-04).

Ziel der Untersuchungen ist es, durch eine systematische Recherche nach neuen, thematisch relevanten, evidenzbasierten Leitlinien und durch die Synthese der Leitlinienempfehlungen relevante und potenziell relevante Empfehlungen für die geplanten DMP zu identifizieren.

Design und Methodik

Die Erstellung der Leitliniensynopsen gliedert sich in vier Arbeitsschritte:

1. Systematische Recherche und Auswahl aktueller evidenzbasierter Leitlinien
2. Bewertung der methodischen Leitlinienqualität mithilfe des AGREE II Instruments
3. Extraktion und Synthese relevanter Leitlinienempfehlungen
4. Kennzeichnung von Empfehlungen, die (potenziell) relevant sind für die künftigen DMP



Erwartete Ergebnisse

Die vertraglichen Vereinbarungen mit dem Auftraggeber sehen keine Veröffentlichung von Ergebnissen vor Veröffentlichung der Projektabschlussberichte vor.

Geplante Ergebnisverwertung

Die Abschlussberichte werden dem G-BA vorgelegt und bilden dort eine Grundlage für die Erstellung von DMP-Richtlinien für Chronische Herzinsuffizienz, Chronische Rückenschmerzen und Rheumatoide Arthritis.

Auftraggeber	IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)
Laufzeit	2014 bis 2016
Partner	IQWiG, Ressort Versorgungsforschung
Ansprechpartnerin	Stefanie Butz, s.butz@uke.de

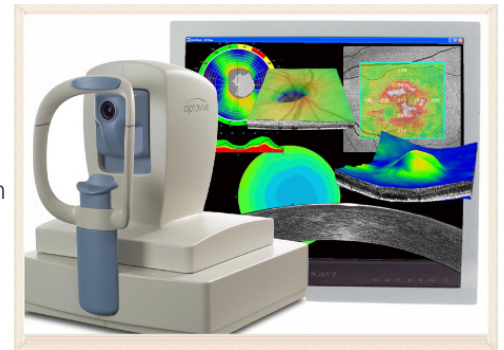
Nutzenbewertungen der Tonsillotomie sowie der optischen Kohärenztomografie

Stefanie Butz, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Nutzenbewertung von medizinischen Technologien beauftragt. Hier wird über zwei Projekte berichtet:

- Die Nutzenbewertung der Tonsillotomie im Vergleich zur konservativen Behandlung und im Vergleich zur Tonsillektomie bei Patienten mit rezidivierender akuter Tonsillitis bzw. bei Patienten mit Tonsillen-Hyperplasie
- Die Nutzenbewertung der optischen Kohärenztomografie (OCT) als diagnostisches Verfahren im Vergleich zu anderen diagnostischen Verfahren und als Instrument zur Therapiesteuerung im Vergleich zu anderen Therapiesteuerungsverfahren bei Patienten mit neovaskulärer altersbedingte Makuladegeneration und bei Patienten mit diabetischer Retinopathie mit Makulaödem



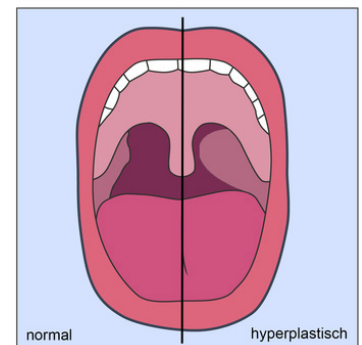
Optische Kohärenztomografie

Quelle: www.augenaerztin-dr-huelsmann.de

Beide Nutzenbewertungen erfolgen ausschließlich hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte. Die Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin ist in der Rolle des externen Sachverständigen in die Projekte eingebunden.

Design und Methodik

Die Nutzenbewertung erfolgt auf Basis von systematisch recherchierten randomisierte kontrollierten Studien (RCT). Die Suche erfolgt sowohl in Datenbanken als auch in Studienregistern. Nach einem zweistufigen Screeningverfahren, erfolgt eine standardisierte Datenextraktion. Weiter wird das Verzerrungspotential der eingeschlossenen RCT sowohl auf Studien- als auch auf Endpunktebene bewertet. Sofern möglich, werden die Ergebnisse zu den einzelnen relevanten Endpunkten in Meta-Analysen zusammengefasst.



Tonsillen-Hyperplasie

Quelle: www.barmherzige-brueder.at

Erwartete Ergebnisse

Die vertraglichen Vereinbarungen mit dem Auftraggeber sehen keine Veröffentlichung von Ergebnissen vor Veröffentlichung der Projektabschlussberichte vor.

Geplante Ergebnisverwertung

Die Berichte zur Nutzenbewertung der Tonsillotomie (N15-11) sowie der optischen Kohärenztomografie (N15-01) werden an den G-BA übermittelt und 8 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

Auftraggeber	IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)
Laufzeit	2016 - 2017
Partner	IQWiG, Ressort nichtmedikamentöse Verfahren
Ansprechpartnerin	Stefanie Butz, s.butz@uke.de

IGeL-Monitor - Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand

Dagmar Lühmann, Stefanie Butz, Annette Ernst, Hans-Otto Wagner, 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 Patienten in der Praxis selbst zahlen müssen. Man unterscheidet 2 Arten von IGeL-Leistungen: (A) Leistungen die nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges sind, da sie nicht in die Zuständigkeit der GKV fallen (wie 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. IGeL werden Patienten in Haus- und Facharztpraxen zunehmend häufiger angeboten. Zur Anzahl an existierenden IGeL-Leistungen gibt es keine exakten Zahlen. In der so genannten MEGO-Liste* sind über 360 Maßnahmen erfasst.

Der „IGeL-Markt“ hat laut einer Schätzung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aus 2012 ein Finanzvolumen von ca. 1,3 Milliarden Euro. Ein nicht nur für Patienten bisweilen undurchschaubares Angebot, das durch die Arbeit des IGeL-Monitors ein Stück weit transparenter werden soll.



** Krimmel L, Kleinken B: MEGO. MedWell-Gebührenverzeichnis für Individuelle Gesundheitsleistungen. Ausgabe 2011, ecomed MEDIZIN, Landsberg am Lech*

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 IGeL-Leistungen wissenschaftlich fundiert bewertet. Alle Texte des IGeL-Monitor werden journalistisch aufgearbeitet. So soll Patienten eine sichere Entscheidungsgrundlage für informierte Entscheidungen für oder gegen die Inanspruchnahme von IGeL zur Verfügung gestellt werden. Seit dem Frühjahr 2016 ist eine Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE als externe Experten in die Bewertung des Nutzen-/Schadenspotentials von IGeL eingebunden. Derzeit werden die Themen : „Screening auf das Vorliegen einer Carotisstenose“, „Spirometrie“, „Schilddrüsenuntersuchung“ und „Laserbehandlung von Varizen“ für den IGeL-Monitor bearbeitet.

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 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

DEGAM-Leitlinienentwicklungs- und Koordinierungsstelle

Cathleen Muche-Borowski, Anne Barzel, Martin Scherer

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele

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

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

Methodik

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



Ergebnisse und Ausblick

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

Veröffentlichungen

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

Förderer Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Ansprechpartnerinnen
Entwicklungsstelle: Cathleen Muche-Borowski, c.borowski@uke.de
Koordinierungsstelle: Anne Barzel, a.barzel@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 Einzelleitlinien 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 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 Patienten mit bekannten Multimorbiditätsmustern
2. Systematische Leitliniensynopse durch systematisch recherchierte nationale, aktuelle evidenzbasierte Leitlinien auf Basis der berichteten Hauptdiagnosen
3. Erfassung der hausärztlichen klinischen Einschätzung zu den Fallvignetten zu den Aspekten: Abwenden gefährlicher Verläufe, Festlegung von Versorgungszielen, notwendige Diagnostik/ Therapie, Berücksichtigung von 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

Vorläufige Ergebnisse und weiteres Vorgehen

Der aus diesem Material abgeleitete „Meta-Algorithmus,“ erstreckt sich ausgehend vom aktuellen Behandlungsanlass bis zur Langzeitversorgung von multimorbiden Patienten und schließt bei jeder Entscheidung die Werthaltungen (Präferenzen) 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 2013 und 2014 auf den Jahrestagungen des Guideline International Network (G-I-N) in San Francisco und Melbourne vorgestellt und diskutiert.



Laufzeit

ab 2013

Ansprechpartnerin

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

S3-Leitlinien „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ – gemeinsam entschieden

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

Hintergrund und Ziele

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

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 S3-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.

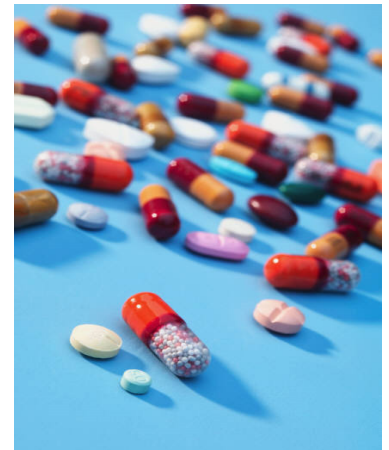
Methodik

Angelehnt an den 10-Stufen-Plan der DEGAM und die methodischen Anforderungen an S3-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 bis zu 113 Empfehlungen extrahiert. Von der 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 Nationalen Versorgungsleitlinien bearbeitet. Es zeigte sich, dass Nicht-Leitlinienautoren und Leitlinienautoren z.T. dieselben, z.B. keine Labor-, Sputum-, Röntgen-Diagnostik bei der klinischen Diagnose einer unkomplizierten akuten Bronchitis, aber auch z.T. unterschiedliche Empfehlungen, z.B. bezüglich technischen Untersuchungen bei unkompliziertem akutem Husten (S3-LL Husten), priorisieren.

Es zeigte sich, dass Leitlinienautoren und Nicht-Leitlinienautoren unterschiedliche Sichtweisen haben und unterschiedlich priorisieren. Leitlinienautoren greifen andere Kriterien auf. Die Priorisierungskriterien könnten bereits bei der Erarbeitung von DEGAM-Leitlinien bzw. innerhalb des Paneltestes des „DEGAM-Zehnstufenplans zur Leitlinienentwicklung“ Berücksichtigung finden.



Laufzeit

ab 2013

Ansprechpartnerin

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

Gesellschaftliche Beschleunigung und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung

Josef Berghold, Hans-Hermann Dubben, Martin Scherer

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.



Design und Methodik

Als Kapitelstruktur sind geplant:

- Leben im Hamsterrad: Diagnosen der gegenwärtigen Zeitnot
- Auswirkung von Zeitnot auf die medizinische Versorgung und die medizinische Forschung
- Kulturelle Wurzeln der Zeitnot
- Auswege, Aussichten, Alternativen

Wir folgen in diesem Projekt einem multidisziplinären Ansatz. Medizinische Versorgungsforschung und deren Qualitätssicherung, physikalisch-philosophische Grundfragen, Forschungsmethodik und –praxis sowie sozialwissenschaftliche und psychologische Aspekte werden berücksichtigt.

Erwartete Ergebnisse

- Aufzeigen der Auswirkungen von Zeitdruck insbesondere auf die medizinische Versorgung, deren Qualität und Nachhaltigkeit und auf die Qualität medizinischer Forschung
- Identifikation besonders Zeitnot-sensibler Bereiche in der Medizin
- Aufzeigen möglicher Auswege

Geplante Ergebnisverwertung

Disseminierung identifizierter Probleme, Antworten, neue Fragen sowie Aussichten und Alternativen an eine möglichst breite Öffentlichkeit. Daher ist eine Publikation als (populär)wissenschaftliches Buch geplant.

Laufzeit

ab 2013

Ansprechpartner

Josef Berghold, j.berghold@uke.de;
Hans-Hermann Dubben, dubben@uke.de

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

Ingmar Schäfer, Heike Hansen, Hendrik van den Bussche, Martin Scherer

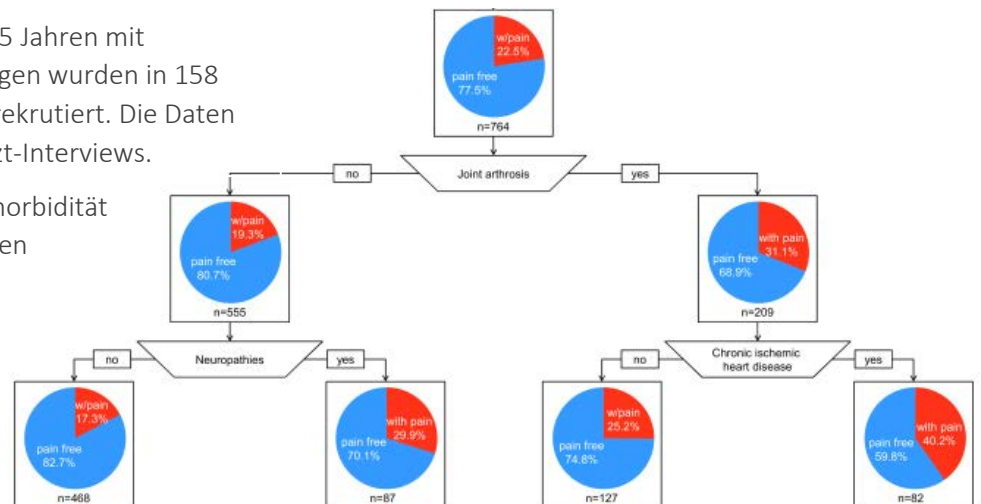
Hintergründe und Ziele

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

Design und Methodik

3.189 Patienten im Alter von 65 bis 85 Jahren mit mindestens 3 chronischen Erkrankungen wurden in 158 Hausarztpraxen in 8 Studienzentren rekrutiert. Die Daten stammen aus Patienten- und Hausarzt-Interviews.

Der Zusammenhang zwischen Multimorbidität und Schmerz wurde mit CART-Analysen untersucht, bei denen mit Hilfe von Entscheidungsbäumen Krankheitskombinationen mit erhöhter Schmerzprävalenz identifiziert werden können.



Ergebnisse

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

Publikation

Martin Scherer, Heike Hansen et al. Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients: a cross-sectional observational study. BMC Family Practice 2016, 17:68

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Januar 2008 bis Juni 2016

Partner

Institut für medizinische Biometrie und Epidemiologie, UKE

Ansprechpartner

Ingmar Schäfer, in.schaefer@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, Cadja Bachmann, Hendrik van den Bussche, Martin Scherer

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

Hintergründe und Ziele

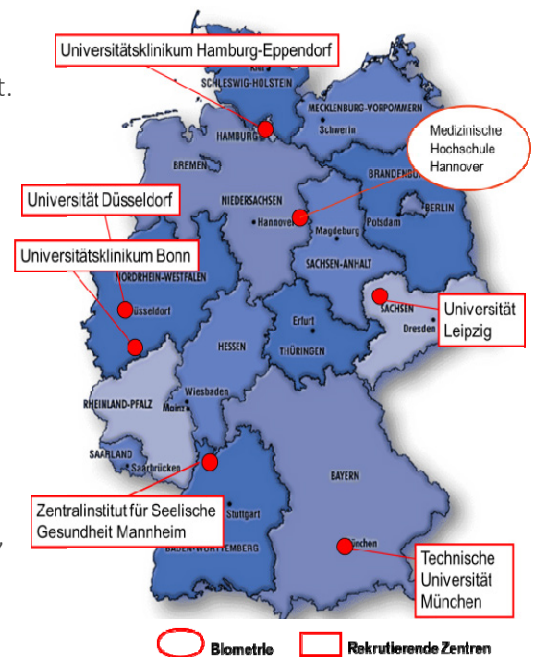
Degenerative Demenzen beginnen schleichend. Daher ist es schwer, eine frühe Diagnose sowie eine Prognose für den Verlauf der Erkrankung zu stellen. Im Rahmen dieses Projektes wird untersucht, welche Faktoren die Entstehung und den Verlauf einer demenziellen Erkrankung beeinflussen. Dazu wurden im Jahr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

Design und Methodik

Die Patienten wurden bis Ende 2013 alle 18 Monate zu Hause untersucht. Ab dem 01.01.2014 wird das Projekt unter dem offiziellen Acronym „AgeQualiDe“ mit einer erweiterten Fragestellung weitergeführt (siehe Projektbeschreibung auf Seite 12). Aktuell erfolgt bei noch ca. 600 in der Studie verbliebenen hochaltrigen Patienten eine abschließende Untersuchungswelle des AgeCoDe-Projekts.

Ergebnisse

Neben den bereits publizierten Ergebnissen, wie der Erarbeitung eines Risikoscores für die Entwicklung einer Demenz, der stadienspezifischen Berechnung der Kosten einer Demenz und Ergebnisvorstellungen zur Demenz-Prognose bei Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung, werden in der Abschlussphase weitere Auswertungen zu Charakteristika und Schutzfaktoren kognitiv gesunder Hochaltriger und Zahlen zur Prävalenz und Inzidenz dementieller Erkrankungen und leichter kognitiven Störungen in dieser höchsten Altersgruppe durchgeführt.



Ergebnisverwertung

Auf der Internetseite des Projektes sind über 50 Publikationen zu Ergebnisse der AgeCoDe Studie abrufbar:

→ <http://www.knd-demenzen.de/die-verbunde/verbund-epidemiologie/publikationen.html>

Förderer
Laufzeit
Partner
Ansprechpartnerinnen

Bundesministerium für Bildung und Forschung
Januar 2013 bis März 2017
AgeCoDe-Study Group (siehe Grafik)
Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de;
Marion Eisele, m.eisele@uke.de



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

Marion Eisele, Annette Ernst, Tina Mallon, Dagmar Lühmann, Hanna Kaduszkiewicz*, Martin Scherer

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

Hintergründe und Ziele

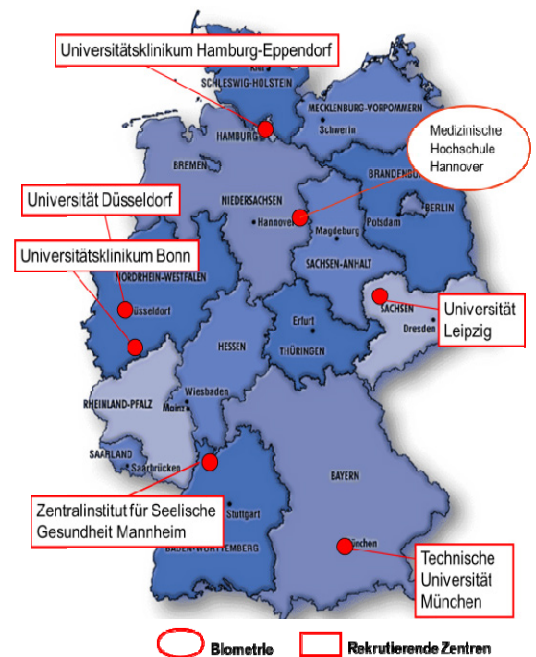
Es ist bekannt, dass bei Hochaltrigen die Inanspruchnahme von medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungsleistungen mit zunehmendem Alter steigt und analog dazu auch die gesamtgesellschaftliche Belastung. Allerdings gibt es bislang nur wenig fundierte Erkenntnisse zu gedeckten und ungedeckten Versorgungsbedarfen in dieser Altersgruppe und dem damit zugrunde liegenden Zusammenhang von Inanspruchnahmeverhalten und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Ziel der Studie ist die Untersuchung des Versorgungsbedarfs, der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zusätzlich werden zentrenspezifisch 3 weitere Sonderfragestellungen untersucht. Das Institut für Allgemeinmedizin am UKE bearbeitet in diesem Rahmen das Thema „Schmerzversorgung“.

Design und Methodik

Im Rahmen eines strukturierten Interviews wurden pro Zentrum ca. 150 hochaltrige Patienten (Alter 85+), deren Angehörigen und Hausärzte drei Mal im Abstand von jeweils 10 Monaten befragt.

Erwartete Ergebnisse

Laufende Auswertungen thematisieren die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Verbindung mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Darüber hinaus wird aus verschiedenen Perspektiven (Patient/Angehörige/Hausarzt) analysiert, inwieweit bestehende Versorgungsbedarfe bei den untersuchten Patienten gedeckt bzw. ungedeckt sind. Auswertungen zur Sonderfragestellung „Schmerzversorgung“ werden Auskunft über die Schmerzprävalenz und schmerzbedingte Beeinträchtigungen der Alltagsaktivitäten bei hochaltrigen Patienten geben.



Geplante Ergebnisverwertung

Publikationen zu Ergebnissen der AgeQualiDe Studie werden in Kürze auf der Internetseite des Kompetenznetzes Degenerative Demenzen abrufbar sein.

➔ <http://www.knd-demenzen.de/die-verbunde/verbund-epidemiologie/publikationen.html>

Förderer
 Laufzeit
 Partner
 Ansprechpartnerinnen

Bundesministerium für Bildung und Forschung
 Januar 2014 bis Januar 2017
 6 weitere Hochschulen (siehe Grafik)
 Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de;
 Marion Eisele, m.eisele@uke.de



Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)

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

Hintergründe und Ziele

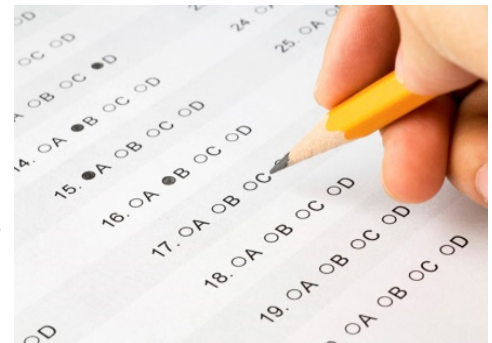
Für die medikamentöse Behandlung von Herzinsuffizienz gibt es Therapieempfehlungen. Ziel dieser Therapieempfehlungen ist es, die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz zu verbessern. Oft gibt es jedoch gute Gründe, von diesen Empfehlungen im Praxisalltag abzuweichen. Die empfohlene optimale Therapie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

Das Studienprotokoll ist erschienen unter:

M. Eisele et al. Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization and mortality in primary care patients with heart failure – study protocol of a longitudinal observation study. BMC Family Practice 2013; 14:180

Design und Methodik

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



Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	2012 bis 2016
Partner	Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz des Universitätsklinikums Würzburg, Universitätsmedizin Göttingen
Ansprechpartner	Anja Rakebrandt, a.rakebrandt@uke.de; Marion Eisele, m.eisele@uke.de

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

Anne Stark, Martin Scherer, Hanna Kaduszkiewicz*

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

Hintergründe und Ziele

Über Wissen und Einstellungen zu depressiven Erkrankungen sowie zu Behandlungspräferenzen von depressiven älteren Patienten (75 Jahre und älter), ihren Angehörigen und ihren Behandlern weiß man international wenig. Ziel dieser multizentrischen Studie ist es, Spielräume, Barrieren und Chancen auf Seiten der Patienten, ihrer Angehörigen und der direkt an der Versorgung depressiver alter Menschen Beteiligten (z.B. Hausärzte, Psychiater) zu explorieren und praktische Maßnahmen für eine verbesserte Versorgung depressiv erkrankter alter Menschen abzuleiten.

Design und Methodik

In vier Studienzentren (Leipzig, Mannheim, Bonn und Hamburg) wurden insgesamt vier Fokusgruppen mit Behandlern (Pflegerkräften, Hausärzten, Psychiatern und Psychologen) und insgesamt 36 qualitative Einzelinterviews mit depressiven, älteren Hausarztpatienten, ihren Angehörigen und Experten zur Versorgung depressiver älterer Menschen durchgeführt. Die Auswahl der Patienten und Angehörigen für die qualitativen Interviews erfolgte aus der Kohorte der AgeMooDe-Studie.



Im Studienzentrum Hamburg fand eine Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten sowie jeweils 4 Interviews mit Experten, Patienten und ihren Angehörigen statt. Des weiteren wurde die inhaltsanalytische Auswertung der 12 Patienteninterviews im Studienzentrum Hamburg durchgeführt.

Ergebnisse (Studienzentrum Hamburg)

Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Patienteninterviews zeigen, dass die Befragten teilweise gut über depressive Erkrankungen informiert sind und an die Wirksamkeit unterschiedlicher Behandlungsansätze glauben. Gleichzeitig wurden aber auch Unsicherheiten und Missverständnisse hinsichtlich depressiver Erkrankungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten identifiziert. Ein weiteres Ergebnis ist, dass die befragten Patienten es eher vermeiden würden mit ihrem sozialem Umfeld über eine Depression zu sprechen, u.a. aus Angst vor negativen Reaktionen. Außerdem glauben die befragten Patienten, dass andere Menschen nur wenig Verständnis für Menschen mit einer depressiven Erkrankung haben. Die Bedeutung des Hausarztes in der Depressionsbehandlung wurde unterschiedlich wahrgenommen. Einerseits wird der Hausarzt als wichtig und hilfreich erachtet, andererseits geben die Interviews auch Hinweise darauf, dass der Hausarzt als Behandler einer Depression von machen Patienten als wenig relevant eingeschätzt wird.

Geplante Ergebnisverwertung (Studienzentrum Hamburg)

Die Ergebnisse der Patienteninterviews sowie darauf basierende Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung depressiver älterer Menschen werden im Rahmen einer wissenschaftlichen Publikation veröffentlicht.

Förderer	Bundesministerium für Gesundheit
Laufzeit	Nov. 2013 bis Ende 2016
Partner	Universitäten Bonn, Leipzig und Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
Ansprechpartnerin	Anne Stark, a.stark@uke.de

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

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

¹Universitätsklinikum Bonn, ²Universitätsklinikum Leipzig

Hintergründe und Ziele

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

Design und Methodik

Es wurden insgesamt 52 HausärztInnen, 52 PatientInnen und 48 Angehörige in zum Großteil triadischen, semi-strukturierten qualitativen Interviews in Hamburg, Bonn und Leipzig befragt. Die Interviews wurden vollständig transkribiert und inhaltsanalytisch von den InterviewerInnen ausgewertet. Ergänzend wurde pro Triade (PatientIn, Angehörige/r und HausärztIn) eine zusammenfassende Fallvignette erstellt.



Quelle: morgueFile

Ergebnisse

Die von den HausärztInnen als potentiell inadäquat für ältere Patienten eingeschätzten Wirkstoffe deckten sich nicht immer mit denen der PRISCUS-Liste, die den befragten HausärztInnen häufig nicht bekannt/präsent war. Die HausärztInnen beschrieben jedoch ihre Kriterien für die Eignung eines Medikaments für hochaltrige Patienten (z.B. veränderter Metabolismus, kognitiver Status) und unterstrichen die Bedeutung von Monitoring.

Es konnten verschreibungs- (z. B. Benzodiazepine auf Privatrezept), medikations- (z. B. subjektive Wahrnehmung der Alternativlosigkeit des PIM, positive Eigenschaften des PIM), hausarzt- (z. B. HausärztIn verlässt sich auf Verschreibungen von Spezialisten, Unwissen über PIM-Einnahme), patienten- (z. B. „fordernde Vielneher“, subjektiver Nutzen höher als potentieller Schaden, Abhängigkeit) und systembezogene Faktoren (z.B. Kommunikationsbarrieren zwischen Behandlern) für den (Langzeit-)Gebrauch von PIM identifiziert werden.

Geplante Ergebnisverwertung

Im Rahmen der Studie entstehen wissenschaftliche Publikationen zu den Perspektiven von PatientInnen, HausärztInnen und betreuenden Angehörigen sowie eine weitere Publikation, die die verschiedenen Sichtweisen miteinander trianguliert.

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	2014 bis 2016
Partner	Universitätsklinikum Bonn, Universitätsmedizin Leipzig
Ansprechpartnerin	Nadine Pohontsch, n.pohontsch@uke.de

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim (INTERPROF)

Britta Tetzlaff, Martin Scherer

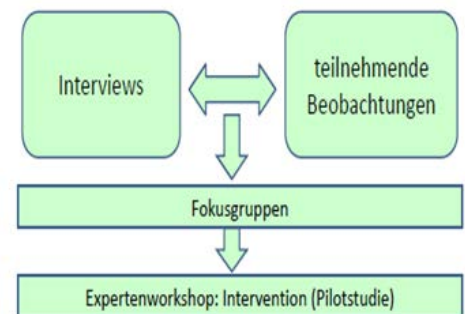
Hintergründe und Ziele

In Deutschland waren im Dezember 2011 laut Statistischem Bundesamt im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig, davon wurden 30% (743 000) vollstationär in Heimen versorgt (Statistisches Bundesamt, 2013). Die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zeigen, dass in Deutschland die Zahl der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen wird (Sachverständigenrat, 2009). Um eine hochwertige medizinische Versorgung in Pflegeheimen zu gewährleisten, ist eine Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen wesentlich. Ziel dieser Studie war es, ein Modell zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation zu entwickeln und dadurch zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bewohner von Pflegeheimen beizutragen.

Design und Methodik

Die qualitative Multicenterstudie untersuchte in offenen Leitfadeninterviews mit Hausärzten, Pflegekräften, Bewohnern und ihren Angehörigen deren Perspektive hinsichtlich medizinischer Versorgung, interprofessioneller Zusammenarbeit und Versorgungskontinuität. Ergänzend wurden Arztbesuche im Heim beobachtet. Auf den Erkenntnissen aufbauend wurden in mono- und interprofessionellen Fokusgruppen hemmende und fördernde Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit diskutiert und Maßnahmen zur Verbesserung entwickelt. Diese wurden in einem Expertenworkshop weiter diskutiert und abschließend Strategien zur Implementierung festgelegt.

In einer dreimonatigen Pilotstudie wurden die je nach Bedarf ausgewählten Maßnahmen in vier Pflegeheimen eingeführt und anschließend in Interviews im Wesentlichen positiv evaluiert. Alle Daten wurden mit qualitativen Methoden ausgewertet.



Ergebnisse und geplante Ergebnisverwertung

Das resultierende Maßnahmenpaket zur Verbesserung der Zusammenarbeit umfasste: 1. die Implementierung von Zielvereinbarungstreffen, in denen alle Akteure übergeordnete Ziele und Vorgehensweisen konsentieren, 2. das Festlegen von Hauptansprechpartnern, 3. eine Unterstützung zur Festlegung von Bedarfsmedikation, 4. das Tragen von Namensschildern während des Hausbesuchs im Pflegeheim, 5. einen strukturierter Ablauf des Hausbesuchs. Der direkte Einfluss der Maßnahmen auf die Gesundheit der Bewohner soll in weiterer Forschung untersucht werden. Weitere Ergebnisse wurden in wissenschaftlichen Journals publiziert und sollen hinsichtlich ihrer Verwertung für die Versorgungspraxis mit Vertretern der Praxis und Politik diskutiert werden.

Förderer
Laufzeit
Partner

Bundesministerium für Bildung und Forschung
2012 bis 2016
Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen;
Arbeitsgruppe psychiatrische Epidemiologie und demografischer Wandel, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim ;
Abteilung Pflege und Gesundheit, Hochschule Hannover
Britta Tetzlaff, b.tetzlaff@uke.de



Ansprechpartnerin

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

Ingmar Schäfer, Anne Stark, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

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

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



Design und Methodik

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

Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit Herbst 2014 bis Frühjahr Januar 2019

Partner Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation, Steinbeis Hochschule Berlin, Universität Bayreuth, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart
Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

Ansprechpartner



Identifikation von Barrieren und Schwierigkeiten bei der Diagnose somatoformer Störungen in der Hausarztpraxis (BeSSD-GP)

Martin Scherer¹, Nadine Pohontsch¹, Thomas Zimmermann¹, Astrid Althaus²,
Marco Lehmann³, Christina Heinbokel³, Bernd Löwe³

¹ Institut für Allgemeinmedizin, UKE² Zentrum für Versorgungsforschung, UK Köln

³ Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, UKE

Hintergründe und Ziele

Im Setting der hausärztlichen Versorgung beträgt die Prävalenz der somatoformen Störung um die 20%. Die Mehrheit aller PatientInnen mit somatoformen Störungen sucht zunächst ihre HausärztInnen auf und wird im Verlauf der Erkrankung von ihnen weiterbehandelt. In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass im hausärztlichen Setting die Erkennung und Diagnose und somit auch die weitere Behandlung der somatoformen Störung Schwierigkeiten bereitet. Dies kann negative Folgen (z. B. verzögerte Behandlung/iatrogene Schädigungen) für die betroffenen PatientInnen nach sich ziehen. Gemäß der S3-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ der AWMF gibt es wenig gesicherte Erkenntnisse zum diagnostischen Prozess sowie über Barrieren oder Faktoren, die eine leitliniengerechte Diagnosestellung erschweren.

Ziel dieses interdisziplinären Projekts, das gemeinsam mit dem Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am UKE durchgeführt wird, ist es Barrieren zu identifizieren, die eine leitliniengerechte Diagnosestellung und Behandlung erschweren. Das Ausmaß dieser Barrieren soll mittels Survey quantifiziert werden. Daraus entwickeln wir Handlungsempfehlungen, um die Barrieren zu überwinden.

Design und Methodik

Es wurden 6 Fokusgruppen mit HausärztInnen durchgeführt. Die Fokusgruppen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und dienten als Basis für die Interviewleitfäden für die folgenden semi-strukturierten Interviews. Es sollen insgesamt 16 PatientInnen-BehandlerInnen-Dyaden interviewt werden. Im Anschluss an die qualitative Inhaltsanalyse des so erhobenen Datenmaterials soll ein Online-Survey zur deutschlandweiten Befragung von HausärztInnen entwickelt und durchgeführt werden.



Erwartete Ergebnisse

Im ersten Schritt sollen Barrieren und hinderliche Faktoren identifiziert werden, die es den HausärztInnen erschweren, evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnose und Behandlung somatoformer Störungen umzusetzen. In einem zweiten Schritt soll die wahrgenommene Relevanz der beschriebenen Barrieren und die Akzeptanz für sogenannte „maßgeschneiderte Interventionen“ geprüft werden. Schlussendlich sollen – die Ergebnisse von Schritt I) und II) berücksichtigend – Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen zur Überwindung der identifizierten Barrieren und der Verbesserung der Erkennung und Diagnose von somatoformen Störungen entwickelt werden.

Geplante Ergebnisverwertung

Im Rahmen der Studie entstehen verschiedene wissenschaftliche Publikationen: Studienprotokoll, Ergebnisse der Fokusgruppen, der dyadischen Interviews und des Surveys.

Förderer

Deutsche Forschungsgemeinschaft

Laufzeit

November 2015 bis April 2018

Partner

Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, UKE

Ansprechpartner

Nadine Pohontsch, n.pohontsch@uke.de;

Thomas Zimmermann, tzimmermann@uke.de

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

Ingmar Schäfer, Nadine Pohontsch, Heike Hansen, Agata Kazek, Hanna Hardt,
Maren Wögens, Klaus Julius Lichte, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

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

Design und Methodik

Zunächst wurde in Fokusgruppen mit Allgemeinmedizinern und deren Patienten in drei Regionen (Großstadt, Umland und Land) die subjektive Versorgungsrealität umfassend exploriert. In einem zweiten Schritt werden diese Erkenntnisse des qualitativen Studienteils in einer standardisierten Befragung von 240 Hausärzten und ca. 1.000 ihrer Patienten genutzt und Unterschiede zwischen den Regionen hinsichtlich der Konsultationsanlässe und des hausärztlichen Patientenkollektivs quantifiziert. Ergänzend werden in einer Sekundärdatenanalyse Abrechnungsdiagnosen und abgerechnete Leistungen untersucht, um regionale Unterschiede im Versorgungsgeschehen darstellen zu können.



Erwartete Ergebnisse

In den Fokusgruppen zeigten sich Versorgungsprobleme bezüglich des demographischen Wandels, Patientenverhalten, struktureller Ungleichheiten, dem ambulanten Abrechnungssystem, der Spezialisten-Versorgung und der Schnittstellen mit dem stationären Sektor. In ländlichen Regionen wurden hauptsächlich Probleme durch eine zu geringe Arztdichte sowie ärztlicher Nachwuchsmangel wahrgenommen, während in städtischen Regionen Probleme durch eine hohe Arztdichte sowie eine geringer ausgeprägte Arzt-Patienten-Bindung wahrgenommen wurden. Für die quantitative Projektphase konnten aktuell 215 Hausärzte und 655 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Zusätzlich wurde die Arbeit am Sekundärdatenteil begonnen.

Geplante Ergebnisverwertung

Im Rahmen der Studie wurde ein Studienprotokoll des quantitativen Teils veröffentlicht (Schäfer et al. BMJ Open 2016;6:e010738). Die Veröffentlichung der Studienergebnisse sind für 2017 geplant.

Förderer
Laufzeit
Ansprechpartnerinnen

KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein
Mai 2014 bis April 2017
Agata Kazek, a.kazek@uke.de
Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de



Patienten in der Notaufnahme von norddeutschen Kliniken (PiNo Nord): Klientel, Behandlungspfade und Gründe für die Inanspruchnahme

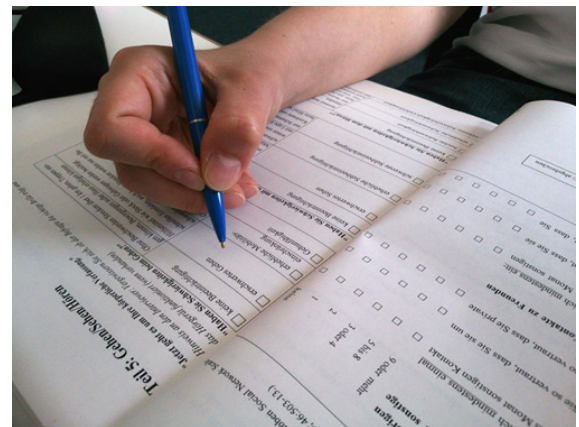
Ingmar Schäfer, Agata Kazek, Hanna Hardt, Heike Hansen, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Zusammenfassung

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Patienten in der Notaufnahme von norddeutschen Kliniken“ werden subjektive und krankheitsbezogene Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen, Behandlungspfade vor der Konsultation sowie das Patienten Klientel in Notaufnahmen untersucht.

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 Patienten hinter sich haben und was die subjektiven und krankheitsbezogenen Gründe für die Inanspruchnahme der Notaufnahmen sind.



Design und Methodik

Querschnittliche Beobachtungsstudie in fünf Kliniken in Hamburg und Schleswig-Holstein. In jeder Klinik findet für zwei volle Wochen (per Zufall verteilt über 8 Monate in Früh-, Spät- und Nachtschicht) die Datenerhebung statt. Es werden alle volljährigen Patienten und Minderjährige mit Erziehungsberechtigten 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 (Soziodemographie, Gesundheitszustand, Konsultationsanlass, psychosoziale Faktoren, Gesundheitskompetenz, Vorbehandlungen und Gründe für die Wahl der Notaufnahme), sowie medizinische Daten der Kliniken (Diagnosen, Entlassungsbriefe).

Erwartete Ergebnisse

Die Befragung von rund 1000 Patienten ist abgeschlossen, die Auswertungen laufen.

Geplante Ergebnisverwertung

Erste Veröffentlichungen werden Anfang 2017 erwartet. Weiterhin ist geplant, die Erhebung auf eine repräsentative Stichprobe von Kliniken im ganzen Bundesgebiet auszuweiten.

Förderer KV Hamburg, KV Schleswig-Holstein
 Laufzeit Oktober 2015 bis Dezember 2017
 Ansprechpartner Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

KVH Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg

KVSH

Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Gesundheitsbezogene soziale Probleme in der Hausarztpraxis (GeSoPrHa)

Thomas Kloppe, Claudia Mews, Britta Tetzlaff, Thomas Zimmermann, Moritz Hadwiger,
Olaf von dem Knesebeck*, Martin Scherer

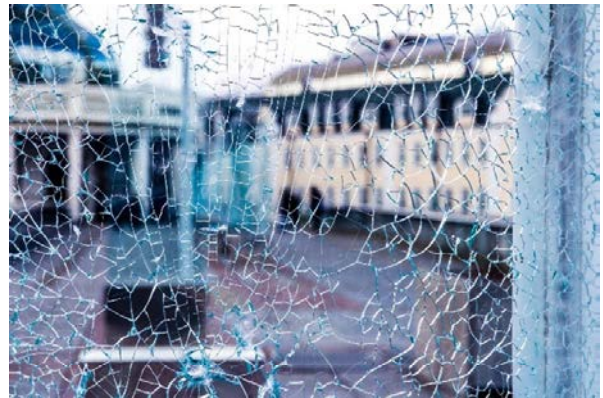
*Institut für Medizinische Soziologie, UKE

Hintergründe und Ziele

Häufig nehmen Patientinnen und Patienten die hausärztliche Versorgung für gesundheitliche Beschwerden in Anspruch, die in Verbindung mit sozialen Problemen stehen. Hausärztinnen und Hausärzte sehen sich daher oft mit primär nicht medizinischen Versorgungsthemen konfrontiert, die einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben können. Bisher ist wenig darüber bekannt, in welchem Ausmaß Probleme wie Arbeitslosigkeit oder Einsamkeit das hausärztliche Handeln bestimmen und wie Hausärztinnen und Hausärzte damit umgehen. Ziel ist es, die häufigsten von ärztlicher Seite aus wahrgenommenen gesundheitsbezogenen sozialen Probleme in der hausärztlichen Versorgung zu identifizieren und herauszufinden, wie niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte mit ihnen umgehen.

Design und Methodik

Postalische Fragebogenerhebung (Fragebogenkonstruktion in Anlehnung an „Kapitel Z Soziale Probleme“ der International Classification of Primary Care – 2nd Edition): Angeschrieben wurden alle Hausärztinnen und Hausärzte, die im Dezember 2015 in den öffentlich zugänglichen Datenbanken der Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg (n=1637) und Schleswig-Holstein (n=1262) gelistet waren.



Ergebnisse

N=485 Fragebögen (16,7%) konnten ausgewertet werden, darunter Antworten von 51,7% Frauen und 48,3% Männern. Mehrmals in der Woche sehen Hausärzte und Hausärztinnen Patientinnen und Patienten mit z.B. finanziellen Problemen (53,2%), Problemen am Arbeitsplatz (43,3%), sozialer Isolation (38,3%) sowie Beziehungs- und Partnerschaftsproblemen (24,5%). Eher selten werden z.B. Probleme in der Ausbildung (7,8%) oder körperliche Misshandlung (0,8%) benannt. Je nach Problemlage suchen die Ärztinnen und Ärzte das Gespräch oder warten darauf, dass das Problem angesprochen wird. Zur Unterstützung wünscht sich die Mehrheit in fast allen Fällen institutionalisierte Ansprechpartner.

Geplante Ergebnisverwertung

Die vergleichsweise hohe Beteiligung an der Erhebung zeigt: Soziale Probleme sind ein Thema im hausärztlichen Praxisalltag. Der Wunsch nach Unterstützung, vorrangig durch institutionalisierte Ansprechpartner, ist groß. Interventionen, die an diesem Bedarf ansetzen, könnten die hausärztliche Versorgung ergänzen und damit die Patientenversorgung verbessern.

Weitere Untersuchungen sollen zeigen, welche Art von Interventionen sich Hausärztinnen und Hausärzte wünschen und wie diese bei den Patientinnen und Patienten aufgenommen werden.

Laufzeit ab 2014
Ansprechpartner Thomas Kloppe, t.kloppe@uke.de

Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg

Carolin van der Leeden, Artem Semykras, Martin Scherer, Hanna Kaduszkiewicz*

*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 hat zum Ziel, die medizinische Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu verbessern, die Betroffenen langfristig in die medizinische Regelversorgung zu überführen sowie der Entwicklung von Notfällen vorzubeugen. Die Arbeit von drei Praxen, die im Juni 2013 eingerichtet wurden, wird differenziert nach hausärztlicher und psychiatrischer Versorgung vom Institut für Allgemeinmedizin über zwei Jahre evaluiert.

Ziel der Evaluation(ssstudie) 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 Routinedokumentation der Praxen, die neben den soziodemographischen und medizinischen Rahmendaten Angaben der Patienten zur Nutzung des Regelversorgungssystems in den letzten 6 Monaten erfasst. Ergänzend werden 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 Patienten wurden mittels Fragebogen befragt.



Vorläufige Ergebnisse und weiteres Vorgehen

Im Erhebungszeitraum wurden insgesamt 1310 Patienten behandelt, davon gaben 840 ihre Einverständnis zur Auswertung der Daten. Im ersten Jahr waren 54% der Patienten krankenversichert, im zweiten Jahr waren es nur 27%. Als die wichtigsten Gründe für das „Nicht-Aufsuchen des Regelversorgungssystems“ gaben die Wohnungslosen „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 (Okt. 2015 bis Dez. 2016) wird 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

Jun 2013 bis Oktober 2015; Begleitevaluation bis Dez. 2016

Ansprechpartnerin

Carolin van der Leeden, c.van-der-leeden@uke.de



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

Thomas Zimmermann, Egina Puschmann, Sarah Porzelt, Annette Ernst, Martin Scherer

Hintergrund

Psychisch belastete PatientInnen suchen mit ihren Beschwerden zumeist ihre AllgemeinärztIn auf. Insbesondere Beschwerdebilder aus dem ängstlichen, depressiven und somatoformen Störungskreis sind häufig vertreten. Um die hausärztliche Versorgung zu ergänzen, hat die SMADS-Studie in beteiligten Hausarztpraxen ein Sozial- und Case Management zur Selbstmanagementförderung dieser PatientInnen durch speziell geschulte Pflegekräfte umgesetzt.

Fragestellung

Kann der Einsatz einer Pflegekraft innerhalb eines Untersuchungszeitraum von 12 Monaten sowohl die Selbstwirksamkeit von psychisch belasteten Patient/-innen steigern als auch die psychischen Symptome reduzieren helfen – verglichen mit einer Kontrollgruppe, die in der Standardbehandlung verblieben ist?

Methoden

Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie in 20 Hausarztpraxen (10 Interventionsgruppe – IG; 10 Kontrollgruppe – KG). Analysen basieren auf der Intention-To-Treat-Population. Zur Analyse der Daten kam ein gemischtes, Mehr-Ebenen-Regressionsmodell zum Einsatz, das den Clustereffekt kontrolliert.

Ergebnisse

325 PatientInnen (IG N=134, KG N=191; mittleres Alter in Jahren: IG 39,5±13,2, KG 40,7±13,1; Spannweite 18-65 Jahre; Frauenanteil: IG 66,4%, KG 67,0%) erbrachten ein vollständiges Baseline Assessment. 12 Monate später unterschieden sich die mittleren Differenzen der Selbstwirksamkeit (IG vs. KG) um 1,65 Punkte (95%-KI 0,50 – 2,8) zugunsten von IG (p=0,004). Daraus resultierte eine Effektstärke d von 0,33. Die kombinierte Beschwerdelast aller drei PHQ-Skalen verringerte sich über den gleichen Zeitraum um -2,2 Punkte mehr bei der IG verglichen mit der KG (95%-KI -5,2 – 0,74, p=0,14).

Förderer
Laufzeit
Partner
Ansprechpartner

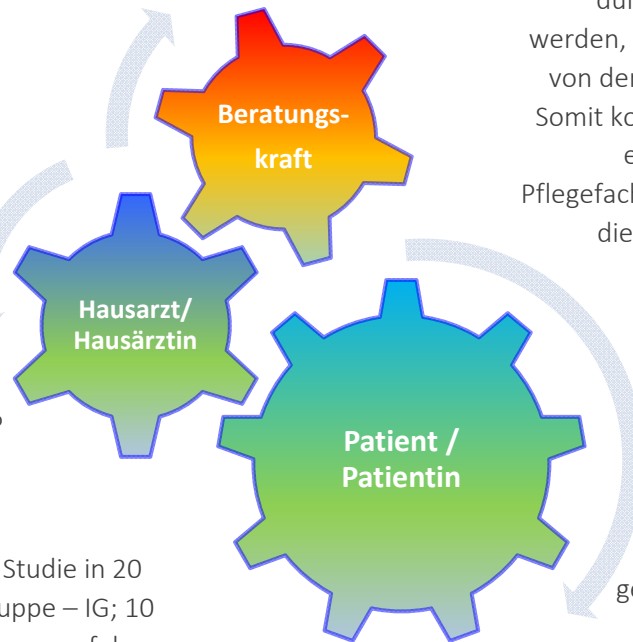
Bundesministerium für Bildung und Forschung
Januar 2011 bis Dezember 2016
HAW Hamburg, Institut für Allgemeinmedizin MH Hannover
Thomas Zimmermann, t.zimmermann@uke.de

Diskussion

Eine niedrigschwellige Intervention durch Pflegekräfte, umgesetzt als Collaborative Care-Modell, erhöhte die Selbstwirksamkeit von psychisch belasteten PatientInnen verglichen mit einer KG. Die Beschwerden konnten durch die Intervention gesenkt werden, ohne dass sich das Ergebnis von der KG deutlich unterscheidet. Somit konnte die SMADS-Studie das erste Mal belegen, dass eine Pflegefachkraft die Versorgung durch die AllgemeinärztIn erfolgreich ergänzen kann.

Nutzen

Durch die in diesem Projekt geplante Intervention wird die Gesundheitsversorgung unmittelbar verbessert. Die Mitarbeit der fortgebildeten Pflegekräfte in der hausärztlichen Praxis führte zu einer besseren Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und einer verbesserten Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie. Darüber hinaus förderten die Pflegekräfte die Selbstmanagementfähigkeiten von PatientInnen und Angehörigen, was deren Prognose verbessern kann.



Förderung der Teilhabe an Alltagsaktivitäten bei Schlaganfallpatienten durch modifizierte Constraint-induced movement therapy (homeCIMT)

Anne Barzel, Britta Tetzlaff, Anne Stark, Hendrik van den Bussche, Gesche Ketels¹, Heike Krüger¹, Kerstin Haevernick¹, Christian Gerloff², Anne Daubmann³, Michael Supplith³, Karl Wegscheider³, Martin Scherer¹
¹ Physiotherapie, ² Neurologie, ³ Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie

Hintergründe und Ziele

Für Schlaganfallpatienten mit Beeinträchtigung der motorischen Funktion der oberen Extremität empfehlen Leitlinien die Constraint-induced movement therapy (CIMT), die u.a. durch Restriktion des „gesunden“ Armes den Mehrgebrauch des betroffenen Armes forciert. Für hochfrequent und intensiv durchgeführte CIMT gibt es Evidenz, dass die Patienten erlernte Fertigkeiten in ihren Alltag übertragen und damit die Voraussetzung für ihre Teilhabe an Alltagsaktivitäten verbessern. Da ein vergleichbares Konzept bislang in der ambulanten Versorgung fehlt, entwickelte die interprofessionelle Forschergruppe am UKE die modifizierte Form home CIMT, die in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten durchgeführt wird.

Design und Methodik

Cluster-randomisierte Studie mit Schlaganfallpatienten, die zum Zeitpunkt der Studie in Therapiepraxen in Behandlung waren. Patienten der Interventionsgruppe erhielten über vier Wochen das neue Therapiekonzept. In home CIMT fortgebildete Ergo- und Physiotherapeuten leiteten die Patienten an und supervidierten das häusliche Übungsprogramm in wöchentlich durchgeführten Hausbesuchen. Die Patienten führten die zuvor festgelegten Übungen täglich für zwei Stunden in Begleitung eines nicht-professionellen Übungsbegleiters (z.B. eines Angehörigen) durch. Patienten der Kontrollgruppe erhielten übliche Physio- oder Ergotherapie.



Ergebnisse

Für 156 Schlaganfallpatienten im chronischen Stadium nach einem Schlaganfall (im Mittel 4 Jahre) konnte die Forschergruppe zeigen, dass home CIMT (n=85) und übliche Physio- und Ergotherapie (n=71) zu einer signifikanten Verbesserung des Gebrauchs des schlaganfallbetroffenen Armes führten. In Bezug auf den Einsatz des Armes bei Alltagstätigkeiten (primärer Endpunkt) war home CIMT den konventionellen in der Ergo- und Physiotherapie angewendeten Verfahren (z.B. Bobath) überlegen, während sich die motorische Funktion der oberen Extremität in beiden Gruppen gleichermaßen verbesserte. * Diese Arbeit wurde ausgezeichnet mit dem David Sackett-Preis 2016 und dem Dr. Lothar-Beyer-Preis 2016.

*Barzel A, Ketels G, Stark A, Tetzlaff B, Daubmann A, Wegscheider K, van den Bussche H, Scherer M. Home-based constraint-induced movement therapy for patients with upper limb dysfunction after stroke (HOMECIMT): a cluster-randomised, controlled trial. *Lancet Neurol* 2015; 14: 893-902.

Geplante Ergebnisverwertung

Neu ist die Ausrichtung von home CIMT speziell auf die Teilhabe an Alltagsaktivitäten und die Berücksichtigung vorhandener Ressourcen, u.a. im Hinblick auf die übliche Verordnungsmenge. Die Forschergruppe strebt die Einführung dieses neuen Therapiekonzepts in die vertragsärztliche Versorgung an. Eine zertifizierte Fortbildung für Therapeuten ist in Vorbereitung, damit home CIMT zukünftig in der ambulanten Therapie angeboten werden kann.

Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit 2011 bis 2016
Ansprechpartnerin Dr. med. Anne Barzel, a.barzel@uke.de



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



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

Thomas Kloppe, Sigrid Boczor, 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

Die Depression ist die zweithäufigste psychische Erkrankungen im Alter. Die Versorgung ist zeitaufwändig und durch Stigmatisierungen sowie Wartezeiten bei psychotherapeutischen Angeboten erschwert, was letztlich zu einer Chronifizierung der Depression führen kann.

GermanIMPACT ist die deutsche Adaption eines in den USA etablierten Collaborative-Care-Modells zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten ab 60 Jahren. Die telefongestützte Intervention beinhaltet v.a. psychoedukative Elemente, die unter psychologischer Supervision von geschulten Therapiebegleiterinnen durchgeführt werden.

Forschungsziel ist die Feststellung, ob die Anpassung und Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland praktikabel und wirksam sind.

Design und Methodik

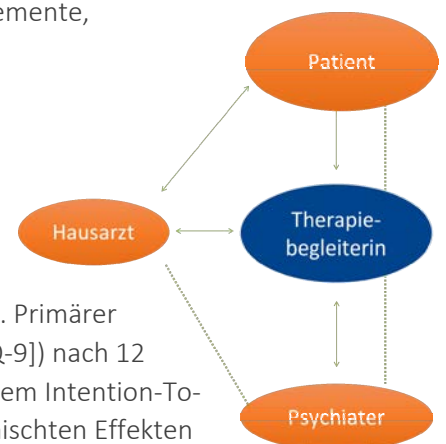
Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie (Hamburg und Freiburg). Primärer Endpunkt: mittlere depressive Symptomatik (Patient Health Questionnaire [PHQ-9]) nach 12 Monaten. Die Statistische Analyse umfasst alle randomisierten Patienten nach dem Intention-To-Treat-Prinzip. Alle Endpunkte wurden durch eine logistische Regression mit gemischten Effekten ausgewertet. Mögliche Standort- oder Clustereffekte wurden durch Adjustierung berücksichtigt.

Ergebnisse

In 71 Praxen wurden 248 Patienten eingeschlossen (Interventionsgruppe (IG) N=139, Kontrollgruppe (KG) N=109). Der mittlere PHQ-9-Score zu T0 lag in der Interventionsgruppe mit 10,7 Punkten signifikant höher als in der Kontrollgruppe (9,7). Nach 12 Monaten zeigten die Patienten der IG im adjustierten Mittel jedoch einen geringeren PHQ-9 score von 8,13 Punkten, während der Score in der KG bei 9,38 Punkten lag. In der IG befanden sich nach 12 Monaten 25,6% der Patienten in Remission und hatten einen Score von unter 5 Punkten. In der KG betrug dieser Anteil nur 10,9% der Patienten.

Geplante Ergebnisverwertung

Die Intervention zeigt eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik. Weitere Analysen überprüfen die Wirtschaftlichkeit sowie weitere sekundäre Endpunkte. Die Einführung des IMPACT-Programms in die Routineversorgung kann für Patienten Vorteile bringen. Größere Studien und Implementierungsstrategien werden erarbeitet, damit sich die Versorgungssituation depressiv erkrankter älterer Menschen qualitativ verbessert.



Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	2012 bis 2016
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. vor dem Hintergrund kulturspezifischer 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 2016
Ansprechpartnerin Claudia Mews (c.mews@uke.de)

Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im Regelstudiengang

Maren Ehrhardt, Kerstin Schrom, Martin Scherer

Überblick

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

Lehrangebote des IfA

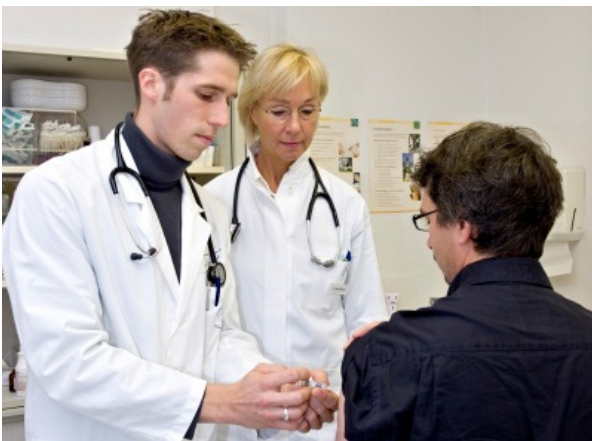
Medizin II:

- Allgemeinmedizin
- Sozialmedizin
- Interdisziplinäre Unterrichtsangebote

- Wahlfach Experimentelle Medizin

Praktisches Jahr:

- Wahlterial Allgemeinmedizin
- Studientag PJ



Medizin II

Allgemeinmedizin

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

Sozialmedizin

- Seminare, Vorlesungen
- Prüfungen: Referate, Klausur

Interdisziplinäre Unterrichtsangebote

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

Lehrprojekte

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

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

Lehrpraxen: Blockpraktikum und PJ

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

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

Im PJ Wahlterial haben seit 2007 über 10 Lehrärztinnen und Lehrärzte rund 60 PJ-Studierende zur beiderseitigen großen Zufriedenheit ausgebildet.

Ansprechpartnerin

Maren Ehrhardt, lehre_ifa@uke.de

Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im iMED Modellstudiengang

Maren Ehrhardt, Kerstin Schrom, Martin Scherer

Überblick

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

Medizin des Erwachsenen und des alternden Menschen (Module G)

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

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

Unterrichtsveranstaltungen in anderen Modulen

Themen:

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



„Second Tracks“/ Wahlfächer

Die Allgemeinmedizin ist an zwei Wahlfächern federführend beteiligt:

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

Modulübergreifende Lehrangebote des IfA

- Berufsfelderkundung*
- Einführung in die klinische Medizin*

Prüfungen

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

Ausbildung in den Lehrpraxen

Zweiwöchiges Blockpraktikum Allgemeinmedizin

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

PJ Wahlfach Allgemeinmedizin

Das Wahlfach Allgemeinmedizin wird in Hamburg seit rund 8 Jahren erfolgreich angeboten. Die praktische Ausbildung erfolgt in den Lehrpraxen, die Begleitung durch die Seminare sowie die Organisation übernimmt das Institut für Allgemeinmedizin.

Ansprechpartnerin

Maren Ehrhardt, lehre_ifa@uke.de

Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung

Ein theoretisch fundierter und praxisorientierter Einblick in mögliche Berufsfelder

Thomas Kloppe, Susan Amirbeigi Arab, Elena Kainz, Maren Ehrhardt

Zusammenfassung

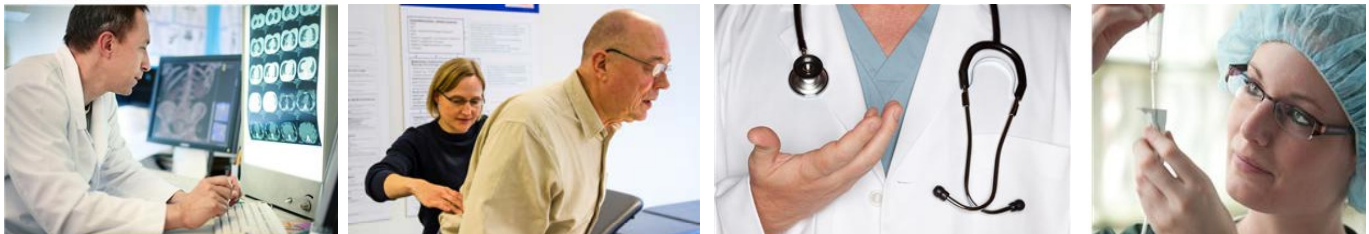
Die Studierenden der Medizin bekommen im ersten Semester durch die Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung (BFE) einen Einblick in das strukturelle Umfeld der ärztlichen Tätigkeit und das Spektrum der Einsatzmöglichkeiten von Medizinerinnen und Medizinern.

Hintergründe und Ziele

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

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

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



Design und Methodik

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

Beteiligt an dieser Lehrveranstaltung sind Dozentinnen und Dozenten des Instituts für Allgemeinmedizin, des Instituts für Medizinische Soziologie und des Instituts für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Die Erkundungen werden durch Arzt/-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,
Hans-Otto Wagner, Carl-Otto Stolzenbach, Sophie Nordmeyer, 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. Ein Dozent unterrichtet eine Gruppe kontinuierlich über das ganze Semester.



Design/ Methodik

In den Modulen B1 bis F1 des Modellstudiengangs am UKE werden jeweils 380 Studierende von Dozenten aus mehr als 12 verschiedenen Kliniken und Instituten des UKE sowie von externen Lehrbeauftragten unterrichtet. Der Unterricht beinhaltet einen theoretischen Seminar- und einen praktischen Untersuchungskursteil (Gruppengröße 8 Studierende). Inhaltlich orientiert sich der Unterricht am KUMplusKOM Schema, die Reihenfolge der Themen wurde mit den anderen Fächern der Module B1 bis F1 abgestimmt um eine Verknüpfung von anatomischen und physiologischen Kenntnissen mit den Inhalten der EKM zu ermöglichen..

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

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

Kursthemen

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

Ergebnisse

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

Lehrkonzept des Fachs Sozialmedizin

Thomas Zimmermann, Dagmar Lühmann, Ingmar Schäfer, Martin Scherer

Zusammenfassung

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

Ziele des Unterrichts

Haben die Studierenden den Unterricht Sozialmedizin absolviert, sind ihnen

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

Unterrichtsaufbau

4 Vorlesungen

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

Seminar „Versorgungsformen“ und Seminar „Qualitätsmanagement“

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

Seminar „Versorgungsformen“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

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

Seminar „Qualitätsmanagement“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

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

Seminar Sucht / Abhängigkeitserkrankungen im Alter (90 min)

Leistungsnachweise: Präsentation (entweder zu Versorgungsformen oder Qualitätsmanagement) und Klausur (Teil der Klausur G3, 5 MC-Fragen von 40 Klausurfragen in G3, basierend auf den Vorlesungsfolien)

Second 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 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, Tropenpädiatrie, internationale Frauengesundheit, „Kinder, Krieg und Verfolgung“, 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 Beispiele: Einsätze in Hospitationspraxen, Anwendung selbstentwickelter kultur- und migrationssensibler Anamnesen, Dolmetsch-Gespräche mit professionell Dolmetschenden</p>
<p>Forschung Beispiel: intensive wissenschaftliche Vorbereitung auf die Studienarbeit (Literaturrecherche, Schreibwerkstatt, Abstract- und Postererarbeitung), migrationssensibles Forschungsdesign</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, UKE (c.mews@uke.de)

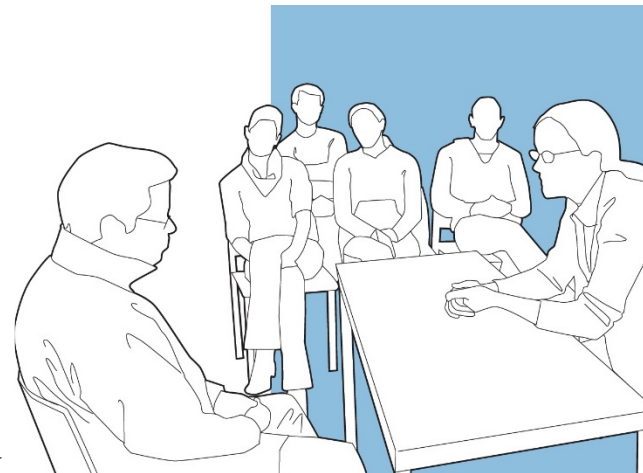
Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung: das SimPat-Programm

Rebecca Keim, Egina Puschmann, Sarah Porzelt, Kerstin Schrom, Katharina Dahl,
Solveig Behr, 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 2016 über knapp 165 SimPats, die derzeit in 129 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

Hinderliche und förderliche Faktoren der Entwicklung und Nutzung empathischer Fähigkeiten bei Hamburger Medizinstudierenden – eine qualitative Interviewstudie

Nadine Janis Pohontsch, Anne Stark, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation hat sowohl auf psychosoziale als auch auf physische Outcomes von Patienten positive Einflüsse. Die Fähigkeit zu empathischem Verhalten nimmt dabei einen hohen Stellenwert ein. In verschiedenen Studien wurden Hinweise auf eine Verringerung der Empathie bei Medizinstudierenden im Laufe des klinischen Abschnitts des Studiums gefunden. Der derzeitige Stand der Forschung kann jedoch die Frage, welche Faktoren den beobachteten Abfall der Empathie bei Medizinstudierenden begünstigen und welche diesen Abfall verhindern, nicht endgültig beantworten. Ohne eine eindeutige Identifikation dieser Faktoren ist es schwierig, Interventionen zu entwickeln, die dieser negativen Entwicklung entgegen wirken und eine positive Entwicklung empathischer Fähigkeiten fördern. Ziele dieser Studie sind 1. die Beschreibung dessen, was Studierende unter Empathie im klinischen Kontext verstehen 2. die Identifikation von förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Steigerung bzw. Verstärkung empathischer Fähigkeiten aus der Sicht der Studierenden in verschiedenen Phasen des Studiums und 3. die Identifikation von potentiellen Unterschieden zwischen Studierenden mit höheren und niedrigeren Empathie-Ausprägungen.

Design und Methodik

24 Medizinstudierende des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurden im Zeitraum von April bis Juli 2016 mittels qualitativer leitfadengestützter Interviews befragt. Zusätzlich füllten die Studierenden zwei Fragebögen zur Einschätzung ihrer empathischen Fähigkeiten aus. Insgesamt wurden jeweils sechs weibliche und männliche Studierende im 6. Semester und während ihres Praktischen Jahrs in die Studie eingeschlossen. Die Interviews wurden digital aufgenommen und vollständig transkribiert. Die Interviews werden basierend auf der Methode der thematischen Analyse nach Braun & Clarke ausgewertet.



Erwartete Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie sollen zeigen, wie Medizinstudierende klinische Empathie definieren, welche Faktoren, als auch Merkmale des Studiums sich aus ihrer Sicht positiv oder negativ auf die Entwicklung empathischer Fähigkeiten auswirken und wie diese verändert werden könnten. Des Weiteren soll dargestellt werden, ob und welche Unterschiede es zwischen Studierenden mit höheren und niedrigeren Ausprägungen der Empathie gibt.

Geplante Ergebnisverwertung

Die Erkenntnisse dieser qualitativen Studie werden in wissenschaftlichen Publikationen veröffentlicht und können zur Modifikation von Inhalten des Medizinstudiums genutzt werden.

Förderer

Forschungsförderungsfonds der Medizinischen Fakultät der
Universität Hamburg

Laufzeit

Januar 2016 bis Dezember 2016

Ansprechpartner

Nadine Pohontsch, n.pohontsch@uke.de



Entwicklung des Wahlfachs „Allgemeinmedizin“ für das Hamburger Reformcurriculum iMED

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

Hintergründe und Ziele

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

Das Hamburger Reformcurriculum läuft seit Oktober 2012. Vom ersten bis zum zehnten Semester werden verschiedene Wahlfach-Stränge als sogenannte Second Tracks parallel zum Kerncurriculum als Wahlpflichtfächer angeboten. Diese Tracks sind modular aufgebaut und schließen mit einer Masterarbeit ab. Sie bieten den Studierenden die Möglichkeit, ihren Interessen entsprechend spezielle Kompetenzen und Kenntnisse zu erwerben sowie Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens zu erlernen. Im Rahmen des geförderten Projektes werden zwei Ziele verfolgt:

1. Die 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 Medizinstudierende mit besonderer Eignung für den hausärztlichen Beruf.

Design und Methodik

Für die Festlegung von Lernzielen wurden zunächst die Lerninhalte des imed-Curriculum als Grundlage genommen. Zur Ergänzung um Inhalte, die das Kompetenzlevel des Wahlfachs zwischen die allgemeine Arztreihe und die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin anheben sollen, wurden vorhandene und zugängliche Materialien (Weiterbildungscurricula, Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin, Musterlogbuch Allgemeinmedizin, etc.) strukturiert untersucht.

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.

Sowohl die Lernziele als auch die Auswahlkriterien werden mit Vertretern aller norddeutschen medizinischen Fakultäten in einem modifizierten Delphi-Prozess konsentiert.

Erwartete Ergebnisse

Die Auswertung der Ergebnisse in beiden Teilprojekten läuft.

Förderer

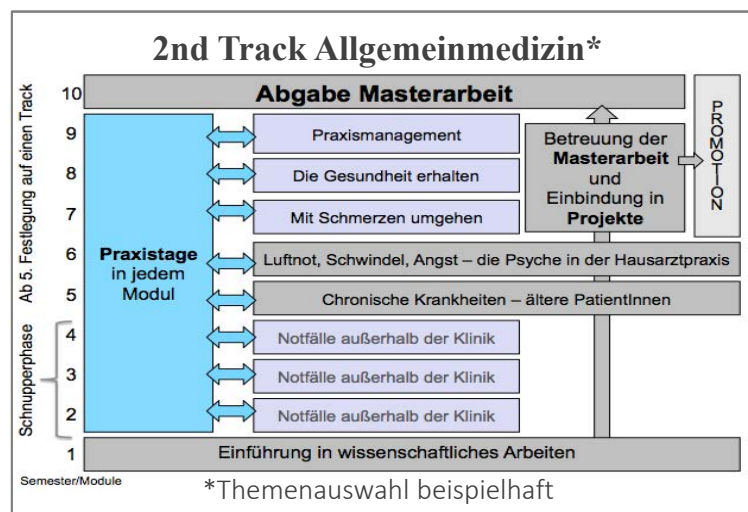
Damp-Stiftung, Kiel

Laufzeit

Januar 2015 bis Juni 2017

Ansprechpartner

Katharina Dahl, k.dahl@uke.de



Damp Stiftung

KUMplusKOM – Outcome Evaluation

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

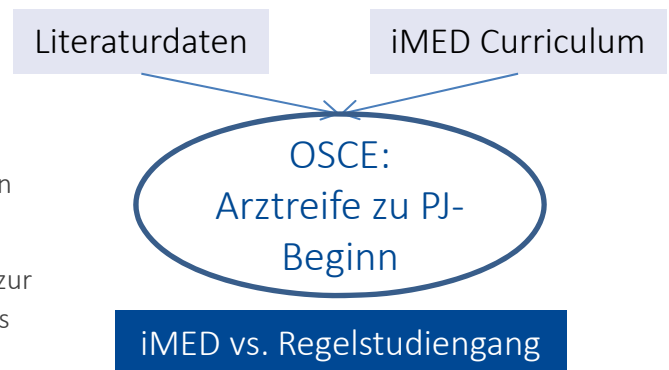
Hintergründe und Ziele

Klinisch praktische Fertigkeiten sind essentielle Teile der allgemeinen Arztreihe. Für den iMED Modellstudien-gang wurden fakultätsweit im Rahmen eines Konsensusverfahrens einheitliche Lehr- und Lernziele für die 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. Arztreihe
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

Basierende auf der Literaturrecherche und der Analyse des iMED Curriculums werden derzeit 8 OSCE-Stationen zu unterschiedlichen Teilaspekten der KUMplusKOM-Kompetenzen ausgearbeitet. Die OSCEs werden ab Herbst 2016 vier Mal konsekutiv mit freiwilligen Studierenden jeweils zu Beginn ihres PJs durchgeführt.

Geplante Ergebnisverwertung

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) Transfermaßnahmen zur gendergerechten Karriereförderung von Frauen in der Medizin (TransferGenderMed) - Folgeprojekt

Hendrik van den Bussche, Stine Ziegler, Heike Hansen, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

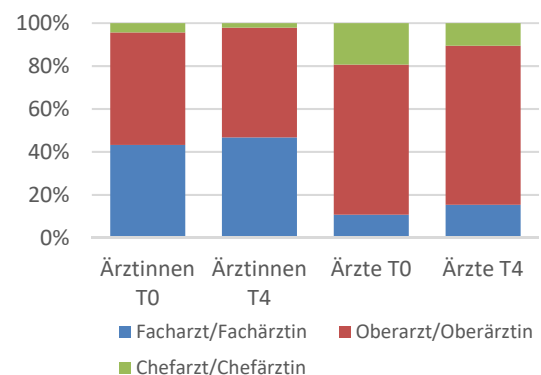
In den vergangenen Jahren hat die Zahl der Frauen im Medizinstudium kontinuierlich zugenommen; der Anteil der Absolventinnen liegt mittlerweile bei über 60%. Allerdings sind Frauen in den Spitzenpositionen der Krankenversorgung noch immer deutlich unterrepräsentiert. Entscheidende Weichen für den Karriereverlauf werden in der fachärztlichen Weiterbildung gestellt. 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. Das Projekt TransferGenderMed entwickelt aus diesen empirischen Ergebnissen Interventionsmaßnahmen für die berufliche Praxis.

Design und Methodik

KarMed ist eine multizentrische prospektive längsschnittliche Beobachtungsstudie. Von 2008 bis 2015 wurden Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums von sieben Standorten (Leipzig, Erlangen, Gießen, Heidelberg, Köln, Magdeburg und Hamburg) während ihrer fachärztlichen Weiterbildung begleitet. Die Befragten füllten in jährlichen Intervallen einen standardisierten Fragebogen aus. Dieser enthielt Fragen zu folgenden Bereichen: Rahmenbedingungen der fachärztlichen Weiterbildung, Karrierewünsche, berufliche Selbstwirksamkeitserwartungen, Arbeitsmotivation und Verhältnis von Beruf und Privatleben.

Erste 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 Vollzeitstätigkeit ein auslaufendes Modell zu sein. Dies ist insbesondere bei Ärztinnen, aber auch bei Ärzten der Fall.



Ergebnisverwertung: Das Folgeprojekt „TransferGenderMed“

Das Hamburger Teilprojekt hat basierend auf den Erkenntnissen aus der KarMed-Studie Handlungsempfehlungen für die fachärztliche Weiterbildung und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen in der Weiterbildungsphase entwickelt. Diese wurden bereits auf einer Tagung bereits vorgestellt und diskutiert und sollen veröffentlicht werden. Die Ergebnisse sollen so noch stärker in die Öffentlichkeit getragen werden.

Veröffentlichungen (Auswahl)

- Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J, Robra B, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Scherer M, Pöge K, Rothe K, van den Bussche H. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Deutsche Medizinische Wochenschrift 2012; 137; 1242
- van den Bussche H, Ziegler S, Rakebrandt A et al. Ändert sich die Einstellung zur hausärztlichen Tätigkeit im Laufe der Weiterbildung im Krankenhaus? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2016; 92(7/8): 314-319

Förderer Kassenärztliche Bundesvereinigung (KarMed), Bundesministerium für Bildung und Forschung (TransferGenderMed)

Partner Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Leipzig, Klinik für Chirurgie Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Ansprechpartner Hendrik van den Bussche, bussche@uke.de, Stine Ziegler, s.ziegler@uke.de

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

Hans-Otto Wagner, Claudia Mews, Martin Scherer

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Methodik des Projekts

Mit der HFH wurde auf der Basis der Ergebnisse hausärztlicher Gruppendiskussionen ein Fortbildungsformat entwickelt, dessen Inhalte das spezielle Arbeitsfeld, die Arbeitsweise sowie die praktischen Bedürfnisse und Fragestellungen der Hausärzte berücksichtigen. Die Veranstaltungen werden fortlaufend evaluiert und die Teilnehmer 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 2015 die acht Veranstaltungen von über 800 Kolleginnen und Kollegen besucht.

Aktuelles Programm

- Heiter und gelassen bleiben... Arzt und Patient im Sprechzimmer (HzV, DMP KHK)
- Fremd ist der Fremde nur in der Fremde - Medizin vor verschiedenen kulturellen Hintergründen (HzV, DMP Dm2)

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

Webseite

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

Ansprechpartner

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

Allgemeinmedizin in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des UKE

Martin Scherer, Gerrit von Deyen, Lan Göttinger, Katarina Schulz,
Hans-Otto Wagner

Zusammenfassung

Das Institut 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 Zentralen Erstaufnahme für Flüchtlinge (ZEA Rugenbarg), den Bethanienhöfen und als Konsiliardienst in der Facharztklinik.



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

Die Arbeit in der Zentralen Notaufnahme (ZNA)

Nach erfolgreichem Abschluss einer Pilotphase ist Institut 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.

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

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

Veröffentlichung

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

Ansprechpartner

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

Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum des UKE

Martin Scherer, Lan Göttinger, Sören Holste, Katrin Kauschke, Claudia Mews,
Katarina Schulz, Kathrin Vermehren, Hans-Otto Wagner

Zusammenfassung

Das Institut 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 Zentralen Erstaufnahme für Flüchtlinge (ZEA Rugenbarg), den Bethanienhöfen und als Konsiliardienst in der Facharztklinik.



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

Die Arbeit im Ambulanzzentrum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Allgemeinmedizin in der Flüchtlingsversorgung, in den Bethanienhöfen und der Facharztklinik

Martin Scherer, Maren Ehrhardt, Claudia Mews,
Katarina Schulz, Kathrin Vermehren, Hans-Otto Wagner

Zusammenfassung

Das Institut 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 Zentralen Erstaufnahme für Flüchtlinge (ZEA Rugenborg), den Bethanienhöfen und als Konsiliardienst in der Facharztklinik.

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

Die Arbeit in der ZEA - Zentrale Erstaufnahme am Rugenborg

Von November 2015 bis August 2016 hat das Institut für Allgemeinmedizin die Krankenversorgung für die ZEA in Hamburgs Westen mit rund 1.100 Flüchtlingen übernommen.

Montags bis freitags zwischen 9 und 17 Uhr sorgen ein Arzt/eine Ärztin aus dem Team des Instituts und ein medizinischer Fachangestellter für die vor Ort primärärztliche Versorgung. Dabei konnten rund 80% der Erkrankungen unmittelbar und abschließend behandelt werden, ggf. erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachärzten/Fachärztinnen.

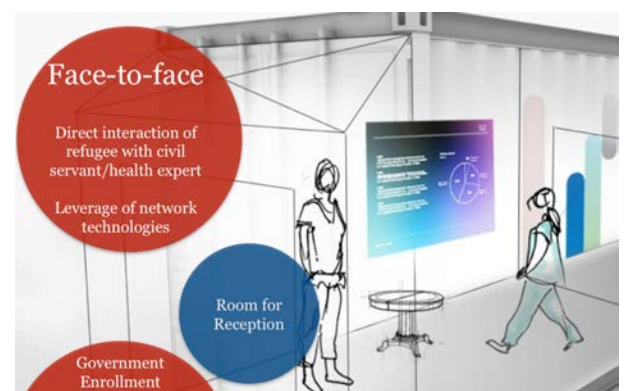
Unterstützt wurde die Arbeit durch ein Live-Video-Dolmetscher-System, welches im Medizincontainer installiert war. Die Versorgung wurde in Kooperation mit weiteren Disziplinen und Sprechstunden mit Pädiatern, Gynäkologen, Zahnärzten, Hebammen sowie eine spezielle Sprechstunde für traumatisierte Kinder und Jugendliche durchgeführt.

Versorgung älterer und pflegebedürftiger Patienten in den Bethanienhöfen

Die bis zu 130 Bewohnerinnen und Bewohner von Senioren-Wohnheim und -Residenz der Bethanienhöfe 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 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.



Webseite des Instituts für Allgemeinmedizin: www.uke.de/ifa

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

UKE
HAMBURG

Startseite > ...
> Allgemeinmedizin

Institut für
Allgemeinmedizin

Aktuelles
Team
Behandlungsangebot
Forschung
Publikationen
Lehrangebote & Fortbildungen
Geschichte

Kontakt Aufgabenbereiche **Aktuelles und Termine**

TdA 2016 | ANMELDEFRIST bis 15. Oktober verlängert
Wir freuen uns wieder, Sie im Namen des gesamten Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zum bereits **6. Hamburger Tag der Allgemeinmedizin am Samstag, den 5. November 2016 von 9:00 - 16:30 Uhr** einladen zu dürfen.
→ [zur Veranstaltungsseite](#)

Neues Video veröffentlicht
Die Firma Cisco hat eine Dokumentation der Entwicklung und Implementierung des Video-Dolmetscher Systems veröffentlicht, das in der Zentralen Erstaufnahme Rugenbarg eingesetzt wurde.
→ [zur Seite Behandlungsangebote, auf der das Video verlinkt ist.](#)

Nächster Termin Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH)
15. November 2016
Thema: Heiter und gelassen bleiben ... Arzt und Patient im Sprechzimmer
→ [aktuelle Termine und Themen der HFH](#)

David-Sackett-Preis 2016
Herzlichen Glückwunsch an Dr. Anne Barzel, Anne Stark und Britta Tetzlaff, Institut für Allgemeinmedizin, und Gesche Ketels, Physiotherapie. Sie sind von dem Deutschen Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) mit dem David-Sackett-Preis 2016 ausgezeichnet worden. Damit werden ihre „herausragenden Leistungen auf dem Gebiet der Evidenzbasierten Medizin und Gesundheitsversorgung (EbM, EbHC) in Forschung“ zu dem Thema „Von CIMT zu home CIMT - Schlaganfallpatienten trainieren den Armeinsatz in ihrem Alltag“ gewürdigt.

