inside VERSORGUNGS FORSCHUNG

made in Brandenburg



Serie (Teil 20): Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

„Wo Versorgungsforschung die Probleme eines Landes und seiner alternden Bevölkerung lösen soll“

Wer Neuruppin in Brandenburg hört, denkt vielleicht zuallererst an den wohl größten Sohn der brandenburgischen Kreisstadt, den gelernten Apotheker und späteren Essayisten und Schriftsteller Theodor Fontane (1819–1898), bekannt durch Romane wie „Effi Briest“ oder Balladen wie „John Maynard“ und „Herr von Ribbeck auf Ribbeck im Havelland“. Doch ohne entsprechendes Hintergrundwissen denkt man eher nicht an ein Thema wie Versorgungsforschung, was sich aber ändern wird. Denn in der überaus großzügig angelegten Residenzstadt im Norden des Landes Brandenburg, deren „raumverschwendende Anlage“ Fontane höchstselbst für eine kleine Provinzialstadt als „bedenklich“ bezeichnete, wird Versorgungsforschung neu gedacht. Dabei geht es weniger um den methodischen Ansatz an sich, sondern vielmehr um die Rolle, die diese Wissenschaftsrichtung in Neuruppin für das Flächenland Brandenburg einnehmen soll. Oder wie es der Präsident der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer, formuliert: „Der Unterschied zu anderen Herangehensweisen ist, Versorgungsforschung nicht als Add-on, sondern als wesentlichen Bestandteil einer Lösungsstrategie zu sehen.“ Und die ist in der Leitlinie der MHB klar gefasst, die eine Universität sein und werden will, „die sich etwas zutraut, die in Lehre und Forschung mutig neue Wege geht, beherzt Neuland betritt und als Bildungspionier zur Lösung drängender gesellschaftlicher Fragen beiträgt“.

>> Derlei drängende gesellschaftliche Fragen gibt es im Bundesland Brandenburg zuhauf. Der demografische Wandel ist hier schon lange kein abstrakter statistischer Wert mehr, sondern im Straßenbild zu sehen. Im Land Brandenburg (2.511.917 Einwohner, Stand 31. Dezember 2018) lebten im Jahr 2015 über eine halbe Million ältere Menschen im



Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer
ist seit 1/2019 Präsident der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB).
Er war von 9/2016–12/2018 Dekan der MHB und bis zu seiner Emeritierung (2/2015) Inhaber des Lehrstuhls für Chirurgische Forschung und Direktor des Instituts für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM) an der Universität Witten-Herdecke. Neben anderen Vorstandsaufgaben war er von (2007–2009) Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) und von 2012–2018 Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) dessen Gründungsmitglied er auch ist. Er hat nach einem Ingenieurstudium in Aachen/Jülich in Marburg Chemie/Biochemie und Medizin studiert, 1982 in Chemie/Biochemie promoviert und 1988 in Theoretischer Chirurgie habilitiert. Neugebauer hat mehr als 980 wissenschaftliche Publikationen verfasst (in den letzten Jahren vorwiegend in der klinischen- und Versorgungsforschung), davon >350 Originalartikel. Er ist Herausgeber von 12 Büchern (Hirschfaktor 75, Zitationen > 27.400) http://scholar.google.de/citations?hl=de&user=m4ZWdWMAAAAJ. Er ist verheiratet und hat 2 erwachsene Söhne.

Link
Hier finden Sie die bereits vorgestellten Versorgungsforschungsstandorte: www.m-vf.de/profiler

Alter über 65 Jahre. Den höchsten Altenquotienten verzeichnete laut der Gesundheitsplattform Brandenburg 2015 der Landkreis Oberspreewald-Lausitz mit 46,8 über 65-Jährigen je 100 20- bis unter 65-Jährige, gefolgt von der kreisfreien Stadt Brandenburg an der Havel (45,7). Tendenz überall: steigend. Die Bevölkerungsentwicklung in Brandenburg wirkt sich schon jetzt auf die Zahl der Krankenhausfälle aus, beispielsweise ganz besonders bei Herzinfarkt bei Männern im Alter von mehr als 65 Jahren: Die Krankenhauseinweisungen werden sich von 2.869 im Jahr 2015 bis zum Jahr 2020 auf 3.273 Fälle (+14,1%) und bis zum Jahr 2040 auf 4.293 Fälle (+49,6%) erhöhen. Für die über 80-jährigen Männer wird ein besonders hoher Anstieg prognostiziert: Von 896 Fällen im Jahr 2015 erhöht sich die Fallzahl auf 1.330 im Jahr 2020 (+48,4%) und auf 2.105 Fälle in 2040 (+134,9%). Aber auch andere Krankenhauseinweisungen werden steigen, vor allem assoziiert mit Oberschenkelfrakturen, Depression und Diabetes.

Bei nahezu all diesen Indikationen liegt das Bundesland Brandenburg im Vergleich aller deutschen Bundesländer an der Spitze. Genau das soll sich ändern. Wenn es nach MHB-Präsident Neugebauer geht, der – ohne despektierlich zu sein – die Brandenburger Bevölkerung als Population begreift, der geholfen werden kann: durch Versorgungsforschung. „Kardiovaskulär ist genau darum einer unserer Profilbereiche, weil Brandenburg von allen Ländern Deutschlands am schlechtesten abschneidet, aber keiner genau weiß warum." Weitere Profilbereiche des neuen Zentrums für Versorgungsforschung Brandenburg (ZV-BB), das von Univ.-Prof. Dr. med. Martin Heinze zunächst kommissarisch geleitet wird, der aber auch die Professur für Psychiatrie und Psychotherapie inne hat, kümmert sich um weitere Themenbereiche wie Versorgungsforschung in den weiteren Profilbereichen Onkologie und seelische Gesundheit. Im Fokus steht dabei immer, dass es nicht nur um die Methodik geht, sondern explizit darum, die vielfältigen Probleme des Landes mit seiner alternden Bevölkerung lösen zu helfen. Und die ist, wie die Versorgungslandschaft Brandenburgs, die Neugebauer demnächst mit einer Graph-Datenbank kartografieren und vernetzen lassen wird, vorgibt, höchst dezentral. „Alle Lösungen, die wir erarbeiten, müssen in einem strukturschwachen Flächenland wie Brandenburg funktionieren", erklärt Neugebauer. „Das heißt, dass wir Innnovationen entwickeln und erproben müssen, die in der Lage sind, auf vielen Füßen zu stehen."

Für die Forschung bedeutet das, dass in den bereits vorhandenen Kompetenzzentren – zum einen das Koordinierungszentrum für Klinische Studien Brandenburg (KKS-BB), zum anderen das Zentrum für Krankheitsorientierte Translationale Grundlagenforschung (ZKTG-BB) – Theorie und Praxis zusammenfließen und mit der Versorgungsforschung verschränkt werden müssen.

Hier treffen sich Praktiker und Theoretiker in bewusst dafür vorgesehenen integrierten kleinen Arbeitsgruppen zum ungezwungenen Austausch von Ideen und Konzepten: Die einen haben das Problem, die anderen vielleicht einen praktikablen Lösungsansatz, den es zu finden und dann zu veri- oder falsifizieren gilt. „Diese kleinen integrierten Arbeitsgruppen, die Theorie und Praxis zusammenbringen, sind das beste Format der Weiterentwicklung von Innovationen", weiß Neugebauer aus seiner langen universitären Erfahrung, vor allem jener aus Witten-Herdecke, wo solche Core Centren seit langem etabliert sind. Hier können sich alle Beteiligten – forschende Studenten, Ärzte und Wissenschaftler – auf medizinische Forschungsbereiche konzentrieren, die dann mit den Methoden vor allem der Versorgungsforschung angegangen und im besten Falle gelöst werden können.

Damit kommt der Versorgungsforschung als Wissenschaftsrichtung eine ganz andere Rolle als bisher zu. Ist sie bisher eher in der rein deskriptiven, meist über Sekundärdaten agierenden Funktion angesiedelt, wird ihr in Brandenburg ein integraler, sogar steuernder Auftrag erteilt. Denn nur mit den Methoden der Versorgungsforschung kann eine Aufgabenverteilung ins Flächenland mitgedacht und immer auch miterprobt werden, die stets ganz speziell auf ein strukturschwaches Flächenland wie Brandenburg zugeschnitten sein muss. Zudem eine, die im Endeffekt auf alle anderen strukturschwachen Gebiete Deutschlands, im Prinzip sogar ganz Europas übertragen werden könnte.

Nun ist es so, dass die MHB eine staatlich anerkannte Universität ist, die in kommunaler und gemeinnütziger Trägerschaft betrieben wird. Deren Initiatoren – die Ruppiner Kliniken, das Städtische Klinikum Brandenburg, die Immanuel Diakonie (mit der Immanuel Klinik Rüdersdorf und dem Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg), die Stadtwerke Neuruppin und die Sparkasse Ostprignitz-Ruppin – wollen ihren selbst gesetzten Bildungsauftrag erfüllen, speziell den, Ärzte und Psychologen auszubilden, die willens und befähigt sind, im Land zu arbeiten. Zudem sind aktuell über 20 Kliniken und rund 100 Lehrpraxen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, die Landesärztekammer Brandenburg und der Hausärzteverband Brandenburg Kooperationspartner der MHB.

Im April 2015 wurden die ersten Studierenden eingeschrieben, so dass nun – nach zehn Semestern Studium plus einem Jahr PJ (nur Mediziner) – die ersten Psychologen (M.Sc.) in diesem Frühjahr bereits fertig ausgebildet sind, und demnächst auch die ersten Ärzte fertig sein – und dann im besten Fall in Brandenburg tätig werden.

Um diese Entscheidung zu befördern, beteiligen sich die kooperierenden Kliniken im Sinne einer Nachwuchsförderung mit dem längerfristigen Ziel der nachhaltigen Personalgewinnung an den für Medizinstudierende anfallenden Studienbeiträgen. Dabei übernehmen sie von den 125.000 Euro, die das gesamte Studium der Medizin kostet, 80.000 Euro. Im Gegenzug verpflichtet sich der Studierende, im Anschluss an sein Studium und an sein PJ bei der Darlehen gebenden Klinik zu arbeiten, verbunden mit der Möglichkeit, hier seine fünf Jahre dauernde Facharztweiterbildung zu absolvieren. Nach vollständigem und erfolgreichem Absolvieren der Facharztweiterbildung hat sich das Darlehen in ein Stipendium gewandelt, das nicht mehr zurückgezahlt werden muss.

Nach dem Grundsatz „Jede und jeder soll studieren können" wird von der MHB zudem eine Finanzierung des Studiums nach Art eines „Umgekehrten Generationenvertrags" angeboten: Die Chancen eG übernimmt dabei für Studierende der Medizin rund 30 Prozent des Studienbeitrages, was einer Summe von 45.000 Euro entspricht. Medizinstudenten können darüber hinaus noch eine zusätzliche Finanzierung des Landes Brandenburg beantragen, allerdings verbunden mit einer längerfristigen Tätigkeit in diesem Bundesland.

Kein Wunder, dass inzwischen mehr als 400 Mediziner und Psychologen an der MHB studieren, wobei die Zahl der Studierenden aktuell noch einmal erhöht worden ist, um dem Ärztemangel noch aktiver begegnen zu können. Jedes Semester bewerben sich rund 700 Studienwillige, von denen dann ohne notenbasierten Numerus Clausus (Medizin) 48, ab 2020 dann 96, ausgewählt werden.

Neben der Finanzierung der reinen Lehre, die von den kommunalen und gemeinnützigen Trägern geschultert wird, braucht es aber auch Gelder für die Forschung. Diese kommen zum Teil aus der MBH-internen Forschungsförderung, die bis zu 500.000 Euro pro Jahr als eine Art universitätseigenes F&E-

* Obwohl in dieser Serie die männliche Schreibweise verwandt wird, sind immer alle Geschlechter gemeint.

Budget in Form von Anschubfinanzierungen für kleinere Projekte ausschüttet. Desweiteren werden leistungsorientierte Mittel (LOM-Mittel) für Publikationen und eingeworbene externe Drittmittel ausgeschüttet. Ein zunehmend größerer Teil ist für Clinical Scientist-Stellen (Kliniker, die zeitweise in der Forschung arbeiten) reserviert. „Unsere Träger sind schon sehr forschungsaffin", freut sich Neugebauer.

Weitere Budgets kommen aus Drittmitteln von Projekten aus dem Innovationsfonds, der DFG und des BMBF, sollen künftig aber auch vom Land über eine Direktfinanzierung beigesteuert werden. Brandenburgs Ministerpräsident Dietmar Woidke spricht ganz offen von rund zehn Millionen Euro, die pro Jahr für Forschung an die MHB fließen sollen. Neugebauer: „Damit könnten wir einen ganz neuen Typus von Think Tank schaffen, der Medizin und Versorgungsforschung zu einer integralen Einheit formt, um so die gesundheitliche Versorgung einer alternden Bevölkerung nicht nur erforschen, sondern auch steuern zu können." <<



Univ.-Prof. Dr. med. Martin Heinze
Gründungs-Leiter des Zentrums für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB) der MHB

>> Kann man sich Psychiatrie und Psychotherapie quasi als Mutter der sektorübergreifenden Versorgung verstehen?

Die Psychiatrie nimmt sicherlich seit vielen Jahren bei der sektorübergreifenden Versorgung eine Vorreiterrolle ein. Strukturell kann man diese Frage also durchaus bejahen, weil die Psychiatrie eine, wenn nicht die wesentliche Forderung einer vernünftigen Gesundheitspolitik bezüglich einer sektorübergreifenden Versorgung als erste der medizinischen Fächer umgesetzt hat.

Wie sieht es denn mit der Versorgungsforschung aus?

Als Mutter der Versorgungsforschung kann man die Psychiatrie guten Gewissens nicht ganz bezeichnen, weil alle medizinischen Fächer – vor allem die der chronifizierenden Krankheiten – ähnliche Versorgungs-Fragestellungen beantworten müssen. Durchweg alle haben die Herausforderung und die Notwendigkeit, Therapieketten ohne therapeutische Abbrüche zu schaffen. Auch hier hat die Psychiatrie durchaus vorgemacht, wie das funktionieren kann, doch ist letztendlich die Herausforderung für alle Fächer gleich, weil es zwischen der Behandlung einer chronischen Depression, eines chronischen Bluthochdrucks oder chronischen Diabetes viele Übereinstimmungen gibt. Im Endeffekt läuft vieles darauf hinaus, dass ein wesentlicher Erfolgsfaktor eine Art Lotsenfunktion ist, die einem betroffenen Menschen einen Ansprechpartner zur Seite stellt, der ihn durch seine Erkrankung eine lange Zeit begleitet.

Wo kann die Versorgungsforschung helfen?

Vor allem in struktureller Hinsicht, indem analysiert wird, wie Versorgungsmodelle aufgebaut sind, mit denen bestehende und gute, effiziente medizinische Versorgungsstrukturen organisiert sind. Die wichtigen Erfolgs-Strukturparameter, die es zum Beispiel in der Psychiatrie, in der Onkologie und Gerontologie sowie Palliativmedizin gibt, könnten dann auf andere Fächer übertragen werden, die ähnliche Strukturen noch entwickeln müssen.

Gibt es ein denn eine Art Core-Ergebnis, das man skalieren kann?

Die kontinuierliche Beziehung zwischen Arzt und Patient ist sicher ein, wenn nicht das Kernthema. Medizin ist nun einmal neben der grundlegenden Qualifikation eine Frage einer vertrauensvollen Beziehung zwischen denjenigen, die sich um die Behandlung kümmern und den Betroffenen und auch deren Angehörigen. Doch leider ist die dazu erforderliche Beziehungskontinuität in unserem deutschen Gesundheitssystem praktisch nicht vorhanden, was zu, zum Teil enormen Brüchen zwischen Krankenhaus und Ambulanz führt. In England beispielsweise ist das anders: Da hat der General Practitioner eine starke, verantwortungsvolle Lotsenfunktion.

Wäre das ein Thema, welches das Zentrums für Versorgungsforschung Brandenburg der MHB mit Evidenz unterlegen könnte?

Das wollen wir auf jeden Fall angehen. Die ausgeschriebene Professor der MHB heißt darum explizit „Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung", wobei wir die zweite Wissenschaftsrichtung, die natürlich eng mit der Versorgungsforschung verbunden ist, in den ersten Jahren stark fördern möchten. Dazu haben wir auch bereits das erste wissenschaftliche Projekt, in dem wir Daten zum Status der sektorübergreifenden Versorgung in Brandenburg erheben und in einer Wissensdatenbank analysieren wollen. Zuerst wird in dem Projekt erhoben, inwieweit Krankenhäuser von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten Gebrauch machen oder wie und wo im KV-System stationsersetzende Leistungen erbracht werden. Danach kann man herausfinden, worin die grundlegenden Erfolgsfaktoren bestehen.

Das wichtige wäre sicher, die Trennung der Sektoren zu beenden.

Das sagt sich so leicht. Die aus den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts stammende Trennung der Sicherstellungsauftrags zwischen KVen und Bundesländern ist in Deutschland tief verankert. Die starke Trennlinie zweier Medizinbereiche, die praktisch strukturell nicht verbunden sind, kann nur ganz mühsam und kleinteiligst über viele Gesetzgebungsverfahren durchbrochen werden. Ich glaube nicht, dass irgendeine Regierung in der Lage wäre, die Trennung ganz aufzuheben, auch wenn man seit Jahren anerkennen muss, dass der Gesetzgeber immer wieder sektorübergreifende, integrierte Versorgungsmodelle anzustoßen versucht.

Was kann die Versorgungsforschung leisten, um ein besseres System zu erzeugen?

Sie kann die vorhandenen Modellprojekte, die das Gesundheitssystem anders, womöglich besser aufzustellen versuchen, analysieren und die Kernfaktoren, die zum Erfolg führen, darstellen. Eine Begleitforschung solcher Projekte in Bezug auf Outcomes größerer Patienten-Kohorten ist wichtig und die originäre Aufgabe der Versorgungsforschung. Die eng damit verbundene Gesundheitssystemforschung kann dann die strukturellen Rahmenbedingungen beschreiben.

Welche Schwerpunkte wollen Sie in dem neuen Zentrum für Versorgungsforschung in Brandenburg setzen?

Das ist zum einen die Gesundheitssystemforschung, zum anderen die Partizipationsforschung auf der Mikro-, Meso- und Makroebene. Zum Beispiel werden wir eine Kartographie für Deutschland erstellen, die darstellen soll, wo und wie in unserem Ge-

sundheitssystem Patienten gehört und einbezogen werden und welches Stimmrecht sie haben. Aber auch, wer wo von wem etwas lernen kann. Denn der Arzt kann mindestens so viel vom Patienten lernen wie dieser von ihm. Auch Digital Health ist ein Thema, wobei wir wie in den skandinavischen Ländern das Fach „Partizipativ Digital Health" präferieren, durch das Patienten mehr Rechte und Mitbestimmung im Gesundheitswesen erlangen und viel besser und schneller interagieren können. Nicht zuletzt steht bei uns die Rehabilitationswissenschaft im Fokus, weil auch die Reha ein ganzes Stück weit abgegrenzt von anderen Versorgungssystemen ist. Bei all dem soll es integrierte Arbeitsgruppen geben, die eng mit der Medizin zusammenarbeiten, damit Versorgungsforschung als integrativer Teil verstanden und auch gelebt wird. Sonst bleibt die Versorgungsforschung eine Insel, die mit dem restlichen medizinischen Geschehen wenig zu tun hat.

Was wollen Sie ganz persönlich erreichen?

Eine effizientere Medizin, mit dem Ziel eines möglichst hohen Nutzens für die Gesundheit der Patienten. Das zweite ist Partizipation, wobei ich davon träume, ein An-Institut zu dem Thema zu gründen. <<



Univ.-Prof. Dr. phil.
Christine Holmberg
Professur für Sozialmedizin
und Epidemiologie

>> Patientenorientierung und Patientenbeteiligung sind im deutschen Gesundheitswesen sicherlich ausbaubar. Was halten Sie von einer Patienten-Universität?

Zuerst muss man natürlich fragen, worauf eine Patienten-Universität abzielt. Es gibt ein großes öffentliches Interesse an medizinischen Themen. Diese an Universitäten zu bedienen, z.B. durch Ring-Vorlesungen und die Vermittlung von Forschungsergebnissen über verschiedene Kanäle, stellt eine wichtige Brücke zwischen Wissenschaft und Gesellschaft dar. Meist geht das Konzept Patienten-Universität weit über einen solchen Dialog hinaus und zielt darauf, Patienten Kompetenzen zu vermitteln, um im Gesundheitswesen zurechtzukommen. Dazu gehört es, sich angemessen auf Arztbesuche vorzubereiten, Erkrankungen zu verstehen und sich ein Grundverständnis medizinischen und epidemiologischen Wissens anzueignen, um für sich angemessene Gesundheitsentscheidungen treffen zu können.

Wer sollte denn eine Patienten-Universität initiieren?

Für mich sind hier an erster Stelle die professionellen und die institutionellen Strukturen gefragt. So halte ich es für sinnvoll, eine Patienten-Universität als Konzept im Verbund mit institutionellen Anpassungen zu sehen. Institutionelle Versorgungsstrukturen müssen so agieren und aufgebaut sein, dass Patienten im System selbst befähigt werden können, Informationen zu erhalten und für sich angemessene Entscheidungen zu treffen. Es darf nicht den Patienten die Verantwortung übertragen werden, die für sie angemessene Versorgung einfordern zu müssen. Eine Patienten-Universität ist daher idealerweise in den Gesamtkontext eines Klinikums eingebunden.

Was auch heißt: Die Kliniken müssen mehr als bisher den Patienten in den Fokus nehmen.

Richtig. Zum Beispiel müssen neue Informationsvermittlungswege in den Kliniken angedacht werden, wie die Bereitstellung von Computerplätzen zur Recherche der eigenen Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten. Ebenso ist es wichtig, Patienten am Ende eines Arztgesprächs die wichtigsten Informationen schriftlich mitzugeben, um ihnen zu ermöglichen, sich im Nachgang und in Ruhe mit den Informationen auseinanderzusetzen. Ebenso wichtig ist die Vermittlung sozialmedizinischer Informationen zu verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten. Patienten durch den oft undurchsichtigen Dschungel an Institutionen und Verantwortlichkeiten zu führen, ist dabei zentral. Das deutsche Gesundheitswesen funktioniert gut, wenn Menschen soziale Netzwerke haben, die sie unterstützen und ihnen helfen, die für sie angemessene Versorgung zu erhalten. Diejenigen, die keine private Unterstützung erhalten, haben es aber schwer. Hier sinnvolle Strukturen aufzubauen ist enorm wichtig. Zusammengefasst kann man also sagen: eine Patienten-Universität, deren Ziel es ist, institutionell und individuell zu unterstützen, halte ich für eine sehr gute und wichtige Möglichkeit, Patientenorientierung und -beteiligung im Gesundheitswesen zu stärken. Auch der geplante Masterstudiengang Versorgungsforschung, den die MHB im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Fakultät durchführen wird, wird Schwerpunktsetzungen im Bereich der Patientenorientierung, aber auch der individuellen und institutionellen Gesundheitskompetenz haben.

Wie und wo kann Ihr Fachgebiet ganz besonders dabei helfen, unser Gesundheitssystem weiter zu verbessern?

Meine Professur für Sozialmedizin und Epidemiologie steht in besonderem Maße für die Erhebung und das Verstehen der Betroffenenperspektive: Wie erleben Betroffene ihre Krankheit und welche Konsequenzen ergeben sich dadurch im Alltag? Durch die systematische Untersuchung von Patientenerfahrungen wird ein häufig vernachlässigtes Wissen „professionalisiert", nämlich die Untersuchung und Dokumentation der alltäglichen, notwendigen Bewältigungsstrategien einerseits, aber auch der Erfahrungen in Kliniken und Praxen andererseits. Unser Fachgebiet nimmt daher eine Art Vermittlerrolle zwischen verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens ein.

Mit Hilfe welcher Instrumente und Methoden?

Wir entwickeln z.B. Tools und Methoden, die Patienten bei der Navigation gesundheitlicher Strukturen und Angebote unterstützen sollen. Das Fachgebiet steht dafür auch für die Wissensvermittlung über sehr unterschiedliche Kanäle, zusätzlich zu wissenschaftlichen Publikationen, um unserer Vermittlerrolle gerecht zu werden. So haben wir z.B. eine Webseite gemeinsam mit Künstlern erarbeitet, die einen Blick hinter die Kulissen der epidemiologischen Forschung erlaubt[1], sowie eine Webseite, die Patientenerfahrungen in den Mittelpunkt stellt[2]. Schließlich finalisieren wir zur Zeit eine Broschüre für Patienten mit Lungenkrebs bzw. Schlaganfall, um sie bei der Suche nach Unterstützung in ihrer Versorgung zu unter-

— — —

1: www.wegedeswissens.net
2: www.krankheitserfahrungen.de
3: www.navicare-berlin.de

stützen[3]. Aber auch die Komplexität von Versorgung wissenschaftlich abzubilden, ist in unserem Fachgebiet eine zentrale Aufgabe. Denn erst über ein besseres Verständnis von Versorgung können Strukturen verbessert werden.

Da die Sozialmedizin und Epidemiologie nicht in der Versorgung selbst aktiv ist, kann sie überdisziplinär und unabhängig Versorgung und Behandlungsergebnisse in komplexeren Verhältnissen der Lebenswelten kritisch analysieren.

Was zeichnet in Ihren Augen die MHB in ganz besonderem Maße aus?

Die MHB steht wie keine andere medizinische Fakultät für das Miteinander von klinischen und theoretischen Fächern, und dem Einbezug von Patientenperspektiven in die Lehre. Dies wird in den interdisziplinären Seminaren gelebt, die auch für Lehrende immer wieder neue Perspektiven eröffnen. Studierende lernen dabei „science in the making", oder wie wissenschaftliche Erkenntnis eben auch oder gerade durch den wissenschaftlichen Diskurs entsteht.

Aber auch die Vermittlung patientenorientierter Versorgung und Versorgungsforschung ist im medizinischen Curriculum fest verankert. Schließlich ist das Längsschnittscurriculum Methoden Wissenschaftlichen Arbeitens (MWA) Garant für die Ausbildung in evidenz-basierter Medizin und der Kompetenzvermittlung epidemiologischer Fertigkeiten zur Beurteilung klinischer Studien.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Im Vordergrund stehen für mich im Moment zwei Thematiken:

1.) die Entwicklung und Etablierung von Methoden für patientenorientierte Bedarfsanalysen zur Versorgungssituation; hier geht es auch darum, die vielfach informellen Strukturen der Versorgung in ländlichen Regionen zu analysieren und zu berücksichtigen.
2.) Versorgung und Medizin im Alter, vor allem im Hinblick auf die Entwicklung von Vernetzungsstrukturen verschiedener Fachdisziplinen, aber auch die Entwicklung von Versorgungszielen, die an die Bedürfnisse und Wünsche Älterer angepasst ist.

Eine zentrale Frage, die uns zur Zeit beschäftigt ist, welche Informationen für Patienten relevant sind und wie und wann diese am besten vermittelt werden. Schließlich interessiert mich die Frage danach, wie man in den bestehenden Versorgungsstrukturen Entscheidungsräume für Patienten schaffen kann, die an der Versorgungsrealität angepasste Einbindung von Patienten ermöglichen. Schließlich haben wir eben einen Artikel finalisiert, der aus Betroffenenperspektive untersucht hat, was gute Versorgung (und damit den guten Arzt) ausmacht.

Gerahmt sind diese Themen von der Frage, wie wir soziale Komplexität, und damit Realität, wissenschaftlich so abbilden können, dass wir sie für die Weiterentwicklung unserer Versorgungsstrukturen im Sinne der Patienten einsetzen können. <<



Dunja Bruch
Wiss. Mitarbeiterin

>> Mit welchem Projekt sind Sie gerade an der MHB beschäftigt?

In dem Innovationsfonds-Projekt „ZWEIT – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von medizinischen Zweitmeinungsverfahren in Deutschland" (Leitung Prof. Neugebauer) untersuchen wir den Beitrag von Zweitmeinungsverfahren für eine patientenzentrierte Versorgung. Mein Forschungsschwerpunkt ist dabei das Innovationspotenzial von telemedizinischen Verfahren zur Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung bei einer Operationsentscheidung. Telemedizinische Verfahren bieten die Möglichkeit, regionale Versorgungsdefizite, wie etwa den Mangel an Fachärzten und zeitnahen Terminen, zu kompensieren. Insbesondere können telemedizinische Verfahren Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung oder altersbedingt in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, die Teilnahme an der ärztlichen Versorgung erleichtern.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung an der MHB erreichen?

Als Psychologin interessiert mich der Einzelne im Kontext von strukturellen und gesellschaftlichen Bedingungen. Versorgungsforschung betrachtet Patienten, Angehörige von Gesundheitsberufen, Organisationen und Systemfaktoren zusammen. Das macht Versorgungsforschung sehr komplex, aber auch äußerst spannend. In unserem Projekt etwa fragen wir uns, welche Anforderungen an den Patienten gestellt werden, damit er/sie eine zweite ärztliche Meinung in Anspruch nehmen kann. Also z.B. welche Anforderungen an die Gesundheitskompetenz stellt ein Zweitmeinungsprozess? Auf der nächsten Ebene fragen wir uns, was macht das Einholen einer zweiten Meinung mit der Arzt-Patienten-Beziehung? Schließlich betrachten wir die gesetzlichen Rahmenbedingungen und bereits bestehende Strukturen zu Zweitmeinungsverfahren. Mein Anliegen ist, dass die Erkenntnisse unseres Projekts helfen, Zweitmeinungsverfahren entsprechend der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln. Versorgungsforschung hat ein enormes Veränderungspotential für die Praxis.

Warum arbeiten Sie an der MHB?

Als junge Hochschule bietet die MHB viele Möglichkeiten, sich bei der Gestaltung miteinzubringen. Als ich 2016 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an die MHB kam, gab es 26 Psychologiestudierende an der MHB, jetzt sind es über 170. Bevor ich zur Versorgungsforschung gekommen bin, habe ich als Mitarbeiterin im Bereich Curriculum zur Ausgestaltung der Psychologiestudiengänge organisatorisch und inhaltlich beigetragen. An der MHB wird Wissenschaft über die Fächergrenzen hinausgedacht. Das gilt nicht nur für Forschungskooperationen, sondern ist auch integraler Bestandteil des Studiums. So bietet das Studium fundamentale und die Summer School, die ich in der Vergangenheit organisiert habe, die Möglichkeit, dass Studierende sich mit philosophischen, künstlerischen und weiteren wissenschaftlichen Perspektiven auseinandersetzen und ihre eigene Person reflektieren.

Was zeichnet die MHB aus?

Die MHB ist eine Hochschule, die sich etwas traut, und in der viele Perspektiven einen Platz haben. Die MHB steht für Verbindung von Studium, Forschung und Praxis und den Aufbau von externen Kooperationen. Dass Studierende bereits im Studium Patientenkontakt haben und sich mit der realen Versorgungssituation auseinandersetzen, halte ich für sehr wertvoll. <<