



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

Zentrum für Psychosoziale Medizin

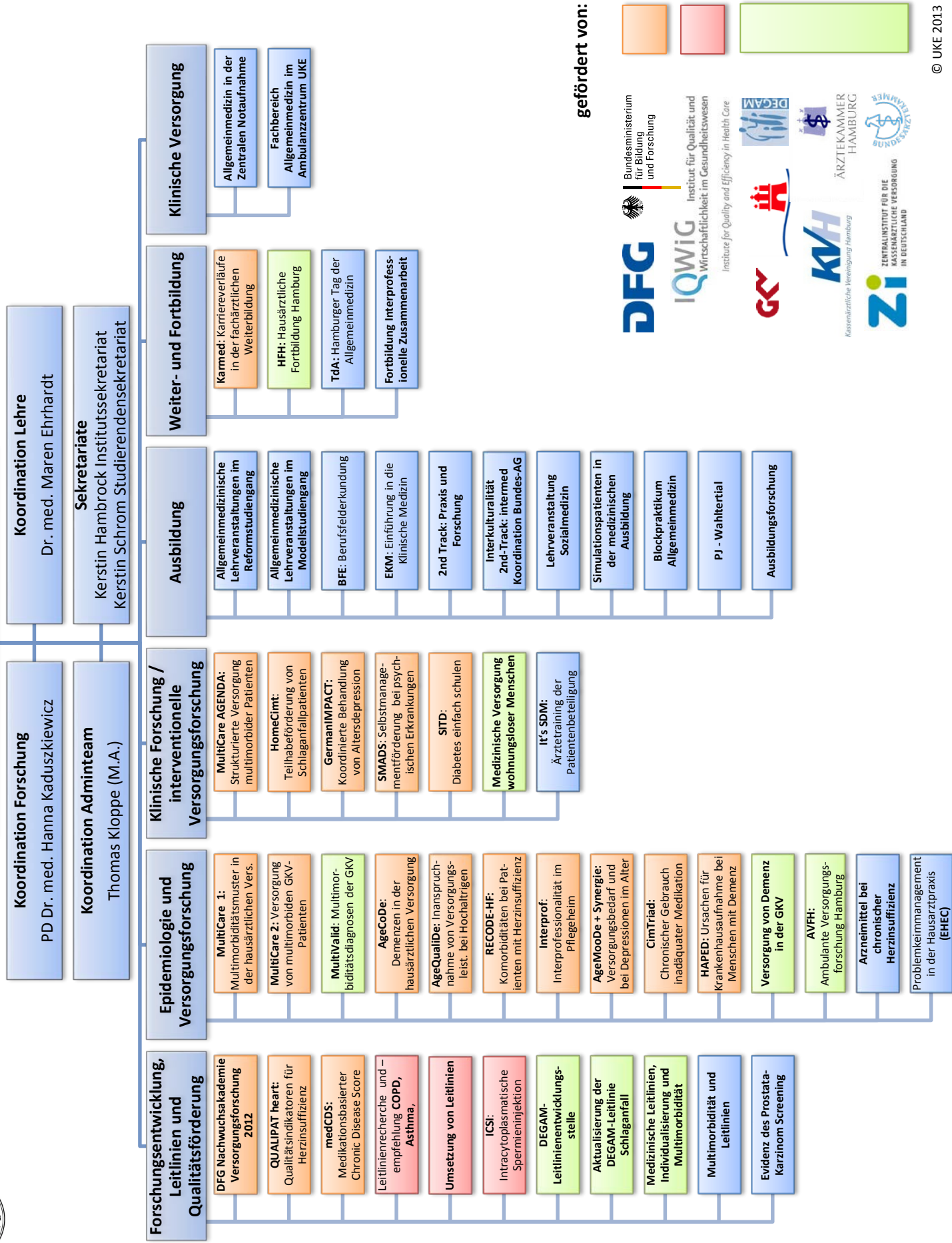
Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410 - 52400
Telefax: (040) 7410 - 53681
m.scherer@uke.de

Aktuelle Projekte des Instituts für Allgemeinmedizin

in Forschung, Lehre und Krankenversorgung

2013

Stand: 31.10.2013



Forschungsentwicklung, Leitlinien und Qualitätsförderung

DFG Nachwuchsakademie Versorgungsforschung 2012	1
Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung: Eine qualitative Analyse der Patientenbeteiligung am Beispiel von Herzinsuffizienz (QUALIPAT heart)	2
Entwicklung eines medikationsbasierten Chronic Disease Score (medCDS)	3
Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für die DMP COPD und Asthma bronchiale	4
Umsetzung von Leitlinien – hinderliche und förderliche Faktoren	5
Spermiogrammparameter für eine Indikation zur Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) statt In-Vitro-Fertilisation (IVF)	6
DEGAM-Leitlinienentwicklungsstelle	7
Aktualisierung der DEGAM-Leitlinie Schlaganfall	8
Medizinische Leitlinien und Individualisierung	9
Multimorbidität und Leitlinien	10
Prostata-Karzinom Screening-Studien sind unnötig	11

Epidemiologie und Versorgungsforschung

Soziale Ungleichheit und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung (MultiCare Cohort Study)	12
Vielnutzung in der vertragsärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung – Eine Analyse auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten (MultiCare Claims Study)	13
Validität von Analysen auf der Basis von ICD-Diagnosen bei multimorbiden GKV-Versicherten im Alter von 65 bis 85 Jahren (MultiValid)	14
Gedächtnis im Alter: Früherkennung, natürlicher Verlauf und Versorgungsaufwand von Demenz in der hausärztlichen Versorgung (AgeCoDe)	15
Fortsetzung der Studie Gedächtnis im Alter: Bedarf, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, direkte Kosten und gesundheitsbezogene Lebensqualität (AgeQualiDe)	16
Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)	17

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim (INTERPROF)	18
Depression im Alter: Versorgungsbedarf, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosten (AgeMooDe Studie)	19
Die Versorgung depressiver alter Menschen in Deutschland: Spielräume, Barrieren und Chancen für eine optimierte Behandlung (AgeMooDe + Synergie)	20
Kontextuelle Hintergründe des chronischen Gebrauchs von inadäquater Medikation bei älteren Menschen: Eine qualitative Studie mit Ärzten, Patienten und ihren Angehörigen (CimTriad)	21
Ursachen für Krankenhausaufnahmen bei Menschen mit Demenz - Qualitative Interviews mit Angehörigen von Demenzpatienten und Professionellen aus dem medizinischen Bereich (HAPED)	22
Arzneimittel bei chronischer Herzinsuffizienz in der Hausarztpraxis	23
Problemkeim-Management in der Hausarztpraxis: Was können wir aus EHEC lernen?	24
Klinische Forschung / interventionelle Versorgungsforschung	
MultiCare AGENDA - Narrative Gespräche und Medikamentenchecks in der hausärztlichen Praxis	25
Förderung der Teilhabe von Schlaganfallpatienten in der vertragsärztlichen Versorgung durch Constraint Induced Movement Therapy (HOME CIMT)	26
Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland (GermanIMPACT)	27
Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst, Depression und Somatoformen Störungen (SMADS)	28
Diabetes einfach schulen - Forschungsprojekt SITD	29
Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg	30
Investigating a training supporting Shared Decision Making (It's SDM)	31

Ausbildung

Übersicht: Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im Regelstudiengang	32
Übersicht: Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im iMed Modellstudiengang	33
Berufsfelderkundung (BFE)	34
Einführung in die klinische Medizin (EKM) – ein interdisziplinärer Untersuchungskurs	35
Entwicklung des Wahlfachs „Praxis Track“ für das Hamburger Reformcurriculum iMED	36
Second Track Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin (intermed)	37
Lehrkonzept des Fachs Sozialmedizin	38
Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung	39

Weiter- und Fortbildung

Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed)	40
Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH) – Strukturiertes und interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte	41
Hamburger Tag der Allgemeinmedizin	42

Klinische Versorgung

Projekt Krankenversorgung	43
----------------------------------	-----------

DFG Nachwuchsakademie Versorgungsforschung 2012

Martin Scherer¹, Dagmar Lühmann¹, Hanna Kaduszkiewicz¹, Heiner Raspe²

¹ Institut für Allgemeinmedizin, UKE

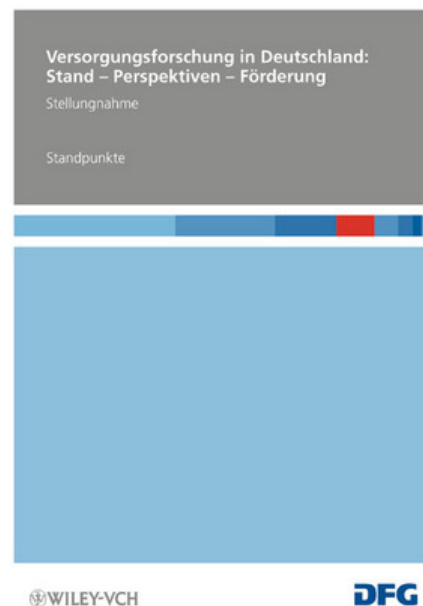
² Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein



Hintergrund

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

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



Zielsetzung

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

Ablauf der Nachwuchsakademie

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

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

Den Teilnehmenden der ersten Phase wurde angeboten, in einer **zweiten Phase**, bis zum 15.07.2012 ihre selbständig ausgearbeiteten Projektskizzen für eine Anschubfinanzierung bei der DFG einzureichen. Diese sollte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Lage versetzen, zu einem späteren Zeitpunkt und aufbauend auf den Vorarbeiten, Vollarträge im Normalverfahren der DFG einzureichen.

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

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

Ansprechpartner

Hanna Kaduszkiewicz, kaduszki@uke.de

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

Eva Blozik, Nadine Pohontsch, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

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

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

Design und Methodik

- Arbeitspaket 1: Einzelinterviews mit Herzinsuffizienzpatienten
- Arbeitspaket 2: Gruppendiskussionen mit Herzsportgruppen
- Arbeitspaket 3: Telefoninterviews mit den an der QI-Entwicklung beteiligten Experten

Synthese der qualitativen Ergebnisse aus den Arbeitspakets

Ergebnisse

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

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

Geplante Ergebnisverwertung

Diskussion der synthetisierten Ergebnisse aus den 3 Arbeitspaketen in einem Stakeholder-Workshop (Januar 2014) mit dem Ziel, Empfehlungen zur Verbesserung der Patientenbeteiligung an der QI-Entwicklung zu formulieren.



Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	Februar 2012 bis Juli 2014
Partner	Universität Heidelberg, Hochschule Neubrandenburg
Ansprechpartner	Eva Blozik, e.blozik@uke.de, Nadine Pohontsch, n.pohontsch@uke.de

Entwicklung eines medikationsbasierten Chronic Disease Score (medCDS)

Ingmar Schäfer, Hendrik van den Bussche, Martin Scherer

Zusammenfassung

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



Foto: Jann Wilken

Hintergrund

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

Methodik

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

Das Projekt ist in zwei Phasen aufgeteilt.

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

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

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

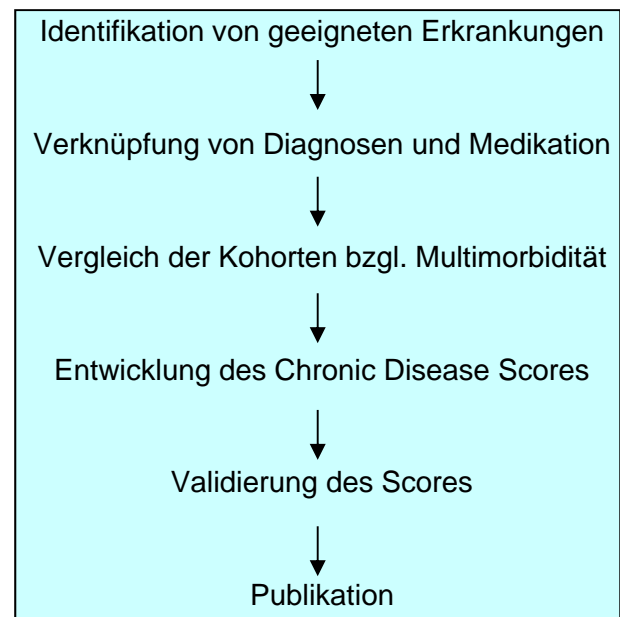


Abb. 1: Ablauf der Studie

Kooperationspartner

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

Ansprechpartner

Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

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

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

Hintergründe und Ziele

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

Zur Aktualisierung der DMP-Richtlinien für COPD und Asthma bronchiale hat der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit einer systematischen Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen beauftragt. Die oben genannte Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin ist in der Rolle des externen Sachverständigen in die Projekte eingebunden (IQWiG-Projektnummern: V12-01 und V12-03).

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

Design und Methodik

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

- Systematische Recherche und Auswahl aktueller evidenzbasierter Leitlinien.
- Bewertung der methodischen Leitlinienqualität mithilfe des AGREE II Instruments.
- Extraktion und Synthese relevanter Leitlinienempfehlungen.
- Kennzeichnung von Empfehlungen, die einen potenziellen Überarbeitungsbedarf der DMP COPD und Asthma bronchiale begründen.



Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

Der Abschlussbericht wird dem G-BA vorgelegt und bildet dort die Grundlage für die Aktualisierung der DMP-Richtlinie COPD/ Asthma bronchiale.

Förderer	IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)
Laufzeit	2012 bis 2013
Partner	IQWiG, Ressort Versorgungsqualität
Ansprechpartner	Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

Umsetzung von Leitlinien – hinderliche und förderliche Faktoren

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

Hintergründe und Ziele

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

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

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

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

Design und Methodik

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

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



Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer	IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)
Laufzeit	2013 bis 2014
Partner	IQWiG, Ressort Versorgungsqualität
Ansprechpartner	Astrid Althaus, a.althaus@uke.de

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

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

Hintergründe und Ziele

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

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

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

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

Design und Methodik

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

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



Erwartete Ergebnisse

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

Referenzen:

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

Förderer	IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)
Laufzeit	März 2013 bis September 2014
Publikationen	Berichtsplan: www.IQWiG.de
Partner	IQWiG, Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren
Ansprechpartner	Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

DEGAM-Leitlinienentwicklungsstelle

Cathleen Muche-Borowski, Martin Scherer



Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele

Mit der Erstellung hausärztlicher Leitlinien (LL) ist die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wegbereitend für die Verbreitung und Implementierung evidenzbasierter Medizin in Hausarztpraxen. Eine Vielzahl von DEGAM-LL von hoher methodischer Qualität sind aktuell publiziert. Die Leitlinienentwicklungsstelle bietet LL-Autoren methodische Unterstützung bei der Erstellung oder Überarbeitung von LL. Zusammen mit der Geschäftsstelle in Rostock unterstützt sie die Autoren in der Koordination ihrer LL-Projekte.

In S1-Handlungsempfehlungen wurden und werden prioritäre hausärztliche Themen in knapper und übersichtlicher Form bearbeitet und für hausärztlich Tätige zur Verfügung gestellt.

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

Methodik

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

Ergebnisse und Ausblick

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

Veröffentlichungen

Muche-Borowski C, Kopp I. Wie eine Leitlinie entsteht. Z Herz- Thorax- Gefäßchir 2011; 25:217–223.

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

Ansprechpartnerin

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

Fertiggestellte Leitlinien

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

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

053-025	EHEC / HUS	S1	10.06.2011	10.06.2016
053-027	Bridging	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-028	Hämaturie, Nicht-sichtbare	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-030	Durchfall, akut	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-032a	Gicht: Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht in der hausärztlichen Versorgung	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-032b	Gicht: Akute Gicht in der hausärztlichen Versorgung	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-033	Umgang mit Entlassmedikation	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-034a	MRSA – eine Handreichung für Hausärzte Teil 1: Diagnostik	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-034b	MRSA – eine Handreichung für Hausärzte Teil 2: Therapie / Sanierung	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-034c	MRSA – eine Handreichung für Hausärzte Teil 3: Altenpflegeheime	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-037	Medikamentenmonitoring	S1	30.09.2013	30.09.2018
053-038	Hausärztliche Beratung "Ganz am Ende des Lebens" unter Berücksichtigung der rechtlichen Aspekte	S1	30.09.2013	30.09.2018

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

Aktualisierung der DEGAM-Leitlinie Schlaganfall

Anne Barzel¹, Stefan Hensler², Nik Koneczny³, Jana Isfort³, Anja Wollny⁴, Martin Scherer¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin, UKE

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

³ Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke

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

Zusammenfassung

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

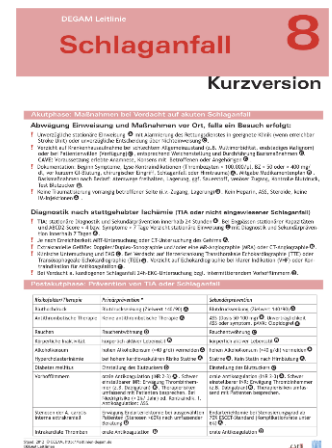


Hintergründe und Ziele

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

Methodik

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



Ergebnisse

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

Ansprechpartnerin

Anne Barzel, a.barzel@uke.de

Medizinische Leitlinien und Individualisierung

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

Hintergründe und Ziele

Auf Einzelerkrankungen fokussierende medizinische Leitlinien (LL) können zu unerwünschten Wirkungen, widersprüchlichen Behandlungsstrategien und Polypharmazie bei multimorbiden Patienten führen. Derzeit mangelt es an methodischen Ansätzen, wie Multimorbidität in LL berücksichtigt werden könnte.

Ziel des hier beantragten Projekts ist einerseits, zu evaluieren, inwieweit Komorbidität bzw. Multimorbidität in deutschen Leitlinien berücksichtigt wird. Des Weiteren soll untersucht werden, ob sich zwei methodische Konzepte, die auf der Basis breiter epidemiologischer Analysen zu Multimorbidität aus Deutschland entwickelt wurden, eignen, um Multimorbidität in LL systematisch zu integrieren. Dies ist einerseits das Konzept der häufigsten Krankheitsstriaden (Van den Bussche et al 2011), andererseits dasjenige der drei krankheitskomplexbeschreibenden Muster (Schäfer et al 2010).

Das übergeordnete Ziel des hier beantragten Projekts ist, Ansätze zu entwickeln, wie z.B. im Rahmen von Forschungs- oder Pilotprojekten Aspekte der Multimorbidität in der LL-Entwicklung operationalisiert und konkret umgesetzt werden könnten.

Design und Methodik

Schritt 1: Exemplarische Evaluation von deutschen LL zu höchstprävalenten Einzelerkrankungen hinsichtlich ihres Umgangs mit Ko- bzw. Multimorbidität

Schritt 2: Abgleich mit den von van den Bussche bzw. von Schäfer publizierten Konzepten der häufigsten Krankheitskombinationen (Triaden, Quartette) bzw. der Multimorbiditätsmuster innerhalb der multimorbiden Bevölkerung

Schritt 3: Bewertung der häufigsten Krankheitskombinationen hinsichtlich der Relevanz für den Behandlungsalltag mit Hilfe einer Bewertungsmatrix durch Geriater und Allgemeinmediziner

Schritt 4: Ergebnis-Synthese und Entwicklung konkreter Vorschläge für zukünftige Forschungs- oder Pilotprojekte

Erwartete Ergebnisse

Rückschlüsse dazu, 1) welche Komorbiditäten aktuell in LL berücksichtigt werden, 2) welche Komorbiditäten aus Sicht von klinisch tätigen Ärzten berücksichtigt werden sollten und 3) ob die epidemiologischen Ansätze der Krankheitskombinationen bzw. der Multimorbiditätsmuster hilfreich sind, um klinische Problemfelder zu identifizieren, in denen Multimorbidität klinisch hochrelevant ist.

Förderer

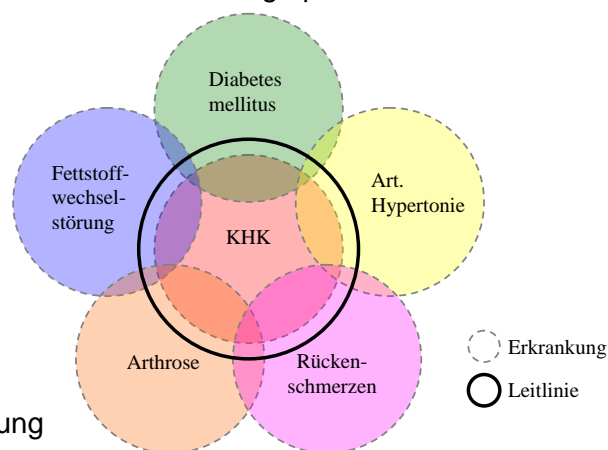
Bundesärztekammer

Laufzeit

Januar 2013 bis Januar 2014

Ansprechpartnerin

Eva Blozik, e.blozik@uke.de



Konzeptuelle Grafik zum Triadenmodell nach Schäfer/ van den Bussche

Multimorbidität und Leitlinien

Cathleen Muche-Borowski, Stefanie Butz, Ingmar Schäfer, Heike Hansen, Hans-Otto Wagner, Hans-Hermann Dubben, Eva Blozik, Dagmar Lühmann, Joachim Szecsenyi, Martin Scherer

Hintergrund und Ziele

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

Im Projekt wird versucht, für fiktive Patienten mit bekannten Multimorbiditätsmustern (Fallvignetten) Einzelfallempfehlungen (N=1 Guideline) zu generieren. Grundlage hierfür bilden die Empfehlungen von Einzelleitlinien, die vor dem Hintergrund von Experten- und Patientenvoten priorisiert und hierarchisiert werden. Aus der Bearbeitung von ca. 10 Fallvignetten soll schließlich ein Meta-Algorithmus zum Umgang mit Multimorbidität abgeleitet werden, der Leitlinienentwicklern als Hilfestellung für die Entwicklung von Versorgungsempfehlungen für multimorbide Patienten an die Hand gegeben werden kann.

Methodik

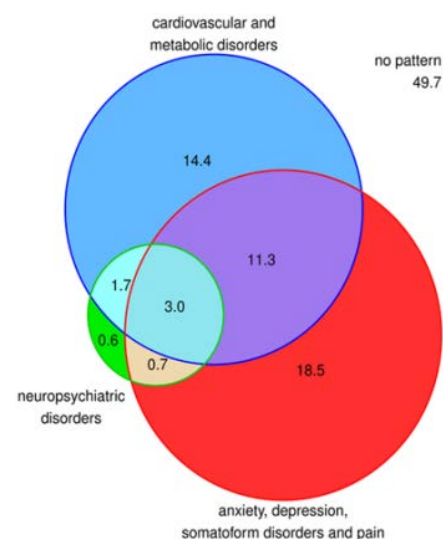
In einem 4-Stufen-Plan soll sich dem fallbasierten Ansatz genähert werden:

Stufe 1: Charakterisierung der häufigsten Multimorbiditätsmuster

Stufe 2: Erstellung von Fallvignetten durch interdisziplinäre Fokusgruppe

Stufe 3: Erarbeitung von Behandlungsempfehlungen für die Fallvignetten, basierend auf den Empfehlungen evidenzbasierte Konsensleitlinien sowie den Ergebnissen von Patienten- und Experten-konsultationen.

Stufe 4: Konsentierung der Behandlungsempfehlungen und Ableitung des Meta-Algorithmus



Vorläufige Ergebnisse und weiteres Vorgehen

Über die Identifikation von Mustern, bestehend aus kardiovaskulären und metabolischen Erkrankungen (**Muster 1**), Angst, Depression, somatoformen Störungen und schmerzbezogener Morbidität (**Muster 2**) und neuropsychiatrische Krankheitsbilder (**Muster 3**) konnten 10 Fallvignetten in einem Workshop mit einer interdisziplinären Fokusgruppe erarbeitet werden. Für diese Fälle wurden evidenzbasierte Empfehlungen für die beschriebenen Diagnose extrahiert und in Form einer zusammenfassenden Darstellung (Epikrise mit extrahierten Leitlinienempfehlungen) erarbeitet. Diese Darstellung wurde mit klinischen Experten hinsichtlich des weiteren Vorgehens (Abwenden gefährlicher Verläufe, notwendige Diagnostik und therapeutische Interventionen und Berücksichtigung sozialer Faktoren) diskutiert. Im nächsten Schritt werden die Patientenpräferenzen und die Prioritäten klinisch tätiger Ärzte mittels Befragung bzw. Interview erfasst.

Prostatakarzinom Screening-Studien sind unnötig

Hans-Hermann Dubben

Zusammenfassung

Der etwaige Nutzen eines Prostatakarzinom (PCa)-Screenings ist nicht nachweisbar^{1,6}. Studien nicht-praktikabler Größe wären notwendig. Es gibt mehrfach reproduzierte signifikante Schäden durch Screening wie unnötige Biopsien, Überdiagnosen und Überbehandlungen. Studien können einen Vorteil (reduzierte PCa-Mortalität) suggerieren und gleichzeitig eine Erhöhung der Gesamtmortalität übersehen.

Hintergründe und Ziele des Projekts

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

Methodik

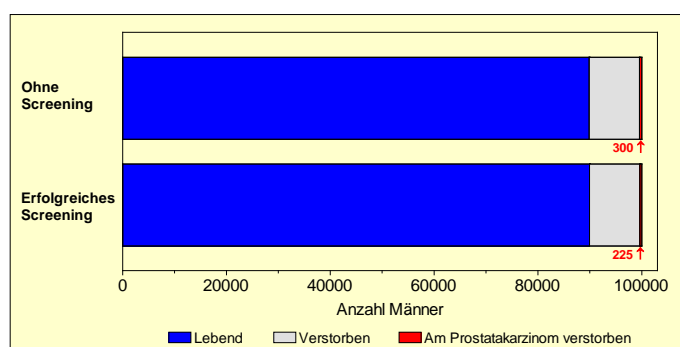
Grundsätzliche Überlegungen, Modellrechnungen und Berechnung der Teilnehmeranzahl einer Screeningstudie unter Berücksichtigung der Compliance, der Wahl des Endpunktes und von Ungenauigkeiten bei der Todesursachenbestimmung.

Ergebnisse

Es müssen 300 (Kontrolle) plus 225 (Screening) PCa-Todesfälle auftreten. Bei einer PCa-Mortalität von 60/100.000/Jahr und 5 Jahren Nachbeobachtung werden 2x100.000 Teilnehmer benötigt. Die Dauer der Studie beträgt gut 20 Jahre⁶ (Rekrutierung, Screening, Nachbeobachtung). Der gesuchte Unterschied beträgt $300 - 225 = 75$ PCa-Todesfälle (s. Abb.). Dieser kleine Unterschied kann auch auf Bias beruhen. Bereits geringe Ungenauigkeiten bei der Todesursachenbestimmung und mangelnde Compliance verkleinern die Power der Studie. Zur Kompensation wären mehrere Millionen Teilnehmer notwendig. Zur Bestimmung der Gesamtmortalität werden ebenfalls mehrere Millionen Teilnehmer benötigt. Studien mit weniger Teilnehmern können mit der PCa-Mortalität als Endpunkt einen Vorteil suggerieren, selbst wenn Screening die Gesamtmortalität erheblich verschlechtert.

Krebsscreening-Studien haben meist zu geringe Power. Ihre Ergebnisse stehen erst ca. 20 Jahre⁶ nach Studienbeginn zur Verfügung. Sie sind dann zwangsläufig veraltet. Gut belegt sind Schäden durch PCa-Screening. Z.B. erhält jeder 40. gescreente Mann eine OP und/oder Strahlentherapie, die er beide nicht benötigt.

Es gibt valide Gründe, vom PCa-Screening abzuraten.



Veröffentlichungen

1. Dubben HH: Trials of prostate-cancer screening are not worthwhile. The Lancet Onc 2009; 10:294-298.
2. Prostatakarzinom: EbM stößt an Grenzen. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(22):A-1150.
3. Prostate cancer screening. Correspondence. New England Journal of Medicine 2009; 361:202-206.
4. PSA-Screening: Sinn oder Unsinn. Urologe 2009, 48:1103-1104.
5. Weissbach L, Dubben HH, Schäfer C: Wer sorgt hier vor? Der Onkologe 2011, 17:220-234.
6. Dubben HH: Früherkennung des Prostatakarzinoms: Schaden belegt, Nutzen nicht belegbar. Bundesgesundheitsblatt, zur Publikation angenommen, Oktober 2013.

Ansprechpartner

Hans-Hermann Dubben, dubben@uke.de

Soziale Ungleichheit und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung (MultiCare Cohort Study)

Ingmar Schäfer¹, Olaf von dem Knesebeck², Heike Hansen¹, Gerhard Schön³,
Martin Scherer¹, Hendrik van den Bussche¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

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

Hintergründe und Ziele

Multimorbidität ist hochprävalent und mit schweren Folgen wie Mortalität, Hospitalisierung und funktionalen Einschränkungen assoziiert. Es ist vielfach dokumentiert, dass ältere Menschen mit niedrigerem Einkommen und niedrigem Bildungsstand ein höheres Risiko für eine Vielzahl von Gesundheitsproblemen haben als ältere Menschen mit höherem sozialen Status. Allerdings ist bislang wenig untersucht, ob sich die Krankheitslast bei Multimorbidität zwischen sozialen Statusgruppen unterscheidet. Aus diesem Grund wurde einerseits untersucht, ob multimorbide Patienten mit niedrigerem sozioökonomischen Status mehr Erkrankungen als Patienten mit höherem Status haben. Andererseits wurde analysiert, ob die patientenrelevanten Folgen von Multimorbidität bei Patienten mit niedrigerem Status schwerwiegender sind.

Design und Methodik

3.189 Patienten im Alter von 65 bis 85 Jahren mit mindestens 3 chronischen Erkrankungen wurden in 158 Hausarztpraxen in 8 Studienzentren rekrutiert. Die Daten stammen aus Patienten- und Hausarztinterviews. Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Krankheitslast wurde mit hierarchischen Mehrebenenanalysen in den Baselinedaten und der Follow-Up-Untersuchung nach 15 Monaten untersucht.

Ergebnisse

Patienten mit niedrigerem Einkommen und niedrigem Bildungsstand hatten im Schnitt 0,4 Krankheiten mehr (aus einer Liste von 46) als Patienten mit höherem sozialen Status. Ein erhöhtes Risiko findet sich vor allem bei kardiovaskulären Erkrankungen wie Herzinsuffizienz (OR 1,8-1,6) oder KHK (OR 1,5-1,3) sowie Diabetes (OR 1,4-1,3). Patienten mit niedrigerem Einkommen geben eine schlechtere subjektive Gesundheit an und haben einen geringeren Score in ihrem instrumentellen Alltagsaktivitäten und ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Patienten mit höherem Einkommen. Bei der Baselineuntersuchung bewegten sich die Unterschiede je nach Indikator zwischen 2,5 und 5,6 Prozentpunkten. Nach 15 Monaten hatten sich die Unterschiede um weitere 1,4 bis 3,0 Prozentpunkte vergrößert. Diese Unterschiede blieben auch dann signifikant, wenn für die Krankheiten und hausarztbewertete Schweregrade adjustiert wurde. Der Bildungsstand hatte keinen konsistenten Einfluss auf die Krankheitslast.

Veröffentlichungen

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

Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
Laufzeit 2008 bis 2013
Ansprechpartner Ingmar Schäfer, in.schaefer@uke.de

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

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

¹ Institut für Allgemeinmedizin, UKE

² Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

³ Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, UKE



Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele des Projekts

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



Fragestellungen

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

Methodik

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

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

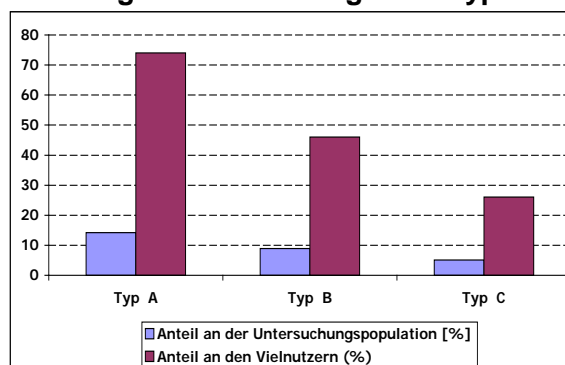
Ergebnisse

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

Veröffentlichungen

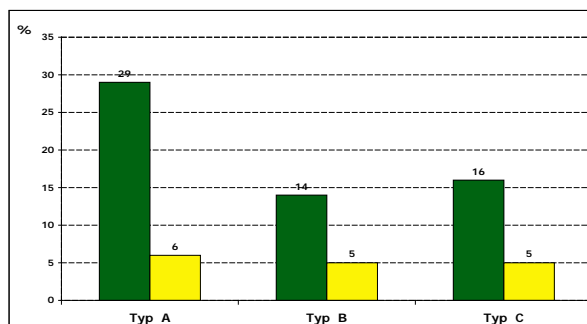
1. van den Bussche H. et al. Umfang und Typologie der Häufignutzung in der vertragsärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung - Eine Analyse auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten. ZEFQ 2013; H.7
2. van den Bussche H. et al. Mit welchen chronischen Krankheiten ist eine Häufignutzung der vertragsärztlichen Versorgung in der älteren Bevölkerung assoziiert? ZEFQ 2013; H.7

Umfang der Vielnutzung nach Typen



(Mehrfachzuordnungen möglich)

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



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

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

¹ Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, UKE

² Institut für Allgemeinmedizin, UKE

Zielsetzung und Fragestellung

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

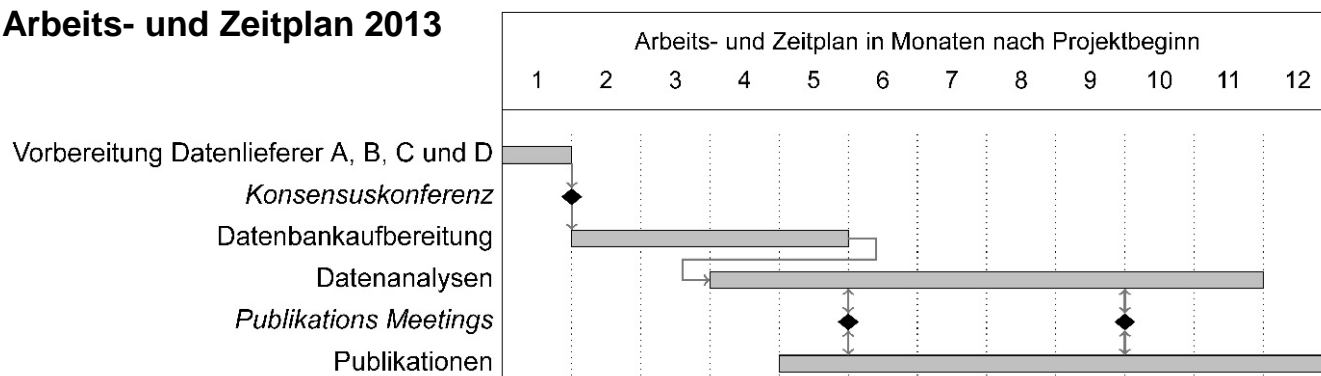
- Inwiefern stimmen die vier Datenquellen bezüglich der Prävalenz von chronischen Krankheiten und Krankheitskombinationen (nicht) überein?
- In welchen Bereichen/Dimensionen (Diagnosen, Beschwerden, Symptome, Geschlecht, Altersgruppe, Region gemäß PLZ) ergeben sich die größten Unterschiede zwischen den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

Datenbasis

A: MultiCare 2
B: MultiCare 1
C: SHIP-2, SHIP-TREND
D: GEDA 2009

Vertragsärztliche Abrechnungsdaten der Barmer GEK 2009
Primärdaten aus einer Beobachtungsstudie in Hausarztpraxen
Primärdaten aus der Study of Health in Pomerania
Bundesweiter telefonischer Gesundheitssurvey des RKI

Arbeits- und Zeitplan 2013



Förderer

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland

Kooperationspartner

Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald.
Robert Koch Institut, Berlin.

Ansprechpartner

Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
Hendrik van den Bussche, bussche@uke.de

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

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

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele

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

Design und Methodik

Die Patienten werden alle 18 Monate zu Hause untersucht. Aktuell wird die 6. Hauptuntersuchung nach der Baseline erhoben, die zu Ende 2013 abgeschlossen sein wird. Das Projekt wird ab dem 01.01.2014 unter dem offiziellen Acronym AgeQualiDe unter einer erweiterten Fragestellung weitergeführt. Weitere Informationen siehe Projektbeschreibung AgeQualiDe.

Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

Es wurden bereits viele Publikationen zu den Studienergebnissen veröffentlicht. Diese tragen zu gesundheitspolitischen Diskussionen, wie beispielsweise der kritischen Diskussion um die Aufnahme der Diagnose „Mild Neurocognitive Disorder“ in das DSM-5 bei.

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Laufzeit

Januar 2011 bis Dezember 2013

Partner

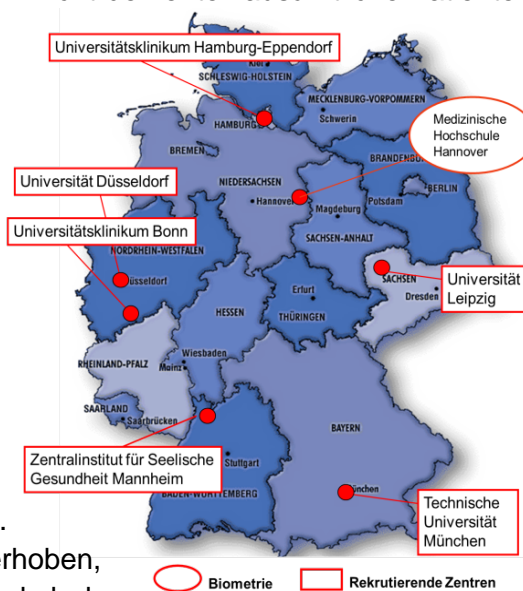
AgeCoDe-Study Group (siehe Grafik)

Publikationen

z.B. Jessen et al. Prediction of dementia in primary care patients. PLoS ONE. 2011;6(2):e16852.

Ansprechpartnerin

Hanna Kaduszkiewicz, kaduszk@uke.de



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

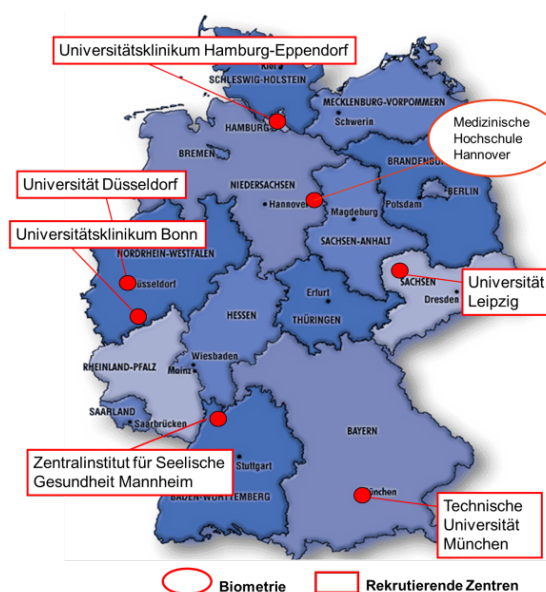
Marion Eisele, Annette Ernst, Hanna Kaduszkiewicz, Martin Scherer

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele

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



Design und Methodik

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

Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Januar 2014 bis Oktober 2016

Partner

6 weitere Hochschulen (siehe Grafik)

Ansprechpartnerin

Marion Eisele, meisele@uke.de



Komorbiditäten bei Patienten mit Herzinsuffizienz (RECODE-HF)

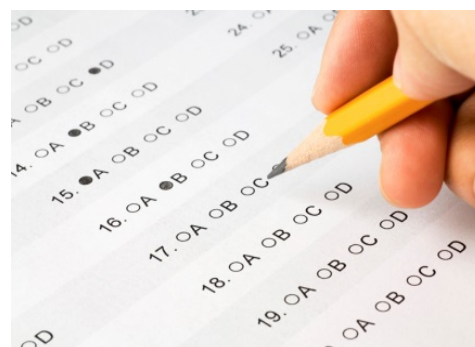
Marion Eisele, Anja Rakebrandt, Agata Kazek, Sigrid Boczor,
Eike von Leitner, Fritz Pohl, Eva Blozik, Martin Scherer

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele des Projekts

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



Design und Methodik

Über Hausarztpraxen in Hamburg, Lübeck, Kiel und Würzburg werden Patienten mit Herzinsuffizienz rekrutiert. Die Patienten erhalten zu Studienbeginn und ein Jahr später einen Fragebogen, in dem sie gebeten werden, ihren aktuellen Gesundheitszustand und weitere Erkrankungen zu beschreiben. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden ebenfalls hinsichtlich Komorbiditäten und Behandlung ihrer Patienten befragt. Bislang konnten 162 Ärztinnen und Ärzte 2.900 Patienten mit Herzinsuffizienz in die Studie einschließen.

Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	Februar 2012 bis Januar 2015
Partner	Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz des Universitätsklinikums Würzburg, Universitätsmedizin Göttingen
Ansprechpartnerin	Marion Eisele, m.eisele@uke.de





Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim (INTERPROF)

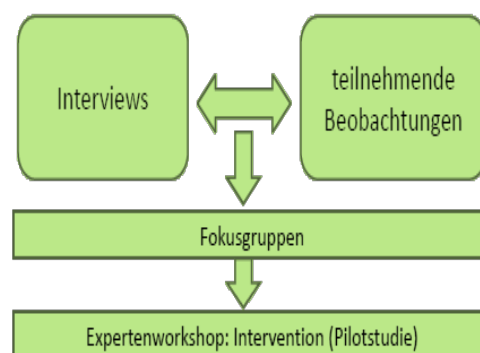
Britta Tetzlaff, Martin Scherer

Hintergrund

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

Ziele

Die qualitative Multicenterstudie INTERPROF untersucht die Zusammenarbeit und die Kommunikationsstrukturen zwischen Pflegepersonal und Hausärzten im Pflegeheim. Zudem werden die Bedürfnisse und Erwartungen der Bewohner und ihrer Angehörigen erfasst. Auf Basis dieser Erkenntnisse soll ein Kommunikations- und Kooperationsmodell entwickelt werden, welches in einer Pilotstudie getestet wird. Das Modell soll abschließend in der Doktorarbeit von Britta Tetzlaff durch weitere an der Versorgung beteiligte Akteure (Ergo- sowie Physiotherapeuten) erweitert werden.



Design und Methodik

Die Entwicklung des Kommunikations- und Kooperationsmodells erfolgt auf Basis von

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

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

Haben Sie Interesse an der Studie teilzunehmen?

Für die Studie sowie die Doktorarbeit werden noch Hausärztinnen/Hausärzte, Pflegekräfte und Therapeutinnen/Therapeuten gesucht, die an einem Interview oder einer Fokusgruppensitzung teilnehmen möchten.

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Februar 2012 bis Januar 2015

Partner

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



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Ansprechpartnerin

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

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

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

Hintergrund

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

Ziele

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



Methodik

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

Projektstand: Die Baselineerhebungen werden in 2013 abgeschlossen sein, die Follow-up-Befragungen Ende 2014. Die Auswertung und Publikation der Daten erfolgt in den Jahren 2014 (Querschnittsanalysen der Baseline) und 2015 (Längsschnittanalysen).

Projektpartner

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

Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Ansprechpartnerin

Paola Brusa Düwel, p.brusa-duewel@uke

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

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

Hintergründe und Ziele

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

Ziel dieses Forschungsprojektes ist es daher, Spielräume, Barrieren und Chancen aus Sicht der direkt an der Versorgung depressiver alter Menschen Beteiligten (Hausärzten, Psychiatern, Nervenärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Pflegepersonal) zu explorieren und praktische Maßnahmen für eine Optimierung der Versorgung depressiv erkrankter alter Menschen abzuleiten.

Design und Methodik

Es handelt sich um eine qualitative Studie. In vier Studienzentren (Bonn, Hamburg, Leipzig und Mannheim) werden insgesamt vier Fokusgruppen und 36 Einzelinterviews durchgeführt. In Hamburg finden die Fokusgruppendifkussion mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie 3 Interviews mit alten Patienten mit Depression, 3 Interviews mit Angehörigen und 3 Experteninterviews statt. Die Auswahl der Patienten- und Angehörigen-Interviewpartner erfolgt gezielt aus der Kohorte der AgeMooDe-Studie.

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

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

Ergebnisse / Erwartete Ergebnisse

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

Förderer	Bundesministerium für Gesundheit
Laufzeit (in HH)	Nov. 2013 bis Juli 2014
Partner	Universitäten Bonn, Leipzig und Zi für Seelische Gesundheit, Mannheim
Ansprechpartnerin	Hanna Kaduszkiewicz, kaduszk@uke.de

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

Nadine Pohontsch, Frank Jessen, Steffi Riedel-Heller, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

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

Design und Methodik

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



Quelle: morgueFile

Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

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



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

Nadine Janis Pohontsch, Martin Scherer, Marion Eisele

Hintergründe und Ziele

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

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

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

Design und Methodik

Es werden bei insgesamt 12 Demenzpatienten je ein Angehöriger und mindestens ein Professioneller aus dem medizinischen Bereich (Hausarzt oder Pflegekraft) anhand eines leitfadengestützten, offenen Interviews über die Ursachen des letzten Krankenhausaufenthalts und dessen potentieller Vermeidbarkeit befragt. Die Auswahl der Indexpatienten erfolgt anhand eines selektiven Samplings aus einer bereits bestehenden Kohorte von Menschen mit Demenz. Die Interviews werden aufgenommen, transkribiert und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.



Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer	Deutsche Forschungsgemeinschaft
Laufzeit	Juli 2013 bis Juni 2014
Ansprechpartnerin	Marion Eisele, m.eisele@uke.de



Arzneimittel bei chronischer Herzinsuffizienz in der Hausarztpraxis

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

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele des Projekts

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



Methodik

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

Ergebnisse

Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Projektpartner

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



Ansprechpartner

Hendrik van den Bussche, bussche@uke.de

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

Marion Eisele, Heike Hansen, Nadine Pohontsch, Hans-Otto Wagner,
Eike von Leitner, Martin Scherer

Zusammenfassung

Krankheitserreger, die seit langem bekannt und als beherrschbar eingestuft sind, können durch den Erwerb von Antibiotikaresistenzen, Virulenzfaktoren oder hoher Kontagiosität und Infektiosität Epidemien oder gar Pandemien auslösen. Auch erstmals auftretende neue Erreger können zu Problemkeimen und somit zu einer großen Herausforderung für den behandelnden Arzt. Beim Ausbruch des Escherichia coli O104:H4 im Sommer 2011 gab es – wie bereits schon bei vorangegangenen Epidemien - teils starke Kritik am Krisenmanagement und an der Informationspolitik der Behörden sowie Unklarheiten über deren Zuständigkeiten. In diesem Projekt wird die hausärztliche Sicht der Versorgungssituation bei Epidemien untersucht. Daraus werden Empfehlungen für die Optimierung des Krisenmanagements zukünftiger Epidemien abgeleitet.

Hintergründe und Ziele

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



Quelle: Picture alliance

Design und Methodik

Es wurden Experteninterviews mit 12 Hausärztinnen und Hausärzten in Hamburg und Lübeck durchgeführt, vollständig transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Interviews behandelten u.a. folgende Themenbereiche: Einflüsse der Epidemien auf die hausärztliche Praxis / Patientenangelegenheiten, Informationsquellen und Strategien zur Informationsgewinnung und Schwierigkeiten in der Versorgung und im Rahmen der Kooperationen mit Spezialisten und Krankenhäusern.

Ergebnisse

Aus hausärztlicher Sicht zeigte sich insbesondere hinsichtlich der Informationspolitik und einer Sicherstellung der Finanzierung epidemiebedingter Maßnahmen Handlungsbedarf. Nicht alle Aspekte des Nationalen Pandemieplans wurden als umsetzbar eingeschätzt.

Geplante Ergebnisverwertung

Eine wissenschaftliche Publikation wurde erstellt und zur Veröffentlichung eingereicht. Diese liefert wertvolle Hinweise, die für die aktuelle Überarbeitung des Nationalen Pandemieplans hilfreich sein können.

Laufzeit	November 2011 bis August 2013
Publikationen	eingereicht
Ansprechpartnerin	Marion Eisele, m.eisele@uke.de

MultiCare AGENDA: Narrative Gespräche und Medikamentenchecks in der hausärztlichen Praxis

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

Hintergründe und Ziele

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

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



Design und Methodik

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

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

Erwartete Ergebnisse

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

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	Januar 2011 bis Dezember 2013
Partner	Institute für Allgemeinmedizin in Düsseldorf, Rostock und Hannover
Publikationen	Altiner A et al., BMC Fam Pract. 2012 Dec 12;13:118.
Ansprechpartnerin	Hanna Kaduszkiewicz, kaduszki@uke.de

Einsatz modifizierter Constraint Induced Movement Therapy in Therapiepraxen zur Förderung der Teilhabe von Schlaganfallpatienten (HOME CIMT):

Rekrutierungspotential für eine cluster-randomisierte Interventionsstudie

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

¹Institut für Allgemeinmedizin, UKE

²Physiotherapie, UKE

³Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, UKE

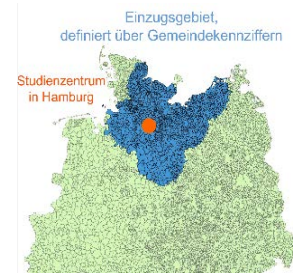


Hintergründe und Ziele

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

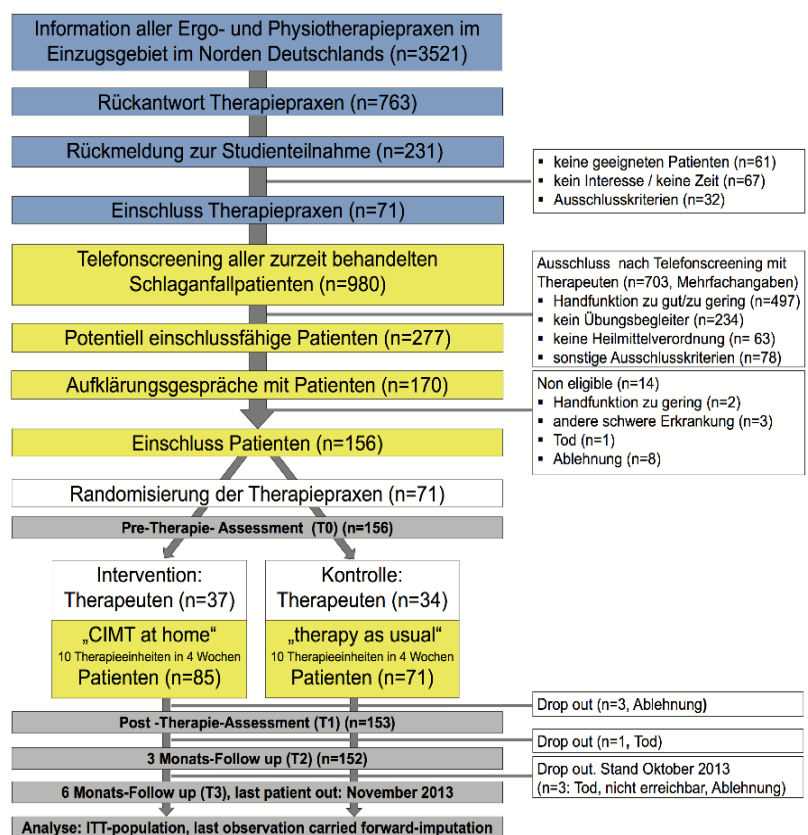
Design und Methodik

Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie mit Therapiepraxen. Zur Beantwortung der primären Studienfrage werden pro Studienarm 72 Patienten bzw. 24 Praxen benötigt. Die Analyse der beiden primären Endpunkte Aktivität/Partizipation (Motor Activity Log) und Motorische Funktion (Wolf Motor Function Test) erfolgt nach dem Abschlussprinzip.



Ergebnisse

Die Durchführung einer randomisiert-kontrollierten Studie mit Therapiepraxen ist gut möglich: 30% aller Praxen, die sich zur Studie zurückmeldeten, nehmen teil. Der Rekrutierungsprozess ist abgeschlossen. Die Fallzahl wurde erreicht. Die Interventionsphase ist für alle Patienten beendet. Derzeit erfolgt die Datenanalyse der Primärdaten (T0 und T1). 16% aller Schlaganfallpatienten der 71 Praxen nehmen an der Studie teil. Das entspricht 1 von 6 Schlaganfallpatienten („number needed to be screened“), die zurzeit Therapie erhalten. Prinzipiell scheint „CIMT at home“ eine Therapieoption für etwa 1/4 aller in den Praxen behandelten Schlaganfallpatienten zu sein.



Förderer

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Laufzeit

Januar 2011 bis Dezember 2013

Ansprechpartnerin

Anne Barzel, a.barzel@uke.de





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

Eike-Christin von Leitner¹, Thomas Kloppe¹, Sigrid Boczor¹, Fritz Pohl¹, Patricia Thomsen¹, Maren Wögens¹, Moritz Hadwiger¹, Christiane Bleich², Christina Rosenberger³, Christian Brettschneider³, Hans-Helmut König³, Martin Härter², Martin Scherer¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin, UKE

² Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE

³ Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, UKE

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele

Die Depression ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Häufig bleibt sie jedoch unerkannt. Weiterhin existieren im Zusammenhang mit der Diagnose und Therapie von psychischen Erkrankungen oft Hemmschwellen. Eine adäquate Therapie in der Hausarztpraxis ist zeitaufwändig. Besteht Bedarf an einer fachärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung, wird aufgrund langer Wartezeiten die notwendige Betreuung häufig nicht zufriedenstellend erreicht. Es resultiert die Gefahr einer Chronifizierung der Depression. Forschungsziel ist die Feststellung, ob die Anpassung und Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland praktikabel und sowohl die gut belegte Wirksamkeit als auch die positive Kosten-Nutzen-Bilanz der Intervention ebenfalls in Deutschland zu beobachten sind.



Design und Methodik

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

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

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

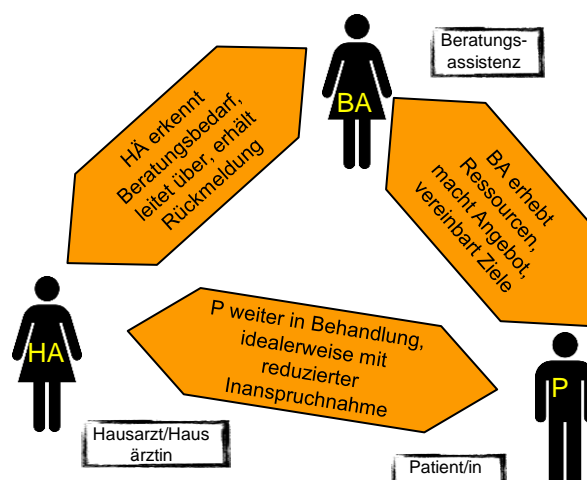
Thomas Zimmermann, Egina Puschmann, Sarah Porzelt, Patricia Thomsen, Martin Ebersbach, Josephine Seeler, Martin Scherer

Hintergrund und Ziele

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

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

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



Design und Methodik

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

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

Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

Neben der Veröffentlichung des Studienprotokolls planen wir einen Aufsatz zur Machbarkeit des Angebots im Rahmen der ambulanten Versorgung und einen Bericht über die Effektivität der Beratung.

Förderer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Laufzeit	Januar 2011 bis Januar 2014
Partner	HAW Hamburg, Institut für Allgemeinmedizin MH Hannover
Ansprechpartner	Thomas Zimmermann, t.zimmermann@uke.de

Diabetes einfach schulen Forschungsprojekt SITD

Claudia Mews, Jennifer Wrede-Sach, Martin Scherer

Hintergründe und Ziele

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

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

Design und Methodik

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

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

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



Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

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



Evaluation der Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg

Hanna Kaduszkiewicz, Carolin Lange, Martin Scherer

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele

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



Design und Methodik

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

Erwartete Ergebnisse

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

Geplante Ergebnisverwertung

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

Förderer	Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Freie und Hansestadt Hamburg
Laufzeit	Juni 2013 bis Oktober 2015
Ansprechpartner	Hanna Kaduszkiewicz, kaduszk@uke.de Carolin Lange, car.lange@uke.de



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

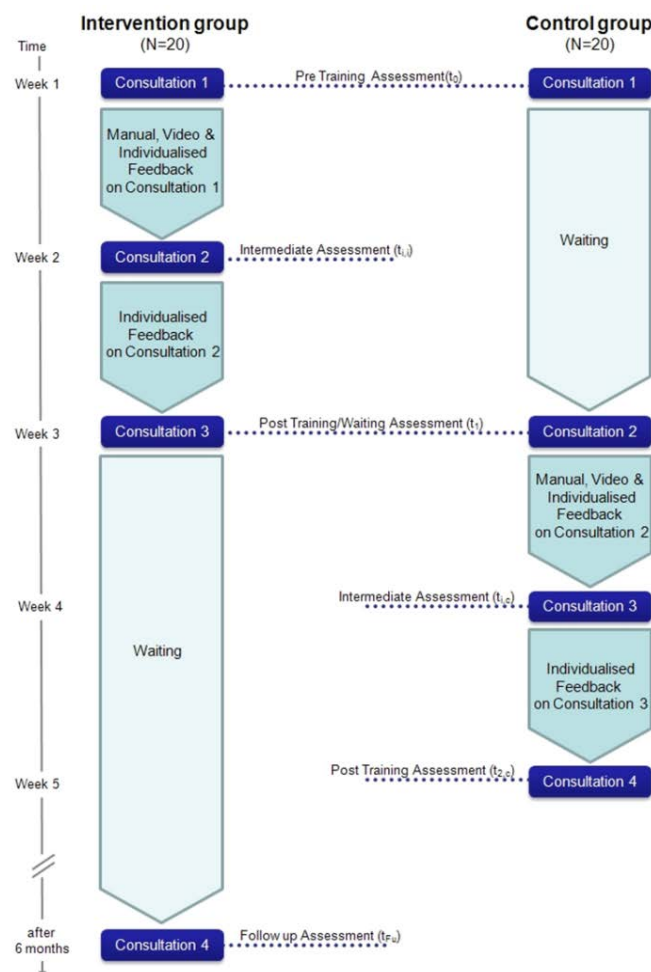
Friedemann Geiger & Jürgen Kasper

Hintergrund

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

Forschungsfragen

- Führt ein neu entwickeltes SDM-Training für Ärzte² zu entsprechenden Veränderungen in der Kommunikation bei medizinischen Entscheidungen?
- Eignet sich ein neuer SDM-Ergebnisparameter – ein aus verschiedenen Beurteilungskomponenten und -perspektiven zusammengesetzter Koeffizient – als Goldstandard für die Messung von SDM?^{3,4}
- Führt SDM zu einer veränderten Wahrnehmung und Verarbeitung von entscheidungsbezogenen Ungewissheiten?⁵



Publikationen

1. Bunge M et al. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient Educ Couns 2010;78:316-28.
2. Kasper J. doktormit shared decision making (SDM) - A training program for doctors in risk communication and patient involvement. In: Inventory of Shared Decision Making Programs for Healthcare Professionals. <http://decision.chaire.fmed.ulaval.ca/index.php?id=180&L=2>
3. Geiger F et al. The blind men and the elephant: Introducing a compound measure for shared decision making integrating patient's, physician's and observer's view. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 2012 (107).
4. Kasper J et al. The multifocal approach to sharing in shared decision making. PLoS ONE 2012; 7: 1-9.
5. Kasper J et al. Decision-related uncertainties perceived by people with cancer-modelling the subject of shared decision making. Psychooncology. January 2008; 42-48.
6. Geiger F et al. Investigating a training supporting shared decision making (IT'S SDM 2011): study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2011, 12:232.

Förderer

Tumorzentrum des UKSH Campus Kiel

Laufzeit

Januar 2011 bis Dezember 2013

Partner

GKH Herdecke, UKSH Campus Kiel, Universitätsklinikum Marburg, EVK Gelsenkirchen, Klinikum Osnabrück

Ansprechpartner

Jürgen Kasper, SDM@doktormit.com

Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im Regelstudiengang

Maren Ehrhardt, Kerstin Schrom, Martin Scherer

Überblick

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

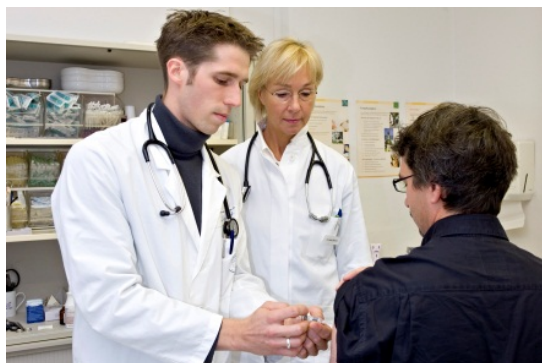
Lehrangebote des IfA

Medizin II:

- Allgemeinmedizin
- Sozialmedizin
- Interdisziplinäre Unterrichtsangebote
- Wahlfach Experimentelle Medizin

Praktisches Jahr:

- Wahltertial Allgemeinmedizin
- Studientag PJ



Medizin II

Allgemeinmedizin

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

Sozialmedizin

- Seminare, Vorlesungen
- Prüfungen: Referate, Klausur

Interdisziplinäre Unterrichtsangebote

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

Lehrpraxen: Blockpraktikum und PJ

In über 150 Lehrpraxen werden Studierende im Rahmen des zweiwöchigen Blockpraktikums Allgemeinmedizin unterrichtet.

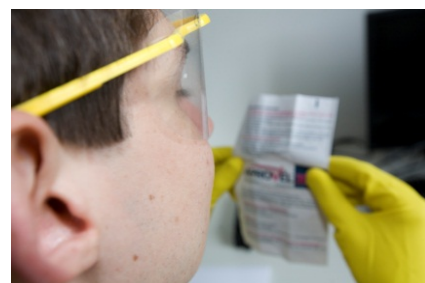
Dank des Einsatzes der Lehrärztinnen und Lehrärzte gehört das BP Allgemeinmedizin zu den von den Studierenden am besten evaluierten Blockpraktika.

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

Lehrprojekte

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

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



Lehrveranstaltungen und Lehrprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin im iMED Modellstudiengang

Maren Ehrhardt, Kerstin Schrom, Martin Scherer



Überblick

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

Medizin des Erwachsenen und des alternden Menschen (Module G)

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

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

Unterrichtsveranstaltungen in anderen Modulen

Themen:

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



Ausbildung in den Lehrpraxen

Zweiwöchiges Blockpraktikum Allgemeinmedizin

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

PJ Wahlfach Allgemeinmedizin

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

Ansprechpartnerin

Maren Ehrhardt, ehrhardt@uke.de

„Second Tracks“/ Wahlfächer

Die Allgemeinmedizin ist an zwei Wahlfächern federführend beteiligt:

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

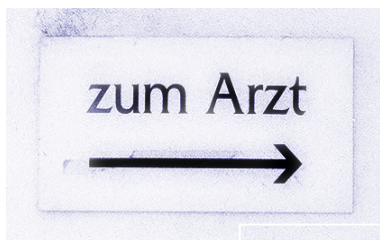
Modulübergreifende Lehrangebote des IfA

- Berufsfelderkundung*
- Einführung in die klinische Medizin*

Prüfungen

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

*jeweils mit eigener Projektbeschreibung



Lehrveranstaltung Berufsfelderkundung

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

Thomas Kloppe, Iris Extra, Maren Ehrhardt

Zusammenfassung



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

Hintergründe und Ziele

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

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

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



Design und Methodik

In fünf Erkundungen, die aus insgesamt knapp 200 Angeboten gewählt werden können, erhalten die Studierenden die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte in ambulanten, stationären und in psychosozialen Arbeitsfeldern sowie im Bereich Public Health und in der medizinischen Forschung zu besuchen. Dort erhalten sie vielfältige Einblicke in den ärztlichen Berufsalltag.

Die Erkundungen werden von sechs Seminaren am UKE begleitet, in denen die Studierenden sich Kenntnisse über die verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems erarbeiten und ihre Erfahrungen aus den Berufsfelderkundungen strukturiert miteinander diskutieren.

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

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, Lena Hahn, Maren Ehrhardt



Zusammenfassung

INTEGRIERTER
MODELLSTUDIENGANG
MEDIZIN HAMBURG **iMED**

Inhalt des interdisziplinären, vorklinischen Kurses "Einführung in die klinische Medizin" (EKM) ist der Erwerb grundlegender Techniken der körperlichen Untersuchung und der Anamneseerhebung, die dann in den Untersuchungskursen des klinischen Studienabschnitts aufgegriffen und vertieft werden. Die Inhalte des EKM-Kurses orientieren sich am 2012 finalisierten KUMplusKOM-Schema.

Hintergründe und Ziele des Projekts

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



Design/ Methodik

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

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

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

Kursthemen

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

Ergebnisse

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

Ansprechpartnerin

Dagmar Lühmann, d.luehmann@uke.de

Entwicklung des Wahlfachs „PraxisTrack“ für das Hamburger Reformcurriculum iMED

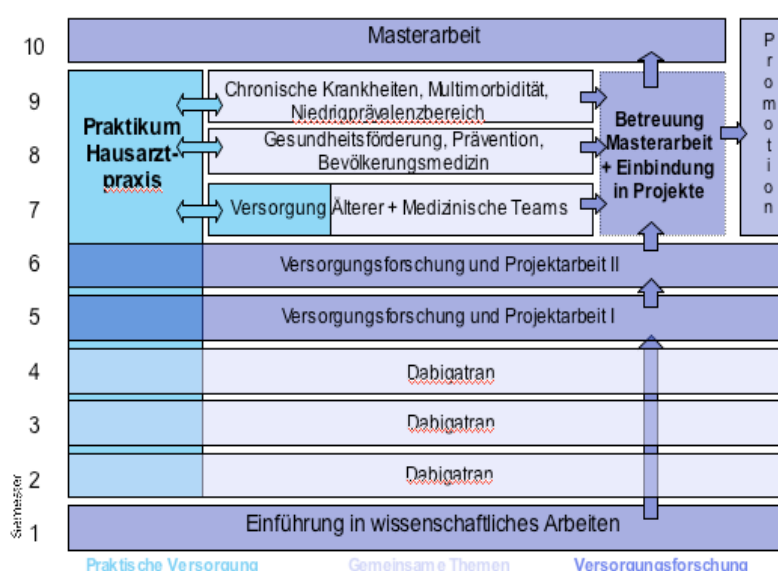
Katharina Dahl, Sven Anders, Hans-Hermann Dubben, Maren Ehrhardt, Birgit Frilling, Olaf von dem Knesebeck, Hans-Helmut König, Wolfgang von Renteln-Kruse, Kai Sammet, Heinz-Peter Schmiedebach, Rebecca Schwoch, Susanne Sehner, Karl Wegscheider, Martin Scherer

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele des Projekts

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



Aufbau des PraxisTracks

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

Entwicklungsstand

Konzept, Lernziele, Lehrinhalte und Stundenpläne wurden für die einzelnen Module und den gesamten PraxisTrack erstellt und abgestimmt. Mit der Unterstützung des Förderfonds Lehre wurde das Wahlfach etabliert und im Mai 2013 erstmalig durchgeführt. Die ersten Erfahrungen sind sehr positiv und werden für die Weiterentwicklung des Tracks genutzt.

Beteiligte Institute

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

Ansprechpartnerin

Katharina Dahl, k.dahl@uke.de

Second Track

Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin (intermed)

Claudia Mews, Niels-Jens Albrecht, Annette Strauß, Martin Scherer

Zusammenfassung

Im Modellstudiengang Medizin iMED gibt es einen Wahlpflichtbereich, der Studierenden die Möglichkeit bietet, in einem strukturierten Mantelcurriculum (Second Track) in Gruppen von max. 20 Teilnehmenden wissenschaftliches Arbeiten zu erlernen, anzuwenden und dabei ausgewählte Teilbereiche der Medizin kennen zu lernen. Das Institut für Allgemeinmedizin bietet in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Soziologie den Second Track intermed an, der den Studierenden das bisher in Deutschland einmalige Angebot bietet, Kompetenzen und Qualifikationen in verschiedenen Bereichen des Internationalen Gesundheitswesens und im Bereich des Umgangs mit Patientengruppen unterschiedlichster Herkunft zu erlangen.

Hintergründe und Ziele

In Deutschland haben ca. 20 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Allgemeine Aussagen zum Gesundheitszustand dieser großen heterogenen Gruppe sind nicht zu treffen. Die Gründe und Umstände einer Migration und die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Herkunfts- und im Zuwanderungsland können aber Einfluss auf den Gesundheitszustand haben. Der Zugang zu den Angeboten und Einrichtungen des Gesundheitswesens kann erschwert sein, im Arzt-Patienten-Kontakt kann es zu Herausforderungen kommen.

Die globale Mobilität nimmt zu. Viele Medizinstudierende verbringen einen Teil ihrer Ausbildung im Ausland. Die globale Sicht auf die Gesundheit von Individuen und Bevölkerungsgruppen und die sozialen, wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Faktoren, die sie weltweit beeinflussen führt zu neuen Erkenntnissen. Eine zunehmende Internationalisierung von Studium und Berufsalltag findet statt. Ziel ist es, den Studierenden entsprechende Kompetenzen zu vermitteln und Wege zu einer patientenzentrierten und chancengleichen Gesundheitsversorgung, unabhängig von Herkunft, Identität und kultureller Orientierung im Inland und im Ausland aufzuzeigen.

Design und Methodik

Im ersten Semester findet für alle Studierenden das Modul „Einführung in wissenschaftliches Arbeiten“ statt. Der Wahlpflichtbereich umfasst anschließend acht Module à 2 Wochen (2.-9. Semester) sowie das Modul „Studienarbeit“ im 10. Semester. An entwickelten Lernzielen orientiert stehen bei intermed Theorie, Forschung und klinisch-praktische Tätigkeiten in den Stundenplänen über den gesamten Zeitraum in einem ausgewogenen Verhältnis.

Ergebnisse

Am ersten Modul des Second Track intermed im Mai 2013 nahmen 20 Studierende teil, 13 Dozierende waren im Einsatz. Neben einer Einführung in Forschungsmethodik unter Berücksichtigung von migrationsspezifischen Aspekten wurden u.a. die Themen „Migration“ und „Kultur“ näher beleuchtet, es gab Einblicke in die Arbeit von Ärzten ohne Grenzen und des International Office des UKE, Möglichkeiten für Auslandsaufenthalte während des Studiums wurden aufgezeigt etc.. In 5 Hospitationspraxen wurden die Studierenden von 11 Lehrärztinnen und -ärzten im Verhältnis 1:1 betreut. Alle Dozierenden wurden von den Studierenden evaluiert - mit guten bis sehr guten Ergebnissen.

Ansprechpartnerin

Claudia Mews, c.mews@uke.de

INTEGRIERTER
MODELLSTUDIENGANG
MEDIZIN HAMBURG **iMED**

Lehrkonzept des Fachs Sozialmedizin

Thomas Zimmermann, Dagmar Lühmann, Ingmar Schäfer, Martin Scherer

Zusammenfassung

Die Sozialmedizin befasst sich mit den sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit. Das Fach analysiert die Umstände, die mit einer gesunden oder ungesunden Lebensweise unterschiedlicher Zielgruppen einhergehen, deren Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie deren soziokultureller Herkunft bzw. Umgebung. Die Sozialmedizin betrachtet darüber hinaus die gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Sie bewertet deren steten Wandel vor dem Hintergrund ärztlicher, aber auch patienten-bezogener 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. Ambulante, stationäre, rehabilitative Versorgung, 3. Public Health, 4. Soziale Ursachen und Folgen von Krankheit

Seminar „Versorgungsformen“ und Seminar „Qualitätsmanagement“

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

Seminar „Versorgungsformen“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

- DMP § 137x SGB V
- Hausarztzentrierte Versorgung § 73b SGB V
- Zulassung zur ambulanten Versorgung
- Medizinisches Versorgungszentrum § 95 SGBV

Seminar „Qualitätsmanagement“

Gruppenarbeit für Präsentation zu diesen Themen:

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

Seminar zur Versorgungssituation von Suchtpatienten/-innen (90 min)

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

Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung

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



Zusammenfassung

Das Institut für Allgemeinmedizin nimmt seit 2005 die Funktion eines Kompetenzzentrums für Simulationspatienten für die Medizinische Fakultät der Universität Hamburg wahr. Simulationspatienten (SP) sind Laienschauspieler in Patientenrollen. Sie sind international in der medizinischen Ausbildung zur Vermittlung kommunikativer und praktischer Fertigkeiten anerkannt. Die positiven Evaluationen Hamburger Studierender und Dozenten und die hohe Akzeptanz der didaktischen Methode ermöglichten einen fachübergreifenden Ausbau des Projekts. Derzeit werden verfügt das Projekt über mehr als 100 SP, die in über 90 Patientenrollen in 295 Unterrichtsveranstaltungen und mehr als 1500 Einzelprüfungen eingesetzt werden.

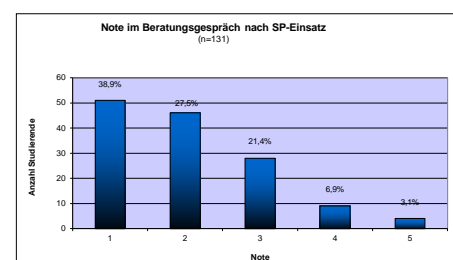
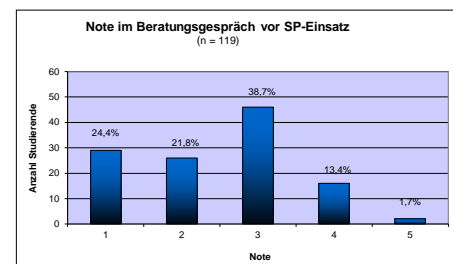
Hintergrund und Zielsetzung

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



Methode

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



Ergebnisse

- Seit 2005 wurde das SP-Programm kontinuierlich ausgebaut. SP-Einsätze wurden longitudinal und fächerübergreifend in den Regel- und Reformstudiengang der medizinischen Curricula implementiert.
- 102 Simulationspatienten werden in 96 Patientenrollen in knapp 300 Lehrveranstaltungen und in mehr als 1500 Einzelprüfungen eingesetzt. Derzeit erproben 2400 Studierende ihre Kompetenzen im Umgang mit Simulationspatienten.
- Evaluationen: „hervorragende Übung“, „SP ist wie ein echter Patient“, „hab mich wie ein richtiger Arzt gefühlt“, „Feedback ist sehr hilfreich“. Lehrveranstaltungen mit SP gehören zu den am besten evaluierten Unterrichten der Fakultät und erhalten Schulnoten von 1,2 - 2,2. Über 90% der Studierenden und Dozenten geben an, der Einsatz von SP steigere die Qualität der Lehre. Prüfungsleistungen wurden verbessert.

Ansprechpartnerin

Cadja Bachmann, c.bachmann@uke.de

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

Benjamin Gedrose, Sophie Birck, Daniel Holst, Nina Jansen,
Hendrik van den Bussche



Zusammenfassung

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

Hintergründe

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

Erste Ergebnisse

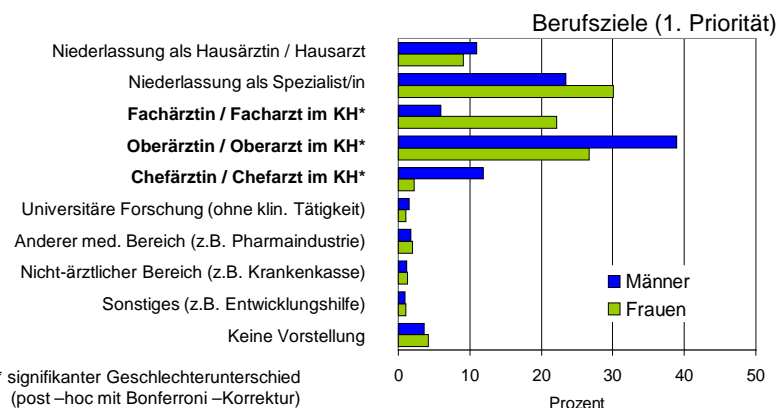
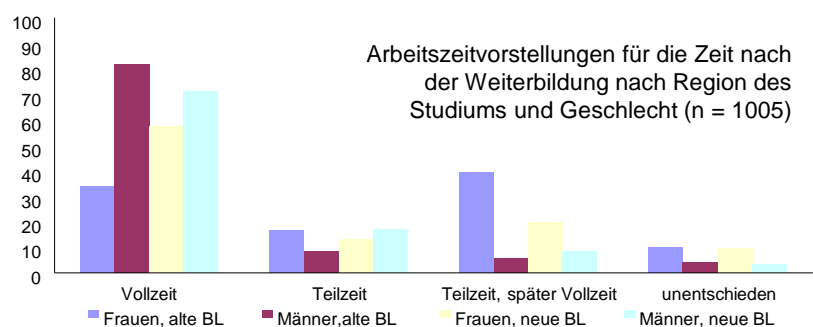
Bereits am Ende des Studiums finden sich Unterschiede in karriere-relevanten Berufszielen. Frauen streben im Krankenhaus statusniedrigere Positionen an. Zudem planen sie seltener eine durchgängige Vollzeittätigkeit. Die (antizipierte) Elternrolle spielt für Ärztinnen eben-so wie traditionelle Vorstellungen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

Ziele

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

Methodik

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



Veröffentlichungen (ausgewählt)

1. Van den Bussche H, Kromark K, Köhl-Hackert N, Robra B, Rothe K, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Wonneberger C, Scherer M, Alfermann D, Gedrose B. Hausarzt oder Spezialist im In- oder Ausland? Das Gesundheitswesen 2012; 74: 786-792.
2. Koehl-Hackert N, Schultz J-H, Nikendei C, Möltner A, Gedrose B, van den Bussche H, Jünger J. Belastet in den Beruf – Empathie und Burnout bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2012;106(2):116–24
3. Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J, Robra B, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Scherer M, Pöge K, Rothe K, van den Bussche H. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Deutsche Medizinische Wochenschrift 2012; 137; 1242

Kooperationspartner & Universitätsstandorte

Leipzig, Erlangen, Gießen, Heidelberg,
Köln, Magdeburg

Ansprechpartner

Benjamin Gedrose, b.gedrose@uke.de

GEFÖRDERT VOM



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

Hans-Otto Wagner, Claudia Mews, Martin Scherer

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Methodik des Projekts

Mit der HFH wurde auf der Basis der Ergebnisse hausärztlicher Gruppendiskussionen ein Fortbildungsformat entwickelt, dessen Inhalte das spezielle Arbeitsfeld, die Arbeitsweise sowie die praktischen Bedürfnisse und Fragestellungen der Hausärzte berücksichtigen. Die Veranstaltungen werden fortlaufend evaluiert und die Teilnehmer werden per E-Mail in die Themenwahl und die inhaltliche Gestaltung der Fortbildungsabende einbezogen. Pro Jahr werden 8 Veranstaltungen angeboten, die eine Mischung aus Fall-besprechungen, 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 2012 die acht Veranstaltungen von über 800 Kolleginnen und Kollegen besucht.

Aktuelles Programm

- Herzinsuffizienz – Update (DMP)
- Diabetes mellitus - neue Therapieregime (DMP)
- HNO-Erkrankungen in der Hausarztpraxis
- Der Krebspatient in der Hausarztpraxis

Wesentliche Merkmale der HFH

- Unabhängigkeit
- Praxis-/Anwendungsorientierung
- Hausarztbeteiligung
- Interdisziplinarität

Ausblick 1. Halbjahr 2014

- Husten – Differentialdiagnose (DMP)
- rationale bildgebende Diagnostik
- Prävention (Hausarztzentrierte Versorgung)
- rationale endokrinologische Diagnostik



Veröffentlichungen

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

Ansprechpartner

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

Hamburger Tag der Allgemeinmedizin

Zusammenfassung

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

Hintergründe und Ziele des Projekts

2013 werden Bundesweit 16 Tage der Allgemeinmedizin stattfinden. Diese Veranstaltungen sind herausragende Beispiele für eine interaktive, qualitativ hochwertige - und vor allem auch eine pharmafreie - Fortbildung. Sie stärken die Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlicher und praktischer Allgemeinmedizin und fördern einen professionellen Austausch in Praxis, Lehre und Forschung, der für alle Seiten gewinnbringend ist. Das große Angebot von praxisrelevanten Fortbildungen für Hausärzte und ihre Praxisteams sichert zudem eine hohe Fortbildungsqualität.



Webseite

www.uke.de/tda

Ansprechpartner

Thomas Kloppe, t.kloppe@uke.de



Methodik und Format der Veranstaltung

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

Krankenversorgung

Martin Scherer, Miriam Führ, Gerrit von Deyen, Annette Löwe, Johannes Lüke,
Kathrin Vermehren, Hans-Otto Wagner

Zusammenfassung

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



Hintergrund

Viele Patientinnen und Patienten, die die Zentrale Notaufnahme (ZNA) des UKE aufsuchen, benötigen im Grunde nur eine fundierte allgemeinärztliche Untersuchung, Behandlung und Beratung und können dann wieder entlassen werden. Sie benötigen nicht die Leistungen einer auf schwerwiegende Notfälle zugeschnittenen Notaufnahme an einer Universitätsklinik der Maximalversorgung. Um diese Patientinnen und Patienten umfassend, schnell und kosteneffektiv zu behandeln, wird das Team der ZNA des UKE von zwei, ab Oktober 2013 von vier Fachärzten für Allgemeinmedizin unterstützt. Die Patienten werden anschließend mit Brief wieder an ihren Hausarzt zurückgeschickt.

Ergebnisse der Evaluation der Pilotphase (Okt. 2012 bis März 2013 in der ZNA)

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

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

Die Arbeit im Ambulanzzentrum

Im Fachbereich Allgemeinmedizin des Ambulanzentrums bietet das Institut die Möglichkeit einer hausärztlichen Versorgung auf dem Campus. Insbesondere auch Mitarbeiter und Studierende des UKE können so eine allgemeinmedizinische Betreuung vor Ort erhalten. Auch können hier Patienten aus der ZNA versorgt werden.

Wir sehen uns als Partner der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und als Bindeglied zwischen dem stationären und ambulanten Sektor zum Nutzen unserer gemeinsamen Patienten. Um diese Aufgabe wahrnehmen zu können, pflegen wir eine enge Verzahnung mit der ZNA, den Polikliniken und dem stationären Sektor. Es ist unser Anliegen, in Kooperation mit den niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten die Schnittstellenkommunikation in diesen Bereichen zu verbessern.

Ein besonderes Anliegen ist es, auf dem Campus für unsere Studierenden und die anderen Disziplinen die Allgemeinmedizin als Fach sichtbar und erfahrbar zu machen.

Eine praktizierte Allgemeinmedizin im klinischen Setting wird die universitäre Institutionalisierung und die Bedeutung des Faches weiter befördern

Ansprechpartner

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

Auswahl abgeschlossener Projekte und erste Ansprechpartner

Forschungsentwicklung, Leitlinien und Qualitätsförderung

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

Hanna Kaduszkiewicz, Thomas Zimmermann, Hendrik van den Bussche

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

Martin Scherer

Sicherheit von Metamizol mit Schwerpunkt Agranulozytose – eine systematische Übersichtsarbeit

Thomas Kötter

Epidemiologie und Versorgungsforschung

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

Hanna Kaduszkiewicz, Ingmar Schäfer

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

Hanna Kaduszkiewicz, Hendrik van den Bussche

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

Hanna Kaduszkiewicz, Ingmar Schäfer

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

Martin Scherer

Klinische Forschung / interventionelle Versorgungsforschung

Verbesserung der ambulanten Nachsorge von Schlaganfallpatienten (MultiCare 3)

Anne Barzel

Lebensqualität nach Absetzen von Hormontherapie in den Wechseljahren

Anne Barzel

Entstigmatisierung der Demenz – Ein Fortbildungsprogramm für Hausärzte und Pflegedienste

Hanna Kaduszkiewicz, Hendrik van den Bussche

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

Annette Ernst, Hendrik van den Bussche

Ausbildung, Weiter- und Fortbildung

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

Britta Tetzlaff, Anne Barzel

Strukturiertes Feedback durch Lehrärzte – eine Möglichkeit zur Standortbestimmung für Studierende

Anne Barzel, Maren Ehrhardt

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

Martin Scherer

Orale Geriatrie

Nicolette Holtz, Claudia Mews

Berufseinstiegsprobleme und Berufsausstiegstendenzen bei Absolventen und Absolventinnen des Medizinstudiums im Ausland

Hendrik van den Bussche

Bundesweite Befragung zur Berufssituation von Physio- und Ergotherapeuten

Anne Barzel

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

Thomas Zimmermann