

inside

VERSORGUNGS
FORSCHUNG

made in
Greifswald



Das Institut für Community Medicine

Versorgungsforschung made in Greifswald

Innerhalb der neuen redaktionellen Serie „*Versorgungsforschung made in ...*“ stellt MVF in loser Reihenfolge Universitäten und Institutionen vor, die sich im besonderen Maße um die „dritte Säule“ der Lebenswissenschaften verdient gemacht haben. Den Anfang macht das Institut für Community Medicine, das seit 2007 von Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH, geleitet wird.

>> Der Grundgedanke, den Schwerpunkt „Community Medicine“ an der Universität Greifswald zu installieren, wurde in der Zeit kurz nach der Wiedervereinigung gefasst. Seinerzeit bewertete und evaluierte der Wissenschaftsrat – unter den Gutachtern war Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba, von 1987 bis 1991 Vorsitzender des Medizinausschusses – die ostdeutschen Universitätsklinika. Die Experten kamen im Fall Greifswald, deren medizinische Fakultät seit der Gründung der Universität im Jahre 1456 besteht, zu dem Schluss, dass hier am besten der Schwerpunkt „Community Medicine“ angesiedelt und ausgebaut werden könnte. Die Aufbauarbeit begann kurz danach mit großem Enthusiasmus, doch so richtig institutionalisiert und mit entsprechendem Budget ausgestattet wurde dieser Fokus erst ab 2002 – mit Mitteln der damaligen Aufbau-Ost-Förderung, aufgelegt zur Verbesserung der klinischen Forschungsinfrastruktur in den neuen Bundesländern.

Mit den beiden neu berufenen Professoren Dr. Thomas Kohlmann (vorher Lübeck) und Dr. Wolfgang Hoffmann (vorher Bremen) kam Leben in die Idee, die sukzessive von beiden zum eigenständigen Institut aus- und aufgebaut und immer weiter entwickelt wurde. Heute arbeiten in vier Abteilungen – dazu gehören „Allgemeinmedizin“ (Leitung: Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH), „Klinisch-Epidemiologische Forschung“ (Leitung: Prof. Dr. Henry Völzke), „Methoden der Community Medicine“ (Leitung: Kohlmann) und „Versorgungsepidemiologie und Community Health“ (Hoffmann) – immerhin rund 200 Mitarbeiter. Bekannt ist das Institut indes vor allem durch die von Völzke geleitete „Study of Health in Pomerania“ – einer der größten deutschen Kohortenstudien überhaupt, und eben die von Hoffmann verantwortete Abteilung Versorgungsepidemiologie.

Nun könnte man aus heutiger Sicht vermuten, dass die Idee zur „Community Medicine“



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH (seit 01/2012: W3-Professur für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald. Seit 12/2009: Leiter des Teilstandortes Greifswald des Partnerzentrums Rostock/Greifswald des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Krankheiten e.V. (DZNE). Seit 07/2007: Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine. 12.2004 – 12.2011: Ordentliche C3-Professur „Versorgungsepidemiologie und Community Health“ an der Med. Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald. 11/2002 – 11/2004: C3-Stiftungsprofessur des BMBF für „Versorgungsepidemiologie und Community Health“ an der Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald. 10/2000: Venia legendi für Epidemiologie und Public Health am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften (FB 11) der Uni Bremen.

am Standort Greifswald, mit 56.700 Einwohnern die fünftgrößte Stadt Mecklenburg-Vorpommerns, daher stammt, dass hier die Alterspyramide bereits gekippt und damit ein perfektes Umfeld für bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung gegeben war. Weit gefehlt. Es wird in Greifswald zwar als einziges Universitätsinstitut Mecklenburg-Vorpommerns mit dem Forschungslabor „Community Medicine“ in Sachen bevölkerungsbezogener Gesundheitsforschung geforscht, doch nicht, weil hier sozusagen Probanden en masse und in situ vorhanden wären. Denn Greifswald, das zusammen mit Stralsund eines der vier Oberzentren des Landes bildet, ist zwei Studien aus dem Jahr 2008 zufolge die „dynamischste“ und die „jüngste“ Stadt Deutschlands.

Alle neuen Bundesländer, und so auch Mecklenburg-Vorpommern, hatten jedoch in den Jahren vor und auch noch in den Jahren nach der Wiedervereinigung ein ganz anderes, nicht minder gravierendes Problem: Die Lebenserwartung in den neuen Bundesländern war deutlich niedriger als in den alten. Man hatte, so Hoffmann im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung“, natürlich den Verdacht auf Risikofaktoren aller Art – jedoch gab es wenig Evidenz für diese Vermutung. So wurde unter anderem ein Gutachten über mögliche Auswirkungen des Baus eines Kohlekraftwerks und die gesundheitlichen Auswirkungen der Mülldeponie Ihlenberg, die früher VEB Deponie Schönberg hieß, erstellt oder eine Analyse zu der Frage erarbeitet, inwiefern sich der Klimawandel auf die Gesundheit auswirkt. Das Institut forscht auch zum Strahlenschutz und zu Umweltfaktoren wie Fluglärm.

Im Fall der Mülldeponie konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass das Krebsrisiko tatsächlich erhöht war, jedoch nur bei den Beschäftigten, nicht in der Umgebungsbevölkerung. Hoffmann: „Das waren zwei total wichtige Informationen einer guten Forschung, die mit dazu geführt haben, dass diese Anlage heute noch existiert.“

In jüngerer Zeit wurde (in Kooperation der UMG mit dem DZNE) eine große Interventionsstudie in der häuslichen Versorgung von Demenzpatienten durchgeführt, der den Demografieprozess innerhalb der Enquete-Kommission „Gesund alt werden“ begleitet, für die Friedrich-Ebert-Stiftung die pädiatrische Versorgung analysiert, ein Schulpräventionsprojekt auf den Weg gebracht und für das Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern 150 Kitas durchleuchtet, um herauszufinden, wie Kinder am besten geför-

dert werden können. Alleine bei dieser Studie, bei der regelmäßig einmal im Jahr alle Jahrgänge der Kinder erfasst werden, laufen jährlich Abertausende von Bögen ein, die im Institut gescannt, bearbeitet, ausgewertet und die Ergebnisse dann als Benchmark an die Kitas zurückgegeben werden. Hoffmann, durchaus ein wenig stolz: „Unser Institut ist, soweit ich weiß, das einzige, das im Moment eine Intervention in dieser Größenordnung durchführt.“ Das wird aber nicht deshalb gemacht, weil man es kann, sondern weil die Arbeit etwas bewirken soll. „Ein relativ hoher Anteil unserer Projekte hat praktische Konsequenzen“, erklärt dazu Hoffmann, der sich für eine höhere Translationsrate der Versorgungsforschung stark macht und fordert: „Das, was bei uns erforscht wird, soll auch umgesetzt werden, um die Versorgung messbar zu verbessern.“ Hierzu zählt auch das Evaluationsprojekt „Curaplan“ für die AOK Nordost (siehe MVF 06/15).

Dazu braucht man seinen Worten zufolge die richtigen Partner auf Auftraggeberseite, ein entschlossenes Auftreten der Wissenschaft, aber auch den Willen und die Fähigkeit, die erforschten Ergebnisse klar und deutlich und vor allem allgemeinverständlich zu erklären. Und: die nötige sichere Finanzierung. Die fehlt in Universitätsinstituten wie dem in Greifswald, das sich zum großen Teil drittmittelfinanzieren muss. Natürlich stellt die Universität Geld für das Stammpersonal und Overheadkosten zur Verfügung, aber nicht für Projekte, die Jahr für Jahr wieder in Millionenhöhe eingeworben werden müssen. „Wenn wir etwas erforschen wollen, müssen wir eben Anträge schreiben“, sagt Pragmatiker Hoffmann, dessen Büro von Regalen voller Leitz-Ordner voller erfolgreicher und natürlich auch nicht-erfolgreicher Anträge geprägt wird. Doch da hat Hoffmann nicht nur eine dicke Haut, sondern inzwischen viel Erfahrung und eine Engelsgeduld.

Was hilft es auch? Von dieser ständigen Arbeit der Budgetbeschaffung hängt nun einmal die Zukunft des Instituts und der meisten seiner Mitarbeiter ab – und das Jahr für Jahr. Denn es gibt recht selten Projekte, die über mehr als ein bis zwei Jahre laufen. Dass das keine große Auswirkung auf das Personal hat, spricht für den Standort und vor allem für die hier geleistete Arbeit. Hoffmann: „Die Leute, die bei uns arbeiten, sind zum Teil seit mehr als zehn Jahren bei uns – wir müssen eben sehen, wo wir nächstes Jahr wieder für alle Geld herbekommen.“ So zum Beispiel für zwei Mitarbeiterinnen, die stellvertretend für viele andere hier vorgestellt werden:



Dr. rer. med. Adina Dreier, M. Sc.,
Dipl.-Pflegerin (FH)

Adina Dreier ist Pflegewissenschaftlerin und arbeitet seit 2006 am Institut für Community Medicine. Sie beschäftigte sich u.a. innerhalb der AGnES-Projekte (die übrigens im ICM erfunden wurden) und hat seit 2013 einen eigenen Forschungsbereich übertragen bekommen, indem sie die zukünftige Arbeitsteilung im Gesundheitswesen und die dazu nötigen Qualifikationen erforscht. Der Forschungsschwerpunkt umfasst die Aufgabenverteilung zwischen Medizin und Pflege mitsamt den Schwerpunkten Delegation und Substitution. „Die Ärzte der kommenden Generation, also die, die jetzt in der Ausbildung sind und zum Teil schon praktizieren, befürworten die neuen arbeitsteiligen Modelle“, erklärt Dreier, die hier einen langen Atem anmahnt. Wenn es um Substitution gehe, wird nicht in Tagen und auch nicht in Wochen gerechnet, sondern in Jahren, dann aber, so Dreier, komme auch Substitution mit Sicherheit.

Dreier hat an der Hochschule in Neubrandenburg studiert, erst Pflege und Gesundheit, danach den Master in Science (Public Health and Administration) gemacht. 2012 erwarb sie in Greifswald ihren Dokortitel; mit einem Kollegen zusammen war sie in der immerhin inzwischen knapp 560-jährigen Geschichte der Universität die erste Pflegewissenschaftlerin, die hier ihren Doktorhut bekam. Doch warum in Mecklenburg-Vorpommern? „Ich wollte gerne in der Region bleiben“, sagt dazu Dreier, die derzeit an ihrer Habilitation arbeitet – zum einen, weil hier gute Forschung gemacht wird, zum anderen, weil es hier viele Probleme gibt, die es anzugehen gilt. Sie sieht den ländlichen Raum rund um die wenigen größeren Städte als

eine Art „ein lebendes Labor“. Das sei für jemanden, der einen wissenschaftlichen Hang habe, fast ein Eldorado, in dem man Dinge probieren kann, die woanders noch gar nicht als Problem existieren.



Kerstin Weitmann

Kerstin Weitmann hat Biomathematik studiert, ein modernes interdisziplinäres Studium, das als Diplomstudiengang seit 1998 an der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald angeboten wird. Sie reizt dabei gerade das interaktive Element, denn Mathematik könne durchaus als Verbindungssprache zwischen Mediziner und Biologen gesehen werden. Denn es wären eben gerade die Mathematiker, die Modelle rechnen und Verknüpfungspunkte beschreiben. 2004 war sie mit ihrem Studium fertig, hat dann von 2006 bis 2013 an einem kardiologischen DFG-Sonderforschungsbereich für inflammatorische Kardiomyopathie mitgearbeitet, in dem sie das zentrale Daten- und Bioprobenmanagement koordinierte. Ebenso wurde ein klinisches Register aufgebaut, das bis heute die Datengrundlage für Forschungsfragen bildet. Parallel dazu ist sie seit einigen Monaten im zentralen klinischen Krebsregister aktiv, das die Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern sichern helfen soll und am Institut in Greifswald mit aufgebaut wird.

Auch für sie ist die Bevölkerungsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern „schon ein bisschen besonders“, so, wie sie sich in anderen Bundesländern vielleicht erst in 10 oder 20 Jahren zeigen wird. Weitmann: „Darum haben wir hier die Chance, bestimmte Ansätze zu erforschen und zu entwickeln, die irgendwann auf ganz Deutschland übertragen werden können.“ <<

von:
MVf-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Versorgungsatlas Vorpommern“

>> Das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald hat einen Atlas zur regionalen gesundheitlichen Versorgung in Vorpommern veröffentlicht. Der „Versorgungsatlas Vorpommern – Datenbasis für die regionale gesundheitliche Versorgung“, herausgegeben von PD Dr. Neeltje van den Berg, Dipl. Geogr. Franziska Radicke, Dipl. Geogr. Ulrike Stentzel und Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH, enthält insgesamt 79 Karten und Abbildungen, die u.a. die Häufigkeit wichtiger Volkskrankheiten und die geografische Verteilung von Ärzten, Krankenhäusern, Psychotherapeuten, Pflegeeinrichtungen und Physio- und Ergotherapiepraxen in der Region Vorpommern zeigen. Weitere Karten stellen die Pkw-Fahrzeiten zu verschiedenen Versorgungseinrichtungen dar. Erstmals in der Region wird auch die Erreichbarkeit dieser Einrichtungen mit Öffentlichen Verkehrsmitteln (ÖPNV) visualisiert.

Der Versorgungsatlas ist eine Grundlage für die Planung der regionalen Versorgung, enthält aber auch Interessantes für Patienten und für die Forschung. Auf der Basis der Daten und Karten können gezielt fortschrittliche Konzepte zur regionalen Versorgung entwickelt werden. Prof. Hoffmann, geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine: „Mit diesem Atlas geben wir sowohl der Forschung als auch der Politik eine Datengrundlage für die Planung des zukünftigen Gesundheitswesens an die Hand.“

Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern führt, wie im Kapitel 9 „Ausblick: regionale Versorgung“ zu lesen ist, zu einem Bevölkerungsrückgang vor allem in den jüngeren Bevölkerungsgruppen verbunden mit einer zunehmenden Alterung der verbleibenden Bevölkerung. Die daraus folgenden erheblichen Änderungen der Morbidität, der Patientenzahlen und der Versorgungsbedarfe werden, so ist weiter zu lesen, die Region Vorpommern auch zukünftig vor große Herausforderungen stellen, auch werde der Bedarf an medizinischer Versorgung der älteren Bevölkerungsgruppen weiter ansteigen. Gleichzeitig zeichneten sich die älteren Bevölkerungsgruppen durch ein höheres Maß an Immobilität aus. Während die hausärztliche Versorgung für die Mehrheit der Patienten der erste Anlaufpunkt der medizini-

schen Versorgung in den Grundzentren des peripheren Raums ist, ist die fachärztliche Versorgung in Mittel- und Oberzentren konzentriert. Aufgrund der zunehmenden Immobilität der älteren Bevölkerungsgruppen bei gleichzeitig höherer Morbidität in der Gesamtbevölkerung haben gerade die Hausärzte im ländlichen Raum eine zentrale Rolle für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

Mit innovativen Lösungsansätzen kann, so die Autoren, drohenden Lücken in der wohnortnahen Grundversorgung wirksam entgegengewirkt werden. So können Zweigpraxen in Grundzentren, in denen aus wirtschaftlichen Gründen keine Hauptpraxis vorgehalten werden kann, die medizinische Versorgung sicherstellen – und zentrale Gesundheitshäuser, wie z.B. das zentrale Gesundheitshaus Woldegk, den Aufbau und Unterhalt von Zweigpraxen in der Form unterstützen, dass verschiedene Fachärzte im Wechsel Sprechstunden durchführen und Synergieeffekte nutzen.

Dies kann die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und medizinischer und technischer Infrastruktur sein, oder eine zentrale Anmeldung und Terminvergabe, ein mandantenfähiges Praxis IT-System und der Aufbau und der Aufbau und Betrieb einer regionalen Patientenakte.

Auch moderne Delegationsmodelle wie beispielsweise AGnES (Arztentlastende, Gemeinenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) oder die aus AGnES

entwickelte VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), bei denen auf der Basis abgestufter, modularer Qualifikationen hausärztliche Besuche an speziell qualifiziertes Praxispersonal delegiert werden, spielen inzwischen eine zunehmend wichtige Rolle bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung.

In einer aktuellen Studie des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen in Kooperation mit der Universitätsmedizin Greifswald führen Pflegekräfte in der Häuslichkeit bei Menschen mit Demenz eine umfassende Erhebung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Situation durch und stellen auf der Basis der in der Region vorhandenen Angebote ein sinnvolles und individuell abgestimmtes Betreuungskonzept zusammen. <<

