



H A M B U R G

Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin

Projekte des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin

in Forschung, Lehre und klinischer Versorgung

2018 | 2019

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/ipa

Stand: 1.11.2017
Aktualisiert: 1.11.2018



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

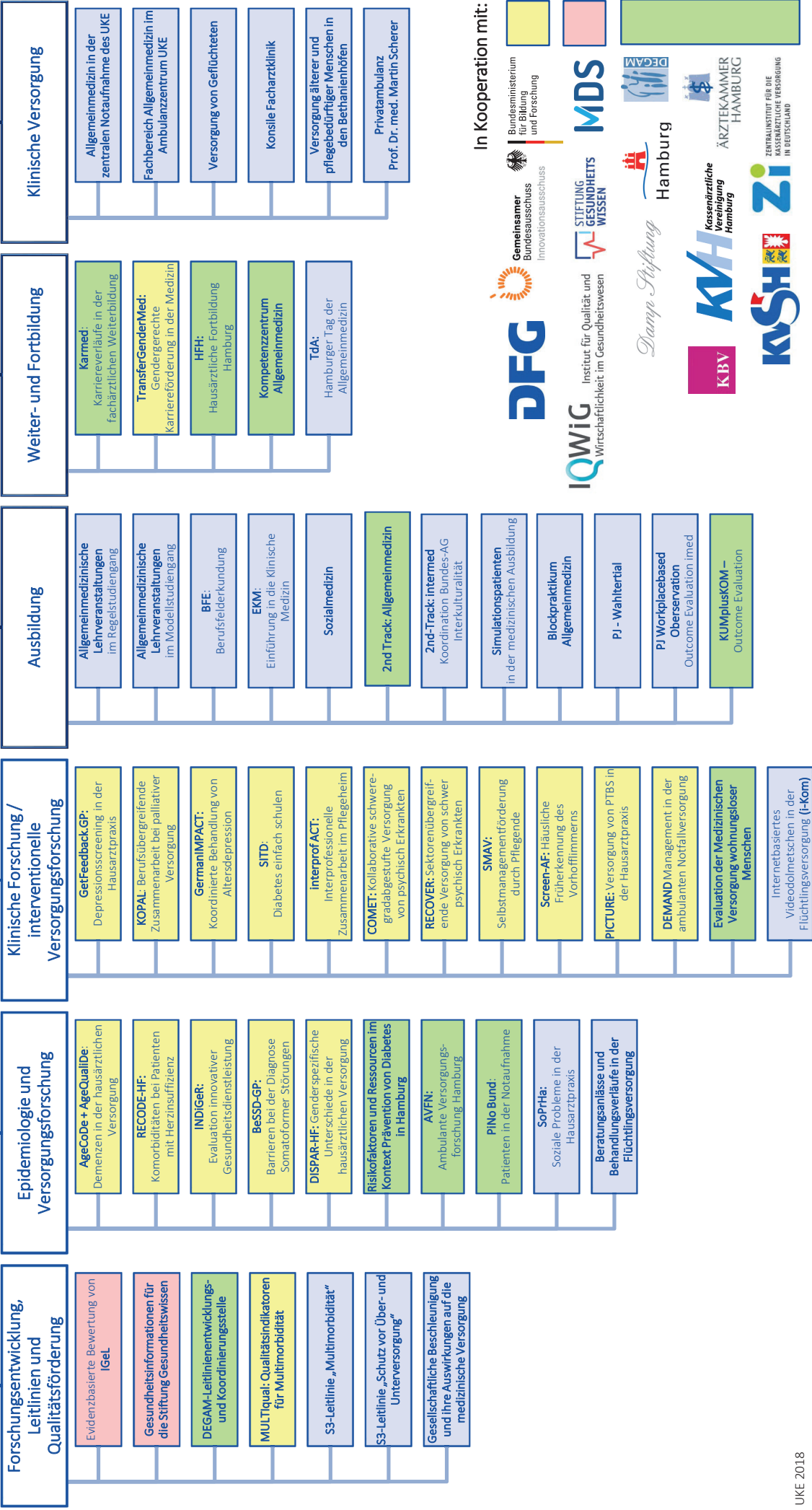
Koordination Forschung
Dr. Dagmar Lühmann

Koordination Lehre
Dr. Maren Ehrhardt

Koordination Klinische Versorgung
Dr. Bettina Brandt

Koordination Adminteam
Dr. Thomas Kloppe

Direktionsassistent: Mareike Borsum, Daria Peil
Studierendensekretariat: Kerstin Schrom, Christine Kolasius



In Kooperation mit:

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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



Forschung

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

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

Aus-, Weiter- und Fortbildung

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

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

Klinische Versorgung

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

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

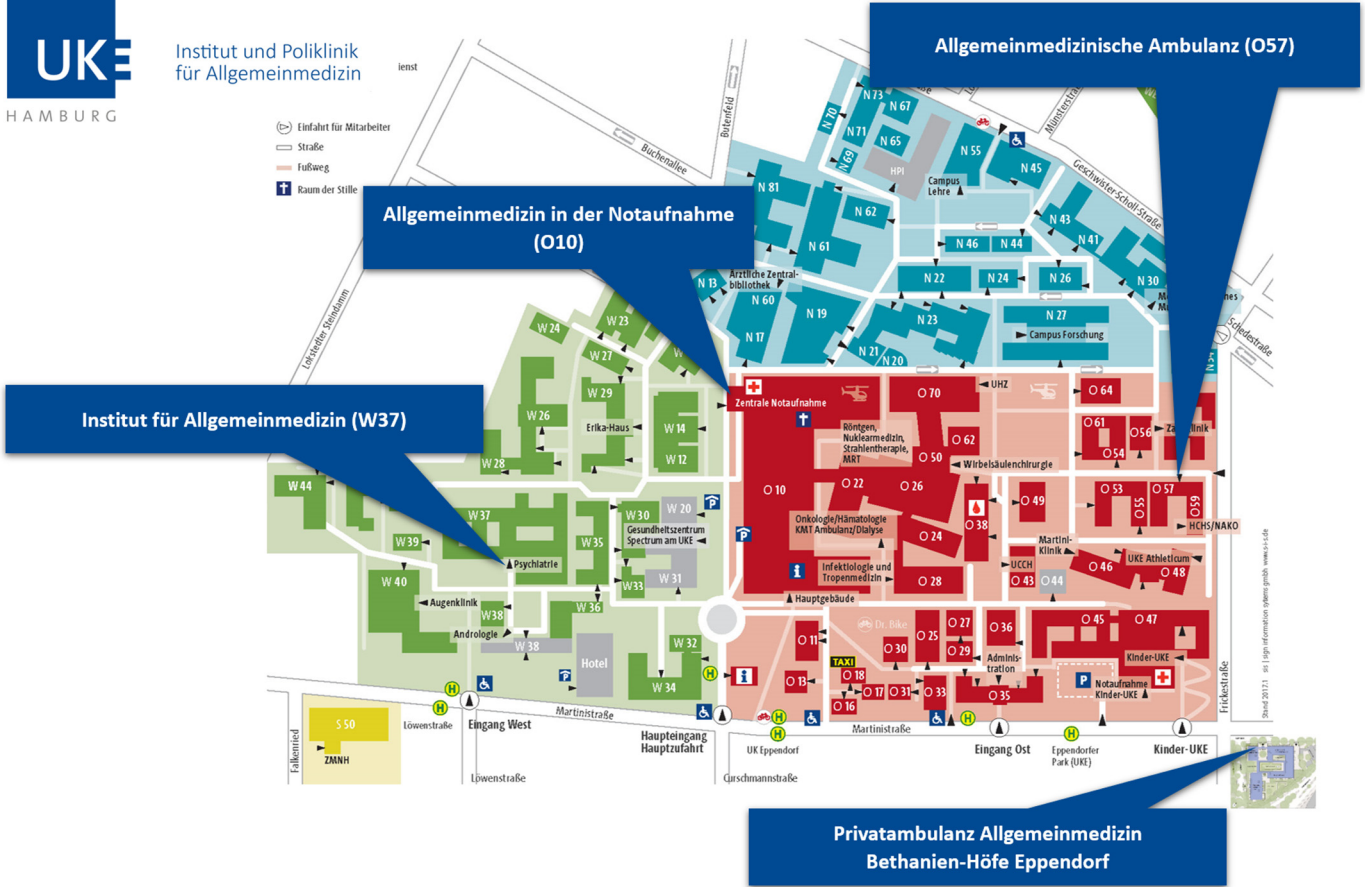
Ihr

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

Allgemeinmedizin am UKE



Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin



Team des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin



Forschungsentwicklung, Leitlinien und Qualitätsförderung

IGeL-Monitor - Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand	1
Erarbeitung von Gesundheitsinformationen für die Stiftung Gesundheitswissen	2
DEGAM-Leitlinienentwicklungs- und Koordinierungsstelle	3
Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität (MULTIqual)	4
Multimorbidität und Leitlinien	5
S3-Leitlinien „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ – gemeinsam entscheiden	6
Gesellschaftliche Beschleunigung und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung	7

Epidemiologie und Versorgungsforschung

Gedächtnis im Alter: Früherkennung, natürlicher Verlauf und Versorgungsaufwand von Demenz in der hausärztlichen Versorgung (AgeCoDe)	8
Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)	9
Innovative Netzwerke für Dienstleistung und Gesundheit in den Regionen von morgen (INDiGeR)	10
Identifikation von Barrieren und Schwierigkeiten bei der Diagnose somatoformer Störungen in der Hausarztpraxis (BeSSD-GP)	11
Gesundheitskompetenz, Risikofaktoren und Ressourcen im Kontext Prävention von Diabetes in Hamburg	12
Land- vs. Großstadtarzt: Regionale Variation in der hausärztlichen Versorgung (Ambulante Versorgungsforschung Nord)	13
Patienten in der Notaufnahme von norddeutschen Kliniken (PiNo Nord): Klientel, Behandlungspfade und Gründe für die Inanspruchnahme	14
Soziale Probleme in der Hausarztpraxis (SoPrHa)	15
Auswertung der primärärztlichen Versorgung der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung „Am Rugenbarg“ in Hamburg mittels „Episodes of care“	16

Klinische Forschung / interventionelle Versorgungsforschung

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

Ausbildung

Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im iMED Modellstudiengang	29
Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung (BFE): Ein theoretisch fundierter und praxisorientierter Einblick in mögliche Berufsfelder	30
Einführung in die klinische Medizin (EKM) – ein interdisziplinärer Untersuchungskurs	31
Lehrkonzept des Fachs Sozialmedizin	32
2nd Track „Allgemeinmedizin“	33

2nd Track „Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin“ - intermed	34
Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung: das SimPat-Programm	35
Outcome Evaluation iMED - PJ Workplacebased Observation	36
KUMplusKOM – Outcome Evaluation	37

Weiter- und Fortbildung

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

Klinische Versorgung

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

IGeL-Monitor - Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand

Dagmar Lühmann, Stefanie Butz, 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 z. B. Untersuchungen und Atteste zur Sporttauglichkeit oder Tattoo-Entfernungen) und (B) Früherkennungs- und Behandlungsmethoden, die z.B. auf Grund zweifelhafter oder (noch) nicht nachgewiesener Wirksamkeit (noch) nicht in den Leistungskatalog aufgenommen wurden. Zur Anzahl an existierenden IGeL-Leistungen gibt es keine exakten Zahlen; Schätzungen liegen bei mehreren hundert.

Laut aktuellen Erhebungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aus 2015 werden gut einem Drittel aller Versicherten eine IGeL angeboten. Der „IGeL-Markt“ hat laut Hochrechnungen ein Finanzvolumen von ca. 1,03 Milliarden Euro. Ein nicht nur für Patienten bisweilen undurchschaubares Angebot, das durch die Arbeit des IGeL-Monitors ein Stück weit transparenter werden soll.

Wer oder was ist der IGeL-Monitor?

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



Seit dem Frühjahr 2016 ist eine Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE als externe Experten in die Bewertung des Nutzen-/Schadenspotentials von IGeL eingebunden. Derzeit werden die Themen „Laserablation bei Varizen“, „OCT als Früherkennungsuntersuchung bei Glaukom“ und „Bestimmung der Protein-C-Aktivität zur Einschätzung des Thrombose-Risikos“ für den IGeL-Monitor bearbeitet.

Finalisiert wurden bisher die Themen „Spirometrie zur Überprüfung der Lungenfunktion“, „TSH-Bestimmung zum Schilddrüsen-Check“ und „Ultraschall der Halsschlagadern zur Schlaganfallvorsorge“.

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

Erarbeitung von Gesundheitsinformationen für die Stiftung Gesundheitswissen

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

Hintergründe und Ziele

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

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



Arbeitsschritte zur Erstellung einer Gesundheitsinformation

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

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

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

Bisherige Ergebnisse

Die Kooperation des IPA mit der Stiftung Gesundheitswissen besteht seit Anfang 2015. Zunächst wurde unter gemeinsamer Federführung von Prof. Gerlach (Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt/Main) und Prof. Scherer ein Methodenpapier für die Stiftung Gesundheitswissen erstellt. Es folgte die Erarbeitung von zwei prototypischen Gesundheitsinformationen zu den Themen Vorhofflimmern und Arthrose. Seit 2018 wird das erste Thema dementielle Erkrankungen aufgearbeitet.

Referenz:

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

Förderer:

Ansprechpartnerin:

Stiftung Gesundheitswissen, Berlin

Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

DEGAM-Leitlinienentwicklungs- und Koordinierungsstelle

Cathleen Muche-Borowski, Anne Barzel, Martin Scherer

Zusammenfassung

Die DEGAM-Leitlinienentwicklungs- und Koordinierungsstelle gehört neben der DEGAM-Geschäftsstelle und der DEGAM-Bundesgeschäftsstelle (Berlin) zu den Organen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Sie ist die Anlaufstelle 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 Ständigen 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- Gefäßschir 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

Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität (MULTIqual)

Tabea Eißing¹, Josefine Schulze¹, Dagmar Lühmann¹, Ingmar Schäfer¹, Hendrik van den Bussche¹, Joachim Szecsenyi², Gunter Laux², Tobias Freund², Eva Blozik³, Martin Scherer¹

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

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

³ Helsana-Gruppe, 8081 Zürich, Schweiz

Hintergründe und Ziele

Multimorbidität bezeichnet das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen und betrifft etwa 2/3 der über 65-jährigen Bevölkerung. Sie ist mit funktionellen Einschränkungen, niedriger Lebensqualität, höherer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosten sowie einem höheren Mortalitätsrisiko assoziiert. Derzeit sind in Deutschland noch keine Behandlungsstandards für Multimorbidität etabliert, so dass auch Beurteilungskriterien für die Qualität der Versorgung von multimorbiden Patienten im hiesigen Kontext fehlen. Im Projekt MULTIqual soll ein Qualitätsindikatorensatz zur Abbildung der Versorgungsqualität von Patienten mit Multimorbidität im deutschen Gesundheitswesen entwickelt werden.

Design und Methodik

Die Entwicklung des Qualitätsindikatorensatzes greift auf etablierte Methoden zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren zurück und gliedert sich in drei Arbeitsphasen:

- 1. Entwicklung der Qualitätsindikatoren:** umfasst eine Leitlinien- und Literaturanalyse sowie semiquantitative Befragungen von betroffenen Patienten. Auf dieser Grundlage wird eine vorläufige Liste von potenziellen Qualitätsindikatoren erstellt.
- 2. Delphi-Verfahren:** Abstimmung eines vorläufigen Indikatorensatzes aus der Liste. In das 2-stufige Delphi-Verfahren werden 50 Experten für Multimorbidität aus Versorgung und Wissenschaft einbezogen.
- 3. Validierungsstudie:** Für die Validierungsstudie werden Zusatzerhebungen von patientenrelevanten Versorgungsaspekten und Outcomes in zwei bereits bestehenden Kohorten von multimorbiden Patienten in Hamburg und Heidelberg durchgeführt.
 - Univariate Analysen in unterschiedlichen Patientensubgruppen prüfen Machbarkeit, Prävalenz, Konsistenz und Plausibilität der vorläufigen Indikatoren.
 - In Korrelations- bzw. multivariaten Regressionen werden die Zusammenhänge zwischen hoher bzw. niedriger Versorgungsqualität (gemäß neu entwickelter QI) mit Konstrukten, die mit hoher bzw. niedriger Qualität assoziiert sind (z.B. Polypharmazie, PIM, HRQoL) geprüft (Konstruktvalidität).



Geplante Ergebnisverwertung

Der Qualitätsindikatorensatz für Patienten mit Multimorbidität soll als Rahmen für die Identifikation von Qualitätsproblemen und als Implementationshilfe von Behandlungsstandards verwendet werden. Perspektivisch soll er dazu beitragen, die Varianz im Umgang mit Multimorbidität zu verringern und gegebenenfalls bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung in der multimorbiden Bevölkerung zu reduzieren.

Förderer	Innovationsfond des G-BA 01VSF16058 MULTIqual
Laufzeit	Juli 2017 bis Juni 2020
Partner	Universitätsklinikum Heidelberg
Ansprechpartnerin	Dagmar Lühmann (d.luehmann@uke.de)

Multimorbidität und Leitlinien

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

Hintergrund und Ziele

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

In der S3-Leitlinie „Multimorbidität“ wird ausgehend von Einzelfallvignetten, in einem „bottom-up“ Ansatz und unter Einbezug von externer Evidenz sowie klinischer Expertise ein übergreifendes Versorgungskonzept erarbeitet. Ziel ist, einer leitliniengerechten Versorgung multimorbider 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 nationaler, evidenzbasierter Leitlinien auf Basis der berichteten Hauptdiagnosen
3. Erfassung der hausärztlichen klinischen Einschätzung zu den Aspekten: Abwenden gefährlicher Verläufe, Festlegung von Versorgungszielen, notwendige Diagnostik/ Therapie, Lebensstil- und psychosozialen Faktoren
4. Zusammenfassung der externen Evidenz und der Experteneinschätzung zu einem fallspezifischen Versorgungsalgorithmus (N-of-one-guidelines)
5. Ableitung eines Meta-Algorithmus aus diesen N-of-one-guidelines
6. Identifikation von Patientenwünschen und -werthaltungen durch eine systematische Literaturlaufbereitung und qualitative Interviews mit multimorbiden Personen

Ergebnisse

Der „Meta-Algorithmus“, erstreckt sich ausgehend vom aktuellen Behandlungsanlass bis zur Langzeitversorgung von multimorbiden 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 u.a. 2013, 2014 und 2017 auf den Jahrestagungen des Guideline International Network (G-I-N) in San Francisco, Melbourne und Cape Town vorgestellt und diskutiert. Die Leitlinie selbst wurde 2017 publiziert.

Veröffentlichung

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

Laufzeit

2013-2018

Ansprechpartnerin

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



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

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

Hintergrund und Ziele

International werden von Initiativen wie Choosing Wisely (USA) oder Smarter Medicine (Schweiz) Negativempfehlungen von Fachgesellschaften, sog. „Top-Listen“ zur Vermeidung von Überversorgung herausgegeben. Im Rahmen der Entwicklung einer DEGAM 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 963 Empfehlungen extrahiert (328 aus den DEGAM-LL und 635 aus den NVLs). Von einer 12-köpfigen interdisziplinären Expertengruppe wurden 11 Priorisierungskriterien, zu bewerten mit einer 9-stufigen Skala („sehr niedrig“ bis „sehr hoch“) konsentiert. Von 749 postalisch angefragten Hausärzten wurden 70 per Zufall ausgewählt und von denen haben 54 vollständig die Abstimmungsbögen der DEGAM-S3-Leitlinien und 41 die der NVLs bearbeitet. Mit Hilfe mehrerer Priorisierungsschritte wurde eine überschaubare Anzahl von 44 Kernempfehlungen für die in diesen Leitlinien thematisierten Krankheitsbilder und Beratungsanlässe entwickelt, mit dem Ziel, Empfehlungen hervorzuheben, worüber Ärzte und Patienten, andere Leistungserbringer und Kostenträger sowie Entscheidungsträger im Gesundheitssystem intensiver sprechen sollten.

Es zeigte sich, dass Leitlinienautoren und Nicht-Leitlinienautoren unterschiedliche Sichtweisen haben, z.B. keine Labor-, Sputum-, Röntgen-Diagnostik bei der klinischen Diagnose einer unkomplizierten akuten Bronchitis, aber auch z.T. unterschiedliche Empfehlungen priorisieren, z.B. bezüglich technischen Untersuchungen bei unkompliziertem akutem Husten (S3-LL Husten).

Veröffentlichung

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

Laufzeit

seit 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 zeitnotsensibler 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 10.2015

Ansprechpartner

Josef Berghold, j.berghold@uke.de;

Hans-Hermann Dubben, dubben@uke.de

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

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

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

Hintergründe und Ziele

Degenerative Demenzen beginnen schleichend. Daher ist es schwer, eine frühe Diagnose sowie eine Prognose für den Verlauf der Erkrankung zu stellen. Im Rahmen dieses Projektes wurde untersucht, welche Faktoren die Entstehung und den Verlauf einer demenziellen Erkrankung beeinflussen. Dazu wurden im Jahr 2003 in sechs deutschen Großstädten 3.327 nicht-demente hausärztliche 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 wurde das Projekt unter dem offiziellen Acronym „AgeQualiDe“ mit einer erweiterten Fragestellung weitergeführt (siehe Projektbeschreibung „AgeQualiDe“). Im Jahr 2016 wurden die Untersuchungen der bis dahin noch ca. 600 in der Studie verbliebenen hochaltrigen Patienten der AgeCoDe-Studie abgeschlossen.

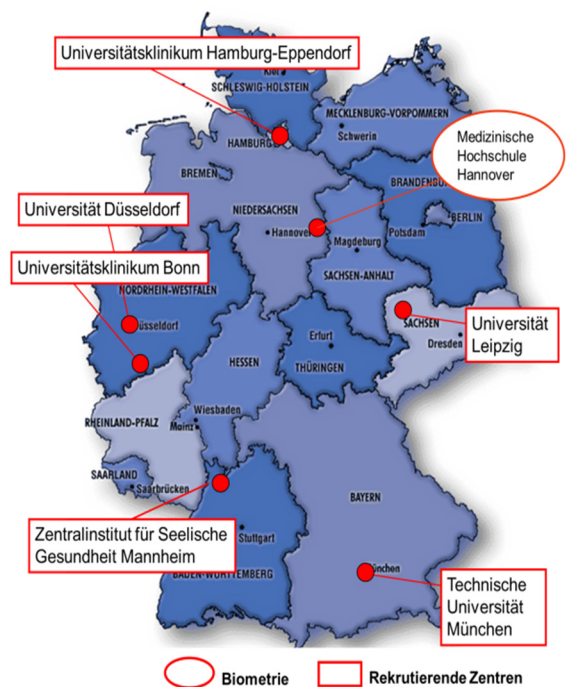
Ergebnisse

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

Ergebnisverwertung

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

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



Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	2013 bis 2019
Partner	AgeCoDe-Study Group (siehe Grafik)
Ansprechpartnerinnen	Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de; Marion Eisele, m.eisele@uke.de



Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)

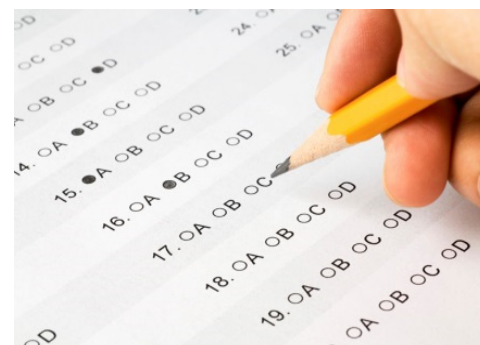
Marion Eisele, Anja Rakebrandt, Agata Kazek, Sigrid Boczor,
Eva Blozik, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

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

Design und Methodik

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



Ergebnisse

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

Veröffentlichung

Eisele M, Adam W, Rakebrandt A, Boczor S, Blozik E, Träder J, Störk S, Herrmann-Lingen C, Scherer M Importance of comorbidities in the treatment of primary care patients with heart failure-Baseline results of the observational RECODE-HF Study FAM PRACT. 2018 [Epub ahead of print].

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

2012 bis 2019

Partner

Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz des Universitätsklinikums
Würzburg, Universitätsmedizin Göttingen

Ansprechpartnerinnen

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

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

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

Hintergründe und Ziele

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

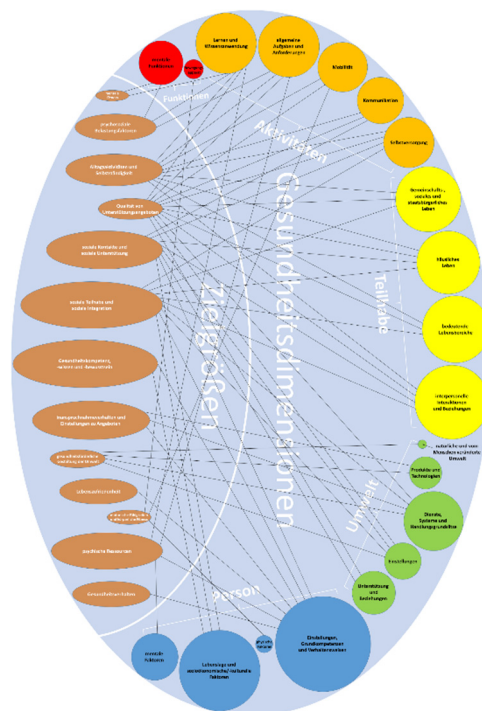
Ein Ziel vom AP5 „summative Evaluation“ des Begleitforschungsvorhabens INDiGeR bestand darin, eine Hilfestellung für die Planung und Evaluation von konkreten Gesundheitszielen der einzelnen Maßnahmen anzubieten. Außerdem sollte ein Konzept zur strukturierten Messung der Akzeptanz der Bevölkerung entwickelt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

Design und Methodik

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

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

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



Ergebnisse

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

Veröffentlichungen

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

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

August 2014 bis Dezember 2018

Ansprechpartner

Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

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

Martin Scherer¹, Nadine Pohontsch¹, Thomas Zimmermann¹, Astrid Althaus, Marco Lehmann², Christina Jonas², Lisa Rustige², Katinka Kurz², Bernd Löwe²

¹ Institut für Allgemeinmedizin, UKE; ² 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 wurden bisher 14 PatientInnen-BehandlerInnen-Dyaden interviewt. Die Durchführung des deutschlandweiten Surveys ist zurzeit in Vorbereitung.



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 und Kongressbeiträge.

Veröffentlichung

Heinbokel C, Lehmann M, Pohontsch N, Zimmermann T, Althaus A, Scherer M, Löwe B. Diagnostic barriers for somatic symptom disorders in primary care: Study protocol for a mixed methods study in Germany BMJ OPEN. 2017;7(8):e014157.

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

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

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

Hintergründe und Ziele

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

Fragestellungen

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



Quelle: Antonia Schanze

Methoden

Querschnittliche Beobachtungsstudie, basierend auf einer telefonischen Befragung von Erwachsenen in jüngerem und im mittleren Lebensalter (18-60 Jahre). Dabei wird einerseits eine repräsentative Stichprobe von 1.000 Hamburgerinnen und Hamburgern gezogen und andererseits findet zusätzlich ein Oversampling von Personen mit niedrigem Bildungsstand statt (zusätzlich 300 Personen). Telefoninterviews von max. 20 Min. Dauer werden von dem Umfrageinstitut USUMA durchgeführt. Als Befragungsinstrumente dienen eine Reihe etablierter standardisierter Instrumente (z.B. SF8, HLS-Q 16, RKI-Survey GEDA 2012/2014).

Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz und Eigenmittel
Laufzeit	2017 bis 2018
Ansprechpartner	Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

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

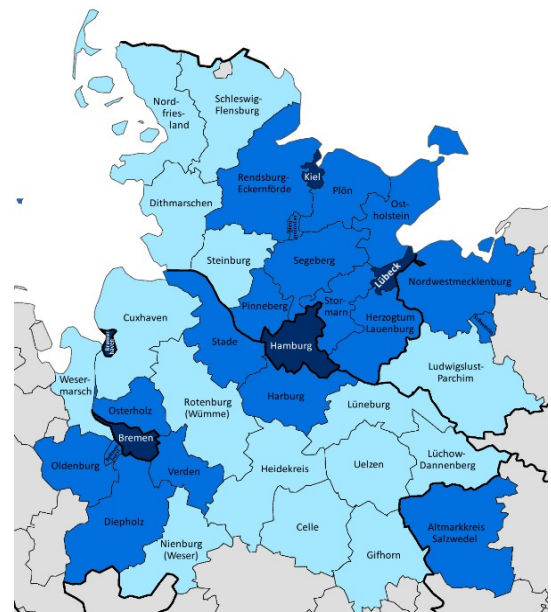
Ingmar Schäfer, Heike Hansen, Nadine Pohontsch, Agata Kazek, Hanna Hardt, Martin Scherer

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.

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 wurden diese Erkenntnisse des qualitativen Studienteils in einer standardisierten Befragung von Hausärzten und ihren 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.



Ergebnisse

Es wurden 27 Fokusgruppen mit insgesamt 65 Hausärzten und 145 Patienten durchgeführt. Es zeigten sich aus hausärztlicher und Patientensicht regional spezifische Versorgungsprobleme. Die Hausärzte interpretierten ihre ärztliche Rolle je nach Region unterschiedlich. Zudem waren die von Hausärzten diskutierten Patiententypen teilweise von der jeweiligen Region abhängig. Für die quantitative Projektphase konnten 211 Hausärzte und 811 Patienten in die Studie eingeschlossen und befragt werden. Dabei wurden regionale Unterschiede in Konsultationsanlässen, dem Leistungsspektrum und dem Patientenkollektiv sichtbar. Die Arbeit am Sekundärdatenteil hat begonnen und wird voraussichtlich Ende 2017 abgeschlossen sein.

Veröffentlichungen

- Schäfer I, Hansen H et al. Regional variation of patient behaviour and reasons for consultation in the general practice of Northern Germany: protocol for an observational study. *BMJ Open* 2017;2017:01738.
- Hansen H/Pohontsch NJ, et al. Regional variations of perceived problems in ambulatory care from the perspective of general practitioners and their patients. *BMC Fam Pract* 2017;18:68.
- Pohontsch NJ/Hansen H et al. General practitioners' perception of being a doctor in urban vs. rural regions in Germany. *Fam Pract* 2017;34: Epub (ahead of print).

Förderer KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein
Laufzeit 2014 bis 2018
Ansprechpartner Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

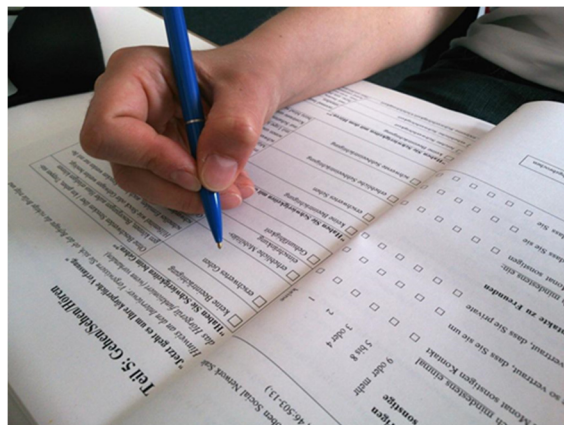


Patienten in der Notaufnahme von Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland (PiNo Bund): Klientel, Behandlungspfade und Gründe für die Inanspruchnahme

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

Hintergründe und Ziele

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



Design und Methodik

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

Erwartete Ergebnisse

Die Ergebnisse werden sich auf das Versorgungsgeschehen im gesamten Bundesgebiet beziehen, Aufschluss über die Behandlungspfade vor dem Notaufnahmebesuch geben und eine genauere Einschätzung des Gesundheitszustandes und der erfolgten Behandlungen ermöglichen. Erste Veröffentlichungen werden für 2019 erwartet.

Veröffentlichungen

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

Förderer

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Laufzeit

Juli 2018 bis Juni 2021

Ansprechpartner

Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

Soziale Probleme in der Hausarztpraxis (SoPrHa)

Thomas Kloppe, Claudia Mews, Britta Tetzlaff, Thomas Zimmermann, Moritz Hadwiger,
Viviana Gosch, 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 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 geplante Untersuchungen sollen zeigen, welche Art von Interventionen sich Hausärztinnen und Hausärzte wünschen und welche Einstellung Patientinnen und Patienten dazu haben.

Veröffentlichungen

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

Laufzeit seit 2014

Ansprechpartner Thomas Kloppe, t.kloppe@uke.de

Auswertung der primärärztlichen Versorgung der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung „Am Rugenborg“ in Hamburg mittels „Episodes of care“

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

Hintergrund und Fragestellung

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

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



Methodik

Vom 04.11.2015 bis zur Schließung der ZEA am 21.07.2016 (261 Tage) wurden 6219 dokumentierte Konsultationen pseudonymisiert und retrospektiv ausgewertet. Eine repräsentative Stichprobe von 35% (2159 Konsultationen) wurde auf Basis der „International Classification of Primary Care, second edition“ (ICPC-2) in Beratungsanlässe, Diagnosen und ärztliche Prozeduren kodiert. Das „Long-Format“ der konsultationsbasierten Datenbank wurde zur Bildung von „Episodes of Care“ in ein episodensbasiertes „Wide-Format“ mittels Excel und SPSS transformiert. Deskriptive Statistiken und bivariate Analysen (Chi-Quadrat-Tests) wurden mit SPSS erstellt.

Vorläufige Ergebnisse der Stichprobenauswertung und weiteres Vorgehen

- 1) 84% der Behandlungen mit einem weiten Spektrum an Diagnosen konnten ohne Weiterleitung an Gebietsfachärzte oder Krankenhäuser abgeschlossen werden.
- 2) 13% der Behandlungen waren wegen chronischer Beschwerden von vierwöchiger Dauer.
- 3) Die Verknüpfung von Diagnosen, ärztlichen Prozeduren und der Dauer der Behandlung durch Kodierung nach ICPC-2 und Bildung von „Episodes of care“ erwies sich als ein wertvolles Instrument. Die hier vorliegende quantitative Beschreibung der primärärztlichen Versorgung wurde auf diese Weise ermöglicht.
- 4) Unserer Kenntnis nach präsentieren wir hier erstmals eine quantitative Auswertung der primärärztlichen Versorgung von circa 1500 Geflüchteten zu Zeiten des Flüchtlingsaufkommens 2015/2016 in Deutschland.

Die weitere Auswertung umfasst sämtlicher Konsultationen im Sinne einer Vollerhebung sowie multivariate Analysen zu kodierten Beratungsanlässen, Diagnosen, ärztlichen Prozeduren und genutzten Medikamenten.

Laufzeit seit 2017

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

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

Bernd Löwe¹, Sebastian Kohlmann¹, Marco Lehmann¹, Marion Eisele, Gabriella Marx, Julia Magaard², Tharanya Seeralan², Martin Härter², Karl Wegscheider³, Jürgen Gallinat⁴, Hans-Helmut König⁵, Martin Scherer

¹ Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, UKE

⁴ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UKE

² Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE

⁵ Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, UKE

³ Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, UKE

Hintergründe und Ziele

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten und gravierendsten Erkrankungen und betreffen etwa 8% der deutschen Bevölkerung – in der Hausarztpraxis ist etwa jede sechste Patientin / jeder sechste Patient betroffen. In der randomisiert-kontrollierten DEPSCREEN-INFO Studie des Instituts und der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie konnte gezeigt werden, dass die Effektivität einer Depressionsfrüherkennung bei kardiologischen Patientinnen und Patienten durch eine minimal aufwändige Intervention optimiert werden kann.



Die multizentrische randomisiert-kontrollierte GET.FEEDBACK.GP Studie testet jetzt, ob eine patienten-orientierte Rückmeldung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung den Verlauf der Depressivität verbessern kann.

Design und Methodik

Im vorgeschalteten Studienteil wird die schriftliche Rückmeldung der Depressivität an die PatientInnen mit Hilfe von Patientenworkshops entwickelt. Verständlichkeit und Entstigmatisierung sowie Anregung zum Selbstmanagement stehen dabei im Vordergrund. Dann wird die Wirksamkeit der Patientenrückmeldung in einer randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie

getestet: In 5 Studienzentren werden in je 10 Hausarztpraxen insgesamt 1074 PatientInnen rekrutiert, die nach Depressionsscreening per Tablet die Kriterien für eine mittelgradige bis schwere Depression erfüllen (PHQ-9 \geq 10). Die PatientInnen werden dann zufällig einem der 3 Studienarme zugeteilt (siehe Bild). Im weiteren Studienverlauf werden die PatientInnen nach 1, 6 und 12 Monaten telefonisch befragt.



Depressionsscreening und Rückmeldung der Depressivität an Patient und Hausarzt



Depressionsscreening und Rückmeldung der Depressivität nur an Hausarzt



Depressionsscreening und keine Rückmeldung der Depressivität an Hausarzt oder Patient

Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer

Innovationsfonds des G-BA zur Förderung von Versorgungsforschung



Laufzeit

2018 bis 2022

Partner

Universitätskliniken Tübingen, Heidelberg, Jena & TU München

Ansprechpartner

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

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

Anne Barzel¹, Britta Tetzlaff¹, Anne Stark¹, Hendrik van den Bussche¹, Martin Scherer¹; Gesche Ketels², Heike Krüger², Kerstin Haevernick², Christian Gerloff³, Anne Daubmann⁴, Michael Supplith⁴, Karl Wegscheider⁴

¹ Institut für Allgemeinmedizin, UKE; ² Physiotherapie, ³ Neurologie, ⁴ 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 sowie dem Dr. Lothar-Beyer-Preis 2016 und war für den MSD Gesundheitspreis 2016 nominiert.

*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 (HOME CIMT): 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. Die Forschergruppe strebt die Einführung dieses neuen Therapiekonzepts in die vertragsärztliche Versorgung an. Eine zertifizierte Fortbildung für Therapeuten wird seit 2018 angeboten.

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	2011 bis 2018
Ansprechpartnerin	PD 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

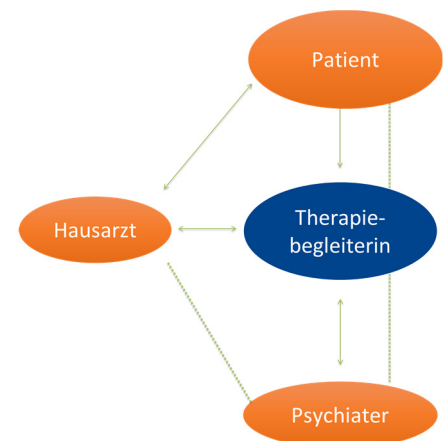
Hintergründe und Ziele

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



Design und Methodik

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



Ergebnisse und Schlussfolgerung

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

Veröffentlichungen

Hölzel LP, Bjerregaard F, Bleich C, Boczor S, Härter M, König HH, Kloppe T, Niebling W, Scherer M, Tinsel I, Hüll M. Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung Deutsches Ärzteblatt. *in press*

Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit 2012 bis 2019
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 Diabeteschulungen. 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 Diabeteschulungsprogramme oft nicht ausreichend. Ziel des Projektes ist es daher, kultursensible, leitlinienorientierte und an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientierte Schulungsmaterialien zu entwickeln.

Design und Methodik

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



Quelle: Antonia Schanze

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

Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit 2011 bis 2019

Ansprechpartnerin Claudia Mews, c.mews@uke.de

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

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

Hintergründe und Ziele

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

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



Design und Methodik

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

Geplante Ergebnisverwertung

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



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

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

Thomas Zimmermann, Sarah Porzelt, Martin Scherer

Hintergrund und Ziel

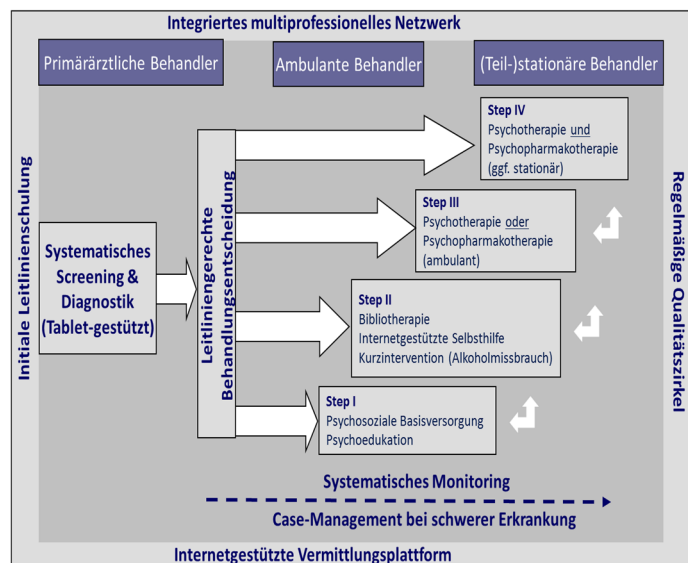
Psychische Erkrankungen haben eine hohe Prävalenz, besonders häufig sind Patienten von zwei oder mehr psychischen Störungen gleichzeitig betroffen. Aufgrund von Schnittstellenproblemen und Sektorengrenzen sind diese Patienten häufig nicht oder nicht adäquat versorgt. Die integrierte und gestufte Projektintervention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

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

Design und Methodik

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

Es werden in 50 Hausarztpraxen (25 Interventionsgruppe, 25 Kontrollgruppe) insgesamt 750 Patienten in Hamburg ab 18 Jahren rekrutiert, die die Kriterien einer Depression, Angst-, somatoformen und/oder alkoholbezogenen Störung erfüllen. Die statistische Analyse umfasst alle randomisierten Patienten nach dem Intention-To-Treat-Prinzip. Alle Endpunkte werden durch eine logistische Regression mit gemischten Effekten ausgewertet. Mögliche Standort- oder Clustereffekte wurden durch Adjustierung berücksichtigt.



Intervention

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

Erwartete Ergebnisse

Es wird erwartet, dass COMET eine effektivere Behandlung sowie eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität 12 Monate nach Behandlungsbeginn bietet als die Routineversorgung. Außerdem wird erwartet, dass COMET der Regelversorgung in den sekundären Outcomes wie Kosteneffektivität und Prozessvariablen ebenfalls überlegen ist. Ein bedeutsamer Wissensgewinn wird erwartet bezüglich der Frage, ob es möglich und effektiv ist, ein breites Spektrum psychischer Erkrankungen innerhalb eines, auf evidenzbasierten Empfehlungen aufgebauten Versorgungsmodells zu behandeln. Dabei wird von besonderem Interesse sein, wie mit dem zentralen Thema der Komorbidität umgegangen wird.

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Februar 2017 bis Januar 2020

UKE-Partner

Medizinische Psychologie (Antragsteller, Projektleitung)

Ansprechpartner

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

Selbstmanagementförderung in der ambulanten Versorgung (SMAV) durch Pfleger*innen in einem Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn

Thomas Zimmermann, Cathleen Muche-Borowski, Martin Scherer

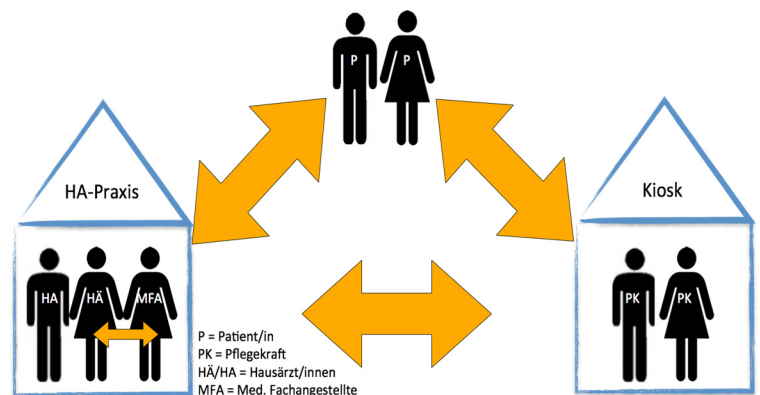
Hintergrund

In den Hamburger Stadtteilen Billstedt / Horn / Mümmelmannsberg leben ca. 110.000 Einwohnerinnen und Einwohner

- Routinedaten weisen hohe Krankheitslast aus: Multimorbidität, metabolisches Syndrom, affektive Störungen, Übergewicht, infektiöse Darmerkrankungen sowie sonstige Viruserkrankungen bei Kindern
- Herausforderungen durch multiethnische Bewohnerschaft und soziale Probleme wie Arbeitslosigkeit, Armut und eine hohe Quote von Transferleistungen
- Quartier in einigen medizinischen Teilgebieten tendenziell unterversorgt (bspw. Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Gynäkologie, Pädiatrie, Psychotherapie)
- deutlichen Mangel an sektorübergreifender Versorgungskoordination erkennbar

Das Kiosk-Modell der Kooperation zwischen Ärzt*innen und Pflegenden

- Kiosk als Stadtteilinstitution für alle Anliegen, die Gesundheit betreffend
- Mehrsprachigkeit: Ansprache der Klient*innen in Muttersprache durch Mitarbeiter
- Ganzheitlicher & indikationsunspezifischer Betreuungs-/ Versorgungsansatz
- Beratungsgespräche zur Förderung des Selbstmanagements in enger Abstimmung mit behandelnder/m Ärztin/Arzt
- Multiprofessionelles nicht- ärztliches Team mit pflegerischem Hintergrund
- Gute Erreichbarkeit mit kundenfreundlichen Öffnungszeiten



Die Aufgaben des IPA

- Pflegekräfte zu schulen, um sie zu befähigen, Beratungsleistungen zu erbringen
- Supervision der Pflegenden als Gruppe und im Einzelgespräch
- Weiterentwicklung und Vermittlung des systemisch-orientierten Beratungsansatzes durch Setzen von Standards und die Konzeption eines Beratungsleitbildes



Aufgaben der Pflegenden

Sozial- und Case Management auf ärztliche Verordnung (Überweisung)

- 3-5 Beratungen
- Begleitung bei der Erreichung von vereinbarten Gesundheitszielen
 - Überprüfen des Erreichten
- Hilfestellung, die Angebote im eigenen Sozialraum zu nutzen
- Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen

Förderer

Gemeinsamer Bundesausschuss – Innovationsfonds



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Laufzeit

Januar 2017 bis Dezember 2020

Konsortialführung

Gesundheit für Billstedt/Horn UG (Projektleitung: Alexander Fischer)

Konsortialpartner

AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK Gesundheit, OptiMedis AG,
connected-health.eu GmbH

Ansprechpartner

Thomas Zimmermann, t.zimmermann@uke.de

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

Dagmar Lühmann¹, Martin Scherer¹, Christiane Muth², Katharina Schmalstieg³, Eva Hummers-Pradier³, Rolf Wachter⁴, David Gladstone⁵

¹ Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE

² Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt

³ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

⁴ Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen

⁵ University of Toronto, Canada

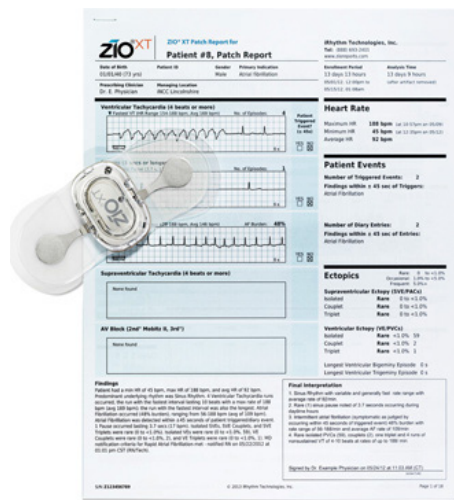
Hintergründe und Ziele

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

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

Design und Methodik

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



Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer

DKFZ Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung

Laufzeit

2017 bis 2021

Partner

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

Ansprechpartner

Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

PTSD after ICU Survival (PICTURE)

„Caring for Patients with Traumatic Stress Sequelae following Intensive Medical Care“

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

¹ Klinik für Intensivmedizin, UKE

² Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, UKE

³ Klinische Psychologie und Klinische Neuropsychologie, Universität Konstanz

⁴ Institut für Allgemeinmedizin, LMU München



Hintergrund

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

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

Fragestellung:

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

Methodik

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



Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
TÜBINGEN



Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München



Weiteres Vorgehen

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

Förderer	Deutsche Forschungsgemeinschaft
Partner	LMU München, Institut für Allgemeinmedizin
Laufzeit	2017 –2019
Ansprechpartner	Jan Hendrik Oltrogge, j.oltrogge@uke.de



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

Ingmar Schäfer, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

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

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

Design und Methodik

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

Die Evaluation untersucht

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

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

Erwartete Ergebnisse

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

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



Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg

Carolin van der Leeden, Sigrid Boczor, Thomas Kloppe, Tina Mallon, Anja Rakebrandt, Artem Semykras, 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 haben zum Ziel, die medizinische Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu verbessern, die Betroffenen langfristig in die medizinische Regelversorgung zu überführen sowie der Entwicklung von Notfällen vorzubeugen. Die Arbeit von drei Praxen, die im Juni 2013 eingerichtet wurden, wird differenziert nach hausärztlicher und psychiatrischer Versorgung vom Institut und der Poliklinik für Allgemeinmedizin über zwei Jahre evaluiert.

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

Design und Methodik

Die Analyse der geleisteten Arbeit basiert auf der Routine-dokumentation der Praxen, die neben den soziodemographischen und medizinischen Rahmendaten der Patienten zur Nutzung des Regelversorgungssystems werden 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	seit 2013
Ansprechpartnerin	Carolin van der Leeden, ipa@uke.de



Internetbasierte Kommunikation mittels Videodolmetscher in der Flüchtlingsversorgung (i-Kom)

Katarina Krüger, Susanne Pruskil¹, Olaf von dem Knesebeck², Martin Scherer

¹ Gesundheitsamt Hamburg Altona

² Institut für Medizinische Soziologie, UKE

Hintergründe und Ziele

Vor dem Hintergrund des anhaltenden Syrien-Konfliktes und der Zunahme der geflüchteten Menschen, stellt die medizinische Versorgung der Geflüchteten eine große logistische und inhaltliche Herausforderung dar. Insbesondere die Überwindung der Sprachbarriere, die zu Kommunikationshindernissen führt und somit die adäquate medizinische Versorgung gefährdet, ist hier von besonderem Interesse.



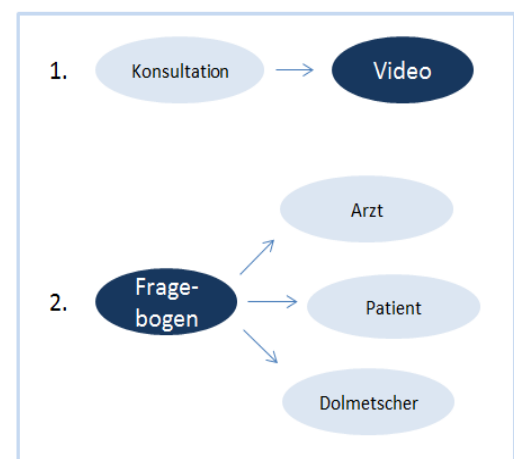
Im Rahmen der Studie soll ein Videodolmetschersystem via Internet genauer untersucht werden. Hier soll es insbesondere um die verbale und nonverbale Kommunikation bei nicht räumlich anwesendem Dolmetscher gehen.

Ziel der Studie ist, herauszufinden inwieweit eine patientenzentrierte Kommunikation stattfindet, ob die medizinische Entscheidungen partizipativ erfolgen und somit eine Überbrückung kultureller Barrieren durch den Dolmetscher erfolgen kann. Außerdem geht es um die wahrgenommene Empathie des Arztes durch den Patienten.

Design und Methodik

Beobachtungsstudie: In Hamburger Erstaufnahmeeinrichtungen werden persisch- und arabisch-sprechende Patienten rekrutiert, die sich bereiterklären ihre Konsultation aufzeichnen zu lassen. Arzt und Dolmetscher wurden bereits vorab rekrutiert. Nach der Aufzeichnung erhalten alle Beteiligten (Arzt, Dolmetscher und Patient) einen kurzen Fragebogen zum Ausfüllen.

Im Fragebogen des Patienten geht es neben soziodemographischen Daten zur Person um Patientenzufriedenheit, Patientenwirksamkeit und Empathie.



Geplante Ergebnisverwertung

Die Untersuchung des Videodolmetschersystems unter realitätsgetreuen Bedingungen stellt eine gute Basis für eine flächendeckende Implementierung dar. Durch die Ergebnisse möchten wir Umsetzungsimpulse für die Beziehungsgestaltung in der medizinischen Flüchtlingsversorgung geben. Damit soll ein Beitrag zu einer qualitativ besseren Versorgungssituation geflüchteter Menschen geleistet werden.

Laufzeit

2017 bis 2019

Partner

Institut für medizinische Soziologie, UKE
Gesundheitsamt Altona, Hamburg
SAVD Videodolmetschen GmbH

Ansprechpartnerin

Katarina Krüger, kata.krueger@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

„Second Tracks“/ Wahlfächer

Die Allgemeinmedizin ist an zwei Wahlfächern federführend beteiligt:

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

Unterrichtsveranstaltungen in anderen Modulen

Themen:

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



Modulübergreifende Lehrangebote des IPA

- Berufsfelderkundung*
- Einführung in die klinische Medizin*

Prüfungen

- OSCE, Erstellen einer Epikrise.
- Studierende mit Wahlfach Allgemeinmedizin im PJ werden außerdem in der M3 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 10 Jahren erfolgreich angeboten. Die praktische Ausbildung erfolgt in den Lehrpraxen, die Begleitung durch die Seminare sowie die Organisation übernimmt das Institut für Allgemeinmedizin.

Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung (BFE)

Ein theoretisch fundierter und praxisorientierter Einblick in mögliche Berufsfelder

Thomas Kloppe, Lisa Bagzis, Elena Kainz, Maren Ehrhardt

Zusammenfassung

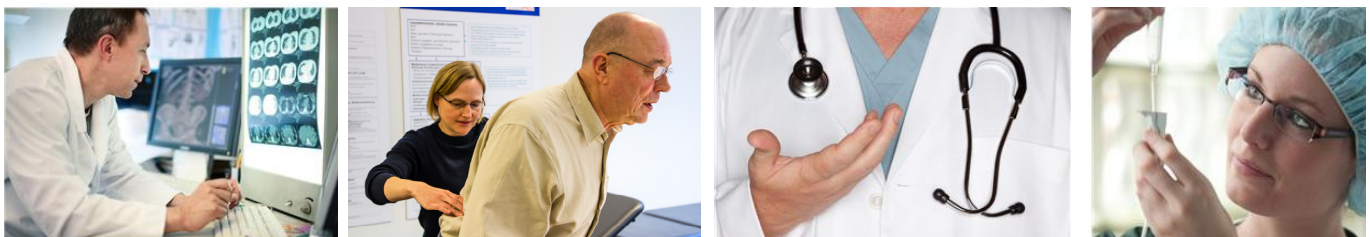
Die Studierenden der Medizin bekommen im ersten Semester durch die Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung (BFE) einen Einblick in das strukturelle Umfeld der ärztlichen Tätigkeit und das Spektrum der Einsatzmöglichkeiten von Medizinerinnen und Medizinern.

Hintergründe und Ziele

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

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

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



Design und Methodik

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

Beteiligt an dieser Lehrveranstaltung sind Dozentinnen und Dozenten des Instituts und der Poliklinik 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,
Bettina Brandt, Carl-Otto Stolzenbach, Christine Kolasius, Maren Ehrhardt



Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele des Projekts

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



Design/ Methodik

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

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

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

Kursthemen

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

Ergebnisse

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

Lehrveranstaltung Sozialmedizin

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

Zusammenfassung

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

Die Sozialmedizin betrachtet darüber hinaus die gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Sie bewertet deren steten Wandel vor dem Hintergrund ärztlicher, aber auch patientenbezogener Interessen mit ihren oft verschiedenen Bedürfnissen und Sichtweisen. Veränderte Gesetze und neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten haben oft direkte Auswirkungen auf die konkrete Arbeit mit den 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/Öffentliche Gesundheitspflege, 4. Soziale Ursachen und Folgen von Krankheit

Seminar „Versorgungsformen“ und Seminar „Qualitätsmanagement“

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

Seminar „Versorgungsformen“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

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

Seminar „Qualitätsmanagement“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

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

Seminar Versorgungsformen im sozialen Hilfesystem (90 min)

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

Ansprechperson:

Thomas Zimmermann, t.zimmermann@uke.de

2nd Track „Allgemeinmedizin“

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

Hintergründe und Ziele

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

Das Hamburger Reformcurriculum iMED läuft seit Oktober 2012. Vom ersten bis zum zehnten Semester werden 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 Studierende mit besonderer Eignung für den hausärztlichen Beruf.

Design und Methodik

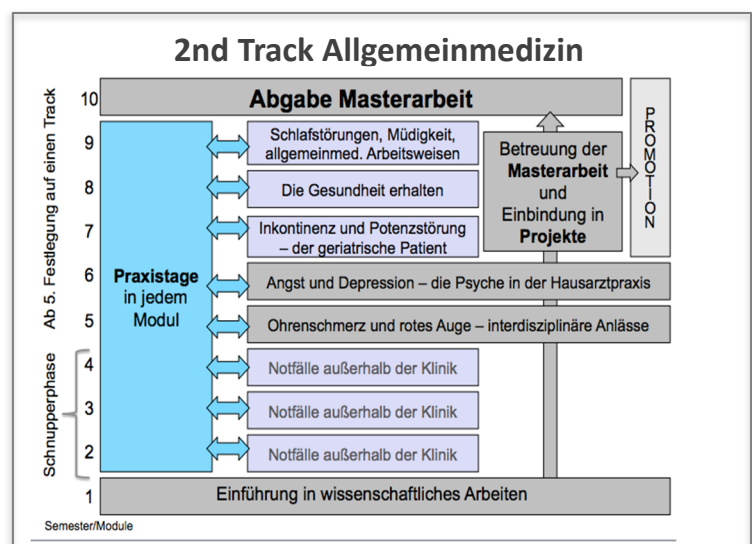
1. Für die Festlegung der Lernziele wurden allgemeinmedizinische Inhalte des iMED-Curriculums, die bisher in der Regellehre noch nicht ausreichend abgebildet sind, um solche ergänzt, die das Kompetenzlevel des Wahlfachs zwischen die allgemeine Arztreihe und die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin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

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

Aktueller Stand

Die ersten Schnuppermodule sind im Mai 2017 und 2018 mit 40 sehr engagierten und interessierten Studierenden gestartet und wurden sehr gut evaluiert.

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



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

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

*Institut für Medizinische Soziologie

Hintergründe und Ziele

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

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

Design und Methodik

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



Quelle: Gordon Saunders

Unterrichtsbereiche

<p>Theorie 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 Posterarbeitung), 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, c.mews@uke.de

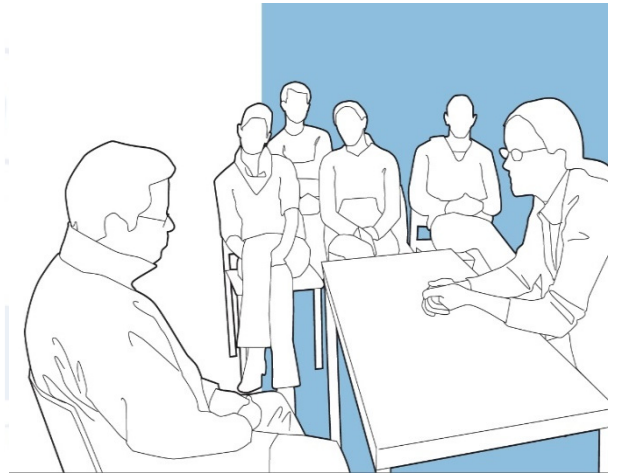
Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung: das SimPat-Programm

Rebecca Keim, Egina Puschmann, Sarah Porzelt, Kerstin Schrom, Christine Kolasius,
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 2017 über knapp 100 aktive SimPats, die derzeit in 137 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

Outcome Evaluation imed- PJ Workplacebased Observation

Maren Ehrhardt, Katharina Dahl, Rebeca Keim, Nadine Pohontsch, Anja Rakebrandt,
Egina Puschmann, Annette Strauss, Lena Viemann, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

Können die Studierenden im Praktischen Jahr ihr theoretisches Wissen und ihre klinisch praktischen Fertigkeiten adäquat im klinischen Kontext einsetzen?

Design und Methodik

Das Projekt gliedert sich in drei Teile:

1. Systematische Literaturrecherche zu arbeitsplatzbasierten Beobachtungen
2. Analyse der im PJ erwartbaren Kompetenzen
3. Entwicklung und Durchführung von arbeitsplatzbasierten Beobachtung jeweils zu Beginn und Ende eines PJ Tertials (Studierende des Regel- und des Modellstudienganges) in den kooperierenden Lehrkrankenhäusern

iMED Curriculum

PJ Logbücher

Arbeitsplatz-
bezogene
Beobachtung
häufiger
Tätigkeiten

iMED vs. Regelstudiengang

Erwartete Ergebnisse

Ziel ist die outcome bezogene Evaluation des iMED Curriculums. Medizinstudierende im Praktischen Jahr werden am Arbeitsplatz bei ihrer tatsächlichen Tätigkeit beobachtet (sog. Workplace based observations). Mit diesem Format können insbesondere die Verknüpfung von theoretischem Wissen und praktischen Fertigkeiten bei einer häufigen Tätigkeit beobachtet werden. Verglichen wird einerseits die Performance der einzelnen Studierenden am Anfang und am Ende eines PJ Tertials und andererseits die Performance der Absolventen verschiedener humanmedizinischer Studiengänge wie Regel und Modellstudiengang.

Entwicklungsstand

Basierend auf der Literaturrecherche und der Analyse des iMED Curriculums werden derzeit Bewertungsbögen zu unterschiedlichen Standardsituationen im klinischen Alltag wie Aufnahme eines Patienten, Entlassplanung etc. erarbeitet. In den kooperierenden Lehrkrankenhäusern werden ab Herbst 2018 arbeitsplatzbasierte Beobachtungen jeweils am Anfang und Ende eines PJ Tertials durchgeführt.

Geplante Ergebnisverwertung

Die Ergebnisse der Outcome-Evaluation werden in die weitere Entwicklung des iMED Curriculums und ggf. in die neuen M3 Prüfungen im Rahmen des Masterplans Medizinstudium 2020 einfließen.

Laufzeit	2017 bis 2019 Lehrkrankenhäuser der Universität Hamburg: Agaplesion Diakonieklinikum
Partner	Hamburg, Heidekreis Klinikum, Klinikum Bremen Nord, Krankenhaus Buchholz, Schoeniklinik Bad Bramstedt und das Prodekanat für Lehre
Ansprechpartnerin	Maren Ehrhardt, ehrhardt@uke.de

KUMplusKOM – Outcome Evaluation

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

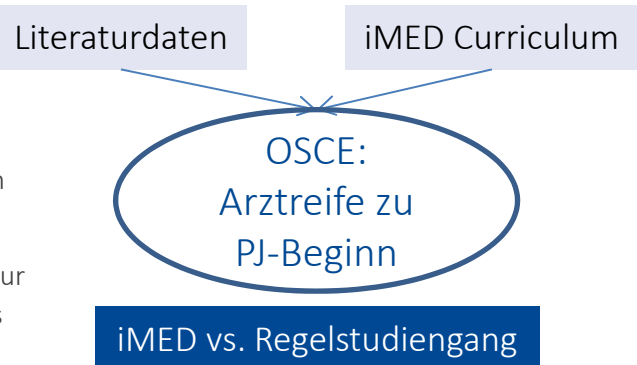
Hintergründe und Ziele

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

Design und Methodik

Das Projekt gliedert sich in drei Teile:

1. Systematische Literaturrecherche zur internationalen Evidenz von Inhalten und Prüfungen zur sog. 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

Basierend 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 viermal 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)

Hendrik van den Bussche, Sigrid Boczor, Stephanie Siegert,
Sarah Nehls, Rūja-Daniela Kocalevent, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

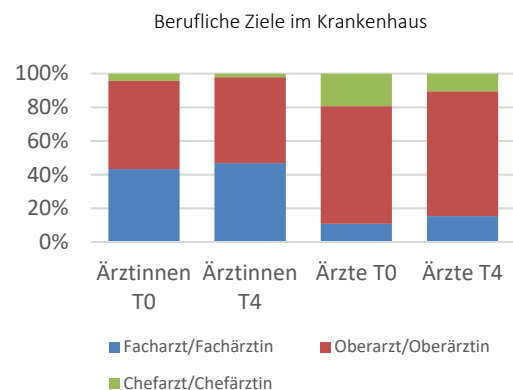
Seit mehreren Jahrzehnten liegt der Anteil der Absolventinnen des Medizinstudiums bei über 60%. Allerdings sind Frauen in den Spitzenpositionen der Krankenversorgung noch immer deutlich unterrepräsentiert. Die KarMed-Studie erforscht förderliche und hinderliche Bedingungen für einen erfolgreichen Karriereverlauf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

Design und Methodik

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

Ergebnisse

Der überwiegende Anteil der Befragten möchte nach der Weiterbildung weiterhin im Krankenhaus arbeiten. Dabei streben Ärzte häufig eine Position mit Leitungsaufgaben an, während Ärztinnen eher statusniedrigere Positionen bevorzugen. Allerdings nimmt die Beliebtheit der Leitungspositionen in beiden Geschlechtern über die Jahre ab. Was die Arbeitszeitwünsche angeht, scheint die Vollzeitätigkeit ein auslaufendes Modell zu sein. Dies ist insbesondere bei Ärztinnen, aber auch bei Ärzten der Fall (<https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/forschung/KarMed>)



Ergebnisverwertung: „TransferGenderMed“ (vgl. die entsprechende Seite in diesem Heft.)

Veröffentlichungen (Auswahl)

- 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
- Römer F, Ziegler S, Scherer M, van den Bussche H. Die Berufsverlaufszufriedenheit von Assistenzärzten und Assistenzärztinnen nach vierjähriger Weiterbildung. ZEFQ 2017;120:47-53.
- Ziegler S & van den Busche H, Römer F, Krause-Stolberg L, Scherer M. Berufliche Präferenzen bezüglich Versorgungssektor und Position von Ärztinnen und Ärzten nach vierjähriger fachärztlicher Weiterbildung. Deutsche Medizinische Wochenschrift; 2017;142:e74-e82
- van den Busche H & Ziegler S Krause-Solberg L, Scherer M. Stabilität und Wechsel der von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung angestrebte fachärztliche Anerkennung nach vier Weiterbildungsjahren. Gesundheitswesen 2017 (doi: 10.1055/s-0042-123848)
- Ziegler S, Krause-Solberg L, Scherer M, van den Busche H. Entwicklung der Arbeitszeitvorstellungen von Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung über eine vierjährige Weiterbildungsdauer. Bundesgesundheitsblatt (doi: 10.1007/s00103-017-2610-1).

Förderung

Kassenärztliche Bundesvereinigung; Bundesministerium für Bildung und
Forschung

Ansprechpartner

Hendrik van den Bussche: bussche@uke.de



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

Hans-Otto Wagner, Claudia Mews, Martin Scherer

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Methodik des Projekts

Mit der HFH wurde auf der Basis der Ergebnisse hausärztlicher Gruppendiskussionen ein Fortbildungsformat entwickelt, dessen Inhalte das spezielle Arbeitsfeld, die Arbeitsweise sowie die praktischen Bedürfnisse und Fragestellungen der Hausärzte berücksichtigen. Die Veranstaltungen werden fortlaufend evaluiert und die Teilnehmer in die Themenwahl und die inhaltliche Gestaltung der Fortbildungsabende einbezogen. Pro Jahr werden 8 Veranstaltungen angeboten, die eine Mischung aus Fallbesprechungen, Expertenvorträgen und Podiumsdiskussion darstellen. Die Teilnehmer entrichten eine Gebühr von 20 – 30 € pro Veranstaltung. Von den Hamburger Hausärzten wird die HFH sehr gut angenommen. So wurden im Jahr 2016 die acht Veranstaltungen von über 800 Kolleginnen und Kollegen besucht.

Beispielhafter Programmauszug

20. November 2018: Eine hab ich noch ... Laborkrank – was tun?

11. Dezember 2018: Behandlungsziele am Lebensende

Wesentliche Merkmale der HFH

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



Veröffentlichungen

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

Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Hamburg (KWHH)

Thomas Kloppe, Jan Oltrogge, Marion Eisele, Maren Ehrhardt, Hans-Otto Wagner,
Hendrik van den Bussche, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

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

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



Design und Methodik

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

Curriculare Grundlage des KWHH ist das kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin. Die Anpassung des kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin in Verbindung mit der Strukturentwicklung des Kompetenzzentrums ist die vorrangige Aufgabe zu Beginn des Förderzeitraums. Ziel ist eine rollierende Kombination aus immer wieder neuen und alten Angeboten, die einen Zeitraum von 5 Jahren abdeckt. Im Fokus steht dabei die Sicherstellung der inhaltlichen Attraktivität für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) im ambulanten und im stationären Weiterbildungsabschnitt.

Ergänzt wird dieses Angebot durch ein Mentoring und Train-the-Trainer-Programm.

Veranstaltungen in 2018



Laufzeit

2017 bis 2022

Webseite

www.uke.de/kwhh

Kontakt

kwhh@uke.de



Hamburger Tag der Allgemeinmedizin – unabhängige Fortbildung für das gesamte Praxisteam

Thomas Kloppe, Dagmar Lühmann, Maren Ehrhardt, Bettina Brandt, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

2017 werden bundesweit 17 Tage der Allgemeinmedizin stattfinden. Diese Veranstaltungen sind herausragende Beispiele für eine interaktive, qualitativ hochwertige - und vor allem auch eine pharmafreie - Fortbildung. Sie stärken die Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlicher und praktischer Allgemeinmedizin und fördern einen professionellen Austausch in Praxis, Lehre und Forschung, der für alle Seiten gewinnbringend ist. Das große Angebot von praxisrelevanten Fortbildungen für Hausärzte und ihre Praxisteams sichert zudem eine hohe Fortbildungsqualität.

Design und Methodik

- Einführungsveranstaltung, bei der praxisnahe Projekte aus dem Institut und der Poliklinik für Allgemeinmedizin vorgestellt werden.
- Parallel verlaufende Fortbildungsveranstaltungen zu praxisrelevanten Themen in Form von interaktiven Workshops mit Impulsreferaten und praktischen Übungen.
- Verzicht auf externes Sponsoring.
- Plenumsveranstaltung mit einer gemeinsamen Diagnosefindung anhand von Fallbeispielen aus der Praxis.



Webseite

www.uke.de/tda

Ansprechpartner

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

Allgemeinmedizin in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des UKE

Martin Scherer, Gerrit von Deyen, Lan Göttinger, Katarina Krüger, Jan Oltrogge, Bettina Brandt

Zusammenfassung

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



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

Die Arbeit in der Zentralen Notaufnahme (ZNA)

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

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

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

Der diagnostische Aufwand wird begrenzt und die Wartezeiten werden verkürzt. Die 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

Bettina Brandt, bet.brandt@uke.de

Allgemeinmedizin im Ambulanzzentrum des UKE

Martin Scherer, Lan Göttinger, Risa Hannesen, Katrin Kauschke, Katarina Krüger, Kim Berit Lewerenz-Kemper, Claudia Mews, Jan Oltrogge, Kathrin Vermehren, Dennis Wibisono,
Bettina Brandt

Zusammenfassung

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

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



Die Arbeit im Ambulanzzentrum

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

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

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

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

Um diese Aufgabe wahrnehmen zu können, pflegen wir eine enge Verzahnung mit der ZNA, den Polikliniken und dem stationären Sektor. Es ist unser besonderes Anliegen, in Kooperation mit den niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten die Schnittstellenkommunikation in diesen Bereichen zu verbessern. Auch können wir im Ambulanzzentrum 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 Bettina Brandt, bet.brandt@uke.de

Allgemeinmedizin in der Flüchtlingsversorgung, in den Bethanienhöfen und der Facharztklinik

Martin Scherer, Lan Göttinger, Katrin Kauschke, Katarina Krüger, Claudia Mews, Jan Oltrogge, Kathrin Vermehren, Bettina Brandt

Zusammenfassung

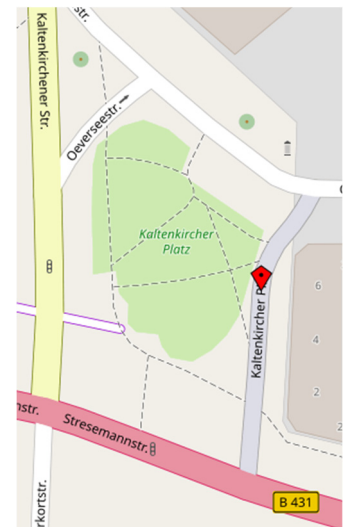
Das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin ist seit Oktober 2012 auch in der Krankenversorgung engagiert. Diese umfasst sowohl die Behandlung fußläufiger Patientinnen und Patienten in der ZNA als auch die allgemeinmedizinische Versorgung von Patienten und Patientinnen im Fachbereich Allgemeinmedizin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

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

Erstaufnahme für Geflüchtete am Kaltenkircher Platz

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

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



Versorgung älterer und pflegebedürftiger 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.



Ansprechpartner

Bettina Brandt, bet.brandt@uke.de

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

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



Startseite > ...
> Allgemeinmedizin

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Aktuelles

Team

Behandlungsangebot

Forschung

Publikationen

Lehrangebote & Fortbildungen

Kompetenzzentrum

Geschichte



8. Tag der Allgemeinmedizin
zum Programm und zur Anmeldung

Herzlich willkommen am Institut und der Poliklinik für Allgemeinmedizin

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

Am IPA arbeiten mehr als 40 wissenschaftliche und rund zehn nicht-wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie eine variable Anzahl von ca. 10 studentischen Hilfskräften und 20 Doktoranden und Doktorandinnen. 18 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind zusätzlich tätig in der Krankenversorgung.

Kontakt Aufgabenbereiche Aktuelles und Termine

INSTITUTSSEKRETARIAT:

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

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

STUDIENDENSEKRETARIAT:

Kerstin Schrom
Tel.: ☎ +49 (0) 40 7410 - 56715
Fax: ☎ +49 (0) 40 7410 - 40225
✉ schrom@uke.de

Christine Kolasius
Tel.: ☎ +49 (0) 40 7410 - 52067
Fax: ☎ +49 (0) 40 7410 - 40225
✉ kolasius@uke.de

AMBULANZ ALLGEMEINMEDIZIN, SPORT- UND BEWEGUNGSMEDIZIN TERMINVEREINBARUNG

N. Burghardt, J. Holdorf, M. Döring, S. Muldau
Tel.: ☎ +49 (0) 40 7410 - 58559

Fax.: ☎ +49 (0) 40 7410 - 56210

✉ az-allgemeinmedizin@uke.de

Mo, Di, Do 8:30-12/ 14-16 Uhr

Mi 8:30-12/ 14-18 Uhr

PRIVATAMBULANZ - PROF. DR. MED. M. SCHERER

TERMINVEREINBARUNG

Marita Döring, Daria Peil, S. Muldau
Tel.: ☎ +49 (0) 40 7410 - 24444

Fax: ☎ +49 (0) 40 7410 - 56210

✉ privatambulanz-ifa@uke.de

Mo 9-13 Uhr

Di 9-12 Uhr

Mi 11-17 Uhr