

Das Institut für Allgemeinmedizin am UKJ – vielfältig, verbindend, versorgungsnah

Koordination: Prof. Dr. Jutta Bleidorn, Jena

15 Jahre Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena (UKJ) – das Fach Allgemeinmedizin ist inzwischen am Universitätsklinikum Jena etabliert. Und nimmt eine Brückenfunktion ein: Lehre und Forschung des Instituts geschehen nicht nur am UKJ, sondern in Zusammenarbeit mit vielen Thüringer Hausarztpraxen im Lehr- und Forschungspraxennetz.

Als Facharzt für Allgemeinmedizin spezialisiert auf den ganzen Menschen

Ein kleiner Exkurs ins System: Hausärztliche Versorgung ist als flächendeckende, primäre Versorgung der Bevölkerung die Grundlage eines funktionierenden Gesundheitssystems. Hausärztinnen und Hausärzte sind dabei als „Spezialisten für den ganzen Menschen“* in einem viel-

schichtigen Versorgungsumfeld tätig: als erster Ansprechpartner für vielfältige körperliche und seelische Behandlungsanlässe, bei akuten und chronischen Erkrankungen, für jedes Lebensalter. Eine anspruchsvolle und vielseitige Aufgabe, die einer guten Vorbereitung bedarf: Hausärztinnen und Hausärzte sind Fachärzte für Allgemeinmedizin und haben in der Regel eine inzwischen fünfjährige Facharztweiterbildung durchlaufen.



Prof. Dr. Jutta Bleidorn

Alle Autorenfotos UKJ/Schroll.

Kernaufgaben: allgemeinmedizinische Lehre ...

Studierenden am UKJ die Allgemeinmedizin nahezubringen, Einblick in die vielfältige hausärztliche Tätigkeit zu ermöglichen, die Rolle der hausärztlichen Versorgung im Gesundheitssystem zu vermitteln – das sind unsere Ziele. Das Fach Allgemeinmedizin ist im Kerncurriculum des Medizinstudiums in Jena fest verankert, mit vorklinischem Wahlfach, Vorlesungen und Seminaren und mit Blockpraktikum Allgemeinmedizin und PJ in Thüringer Hausarztpraxen. Studierende erhalten Einblick in die hausärztliche Tätigkeit und – hoffentlich – Lust auf eine spätere Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt. Eine Besonderheit in Jena ist, dass in der Schwerpunktklinie „Ambulant orientierte Medizin“ Hospitationstage auch in fachspezialistischen Praxen stattfinden.

Auch in der Weiterbildung sind wir engagiert: Im Kompetenzzentrum Weiterbildung Thüringen („Hausarzt werden in Thüringen“) verantwortet das Institut das Seminarprogramm, und über das



15 Jahre Institut für Allgemeinmedizin und Thüringer Tag der Allgemeinmedizin – Festakt im Volkshaus am 18. März 2023. V. l. n. r.: Dr. Ulf Zitterbart, Vorsitzender des Thüringer Hausärzterverbandes, Prof. Dr. Jochen Gensichen, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der LMU München, Prof. Dr. Jutta Bleidorn, Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin des UKJ, Dr. Sven Schulz, stellvertretender Institutsdirektor, Dr. Annette Rommel, 1. Vorsitzende der KV Thüringen, Dr. Hans-Jörg Bittrich, Vizepräsident der Landesärztekammer, Prof. Dr. Walter Rosenthal, Präsident der FSU Jena, Prof. Dr. Verena Vogt, künftige W2-Professorin. Foto: UKJ/Hellmann.



Ein starkes Team – Institut für Allgemeinmedizin 2023.

Programm „Weiterbildung und mehr“ bieten wir eine Weiterbildung, die über die klinische Tätigkeit hinaus auch Forschung und Lehre in der Allgemeinmedizin einbinden. Denn: Auch und gerade in der Primärversorgung braucht es umfassend ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die wissenschaftliche Kenntnisse, Fragen aus der Praxis und den klinischen Kontext zusammenbringen.

Mehr dazu finden Sie in den folgenden Beiträgen zu Lehre und Weiterbildung.

... und Forschung!

Für eine effektive hausärztliche Versorgung mit hoher Qualität braucht es eine wissenschaftlich fundierte Grundlage – aus der Praxis und für die Praxis. Dazu bearbeiten wir Projekte mit praxisnahen Fragestellungen und bringen die hausärztliche Primärversorgung in Verbünde ein, bspw. in das Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit oder in das Post-COVID-Projekt WATCH.

Kompetenzen bündeln, Methoden entwickeln, Synergien schaffen: Am UKJ bauen wir ein Zentrum Versorgungsforschung auf, um ein Scharnier zwischen Wissenschaft und Versorgung zu schaffen und zu Qualität und Effizienz der Versorgung beizutragen (siehe Beitrag „Versorgungsforschung“).

Forschung in der Praxis? Viel einfacher, als mancher denkt: Schon die Teilnahme

an Interviews und Fragebögen trägt dazu bei, relevante Evidenz zu praxisrelevanten Forschungsfragen zu generieren. Im Institut arbeiten wir mit Routinedatenanalysen und vielfältigen weiteren Inhalten und Methoden der Versorgungsforschung – und bauen ein Netz von forschungsinteressierten Hausarztpraxen auf. Mehr dazu im Beitrag „Vernetzung“.

Die Basis: ein starkes Team.

Zusammenarbeit ist uns wichtig: Im Institut arbeiten wir interdisziplinär und interprofessionell gern und gut miteinander. Forschende aus verschiedensten Fachgebieten und Professionen, Ärztinnen und Ärzte bringen wissenschaftliche Expertise, vielfältige Methoden und klinischen Kontext zusammen. Anregender Austausch, gegenseitige Unterstützung, gemeinsames Entwickeln von Ideen in Forschung und Lehre – das kennzeichnet die Arbeit im Institut.

Welten verbinden ...

ist uns ein Anliegen: Für die aktuelle und künftige Gesundheitsversorgung braucht es Wissen und Verständnis von Arbeitsweisen und Rahmenbedingungen der verschiedenen Versorgungsebenen, der stationären und ambulanten Versorgung und der beteiligten Berufsgruppen. Dazu tragen wir in

Forschungsprojekten, in Lehrveranstaltungen und über Vernetzung und Kooperationen gerne bei.

... und: gut vernetzt zusammenarbeiten

mit Thüringer Hausarztpraxen im Lehr- und Forschungspraxennetz, mit Kliniken am UKJ, mit Thüringer Institutionen wie Hausärzterverband und SAVTH, Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung. Über Thüringen hinaus sind wir aktiv in DEGAM und DESAM – der Deutschen Gesellschaft bzw. der Stiftung für Allgemeinmedizin.

Ausblick: Weiter geht's: Als Institut für Allgemeinmedizin am UKJ gestalten und entwickeln wir Forschung, Lehre und Weiterbildung Allgemeinmedizin in Thüringen – und sind gespannt auf die nächsten 15 Jahre!

Prof. Dr. med. Jutta Bleidorn
Universitätsklinikum Jena
Institut für Allgemeinmedizin
Bachstraße 18
07743 Jena
E-Mail: jutta.bleidorn@med.uni-jena.de

Hausärztlicher Nachwuchs: Allgemeinmedizin im Medizinstudium

Inga Petruschke, Sven Schulz, Jutta Bleidorn

Was lernen Studierende in Jena in Allgemeinmedizin?

Erinnern Sie sich noch an allgemeinmedizinische Lehrveranstaltungen in Ihrem Medizinstudium? Gehören Sie zu der Gruppe „Allgemeinmedizin kam kaum vor“ oder „immerhin mal einen Einblick bekommen“? Hier hat sich viel geändert. Eine gute hausärztliche Primärversorgung ist die Grundlage jedes funktionierenden Gesundheitssystems, und eine zunehmende Zahl der Medizinstudierenden schlägt den Weg in die Allgemeinmedizin ein. Und auch wer im stationären Bereich oder in der fachspezialistischen Praxis ärztlich tätig ist, hat immer wieder Berührung mit Hausarztpraxen und ihren Teams und muss wissen, wie die Primärversorgung funktioniert. Daher braucht die Allgemeinmedizin unbedingt ihren Platz im Medizinstudium.

Uns ist wichtig, dass Studierende

- lernen, wie die Primärversorgung in Deutschland funktioniert.
- die Besonderheiten der Allgemeinmedizin verstehen – vom Arbeiten im Niedrigprävalenzbereich über die erlebte Anamnese bis zum Wahrnehmen des Patienten in seinem bio-psycho-sozialen Umfeld.
- einen echten Einblick in die hausärztliche Tätigkeit bekommen und in Blockpraktikum oder Praktischem Jahr selbst aktiv werden.

Allgemeinmedizin – ein Grundlagenfach?

Wir denken: Ja! Die Medizin wird immer umfangreicher und spezialisierter und

fordert damit geradezu mehr Generalisten mit Überblick – Hausärztinnen und Hausärzte als „Spezialisten für den ganzen Menschen“¹ werden dringend gebraucht.

Neue Approbationsordnung erwartet: mehr Wissenschaft im Studium, mehr Allgemeinmedizin, ambulant Quartal im Praktischen Jahr

Ziel der seit geraumer Zeit erwarteten neuen Ärztlichen Approbationsordnung sind „wissenschaftlich und praktisch ausgebildete Ärzte und Ärztinnen, die zur eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt sind“². Das soll zukünftig umgesetzt werden über mehr Praxis- und Patientenbezug, mehr Allgemeinmedizin und Einbezug von Lehrpraxen, eine frühe Verzahnung anstelle der strikten Trennung in Vorklinik und Klinik, die Stärkung der medizinisch-wissenschaftlichen Fähigkeiten, neue und moderne Prüfungsformen.

Für die ambulante Versorgung bedeutet das nach aktuellem Stand:

- mehr Allgemeinmedizin: drei Blockpraktika, dafür Wegfall der verpflichtenden Hausarztfamulatur;
- ein ambulant Quartal im PJ in hausärztlichen oder fachspezialistischen Praxen wird Pflicht.

Darauf bereiten wir uns vor, gewinnen aktiv **neue Lehrpraxen** – und möchten Sie für Lehre begeistern (s. folgende Seiten).

1. DEGAM-Zukunftspositionen
2. ÄApprO, Referentenentwurf 2021



Dr. Inga Petruschke

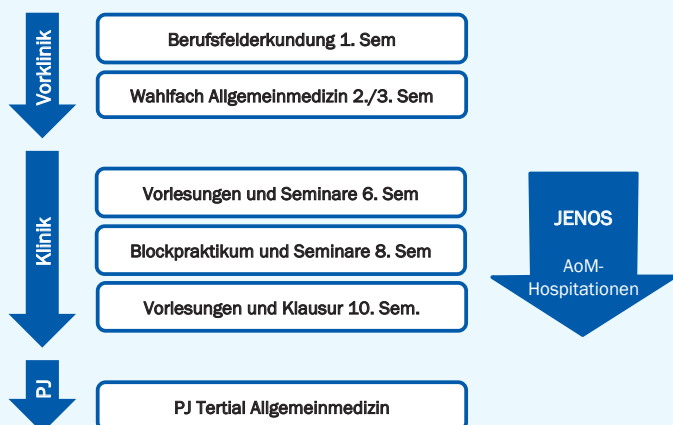


Dr. Sven Schulz

Auch die Wissenschaft im Studium gewinnt an Gewicht: nicht nur Laborforschung, sondern angewandte Wissenschaft als Basis für die tägliche Versorgung. Welche wissenschaftlichen Grundlagen haben ärztliche Entscheidungen in Therapie und Diagnostik? Wie werden wissenschaftliche Erkenntnisse in die direkte Patientenversorgung umgesetzt? Hier kommt patientennahe klinische Forschung und Versorgungsforschung ins Spiel, gerade auch in der Allgemeinmedizin. Wir stehen hier für eine versorgungsnahe Wissenschaft, die in Studium und Weiterbildung ihren Platz hat.

Von der Vorklinik bis zum Praktischen Jahr – Allgemeinmedizin longitudinal

Übersicht: Lehre im Fach Allgemeinmedizin am UKJ



Im Kerncurriculum, also im obligatorischen Teil für alle 286 Studierenden, ist Allgemeinmedizin inzwischen vielfach vertreten – von Berufsfelderkundung und Wahlfach in der Vorklinik über Vorlesungen und Seminare bis zur praktischen Ausbildung vor Ort in den Hausarztpraxen. Kernstück ist das Blockpraktikum Allgemeinmedizin, in dem alle Studierenden acht Arbeitstage in einer Hausarztpraxis verbringen, sich in eigenen Patientenkontakten üben – und das zumeist als große Bereicherung erleben. Und wer mag, wählt dann auch im Praktischen Jahr (PJ) Allgemeinmedizin als Wahlfach und verbringt 16 Wochen in einer Hausarztpraxis, mit begleitenden Seminaren am Institut.

Lehre – mit neuen Ideen und Konzepten

Interessante Fälle „von der Wiege bis zur Bahre“, ergänzt durch videobasierte Lehrseinheiten (siehe „Dr. Pebb“), praxisnahe Hands-on-Seminare, persönliche Kontakte zu hausärztlichen Dozenten – das sind Kernelemente unserer Lehre. Dazu kom-

men longitudinale Inhalte, bspw. zur fachübergreifenden Professionalisierungsentwicklung in LongProf (s. Abb.). Kommunikation lernen? Auch das Arzt-Patient-Gespräch hat inzwischen seinen Platz im Studium. Wie motiviere ich Pa-

tienten, das Rauchen aufzugeben, wie erkläre ich das Risiko einer chronischen Erkrankung – sprechende Medizin lernen und üben gehört dazu, in der Theorie, mit Schauspielpatienten oder in Blockpraktikum und PJ im Praxisalltag.

LongProf – longitudinale Professionalitätswildung

- In LongProf wird seit 2021 ein Programm zur longitudinalen Professionalitätswildung entwickelt und umgesetzt.
- Studierende setzen sich auseinander mit Themen der ärztlichen Professionalität, z. B. ärztliche Identität, Verantwortung, Resilienz, Autonomie, Tod und Sterben, Planetary Health.
- Werte und Wissen für ärztliches Handeln werden entwickelt.
- Resilienz der Studierenden wird gestärkt, der Einstieg in die klinische Praxis unterstützt.

Das LongProf-Team arbeitet mit im Ausschuss zur Professionellen Identitätswildung (PiF) der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Die Ergebnisse schaffen eine Basis für den weiteren Auf- und Ausbau unseres Lehrpraxennetzes.



LongProf wird gefördert über das Strategie- und Innovationsbudget des UKJ.



Kontakt:
Dr. Jens Reißmann
E-Mail: Jens.Reissmann@med.uni-jena.de

Patientinnen und Patienten evidenzbasiert beraten und behandeln (PEBB)



Immer zahlreicher, komplexer und individueller werden die Möglichkeiten der modernen Medizin. Um gemeinsam mit Patientinnen und Patienten die passenden diagnostischen und therapeutischen Optionen zu finden, sind Kenntnisse der Grundprinzipien der angewandten evidenzbasierten Medizin hilfreich.

Was unterscheidet diagnostische Entscheidungen in der Hausarztpraxis und in der Klinik? Wann ist ein Schnelltest aussagekräftig? Was sind Leitlinien, und wozu brauche ich sie? Und wie beziehe ich Patientinnen und Patienten in Entscheidungen ein?

Diesen und weiteren Fragen geht die junge Hausärztin Dr. Pebb in kurzweiligen, praxisnahen Lehrvideos nach.

Die Videos sind frei zugänglich – interessant für Studierende und Praxisteams!

www.uniklinikum-jena.de/allgemeinmedizin/Lehre/Lehrprojekte.html

PEBB wurde gefördert über das Strategie- und Innovationsbudget des UKJ.



Kontakt:

Dr. Luise Wagner

E-Mail: Luise.Wagner@med.uni-jena.de

Was motiviert Thüringer Hausärztinnen und Hausärzte, Studierende in ihren Praxen auszubilden?

Studierende in der eigenen Praxis ausbilden – viele Thüringer Hausärztinnen und Hausärzte sind dabei und unterstützen uns als Lehrärztinnen und Lehrärzte, vor allem im Blockpraktikum Allgemeinmedizin.

„Hätte nie gedacht, wie vielfältig die Arbeit als Hausarzt ist“ – die Studierenden schätzen das Praktikum sehr, weil es viel Raum zum Einüben praktischer ärztlicher Tätigkeiten und einen hautnahen Einblick in die Hausarztpraxis

ermöglicht: *„Toller Einblick in die Praxis!“*

Wir freuen uns über weitere Lehrärztinnen und Lehrärzte!

MoThüVation – Befragung Thüringer Hausärztinnen und Hausärzte zur Lehrmotivation

Neue Lehrpraxen für Thüringen: Wir befragten 2020 alle hausärztlich tätigen Thüringer Ärztinnen und Ärzte, was sie zur Ausbildung Studierender in ihren Praxen motiviert.

Die Motivation ist hoch – 82 % der Teilnehmer gaben Motivation zur Ausbildung an. Wichtige Einflussfaktoren sind:

- Ich möchte einen Beitrag zur Nachwuchsförderung leisten.
- Ich habe Lust, Studierenden etwas beizubringen und selbst dazulernen.
- Ich sehe in der Lehrtätigkeit die Chance, neue Kontakte zu knüpfen und Netzwerke zu bilden.

Die Ergebnisse schaffen eine Basis für den weiteren Auf- und Ausbau unseres Lehrpraxennetzes.

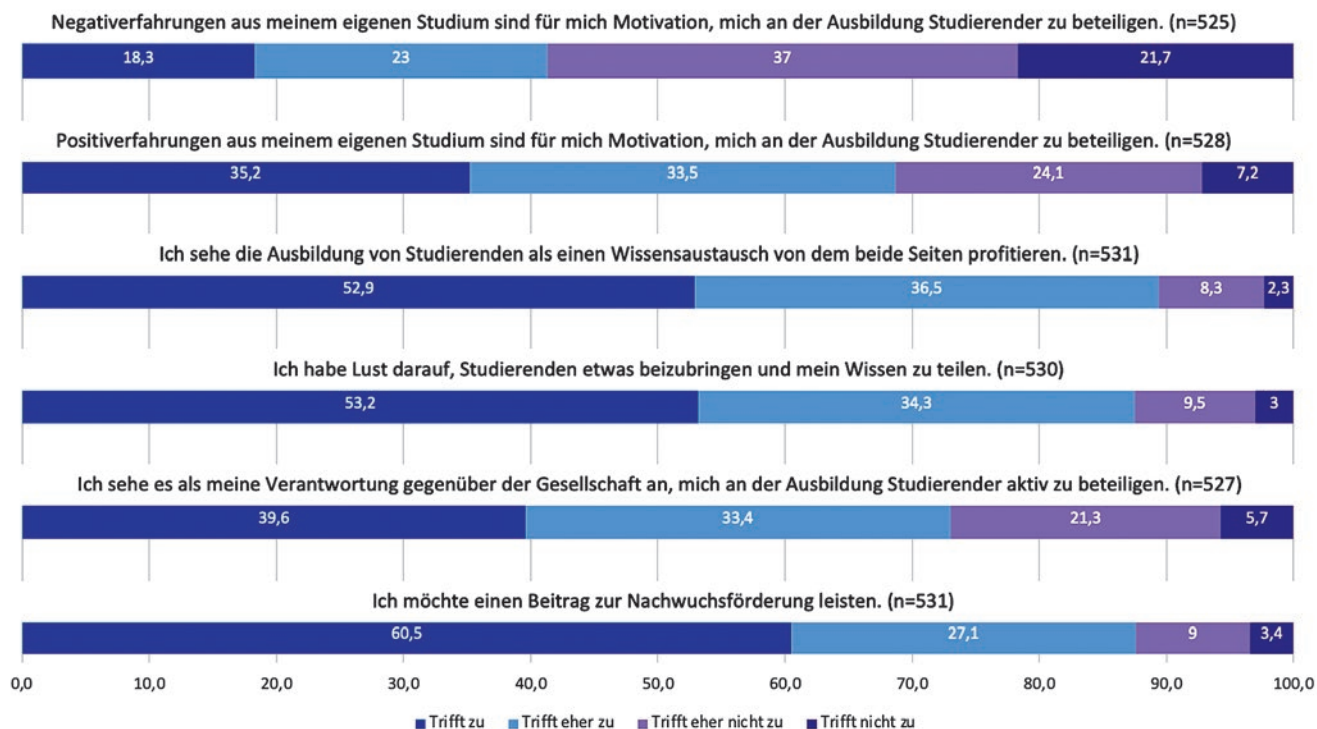


Kontakt:

Louisa Daunert

E-Mail: louisa.daunert@med.uni-jena.de

Motive



Schon lange in der Lehre mit uns unterwegs ist Dr. Rudolf Wolter aus Camburg:

Drei Fragen an Dr. Rudolf Wolter, Hausarzt in Camburg

Warum haben Sie sich dafür entschieden, Medizinstudierende in Ihrer Praxis auszubilden?

Meine eigenen Erfahrungen als Student mit Praktika in Hausarztpraxen waren unglaublich schlecht. Als die Universität Jena Lehrärzte gesucht hat, habe ich sofort Ja gesagt. Ich wollte etwas Besseres bieten als das, was ich erlebt hatte.

Welche schönen, welche schwierigen Situationen haben Sie dabei schon erlebt?

Wirklich schwierige Situationen habe ich in den letzten 18 Jahren als Lehrarzt nicht erlebt. Auch Studierenden, die erklärtermaßen keinerlei allgemeinmedizinische Ambitionen haben, können wir in den Praktika viel mitgeben. Schließlich kommt jeder Patient,

der in einem anderen Fachgebiet behandelt wird, am Ende wieder beim Allgemeinmediziner an. Deshalb ist es für jeden Arzt, der am Patienten arbeitet, wichtig zu wissen, was in einer allgemeinmedizinischen Praxis möglich ist und was nicht. Gerade das Blockpraktikum Allgemeinmedizin ist eine hervorragende Chance, um Brücken zwischen den Fachgebieten zu schlagen. Insofern ist jedes Praktikum eine Herausforderung, immer schön und immer auch ein bisschen schwierig.

Zu den schönsten Situationen gehört es für mich, wenn ich später erfahre, dass ein Student, der die Allgemeinmedizin anfangs völlig ausgeschlossen hat, dann doch diesen Weg einschlägt.

Was würden Sie Kollegen raten, die darüber nachdenken, selbst Lehrarzt oder Lehrärztin zu werden?

Lehre macht Spaß! Wichtig ist, von Anfang an die Erwartungshaltung der Studierenden zu klären und sie da abzuholen, wo sie sind. Themen im Praktikum ergeben sich von selbst. Man muss eigentlich nur das erklären, was sich im Tagesgeschäft ergibt, von der Praxisorganisation über die Abrechnung bis zu Anamnese, Befund, Diagnostik- und Therapieplanung. Das zwingt dazu, das eigene Tun zu hinterfragen und das eigene Wissen strukturiert abrufbar zu haben. Man muss immer erklären können, warum man etwas tut. Das ist gut – gerade auch für unsere eigene Behandlungsqualität. Studierende wollen einbezogen werden und mitmachen, nicht nur danebensitzen und zuhören.

Ambulante Medizin – über die Allgemeinmedizin hinaus

Eine Besonderheit in Jena: Im JENOS, dem JEnaer NeigungsOrientiertem Studium, können Studierende nach dem Physikum die **Schwerpunktlinie AoM** (Ambulant orientierte Medizin) wählen. Jedem klinischen Semester ist dabei ein Oberthema zugeordnet, von Epidemiologie über rationale diagnostische und therapeutische Strategien bis zu rechtlichen und unternehmerischen Aspekten der ambulanten Tätigkeit. Dazu kommen Hospitationstage in fachspezialistischen

und hausärztlichen Praxen und eine Menge Wahlangebote.

Eine gute Sache, denn ein großer Teil der ärztlichen Tätigkeit spielt sich später in der ambulanten Versorgung ab, die im Studium bisher wenig Raum hat. Auch das wird mit der kommenden neuen Approbationsordnung anders: Erwartet wird ein PJ-Pflichtquartal in der ambulanten Versorgung. Alle Studierenden würden dann im Praktischen Jahr zwölf Wochen in Praxen in verschiedenen

Fachdisziplinen verbringen – eine echte Chance, Nachwuchs zu gewinnen!

In der **AG Ambulante Medizin** arbeiten wir mit Kolleginnen aus anderen Fachdisziplinen an der Vorbereitung des ambulanten PJ-Quartals, um die fachindividuellen Unterschiede zu verstehen und einzubeziehen. Dazu führten wir auch eine Reihe von Interviews mit ärztlichen Kollegen und Kolleginnen aus verschiedenen Fächern. Auch hier ist die Lehrmotivation hoch!

Für welches ambulante Fach im PJ würden Sie sich entscheiden?



Mit der erwarteten neuen Approbationsordnung geht ein ambulantes PJ-Quartal einher. Um abschätzen zu können, wie viele Lehrpraxen welcher Fachrichtungen dafür benötigt werden, wurden 2019 Studierende des 8. und 10. Fachsemesters am UKJ zu ihren Wünschen diesbezüglich und zu ihrem Berufswunsch befragt.

Was hat sich gezeigt? Knapp 30 Prozent der Studierenden würden sich für ein Wahlquartal im Fach Allgemeinmedizin entscheiden, gefolgt von Kinder- und Jugendmedizin und Anästhesiologie. Etwa 20 Prozent ($n = 94$) gaben als Berufswunsch „Allgemeinmedizin“ an.

Kontakt: Dr. Inga Petruschke
E-Mail: Inga.petruschke@med.uni-jena.de

Weitere Informationen zu allen Themen finden Sie auf unserer Homepage:
www.uniklinikum-jena.de/Allgemeinmedizin/
Fragen und Kontakt gern unter: inga.petruschke@med.uni-jena.de

Prof. Dr. med. Jutta Bleidorn
Dr. med. Sven Schulz
Dr. med. Inga Petruschke
Universitätsklinikum Jena
Institut für Allgemeinmedizin
Bachstraße 18
07743 Jena
E-Mail: jutta.bleidorn@med.uni-jena.de

Literatur bei den Verfassern.

Weiterbildung Allgemeinmedizin und mehr – das strukturierte Weiterbildungsprogramm am UKJ

Konrad Schmidt, Monique Böde, Louisa Daunert, Jana Feustel, Benjamin Horvath, Paul Jung, Ekaterina Slotina, Luise Wagner, Jutta Bleidorn



Dr. Konrad Schmidt

Seit mehr als zehn Jahren gibt es das strukturierte Weiterbildungsprogramm Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena, seinerzeit von Professor Jochen Gensichen ins Leben gerufen. Zahlreiche Absolventen sind inzwischen als Hausärztinnen und Hausärzte z. T. in eigener Praxis in Thüringen und Umgebung aktiv oder haben ihren Weg in der universitären Allgemeinmedizin gefunden.

Mit „Weiterbildung Allgemeinmedizin und mehr“ bietet dieses UKJ-Programm den Absolventen die einzigartige Möglichkeit, neben der klinischen Weiterbildung auch Kenntnisse und Kompetenzen in allgemeinmedizinischer Forschung und Lehre zu erwerben.

Ziel ist,

- eine breite klinische Grundlage für eine spätere hausärztliche Tätigkeit zu schaffen,
- interdisziplinäre, interprofessionelle und intersektorale Vernetzung von Anfang an zu leben,
- die individuelle Persönlichkeitsentwicklung zu fördern,
- Interesse zu wecken an dauerhaftem Engagement in allgemeinmedizinischer Lehre, Forschung und Gesundheitssystem, um die Primärversorgung in Thüringen und darüber hinaus mitzugestalten.

Über Lehre selbst dazulernen: Die Mitarbeit in der studentischen Lehre – also die Durchführung von Seminaren, die Korrektur von Fallberichten der Studierenden, die Beteiligung an Prüfungen – festigt die eigenen Grundlagen für das klinische Arbeiten. Gleichzeitig ist dies eine Vorbereitung für den späteren Einsatz als Lehrarzt in der Praxis.

Klinikrotationen am UKJ praxisrelevant gestalten: Mit organisierten Rotationen bspw. in der Geriatrie, Psychiatrie, Dermatologie etc. wird eine breite Basis für die spätere Tätigkeit geschaffen. Die Praxiszeit wird in Thüringer Hausarztpraxen absolviert.

Allgemeinmedizinische Forschung – weitet den Blick: In der Weiterbildung auch Forschungskompetenz erwerben, in Institutsprojekten mitarbeiten, Austausch mit Wissenschaftlern und die Teilnahme an den Kongressen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin DEGAM – das schafft eine Basis für das eigene ärztliche Handeln und für die Tätigkeit als Forschungspraxis.

Motivation und Erfahrungen – nachgefragt



„Bereits vor meinem Studium war mein Wunsch, Hausärztin zu werden, recht klar. Dies wurde bestärkt durch die allgemeinmedizinische Lehre, Praktika in Hausarztpraxen und die Teilnahme an der Nachwuchsakademie, einem dreijährigen Förderprogramm der Deutschen Stiftung für Allgemeinmedizin DESAM. Das Weiterbildungsprogramm am UKJ bietet mir eine vielseitige Weiterbildung, ein unterstützendes Netzwerk und die Möglichkeit zu Lehre und Forschung. In den letzten zwei Jahren konnte ich mir in der Geriatrie, in der Chirurgie und in der Pädiatrie Wissen und Kompetenzen aneignen, um als Hausärztin ein breites Spektrum an Patient*innen, sozusagen ‚von der Wiege bis zu Bahre‘ – zu betreuen. Dabei kann ich die Weiterbildungszeit sehr praxisnah an meine eigenen Interessen anpassen und mich mit Kolleg*innen unterschiedlichster Fachrichtungen vernetzen.“

(Dr. Jana Feustel)



„Das Studium konnte bei mir kein Interesse an der ambulanten Medizin wecken – erst im PJ-Tertial in Alzey zeigte mir der Lehrarzt alle faszinierenden Facetten der hausärztlichen Versorgung bis zu SAPV-Hausbesuchen und Pflegeheimbetreuung. Weil mich gleichzeitig Forschung interessiert, habe ich nach ‚Clinical Scientist‘-Programmen für Allgemeinmedizin gesucht und erstaunlich wenig gefunden – bis ich in einer Zeitschrift auf einen Bericht zum Programm in Jena gestoßen bin – so kam ich nach Jena ins Weiterbildungsprogramm.“

(Dr. Ekaterina Slotina)



„Die Kombination von Weiterbildung mit einer individuellen Förderung didaktischer und wissenschaftlicher Fähigkeiten in einem interprofessionellen Team ist für mich einzigartig! Auch nach der Weiterbildung ist es mir ein Anliegen, die Erfahrungen meiner hausärztlichen Tätigkeit in die Weiterentwicklung des Lehr- und Forschungspraxennetzes einzubringen.“

(Dr. Markus Krause)



„Die Allgemeinmedizin entdeckte ich erst spät als interessantes Fach für mich. Drei fantastisch motivierende Jahre in der DESAM-Nachwuchsakademie ließen dieses Interesse weiter gedeihen, doch mein finales Ja zur Allgemeinmedizin kam erst, als ich die Stellenausschreibung für das Weiterbildungsprogramm las. (Fast) alle nur denkbaren Rotationsmöglichkeiten unter einem Dach zu haben und die ärztliche Weiterbildung mit Lehre und Forschung zu verbinden, klang für mich fast zu schön, um wahr zu sein. Und ein menschlich tolles und fachlich interdisziplinäres Institutsteam gibt es noch obendrauf!“

(Dr. Luise Wagner)



„Das Weiterbildungsprogramm in Jena hat mich aus Berlin zurück nach Thüringen gebracht und mir die Verknüpfung einer breiten klinischen Ausbildung mit Forschungs- und Lehrtätigkeiten ermöglicht. Am UKJ betreut man in den Polikliniken viele häufige Krankheitsbilder und kommt gleichzeitig mit selteneren Erkrankungen und hoch spezialisierten Therapien in Berührung – definitiv ein Alleinstellungsmerkmal.

Angekommen in einer ländlichen Hausarztpraxis, kann ich nun meine zahlreichen Kontakte nutzen und mein breites Wissen aus der Inneren Medizin, der Gerontopsychiatrie, Pädiatrie, Chirurgie und Sonographie, der Dermatologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde anwenden. Dabei hilft die Erfahrung aus der Palliativmedizin, diagnostische Maßnahmen bei mangelnder therapeutischer Konsequenz zu hinterfragen ... und letztendlich überall ein Gefühl für die psychosomatischen Zusammenhänge zu erhalten. Damit fühle ich mich nun gerüstet für eine gute Primärversorgung unserer Patienten vom Säugling bis zum Hochbetagten und verstehe mich selbst als erste Anlaufstelle für die Bevölkerung der Region.“

(Dr. Monique Böde)



„Neben den offensichtlichen Vorteilen des Programms, wie den möglichen Rotationen, dem interdisziplinären Team und den Möglichkeiten in der Forschung, sehe ich eine der großen Stärken der Stelle in der individuellen Förderung. Jede und jeder von uns bekommt die Möglichkeiten, die er oder sie als wichtig für den Weg ansieht. Ich habe über die Hausarztbefragung zur Lehrmotivation meine Promotion am Institut schreiben können. Dazu konnte ich über die vielen medizindidaktischen Angebote des UKJ erweiterte Basisfertigkeiten in der Medizindidaktik erlangen. Da ich mehr an Lehre als an Forschung interessiert bin, ist es eine Bereicherung, hier Qualifikationen zu erwerben, die ich auch im Alltag als Ärztin mit oder ohne Studierende anwenden kann. Dass ich zusätzlich ein berufsbegleitendes Masterstudium absolvieren kann, ist ein zusätzlicher Faktor der außergewöhnlichen individuellen Förderung des Programms.“

(Louisa Daunert)



„Während meines Studiums konnte ich bereits den klinik- und forschungsorientierten Teil der Medizin kennenlernen. Dabei kristallisierte sich zunehmend der Wunsch heraus, den Patienten möglichst ganzheitlich zu betrachten und nicht „nur“ aus einer fachspezifischen Perspektive. Aus diesem Grund war für mich das Rotationsprogramm des Instituts für Allgemeinmedizin sehr interessant. Ich kann mich hier durch Weiterbildungen in verschiedenen Fachbereichen breit für den zukünftigen ambulanten Praxisalltag aufstellen und gleichzeitig an praxisnaher Forschung und Lehre teilnehmen. Besonders positiv dabei ist der offene Austausch mit den anderen Ärzten in Weiterbildung über die möglichen Rotationsstellen innerhalb der Klinik und deren Relevanz für die spätere Tätigkeit.“

Das Programm reduziert dabei deutlich den Organisationsaufwand für eine breit gefächerte, persönlich angepasste Weiterbildung.“

(Dr. Paul Jung)



„Das strukturierte Rotationsprogramm richtet sich insbesondere an angehende Allgemeinmediziner:innen, die sich über die klinische Weiterbildung hinaus in Forschung und Lehre einbringen und entsprechende Kompetenzen aufbauen möchten. Es ermöglicht uns, ein breites medizinisches Wissen und Erfahrungen in vielen Fachbereichen zu sammeln. Darüber hinaus bietet es uns Freiräume zur Forschung und Wissensvermittlung. Ich bin froh, ein Teil davon zu sein und habe durch das Programm viel für meine spätere Tätigkeit profitiert.“

(Dr. Benjamin Horvath)

Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. med. Jutta Bleidorn

Universitätsklinikum Jena

Institut für Allgemeinmedizin

Bachstraße 18

07743 Jena

E-Mail: jutta.bleidorn@med.uni-jena.de

Praxisnah, kooperativ, vernetzend: das Lehr- und Forschungspraxennetz

Florian Wolf, Markus Krause



Dr. Florian Wolf



Dr. Markus Krause

Das Thüringer Lehr- und Forschungspraxennetz verbindet hausärztliche Praxisteams mit dem Institut für Allgemeinmedizin, um gemeinsam studentische Ausbildung und allgemeinmedizinische Forschung voranzubringen. Dabei eint uns mit über 250 hausärztlichen Kollegen die Vision, die hausärztliche Patientenversorgung in Thüringen

durch einen interkollegialen Erfahrung- und Wissensaustausch langfristig zu stärken.

Die Bedeutung hausärztlicher Lehre wird aufgrund der erwarteten Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung weiter zunehmen: Ausweitung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin, ambulantes Pflichtquartal im Praktischen Jahr, All-

gemeinmedizin als obligates Prüfungsfach in der letzten ärztlichen Prüfung (M3). Wir begrüßen diese Entwicklung und freuen uns auf die Ausbildung der zukünftigen Generationen! Für das Gelingen werden wir weiter engagierte Kolleginnen und Kollegen als Partner benötigen.

Warum sich ein Engagement im Lehr- und Forschungspraxennetz lohnt:

- Wertschätzung und Anerkennung Ihrer Expertise
- Beitrag zur Nachwuchsförderung als Mentor oder Mentorin für Studierende
- Fachliche und didaktische Fortbildungen – CME-zertifiziert, kostenfrei und unabhängig
- Zugang zum Onlineangebot der Thüringer Universitäts- und Landesbibliothek; vergünstigter Zugang zur medizinischen Informationsplattform Deximed
- Vernetzung und interkollegialer Erfahrungsaustausch
- Stärkung der hausärztlichen Wissensbasis durch mehr Forschungsvorhaben in der Hausarztpraxis, die sich an der Realität und am Bedarf der Praxen orientieren
- Rückmeldungen zu eigenen Praxisabläufen (z. B. im Rahmen von Studien oder durch Evaluationen der Studierenden)
- Sichtbare Qualität durch Akkreditierung als akademische Lehr- und Forschungspraxis

Abb. 1. Warum sich ein Engagement im Lehr- und Forschungspraxennetz lohnt.

Insbesondere für unsere Netzwerkpraxen bieten wir mehrmals im Jahr praxisnahe medizindidaktische und fachliche Fortbildungen an: Zuletzt referierte Professor Markus Bleckwenn zum Thema Rauchentwöhnung in der hausärztlichen Versorgung. Der **Thüringer Tag der Allgemeinmedizin** dient als Brücke zwischen allgemeinmedizinischer Forschung und Patientenversorgung. Hier bieten wir alljährlich die Möglichkeit, gemeinsam auf erfolgreich abgeschlossene und zukünftige Projekte zu schauen – und gleichzeitig an einem vielfältigen Fortbildungsprogramm für das ganze Praxisteam teilzunehmen. Veranstaltungen für forschungsinteressierte Praxen beinhalten u. a. evidenzbasierte Entscheidungsfindung, Literaturrecherche und Kommunikationsstrategien im Umgang mit Wünschen unserer Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus bieten sich die regelmäßigen Treffen als Plattform für Gespräche und Vernetzung hausärztlicher Kolleginnen und Kollegen aus ganz Thüringen an.

Was motiviert Hausärztinnen und Hausärzte, sich an der studentischen Lehre und der allgemeinmedizinischen Forschung zu beteiligen?

Wir haben Thüringer Hausärztinnen und Hausärzte befragt: Neben der Bereitschaft, ärztliches Wissen zu teilen und so zur Nachwuchsförderung beizutragen, waren der kollegiale Austausch, der Zugang zu „ofenfrischem Wissen“ und Fortbildungsangebote relevante Motivatoren für ein Engagement als Lehrarzt in der studentischen Ausbildung. Ähnliche Gründe bewegen Hausärzte auch zu einer Beteiligung an praxisrelevanten Forschungsprojekten. Das motiviert uns, das Lehr- und Forschungspraxennetz weiter auszubauen!

Unsere Netzwerkpraxen als Partner in der studentischen Ausbildung

Gemeinsam mit unseren Netzwerkpraxen entwickeln wir die Lehrangebote für Studierende in hausärztlichen Pra-

Nachgefragt bei unseren hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen

Ich bin gerne Lehrpraxis, weil ...

- „Nachwuchsförderung eine Win-win-Situation ist.“
- „ich gerne Hausärzt:innen von morgen begeistern will.“
- „es eine Freude ist, den Studierenden den Blick auf den gesamten Menschen zu vermitteln.“

Ich engagiere mich im Forschungspraxennetz, weil ...

- „ich nicht im Praxisalltag versumpfen will.“
- „ich ein Netzwerk unter Gleichgesinnten suche.“
- „ich am Puls der Zeit bleiben möchte.“
- „ich Projekte unterstütze, die Relevanz für die tägliche Arbeit haben.“

Abb. 2. Nachgefragt.

xen kontinuierlich weiter: Im ersten Studienjahr (Vorklinik) erfolgen erste Praktika über die Berufsfelderkundung und das Wahlfach Allgemeinmedizin, im klinischen Abschnitt werden neben den Famulaturen und dem zentralen Blockpraktikum Allgemeinmedizin in der Schwerpunktlinie Ambulant orientierte Medizin (AoM) kontinuierlich Praktika in Praxen angeboten. Abschließend besteht die Möglichkeit, das Praktische Jahr in einer hausärztlichen Lehrpraxis zu absolvieren.

Nicht nur Allgemeinmedizin – studentische Ausbildung auch in anderen Fachdisziplinen?

In Jena ist das möglich – aktuell bieten wir in der Schwerpunktlinie Ambulant orientierte Medizin (AoM) Hospitationstage in vielen verschiedenen Fachdisziplinen an. Und: In der AG Ambulante Medizin bereiten wir uns mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Fachdisziplinen auf das ambulante PJ-Quartal vor.

Vernetzte hausärztliche Forschung – auch über Thüringen hinaus

Im Forschungspraxennetz RESPoNsE stärken wir die Zusammenarbeit zwischen hausärztlichen Praxisteam und universitären Wissenschaftlern: Gemeinsam wollen wir relevante Forschungsfragen für die Primärversorgung beantworten und damit die Evidenzgrundlage für hausärztliche Entscheidungen stärken. Unterstützt werden wir dabei von einem Praxisbeirat aus Thüringer Hausärztinnen und Hausärzten sowie Medizinischen Fachangestellten. Das Institut für Allgemeinmedizin der Charité ist als starker Partner an unserer Seite. Auf Bundesebene entwickeln wir gemeinsam Fortbildungskonzepte, standardisierte Datenstrukturen und Best-Practice-Modelle – und bringen gemeinsam partizipative Forschung voran: Nutzer und Anwender, Patienten und Praxisteams gilt es einzubeziehen, damit Interventionen den Versorgungsalltag letztlich wirklich verbessern.



kooperativ – praxisnah – vernetzend
Werden Sie Teil unseres
hausärztlichen Netzwerks!



Kontakt: allgemeinmedizin@med.uni-jena.de

Abb. 3. Praxisnetzwerk RESPoNsE.

So vielseitig kann eine Beteiligung an hausärztlicher Forschung sein:

- Vermittlung von Patienten zur Studienteilnahme
- Bereitstellung von Daten aus dem Praxisverwaltungssystem
- Teilnahme an Interviews, Diskussionen oder Befragungen
- Teilnahme an Beobachtungs- und Interventionsstudien
- Beurteilung der Relevanz und Machbarkeit von Forschungsvorhaben
- Einbringen eigener Forschungsideen

Abb. 4. Beteiligung an hausärztlicher Forschung.

Forschung aus der Praxis – für die Praxis: die Studie CRP-Praxis

Ein Beispiel ist die Studie CRP-Praxis: Mit CRP-Praxis wollen wir herausfinden, was der Einsatz von CRP-Schnelltests aus hausärztlicher Perspektive

bringt: Hier geht es nicht nur um Testgenauigkeit, sondern um Konsequenzen auf Diagnostik, Therapie und Behandlungssicherheit sowie um das Hinterfragen der eigenen diagnostischen Prozesse.

Dr. med. Florian Wolf, MBA
 Dr. med. Markus Krause
 Universitätsklinikum Jena
 Institut für Allgemeinmedizin
 Bachstraße 18
 07743 Jena
 E-Mail: florian.wolf@med.uni-jena.de

CRP-Praxis: Der Einfluss von semiquantitativen CRP-Schnelltests auf Diagnostik und Patientenversorgung in der Hausarztpraxis

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

**ZIEL****Ziel der Studie:**

Einsatz von semiquantitativen CRP-Point of Care Tests in der Hausarztpraxis

- Indikation
- Konsequenzen in Diagnostik und Therapie
- Einfluss auf Behandlungssicherheit

**VORGEHEN****Konzeption: Erstellung des Fragebogens mit Unterstützung von Hausärztinnen und Hausärzten**

Durchführung: Erhebungszeitraum Oktober 2022 bis März 2023

- Teilnehmende Praxen erhalten 50 semiquantitative CRP-Schnelltests sowie 50 Fragebögen.
- Zu jedem durchgeführten Schnelltest wird ein Fragebogen ausgefüllt.
- Ab Mai 2023: Interviews mit ausgewählten Praxen zu Erfahrungen, Durchführbarkeit, Akzeptanz und Relevanz von CRP-Schnelltests im hausärztlichen Setting zu erheben

**ERGEBNISSE**

24 Hausarztpraxen aus Thüringen sowie 25 Praxen aus Berlin und Brandenburg nehmen an der Studie teil. Nach bisheriger Rückmeldung aus den Praxen lassen sich die CRP-Schnelltests gut in den hausärztlichen Praxisalltag integrieren. Die Auswertung der Fragebögen wird zeigen, in welchen Fällen die Tests angewandt wurden und inwiefern sie das hausärztliche Vorgehen beeinflussen.

**BETEILIGUNG**

- Studie läuft nach Rückmeldung aus den Praxen reibungslos ab – Danke an alle 49 Praxen!
- Anschlussinterviews für mehr Erkenntnisse ab Mai 2023

Quelle der Icons: Adobe Stock

Abb. 5. Studie CRP-Praxis.

Versorgungsforschung – was ist das eigentlich?

Antje Freytag, Juliane Poeck, Jutta Bleidorn

Versorgungsforschung gewinnt in der Medizin zunehmend an Bedeutung: Die Bedingungen des Versorgungsalltags mit versorgungsnahen Daten einzubeziehen und aus den Ergebnissen dann Handlungsempfehlungen abzuleiten – das soll und kann gesundheitsbezogene Versorgungsforschung leisten.

Versorgungsforschung als klinische Forschung unter Alltagsbedingungen

Ein zentraler Aspekt in der Versorgungsforschung ist die Frage: Wie wirken Interventionen (medikamentös und nicht-medikamentös) und diagnostische Maßnahmen unter Alltagsbedingungen? Doch was bedeutet „unter Alltagsbedingungen“? Klinische Studien prüfen die Wirkung von Interventionen unter streng kontrollierten Bedingungen und nicht in der Versorgungsrealität. Diese Lücke will die Versorgungsforschung schließen, indem die Bedingungen der alltäglichen Versorgungsroutine berücksichtigt werden: multimorbide Patienten, finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen, Präferenzen von Patienten und Behandlern ebenso wie die Verfügbarkeit von

Fachpersonal und Schnittstellenprobleme an den Sektorengrenzen. Diese sogenannten Kontextfaktoren haben Einfluss auf die Wirksamkeit von neuen medikamentösen wie auch nichtmedikamentösen Maßnahmen, was es zu berücksichtigen gilt.

Versorgungsforschung beantwortet aber noch viel mehr ...

... als die Fragen klinischer Forschung unter Alltagsbedingungen. Das Spektrum möglicher Fragestellungen ist sehr breit. Versorgungsforschung befasst sich auch mit:

- Entwicklung und Bewertung komplexer Interventionen, Qualitätssicherung (regionaler) Versorgungs- und Vergütungsmodelle
- Kosten-Nutzen-Abwägungen, Präferenzanalysen bei Wahlentscheidungen
- Untersuchung patientenrelevanter und patientenberichteter Zielkriterien („patient reported outcome PROM“)
- Untersuchung von Anwendungsvoraussetzungen und Machbarkeit bei Patienten und Versorgern

- Identifizierung von Einflussfaktoren bei der Umsetzung von Interventionen unter Alltagsbedingungen
- Beteiligung der Nutzer (Patienten und Ärzte) an Konzeption, Durchführung und Kommunikation von Forschung

Versorgungsforschung: versorgungsnahen Daten und Methodenmix

Versorgungsforschung basiert auf Daten, die im Versorgungsalltag generiert werden (real world data), darunter Routinedaten, Registerdaten, Daten, die über Gesundheits-Apps (big data), Befragung oder Beobachtung erzeugt werden. Entsprechend vielfältig sind die Methoden, mit denen versorgungsnahen Daten generiert, aufbereitet und analysiert werden. Neben quantitativen Untersuchungen wie experimentellen Studien, Beobachtungsstudien oder Surveys haben Methoden der qualitativen Sozialforschung ihren festen Platz in der Versorgungsforschung. Diese umfassen bspw. Einzel- und Gruppeninterviews oder auch Konsentierungsverfahren. Werden Forschungsmethoden kombiniert, spricht man von „Mixed-methods“-Studien.

Versorgungsforschung ist interdisziplinär und interprofessionell

Um Versorgung unter Realitätsbedingungen zu erforschen, braucht es vielfältige Expertise – nicht nur im Anwendungsbereich, also in Medizin und Pflegewissenschaften, sondern auch in angrenzenden Gebieten wie bspw. Epidemiologie, Public Health, Gesundheitsökonomie und Medizinsoziologie. Angesichts der Vielfalt von Fragestellungen, Inhalten und Methoden nimmt interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit dabei eine große Rolle ein.

Versorgungsforschung – national, regional und international

Versorgung unter Alltagsbedingungen erfolgt häufig unter ortsspezifischen

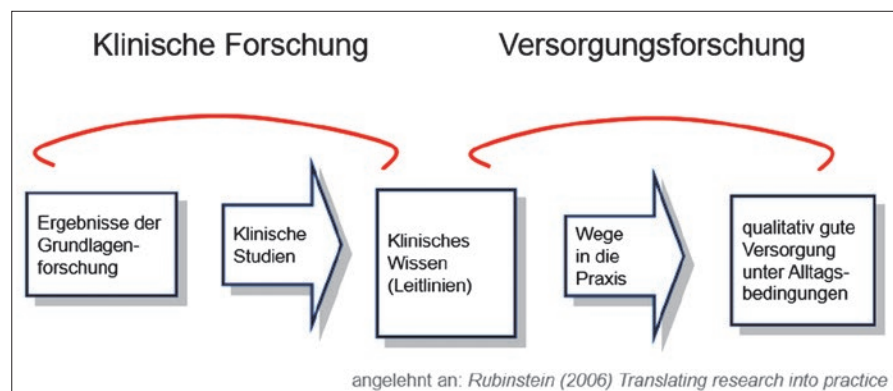


Abb. 1. Was ist Versorgungsforschung?

Fragen der Versorgungsforschungangelehnt an: DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft), 2010, *Versorgungsforschung in Deutschland – Stand, Perspektiven, Förderung*

deskriptiv	Wie werden die Patienten mit Long-Covid aktuell versorgt? Durch welche Leistungserbringer? Wie groß sind die Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen?
prognostisch	Welche Folgen wird der demographische Wandel und der zunehmende Mangel an medizinischen Fachkräften für die Gesellschaft haben? Wie können wir uns darauf vorbereiten?
evaluativ	Entspricht die aktuelle Versorgung von Patienten mit Depression der Nationalen Versorgungsleitlinie?
analytisch	Welche Faktoren beeinflussen die regional sehr unterschiedliche Inanspruchnahme von Palliativversorgung?
(quasi-)experimentell	Lässt sich die Versorgung von Parkinson-Patienten durch eine telemedizinische Intervention verbessern und kosten-effektiv gestalten?
planend-beratend	Wie sollte ein Disease-Management-Programm für chronische Herzinsuffizienz in der Zusammenschau relevanter Evidenz ausgestaltet sein?
theoretisch	Was verstehen wir unter Bedarfsgerechtigkeit und wie operationalisieren wir diese?

Abb. 2. Versorgungsforschung konkret.

Kontextfaktoren. Deshalb ist die generelle Übertragbarkeit nicht immer gegeben. Dennoch können Ergebnisse der Versorgungsforschung aus Deutschland von internationalem Interesse sein – und umgekehrt. Relevant ist lediglich eine verständliche Beschreibung der relevanten Kontextfaktoren für die internationale Leserschaft. Dabei hilft die Einbindung internationaler Experten oder aber gleich die Untersuchung derselben Forschungsfragen in verschiedenen Ländern.

Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin

Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin legt einen besonderen Fokus auf Versorgung im hausärztlichen Praxisalltag. Sie lebt vom vielfältigen Methoden-Know-how des interdisziplinär aufgestellten Teams und wird von verschiedenen öffentlichen Mittelgebern (BMBF, GBA-Innovationsausschuss) gefördert. Immer geht es dabei auch um die Primärmedizin und ihre Einbindung in eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung und um die Entwicklung von Versorgungsinnovationen.

Das **Verbinden von Versorgungswelten und Erfassen von Perspektiven** der Beteiligten ist immer wieder relevant: im Projekt **POCT-ambulant** mit dem Aufbau eines Forschungs-Entwicklungs-Praxis-Dialogs (Abb. 3), in **DISTANCE** mit der Perspektive von Hausärztinnen und Hausärzten zum Einsatz einer App bei intensivmedizinisch behandelten Patienten, in **WATCH** zur sektorenübergreifenden Post-COVID-Versorgung, in **HAPASS** mit hausärztlichen Perspektiven auf den assistierten Suizid (Abb. 4). Besondere Expertise besteht in der Analyse von Routinedaten: Mit **pallCompare** bauen wir anhand von Daten der BAR-MER ein Berichtswesen zu Inanspruchnahme, Qualität und Kosten palliativer Versorgung in Deutschland auf (s. Beitrag „Routinedaten“).

Patienten und Forschung? Die Einbindung von Patienten in den Forschungsprozess ist international bereits etabliert und gewinnt auch in Deutschland an Bedeutung. Mit **Pat-in-Fo** entwickeln wir Beteiligungsformate und ein Konzept, um Forschende am UKJ dabei zu unterstützen, Patienten in Planung und Umsetzung von Forschungsprojekten einzubeziehen (Abb. 5).

Zentrum Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Jena (UKJ)

Mit dem Zentrum Versorgungsforschung am UKJ entsteht ein wissenschaftliches Zentrum, das die in den Instituten und Kliniken des UKJ vorhandenen Aktivitäten in der Versorgungsforschung zusammenführt und die interdisziplinäre Bearbeitung versorgungsrelevanter Fragestellungen aus verschiedenen Versorgungsebenen (ambulant, stationär) voranbringt. Ziel ist es, methodische Expertise und interdisziplinäre Kooperationen zu fördern, wissenschaftlichen Nachwuchs zu entwickeln und über die Verknüpfung von Forschung und Patientenversorgung zu Effektivität und Qualität der Patientenversorgung beizutragen. Die Verbindung von klinischem und prozessuellem Wissen aus dem klinischen Alltag mit wissenschaftlich-methodischer Expertise stellt dabei ein wesentliches Potenzial dar. Und es geht voran: Veranstaltungsformate und Fortbildungsprogramm wachsen, Vernetzung wird in Kooperationen sichtbar, Pilotprojekte sind am Start. Nächster Meilenstein ist die Besetzung der W2-Professur für quantitative Versorgungsforschung am Institut im Juni 2023. Weitere Informationen unter www.uniklinikum-jena.de/versorgungsforschung (s. Abb. 6).

Versorgungsforschung – mit Ihnen!

Versorgungsforschung lebt von einer umfassenden Kenntnis des klinischen Versorgungsalltags und der Kooperation über Fachdisziplinen und Professionen hinweg. Gern treten wir mit Ihnen in Austausch! ▶

Kontakt:

Antje.Freytag@med.uni-jena.de

Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. med. Jutta Bleidorn

Universitätsklinikum Jena

Institut für Allgemeinmedizin

Bachstraße 18

07743 Jena

E-Mail: jutta.bleidorn@med.uni-jena.de

POCT-ambulant: Hausärzte und POCT-Entwickler im Dialog



Anwender und Entwickler von Schnelltests (Point-of-Care-Tests, POCTs) vernetzen und frühzeitig Bedarfe erfassen – das ist das Ziel im Forschungs-Entwicklungs-Praxis-Dialog bei POCT-ambulant. In Workshops und Dialogtreffen wird diskutiert, wie Schnelltests in der Arztpraxis bedarfs- und nutzer-gerecht entwickelt werden können.

Um die bedarfsgerechte Entwicklung von POCTs für die Arztpraxis zu fördern, bieten wir beispielsweise eine **klinische Bedarfsanalyse** an: Für eine POCT-Entwicklung werden der klinische Bedarf und die Anforderungen in der Anwendung systematisch mit Beteiligung von Ärzten erfasst.

Welche Schnelltests werden denn tatsächlich in der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt? Hierzu laufen mehrere Studien: In **EPoC** (Einsatz von **P**oint-of-Care-Tests) werden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen systematisch analysiert, mit einer **Befragung** haben wir die Testgewohnheiten der Hausärzte erfasst.



POCT-ambulant ist ein Projekt des Forschungscampus Infectognostics, Förderung: BMBF



Kontakt:

Dr. Robby Markwart
E-Mail: robby.markwart@med.uni-jena.de

Abb. 3. POCT-ambulant.

HAPASS – Hausärztliche Perspektiven auf den assistierten Suizid

Von der Wiege bis zur Bahre – Hausärzte sind oft langjährige Begleiter der Patienten und können mit ihren Sterbewünschen konfrontiert werden. Seit wenigen Jahren ist in Deutschland die ärztliche Beihilfe zum Suizid rechtlich möglich.

- Wie häufig und in welchen Situationen tragen Patientinnen und Patienten den Wunsch nach Suizidassistenz an ihre Hausärztinnen und Hausärzte heran?
- Wie wird damit im hausärztlichen Setting umgegangen?
- Wie sind Hausärztinnen und Hausärzte dem assistierten Suizid gegenüber eingestellt?
- Welche Bedingungen sind nötig, um mit diesem komplexen Beratungsanlass umzugehen?

Diese Fragen werden im Projekt HAPASS adressiert. Deutschlandweit wurden dazu Hausärzte interviewt.

Die Ergebnisse liefern einen wichtigen Baustein zur Entwicklung bedarfsgerechter Empfehlungen und praxisnaher Angebote zum Umgang mit Anfragen zum assistierten Suizid in der Primärversorgung.



Kontakt:

Dr. Luise Wagner,
E-Mail: Luise.Wagner@med.uni-jena.de

Abb. 4. Hausärztliche Perspektiven auf den assistierten Suizid.

Patientenperspektive in der klinischen Forschung (Pat-in-Fo)

Patienten aktiv im Forschungsprozess zu beteiligen – das gewinnt immer mehr an Bedeutung.

Doch welche Möglichkeiten gibt es, und wie setzt man diese konkret um? Um Forschende bei der Zusammenarbeit mit Betroffenen zu unterstützen, wird hier ein Konzept entwickelt und etabliert.

Erfahrungen, Einstellungen und Bedarfe der Forschenden hinsichtlich der Umsetzung partizipativer Forschungsansätze wurden erfasst. Darauf aufbauend werden Fortbildungen, Entscheidungshilfen und Handouts entwickelt. Die erste Fortbildung zu „Wie binde ich Patient*innen in meine Forschung ein?“ fand im März 2023 am UKJ statt.

In der Langen Nacht der Wissenschaften 2022 sind wir aktiv mit Bürgerinnen und Bürgern in Kontakt getreten und haben dank des Weimarer Illustrationsautomaten bildhafte Eindrücke zu ihren Vorstellungen über Forschung und Medizin erhalten.

Interessierte Bürger finden weitere Informationen und eine erste kleine Beteiligungsmöglichkeit auf der Homepage des Instituts unter dem Schlagwort „Gemeinsame Forschung mit Bürger*innen“.

Kontakt: M. Sc. Anni Matthes
E-Mail: anni.matthes@med.uni-jena.de

Pat-In-Fo wird gefördert über das Strategie- und Innovationsbudget des UKJ.



Pat-in-Fo Team Anni Matthes, Susann Walter und Sabine Kutschan bei der Langen Nacht der Wissenschaften 2022.



Eine Zeichnung des Illustrationsautomaten, entstanden in der Langen Nacht der Wissenschaften Jena 2022 im Dialog mit Bürgerinnen und Bürgern.

Abb. 5. Pat-In-Fo.

Zentrum Versorgungsforschung am UKJ

Ein interdisziplinäres wissenschaftliches Zentrum entsteht, um

- Austausch zu bieten und Kompetenzen zu bündeln,
- Kooperationen, Verbundanträge und interdisziplinäre Projekte zu fördern,
- Wissenschaftlichen Nachwuchs zu entwickeln,
- Versorgungsnahe Fragestellungen aus ambulantem/stationärem Bereich zu beantworten
- ... und damit zu Effektivität und Qualität der Versorgung beizutragen

Zwei „Use case“-Projekte befassen sich mit Versorgung am UKJ bzw. in Thüringen:

- Perspektive von Ärzten/Pflegepersonal zum Unit-Dose-Medikationssystem im UKJ
- Telemedizin in Thüringen: Erfassung der Nutzung anhand von Abrechnungsdaten

Was findet statt?

- Open Space zu Themen der Wahl – jeden ersten Donnerstag im Monat online
- Vernetzungstreffen mit Projektvorstellung und Diskussion
- Fortbildungen zu quantitativen und qualitativen Methoden der Versorgungsforschung

Weitere Infos: www.uniklinikum-jena.de/versorgungsforschung

Der Aufbau des Zentrums Versorgungsforschung wird gefördert über das Strategie- und Innovationsbudget des UKJ.



Kontakt und Koordination:
M. Sc. Juliane Poeck
E-Mail: Juliane.Poeck@med.uni-jena.de

Abb. 6. Zentrum Versorgungsforschung.

Routinedaten und ihr Potenzial für die Versorgungsforschung

Antje Freytag, Franziska Meißner, Josephine Storch,
Bianka Ditscheid

Quantitative Versorgungsforschung braucht Versorgungsdaten

Um die (gesundheitsbezogene) Versorgung unter Alltagsbedingungen zu untersuchen und so gesundheitspolitische Entscheidungen unterstützen zu können, benötigen Versorgungsforscher¹ zeitnahen Zugang zu relevanten Daten. Dazu gehören insbesondere auch Versorgungsdaten (real world data) über eine große Anzahl von Patienten. Dass Deutschland in dieser Hinsicht großen Nachholbedarf hat, ist seit Langem bekannt und aktuell allgegenwärtig. Trotz eingeschränkter Datenverfügbarkeit betreiben wir am Institut für Allgemeinmedizin seit vielen Jahren Versorgungsforschung auf der Basis von real world data, mit sogenannten „Routinedaten“.

Routinedaten – was ist darunter zu verstehen?

Als (gesundheitsbezogene) Routinedaten gelten Daten, die im Versorgungsprozess routinemäßig dokumentiert bzw. erhoben werden. Dies sind beispielsweise ambulante, von niedergelassenen Ärzten dokumentierte Diagnosen, Leistungen und Arzneimittelverordnungen. Routinedaten werden anders als sogenannte Primärdaten nicht für einen spezifischen Forschungszweck erhoben; es sind deshalb keine Primär-²,

sondern Sekundärdaten. Größtenteils ist die Dokumentation von Routinedaten gesetzlich vorgeschrieben – sei es zu Abrechnungszwecken oder zur Qualitätssicherung – und zwar im Rahmen der gesetzlichen Versicherungssysteme, die über das Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt sind. Für die Versorgungsforschung fallen so Daten von hoher Qualität und Vergleichbarkeit an. Anders verhält sich dies bspw. (derzeit noch) mit der routinemäßigen Erfassung von klinischen und Labordaten in den Patientenakten. Die dort oft sehr unterschiedlichen Dokumentationsgewohnheiten erschweren die Nutzung dieser Daten für die Versorgungsforschung.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) fließen Daten über GKV-finanzierte Leistungen aus allen Leistungsbereichen zusammen, die Versicherte einer jeweiligen Krankenkasse in Anspruch nehmen (engl. claims data). Für die Versorgungsforschung ist das ein riesiger Datenschatz. Die Nutzung von Abrechnungsdaten der privaten Krankenversicherungen (PKV) für die Versorgungsforschung steckt hingegen noch in den Kinderschuhen.

Routinedaten – was man damit machen kann!

Das Potenzial und die Vorteile der Routinedaten der Krankenkassen (sogenannte „GKV-Routinedaten“) liegen auf der Hand:

Große Studienpopulationen

Als Studienpopulation stehen grundsätzlich alle Versicherten der betreffenden Krankenkasse zur Verfügung, also jeweils mehrere Millionen Versicherte.

Wir kooperieren aktuell bspw. mit der BARMER, die über Daten von ca. acht Millionen Versicherten verfügt, sowie mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) mit Daten von ca. 40 Millionen Versicherten.

Während auf Primärdaten beruhende klinische Studien nicht selten mit Rekrutierungsproblemen zu kämpfen haben, geht es bei der Versorgungsforschung auf Basis von Routinedaten um eine Herausforderung anderer Art: Es bedarf einer besonders kritischen Einschätzung der klinischen bzw. inhaltlichen Relevanz der auf sehr breiter Datenbasis fußenden Ergebnisse.

Lange Versorgungsverläufe

Retrospektiv lassen sich in der Regel viele Jahre umfassende Versorgungsverläufe bzw. Zeitreihen von bis zu zehn Jahren betrachten – nicht wie in klinischen Studien, wo langfristige Beobachtungen oftmals nicht realisierbar und finanzierbar sind.

Sektorenübergreifende Abbildung sämtlicher GKV-Leistungsbereiche

Prinzipiell stehen für Vorhaben der (Versorgungs-)Forschung Diagnose-, Leistungs- und Kostendaten aus allen Leistungsbereichen der GKV zur Verfügung:

- Ambulante ärztliche Leistungen
- Ambulant verordnete Arzneimittel
- Krankenhaus
- Rehabilitation
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege (HKP)
- Pflegeleistungen nach SGB XI
- Zahnärztliche Leistungen
- Fahrtkosten/Krankenfahrten
- Versichertenstammdaten

Routinedaten = real world data

- Keine umständliche, fehlerbehaftete Primärerhebung erforderlich
- Hohe Datenqualität
- Fehlende Werte kommen praktisch nicht vor
- Echte, bei den Kassen anfallende Kosten (dadurch sind beispielsweise keine Kostenmodellierungen erforderlich)

1 Für eine bessere Lesbarkeit wird nur eine sprachliche Form genutzt; hierbei sind Angehörige aller Geschlechter eingeschlossen.
2 Typische Primärdaten sind bspw. Patientenberichtete Symptome wie Eintragungen auf einer Schmerz- oder Depressionsskala, die im Rahmen einer klinischen Studie vor und nach der getesteten Intervention erfragt werden.

GKV-Routinedaten haben auch ihre Grenzen

- Daten bildgebender Verfahren, klinische und Labordaten fehlen
- Daten wurden zu Abrechnungszwecken dokumentiert, daher teilweise systematische Über- und Unterdokumentation
- Kein tagesgenaues Datum für Diagnosen aus dem ambulanten Setting (nur Quartalsbezug)
- Zeitlicher Verzug der Datenverfügbarkeit (im ambulanten Bereich von mindestens sechs Monaten); dies ist insbesondere für prospektive Studien limitierend

- Fehlende Stammdaten zu wichtigen sozioökonomischen Informationen
- Datenzugang aufgrund von Datenschutzerfordernissen oft mit hohem Aufwand verbunden
- Routinedatenstudien ermöglichen meist keine kausalen Schlüsse, sondern können nur korrelative Zusammenhänge nachweisen.

Routinedaten liefern Antworten auf viele Fragen

Die Vorteile von Routinedaten lassen bereits erahnen, dass sich vielfältige Fragestellungen mit ihnen beantworten lassen.

Oftmals fehlen etwa gezielte Informationen darüber, wie viele Menschen mit spezifischen Erkrankungen in Deutschland auf welche Weise medizinisch versorgt werden (Behandlungsprävalenzen), wie sich dies im Zeitverlauf entwickelt hat, welche patientenrelevanten Outcomes unter bzw. nach einer Behandlung beobachtet wurden (Versorgungsqualität), zu welchem Grad es sich dabei um Über-, Unter- oder Fehlversorgung handelt, wie viel eine Behandlung kostet und wie viel Geld sich einsparen ließe. Diese und ähnliche Fragen lassen sich mit Routinedaten beantworten. Dies zeigen auch die von uns bearbeiteten Routinedatenprojekte (Abb. 1 und 2).

Einblick in die Versorgungsforschung mit Routinedatenanalysen am Institut für Allgemeinmedizin

Monitoring/Berichtswesen: Im Projekt *pallCompare* (Abb. 2) entsteht ein Berichtswesen über Nutzung, Qualität und Kosten hospizlicher und palliativer Versorgungsstrukturen in Deutschland – Informationen, die Entscheidungsträgern über die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vorliegen sollten und die Gegenstand der fortlaufenden Gesundheitsberichterstattung beim Statistischen Bundesamt sein könnten.

Übereinstimmung mit Behandlungsleitlinien: Die Inanspruchnahme von Patienten mit Depression wurde für den *Versorgungsreport Depression* des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) analysiert. Dies ergab Einblicke in die Versorgungsrealität – so wurden bspw. viele Patienten mit schwerer Depressionsdiagnose ausschließlich hausärztlich und Patienten mit leichter Depression ausschließlich fachärztlich/psychotherapeutisch versorgt.

Versorgungspfade: Im Projekt *AVENIR* beteiligen wir uns an einer umfassenden Beschreibung der Wege von Pa-

tienten mit krankenhausbehandelter Sepsis, sowohl der Wege ins Krankenhaus hinein als auch in den zwei Jahren nach der Krankenhausbehandlung. Das Projekt legt damit den Grundstein für eine Verbesserung der Behandlung von Sepsispatienten.

Leistungsinanspruchnahme: Das Projekt „Ärzte als Patienten“ basiert auf Daten der KV Thüringen. Wir beschreiben die ambulante Inanspruchnahme von GKV-versicherten Ärzten und vergleichen diese mit nichtärztlichen GKV-Versicherten sowie zwischen Arztgruppen (s. Beitrag Ärztegesundheit).

Leistungsverbreitung: In *EPoC* wird untersucht, wie häufig Laborparameter am „point of care“ bzw. durch Labore bestimmt werden und welche arzt- und praxisbezogenen Charakteristika den Einsatz bestimmen.

Evaluation von Versorgungsmaßnahmen/-modellen: In *impfen60+* wird gezeigt, wie sich Influenza- und Pneumokokken-geimpfte von nichtgeimpften Patienten ab 60 Jahren unterschei-

den hinsichtlich Krankheitslast und Versorgungskosten. Bei dem 2023 startenden Projekt *WATCH* sind wir beteiligt an der gesundheitsökonomischen Evaluation einer mobilen, wohnortnahen Versorgung von Post-COVID-Patienten in Thüringen.

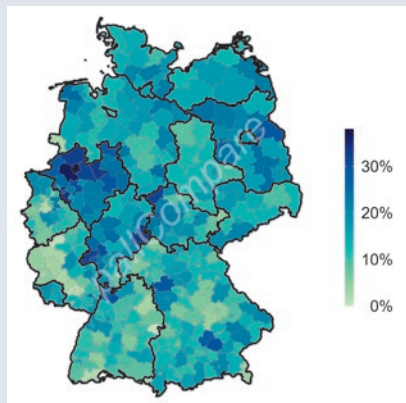
Nutzung von Praxisroutinedaten: In *KiePP* werten wir im Rahmen einer Machbarkeitsstudie Praxisroutinedaten aus Patientenakten des MVZ Kielstein aus. Die erste Studienfrage lautet: Wie viele Patienten von Hausarztpraxen mit Verdacht auf Pneumonie erhalten eine Röntgenuntersuchung?

Weitere Informationen:
<https://www.uniklinikum-jena.de/allgemeinmedizin/Forschung.html>



Abb. 1. Einblick in Versorgungsforschung mit Routinedatenanalysen am Institut für Allgemeinmedizin.

pallCompare – Berichtswesen zu Inanspruchnahme, Qualität und Kosten der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland im regionalen Vergleich



Regionale Verteilung der Inanspruchnahmeraten spezialisierter ambulanter Palliativversorgung von im Jahr 2019 verstorbenen BARMER-Versicherten (alters- und geschlechtsstandardisiert).

Ziel ist der Aufbau des Monitors Hospiz- und Palliativversorgung. Dazu wird

das interaktive Datenportal des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) mit Ergebnissen unserer deutschlandweiten GKV-Routinedatenstudie zu Versicherten, die in den Jahren 2016–2021 verstorben sind, gespeist.

Die palliative Versorgung weist große regionale Unterschiede auf: So variierte die Inanspruchnahmerate für allgemeine oder spezialisierte, ambulante oder stationäre Palliativversorgung im Jahr 2019 zwischen 28,9 Prozent in Sachsen-Anhalt und 46,1 Prozent in Bayern; die Rate der in der Häuslichkeit Verstorbenen, die zuvor Palliativversorgung erhalten hatten, lag zwischen 62,4 Prozent in Bayern und 76,7 Prozent in Westfalen-Lippe. Solche Ergebnisse sollten bei der Ausgestaltung von Palliativversorgung berücksichtigt werden,

insbesondere vor dem Hintergrund des neuen Bundesrahmenvertrages zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der zu teilweise erheblichen Anpassungsprozessen in den Versorgungsstrukturen führen wird. Unsere Forschungsergebnisse diskutieren wir mit Versorgenden und Stakeholdern im Rahmen von runden Tischen, Workshops und Regionalkonferenzen.

Kontakt:

PD Dr. Antje Freytag

E-Mail: Antje.Freytag@med.uni-jena.de

pallCompare wird gefördert durch den G-BA-Innovationsfonds.

Abb. 2. pallCompare – Berichtswesen zu Inanspruchnahme, Qualität und Kosten der Hospiz- und Palliativversorgung.

Routinedaten – wie kommt man da heran?

Aktuell erhalten wir unsere Routinedaten von einzelnen Krankenkassen – unter Beachtung der strengen Vorgaben des Datenschutzes. Das ist für alle Beteiligten ein aufwendiger Prozess. Auf Bundesebene wird derzeit das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) am BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) errichtet, über das zukünftig ein erleichterter und krankenkassenübergreifender Routinedatenzugang ermöglicht werden soll. Für einige Studien nutzen wir die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) vorgehaltenen Routinedaten über die ambulante ärztliche (und psychotherapeutische) Versorgung. Zur Verwendbarkeit von Routinedaten aus (Haus-)Arztpraxen (Patientenakten) führen wir ak-

tuell Machbarkeitsstudien mit eng umrissenen Fragestellungen durch. Bei Bedarf ziehen wir in unseren Forschungsprojekten zusätzlich auch öffentlich zugängliche gesundheitsbezogene Sekundärdaten hinzu (z. B. INKAR, die Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung).

Routinedatenanalysen – Erfahrung und Kooperation sind gefragt

Die Nutzung von Routinedaten für die Versorgungsforschung erfordert ein hohes Maß an Expertise und Erfahrung (Abb. 3).

Routinedatenstudien sind auf die Kooperation mit Dateneignern, Versorgern und Patienten besonders angewiesen: mit Dateneignern, um wichtige Details über die Datenentstehungsprozesse zu erfahren, mit den Ärzten an unserem In-

stitut, den Kliniken/Instituten und Zentren am Universitätsklinikum Jena sowie Forschungspartnern in ganz Deutschland. In unsere Projekte sind Versorger und Patienten beratend eingebunden. Internationale Sichtbarkeit und Austausch erreichen wir über Publikationen in internationalen Journals und die Präsentation unserer Ergebnisse auf Kongressen. Die wichtigsten Adressaten unserer Forschungsergebnisse sind aber häufig Entscheidungsträger des deutschen Gesundheitswesens.

Routinedatenanalysen – mit uns

Wir – die Arbeitsgruppe Routinedaten am Institut für Allgemeinmedizin in Jena (Abb. 4) – kommen gerne mit Ihnen ins Gespräch über Fragestellungen, die wir zukünftig gemeinsam anhand von Routinedaten beantworten wollen.

Routinedatenanalysen – Erfahrung und Kooperation sind gefragt

- Umfassendes Hintergrundwissen zu relevanten Kontextfaktoren
- Detaillierte Kenntnis der Datenentstehungsprozesse und Datenstruktur
- Kompetente Forschungstätigkeit u. a. gemäß GPS (Gute Praxis Sekundärdatenanalyse) und STROSA (Standardisierte BerichtsRoutine für Sekundärdaten-Analysen): Routinedaten-spezifische Standards für die Studienkonzeption, Durchführung und Ergebnisberichterstattung
- Projektspezifische Einarbeitung in spezielle Anforderungen des Datenschutzes – an klinische Studien gewöhnte Datenschutzbeauftragte sind damit nicht vertraut
- Realistische Einplanung der aufwendigen Datenaufbereitung (z. B. mittels Structured Query Language, SQL) und des damit einhergehenden Ressourcenbedarfs
- Umfangreiche Kenntnisse zu statistischen Analyseverfahren
- Einschlägiges methodisches Wissen fortlaufend weiterentwickeln, etwa durch Austausch in der Arbeitsgemeinschaft zur Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten im Gesundheitswesen (AGENS) sowie der AG Routinedaten und Datenlinkage des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- Enge Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Versorgern bei Studienplanung, Datenaufbereitung und Ergebnisinterpretation

Abb. 3. Routinedatenanalysen – Erfahrung und Kooperation sind gefragt.

Die Arbeitsgruppe RoutinedatenDr. rer. pol./habil. med.
Antje Freytag (Arbeitsgruppenleitung)Dr. rer. nat. Bianka
DitscheidDr. phil. Franziska
Meißner

M.Sc. Josephine Storch

ÄiW Dr. med. Monique
BödeÄiW Dr. med. Ekaterina
Slotina

Abb. 4. Die Arbeitsgruppe Routinedaten am Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena.

Korrespondierende Autorin:
PD Dr. rer. pol./habil. med. Antje Freytag
Leiterin der Arbeitsgruppe Routinedaten
Universitätsklinikum Jena
Institut für Allgemeinmedizin
Bachstraße 18
07743 Jena
E-Mail: Antje.Freytag@med.uni-jena.de

Ärztegesundheit

Sven Schulz, Florian Wolf

Weltärztebund, Deklaration von Genf, Oktober 2017:

„Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.“



ÄRZTEGESUNDHEIT
Institut für Allgemeinmedizin Jena



Dr. Sven Schulz



Dr. Florian Wolf

Das Thema Ärztegesundheit findet sowohl international als auch in Deutschland zunehmende Beachtung. So widmete sich der 122. Deutsche Ärztetag 2019 diesem Thema, und 2017 wurde ein entsprechender Passus in das Ärztliche Gelöbnis des Weltärztebundes aufgenommen (siehe Kasten).

Die Gesundheit von Ärzten* ist dabei sowohl auf individueller Ebene als auch in Bezug auf die Qualität der Patientenversorgung und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens relevant. Gleichzeitig liegen für Ärzte besondere Voraussetzungen hinsichtlich ihrer eigenen Gesundheit und ihres Krankheitsverhaltens vor. So kann einerseits von einem höheren medizinischen Wissen und einem tieferen Verständnis der Struktur und Funktionsweise des Gesundheitssystems im Vergleich zur nichtärztlichen Bevölkerung ausgegangen werden. Zudem können Ärzte diagnostische und therapeutische Leistungen an sich selbst erbringen. Andererseits ist bekannt, dass für sie spezifische Barrieren hinsichtlich der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems im eigenen Krankheitsfall existieren. Beispielhaft fällt es vielen Kollegen schwer, von der Arztrolle in die Patientenrolle zu wechseln. Zeit-

mangel bei hoher Arbeitsbelastung, Bedenken hinsichtlich der Vertraulichkeit oder auch eine Medizinkultur, die hohe Leistungsbereitschaft beinhaltet, sind weitere mögliche Barrieren.

Das Institut für Allgemeinmedizin widmet sich seit 2014 mit unterschiedlichen Projekten diesem Thema, von denen im Folgenden einige exemplarisch vorgestellt werden.

Analyse internationaler Empfehlungsdokumente zur Ärztegesundheit

Um einen Überblick über vorhandene Empfehlungen zur Ärztegesundheit zu gewinnen, analysierten wir relevante Dokumente internationaler Ärzteverbände und anderer Institutionen. Zu folgenden Themenbereichen gibt es in den internationalen Dokumenten bereits Empfehlungen:

- Unterstützung von erkrankten Ärzten und Medizinstudierenden
- Arbeitsplatzbezogene Empfehlungen
- Empfehlungen zu Gesundheits- und Krankheitsverhalten
- Empfehlungen zu eigener hausärztlicher Versorgung
- Empfehlungen zu Selbst- und Angehörigenbehandlung

In Deutschland existieren noch keine entsprechenden Empfehlungsdokumente. Die Ergebnisse dieser Studie können bei der Entwicklung unterstützen.

Krankheitsverhalten von Hausärzten

In einer Querschnittsbefragung wurden Hausärzte in Thüringen und Sachsen hinsichtlich ihrer Erkrankungen und ihres Krankheitsverhaltens befragt. Bei 57 Prozent der 285 teilnehmenden Ärzte (29 Prozent Teilnahmerate) fand sich mindestens eine chronische Erkrankung. Lediglich 19 Prozent der Befragten gaben an, einen eigenen Hausarzt zu haben. Im Vergleich zu internationalen Studien war dies die niedrigste Rate und steht nicht im Einklang mit den Empfehlungen. 68 Prozent der teilnehmenden Ärzte gaben an, Selbstdiagnostik durchzuführen, und Selbsttherapie wendeten 60 Prozent an. Mit dieser Studie konnten erstmals konkrete Zahlen für Thüringen und Sachsen erhoben werden.

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen weibliche und männliche Personen; alle sind damit selbstverständlich gleichberechtigt angesprochen.



Was beeinflusst das Krankheitsverhalten von Hausärzten?

In einer qualitativen Interviewstudie untersuchten wir, welche Faktoren das Krankheitsverhalten von Hausärzten beeinflussen. Es zeigte sich, dass insbesondere die Einstellungen und Werte der Ärzte, ihr medizinisches Wissen, ihre biographische und berufliche Prägung, ihre Definitionen von Krankheit und Gesundheit, ihre Arbeitsbedingungen, ihr Verhältnis zu Behandlern und auch ihr Umfeld, einschließlich des Praxispersonals und ihrer Patienten, eine Rolle spielen. Hervorzuheben ist die in den Interviews wahrgenommene hohe Verpflichtung der Hausärzte, für ihre Patienten und deren gesundheitliche Versorgung präsent zu sein. Insgesamt trägt die Studie dazu bei, das Verständnis für das Krankheitsverhalten von Hausärzten zu verbessern und darauf aufbauend gezielte Unterstützungsmaßnahmen zu erarbeiten.

Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

In einer vom Zentralinstitut der Krankenkassen geförderten Studie untersuchten wir die Leistungsinanspruchnahme des ambulanten Gesundheitswesens durch gesetzlich versicherte, im KV-Bereich Thüringen tätige Ärzte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nicht-ärztlicher Patienten anhand von Routinedaten der Krankenkassen (s. Beitrag „Routinedaten“). Erste Ergebnisse zeigen, dass Ärzte weniger Behandlungsfälle aufweisen und insbesondere weniger hausärztliche Versorgung in Anspruch nehmen. Bei den präventiven Leistungen zeigte sich eine geringere Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Gesundheitsuntersuchungen und DMP-Leistungen (auch bei vergleichbarer Krankheitslast). Impfleistungen wurden dagegen durch Ärzte häufiger in Anspruch genommen. Die Gründe für diese Unterschiede, insbesondere hinsichtlich der präventiven

Leistungen, sollten in weiterführenden Untersuchungen erforscht werden. Im Rahmen unserer Studie erfolgen aktuell Auswertungen zur Leistungsinanspruchnahme unterschiedlicher Fachgebiete.

Ausblick

Der Arztberuf kann neben vielen positiven Aspekten auch mit besonderen körperlichen, psychischen sowie ethisch-moralischen Belastungen und Herausforderungen einhergehen. Aktuelle Entwicklungen, wie die zunehmende Arbeitsintensität, der Wissenszuwachs und auch die Mehrbelastungen durch Mangel an medizinischem Personal, können zusätzlich zur gesundheitlichen Belastung von Ärzten, letztlich allen im Gesundheitswesen Tätigen, beitragen. Mit diesen und daraus folgenden Forschungsaktivitäten möchten wir im Sinne der Genfer Deklaration zur Gesundheit und zum Wohlergehen der Ärzte in Thüringen beitragen und damit eine stabile und hochwertige Gesundheitsversorgung in Thüringen unterstützen. Dabei wird das Thema Ärztesundheit bereits in Studium, Weiter- und Fortbildung vermittelt, um die Medizinstudierenden und Ärzte für das Thema zu sensibilisieren, Wissen zu vermitteln und die Selbstfürsorge zu fördern. Es bedarf jedoch weiterer Forschung und der Entwicklung konkreter Unterstützungsmaßnahmen, um Ärzte gezielt beim Erhalt und bei der Förderung ihrer Gesundheit zu unterstützen.

Dr. med. Sven Schulz
Dr. med. Florian Wolf, MBA
Universitätsklinikum Jena
Institut für Allgemeinmedizin
Bachstraße 18
07743 Jena
E-Mail: sven.schulz@med.uni-jena.de

www.aerzteblatt-thueringen.de