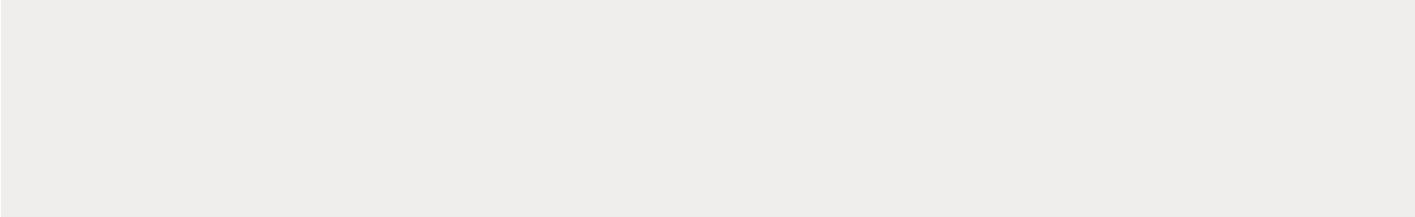




Die Versorgung im Blick





Im Schockraum der Zentralen Notaufnahme (ZNA) geht es oft um Leben und Tod, Dr. Astrid Sonnenberg und ihre Kolleg:innen sind dann besonders gefordert. Häufig suchen aber weniger kranke Menschen die Notaufnahme auf – ein echtes Problem für die Gesundheitsversorgung. Um die Notaufnahmen in den Kliniken zu entlasten, sollen Patient:innenströme besser gelenkt werden (Seite 20).

In eigener Sache

Die Schwerpunktausgabe zur Versorgungsforschung ist erstmals 2019 erschienen. Da sie damals leider nicht alle Adressat:innen erreicht hat und das Thema Versorgungsforschung außerdem in der Corona-Pandemie eine ganz besondere Rolle spielt, haben wir uns zu einer aktualisierten Auflage entschieden. – Alle Bilder entsprechen den zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme gültigen Corona-Bestimmungen; Fotos ohne Abstand und Mund-Nasen-Schutz sind bereits vor der Pandemie für die Ausgabe 2019 entstanden.



Die Auswertung von Daten ist ein wesentliches Element der Versorgungsforschung. Daraus können wichtige Erkenntnisse für den Stand und die Qualität der medizinischen Versorgung gewonnen werden

Versorgungsforschung – ein Schwerpunkt im UKE

Forschen für eine bessere Zukunft

Die Behandlung von Patient:innen in Deutschland zu verbessern – das haben sich Wissenschaftler:innen des UKE auf die Fahnen geschrieben. Im Forschungsschwerpunkt Versorgungsforschung spielt die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eine tragende Rolle.

Versorgungsforschung untersucht die Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu verbessern. Sie entwickelt darüber hinaus wissenschaftlich fundierte Versorgungsmodelle und prüft ihre Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen. Themen der Versorgungsforschung sind vor allem die Untersuchung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung,

Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure. Das CHCR bietet außerdem Infoveranstaltungen, Symposien, Kongresse sowie Lehre und Beratung zu Forschungsmethoden an; besondere Bedeutung hat die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

In Kooperation mit dem CHCR befasst sich das **Hamburg Center for Health Economics (HCHE)**, ein

Die Bedingungen für die Versorgungsforschung sind in Hamburg hervorragend – wie an kaum einem anderen Standort in Deutschland.

der Behandlungsprozesse und -ergebnisse. Bearbeitet werden sie unter anderem von der Medizin, den Gesundheitswissenschaften, der Psychologie, den Sozialwissenschaften und der Gesundheitsökonomie.

Fragen, die die Versorgungsforschung beantwortet, sind zum Beispiel: Wie ist der Bedarf an psychosozialer Unterstützung von Patient:innen mit schweren körperlichen Erkrankungen? Wie viele Patient:innen nehmen die Notfallversorgung in Anspruch? Wie lang ist die Wartezeit auf Facharzttermine bei Patient:innen mit mehreren Erkrankungen und von welchen Faktoren ist die Wartezeit abhängig? Wie gut sind Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Verhältnis von neuen Versorgungsmodellen für Menschen mit Demenz im Vergleich zur Routineversorgung?

Versorgungsforschung mit langer Tradition

Vor mehr als zehn Jahren hat das UKE die Versorgungsforschung als einen von fünf Forschungsschwerpunkten definiert. Bereits 2006 wurde das **Center for Health Care Research (CHCR)** gegründet. Das CHCR ist ein wissenschaftlicher Kooperationsverbund von UKE, Universität Hamburg und Albertinen-Krankenhaus, der aus 27 Institutionen mit mehr als 240 Versorgungsforscher:innen besteht. Die Aufgaben liegen in der Initiierung von Verbundprojekten und in der Förderung der nationalen und internationalen Zusammenarbeit aller an der

2011 gegründetes gemeinsames Forschungszentrum von UKE und Universität, mit gesundheitsökonomischen Evaluationen. Dabei hat es einen versorgungswissenschaftlichen Schwerpunkt.

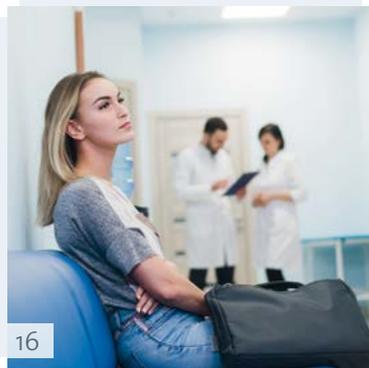
Darüber hinaus wurde 2017 das **Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET)** gegründet, um mit allen am Versorgungsgeschehen beteiligten Akteuren in einen systematischen und nachhaltigen Austausch in der Region zu gelangen. Es umfasst mehr als 40 Forschungsinstitutionen, Gesundheitsversorger, Krankenkassen, Patient:innenorganisationen, die Gesundheitswirtschaft und -politik. Übergeordnetes Ziel von HAM-NET ist die Etablierung eines offenen Forums für alle interessierten Institutionen, die Bündelung der Interessen und Bedarfe in der Versorgungsforschung und die Förderung und Durchführung innovativer, bedarfs- und patient:innenorientierter Forschungs- und Versorgungsprojekte in der Hamburger Region.

Dank dieser Strukturen und der Finanzierung zahlreicher Projekte durch Innovationsfonds, BMBF und BMG erlebt die Versorgungsforschung im UKE und in der Metropolregion Hamburg aktuell starke Impulse, die langfristig zu grundlegenden Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung führen sollen. Die Bedingungen dafür sind in Hamburg hervorragend – wie an kaum einem anderen Standort in Deutschland. Weitere Infos: www.uke.de/chcr, www.hche.de und www.ham-net.de. ■

Inhalt



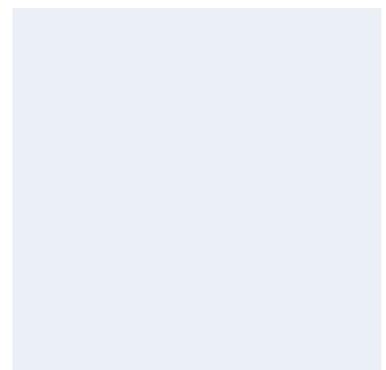
6
Pandemie
als Wendepunkt
COVID-19 beeinflusst die Gesundheitsversorgung in hohem Maße – eine besondere Herausforderung für die Forschung.



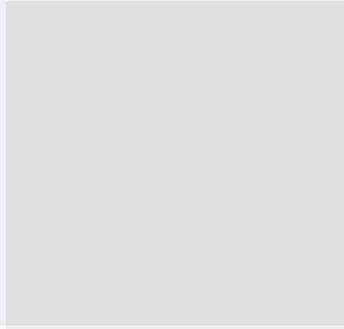
12
Gemeinsam allein
Immer mehr Kinder und Jugendliche werden onlinesüchtig. Im DZSKJ wird die Sucht erforscht und Hilfe angeboten.



20
Notaufnahmen in Not
Viele Patient:innen, die in die Notaufnahme gehen, gehören dort eigentlich nicht hin. Um Notaufnahmen zu entlasten, sollen Patient:innenströme künftig besser gelenkt werden.



38



54

42



46



58

28

Public Health

Versorgungsforschung oder Public Health: Benötigt das UKE ein neues Institut? Die Expert:innen sind sich einig. Ein Plädoyer für die Versorgungsforschung.

38

Brücken bauen

Patient:innen und Ärzt:innen sollen Partner auf Augenhöhe sein und sich gemeinsam für die jeweils beste Therapie entscheiden. Ein Programm aus dem UKE bereitet hierfür den Weg.

48

Im Ungleichgewicht

Krebspatient:innen sind häufig psychisch belastet. Unterstützung finden sie nicht überall, auf dem Land ist die psychoonkologische Versorgung schlechter als in der Stadt.



48

10 RECOVER –
Psychische Gesundheit
im Fokus

16 Wer wartet wie lange?

24 Warum gehen wir
zu Ärzt:innen?

32 In virtueller Realität
Zwänge behandeln

36 Wenn es nicht mehr
weitergeht

42 Hilfe finden,
Hürden meistern

46 Damit Gesundheit
kein Fremdwort bleibt

54 Nachdenken über
das eigene Denken

58 Gesundheitsakademie UKE

60 Spenden Sie Gesundheit

61 Impressum

wissen + forschen im Internet:
www.uke.de/w+f

Pan



Foto: Ronald Frommann

In der eigenen Impfstelle auf dem UKE-Gelände konnten sich die Mitarbeitenden impfen lassen

demie

als Wendepunkt

Die COVID-19-Pandemie beeinflusst die Gesundheitsversorgung in Deutschland in hohem Maße. Für die Versorgungsforscher:innen des UKE eine besondere Herausforderung – mit Möglichkeiten und Risiken.

Text: Ingrid Kupczik

„Das Auf und Ab der Pandemiewellen spiegelt sich im Angebot gesundheitlicher Leistungen und in ihrer Inanspruchnahme wider“, erläutert Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie. Zudem verändern sich ständig die Fragestellungen: „Während es anfangs um Auswirkungen des Lockdowns auf die Gesundheitsversorgung ging, stehen nun Themen wie Unsicherheit beim Impfen, die Beweggründe von Impfzögerern oder Langzeitfolgen von COVID-19 im Fokus.“

Tempo war und ist also gefragt, um die Facetten der Pandemie versorgungswissenschaftlich zu erfassen. Binnen kurzem wurde eine Vielzahl von Studien konzipiert, umgesetzt, publiziert. Als Beispiel nennt von dem Knesebeck eine im ersten Lockdown unter den 38 Klinikdirektor:innen des UKE durchgeführte Befragung, die den drastischen Rückgang der Belegungszahlen und Ambulanzbesuche dokumentiert. Eine telefonische Umfrage unter 110 Hausärzt:innen im Umkreis von 120 Kilometern bestätigte die verringerte Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in dieser Phase. „Manches ist auf der Strecke geblieben, beispielsweise Hausbesuche oder die Beratung bei chronischen Erkrankungen“, berichtet Prof. Dr. Martin Scherer, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin. Offen sei, ob und inwieweit dies zu einer Unterversorgung führte und, wenn ja, welche gesundheitlichen Folgen sich daraus ergaben. Die Beobachtung, dass deutlich weniger Patient:innen als sonst mit Beschwerden wie Rückenschmerzen, Magen-Darm-Problemen oder Schwindel in die Praxen kamen, könnte laut Scherer wiederum „ein Hinweis sein, dass es vor der Pandemie eine Überversorgung gab“.

Höheres Infektionsrisiko im Gesundheitswesen

Klar ist: Beschäftigte im Gesundheitswesen haben ein deutlich erhöhtes Risiko für eine SARS-CoV-2-Infektion. Das zeigt eine Studie des UKE-Arbeitsmediziners Prof. Dr. Albert Nienhaus vom Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung

bei Pflegeberufen (CVcare). Demnach hat sich die Zahl der beruflich bedingten Infektionen von Mai 2020 bis Mai 2021 im Vergleich zu den Vorjahren mehr als verzehnfacht; die Zahl der Todesfälle stieg um das Dreißigfache. Die Mitarbeiter:innen des CVcare untersuchen nicht nur die Infektionsrisiken, um Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten zu verbessern, sondern auch die Langzeitfolgen nach COVID-19 und den Rehabilitationsbedarf: „Wir konnten belegen, dass rund ein Drittel der Beschäftigten mit Langzeitfolgen von COVID-19 sich eine Rehabilitation wünscht, aber nur drei Prozent diese bisher erhalten haben.“ Erfreulich sei das Ergebnis einer Online-Befragung, wonach die Impfbereitschaft bei Beschäftigten im Gesundheitswesen hoch ist und bereits über 80 Prozent geimpft sind. „Dadurch wird sich das berufliche Infektionsrisiko wieder reduzieren“, so Prof. Nienhaus.

„Bisher lag unser Fokus auf chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzkrankheiten, Krebs oder psychischen Störungen. Infektionskrankheiten spielten eine eher untergeordnete Rolle.“

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck,
Institut für Medizinische Soziologie

Unter Mitwirkung der UKE-Versorgungsforschung war zu Beginn der Pandemie das Kompetenznetz „Public Health COVID-19“ auf die Beine gestellt worden. Rund 30 Fachgesellschaften aus Deutschland, Österreich und der Schweiz bündeln darin ihre Studienergebnisse und stellen sie für die aktuelle Diskussion und politische Entscheidungsfindung zur Verfügung. Das UKE ist unter anderem mit Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie, vertreten. Er koordiniert die Arbeitsgruppe zur Risikokommunikation und -wahrnehmung und konstatiert: „In der öffentlichen Kommunikation ist nicht immer alles nach den Regeln der Kunst gelaufen.“ Oft seien



Ebenfalls unter der Lupe: die Versorgung schwer kranker Patient:innen, hier durch Dr. Geraldine de Heer auf einer UKE-Intensivstation

Informationen nicht adressat:innengerecht aufbereitet und deshalb vielfach auch nicht von allen verstanden worden. „Manche Bevölkerungsgruppe wurde deshalb vermutlich nicht erreicht, inklusive der Impfzauderer“, so Prof. Härter.

Hamburger:innen über COVID-19 gut informiert

Das Gros der Hamburger Bevölkerung ist gut informiert, wie kürzlich eine telefonische Befragung zeigte: 1200 Teilnehmende wurden gebeten, die fiktive Fallgeschichte einer Person mit COVID-19-Symptomen zu beurteilen, ohne die Diagnose zu kennen. Zwei Drittel erkannten, dass es sich um COVID-19 handelt, und mehr als 80 Prozent würden sich bei entsprechenden Symptomen an ihre:n Hausärzt:in wenden oder die 116117 wählen – „so wie es im Gesundheitssystem gewünscht wird“, sagt Prof. von dem Knesebeck. Manche Forschungsprojekte gerie-

ten jedoch ins Stocken oder mussten abgebrochen werden, weil Teilnehmende unter Pandemiebedingungen nicht befragt, die Teilnehmendenzahlen im Studienzeitraum nicht erreicht werden konnten.

Als positiven Effekt der Pandemie beurteilen die UKE-Versorgungsforscher:innen die Geschwindigkeit, mit der die Digitalisierung vorangetrieben wurde. Prof. Härter nennt als Beispiel die psychosoziale Betreuung von Krebspatient:innen. „Wir konnten sehr schnell auf Video-Sprechstunden umstellen.“ Die Pandemie habe insgesamt das Spektrum der Hamburger Versorgungsforschung erweitert, betont Prof. von dem Knesebeck: „Bisher lag unser Fokus auf chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzkrankheiten, Krebs oder psychischen Störungen. Dagegen spielten Infektionskrankheiten eine eher untergeordnete Rolle. Wir betrachten es als Chance, uns diesem Thema stärker zu stellen.“ ■



Menschen in einer psychischen Krise finden weitere Informationen unter www.recover-hamburg.de

Schnellere und gezielte Hilfe bei seelischen Leiden

RECOVER – Psychische Gesundheit im Fokus

Vor einer psychischen Krise ist niemand geschützt. Wichtig ist dann eine schnelle und gezielte Hilfe. Doch daran mangelt es oft im deutschen Gesundheitswesen. Das soll sich mit dem Projekt RECOVER ändern: Prof. Dr. Martin Lambert und sein Team entwerfen und testen den organisatorischen Rahmen für die psychische Versorgung der Zukunft.

„Im deutschen Versorgungssystem liegen viele Dinge im Argen“, sagt der Psychiater, der mit gut einem halben Dutzend weiterer UKE-Kolleg:innen dem Leitungsteam des Projekts angehört. RECOVER – auf Deutsch: (wieder) gesund werden – sei der Versuch, diese Dinge zusammenzufassen und die Probleme bei Diagnostik, Beratung und Behandlung psychischer Erkrankungen systematisch zu lösen. Damit der große Wurf auch tatsächlich gelingt, wurden in Hamburg alle Institutionen ins Boot geholt: Behörden, Krankenkassen, psychosoziale Dienste, Krankenhäuser, Ärzt:innen-, Psychotherapeut:innen- und Patient:innenverbände. „Das

Die schnelle und vor allem korrekte Diagnose durch ausgewiesene Expert:innen ist der große Vorteil des neuen Versorgungsmodells. So können früh die Weichen für den weiteren Weg richtig gestellt werden. Und weil das Behandlungsteam innerhalb des Netzwerks auch gleich die Hilfe organisiert, würden Schwerkranken, die zur Selbsthilfe kaum noch fähig sind, nicht mehr aus dem System fallen. „Gegenwärtig werden mehr Patient:innen behandelt, die leicht oder mittelgradig erkrankt sind“, so der Experte.

Das Team teilt psychisch erkrankten Patient:innen vier Schweregrade zu. „Jeder Stufe sind unterschied-

„Innerhalb von zwei Tagen erhalten Sie einen Termin bei uns. Sie werden dann durch ein Team mit vielfältigen Kompetenzen betreut.“

Prof. Dr. Martin Lambert, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

RECOVER-Versorgungsmodell ist ein schweregradgestuftes und sektorenübergreifend koordiniertes Versorgungsmodell“, erklärt Prof. Lambert und weist auf ein Schaubild, das die Idee des Projekts zusammenfasst: eine Pyramide. Die breite Basis bilden die vielen Patient:innen mit leichten psychischen Problemen. Mit zunehmender Schwere der Erkrankungen nimmt die Zahl der Betroffenen ab. Die Spitze steht für die relativ wenigen Schwerkranken.

Schnelle Hilfe: Psychotherapie in nur zwei Wochen

Was aber ändert sich durch RECOVER konkret für einen Menschen, der in einer psychischen Krise Hilfe benötigt? „Dann gehen Sie zur Hausärzt:in“, sagt Prof. Lambert. Im RECOVER-Modell, wie es in Hamburg und im ländlichen Kreis Steinburg erprobt wird, sei diese:r Teil eines Netzwerks. „Sie:Er gibt Ihnen unsere Nummer. Innerhalb von zwei Tagen erhalten Sie einen Termin bei uns. Sie werden dann durch ein Team mit vielfältigen Kompetenzen betreut. Benötigen Sie eine Psychotherapie, organisieren wir das und besprechen uns mit den Therapeut:innen. Die normale Wartezeit für eine Psychotherapie beträgt in Hamburg vier bis sechs Monate. Bei uns sind es ungefähr zwei Wochen.“

liche Behandlungspakete zugeordnet, die evidenzbasiert sind“, so Lambert. Sprich: Die Wirksamkeit der Therapiemaßnahmen wurde in einer begleitenden wissenschaftlichen Studie geprüft, erste Ergebnisse belegen den Erfolg des Modells. Dabei gelte das Grundprinzip: Angefangen wird nicht mit der teuersten Intervention – sondern mit derjenigen, welche die meisten Ressourcen spart. „Wir wollen möglichst viele Krisen ambulant abfangen. Eine stationäre Behandlung ist immer nur das letzte Mittel.“ Die offene Frage ist nun, wie RECOVER in die Regelversorgung kommen kann. Hierfür bedarf es der gemeinsamen Unterstützung von Leistungserbringern und Kostenträgern.

Ein Baustein des Konzepts sind digitale Diagnostik- und Therapieprogramme, für die unter dem Namen „eRECOVER“ sogar eine eigene E-Mental-Health-Plattform geschaffen wurde. Prof. Lambert sieht in den digitalen Angeboten das größte Zukunftsfeld psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Denn „digitale Therapien sind eine effektive Alternative“, sagt er. Der Vorteil: Patient:innen können sich einer interaktiven Videotherapie unterziehen, wann immer es ihnen passt – in der Mittagspause oder nach Feierabend. ■



Gemeinsam
allein



Likes auf Facebook, das nächste Level im Computerspiel, Bilder und Videos hochladen: Immer mehr Kinder und Jugendliche werden onlinesüchtig, insbesondere in Zeiten der Pandemie. Das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) bietet Hilfe. Prof. Dr. Rainer Thomasius, Ärztlicher Leiter des DZSKJ, erforscht die Sucht nach der virtuellen Welt.

Text: Katja Strube Fotos: Axel Kirchhof

Stundenlanges Starren auf den Computerbildschirm, der fast automatische Griff zum Handy bei jedem Signal: Viele Kinder und Jugendliche können sich – wie die meisten Erwachsenen auch – ein Leben ohne Internetverbindung kaum noch vorstellen. „Computer, Smartphones, Tablets und Co. bieten durch den Zugang zu einer Vielzahl von Informationen und der Möglichkeit eines breiten Austausches immense Chancen“, sagt Prof. Dr. Rainer Thomasius, Ärztlicher Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ).

Neue Welten entdecken, komplexe Interaktionen lernen, zielgerichtet Aufgaben bewältigen – „die Nutzung digitaler Medien spricht typische Entwick-

nicht dadurch, dass jemand viel Computer spielt oder sich über Social Media austauscht“, erklärt der Suchtexperte. Eine übermäßige Mediennutzung könne aber ein Anzeichen für tiefer liegende Probleme sein – und zwar dann, wenn der Aufenthalt in virtuellen Räumen als Bewältigungsstrategie für psychische Störungen wie soziale Phobien, Depressionen oder Traumatisierungen eingesetzt wird.

Suchtstoff: Selbstbewusstsein

Für die Diagnose einer Spielsucht gibt es klare Kriterien. Danach besteht etwa Suchtgefahr, wenn Spieler:innen ihr Gaming-Verhalten nicht mehr kontrollieren können, wegen des Computerspielens wichtige Beziehungen oder den eigenen Werdegang gefährden und trotz negativer Konsequen-



Das Lernen wieder lernen – ein großes Problem für suchtbetroffene Kinder und Jugendliche



Im Rahmen der Therapie erkennen die Jugendlichen, was hinter ihrer Sucht steckt

lungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters an“, betont Prof. Thomasius. Computerspiele versprechen Kindern und Jugendlichen Spaß und fordern ihre Geschicklichkeit heraus. „Mit den Spielen können die Nutzer:innen abschalten, spannende Aufgaben lösen und Teil eines Teams sein“, so Prof. Thomasius weiter. In sozialen Netzwerken könnten sie kommunizieren, sich mit Freunden austauschen und vielfältiges Feedback erhalten.

Problematisch sei nicht die messbare Zeit, die junge Menschen mit Onlineangeboten verbringen, hebt Prof. Thomasius hervor. „Internetsucht entsteht

zen nichts an der Nutzung ändern. Prof. Thomasius sieht insbesondere suchtfördernde Instrumente, die in Onlinespielen wie auch in sozialen Netzwerken eingesetzt werden, als problematisch an. „Einige Spiele animieren die jungen Spieler:innen etwa mit ‚Lootboxen‘ – Schatzkisten mit unbekanntem Inhalt – zum Weiterspielen oder bestrafen Spielunterbrechungen mit Punktabzügen.“ Auch Belohnungen für Nutzer:innen, die täglich Bilder hochladen – wie die „Streaks“ bei Snapchat –, üben Druck aus, weiterzumachen. „Solche Mittel werden von Anbietern durchaus bewusst eingesetzt, um Spieler:innen online zu halten“, kritisiert der Suchtexperte.



DZSKJ-Suchtextperte Prof. Dr. Rainer Thomasius setzt auf Programme wie „Lebenslust statt Onlineflucht!“

„Unterstützt wird die Arbeit der Drogenambulanz durch gemeinnützige Vereine und weitere Institutionen. Für solche Spenden sind wir sehr dankbar.“

Prof. Dr. Rainer Thomasius, Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters

Betroffen von Internetsucht sind etwa 3 bis 5 Prozent der Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren. „Die Kontrolle im neuen Level des Abenteuerspiels zu erlangen, sich durch die Vernetzung in sozialen Medien sicher zu fühlen – das sind Gefühle, um die es bei der Internetsucht geht“, erläutert Prof. Thomasius. Eine neue Untersuchung in Zusammenarbeit mit der DAK hat gezeigt, dass die Nutzungszeiten für Spiele und soziale Medien im Verlauf der Pandemie um bis zu 75 Prozent zugenommen haben. 90 bis 95 Prozent der im DZSKJ ambulant oder stationär behandelten Jugendlichen sind Jungen und junge Männer. „Onlinestudien haben ergeben, dass

Mädchen und junge Frauen sogar stärker als ihre männlichen Altersgenossen von Internetsucht betroffen sind“, erklärt Thomasius. Ihre Onlinesucht sei jedoch sozial weniger auffällig und ziehe daher seltener eine Behandlung nach sich. „Mädchen präferieren soziale Foren gegenüber Computerspielen, ihr Kommunikationsverhalten steht den gesellschaftlichen Anforderungen weniger entgegen. Jungen, die zu uns in die Drogenambulanz kommen, sind oft sehr selbstunsicher. Spiel-Avatare symbolisieren hingegen Macht und Einflussnahme.“

Ausbruch aus dem Onlinegefängnis

In Angeboten der Drogenambulanz wie beispielsweise dem Gruppenprogramm „Lebenslust statt Onlineflucht!“ soll auch die Freude der Jugendlichen an Offlinetätigkeiten gestärkt werden. „Unsere Ärzt:innen und Therapeut:innen arbeiten gemeinsam mit den Betroffenen daran, ihre sozialen Kompetenzen zu stärken und aktive Möglichkeiten der Freizeitgestaltung zu erproben“, erklärt Prof. Thomasius. Unterstützt wird die Drogenambulanz durch gemeinnützige Vereine und weitere Institutionen. Prof. Thomasius ist dankbar für die bisherigen Spenden und wünscht sich, mit zukünftigen Mitteln die Freizeiträume der Ambulanz sowie den Garten der Suchtstation schöner ausstatten zu können, um die Jugendlichen für sportliche Aktivitäten zu begeistern und Spaß am sozialen Miteinander zu wecken. ■



Ob längere Wartezeiten auf Untersuchungstermine sich auf die Gesundheit der Patient:innen auswirken, ist noch nicht erforscht

Ungleiche medizinische Versorgung

Wer wartet wie lange?

Haben ungelernte Arbeiter:innen die gleichen Gesundheitschancen wie Ingenieur:innen? Erhalten Besserverdienende eine bessere Behandlung als Sozialhilfeempfänger:innen? Soziale Ungleichheit ist ein Kernthema der Versorgungsforschung im UKE.

„Unsere Studien deuten auf ausgeprägte Ungleichheiten hinsichtlich Einkommen, Bildung und Versichertenstatus hin.“

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Institut für Medizinische Soziologie

„Einkommen, Bildung, Sozialstatus und Krankenversicherung haben einen Einfluss darauf, ob jemand gesund bleibt oder krank wird und ob er früher stirbt als andere“, sagt Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie. „Wir untersuchen, inwieweit dies mit der medizinischen Versorgung zu tun hat.“ Keine leichte Aufgabe, denn aus der Fülle wissenschaftlicher Studien zum Thema ergibt sich eine Faktenlage „mit sehr widersprüchlichen Ergebnissen“. Fest steht: „Es gibt eine soziale Ungleichheit“, sagt Prof. von dem Knesebeck. Man müsse Ursachen und Wirkungen aber viel differenzierter betrachten, als dies bisweilen geschehe und sich in Schlagworten wie „Zwei-Klassen-Medizin“ bündele. Die UKE-Medizinsoziolog:innen unterscheiden drei Ebenen der medizinischen Versorgung: Zugang, Inanspruchnahme und Qualität.

Relevant: Einkommen, Bildung, Versichertenstatus

„Beim Zugang geht es um Barrieren, die Menschen daran hindern, an die nötige Versorgung überhaupt heranzukommen“, erklärt von dem Knesebeck. Müssen sie lange auf einen Termin bei Fachärzt:innen warten? Führt Ärzt:innenmangel in der Provinz dazu, dass Leistungen nicht angeboten werden? „Unsere Studien deuten auf ausgeprägte Ungleichheiten hinsichtlich Einkommen, Bildung und Versichertenstatus hin“, so der Experte. Wer privat versichert ist, bekommt schneller eine:n Fachärzt:in zu fassen. Nur: Haben jene, die länger warten, einen Nachteil? Etwa weil eine Erkrankung chronisch wird? „Bisher gibt es keine guten Untersuchungen zu den Auswirkungen unterschiedlicher Wartezeiten.“

Zum Thema Inanspruchnahme wird ermittelt: Wer wird wie häufig ambulant oder stationär versorgt? Wer nutzt Präventions- und Rehaangebote? Hinsichtlich der Prävention gebe es „klare Hinweise, dass niedrigere Einkommens- und Bildungsgruppen und gesetzlich Versicherte die Angebote weniger in Anspruch nehmen als andere“, erklärt Medizinsoziologe Dr. Jens Klein. Gesichert sei auch, dass Menschen mit höherem Sozialstatus und Privatversicherte eher Fachärzt:innen konsultieren. Beim Thema Qualität geht es um Therapieerfolg, Lebensqualität und Überlebensraten. In einer UKE-Studie wurden kürzlich Patienten mit Prostatakrebs untersucht: Sie hatten einen vergleichbaren Tumorstatus, sich den gleichen Eingriffen unterzogen. Dennoch variierte ihre Lebensqualität stark nach Bildung und Einkommen, wie die Befragung sechs und zwölf Monate nach der Operation zeigte. „Unterschiede in der Lebensqualität haben offenbar wenig mit der medizinischen Versorgung zu tun“, resümiert Dr. Klein.

Die Interaktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen gilt als bedeutsamer Faktor für die Versorgungsqualität. Gesprächsdauer, Empathie und die Rückversicherung, dass Patient:innen die Erklärungen der Ärzt:innen gut verstanden haben, seien wichtige Merkmale. „In der ärztlichen Ausbildung legen wir großen Wert auf dieses Thema“, sagt Soziologe Klein. Eine Behandlung sei nach dem Klinikaufenthalt nicht beendet; die folgende „Selbstbehandlung“ sei häufig noch zeitintensiver. „Ungleichheit in der Versorgung findet sich dort, wo Informiertheit eine wichtige Rolle spielt. Wer schlecht informiert ist, wird häufig auch schlechter versorgt.“ ■



Priv.-Doz. Dr. Silke Pawils aus der Medizinischen Psychologie begleitet das Babylotsen-Projekt wissenschaftlich

Familien in belastenden Lebensumständen unterstützen

Wirksames Lotsensystem

Angebote wie die Programme „Babylotse“, „Babylotse plus“ oder „KinderZukunft“ haben sich deutschlandweit in Geburtskliniken durchgesetzt. UKE-Forschende begleiten diese wissenschaftlich.

Der stationäre Lotsendienst, der Familien in belastenden Lebensbedingungen unterstützt, basiert auf einer psychosozialen Anamnese durch eine sozialpädagogisch geschulte Fachkraft, bestehend aus einem Kurzfragebogen, den alle werdenden Eltern bei der Geburtsanmeldung beantworten und einem ergänzenden, motivierenden Gespräch mit belasteten Eltern, um die bestmögliche, möglichst wohnortnahe Unterstützung zu finden. Bis zu einem Jahr nach der Geburt kann die Begleitung durch die Babylotsen genutzt werden. Das Babylotsen-Monitoring stellt zusätzlich einen wichtigen Qualitätsstandard des Lotsensystems dar, denn schwierige Lebensbedingungen können auch nach der Geburt in der Familie auftreten.

In einer Studie mit rund 9000 Familien aus Frauen- sowie Kinder- und Jugendarztpraxen wurde ermittelt, wie die Belastungslage von werdenden und jungen Eltern aktuell ist und ob ein Lotsensystem Unterstützungsangebote vermitteln kann. Wie wenig es in der Regelversorgung den Ärzt:innen und dem medizinischen Fachpersonal gelingt, systematisch die teils schwerwiegenden Belastungen von jungen Familien überhaupt wahrzunehmen oder den Familien in irgendeiner Form Unterstützung zu gewähren, überraschte Priv.-Doz. Dr. Silke Pawils, Leiterin der Forschungsgruppe Prävention am Institut für Medizinische Psychologie, und ihr Team.

Umso dringlicher ist es für die Forschenden, die Prüfung der neuen Versorgungsform „KID-PROTEKT“ voranzubringen, deren Ziel die Förderung einer gesunden Kindesentwicklung trotz psychosozialer Belastungssituation in der Familie ist – damit die neue Versorgungsform breit umgesetzt werden kann. ■

Trans Menschen oft psychisch belastet Videosprechstunde und Live-Chat als Therapie

Manche Menschen erleben ihre Geschlechtszugehörigkeit nicht im Einklang mit ihrem körperlichen Geschlecht. Das Interdisziplinäre Transgender Versorgungszentrum (ITHCCH) ist als eines von wenigen Zentren auf die Behandlung von trans (früher: transsexuellen) Menschen spezialisiert. „Betroffene, die nicht in der Nähe solcher Zentren oder von spezialisierten Fachkräften leben, werden oft gar nicht oder falsch behandelt und sind dadurch häufig psychisch belastet, gerade auch in Pandemie-Zeiten“, sagt Priv.-Doz. Dr. Timo Nieder vom Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie. Er leitet das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „i²TransHealth“, das Betroffenen unabhängig vom Wohnort eine medizinische Versorgung ermöglichen soll, die ihren Transsexualismus berücksichtigt.

Bessere Lebensqualität ist das Ziel

Im Rahmen des Projekts werden ein Ärzt:innen-netzwerk sowie eine Internet-Plattform aufgebaut. Ärzt:innen werden für eine spezifische Behandlung transsexueller Menschen geschult. Für Betroffene ist das Portal frei zugänglich. Wer teilnehmen möchte, sucht eine:n Ärzt:in des Netzwerks auf, nimmt am Erstgespräch teil und wird randomisiert einer Interventions- oder einer Wartegruppe zugewiesen. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe können sich per Live-Chat mit Spezialist:innen austauschen und besuchen alle zwei Wochen eine Videosprechstunde. Die Wartegruppe nimmt nach vier Monaten ebenfalls an der Versorgung teil. Im Anschluss wird ermittelt, ob i²TransHealth dazu beiträgt, die Lebensqualität von trans Menschen zu verbessern. ■

Wie sich Wohnbedingungen auswirken Studie: Was macht eine Stadt gesund?

Für Erkrankungen können meist Risikofaktoren benannt werden, die sich vermeiden lassen. Was aber führt dazu, dass Menschen gesund sind und bleiben? In einer groß angelegten Studie untersuchen Wissenschaftler:innen, wie verschiedene Gesundheitsfaktoren sich gegenseitig beeinflussen. Denn dafür, dass ein Mensch gesund ist, gibt es unterschiedliche Gründe – zum Beispiel, über welche körperliche Disposition er verfügt, ob er mit seinen Lebensumständen zufrieden ist oder wie viel Lärm er an seinem Wohnort ausgesetzt ist. In der Studie „Was macht eine Stadt gesund?“, in der Daten der Hamburg City Health Studie (HCHS) sowie weiterer urbaner Forschungsprojekte ausgewertet werden, untersuchen Wissenschaftler:innen in 15 Arbeitsgruppen, welche Faktoren besonders wichtig sind und wie sich diese untereinander verstärken oder neutralisieren können.

Einflüsse auf das Wohlergehen untersuchen

„Gesundheit ist nicht einfach nur Schicksal“, sagt Prof. Dr. Matthias Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen. Zusammen mit seinem Team will er herausfinden, wie verschiedene Faktoren auf das Wohlergehen einwirken. „Wir entwickeln Hypothesen wie zum Beispiel die, dass schlechte Wohnbedingungen bestimmte Atemwegserkrankungen zur Folge haben können“, erläutert Augustin. „Im nächsten Schritt prüfen wir, was das genau bedeutet – wie etwa Belastung der Atemluft, Baumaterial der Wohnung oder Zugang zu ärztlicher Versorgung zusammenspielen.“ ■





Patient:innenströme besser lenken

Notaufnahmen in Not

Schwer krank mit dem Rettungsdienst in die Notaufnahme – Alltag in deutschen Kliniken. Doch die Patient:innenklientel hat sich stark verändert, nicht einmal jeder Zweite hält seine Beschwerden für dringend behandlungsbedürftig. Um Notaufnahmen zu entlasten, sollen Patient:innenströme künftig besser gelenkt werden. Das UKE ist Vorreiter in diesem Prozess.

Text: Uwe Groenewold Fotos: Axel Kirchof

Der Rücken tut weh, der Hals schmerzt: Doch statt zur Hausärzt:in zu gehen, steuern viele Menschen gleich die Notaufnahme ihres nächstgelegenen Krankenhauses an. „Viele haben eine gewisse Affinität zum Krankenhaus, fühlen sich dort sicher und gut aufgehoben“, erläutert Prof. Dr. Martin Scherer, Leiter der Allgemeinmedizin im UKE. „Sie wissen, in der Notaufnahme ist immer jemand da, alle benötigten Geräte sind verfügbar. Dafür nehmen sie dann auch einige Stunden Wartezeit in Kauf.“ Zehn Millionen Patient:innen werden laut Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen jährlich in Notaufnahmen deutscher Kliniken versorgt. Zu Stoßzeiten sind Wartebereiche hoffnungslos überfüllt, das medizinische Personal ist bis an die Grenzen – und oft darüber hinaus – belastet.

Scherer hat mit seinem Team 1175 Patient:innen in der Notaufnahme von drei Hamburger und zwei Schleswig-Holsteiner Kliniken nach ihren Beweggründen befragt. Keine Patient:innen, die „sofort“ oder „sehr dringend“ behandlungsbedürftig waren, sondern solche, die persönlich an der Anmeldung vorstellig wurden. 54,7 Prozent gaben eine niedrigere Behandlungsdringlichkeit vor allem mit Beschwerden am Bewegungsapparat und Hautproblemen an. 41,3 Prozent kamen aus eigenem Antrieb, nur jeder Vierte hatte eine Empfehlung von Haus- oder Fachärzt:in dabei. Die PiNo-Studie („Patient:innen in Notaufnahmen“) wurde 2017 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. „Niedrigdringliche Patient:in-

nen sehen wir in der ganzen Woche“, schildert Dr. Ulrich Mayer-Runge, Ärztlicher Leiter der Zentralen Notaufnahme des UKE (ZNA), seine Erfahrungen. „Am Wochenende sind es dann noch einmal 20 bis 30 Patient:innen mehr, die sich nach dem Frühstück auf den Weg zu uns machen.“ Die Behandlungswünsche seien vielfältig und reichten bis zur Impfprophylaxe für bevorstehende Fernreisen. „Beim Erstkontakt am Tresen fragen wir solche Patient:innen, ob sie schon bei dem:der Hausärzt:in waren oder in ihrem Fall nicht eine hausärztliche Versorgung vorzuziehen sei. Einige Patient:innen nehmen das an und gehen wieder, die Mehrheit bleibt.“

Viele Patient:innen laut Studie schlecht informiert

Hier wird laut Prof. Scherer ein wesentliches Problem deutlich: Nicht einmal ein Drittel der zwischen Oktober 2015 und Juli 2016 befragten Patient:innen kannte den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), der bundesweit unter 116 117 telefonisch erreichbar ist. Und mehr als die Hälfte wusste nicht, wo sich die für sie nächstgelegene ambulante Notfallpraxis befindet. „Wir müssen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“, so seine Forderung. Dies gelte sowohl für die Einschätzung der eigenen Symptome als auch für die Kenntnis des ambulanten Versorgungsangebots. „Viele Menschen wissen nicht, mit welchen Beschwerden sie wohin gehen müssen. Hier müssen wir mehr Aufklärung und Information betreiben.“ Die KV Hamburg, die die UKE-Studie finanziell gefördert hat, initiierte daraufhin ein Maßnahmenpaket, um die Öffentlichkeit besser zu informieren.

Behandlung nach Dringlichkeit

Im UKE wurden 2020 insgesamt 105504 Patient:innen in der Notaufnahme versorgt. Die Dringlichkeit ihrer Behandlung wird bei der Ersteinschätzung, der sogenannten Triagierung, vorgenommen: Sie reicht von rot (Lebensgefahr, sofortige Behandlung) bis blau (niedrige Behandlungsdringlichkeit, bis zu vier Stunden Wartezeit). ZNA-Leiter Dr. Ulrich Mayer-Runge: „Seitdem wir die Patient:innen offensiv über dieses System informieren, gibt es deutlich weniger Beschwerden über lange Wartezeiten.“

UKE und KV haben die Notfallversorgung neu organisiert: Zum 1. Oktober 2019 wurde eine Notfallpraxis in unmittelbarer Nähe der ZNA eingerichtet. Sie soll Patient:innenströme besser lenken: schwerwiegende Fälle in die stationäre Versorgung überführen, dringend therapiebedürftige ambulant vor Ort behandeln lassen und minderschwere Fälle zur:m niedergelassenen Ärzt:in vermitteln. „Die Praxis wird von der KV betrieben, die behandelnden Ärzt:innen gehören zum UKE“, erläutert Prof. Scherer. Die Allgemeinmediziner:innen verrichten schon seit 2012 tagsüber Dienst in der ZNA, seit 2019 wird abends und an den Wochenenden aus der UKE-Praxis die Notfallpraxis der Kassenärztlichen



Wollen die Notfallversorgung weiter optimieren: Prof. Dr. Martin Scherer (l.) und Dr. Ulrich Mayer-Runge

„Beim Erstkontakt fragen wir bestimmte Patient:innen, ob sie schon bei dem:der Hausärzt:in waren oder in ihrem Fall nicht eine hausärztliche Versorgung vorzuziehen sei. Einige Patient:innen nehmen das an und gehen wieder, die Mehrheit bleibt.“

Dr. Ulrich Mayer-Runge, Ärztlicher Leiter der Notaufnahme



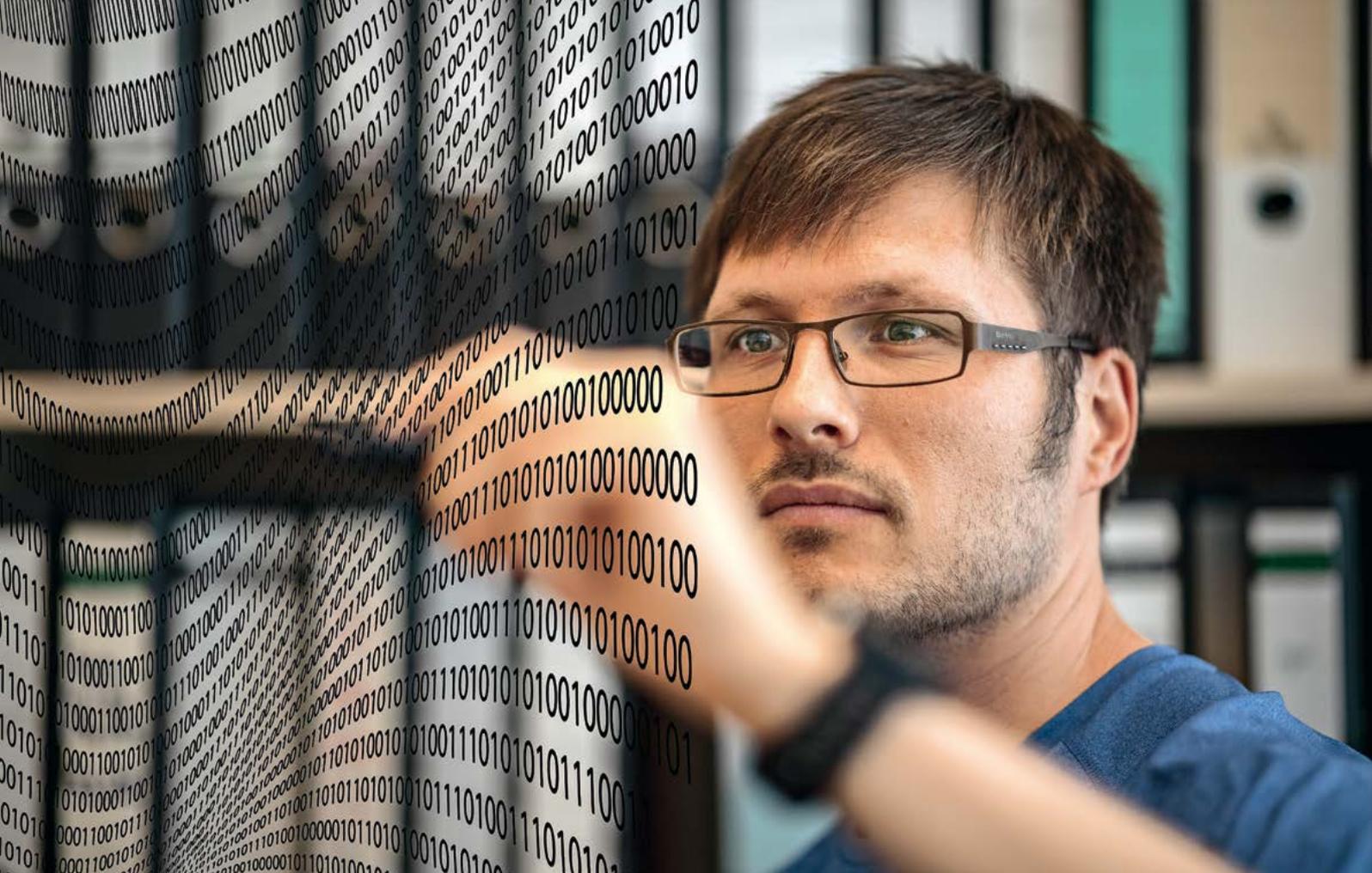
Rege Betriebsamkeit an der Aufnahme in der ZNA

Vereinigung, die im Ernstfall alle Strukturen der ZNA nutzen kann. Für ZNA-Leiter Mayer-Runge eine gute Lösung: „Damit waren wir Vorreiter bei der Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums.“

Mehr Information, bessere Aufklärung, Eröffnung von Portalpraxen – Stellschrauben, mit denen sich unabhängig vom aktuellen pandemischen Geschehen das bundesweite Problem überfüllter Notaufnahmen nach Hoffnung aller Beteiligten in den Griff kriegen lässt. Die UKE-Wissenschaftler:innen wollen in einer Folgestudie untersuchen, ob die Maßnahmen greifen und sich die notfallbezogene Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessert hat. ■



Im Schockraum muss jeder Handgriff sitzen



Viele Einsen und Nullen: Prof. Dr. André Hajek und sein Team werten Tausende von Datensätzen aus, um zu neuen Erkenntnissen zu gelangen

Nur krank sein reicht nicht als Erklärung

Warum gehen wir zu Ärzt:innen?

Manche Menschen gehen häufig und wegen Kleinigkeiten zu Ärzt:innen, während andere seit Jahren keine Praxis mehr von innen gesehen haben. Welche Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen? Das eigene Wohlbefinden ist hierfür nicht unbedingt ausschlaggebend, weiß Prof. Dr. André Hajek vom Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung.

„Mir war nicht aussagekräftig genug, was viele Studien wieder und wieder zeigen: Wenn Menschen chronische Krankheiten haben oder sich schlecht fühlen, gehen sie relativ häufig zur:m Ärzt:in“, sagt der Statistikexperte, der im UKE die Professur für Interdisziplinäre Versorgungsepidemiologie innehat. Also habe er in Kooperation mit Institutsdirektor Prof. Dr. Hans-Helmut König Faktoren beleuchtet, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen weniger häufig be-

Überraschende Zusammenhänge

Die Expedition in die digitalen Archive der Republik fördert interessante Funde zutage: „Wenn Leute anfangen, sich ehrenamtlich zu engagieren, gehen sie eher zur:m Fachärzt:in“, hat Hajek herausgefunden. Vermutet hätte er eher das Gegenteil. „Aber vielleicht sind diese Besuche auch Zeichen für ein größeres Gesundheitsbewusstsein und regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen? Auch Per-

„Das übergeordnete Ziel: den Menschen zu helfen, Gesundheitsleistungen auf eine vernünftige Art zu nutzen und unnötige Behandlungen zu vermeiden.“

Prof. Dr. André Hajek, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

trachtet werden – aber vielleicht eine große Rolle spielen: Neben klassischen Größen wie Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Art der Krankenversicherung auch psychologische Komponenten der Patient:innen wie Lebenszufriedenheit, Persönlichkeit, Optimismus oder Pessimismus und spirituelle Überzeugungen. Die so gewonnenen Erkenntnisse könnten helfen, Kosten im Gesundheitssystem zu reduzieren. „Das ist unser übergeordnetes Ziel: den Menschen zu helfen, Gesundheitsleistungen auf eine vernünftige Art zu nutzen und unnötige Behandlungen zu vermeiden“, so Hajek. „Es gibt kaum ein Land, in dem die Zahl der Haus- und Fachärzt:innenbesuche so hoch ist wie bei uns.“

Detailblick in Datenbanken

Um Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Einflussfaktoren und der Bereitschaft zum Ärzt:innenbesuch entdecken zu können, analysieren Hajek und sein Team große Datenbanken. „Wir greifen auf Kohortenstudien und Haushaltspanels zurück. Das sind große repräsentative Befragungen der deutschen Bevölkerung.“ Genutzt werden beispielsweise Daten vom Deutschen Zentrum für Altersforschung oder dem „Sozio-oekonomischen Panel“ (SOEP), bei dem seit 1984 vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Privathaushalte in Deutschland jährlich befragt werden.

sonen, die glauben, dass Vieles von Zufall und Glück abhängt, gehen ebenfalls häufiger zur:m Ärzt:in. Das hätten wir so zunächst nicht gedacht.“

Andere Ergebnisse sind weit weniger überraschend. Ein wichtiger Faktor bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist die Persönlichkeitsstruktur: Der eine holt sich schnell Hilfe bei Problemen, der andere doktert zunächst lieber selbst herum. Vor allem ein Anstieg des Neurotizismusgrades (emotionale Labilität) und eine Minderung der Gewissenhaftigkeit kann die Zahl der Praxisbesuche erhöhen. Auch nutzen gewissenhafte Personen tendenziell eher präventive Angebote wie Check-ups oder Krebs screenings. Um dem Problem der Kausalität auf den Grund zu gehen, verwendet Hajek häufig komplexe sogenannte panelökonometrische Verfahren zur Analyse der Längsschnittstudien, in denen Personen über viele Jahre wiederholt befragt werden. So werden mögliche Verzerrungen vermieden.

Während der Corona-Pandemie haben die Wissenschaftler:innen in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ermittelt, dass von März bis Juli 2020 mehr als vier von zehn Personen Check-ups, Krebs screenings und Zahnärzt:innenbesuche aufgeschoben haben. Dies gilt vor allem für Jüngere und für Menschen mit einem möglicherweise schweren Verlauf von COVID-19. ■

Pflegewissenschaftlerin Dr. Lydia Neubert untersucht, wie sich häusliche Pflege auf das Leben in der Familie auswirkt



Studie: Angehörige mit Demenz zu Hause versorgen

Wie Familie Pflege organisiert

Wer einen Angehörigen mit Demenz pflegt, kann großen Belastungen ausgesetzt sein. Wie Familien die häusliche Pflege mit ihrem Familien- und Berufsleben unter einen Hut bringen, ist Gegenstand einer Untersuchung am Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung.

„Bisherige Studien befragten ausschließlich die Hauptpflegeperson. In unserer Studie aber kamen aus jeder Familie weitere Verwandte sowie nicht-familiale Personen zu Wort, die in Einzelinterviews zudem frei erzählen konnten“, erklärt Pflegewissenschaftlerin Dr. Lydia Neubert das Vorgehen ihres Teams. Ein wesentliches Ergebnis: Die Aufgabenverteilung hängt eng mit den Beziehungen innerhalb der Familie zusammen. Aufgaben werden entweder gleich, ungleich oder auch gar nicht geteilt. Beispielsweise gibt es Geschwisterpaare, die sich gemeinsam um die Mutter mit Demenz kümmern und auch welche, in denen sich einer trotz

Bitte des anderen nicht an der Pflege beteiligt. Die Beziehungen zwischen den Verwandten werden dementsprechend als „harmonisch“, „unverändert“ oder „konfliktbeladen“ wahrgenommen. „Wenn gemeinsam gepflegt wird, bestanden schon vor der Pflege harmonische Beziehungen. Wohingegen in konfliktbeladenen Beziehungen die Konflikte zwar oberflächlich um die Pflege ausgetragen werden, sie aber nicht nur auf der aktuellen Pflegesituation beruhen, sondern auch auf früheren Ereignissen“, sagt Lydia Neubert.

Zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege eines Angehörigen mit Demenz lassen sich unter den Studienteilnehmer:innen kaum Schwierigkeiten ausmachen. Indes war zu beobachten, dass der Beruf teilweise als willkommene Ablenkung erlebt wird. „Wird der Beruf als ein stärkender Lebensbereich erfahren, kann dies sogar die Belastung pflegender Angehöriger reduzieren“, so Dr. Neubert. ■

Mehr als Juckreiz und Hautrötungen

Psoriasis: Patient:innen sind krank und stigmatisiert

In Deutschland leben etwa zwei Millionen Menschen mit Psoriasis, einer chronisch-entzündlichen Hauterkrankung, die Juckreiz und Hautrötungen hervorruft, aber auch Gelenke und Organe befallen kann. „Bei Patient:innen mit Schuppenflechte ist der subjektive Leidensdruck oft immens hoch – gerade, wenn sichtbare Hautpartien wie das Gesicht betroffen sind“, erläutert Prof. Dr. Matthias Augustin, Dermatologe und Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen. „Denn obwohl die Erkrankung nicht ansteckend ist, gehören negative Reaktionen anderer Menschen zusätzlich zu den krankheitsbedingten Symptomen oft zum Alltag der Psoriasispatient:innen.“

Schlechte Versorgung verstärkt Leidensdruck

In der bereits seit 2005 laufenden Studie „Pso-Health“ wurde unter der Leitung von Prof. Augustin eine umfassende Versorgungsanalyse zur Behandlung von Schuppenflechte vorgenommen. Unter anderem die Auswertung eines Fragebogens zeigte einen alarmierenden Zustand: „Die Lebensqualität vieler Patient:innen mit Schuppenflechte ist sehr stark eingeschränkt“, so Prof. Augustin. 2007 entwickelte sein Team eine rechtlich bindende Leitlinie für die Versorgung von Psoriasispatient:innen. Unter anderem regelt sie, auf welche Weise gemessen wird, wie schwer ein Patient von Schuppenflechte betroffen ist und was beim Verschreiben von Medikamenten beachtet werden muss. In der Folge hat sich die Zahl der Patient:innen mit einer besonders schweren Belastung der Lebensqualität halbiert. ■

Positive Auswirkungen belegt

Selbsthilfe macht klug: Von Erfahrungen profitieren

Von A wie Asthma bis Z wie Zöliakie: In Deutschland sind rund 3,5 Millionen Menschen mit chronischen Erkrankungen in 100 000 Selbsthilfegruppen aktiv. Doch welche Wirkung hat eigentlich Selbsthilfe? Das ist eine Kernfrage der SHILD-Studie, einer über fünfjährigen, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Untersuchung zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland. Das UKE hat in Zusammenarbeit mit Forscher:innen aus Hannover und Köln Struktur, Ziele und Aktivitäten von Selbsthilfeorganisationen und -gruppen erforscht.

Das Gefühl, nicht allein zu sein

„Selbsthilfe setzt insbesondere dort an, wo professionelle Hilfe endet“, erklärt Dr. Christopher Kofahl, Institut für Medizinische Soziologie, der das SHILD-Projekt koordinierte. „Wenn Patient:innen entlassen werden, erhalten sie oft keine Informationen, wie sie mit Einschränkungen zurechtkommen, auf welche Hilfen sie Anspruch haben.“ Eine Selbsthilfegruppe könne diese Lücke füllen: Dort geben Menschen mit ähnlichem Schicksal ihr Wissen weiter, liefern alltagspraktische Tipps. „Selbsthilfe macht klug“, sagt Dr. Kofahl. 80 Prozent der Mitglieder lernen mithilfe der Gruppe, die Krankheit besser zu bewältigen, 90 Prozent profitieren von den Erfahrungen der anderen, 96 Prozent haben das Gefühl, nicht allein zu sein, ergab die Studie. SHILD-Koordinator Kofahl würde es begrüßen, wenn mehr Ärzt:innen als bisher über Selbsthilfeangebote aufklärten. „Auch für Stationsärzt:innen ist es entlastend, den Patient:innen eine Empfehlung zu geben, wie es weitergehen kann.“ ■

Versorgungsforschung Public Health



Prof. Dr. Dr. Martin Härter,
Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie



Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck,
Institut für Medizinische Soziologie



Prof. Dr. Martin Scherer,
Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann,
Institut für Community Medicine
der Universität Greifswald



Prof. Dr. Blanche Schwappach-Pignataro, Dekanin der Medizinischen Fakultät und UKE-Vorstandsmitglied, im Gespräch mit leitenden Versorgungsforschern des UKE und mit Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann aus Greifswald. Sie diskutieren die Entwicklung und Bedeutung der Versorgungsforschung in Hamburg und ob das UKE ein Institut für Public Health benötigt.

Prof. Dr. Blanche Schwappach-Pignataro: Die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz hat der Uni Greifswald einen Forschungsneubau für 65,6 Millionen Euro bewilligt. Welche Fragestellungen sollen bei Ihnen untersucht werden?

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann: Wir richten ein interdisziplinäres Zentrum für bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung ein und wollen die zunehmende Häufigkeit von Krankheiten wie Diabetes, Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel untersuchen.

Und ist das nun Public Health oder Versorgungsforschung?

Hoffmann: Der Name ist nicht entscheidend. Wir nennen es in Greifswald Community Medicine. Unter all diesen Begriffen versteht jede:r etwas anderes. Es geht letztendlich um die bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung – von der Grundlagenforschung und Epidemiologie bis hin zur Implementierung neuer und wirksamer Versorgungsformen. All diese Punkte, zu denen beispielsweise noch Prävention oder Sozialmedizin gehören, stehen im Kontext von Public Health. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung, an dem auch viele UKE-Kolleg:innen beteiligt sind, bezeichnet Public Health als Klammer, als

eine Art Dach, unter dem die anderen Richtungen sich entwickeln können. Wenn ich unter dieser Prämisse Richtung Hamburg und UKE blicke, bin ich sehr beeindruckt, was hier in den vergangenen Jahren aufgebaut wurde.

Danke für das Lob, Prof. Hoffmann, das freut unsere Wissenschaftler:innen. Können Sie die Entwicklung im UKE kurz skizzieren, Prof. Härter?

Prof. Dr. Dr. Martin Härter: Bereits 2006 haben wir das Center for Health Care Research (CHCR) gegründet, dessen Sprecher die hier anwesenden Kollegen und ich sind. Seitdem hat sich viel getan, inzwischen beschäftigen sich 27 Einrichtungen aus UKE, Uni und Albertinen mit mehr als 240 Wissenschaftler:innen mit dem Thema Versorgungsforschung.

Welche Themen bewegen Sie und Ihre Kolleg:innen maßgeblich?

Härter: Multimorbidität, chronische Erkrankungen, psychische Gesundheit und Patient:innenorientierung sind einige der wichtigsten Stichworte. Wir haben von Anfang an kooperative Forschungsbemühungen angestrengt, uns immer gemeinsam an größeren Forschungsverbänden beteiligt. Die tragen nicht alle Versorgungsforschung oder Public Health im Titel, haben inhaltlich aber sehr viele Berührungspunkte mit der Versorgungsforschung.



Die Dekanin während des Interviews, das coronabedingt per Videokonferenz geführt wurde

Unter die verbindende Klammer Public Health gehört auch die Allgemeinmedizin, Prof. Scherer. Oder wie ist Ihre Sicht auf die Begriffsdiskussion?

Prof. Dr. Martin Scherer: Die Allgemeinmedizin denkt Public Health immer mit. Zwei Beispiele aus dem klinischen Bereich: Wenn wir mit Patient:innen mit Halsschmerzen über eine Antibiotikaverordnung sprechen, haben wir die Resistenzproblematik der Gesellschaft ebenfalls im Blick. Und wenn es allgemein um Schilddrüsenerkrankungen in Jodmangelgebieten geht, betrachten wir auch die individuelle Perspektive der Patient:innen. Unser Auftrag lautet: Schutz des Individuums und der Gesellschaft vor Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Wie lässt sich ein solcher Auftrag unter dem Aspekt der Forschung umsetzen?

Scherer: Ziel aller wissenschaftlichen Bemühungen ist es, eine Versorgungs- und Qualitätsverbesserung für gesunde und erkrankte Menschen zu erreichen. Wir wollen Versorgungsprobleme sichtbar machen, die dann Anlass für interventionelle Studien sind, deren Ergebnisse Eingang in die Behandlungsleitlinien finden, die dann zu einer hoffentlich besseren Versorgungsqualität führen – ein echter Qualitätsverbesserungskreislauf.

Für mich hört sich Public Health nach staatlich organisierter Vorsorge und festen Regeln an. Versorgungsforschung dagegen ist ein akademisches Fach, dessen Inhalte erst einmal geklärt werden müssen. Welche Rolle spielt hier die Medizinische Soziologie, Prof. von dem Knesebeck?

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck: Die Medizinische Soziologie interessiert sich für soziale Einflüsse auf die Gesundheit des Individuums und die Versorgung der Gesellschaft. Von daher ist sie sowohl Bestandteil der Versorgungsforschung als auch von Public Health. Um es konkret zu machen: Die Pandemie hat nochmals unterstrichen, dass viele Krankheiten gehäuft in benachteiligten Stadtteilen oder Bevölkerungsgruppen auftreten, etwa im Hinblick auf Bildung, Einkommen oder die berufliche Position.

Diese Erkenntnis ist in der öffentlichen Diskussion allerdings erst sehr spät wahrgenommen worden.

Scherer: In Politik und Öffentlichkeit hat sich zu lange die Auffassung gehalten, dass die Pandemie ein rein virologisches Thema ist. Sie ist natürlich eines, ohne die Virolog:innen wüssten wir nichts. Aber deren Expertise endet an der Labortür, das muss man so klar sagen. Ins Pandemie- und Kommunikationsmanagement gehören Public Health- und Versorgungs-

forscher:innen und damit auch Allgemeinmediziner:innen. Sechs von sieben COVID-19-Patient:innen werden in der Allgemeinmedizin behandelt. Diese Perspektive habe ich in den Diskussionen der vergangenen zwei Jahre vermisst.

Hoffmann: Es war zu lange nur die Virologie im Fernsehen! Das liegt natürlich auch an uns. Der Vorwurf, wir Versorgungsforscher:innen reden immer so lange und es ist alles komplex und schwierig, ist nicht ganz aus der Luft gegriffen. Wir haben zu selten klare Botschaften!

Von dem Knesebeck: Inhaltlich ist es leider so, dass Versorgungsforschung und Public Health Infektionskrankheiten bislang zu wenig beachtet und sich mehr auf chronische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Leiden oder Krebs konzentriert haben.

Härter: Das sollten wir ändern und haben hierfür in Hamburg und insbesondere im UKE beste Voraussetzungen. Der interdisziplinäre Austausch von Versorgungsforscher:innen mit den Tropenmediziner:innen und Infektionsforscher:innen kann vielfältige Erkenntnisse etwa zur Infektionspsychologie und -soziologie hervorbringen.

Noch einmal weg von der speziellen Corona-Pandemie hin zum Grundsätzlichen: Brauchen wir im UKE neue Strukturen, auf denen Public Health steht?

Von dem Knesebeck: Public Health setzt sich aus vielen Bereichen zusammen: Gesundheitsökonomie, Epidemiologie, Arbeitsmedizin, Suchtforschung, Sexualmedizin, Medizinsoziologie, Allgemeinmedizin, psychische Gesundheit und vieles mehr. All das haben wir im UKE mit eigenen Professuren und Forschungseinrichtungen. Brauchen wir trotzdem noch ein Institut für Public Health? Nein, ich glaube nicht.

Härter: Einverstanden, Professur und Institut benötigen wir nicht. Aber vielleicht können wir auf Dauer unser Dach erweitern. Wir haben mit all den genannten Richtungen eine ‚School of Public Health‘

im UKE, benennen sie aber nicht so. Das könnte eine Überlegung für die Zukunft sein.

Scherer: Unser Haus ist das CHCR, dort haben wir unsere Aktivitäten in Sachen Versorgungsforschung gebündelt. Aber wir machen im UKE längst nicht mehr nur Versorgungsforschung, sondern seit Langem auch ganz viel Public Health. Vielleicht sollten wir das Haus ausbauen und um Public Health erweitern – und damit deutlich sichtbarer werden.

Vielen Dank, meine Herren, das sind interessante Denkanstöße. Wie lautet Ihr Fazit aus der Ferne?

Hoffmann: Interdisziplinarität und Vielfalt sind die großen Stärken des UKE in den Bereichen Versorgungsforschung und Public Health. Das gibt es an anderen Unikliniken nicht, das werden Gutachter:innen bestätigen. Diese Stärken sollten Sie nutzen, sie bieten – in Zeiten, in denen sich Kliniken positionieren müssen – gute Chancen für die Profilbildung.

Das Interview dokumentierten Redaktionsleiter Uwe Groenewold und Fotograf Axel Kirchhof

Versorgungsforschung hat den Alltag der Gesundheitsversorgung im Blick. Wer nimmt welche Angebote in Anspruch? Wie ist die Qualität der Behandlung? Was benötigen die Menschen für eine bessere Versorgung? Versorgungsforscher:innen untersuchen und analysieren das Gesundheitssystem, um dessen Qualität stetig zu verbessern.

Public Health beschäftigt sich mit der Gesundheit der Menschen, sowohl klinisch als auch wissenschaftlich. Gesundheit fördern, Krankheiten verhindern und heilen, Leben verlängern – das sind die Zielsetzungen, mit denen Lebensweisen, Umweltbedingungen und Gesundheitsversorgung unter die Lupe genommen werden.



Die VR-Brille im therapeutischen Einsatz: Dr. Lara Bücken (l.) und Dr. Franziska Miegel prüfen diese Option für Patient:innen mit Zwangsstörungen

Neuer Therapieansatz wird in klinischer Studie geprüft

In virtueller Realität Zwänge behandeln

Habe ich die Haustür abgeschlossen, den Herd wirklich ausgestellt? Für Menschen mit Zwangsstörungen sind dies elementare Fragen, die tief in ihre Leben eingreifen. Einen neuartigen Behandlungsansatz mit dem Einsatz von virtueller Realität erforschen Wissenschaftlerinnen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

„Die Exposition in virtueller Realität könnte eine wirksame Therapiemethode bei der Behandlung einer Zwangsstörung sein.“

Dr. Franziska Miegel, Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zwangsstörungen oder -erkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Erkrankte Personen haben sich aufdrängende Gedanken und Impulse. Die Betroffenen wehren sich zwar dagegen und erleben den Zwang als übertrieben und sinnlos, können ihm willentlich jedoch meist nicht widerstehen. Die Störung bringt in aller Regel deutliche Belastungen und Beeinträchtigungen des Alltagslebens mit sich.

„Kognitive Verhaltenstherapie mit Expositionstherapie ist eine der effektivsten Methoden zur Behandlung einer Zwangsstörung“, sagen Dr. Franziska Miegel und Dr. Lara Bücker aus der Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie. „Doch viele Patient:innen haben Angst, sich dem gefürchteten Stimulus auszusetzen, und auch eine hohe Anzahl Therapeut:innen scheuen sich, die Methode anzuwenden – mit der Folge, dass die Zwangsstörung oft nicht adäquat behandelt wird.“

Realitätsnah mit einer Situation konfrontieren

Die Exposition in virtueller Realität könnte ebenfalls eine wirksame Therapiemethode sein, sagt Studienleiterin Miegel. „Das Prinzip entspricht grundsätzlich der Exposition in physischer Realität“, erläutert die Wissenschaftlerin. Die Patient:innen mit einer Zwangsstörung tauchen mit Hilfe einer VR-Brille in eine virtuelle Realität ein, die ihrer angstbesetzten Situation entspricht und im Alltag einen Zwang auslösen würde: Beim Waschzwang ist es eine stark

verschmutzte Toilette; beim Kontrollzwang eine Wohnung mit geöffneten Fenstern, eingesteckten elektrischen Geräten, laufendem Wasserhahn oder brennenden Kerzen. Mit Hilfe virtueller Realität könne die Exposition besser auf die Bedürfnisse der Beteiligten zugeschnitten werden; durch Auslagerung relevanter Stimuli in die künstliche VR-Welt könne es den Patient:innen gelingen, die oft hohen Hürden zu nehmen, so Franziska Miegel.

Studien: Patient:innen profitieren von VR

„Durch den Einsatz von VR-Brillen kann eine zeitsparendere, für Therapeut:innen und Patient:innen weniger aversive sowie niedrigschwellige Anwendung der Exposition gewährleistet werden“, erläutert Psychologin Bücker. Eine Metaanalyse habe gezeigt, dass Patient:innen mit einer spezifischen Phobie nach einer Expositionstherapie in virtueller Realität signifikante Verbesserungen erreichten.

Nun sollen in einer Studie Akzeptanz und Wirksamkeit dieser neuartigen Therapiemethode für Patient:innen mit Wasch- und/oder Kontrollzwang untersucht werden. Lara Bücker erwartet, „dass sich die Zwangssymptomatik bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe stärker reduziert“. Da bisher kaum Forschungsergebnisse über Expositionstherapien in VR bei Patient:innen mit Zwangsstörungen vorliegen, hoffen die beiden Wissenschaftlerinnen, mit ihrer Untersuchung eine Forschungs- und Versorgungslücke zu schließen. ■



Biometrie und Epidemiologie tragen zu validen Forschungsergebnissen bei, sagt Prof. Dr. Antonia Zapf

Medizinische Biometrie und Epidemiologie

Zahlen lesen können

Eine umfassende Auswertung statistischer Daten liefern Expert:innen des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie. Sie sind für Versorgungsforscher:innen von großer Bedeutung.

In der Versorgungsforschung werden Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht. „Dabei können grob zwei Forschungsziele unterschieden werden“, erläutert Prof. Dr. Antonia Zapf, stellvertretende Leiterin des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie. Einerseits könne es Ziel sein, die Versorgungssituation zu erforschen und Missstände zu identifizieren. Andererseits sei denkbar, bestehende Versorgungsformen zu vergleichen und neue zu evaluieren. Prof. Zapf: „Aus statistischer Sicht haben beide Forschungsgebiete ihre Besonderheiten.“ Bei epidemiologischen Studien mit Fragen der Versorgungsforschung, wie zum Beispiel der NAKO Gesundheitsstudie, werden Sekundärdaten mit den direkt erhobenen Daten

kombiniert, um Versorgungsketten darzustellen und zu analysieren. Dabei müsse dem unterschiedlichen Evidenzgrad der Datenquellen Rechnung getragen werden, so die Biometrikerin.

Kooperationspartner:innen und ihre Expertise

In Studien zur Evaluation neuer Versorgungsformen werden häufig komplexe Interventionen auf der Ebene der Einrichtungen evaluiert, für die ein cluster-randomisiertes Design optimal ist. Cluster-Randomisierung bedeutet, dass komplette Einrichtungen wie zum Beispiel Praxen, Pflegeeinrichtungen oder Teilpopulationen wie Dörfer oder Regionen zufällig bestimmten Interventionen zugeteilt werden. Diese Struktur müsse bei Planung und Auswertung entsprechend berücksichtigt werden. Prof. Zapf: „Kooperationspartner:innen aus Biometrie und Epidemiologie können mit ihrer Expertise dazu beitragen, valide Forschungsergebnisse zu erzielen.“ ■

Versorgung bei Multimorbidität

Behandlungsstandards für ältere Patient:innen

Multimorbidität ist eine der größten Herausforderungen der Gesundheitsversorgung: Bis zu zwei Drittel der älteren Bevölkerung leiden gleichzeitig an drei oder mehr chronischen Erkrankungen. Doch bislang gibt es keine Behandlungsstandards. Mit dem Projekt MULTiqual soll diese Lücke geschlossen werden. Ziel ist es, Qualitätsmerkmale zu definieren, Behandlungsstandards zu etablieren und Unter-, Über- oder Fehlversorgungen zu reduzieren.

Auch Betroffene werden befragt

„Uns ist es wichtig, auch die Betroffenen einzubinden, da die Versorgung immer vor dem Hintergrund individueller Krankheitskombinationen und Präferenzen erfolgt“, erklärt Prof. Dr. Martin Scherer, Leiter des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin. Multimorbide Patient:innen und deren Angehörige wurden daher zu ihren Bedürfnissen und Erfahrungen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung befragt. Die Ergebnisse flossen in die Identifizierung von Qualitätsmerkmalen ein. Fachleute aus haus- und fachärztlicher Versorgung, Pharmakologie und Pflege sowie Patient:innenvertretung wählten 25 Indikatoren aus, darunter ein Depressions-screening, das Ermitteln von Patient:innenpräferenzen, die partizipative Entscheidungsfindung sowie Fortbildungsmaßnahmen. Im nächsten Schritt werden die Indikatoren auf ihre Ausprägung, Machbarkeit und Aussagekraft geprüft, ihr Einfluss auf Lebensqualität und funktionellen Status untersucht. Dazu werden unter anderem 350 multimorbide Patient:innen sowie 50 Ärzt:innen an Studienzentren in Hamburg und Heidelberg befragt. ■

Studienmodul soll Stigmatisierung entgegenwirken

Unverstellter Blick auf psychisch Erkrankte

Menschen mit psychischen Erkrankungen begegnen der Medizin nicht nur in der Psychiatrie: Hausärzt:innen sind oft die Ersten, die bei Veränderungen der Befindlichkeit auch psychische Aspekte bedenken müssen. Chirurg:innen haben mit den Folgen von Selbstverletzungen zu tun, Gynäkolog:innen mit denen von Magersucht. Umgekehrt kann die psychiatrische Diagnose den Blick auf andere Erkrankungen verstellen mit manchmal dramatischen Folgen. „Vorurteile und Stigmatisierung gibt es auch bei Medizinstudierenden“, erklärt Prof. Dr. Thomas Bock, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Eigene Vorurteile erkennen, Ängste relativieren

Das „Trialogische Antistigma-Modul für Medizinstudierende“ soll Vorurteilen entgegenwirken. Das Modul wurde in Kooperation mit dem Verein „Irre menschlich Hamburg“ entwickelt. Nach einer Erprobung im Wahlfach ermöglichte eine Spende der Warburg Bank die Durchführung für einen Studienjahrgang. Ziel war, sich mit dem eigenen „Stigma-Potenzial“ und den Folgen von Vorurteilen im Medizinbetrieb auseinanderzusetzen, durch die Begegnung mit Psychiatrie-Erfahrenen Ängste zu relativieren, durch theoretische Reflexion den Blick zu weiten, die Person hinter der Diagnose stärker wahrzunehmen und die Konsequenzen für die eigene berufliche Perspektive zu diskutieren. „Die aktuelle Auswertung hat gezeigt, dass es gelingen kann, die soziale Distanz sowie die Neigung zu Stereotypen und negativen Gefühlen zu verringern“, erklärt Prof. Bock. Inzwischen gehört das ambitionierte Lehrprojekt zum regelhaften Studiengang. ■

Lebensbedrohliche „Schaufensterkrankheit“

Wenn es nicht mehr weitergeht

Mehr als 4,5 Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) – doch nur etwa die Hälfte weiß davon. Wie es um die Versorgungslage der nur selten diagnostizierten und behandelten Erkrankung steht, wird in gleich drei vom Innovationsfonds geförderten Projekten im UKE geprüft.

Autsch! Vor allem ältere Menschen klagen oft schon nach kurzen Strecken über Schmerzen in den Beinen



Schmerzende Beine beim Gehen? Das kennen insbesondere ältere Menschen und pausieren vor dem nächsten Schaufenster, bis die Symptome abklingen. „Das sind typische Anzeichen einer bereits bestehenden arteriellen Verschlusskrankheit“, sagt Priv.-Doz. Dr. Christian-Alexander Behrendt, Klinik für Gefäßmedizin. PAVK geht auf eine Durchblutungsstörung in den Extremitäten zurück. Hauptursache hierfür sind Kalkablagerungen an den Gefäßwänden, die zur Verengung oder zum Verschluss von Blutgefäßen führen können. Anfangs sichern noch parallele Gefäße die Sauerstoff- und Nährstoffversorgung der betroffenen Gliedmaßen. Ist das Gefäß zum großen Teil verschlossen, macht sich die Erkrankung bemerkbar, anfangs nur bei Belastung, in späteren Stadien bereits in Ruhe. Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Diabetes wirken begünstigend. „Da oft auch hirnversorgende Schlagadern oder Herzkranzgefäße von den Ablagerungen betroffen sind, erleiden vor allem PAVK-Patient:innen ohne optimale Therapie einen möglicherweise tödlichen Herzinfarkt oder Schlaganfall“, warnt der Gefäßmediziner.

sehr heterogen behandelt wird“, erläutert Dr. Behrendt. Um herauszufinden, welches der zahlreichen Therapieverfahren bessere Ergebnisse erzielt, wurden PAVK-Patient:innen deutschlandweit in eine Registerstudie eingeschlossen und über zwölf Monate verlaufskontrolliert. „Es zeigte sich, dass weniger als 60 Prozent die bestmögliche Behandlung – eine konservative Therapie aus Medikamenten, körperlicher Bewegung und gesunder Ernährung – erhielten. Stattdessen beobachteten wir eine Zunahme minimalinvasiver Operationen, um verschlossene Gefäße wieder zu öffnen“, so der Spezialist.

Apps ermitteln individuelles Risiko

Wie Daten genutzt werden können, um die Versorgung bei PAVK zu verbessern, zeigt die RABATT-Studie. „Es geht darum, Algorithmen zu entwickeln, die unabhängige, objektive Therapieempfehlungen zulassen“, erklärt Behrendt. Diese sogenannten selbstlernenden Risikoscores sollen Patient:innen künftig auch im privaten Umfeld nutzen können – durch mobile Apps, die ihr individuelles Risiko ermit-

„Weniger als 60 Prozent der Patient:innen mit einer PAVK erhalten die bestmögliche Behandlung.“

Priv.-Doz. Dr. Christian-Alexander Behrendt, Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin

Zunahme minimalinvasiver Operationen

Wie steht es um die Versorgung bei kardiovaskulären Erkrankungen? Zur Klärung dieser Frage wertet die Arbeitsgruppe GermanVasc des UKE Routinedaten von Krankenversicherungen sowie Registerdaten aus. Dies geschieht im Rahmen von zwei vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Konsortialprojekten namens IDOMENEO und RABATT. „Hintergrund von IDOMENEO ist die Erkenntnis, dass PAVK in Deutschland

teln und konkrete Tipps zu Gehsportgruppen oder Raucherentwöhnungsprogrammen ausgeben.

Das dritte Innovationsfondsprojekt zum Thema ist bei Priv.-Doz. Dr. Jörg Dirmaier in der Medizinischen Psychologie beheimatet. Hier wird ein neues Versorgungskonzept evaluiert, das sich aus verschiedenen Bausteinen (etwa Präventionsangebote, Kurse, Gesundheitscoaching) zusammensetzt. Der PAVK-TeGeCoach wird von verschiedenen Krankenkassen und Medizintechnik-Anbietern implementiert. ■



Brücken

Partner:innen auf Augenhöhe:

Was erhoffen sich Patient:innen von ihrer Therapie: die Heilung, eine Befreiung von den Schmerzen oder möglichst lange eine gute Lebensqualität?

Und mit welcher Therapie kann das Ziel am besten erreicht werden? Im UKE steht das Thema „Patient:innenorientierung“ im Zentrum mehrerer Forschungsprojekte. Sie schaffen die Grundlagen für eine gleichberechtigte Partnerschaft zwischen Patient:innen und Ärzt:innen.

bauen



Text: Arnd Petry Fotos: Axel Heimken

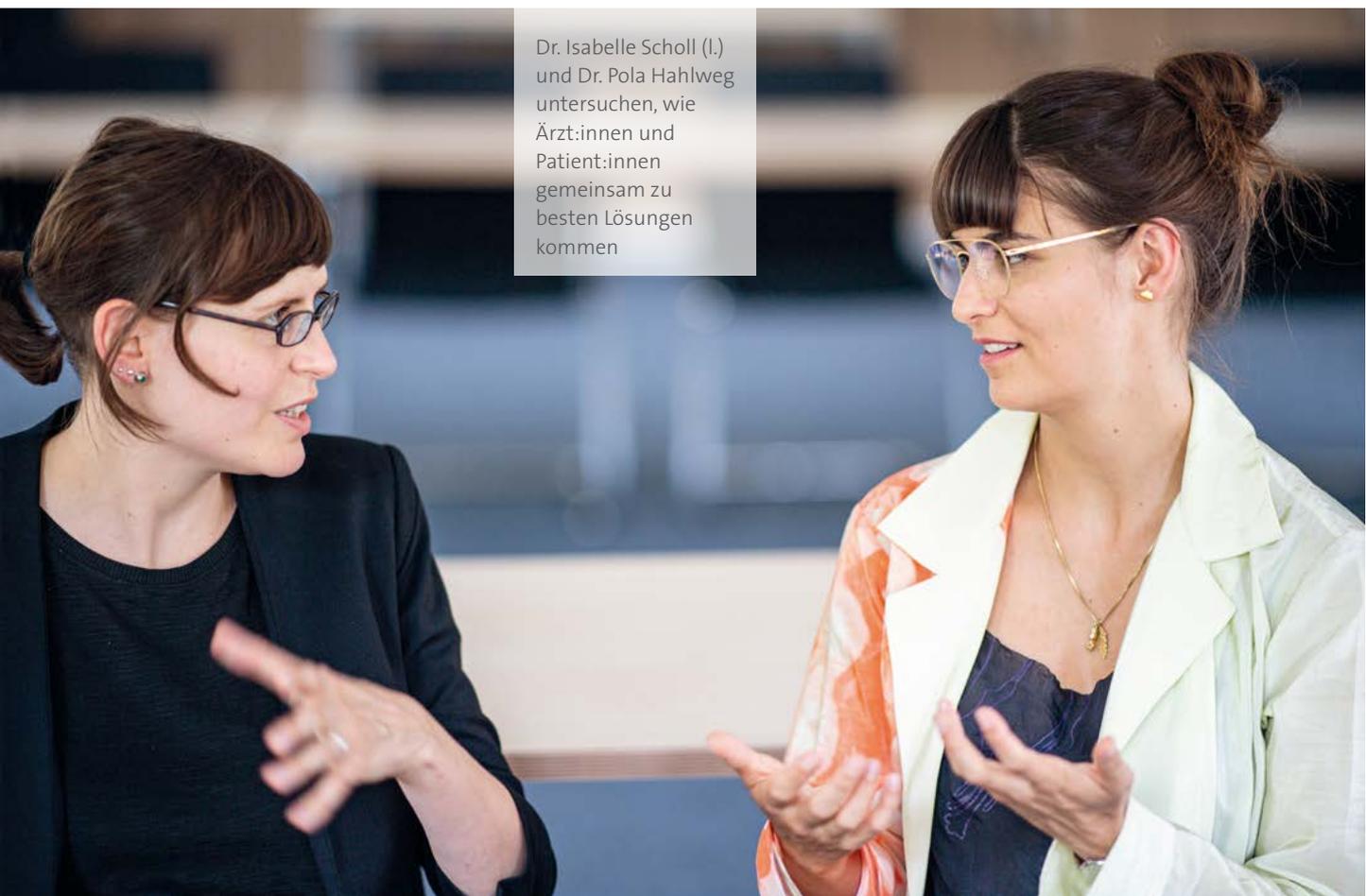
„Leider läuft es noch nicht immer so, wie es wünschenswert wäre. Viele Ärzt:innen treffen Entscheidungen, ohne offen mit ihren Patient:innen über Behandlungsalternativen zu sprechen. Und das, obwohl ihnen die Interessen ihrer Patient:innen eigentlich sehr wichtig sind“, sagt Psychologin Dr. Isabelle Scholl, die im Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie die Arbeitsgruppe „Patient:innenzentrierte Versorgung: Evaluation und Umsetzung“ leitet. Zu wenig Zeit für die einzelnen Patient:innen, häufig wechselnde Behandelnde und mangelnde Kommunikation im Team könnten den Prozess des gemeinsamen Entscheidens behindern. Um dieses Problem anzugehen, entwickelte Scholl mit ihrem Team ein Programm, das der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Ärzt:innen und Patient:innen einen festen Platz im klinischen Alltag sichern soll.

Knappe Zeit und Organisationsmängel sind aber nur zwei Probleme, die das partnerschaftliche Planen einer Therapie erschweren: Heute sind deutlich mehr Behandlungsmöglichkeiten verfügbar als früher. Und auch das Wissen über Chancen und Risiken

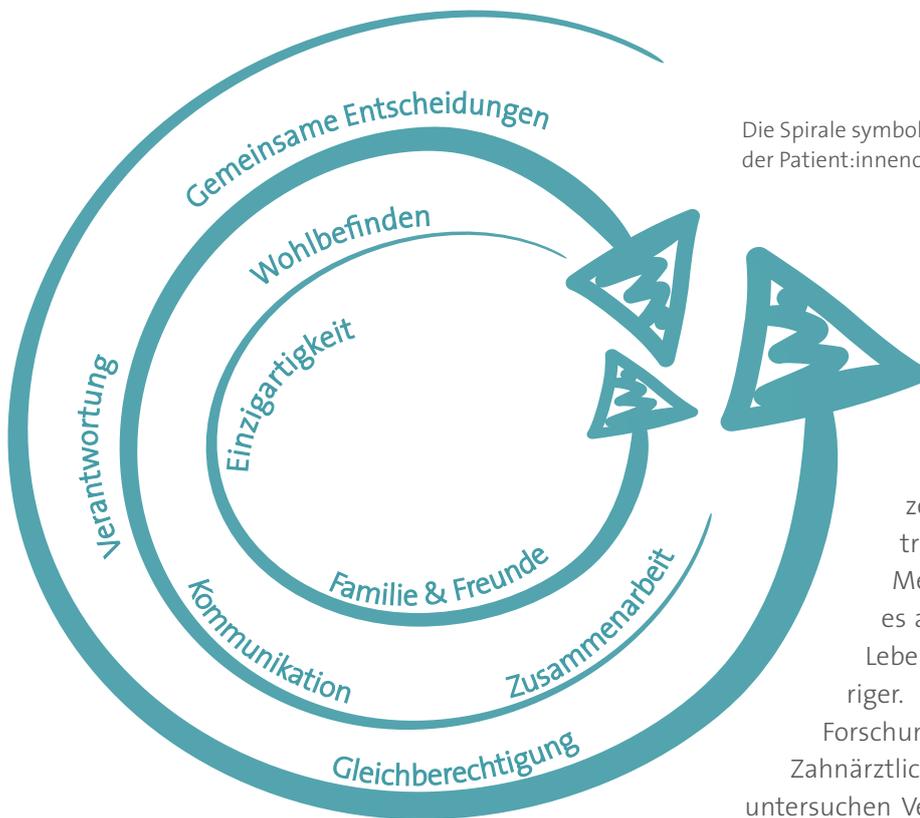
der verschiedenen Therapien wächst ständig. Kurz: Die Medizin ist insgesamt komplexer geworden. „Patient:innen und Ärzt:innen stehen vor einer Herausforderung: Es gibt verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und aus medizinischer Sicht ist nicht immer eindeutig, ob in einem konkreten Fall Behandlung A besser passt als Behandlung B“, erklärt Psychologin Dr. Pola Hahlweg, Institutskollegin von Isabelle Scholl.

Schulung für Ärzt:innen zur Entscheidungsfindung

Ein Element des Programms sind Gruppenschulungen und Einzelcoachings für Ärzt:innen. Die Behandelnden sollen dabei lernen, durch bestimmte Gesprächstechniken eine gemeinsame Entscheidung zu unterstützen. Der Entscheidungsfindungsprozess dieses Gesprächs besteht für Pola Hahlweg zufolge aus drei Bausteinen: Dem einleitenden „Team-Talk“ – Wie wollen wir miteinander sprechen? – folgt der „Option-Talk“, bei dem Ärzt:innen vor allem darauf achten sollten, Behandlungsmöglichkeiten mitsamt der jeweiligen Chancen und Risiken zu benennen. „Wichtig dabei ist, den Patient:innen Raum für Rückfragen zu geben, Missverständnisse auszuräumen, nach Befürchtungen zu fragen und herauszufinden,



Dr. Isabelle Scholl (l.) und Dr. Pola Hahlweg untersuchen, wie Ärzt:innen und Patient:innen gemeinsam zu besten Lösungen kommen



Die Spirale symbolisiert verschiedene Aspekte der Patient:innenorientierung

Folgen einer bestimmten Therapie wertneutral darstellen.

Das mag noch vergleichsweise einfach sein, wenn man beispielsweise die Überlebenszeiten von Krebspatient:innen betrachtet, die mit einem bestimmten Medikament behandelt wurden. Geht es aber „nur“ um die Verbesserung der Lebensqualität, wird die Aufgabe schwieriger. Priv.-Doz. Dr. Daniel R. Reißmann, Forschungsordinator in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik: „Wir entwickeln und untersuchen Verfahren, mit denen wir die mund-

was für die jeweilige Person wichtig ist“, erklärt die Psychologin. Schließlich folge der „Decision-Talk“. Dabei werden zunächst die Präferenzen der Patient:innen bezüglich der Entscheidungsfindung erfragt, anschließend alle Behandlungsmöglichkeiten gemeinsam abgewogen und eine Entscheidung getroffen. Wie auch immer die Richtung der Behandlung bestimmt wird, die Grundlage solcher Entscheidungen sollten Fakten sein: objektive Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien, die die



Gemeinsam entscheiden

Wie entscheiden bei vielfältigen Therapiemöglichkeiten? Bei der Behandlung von lokal begrenztem Prostatakrebs stehen beispielsweise vier Therapiemöglichkeiten zur Verfügung: die operative Entfernung der Prostata, die Bestrahlung von innen und außen oder die aktive Überwachung. „Wenn so eine Entscheidung ansteht, ist es wichtig, herauszufinden, was dem Patienten wichtig ist. Was ist er für ein Typ? Welche Werte und Bedürfnisse hat er? Was wünscht er sich?“, sagt Dr. Pola Hahlweg.

Weitere Infos: www.patient-als-partner.de

gesundheitsbezogene Lebensqualität messen können“, sagt er. Die einfache Frage „Wie geht es Ihnen?“ führe dabei nicht zum Ziel. „Man braucht Messinstrumente, die reproduzierbar sind und bei denen man genau weiß, was sie messen.“ Um die Lebensqualität abzubilden, gibt es Fragebögen, die einzelne Aspekte beleuchten (Haben Sie Schmerzen am Zahnfleisch? Wie gut können Sie kauen?), die zusammen ein umfassendes Bild ergeben. „Dank dieser Studien, die teils über zehn Jahre laufen, können wir zeigen, welche Verbesserung bei welcher Therapie – zum Beispiel bei Implantaten – zu erwarten ist“, sagt Daniel Reißmann. „Und diese objektiven Ergebnisse können wir Zahnärzt:innen und Patient:innen geben, damit sie diese bei ihrer Entscheidung berücksichtigen.“



Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer fordert eine bessere Aufklärung über psychische Leiden und klare Elterninformationen zu möglichen Therapien

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Hilfe finden, Hürden meistern

Psychische Erkrankungen sind kein Phänomen der Erwachsenenwelt, das zeigt insbesondere die anhaltende Corona-Pandemie. Viele Kinder und Jugendliche leiden, ohne dass ihnen adäquat geholfen wird. Die UKE-Forschungsgruppe „Child Public Health“ sucht in Studien wie der COPSY-Studie nach Gründen und Lösungen.

„Wir brauchen dringend Konzepte, um Kinder aus Risikofamilien besser zu unterstützen. Sonst könnten sie zu den Verlierer:innen dieser Pandemie werden.“

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer

Rund 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind psychisch auffällig, doch nur jedes dritte Kind mit klinisch relevanten Symptomen wird adäquat versorgt. Das ist das Ergebnis der im UKE durchgeführten BELLA-Studie, der europaweit größten Langzeitstudie zur psychischen Gesundheit und medizinischen Versorgung von Kindern. Seit 2003 untersucht die Forschungssektion „Child Public Health“ der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut bundesweit in über 18 000 Familien die Gesundheit sowie die Hindernisse, fachspezifische Versorgung bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Anspruch zu nehmen.

Viele Eltern sind verunsichert

Wo liegen die Hürden und wie kann man sie überwinden? „Einen entscheidenden Einfluss haben die Eltern, da sie häufig den ersten Kontakt zu Fachärzt:innen und Therapeut:innen herstellen“, betont Forschungsleiterin Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer. Viele Eltern seien verunsichert: Ist mein Kind überhaupt krank und braucht Hilfe? Wenn ja, wo finde ich diese? Die Studie zeigt: Eltern und Kinder benötigen eine bessere Aufklärung über psychische Erkrankungen und klare Informationen über Wege in die Versorgung. Auch die Angst vor Stigmatisierung hindert häufig daran, fachliche Hilfe aufzusuchen. Daneben spielen die soziale Herkunft und Größe des Wohnortes eine entscheidende Rolle. Ein Gefälle, das die Corona-Pandemie weiter verstärkt hat, wie die Copsy-Studie (Corona und Psyche) belegt. In zwei Durchgängen 2020 und 2021 befragten die UKE-Forschenden mittels Online-Fragebogen mehr als 1000 Kinder und Jugendliche in Deutschland zu ihrer seelischen Gesundheit und ihrem Wohlbefin-

den sowie mehr als 1600 Eltern, um psychische Auswirkungen der Corona-Pandemie aufzudecken. Fast jedes dritte Kind litt ein knappes Jahr nach Pandemiebeginn unter psychischen Auffälligkeiten. Besonders betroffen waren Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund. „Wir brauchen dringend Konzepte, um Kinder aus Risikofamilien besser zu unterstützen. Sonst besteht die Gefahr, dass sie zu den Verlierer:innen dieser Pandemie werden“, mahnt Prof. Ravens-Sieberer. Unter allen Befragten nahmen Ängste und Sorgen sowie psychosomatische Beschwerden wie Niedergeschlagenheit oder Kopf- und Bauchschmerzen zwischen erster und zweiter Befragung deutlich zu. Auch das Gesundheitsverhalten verschlechterte sich und die Kinder berichteten über schulische Probleme. Im Rahmen des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) wird mit COVerCHILD 2022 ein neues Netzwerk unter UKE-Leitung eingerichtet, das die Kindergesundheit in der Pandemie intensiver beleuchten will.

Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit

Um Kinder und Jugendliche in Gesundheitsfragen besser zu unterstützen, wurde das UKE außerdem im März 2021 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) als Standortkoordinator des neuen Deutschen Zentrums für Kinder- und Jugendgesundheit ausgewählt, Leiterin ist Prof. Dr. Ania C. Muntau, Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Auch Kliniken in Berlin, Göttingen, Greifswald, Leipzig, München und Ulm gehören dem Verbund an. „Wir sind froh, dass wir in dem neuen Zentrum sowie im Netzwerk Universitätsmedizin einen Beitrag zur Erforschung der psychischen Gesundheit und Versorgung von Kinder und Jugendlichen leisten können“, betont Prof. Ravens-Sieberer. ■



Befindlichkeiten werden beim Screening detailliert abgefragt, um einer Erkrankung schneller auf die Spur zu kommen

Depressionen bleiben häufig unerkannt

Sind Sie niedergeschlagen?

Ein Fragebogen soll dazu beitragen, Anzeichen depressiver Störungen früher festzustellen und so eine effektive Behandlung ermöglichen.

Einen besonderen Stellenwert beim Erkennen von depressiven Störungen hat die hausärztliche Versorgung. Schätzungen gehen davon aus, dass jede:r sechste Patient:in in einer Hausärzt:innenpraxis unter Depressionen leidet. Um die Versorgung zu verbessern, führt ein Team um Prof. Dr. Bernd Löwe, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Studie GET.FEEDBACK.GP durch. Ziel ist es, Betroffene nicht nur schneller zu identifizieren, sondern aktiv in die Diagnostik und mögliche Behandlung miteinzubeziehen. Die multizentrische Studie ist so konzipiert, dass alle teilnehmenden Patient:innen zu möglichen depressiven Symptomen befragt werden. Bei einem positiven Befund erhalten zufällig ein Drittel der Patient:innen und ihre Hausärzt:innen eine Rückmeldung über das Ergebnis, in

einem Drittel der Fälle erhalten nur die Ärzt:innen eine schriftliche Ergebnisrückmeldung und in einem Drittel der Fälle erhalten weder Ärzt:innen noch Betroffene eine Ergebnisrückmeldung.

Wie eine vorangegangene Studie ergeben hat, führt die direkte Rückmeldung depressiver Symptome an Patient:innen zu einer Linderung der Depression. „Nach sechs Monaten hatte sich die Depressivität der Patient:innen, die eine Rückmeldung erhalten hatten, im Gegensatz zu denjenigen, die keinen Hinweis auf ihre Erkrankung bekommen hatten, signifikant verbessert“, erläutert Prof. Löwe. „Die Patient:innen informierten sich mehr über das Thema Depressionen und gestalteten dadurch wahrscheinlich als aktive Partner:innen die Behandlung mit.“ Diese Rückmeldung wird in der neuen Studie in hausärztlichen Praxen im Raum Hamburg, München, Tübingen, Jena und Heidelberg getestet, erste Ergebnisse werden in Kürze erwartet. ■

Eltern-Kind-Bindung stärken

Präventionsprogramm für benachteiligte Familien

Benachteiligte Familien haben es schwer. „Obwohl Forschungsarbeiten eine beeinträchtigte Lebensqualität, weniger funktionale Beziehungen sowie geringere berufliche und schulische Chancen belegen, gibt es kaum Untersuchungen, wie diesen Familien wirksam geholfen werden kann“, sagt Psychologin Dr. Julia Quitmann, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie.

Kurs für Eltern: „Sicherer Hafen“

Gemeinsam mit ihrem Team der AG Lebensqualitätsforschung begleitet die Psychologin das Hamburger Modellprojekt „Sicherer Hafen“ (von der BerndtSteinKinder Stiftung in Kooperation mit der Babyambulanz – Von Anfang an). Die Forscher:innen wollen die Wirksamkeit der Unterstützungsmaßnahmen prüfen und Verbesserungsansätze identifizieren. Der Kurs begleitet werdende Eltern bis zum 18. Lebensmonat ihres Kindes. Ziel ist es, ihren Blick für das eigene Bindungsverhalten, ihre Rollenbilder und Vorstellungen von Familie und Partnerschaft zu schärfen und die Eltern-Kind-Bindung zu stärken. Die Eltern sollen in die Lage versetzt werden, empathisch und feinfühlig auf die Bedürfnisse ihres Kindes eingehen zu können. Im Verlauf des Kurses verbesserten sich die Eltern-Kind-Beziehung und kindliche Lebensqualität signifikant. Die Ergebnisse legen nahe, so Dr. Quitmann, dass der „Sichere Hafen“ gut angenommen wird und zu einer Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung beitragen kann. In weiteren Studien soll die Wirksamkeit durch den Vergleich mit einer Kontrollgruppe und längeren Follow-Up Zeiträumen bekräftigt werden. ■

Wenn ein Kind an Krebs erkrankt, leidet die Familie

Zurück in den Alltag: Wer benötigt welche Hilfe?

Eine Krebserkrankung bei Kindern und Jugendlichen bedeutet eine extreme Belastung – für die Patient:innen, aber auch für Eltern und Geschwister. „Wenn ein Kind die Diagnose einer Krebserkrankung erhält, ist für die gesamte Familie eine intensive psychosoziale Betreuung erforderlich“, erklärt Prof. Dr. Corinna Bergelt, Leiterin der Forschungsgruppe Psychoonkologie, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. Nach Abschluss der intensivmedizinischen Behandlung einer pädiatrischen Krebserkrankung folgt in der Nachsorge bestenfalls eine Versorgung, in der sowohl medizinische wie auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt werden. Auf diese Weise sollen die jungen Patient:innen und ihre Angehörigen unterstützt werden, den neuen Alltag nach überstandener Krebserkrankung zu bewältigen.

In der Studie „Famki-onko-V – Familien mit krebserkranktem Kind nach Abschluss der Akuttherapie“, gefördert durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), untersuchen Prof. Bergelt und ihr Team, welche Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse Patient:innen sowie ihre Angehörigen nach Abschluss der Intensivtherapie erleben. Darüber hinaus soll die Versorgungssituation, das heißt die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und damit verknüpfte Faktoren, untersucht werden. Die Ergebnisse sollen idealerweise Erkenntnisse zur Ausgestaltung der Nachsorgephase liefern und für die Entwicklung von Strategien für Präventions- und Unterstützungsangebote genutzt werden, um so die Versorgung der betroffenen Familien zu verbessern. ■



Beim Videodreh: Das UKE-Team filmt eine Sequenz, um die gute interkulturelle Kommunikation zu verbessern

UKE-Projekte zur besseren Verständigung

Damit Gesundheit kein Fremdwort bleibt

Die Kommunikation zwischen Ärzt:in und Patient:in ist oft schwierig. Wie soll es da erst Menschen ergehen, denen Deutsch nicht in die Wiege gelegt wurde und die das Gesundheitswesen nicht kennen? Ein UKE-Projekt sorgt für bessere Verständigung.

„Etwa jede:r zehnte Patient:in kann nicht ausreichend versorgt werden, weil Ärzt:in und Patient:in keine gemeinsame Sprache finden.“

Prof. Dr. Mike Mösko, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

„Migrant:innen werden – neben alten Menschen und psychisch Kranken – in der Gesundheitsversorgung in Deutschland substanziell benachteiligt“, sagt Prof. Dr. Mike Mösko, Leiter der Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. Wenig verwunderlich, ist vor allem die Sprache eine große Barriere: „Wir haben in einer Studie herausgefunden, dass rund zwölf Prozent aller Patient:innen nicht hinreichend gut Deutsch sprechen.“ Ins Englische zu wechseln, sei aber auch keine Lösung. „Viele Patient:innen sprechen kein Englisch, sondern Türkisch, Polnisch, Russisch, Arabisch oder Farsi“, so Mösko. Die Folge: Etwa jede:r zehnte Patient:in kann nicht ausreichend versorgt werden, weil Ärzt:in und Patient:in keine gemeinsame Sprache finden.

Leitlinien für die Ausbildung von Dolmetschenden

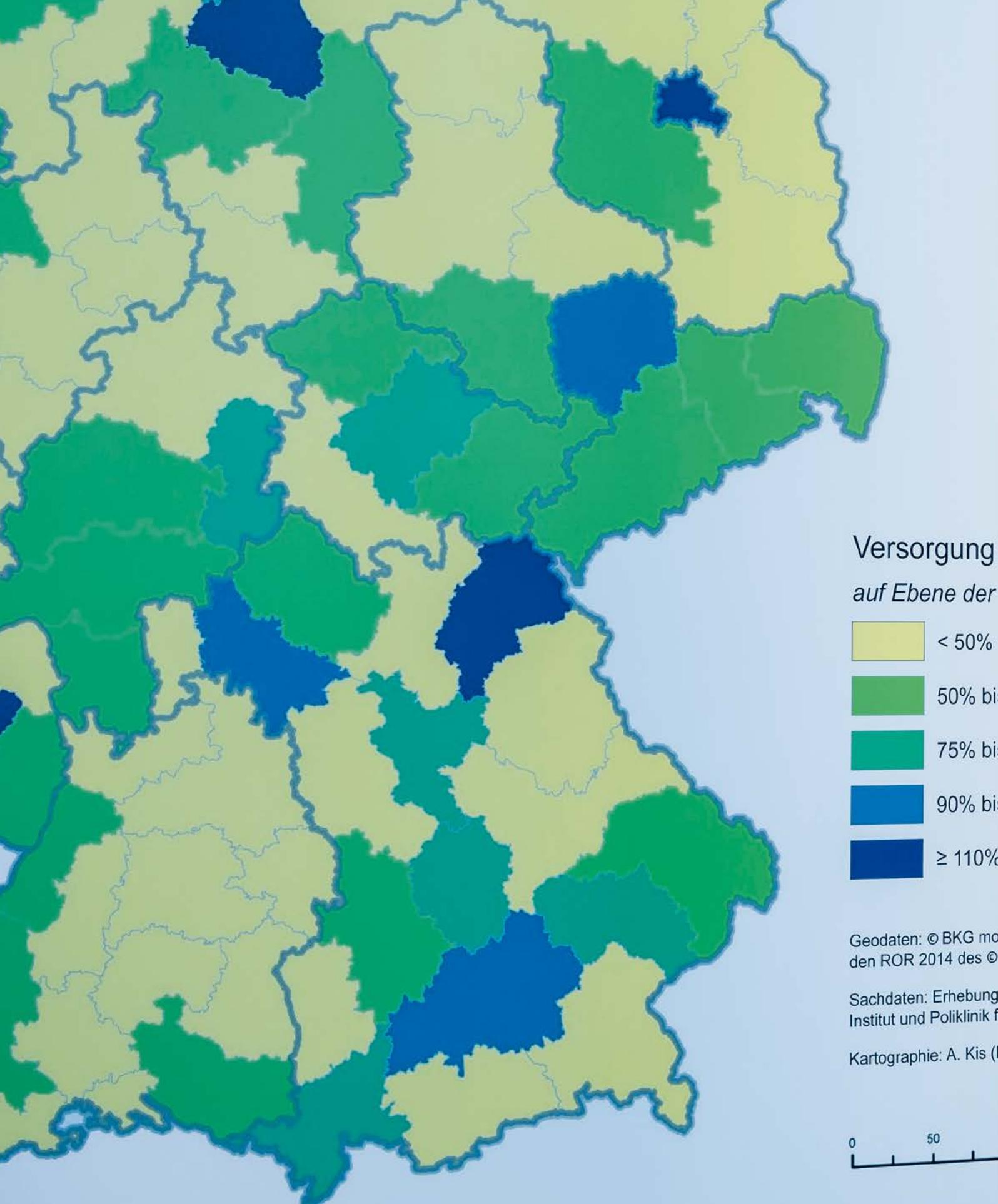
Was tun? Eine praktikable Lösung sei der Einsatz von Dolmetscher:innen, so Mösko. Anders als im UKE, wo es seit 1995 einen Dolmetscherdienst mit zurzeit 163 Dolmetschenden für 72 Sprachen und 1000 Einsätzen pro Monat gibt, geschehe dies aber nur selten, denn der Einsatz von Dolmetscher:innen könne im Gesundheitssystem nicht abgerechnet werden. Setzen Kliniken dennoch bei Bedarf Dolmetscher:innen auf Honorarbasis ein, so Mösko, haben diese in der Regel keine formale Qualifikation. Im Rahmen von EU-finanzierten Projekten ist sein Team der Frage nachgegangen, wie Dolmetscher:innen ausgebildet sein müssten, um im Gesundheits- und Gemeinwesen arbeiten zu können. Prof. Mösko: „Dabei haben wir Leitlinien und Qualitätsstandards entwickelt. Basierend auf diesen haben wir eine Qualifizierungsmaßnahme konzipiert. Derzeit führen wir diese durch und evaluieren sie.“

Ein weiteres Vorhaben ist, Ärzt:innen und andere Fachkräfte in der Arbeit mit Dolmetscher:innen zu stärken. Neben Fortbildungen wurden Lehrfilme gedreht (online zu sehen unter www.zwischensprachen.de). Die neun Clips zeigen mögliche Irritationen und Auflösungen in gedolmetschten Gesprächen und informieren über grundlegende Aspekte und den Umgang mit Telefon- und Videodolmetschen. „So ist beispielsweise ein kurzes Vorgespräch mit der dolmetschenden Person wichtig, um über die Zielsetzung des Gesprächs aufzuklären.“

Erst dann zur:m Zahnärzt:in, wenn es weh tut

Fehlende Sprachkenntnisse sind aber nur ein Grund, der die gute Versorgung von zugewanderten Patient:innen erschweren kann: Dr. Ghazal Aarabi, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, nennt diese typischen Hindernisse auch „kulturelle Risikofaktoren“. Das Inanspruchnahmeverhalten von Migrant:innen sei „eher beschwerde- statt präventionsorientiert“, sagt die Oberärztin, deren Eltern einst aus dem Iran nach Deutschland kamen. „Sie gehen oft erst dann zu Zahnärzt:innen, wenn es wirklich weh tut. Das Prinzip der Vorsorge ist bei ihnen nicht verankert.“

Um die Mundgesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, entwickeln Aarabi und ihr Team gemeinsam mit der Arbeitsgruppe des Psychologen Dr. Christopher Kofahl vom Institut für Medizinische Soziologie eine Smartphone-App, die in fünf Sprachen grundlegendes Wissen über Mundgesundheit und das deutsche Gesundheitssystem vermitteln soll. „Viele wissen zum Beispiel nicht, dass präventive Zahnarztleistungen in unserem Gesundheitssystem oft durch die Krankenversicherung übernommen werden.“ ■



Im Ungleichgewicht

ambulant mit Reha
ROR (BBSR)

s < 75%

s < 90%

s < 110%

definiert nach
BBSR Bonn

und Berechnung
für Medizinische Psychologie 2018

(VDP)

100 200 km



Text: Ingrid Kupczik Fotos: Axel Kirchhof

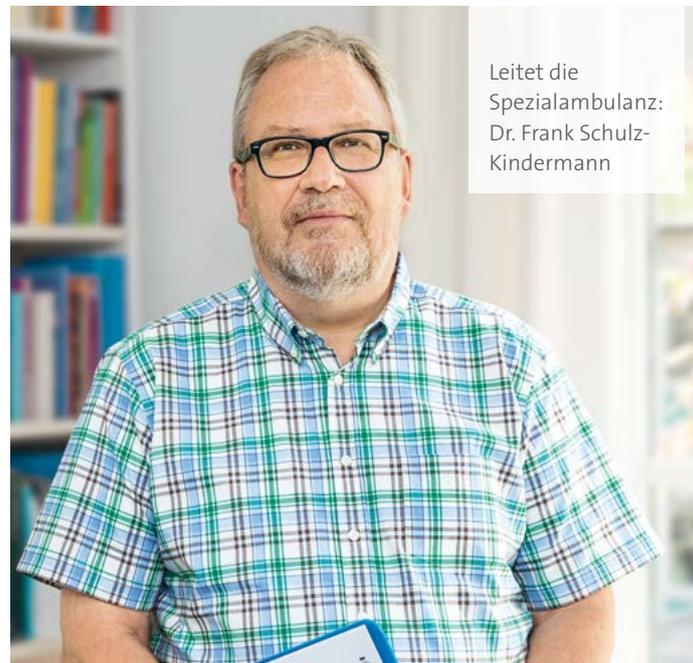
Krebspatient:innen leiden oft auch seelisch. Eine psychoonkologische Begleitung kann in dieser belastenden Lebensphase helfen. Doch die Betreuungsangebote sind ungleich verteilt; wer in der Stadt lebt, ist deutlich im Vorteil.

Rund 500 000 Krebsdiagnosen werden pro Jahr bundesweit gestellt. Etwa 1,5 Millionen Krebskranke, deren Diagnose nicht länger als fünf Jahre zurückliegt, leben aktuell in Deutschland. Viele Betroffene brauchen psychologische Hilfe – weil nichts mehr ist, wie es war, weil Angst sich einnistet, chronische Erschöpfung den Alltag wie Mehltau überzieht oder die Folgen einer Amputation verkraftet werden müssen. Ziel 9 im „Nationalen Krebsplan“ des Bundesministeriums für Gesundheit ist klar formuliert: „Alle Krebspatient:innen erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung.“ Doch wie hoch ist dieser Bedarf? Und reicht die vorhandene psychoonkologische Versorgung? Wenn nicht: Wo und wie könnte man nachbessern?

Antworten liefert ein umfassendes Gutachten, das ein UKE-Expertenteam im Auftrag des Gesundheitsministeriums Ende 2018 vorgelegt hat und das auf den Seiten des Ministeriums veröffentlicht ist. „Die Versorgung ist insgesamt gut“, fasst Studienkoordinator Prof. Dr. Holger Schulz, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, zusammen. „Deutschland weist auch im internationalen Vergleich ein hohes Niveau auf.“ Das Ziel des Nationalen Krebsplans sei jedoch nicht erfüllt; längst nicht jede:r Patient:in erhalte die Unterstützung, die sie:er benötigt. In ländlichen Regionen, so Schulz, ist der Bedarf oft nicht einmal zur Hälfte gedeckt – im Gegensatz zu manchen Universitätsstädten, die eine über 100-prozentige Versorgung aufweisen und die Metropolregion mitversorgen. Am UKE wurde schon 1995 unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus eine Spezialambulanz für Psychoonkologie etabliert, in der auch Angehörige betreut werden.

„Um Empfehlungen für eine zukünftige bedarfsgerechte Versorgung geben zu können, haben wir das

Angebot in Deutschland im ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich ermittelt und mit dem geschätzten Bedarf in Beziehung gesetzt“, erklärt Projektleiterin Dr. Christiane Bleich. Über 36 000 Angebote wurden von Michaela Dabs, Wiebke Frerichs und Leon Sautier identifiziert, rund 17 000 Einrichtungen und Anbieter (Krebsberatungsstellen, psychoonkologische Ambulanzen, Hospize, niedergelassene Psychoonkologen) kontaktiert und dabei die angebotenen Leistungen, deren Qualität, Kosten und personelle Kapazitäten erfasst.



Leitet die Spezialambulanz:
Dr. Frank Schulz-Kindermann

Jede:r zweite Krebspatient:in psychisch belastet

Bei der Bedarfsfeststellung stützte sich das Team aus dem UKE unter anderem auf die aktuellen Krebsregisterdaten des Robert Koch-Instituts sowie auf die Ergebnisse einer vom UKE geleiteten Studie von 2014, an der mehr als 4000 Krebspatient:innen zwischen 18 und 75 Jahren beteiligt waren: Jede:r zweite Betroffene fühlte sich durch die Krankheit psychisch belastet, jede:r dritte litt unter einer depressiven Störung oder hatte Angst- oder Anpassungsstörungen. Nach einer Krebsdiagnose ist der Bedarf an psychoonkologischer Hilfe hoch.

„Häufig treten psychische Belastungen verzögert auf, wenn die Behandlung schon erfolgt ist“, erklärt Dr. Frank Schulz-Kindermann, Leiter der UKE-Spezialambulanz. Typisch seien starke Ängste vor einer Rückkehr der Krankheit oder eine andauernde Erschöpfung, Fatigue genannt. Im Gutachten wurde dieser Aspekt ebenso berücksichtigt wie der Gesprächsbedarf von Angehörigen. „Wir haben den aktuellen Bedarf ermittelt. Er wird steigen“, sagt Institutsdirektor Prof. Dr. Dr. Martin Härter. „Denn die Gruppe jener Patient:innen, die mit fortgeschrit-

Auch Onlineangebote wie eine telemedizinische Beratung oder ein therapeutischer Chat könnten Stadt-Land-Unterschiede eibnen. „Solche Angebote gibt es bereits, doch die Akzeptanz ist weder bei Behandler:innen noch bei Patient:innen groß“, sagt Psychoonkologin Dr. Bleich. Das hat sich jedoch in der jüngsten Vergangenheit, zwangsläufig auch pandemiebedingt, geändert. Um den Bedarf zu decken, sollten Behandler:innen allerdings in ausreichender Zahl psychoonkologisch weitergebildet werden. Verbesserungen auf der Grundlage der



Untersuchen die bundesweite Versorgungssituation: Michaela Dabs und Prof. Dr. Holger Schulz

tenem Krebs leben und psychoonkologische Unterstützung benötigen, wächst.“

Eine Lösung: Satelliten auf dem Land

Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen ließen sich womöglich durch eine Art Satellitenstruktur verringern. Prof. Schulz nennt als Beispiel die Krebsberatungsstellen der Deutschen Krebshilfe: „Sie sind in einigen Regionen mit Haupt- und zusätzlichen Außenstellen auch in der Fläche gut verteilt. Psychoonkolog:innen fahren dann abwechselnd zu zwei oder drei Außenstellen. Ein guter Ansatz.“

umfassenden Analyse wurden aber bereits bei der Finanzierung von Krebsberatungsstellen erreicht: Vor dem UKE-Gutachten finanzierten die Krankenkassen keine Krebsberatungsstellen. Seit Januar 2021 beträgt der Anteil der Krankenversicherung (GKV und anteilig PKV) an der Finanzierung 80 Prozent und damit bis zu 42 Millionen Euro jährlich. Der restliche Finanzbedarf der Krebsberatungsstellen wird durch Länder und Kommunen (15 Prozent) sowie weiterhin durch einen Eigenanteil und Spenden (5 Prozent) gedeckt. Psychoonkologie könne Krebs nicht heilen, so Dr. Bleich, „aber das Leben mit der Erkrankung deutlich erleichtern.“ ■



Augenarzt und Versorgungsforscher Priv.-Doz. Dr. Christian Wolfram möchte die empirische Datenbasis für Augenerkrankungen verbessern

Aufbau eines Registers für weitverbreitete Augentherapie

Wissenslücken schließen

Injektionen in den Glaskörper gehören zu den häufigsten Therapien der Augenheilkunde. Im UKE ist jetzt ein Register aufgebaut worden, das Aufschluss über die Versorgung von Netzhauterkrankungen geben soll.

Ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem in der Augenheilkunde ist die Entwicklung von Ödemen an der Netzhautmitte. Sie entstehen bei Altersbedingter Makula-Degeneration (AMD), Diabetes oder infolge von Gefäßverschlüssen an der Netzhaut. Seit mehr als zehn Jahren werden Makula-Ödeme mit Injektionen in den Glaskörper behandelt. Diese intravitrealen Injektionen (IVOM) gehören mittlerweile zu den häufigsten medizinischen Eingriffen überhaupt und werden rund 1,2 Millionen Mal pro Jahr in Deutschland durchgeführt. „Trotz der weiten Verbreitung wissen wir relativ wenig über die Versorgungspraxis“, erklärt Priv.-Doz. Dr. Christian Wolfram, der neben seiner Tätigkeit als niedergelassener

Augenarzt in der Klinik für Augenheilkunde des UKE den Bereich der Ophthalmologischen Versorgungsforschung vertritt.

Wie zufrieden sind die Patient:innen?

„Zentrale Parameter wie die Injektionsfrequenz pro Jahr oder die Häufigkeit von Therapieabbrüchen oder -wechseln sind uns weitgehend unbekannt.“ Auch gebe es kaum empirische Daten zur Patient:innenperspektive und Behandlungszufriedenheit bei IVOM-Therapien, so Wolfram. An der Augenklinik ist deshalb ein Register über die Versorgung der Hamburger Bevölkerung mit intravitrealen Injektionen aufgebaut worden. Ziel ist es, Inanspruchnahme und Versorgungswege in der IVOM-Versorgung zu analysieren, bestehende Wissenslücken zu schließen und daraus relevante Informationen für Patient:innen, Behandler:innen und Entscheidungsträger:innen im Gesundheitswesen bereitzustellen. ■

„Prähabilitation“ für ältere Patient:innen

Gezieltes Training macht fit für die Operation

Das Risiko von Komplikationen bei und nach einer Operation ist für ältere Patient:innen deutlich höher als für jüngere. Die Arbeitsgruppe Gerontoanästhesie aus dem Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin entwickelt praktikable Konzepte, um den postoperativen Verlauf bei Patient:innen ab 65 Jahren zu verbessern. Dazu gehört „Trailty“, ein einfaches Trainingsprogramm für zu Hause, bei dem sich altersgebrechliche Patient:innen fit für eine Operation machen. „Wir setzen auf Prähabilitation“, sagt Dr. Cynthia Olotu, die Leiterin des Studienteams. Wer vor der OP Ausdauer, Muskelkraft und Atemmuskulatur gezielt trainiert, komme schneller wieder auf die Beine. „Diese Patient:innen stürzen seltener und mindern ihr Risiko einer Lungenentzündung oder anderer postoperativer Komplikationen“, so die Anästhesiologin.

Mit Brille und Prothese in den OP

Im Projekt „PeriAge“ wird ein Bündel praktischer Maßnahmen untersucht: ergänzende Trinknahrung für mangelernährte Patient:innen, kohlenhydrathaltige Getränke zur Vermeidung von präoperativem Stress und unnötiger Nüchternheit sowie eine systematische Aufklärung über Delirprophylaxe und die Einbindung der Angehörigen. Und die Aufforderung, Brille, Hörgerät und Zahnprothese in den OP mitzunehmen. Dadurch soll das Gefühl des Ausgeliefertseins vermieden und das Risiko einer postoperativen Verwirrtheit gemindert werden. Da die Interventionen in Arbeitsabläufe des Klinikalltags eingreifen, wird auch die Akzeptanz bei den Mitarbeiter:innen im laufenden Projekt evaluiert. ■

Langzeiteinnahme gefährdet Gesundheit

Schlaf- und Beruhigungsmittel: Aufklärung ist nötig

In Deutschland sind 1,2 bis 1,5 Millionen Menschen von schlafanstoßenden Medikamenten, insbesondere Benzodiazepinen und sogenannten Z-Substanzen, abhängig. Zum großen Teil sind Frauen und ältere Menschen betroffen, die durch die Einnahme auch gesundheitlich, zum Beispiel im Hinblick auf vermehrte Stürze, gefährdet sind. Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts entwickeln Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie zusammen mit dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung Aufklärungsmaterial für Betroffene.

Gesundheitsinformation und Selbsttest entwickeln

Ziel des Projektes ist die Erstellung zielgruppenspezifischer Gesundheitsinformationen zur Aufklärung über die Einnahme von Z-Substanzen und Benzodiazepinen. Diese sollen Betroffenen und Angehörigen helfen, sich umfassend über Risiken und Nutzen der Medikamente zu informieren. Weiterer Projektbestandteil ist die Entwicklung eines Screeninginstrumentes zur Erfassung einer möglichen Abhängigkeit von Z-Substanzen und Benzodiazepinen. „Die Entwicklung dieser Gesundheitsinformationen und des Fragebogens wird einen entscheidenden Beitrag zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Betroffenen leisten und Ärzt:innen bei der Beratung sinnvoll unterstützen“, erläutert Medizinpsychologin Prof. Dr. Dr. Martin Härter.

Gesundheitsinfo und Selbsttest werden nach Fertigstellung auf der vom UKE betriebenen Webseite www.psychenet.de zur Verfügung gestellt. ■



Patient:innen mit Schizophrenie sind sich ihrer Überzeugungen häufig zu sicher. Das MKT-Programm von Prof. Steffen Moritz sät bewusst Zweifel

Metakognitives Training bei psychischen Erkrankungen

Nachdenken über das eigene Denken

Psychotherapie statt nur Psychopharmaka – im Metakognitiven Training, das Prof. Dr. Steffen Moritz vor rund 15 Jahren im UKE entwickelte, lernen Patient:innen, das eigene Denken zu reflektieren und typische Denkfallen selbst aufzuspüren. Seit 2018 gehört die Intervention zu den offiziellen Behandlungsleitlinien für Schizophrenie.

„Ein schizophrener Wahn kennt keinen Zweifel. Egal wie absurd eine Situation oder Begebenheit scheinen mag – das Urteil steht absolut sicher und unverrückbar fest.“ Prof. Dr. Steffen Moritz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ein verräterisches Knacken in der Telefonleitung – da hört jemand mit. Die Kollegin schaut auch schon den ganzen Vormittag so komisch herüber; der Chef hat erst gar nicht begrüßt. Die Stimme im Kopf des jungen Mannes ist überzeugt: Da läuft etwas gegen ihn! „Menschen mit Schizophrenie leiden häufig unter Verfolgungswahn. Auch akustische Halluzinationen wie das Hören von Stimmen oder Gesängen sind typische Symptome“, erklärt Prof. Dr. Steffen Moritz, der in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie die Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie leitet. Aber wo genau liegt die Grenze zwischen natürlichem Misstrauen und einer Psychose? „Ein schizophrener Wahn kennt keinen Zweifel. Egal wie absurd eine Situation oder Begebenheit scheinen mag – das Urteil steht absolut sicher und unverrückbar fest“, erklärt der Psychologe.

Training statt nur Tabletten

Genau hier setzt das Metakognitive Training (MKT, Infos unter www.uke.de/mkt) an. Prof. Moritz: „Es geht darum, bei den Patient:innen Zweifel zu säen, ihnen Impulse zu geben, über das eigene Denken nachzudenken und bestehende Überzeugungen zu korrigieren.“ In zehn verschiedenen Modulen, die sich mit Themen wie „voreiliges Schlussfolgern“, „Korrigierbarkeit“ oder „Selbstwert“ beschäftigen, sollen die Patient:innen für typische Denkfallen sensibilisiert werden. Das Training findet zweimal pro Woche in einer Gruppe von etwa zehn Teilnehmenden statt. Alle Module und Übungen sind interaktiv, spielerisch und sehr praxisnah, sodass sich die Inhalte gut auf den Alltag übertragen lassen.

Es war die schlechte Versorgungslage, die Prof. Moritz dazu bewog, eine neue Therapie für Schizophrenie zu entwickeln. „Psychosen wurden früher fast ausschließlich mit Medikamenten behandelt, die teils starke Nebenwirkungen haben. Heute gelingt es uns durch Offenlegung und Bewusstmachung typischer Denkverzerrungen im MKT, die Urteilssicherheit auch bei vielen Patient:innen ins Wanken zu bringen, die Medikamente ablehnen.“

In Eigenregie zu Hause nutzen

Inzwischen existiert das Metakognitive Training auch für andere psychische Störungen wie Depressionen, Zwangsstörungen und Borderline. „Das Tool funktioniert niedrigschwellig, ist online frei verfügbar und so konzipiert, dass es sowohl von Therapeut:innen, aber im Falle von Zwangsstörungen auch in Eigenregie zu Hause genutzt werden kann“, sagt Prof. Moritz. Damit der Therapieeffekt nicht nachlässt, wird das Programm seit kurzem auch durch die Smartphone-App COGITO mit einer Übung für jeden Tag ergänzt. „Die App ist ein kleiner Gedächtnisanstoß im Alltag, um das Erlernte wach zu halten und nicht in alte Denk- und Verhaltensmuster zurückzufallen. Ich bezeichne das Tool auch gern als Zahnbürste für die Seele.“

MKT wird heute in mehr als 300 in- und ausländischen Kliniken, Instituten und Praxen durchgeführt. Um Trainingsmaterialien frei zur Verfügung zu stellen und psychische Störungen weiter zu erforschen, ist die Arbeitsgruppe auf Spenden angewiesen. Infos unter <https://clinical-neuropsychology.de/spenden>. ■



Leitet das vom Innovationsfonds geförderte bundesweite Projekt zur psychosozialen Versorgung: Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe

Psychosoziale Versorgung bei seltenen Erkrankungen

Kinder im Ausnahmezustand

Wenn Kinder eine seltene Erkrankung haben, leidet die ganze Familie. Ein vom UKE geleitetes bundesweites Projekt soll die Versorgungssituation der belasteten Familien verbessern.

Als selten gilt eine Krankheit, wenn höchstens fünf von 10 000 Menschen betroffen sind. In Deutschland leben rund vier Millionen Menschen mit einer seltenen Erkrankung, mehr als die Hälfte von ihnen sind Kinder und Jugendliche. Sie selbst, ihre Eltern und Geschwister sind durch Sorgen, Ängste und den hohen Aufwand, den das Krankheitsmanagement mit sich bringt, oft körperlich und psychisch sehr belastet. So entwickeln bis zu 40 Prozent der Eltern eine Angsterkrankung oder werden depressiv. „Aus Zeitmangel aufgrund der hohen Belastung können die Familien aber kaum die herkömmlichen Angebote an Psychotherapie nutzen“, sagt Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik.

Reden und Schreiben hilft

Die Versorgungslücke soll das CARE-FAM-NET schließen, ein Verbund aus Forschungseinrichtungen, Krankenkassen, Selbsthilfeorganisationen in Kooperation mit Kinderkliniken in zwölf Bundesländern. Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt schafft psychosoziale Versorgungsstrukturen „mit dem Ziel, Kindern mit seltenen Erkrankungen und ihren Familien frühestmöglich psychosoziale Hilfe anzubieten, um die Krankheitsbewältigung zu erleichtern und die Lebensqualität zu erhöhen“, erläutert Projektleiterin Wiegand-Grefe. Zwei Ansätze werden erprobt: eine Familienintervention mit acht Sitzungen sowie eine Onlineintervention, bei der Teilnehmende in einer Schreibtherapie mit Unterstützung geschulter Fachkräfte Schreibaufgaben ausführen. 700 Familien sind an der Studie beteiligt. Bei erfolgreicher Evaluation sollen die neuen Unterstützungsangebote in die Regelversorgung übernommen werden. ■

Arbeitspsychologen evaluieren Beratungsstelle

Ziel: Psychisch gesund und arbeitsfähig bleiben

Durch die Zunahme psychischer Belastungen in der Arbeitswelt gewinnen der Erhalt und die Förderung der Gesundheit von Erwerbstätigen eine besondere Bedeutung. Informationen und Beratung in Bezug auf belastende Arbeitssituationen oder betriebliche Gestaltung von Arbeitsbedingungen erhalten Beschäftigte und betriebliche Akteure in speziellen Beratungsstellen. Priv.-Doz. Dr. Stefanie Mache vom Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin untersucht mit ihrer Arbeitsgruppe Nutzen und Wirkung einer kostenlosen Beratungsstelle für Beschäftigte und Betriebsvertreter:innen.

Beratungsstelle hat Lotsenfunktion für Betroffene

„Unser Ziel ist es, das Arbeits- und Wirkungsfeld der Beratungsstelle zu analysieren. Dabei untersuchen wir Beratungsanlässe und -umfänge und prüfen, ob die Beratungsstelle die angestrebte Lotsenfunktion erfüllt“, erläutert Psychologin Mache. Im Fokus steht dabei die 2016 gestartete Hamburger Beratungsstelle „Perspektive Arbeit & Gesundheit“ (PAG). Ziel von PAG ist es, die psychische Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und zu fördern. Beraten werden Beschäftigte in psychisch belastenden Arbeitssituationen und Betriebsvertreter:innen, die mit der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen beauftragt sind. „Insgesamt weisen die Evaluationsergebnisse erste positive Nutzentendenzen auf“, sagt die Forscherin. Für Beschäftigte sind Dr. Mache zufolge die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz von besonderer Relevanz, Unternehmen suchten häufig Informationen zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungsfaktoren. ■

Berufsrisiko im Gesundheitswesen

Hepatitis-C-Infektionen effektiv behandeln

Beschäftigte im Gesundheitswesen haben ein erhöhtes Risiko für eine Hepatitis-C-Infektion. Da eine schützende Impfung fehlt, kommt es darauf an, eine Infektion zu verhindern oder effektiv zu behandeln. Beides gelingt immer besser. „Wir konnten belegen, dass die neuen Therapien auch bei Betroffenen mit fortgeschrittener Infektion sehr erfolgreich und gut verträglich sind“, sagt UKE-Arbeitsmediziner Prof. Dr. Albert Nienhaus vom Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare). Mitarbeiter:innen des CVcare hatten in den vergangenen Jahren Behandlungsdaten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ausgewertet. Die Forscher:innen wollten wissen, wie gut neue, direkt gegen das Hepatitis-C-Virus gerichtete Medikamente für die Behandlung von im Gesundheitswesen Beschäftigten geeignet sind. Ergebnisse: Die Mehrzahl der Therapien verlief ohne Nebenwirkungen, eine früh einsetzende Behandlung ist sinnvoll.

Nadelstichverletzungen oft erst nach Prozedur

Wie eine Analyse von Unfällen durch die Arbeitsmediziner:innen zeigt, können vor allem Schulungen zur sicheren Entsorgung von spitzen Instrumenten – Injektionsnadeln und Autoinjektoren – helfen, das Infektionsrisiko für Beschäftigte im Gesundheitswesen zu senken. Denn etwa die Hälfte aller Nadelstichverletzungen ereignet sich nicht bei der invasiven Prozedur, sondern erst im Anschluss daran bei der Entsorgung der Geräte. Insgesamt, so Nienhaus, ist die Zahl der blutübertragbaren Virusinfektionen im Gesundheitswesen rückläufig. ■

Gesundheitsakademie UKE

Wissen aus erster Hand

Informationen zu Gesundheit und Krankheit sind nahezu unermesslich. Doch welche beruhen auf dem aktuellsten Stand des medizinischen Wissens? Und was davon ist hilfreich für das eigene Leben? Kompetente Antworten gibt seit rund drei Jahren die Gesundheitsakademie UKE – sie vermittelt Wissen aus erster Hand in leicht verständlicher Form.

Seit Frühjahr 2020 gibt es die Gesundheitsakademie UKE nur virtuell, zwischenzeitlich fand sie pandemiekonform in Präsenz statt





Gesundheitsakademie UKE



Jedem zweiten Menschen in Deutschland fällt es schwer, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen oder bei einer Entscheidung zu berücksichtigen. Wie Studien zeigen, wirken sich begrenztes Wissen oder gar falsche Informationen negativ auf die Gesundheit jeder und jedes Einzelnen aus,

sehen in den Hausärzt:innen und 37,1 Prozent in den Fachärzt:innen die wichtigste Informationsquelle – die muss dann auch wirklich sprudeln! Bedenklich ist, dass fast die Hälfte der Patient:innen nicht versteht, was ihnen die Ärzt:innen sagen. Das kann so nicht bleiben!“

„Bedenklich ist, dass fast die Hälfte der Patient:innen nicht versteht, was ihnen die Ärzt:innen sagen. Das kann so nicht bleiben!“

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Projektleiter UKE-Gesundheitsakademie

kosten Geld und können (soziale) Ungleichheiten noch verstärken. „Das UKE ist Maximalversorger und Anbieter von Spitzenmedizin; es ist die Ausbildungsstätte für künftige Mediziner:innen und es ist eine exzellente Forschungsstätte für die Medizin von morgen. Damit ist viel Wissen über Gesundheit und Prävention verbunden. Dieses Wissen bieten wir mit der Gesundheitsakademie UKE den Bürger:innen der Metropolregion Hamburg in leicht verständlicher Form und Sprache an“, erläutert Prof. Dr. Dr. Koch-Gromus. Er initiierte gemeinsam mit der Wissenschaftsjournalistin Angela Grosse dieses auf zunächst drei Jahre begrenzte Pilotprojekt, dessen Wirksamkeit evaluiert wird. Erste Ergebnisse zeigen: Es lohnt sich, dieses Projekt zu verstetigen.

Zugleich soll die Gesundheitsakademie die Beratungskompetenz der Studierenden erweitern. „Unsere Studierenden von heute sind die Multiplikatoren, die morgen nicht nur Diagnostik und Therapie von Krankheiten beherrschen, sondern die ihren Patient:innen auch Gesundheitskompetenz vermitteln, damit diese zumindest wissen, was sie für ihre Gesundheit selber tun können“, erklärt Prof. Koch-Gromus. „80 Prozent der Patient:innen

Bereits über 20 000 Teilnehmer:innen

Mehr als 7000 Besucher:innen kamen zu den ersten drei Staffeln der Gesundheitsakademie, mehr als 13300 Menschen verfolgten die 19 Veranstaltungen des „Corona“-Winters 2020/21. Die meisten von ihnen verließen die Veranstaltung oder die virtuellen Vorträge auch persönlich bereichert, so Koch-Gromus. „Das ist eines der erfreulichen Ergebnisse der ersten Auswertung.“

Nicht minder wichtig war den Besucher:innen der anschließende „Markt der Gesundheit“. Er wurde während der Corona-Zeit durchaus vermisst. Mit seinen 15 bis 20 Informations- und Mitmachstationen lud er alle ein, gesundes Wissen und neue Handlungsmöglichkeiten für sich zu entdecken. Die Stationen wurden von Studierenden unter Dozent:innenanleitung zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Stressmanagement, Patient:innenverfügung oder auch Wiederbelebung gestaltet. Auch Partner:innen wie AOK, Deutsche Rentenversicherung, KISS und Kassenärztliche Vereinigung Hamburg informierten vielfältig. – Infos und aktuelle Termine unter www.gesundheitsakademie-uke.de. ■



Es gibt viele Möglichkeiten, das UKE zu unterstützen

Spenden Sie Gesundheit

Spitzenmedizin und Spitzenforschung haben ihren Preis. Vieles könnten wir ohne die Unterstützung großzügiger Freund:innen und Förder:innen nicht ermöglichen. Deshalb bitten wir auch Sie: Unterstützen Sie die Arbeit des UKE und helfen Sie mit Ihrer Spende, damit wir im Universitätsklinikum

Hamburg-Eppendorf in Zukunft noch besser für Ihre Gesundheit forschen können. Wir beraten Sie gern unverbindlich zu Möglichkeiten, das UKE zu fördern und nachhaltig zu unterstützen – mit einer regelmäßigen Geldspende, mit einer Testamentsspende oder mit einer Zustiftung.

Das Fundraising-Team des UKE



Dr. Rainer Süßenguth



Petra Gilb-Julie



Gabriele Holst

So können Sie uns unterstützen

Geldspende

Mit Ihrer Geldspende unterstützen Sie die Arbeit und Forschung im UKE. Selbst mit kleinen Beträgen können wir schon viel bewirken.

Spenden statt Geschenke

Besondere Ereignisse wie Geburtstage und Jubiläen, aber auch Trauerfälle können Anlass sein, Gutes zu tun. Bitten Sie Ihre Gäste um eine Spende zugunsten des UKE.

Testamentsspende

Wenn Sie die Zukunft langfristig mitgestalten wollen, können Sie das UKE in Ihrem Testament bedenken.

Ihren Nachlass setzen wir in Ihrem Sinne und Namen für solche Projekte ein, die Ihnen am Herzen liegen.

Spendenaktion starten

Starten Sie eine eigene Spendenaktion zugunsten des UKE. Läufe, Wanderungen, Fahrradtouren sind gute Gelegenheiten, um zum Beispiel eine Online-Spendenaktion ins Leben zu rufen.

Stiften oder Zustiften

Mit einer Zustiftung zu unserer UKE-Stiftung können Sie die Universitätsmedizin in Hamburg nachhaltig stärken.

Sprechen Sie uns gern an.

Wir freuen uns darauf, mit Ihnen in Kontakt zu kommen. Tel.: 040 7410-58384, E-Mail: spenden@uke.de.

Weitere Informationen finden Sie unter www.uke.de/spenden.



Unser Spendenkonto: UKE gemeinnützige GmbH

Institut Hamburger Sparkasse | IBAN DE54 2005 0550 1234 3636 36 | BIC HASPDEHH XXX

Verwendungszweck 1023/006 WF21

Impressum

Herausgeber: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Verantwortlich: Friederike Schulz, Leitung Geschäftsbereich Unternehmenskommunikation

Redaktion: Leitung: Uwe Groenewold **Autor:innen:** Ingrid Kupczik, Arnd Petry, Nicole Sénégas-Wulf, Katja Strube

Titelfoto: Axel Kirchhof **Fotos:** Ronald Frommann, Axel Heimken, Axel Kirchhof **Bildredaktion:** Eva Hecht

Lektorat: Monica Estévez, Silke Hilgemeier **Konzeption:** Sina Hofmann, Katrin Zacharias-Langhans

Gestaltung: Ulrike Hemme **Schlussredaktion:** Saskia Lemm **Druck:** Lehmann Offsetdruck GmbH, Norderstedt;

Auflage: 3200 Exemplare; **Stand:** 1. Dezember 2021

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, Aufnahme in Onlinedienste und Internet sowie Vervielfältigung auf Datenträgern nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Die veröffentlichten Fotos sind entweder vor Beginn der Corona-Pandemie entstanden oder entsprachen zum Zeitpunkt der Aufnahme den jeweiligen Corona-Richtlinien.



www.uke.de