

Die Versorgung im Blick







Wenn ein schwer kranker oder verletzter Patient in die Zentrale Notaufnahme des UKE eingeliefert wird, sind viele helfende Hände gefordert; Axel Kirchhof hat dies eindrucksvoll mit seiner Kamera dokumentiert. Viel zu oft gehen aber weniger kranke Menschen in die Notaufnahme – ein großes Problem für die Gesundheitsversorgung in Deutschland ([Seite 16](#)).

Versorgungsforschung ein Forschungsschwerpunkt des UKE

# „Patient im Mittelpunkt“

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu verbessern – das ist Ziel der Versorgungsforschung. Das UKE ist auf diesem Gebiet seit vielen Jahren sehr aktiv und ausgesprochen erfolgreich, wie Prof. Dr. Burkhard Göke und Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus betonen.

## Was beinhaltet Versorgungsforschung und was bringt sie heutigen und künftigen Patienten?

**Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Dekan der Medizinischen Fakultät und Vorstandsmitglied:** Sie verfolgt den Weg der Patientinnen und Patienten durch die verschiedenen Teilsysteme des Gesundheitswesens. Bei der stationären Versorgung etwa beinhaltet Versorgungsforschung Vorbereitung, Aufnahme, Aufenthalt, Entlassung und Nachsorge. Versorgungsforschung sucht sich auf dieser Wegstrecke Fragen, die die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse betreffen. Dabei werden Stärken und Schwächen der Versorgung analysiert; die Schwächen bestenfalls als Ansatzpunkte für eine Optimierung genutzt.

es um die Frage, ob sich das, was wir tun, am Ende auch lohnt. Versorgungsforschung ist ein wichtiges Werkzeug, dabei zu helfen, den großen Einsatz der Ressourcen zu rechtfertigen.

## Es geht aber nicht nur darum, Geld zu sparen?

**Koch-Gromus:** Es geht um die Optimierung der Prozesse – auch unter Kostengesichtspunkten.

**Göke:** Die Frage ist, für wen sich der Einsatz der Ressourcen lohnen soll. Für die, die damit in erster Linie einen signifikanten Gewinn erwirtschaften wollen? Wir hier im akademischen Bereich stellen eine andere Frage: Lohnt sich der Ressourceneinsatz für den

*„Vernetzte Versorgungsforschung ermöglicht langfristig eine bessere Patientenversorgung.“*

Prof. Dr. Burkhard Göke



**Prof. Dr. Burkhard Göke, Ärztlicher Direktor und UKE-Vorstandsvorsitzender:** Mehr Gesundheit, mehr Wohlbefinden, das Vermeiden von Erkrankungen – das sind die großen Anliegen der Medizin. In naher Zukunft wird mehr Medizin erforderlich sein für älter werdende Menschen, wir werden mehr komplex erkrankte Patienten haben, denen wir mehr Angebote für Diagnostik und Therapie machen können. Im heutigen Gesundheitssystem geht

Patienten und seine Gesundheit? Bei uns steht der Patient im Mittelpunkt, nicht der Shareholder Value.

## Versorgungsforschung zählt zu den Forschungsschwerpunkten im UKE. In welchen Bereichen sind die Wissenschaftler besonders engagiert?

**Koch-Gromus:** In den letzten 20 Jahren haben wir die Voraussetzungen für eine breit aufgestellte

Versorgungsforschung im UKE geschaffen; dazu gehört eine Struktur mit 12 bis 15 Professuren unterschiedlicher Disziplinen und eine Vernetzung aller Beteiligten. Schwerpunkte sind die Versorgung von Kindern, von chronisch kranken sowie von psychisch erkrankten Menschen.

**Die UKE-Experten kooperieren mit Universitäten und Institutionen wie Krankenkassen und Patientenorganisationen. Welche Vorteile hat das?**

Innovationsfonds und haben bereits Projekte im deutlich zweistelligen Millionenbereich eingeworben. Diese führen langfristig nicht nur zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung im UKE, sondern auch in der Region und im ganzen Land. Darauf sind wir sehr stolz.

**Ein Ausblick: Welche Bedeutung wird die Versorgungsforschung für die Bereiche Wissen, Forschen und Heilen im UKE langfristig haben?**

*„In den letzten 20 Jahren haben wir die Voraussetzungen für eine breit aufgestellte Versorgungsforschung geschaffen.“*

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus



**Göke:** Wir verfolgen seit Jahren intensiv den Gedanken der Vernetzung. Vernetzung heißt nicht nur, dass Patienten zugewiesen oder verlegt werden. Vernetzte Versorgungsforschung ermöglicht langfristig eine bessere Patientenversorgung – und auch, dass sich gute Qualität und gute Prozesse ökonomisch gut abbilden lassen.

**Koch-Gromus:** Wenn man ein Thema perspektivenreich darstellen will, muss man sich breit aufstellen und Kooperationen eingehen. Jede erfolgreiche Kooperation stärkt die Forschung.

**Im Innovationsfonds des Bundes ist das UKE überaus erfolgreich. Eine logische Konsequenz?**

**Göke:** Wir wollen stetig Neues entwickeln und einführen. Deshalb engagieren wir uns beim

**Koch-Gromus:** Im Modellstudiengang iMED bekommen Studierende genaue Einblicke, wie Versorgungsforschung in Deutschland funktioniert. Das entwickeln wir permanent weiter. Für die Klinik bedeutet Versorgungsforschung, immer wieder zu prüfen, was für uns direkt anwendbar ist, um die Behandlung unserer Patienten zu verbessern und Prozesse zu optimieren. In der Forschung wollen wir den theoretischen Unterbau stärken, um weitere DFG-Verbundforschungsprojekte zu beantragen.

**Göke:** Wir haben den Zukunftsplan 2050 fürs UKE entwickelt. Der beinhaltet nicht nur, alte Gebäude durch neue zu ersetzen. Mit dem Zukunftsplan sind ganz erhebliche Bemühungen verbunden, eine konzeptionelle Fort- und Weiterentwicklung der Medizin abzubilden, die stark auf den Ergebnissen von Versorgungsforschung fußt.

# Inhalt



8

## Gemeinsam allein

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



16

## Notaufnahmen in Not

Viele Patienten, die in die Notaufnahme gehen, gehören dort eigentlich nicht hin. Um Notaufnahmen zu entlasten, sollen Patientenströme künftig besser gelenkt werden.



26

## Gesund alt werden

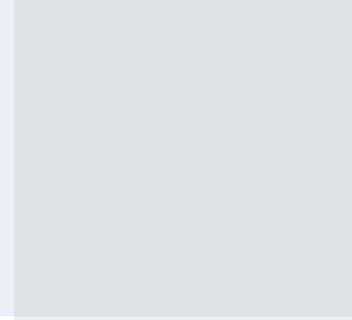
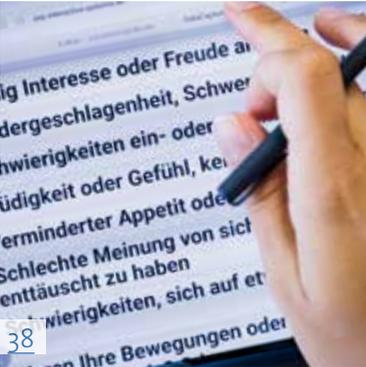
Mehr Bewegung, gesunde Ernährung, soziale Teilhabe – drei entscheidende Faktoren für gesundes Altern, hat die LUCAS-Langzeitstudie gezeigt.



34



38



48



44



56

34

## Brücken bauen

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

44

## Im Ungleichgewicht

Krebspatienten sind häufig psychisch belastet. Unterstützung findet sich nicht überall, auf dem Land ist die psychoonkologische Versorgung schlechter als in der Stadt.

## 6 RECOVER –

Psychische Gesundheit im Fokus

## 12 Wer wartet wie lange?

## 20 Warum gehen wir zum Arzt?



58

## 24 In virtueller Realität Zwänge behandeln

## 30 Wenn es nicht mehr weitergeht

## 38 Fühlen Sie sich niedergeschlagen?

## 42 Damit Gesundheit kein Fremdwort bleibt

## 48 Nachdenken über das eigene Denken

## 52 Gesundheit aus dem Kiosk

## 56 Forschen für eine bessere Zukunft

## 58 Wissen aus erster Hand

## 60 Spenden Sie Gesundheit

## 61 Impressum

wissen + forschen im Internet:  
[www.uke.de/w+f](http://www.uke.de/w+f)



Menschen in einer psychischen Krise finden weitere Informationen unter [www.recover-hamburg.de](http://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-Kolleginnen und -Kollegen 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, die einem beim Stichwort „psychische Erkrankung“ in den Sinn kommen können: Behörden, Krankenkassen, psychosoziale Dienste, Kran-

therapie beträgt in Hamburg zur Zeit vier bis sechs Monate. Bei uns sind es ungefähr zwei Wochen.“ Die schnelle und vor allem korrekte Diagnose durch ausgewiesene Experten ist Prof. Lambert zufolge der große Vorteil des neuen Versorgungsmodells. So können von Beginn an die Weichen für den weiteren Behandlungsweg 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 Patienten behandelt, die leicht oder mittelgradig erkrankt sind“, kritisiert der Experte.

*„Innerhalb von zwei Tagen erhalten Sie einen Termin bei uns. Sie sitzen dann einem Psychologen, einem Allgemeinarzt und einem Sozialarbeiter gegenüber.“* Prof. Dr. Martin Lambert, Klinik für Psychiatrie

kenhäuser, Ärzte-, Psychotherapeuten- und Patientenverbände. „Das RECOVER-Versorgungsmodell ist ein schweregradgestuftes und sektorenübergreifend koordiniertes Versorgungsmodell“, erklärt Prof. Lambert und verweist auf ein Schaubild, das die Idee des Projekts zusammenfasst: eine Pyramide. Die breite Basis bilden die vielen Patienten 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 zum Hausarzt“, sagt Prof. Lambert. Im RECOVER-Modell, wie es in Hamburg und im ländlichen Kreis Steinburg erprobt wird, sei dieser Teil eines Netzwerks. „Er gibt Ihnen unsere Nummer. Innerhalb von zwei Tagen erhalten Sie einen Termin bei uns. Sie sitzen dann einem Psychologen, einem Allgemeinarzt und einem Sozialarbeiter gegenüber. Benötigen Sie eine Psychotherapie, organisieren wir das und besprechen uns mit dem Therapeuten. Die normale Wartezeit für eine Psycho-

Das Team teilt psychisch erkrankte Patienten vier Schweregraden zu. „Jeder Stufe sind unterschiedliche Behandlungspakete zugeordnet, die immer evidenzbasiert sind“, so Martin Lambert. Sprich: Die Wirksamkeit der angedachten Therapiemaßnahmen wurde in wissenschaftlichen Studien zweifelsfrei bewiesen. 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.“

Ein Baustein des Konzepts sind daher auch digitale Diagnostik- und Therapieprogramme, für die unter dem Namen „eRECOVER“ sogar eine eigene E-Mental-Health-Plattform geschaffen wurde. Prof. Lambert sieht in den Behandlungen mithilfe moderner elektronischer Kommunikationsmittel das größte Zukunftsfeld psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Denn „digitale Therapien sind eine effektive Alternative“, sagt er. Der Vorteil: Patientinnen und Patienten können sich einer Stunde interaktiver Videotherapie unterziehen, wann immer es ihnen passt – sowohl in der Mittagspause als auch nach Feierabend. ■



Gemeinsam  
allein

[zurück zum Inhalt](#)



Likes auf Facebook, der nächste Level im Computerspiel, Bilder und Videos hochladen: Immer mehr Kinder und Jugendliche werden onlinesüchtig. 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 ihr Gaming-Verhalten nicht mehr kontrollieren können, wegen des Computerspielens wichtige Beziehungen oder den eigenen Werdegang gefährden und trotz negativer Konsequenzen nichts an der



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

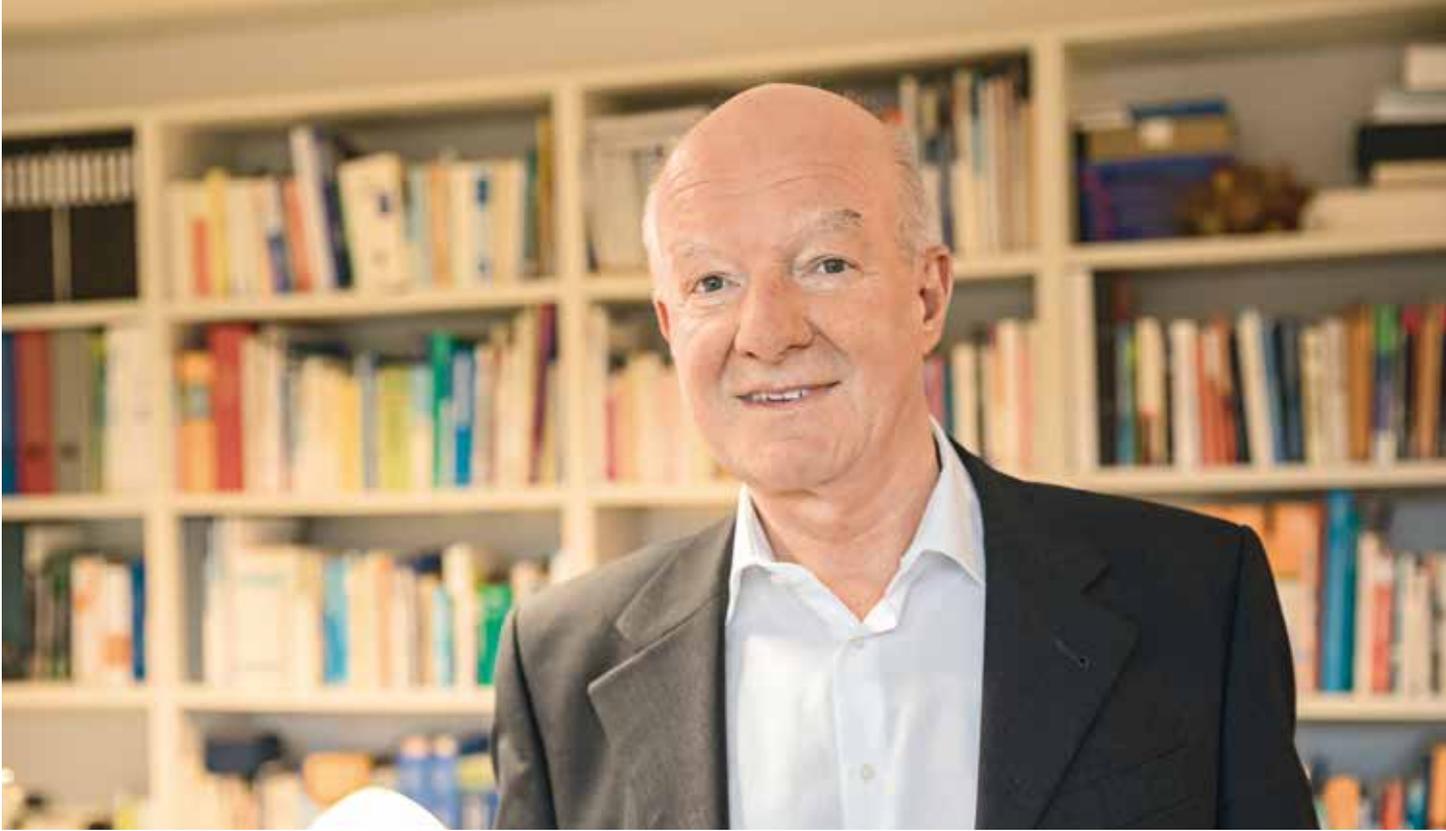


Im Rahmen der Therapie erkennen die Jugendlichen, was hinter ihrer Sucht steckt

lungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters an“, betont Prof. Thomasius. Computerspiele versprechen Kindern und Jugendlichen Spaß und forderten ihre Geschicklichkeit heraus. „Mit den Spielen können die Nutzer 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

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 Spielerinnen und Spieler etwa mit ‚Lootboxen‘ – Schatzkisten mit unbekanntem Inhalt – zum Weiterspielen oder bestrafen Spielunterbrechungen mit Punktabzügen.“ Auch Belohnungen für Nutzer, die täglich Bilder hochladen – wie die „Streaks“ bei Snapchat –, üben Druck aus, weiterzumachen. „Solche Mittel werden von den Anbietern durchaus bewusst eingesetzt, um die Spieler online zu halten“, kritisiert der Suchtexperte.



DZSKJ-Suchtexperte 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 im Kindes- und Jugendalter

Betroffen von Internetsucht sind etwa 3 bis 5 Prozent der Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren. „Der Anteil der Internetsüchtigen ist in dieser Altersklasse sehr viel größer als derjenige mit stoffgebundener Sucht“, betont Prof. Thomasius. „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. 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 männ-

lichen 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 unter anderem die Freude der Jugendlichen an Offlinetätigkeiten gestärkt werden. „Unsere Ärzte und Therapeuten 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 noch schöner ausstatten zu können, um die Jugendlichen für sportliche Aktivitäten zu begeistern und den Spaß am sozialen Miteinander zu wecken. ■



Ob längere Wartezeiten auf einen Arzttermin sich auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten auswirken, ist noch nicht erforscht

Ungleiche medizinische Versorgung

# Wer wartet wie lange?

Hat der ungelernete Arbeiter die gleichen Gesundheitschancen wie der Ingenieur?  
Erhält der Besserverdiener eine bessere Behandlung als ein Sozialhilfeempfänger?  
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. 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-Medizinsoziologen unterscheiden drei Ebenen der medizinischen Versorgung: Zugang, Inanspruchnahme und Qualität.

### **Relevant: Einkommen, Bildung, Versichertenstatus**

„Beim Zugang geht es um die Barrieren, die Menschen daran hindern, an die nötige Versorgung überhaupt heranzukommen“, erklärt Prof. Knesebeck. Müssen sie lange auf einen Facharzttermin warten? Führt Ärztemangel in der Provinz dazu, dass manche Leistungen nicht angeboten werden? „Unsere Studien deuten auf ausgeprägte Ungleichheiten hinsichtlich Einkommen, Bildung und Versichertenstatus hin“, erklärt der Experte. Wer privat versichert ist, bekommt schneller einen Facharzt 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 Fachärzte 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 Arzt-Patient-Interaktion gilt als bedeutsamer Faktor für die Versorgungsqualität. Gesprächsdauer, Empathie und die Rückversicherung, dass der Patient die Erklärungen des Arztes gut verstanden hat, seien wichtige Merkmale. „In der Ärzte-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 fast immer dort, wo auch 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

Vorsorge verbessert Entwicklungschancen

# Babylotsen leisten Starthilfe

**Das UKE ist externer Partner eines Projekts, das Familien in belastenden Lebensumständen unterstützt. Gesucht werden Wege, um Hilfe bestmöglich zu den Familien zu bringen.**

Die meisten Eltern wollen das Beste für ihr Kind, doch nicht immer gelingt dies. Das Programm „Babylotse“ der Stiftung SeeYou bietet Familien in schwierigen Lebensumständen seit 2007 Beratung und Vermittlung von Hilfen an, damit das Baby gute Entwicklungschancen erhält. In sieben Bundesländern sind Babylostes aktiv, allein in Hamburg an zehn Geburtskliniken. Hinzu kommt die ambulante Hilfe: Schwangere können bei ihrem Frauenarzt oder nach der Geburt im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen beim Kinderarzt Unterstützung durch Babylotsen erhalten. Auch die Ärzte und Medizinischen Fachangestellten profitieren: „Sie erfahren eine deutliche Entlastung in einem für sie ungewohnten Aufgabengebiet“, erklärt Priv.-Doz. Dr.

Silke Pawils, Leiterin der Forschungsgruppe Prävention am Institut für Medizinische Psychologie, die das Babylotsen-Projekt wissenschaftlich begleitet.

## Soziales Frühwarnsystem

Mit dem Folgeprojekt „Kid-Protekt“ wird das soziale Frühwarnsystem erweitert: Im Rahmen der Schwangerenvorsorge und bei den U-Untersuchungen soll eine psychosoziale Belastungsanamnese erstellt werden, um frühzeitig passgenaue Hilfe anbieten zu können. In einer begleitenden Studie untersucht Pawils mit ihrem Team, „wie es am besten gelingt, belastete Familien über Unterstützungsangebote zu informieren und zur Inanspruchnahme zu motivieren.“ Dabei werden die Effekte des Lotsenmodells mit einer auf Qualifizierung des Praxispersonals basierenden Variante verglichen und Empfehlungen für eine Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung erarbeitet. ■

## 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“, sagt Dr. Timo Nieder vom Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie. Er leitet das vom Innovationsfonds der Bundesregierung geförderte Projekt „i<sup>2</sup>Trans-Health“, 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 Ärztenetzwerk sowie eine Internet-Plattform aufgebaut. Ärzte werden für eine spezifische Behandlung transsexueller Menschen geschult. Für Betroffene ist das Portal frei zugänglich. Wer teilnehmen möchte, sucht einen Arzt des Netzwerks auf, nimmt am ITHCCH am Erstgespräch teil und wird randomisiert einer Interventions- oder einer Wartegruppe zugewiesen. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe können sich per Live-Chat mit Spezialisten austauschen und besuchen alle zwei Wochen eine Videosprechstunde. Die Wartegruppe nimmt nach vier Monaten ebenfalls an der Versorgung teil. Im Anschluss wird ermittelt, ob i<sup>2</sup>TransHealth dazu beiträgt, die Lebensqualität von trans Menschen zu verbessern. ■

[zurück zum Inhalt](#)

## Wie sich Wohnbedingungen auswirken Neue 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, 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 weitere urbane Forschungsprojekte ausgewertet werden, untersuchen Wissenschaftler 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 körperliche Verfassung, individuelle Lebensweise, Umweltfaktoren und Arbeitsbedingungen 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.“ ■





Patientenströme besser lenken

# Notaufnahmen in Not

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

Der Rücken tut weh, der Hals schmerzt: Doch statt zum Hausarzt 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 Patienten 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 Patienten in der Notaufnahme von drei Hamburger und zwei Schleswig-Holsteiner Kliniken nach ihren Beweggründen befragt. Keine Patienten, 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 vom Haus- oder Facharzt dabei. Die PiNo-Studie („Patienten in Notaufnahmen“) wurde 2017 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. „Niedrigdringliche Patienten sehen wir in der gan-

zen 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 Patienten mehr, die sich nach dem Frühstück auf den Weg zu uns machen.“ Die Behandlungswünsche seien vielfältig und reichen bis zur Impfprophylaxe für bevorstehende Fernreisen. „Beim Erstkontakt am Tresen fragen wir solche Patienten, ob sie schon beim Hausarzt waren oder in ihrem Fall nicht eine hausärztliche Versorgung vorzuziehen sei. Einige Patienten nehmen das an und gehen wieder, die Mehrheit bleibt.“

### Viele Patienten 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 Patienten 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.

Jetzt haben UKE und KV die Notfallversorgung neu organisiert: Zum 1. Oktober wurde eine Notfallpraxis in unmittelbarer Nähe der ZNA eingerichtet. Sie soll Patientenströme besser lenken: schwerwiegende Fälle in die stationäre Versorgung überführen, dringend therapiebedürftige vom Praxisarzt vor Ort behandeln lassen und minderschwere Fälle zum niedergelassenen Arzt vermitteln. „Die Praxis wird von der KV betrieben, die behandelnden Ärzte gehören zum UKE“, erläutert Prof. Scherer. Die Allgemeinmediziner verrichten schon seit 2012 tagsüber Dienst in der ZNA, jetzt wird abends und an den Wochenenden aus der Hausarztpraxis des UKE die Notfallpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung, die im Ernstfall alle Strukturen der ZNA nutzen kann. Für

## Behandlung nach Dringlichkeit

Im UKE wurden 2018 insgesamt 128 551 Patienten 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 Patientinnen und Patienten offensiv über dieses System informieren, gibt es deutlich weniger Beschwerden über lange Wartezeiten.“



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

*„Beim Erstkontakt am Tresen fragen wir bestimmte Patienten, ob sie schon beim Hausarzt waren oder in ihrem Fall nicht eine hausärztliche Versorgung vorzuziehen sei. Einige Patienten 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

ZNA-Leiter Mayer-Runge eine gute Lösung: „Damit sind wir Vorreiter bei der Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums; Kollegen aus ganz Deutschland fragen uns schon nach unseren Erfahrungen.“

Mehr Information, bessere Aufklärung, Eröffnung von Portalpraxen – Stellschrauben, mit denen sich das bundesweite Problem überfüllter Notaufnahmen nach Hoffnung aller Beteiligten in den Griff kriegen lässt. In Hamburg wollen die UKE-Wissenschaftler in einer Folgestudie jetzt untersuchen, ob die Maßnahmen greifen und sich die notfallbezogene Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessert. Erste Ergebnisse sollen Ende 2020 vorliegen. ■



Im Schockraum muss jeder Handgriff sitzen



Viele Einsen und Nullen: Priv.-Doz. 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 zum Arzt?

Manche Menschen gehen häufig und wegen Kleinigkeiten zum Arzt, 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 Priv.-Doz. 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 zum Arzt“, sagt der Statistikexperte, der im UKE eine Arbeitsgruppe zur Auswertung von Studiendaten leitet. Also habe er Faktoren beleuchtet, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen weniger häufig betrachtet werden – aber vielleicht eine große Rolle spielen: Neben klassischen Größen

## Überraschende Zusammenhänge

Die Expedition in die digitalen Archive der Republik fördert interessante Funde zutage: „Wenn Leute anfangen sich ehrenamtlich zu engagieren, gehen sie eher zum Facharzt“, 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 Personen, die

*„Das übergeordnete Ziel: den Menschen zu helfen, Gesundheitsleistungen auf eine vernünftige Art zu nutzen und unnötige Behandlungen zu vermeiden.“* Priv.-Doz. Dr. André Hajek, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

wie Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Art der Krankenversicherung auch psychologische Komponenten der Patientinnen und Patienten 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 Facharztbesuche so hoch ist wie bei uns.“

### Detailblick in Datenbanken

Um auch tatsächlich Zusammenhänge zwischen den verschiedenen – auf den ersten Blick vielleicht fernliegenden – Einflussfaktoren und der Bereitschaft zum Arztbesuch entdecken zu können, stöbern Hajek und sein Team in großen Datenbanken. Patienten selbst befragen sie nicht. „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.

glauben, dass Vieles von Zufall und Glück abhängt, gehen ebenfalls häufiger zum Arzt. Das hätten wir so zunächst nicht gedacht.“ Andere Ergebnisse sind weit weniger überraschend: Ein sehr wichtiger Faktor bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist die Persönlichkeitsstruktur: Der eine holt sich einfach schnell Hilfe bei Problemen, der andere doktert zunächst lieber selber rum. Vor allem ein Anstieg des Neurotizismusgrades (emotionale Labilität) kann die Zahl der Arztbesuche erhöhen.

### Personen über Jahre wiederholt befragen

Um dem Problem der Kausalität auf den Grund zu gehen, verwendet Dr. Hajek häufig komplexe sogenannte panelökonometrische Verfahren zur Analyse der Längsschnittstudien, in denen Personen über viele Jahre wiederholt befragt werden. So können viele mögliche Verzerrungen vermieden werden. Aber ein Problem von Beobachtungsstudien im Längsschnitt kann nicht ganz ausgeschlossen werden: Was ist Ursache, was Wirkung, was Huhn, was Ei? Menschen, die regelmäßig zum Hausarzt gehen, sind mit ihrem Leben zufriedener. Das belegen die Studien der Hamburger Gesundheitsforscher. „Es ist zu vermuten, dass es eine zirkuläre Kausalität gibt“, erklärt Dr. Hajek. Der Hausarztbesuch beeinflusse die Lebenszufriedenheit, die wiederum zum Hausarztbesuch motiviere. ■

Pflegewissenschaftlerin 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 Lydia Neubert das Vorgehen ihres Teams.

### Aufgabenverteilung ein wichtiges Kriterium

Ein wesentliches Ergebnis: Die Aufgabenverteilung hängt eng mit den Beziehungen innerhalb der Familie zusammen. Aufgaben werden entweder gleich, ungleich oder auch gar nicht geteilt. Beispielswei-

se 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.

Wie gut Job und Pflege dementer Angehöriger zusammenpassen, kann die UKE-Wissenschaftlerin noch nicht abschließend sagen. Bisher lasse sich erkennen, dass die Befragten mit der Vereinbarkeit kaum Schwierigkeiten haben. „Der Beruf wird teilweise sogar als willkommene Ablenkung erlebt.“ ■

Mehr als Juckreiz und Hautrötungen

## Psoriasis: Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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 Psoriasispatienten.“

### 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 Patienten mit Schuppenflechte ist sehr stark eingeschränkt“, so Prof. Augustin. 2007 entwickelte sein Team eine rechtlich bindende Leitlinie für die Versorgung von Psoriasis-Patienten. 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 Patienten 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, der ersten Untersuchung zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland, die im vergangenen Jahr abgeschlossen wurde. Das UKE hat in Zusammenarbeit mit Forschern aus Hannover und Köln Struktur, Ziele und Aktivitäten von Selbsthilfeorganisationen und -gruppen erforscht.

### Das Gefühl, nicht allein zu sein

„Selbsthilfe setzt dort an, wo professionelle Hilfe endet“, erklärt Dr. Christopher Kofahl, Institut für Medizinische Soziologie, der das SHILD-Projekt koordinierte. „Wenn Patienten entlassen werden, erhalten sie oft keine Informationen, wie sie im Alltag mit Wunden oder Verbänden umgehen sollen, wie sie mit Einschränkungen zurechtkommen, auf welche Hilfen sie Anspruch haben.“ Eine Selbsthilfegruppe könne diese Lücke füllen: Dort geben Schicksalsgenossen 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 Ärzte als bisher über Selbsthilfeangebote aufklärten. „Auch für Stationsärzte ist es entlastend, dem Patienten eine Empfehlung zu geben, wie es weitergehen kann.“ ■



Die VR-Brille im therapeutischen Einsatz: Lara Bücken (l.) und Franziska Miegel prüfen diese Option für Patienten 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 jetzt Wissenschaftlerinnen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

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

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 Franziska Miegel und Lara Bücker aus der Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie. „Doch viele Patienten haben Angst, sich dem gefürchteten Stimulus auszusetzen, und auch eine hohe Anzahl Therapeuten 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 Franziska Miegel. „Das Prinzip entspricht grundsätzlich der Exposition in physischer Realität“, erläutert die Wissenschaftlerin. Die Patienten 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 Patienten gelingen, die oft hohen Hürden zu nehmen, so Miegel.

### Studien: Patienten profitieren von VR

„Durch den Einsatz von VR-Brillen kann eine zeitsparendere, für Therapeuten und Patienten weniger aversive sowie niedrigschwellige Anwendung der Exposition gewährleistet werden“, erläutert Psychologin Lara Bücker. Eine Metaanalyse habe gezeigt, dass Patienten 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 Patienten mit Wasch- und/oder Kontrollzwang untersucht werden. Psychologin Bücker erwartet, „dass sich die Zwangssymptomatik bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe stärker reduziert.“ Da bisher noch keine Forschungsergebnisse über Expositionstherapien in VR bei Patienten mit Zwangsstörungen vorliegen, hoffen die beiden Wissenschaftlerinnen, mit ihrer Untersuchung eine Forschungs- und Versorgungslücke zu schließen. ■



Alle wollen älter werden – doch alt fühlen will sich niemand. Wie es sich länger gesund und selbstbestimmt leben lässt, zeigt die Langzeitkohorte LUCAS, die im Jahr 2000 startete. Ihr Kern ist das mehrfach ausgezeichnete und seit 2003 offiziell anerkannte Präventionsprogramm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“.

# Gesund alt werden

Frisch und ausgewogen: In speziellen Kursen im Albertinen-Haus hat Traute L. gelernt, sich vielseitig und proteinreich zu ernähren



Text: Nicole Sénégas-Wulf Fotos: Ronald Frommann

Eigentlich ist Traute L. körperlich immer fit gewesen. Bis sie auf einer Rolltreppe stürzt und sich eine böse Knieverletzung zuzieht. Wochenlang leidet die 82-Jährige unter Schmerzen und meidet jede Bewegung. Ein Teufelskreis, dessen Folgen eine spezielle sensorgestützte Ganganalyse im Albertinen-Haus aufdeckt: Traute L. leidet an einer Fehlbelastung des rechten Beins und Muskelatrophie. „Vielen älteren Menschen ergeht es ähnlich“, weiß UKE-Professor Dr. Ulrich Thiem, Chefarzt der Medizinisch-Geriatriischen Klinik im Albertinen-Haus. „Wenn Körper oder Geist nicht mehr wie gewohnt mitspielen, werden Aktivitäten schleichend eingestellt.“ Dabei gehört gerade die Bewegung neben ausgewogener Ernährung und sozialer Teilhabe zu den wesentlichen Bestandteilen des gesunden Älterwerdens, wie die Ergebnisse der Hamburger Langzeitkohorte LUCAS eindeutig zeigen.

### Selbstständigkeit erhalten

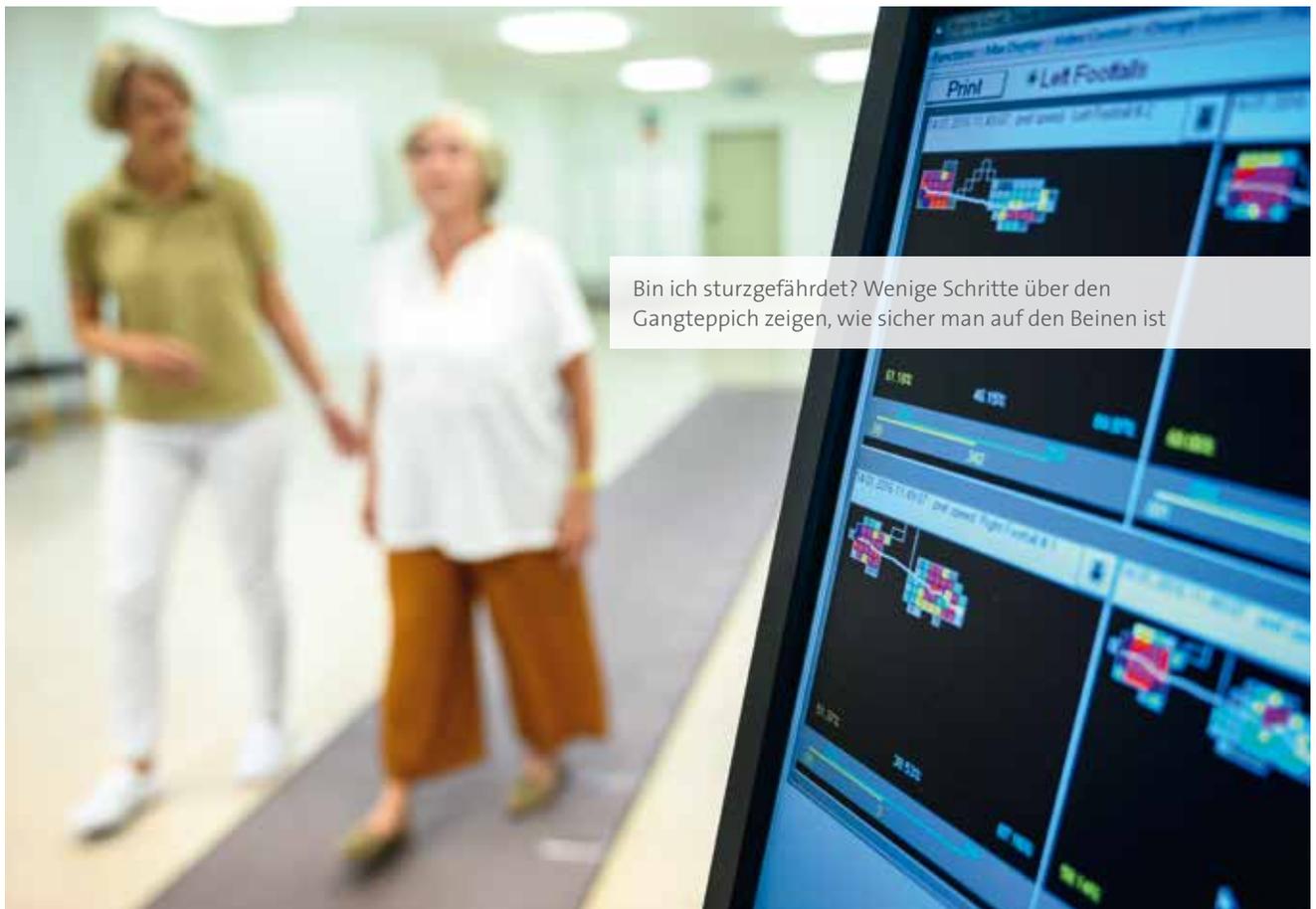
„Wovor sich unsere älteren Patienten am meisten fürchten, ist nicht etwa das Lebensende, sondern irgendwann in die Pflegebedürftigkeit zu rutschen“, sagt Prof. Thiem. Laut Bundesministerium für Ge-

sundheit steigt das Risiko dafür ab dem 80. Lebensjahr rapide an. „Daher ist es wichtig, diese Menschen vorher zu erreichen, um ihre Reserven durch gesundheitsfördernde Maßnahmen so auszubauen, dass ihre Selbstständigkeit möglichst lange erhalten bleibt“, erläutert Dr. Ulrike Dapp, Forschungs Koordinatorin im Albertinen-Haus.

Vor knapp 20 Jahren entwickelte ein geriatrisches Expertenteam der Forschungsabteilung im Albertinen-Haus das Konzept der „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter“. Die Idee dahinter? Eine dynamische Gesundheitsberatung für ältere Menschen als Alternative zur üblichen Einzelberatung im Hausbesuch. Das Herzstück des neuartigen Programms? Ein interdisziplinäres, vierköpfiges Team aus Geriater, Physiotherapeut, Ökotrophologe und Sozialpädagoge vermittelt theoretisches Wissen und praktische Tipps für einen gesunden Lebensstil. Anschließend erhalten die Senioren einen individuellen Fahrplan für die eigene aktive Gesundheitsförderung.

### Eigeninitiative zahlt sich aus

Ob der Einsatz für die eigene Gesundheit tatsächlich länger gesund hält, wollten die Forscher im Jahr 2000 über die LUCAS-Langzeitstudie überprüfen.





*„Wir wollten wissen, ob unser Programm Menschen auch auf lange Sicht dabei unterstützen kann, gesund alt zu werden und selbstständig zu bleiben.“*

Dr. Ulrike Dapp

Prof. Dr. Ulrich Thiem und Dr. Ulrike Dapp freuen sich über den Erfolg des Programms

Dafür rekrutierte das Albertinen-Haus in Zusammenarbeit mit 21 Hamburger Hausarztpraxen mehr als 3300 Senioren. Alle waren mindestens 60 Jahre alt und ohne bekannte dementielle Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit im Alltag. Die Art der Gesundheitsvorsorge war frei wählbar. Rund 62 Prozent der Studienteilnehmer entschieden sich für die Kleingruppenberatung „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ am Gesundheitszentrum, etwa 10 Prozent nahmen die Einzelberatung im präventiven Hausbesuch in Anspruch. 28 Prozent fühlten sich über ihre Hausarztpraxen ausreichend präventiv versorgt. Via Fragebogen wurden vorab die Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten der verschiedenen Gruppen sowie in Anspruch genommene Vorsorgeuntersuchungen festgehalten.

Dass sich Eigeninitiative lohnt, deuteten bereits die Ergebnisse der ersten LUCAS-Follow-ups 2001 und 2007 an. Dass sie am Ende sogar existenziell sein kann, zeigte sich im Langzeitverlauf. „Wir wollten wissen, ob unser Programm Menschen auch auf lange Sicht dabei unterstützen kann, gesund alt zu werden und selbstständig zu bleiben“, so Dr. Dapp. So erlebten die Programmteilnehmer „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ seit dem Jahr 2001 im Schnitt fast 90 Prozent ihrer Lebenszeit behinderungsfrei, 3,8 Prozent wurden pflegebedürftig. Unter den Nichtteilnehmern hingegen verbrachten durchschnittlich 81,2 Prozent ihrer Lebenszeit ohne

Behinderungen und 4,3 Prozent in Pflegebedürftigkeit. Die Sterberate hingegen lag in dieser Gruppe mit 14,5 Prozent fast doppelt so hoch. „Da die Ergebnisse die Faktoren Alter, Geschlecht, Bildung und Selbstwahl-Komponente berücksichtigen, können wir davon ausgehen, dass sich Prävention auszahlt“, so Dr. Dapp.

Heute wird das mehrfach prämierte Programm an verschiedenen Standorten in Deutschland angeboten und von den Krankenkassen gefördert. Beste Voraussetzungen also, damit Menschen die Chance erhalten, gesund zu altern. ■



Auch gezieltes Krafttraining unter Anleitung einer Physiotherapeutin gehört für Traute L. zum Programm

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 Dr. Christian-Alexander Behrendt, Arbeitsgruppenleiter im Herz- und Gefäßzentrum. 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-Patienten 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-Patienten 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 vom Arzt unabhängige, objektive Therapieempfehlungen zulassen“, erklärt Dr. Behrendt. Diese sogenannten selbstlernenden Risikoscores sollen Patienten künftig auch im privaten Umfeld nutzen können – durch mobile Apps, die ihr individuelles Risiko

*„Weniger als 60 Prozent der Patientinnen und Patienten mit einer PAVK erhalten die bestmögliche Behandlung.“*

Dr. Christian-Alexander Behrendt, Universitäres Herz- und Gefäßzentrum

### **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 (KV) 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

ermitteln 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 (u.a. Präventionsangebote, Kurse, Gesundheitscoaching) zusammensetzt. Der PAVK-TeGeCoach wird von verschiedenen Krankenkassen und Medizintechnik-Anbietern implementiert. ■



Werten unterschiedlichste Daten aus (v.l.): Prof. Dr. Antonia Zapf, Prof. Dr. Karl Wegscheider und Prof. Dr. Heiko Becher

Medizinische Biometrie und Epidemiologie

# Zahlen lesen können

**Eine umfassende Auswertung statistischer Daten liefern Expertinnen und Experten des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie. Sie sind für Versorgungsforscher 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 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 Arztpraxen, 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 aus Biometrie und Epidemiologie können mit ihrer Expertise dazu beitragen, valide Forschungsergebnisse zu erzielen.“ ■

Versorgung bei Multimorbidität

## Behandlungsstandards für ältere Patienten benötigt

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 Patientinnen und Patienten 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 Patientenvertretung wählten 25 Indikatoren aus, darunter ein Depressionsscreening, das Ermitteln von Patientenpräferenzen, 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 Patienten sowie 50 Ärzte an Studienzentren in Hamburg und Heidelberg befragt. ■

[zurück zum Inhalt](#)

Studienmodul soll Stigmatisierung entgegenwirken

## Unverstellter Blick auf psychisch Erkrankte

Menschen mit psychischen Erkrankungen begegnen der Medizin nicht nur in der Psychiatrie: Hausärzte sind oft die Ersten, die bei Veränderungen der Befindlichkeit auch psychische Aspekte bedenken müssen. Der Chirurg hat mit den Folgen von Selbstverletzungen zu tun, die Gynäkologin mit denen von Magersucht. Umgekehrt kann die psychiatrische Diagnose den Blick auf andere Erkrankungen verstellen. „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 Medizin-Studierende“ soll Vorurteilen entgegenwirken. Das Modul wurde in Kooperation mit dem Verein „Irre menschlich Hamburg“ entwickelt. Nach einer Erprobung im Rahmen des Wahlfachs ermöglichte eine Spende der Warburg Bank 2018 die Durchführung für einen ganzen Studienjahrgang, ein achttes Semester am Anfang des Blockpraktikums. Ziel war, sich mit der eigenen „Vorurteilsfähigkeit“ und den Folgen von Vorurteilen im Medizinbetrieb auseinanderzusetzen, durch die Begegnung mit Psychiatrie-Erfahrenen Ängste zu relativieren, 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. Ab dem Wintersemester 2019/20 gehört das ambitionierte Lehrprojekt zum regelhaften Studiengang. ■



# Brücken

Partner auf Augenhöhe:

Was erhofft sich ein Patient von seiner 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 „Patientenorientierung“ im Zentrum mehrerer Forschungsprojekte. Sie schaffen die Grundlagen für eine gleichberechtigte Partnerschaft zwischen Patienten und Ärzten.

bauen



Text: Arnd Petry Fotos: Axel Heimken

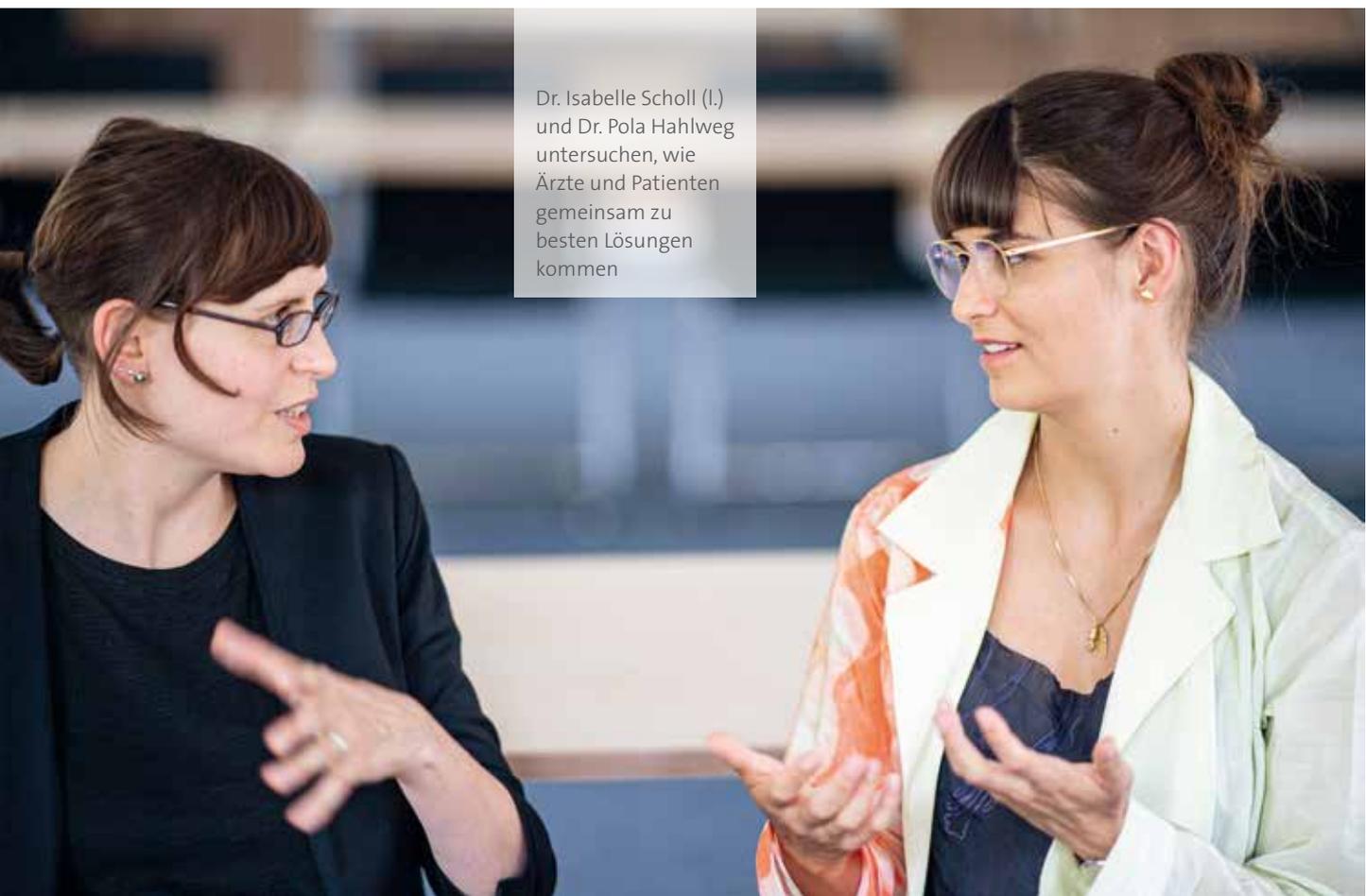
„Leider läuft es noch nicht immer so, wie es wünschenswert wäre. Viele Ärztinnen und Ärzte treffen Entscheidungen, ohne offen mit ihren Patientinnen und Patienten über Behandlungsalternativen zu sprechen. Und das, obwohl ihnen die Interessen ihrer Patienten eigentlich sehr wichtig sind“, sagt Psychologin Dr. Isabelle Scholl, die im Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie die Arbeitsgruppe „Patientenzentrierte Versorgung: Evaluation und Umsetzung“ leitet. Zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten, häufig wechselnde Behandler 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 Arzt und Patient 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:

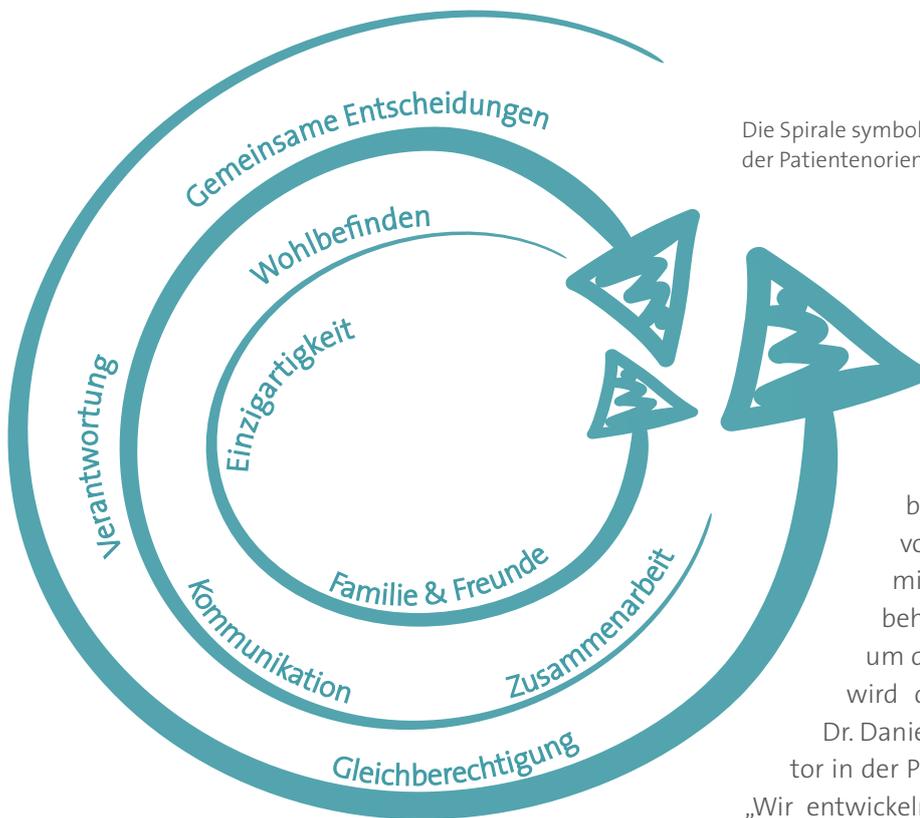
Die Medizin ist insgesamt komplexer geworden. „Patienten und Ärzte stehen vor einer Herausforderung: Es gibt verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und aus medizinischer Sicht ist nicht immer eindeutig, ob in einem konkreten Fall Behandlung A besser ist als Behandlung B“, erklärt Psychologin Dr. Pola Hahlweg, Institutskollegin von Isabelle Scholl.

### Schulung für Ärzte zur Entscheidungsfindung

Ein Element des von den beiden Psychologinnen geleiteten Interventionsprogramms sind Schulungen für Ärzte. Die Behandler sollen dabei lernen, durch bestimmte Gesprächstechniken für das Arzt-Patienten-Gespräch eine gemeinsame Entscheidung herbeizuführen. Der Entscheidungsfindungsprozess dieses Gesprächs besteht Pola Hahlweg zufolge aus drei Bausteinen: Dem einleitenden „Team-Talk“ – Wie wollen wir miteinander sprechen? – folgt der „Option-Talk“, bei dem Ärzte vor allem darauf achten sollten, die gesamte Palette der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten mitsamt den Chancen und Risiken zu benennen. „Wichtig dabei ist, den Patienten Raum für Rückfragen zu geben, Missverständnisse auszuräumen, nach Befürchtungen zu fragen und herauszufinden,



Dr. Isabelle Scholl (l.) und Dr. Pola Hahlweg untersuchen, wie Ärzte und Patienten gemeinsam zu besten Lösungen kommen



Die Spirale symbolisiert verschiedene Aspekte der Patientenorientierung

lichen Studien, die die Folgen einer bestimmten Therapie wertneutral darstellen.

Das mag noch vergleichsweise einfach sein, wenn man beispielsweise die Überlebenszeiten von Krebspatienten 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, Forschungs Koordinator in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik: „Wir entwickeln und untersuchen Verfahren, mit

was für diesen Patienten wichtig ist“, erklärt die Psychologin. Schließlich folge der „Decision-Talk“. Dabei werden zunächst die Präferenzen der Patienten bezüglich der Entscheidungsfindung erfragt, anschließend Vor- und Nachteile aller Behandlungsmöglichkeiten gemeinsam abgewogen, bevor die Entscheidung getroffen wird. Wie auch immer die Richtung der Behandlung bestimmt wird, die Grundlage solcher Entscheidungen sollten Fakten sein: objektive Erkenntnisse aus wissenschaft-



## Gemeinsam entscheiden

Wie entscheiden bei vielfältigen Therapiemöglichkeiten? Bei der Behandlung von Brustkrebs könne man beispielsweise nicht immer eindeutig sagen, ob eine brusterhaltende Operation mit anschließender Strahlentherapie oder eine Brustentfernung für die individuelle Patientin passender ist. „Wenn so eine Entscheidung ansteht, ist es wichtig herauszufinden, was der Patientin wichtig ist. Was ist sie für ein Typ? Welche Werte und Bedürfnisse hat sie? Was wünscht sie sich?“, sagt Dr. Pola Hahlweg.

Weitere Infos: [www.patient-als-partner.de](http://www.patient-als-partner.de)

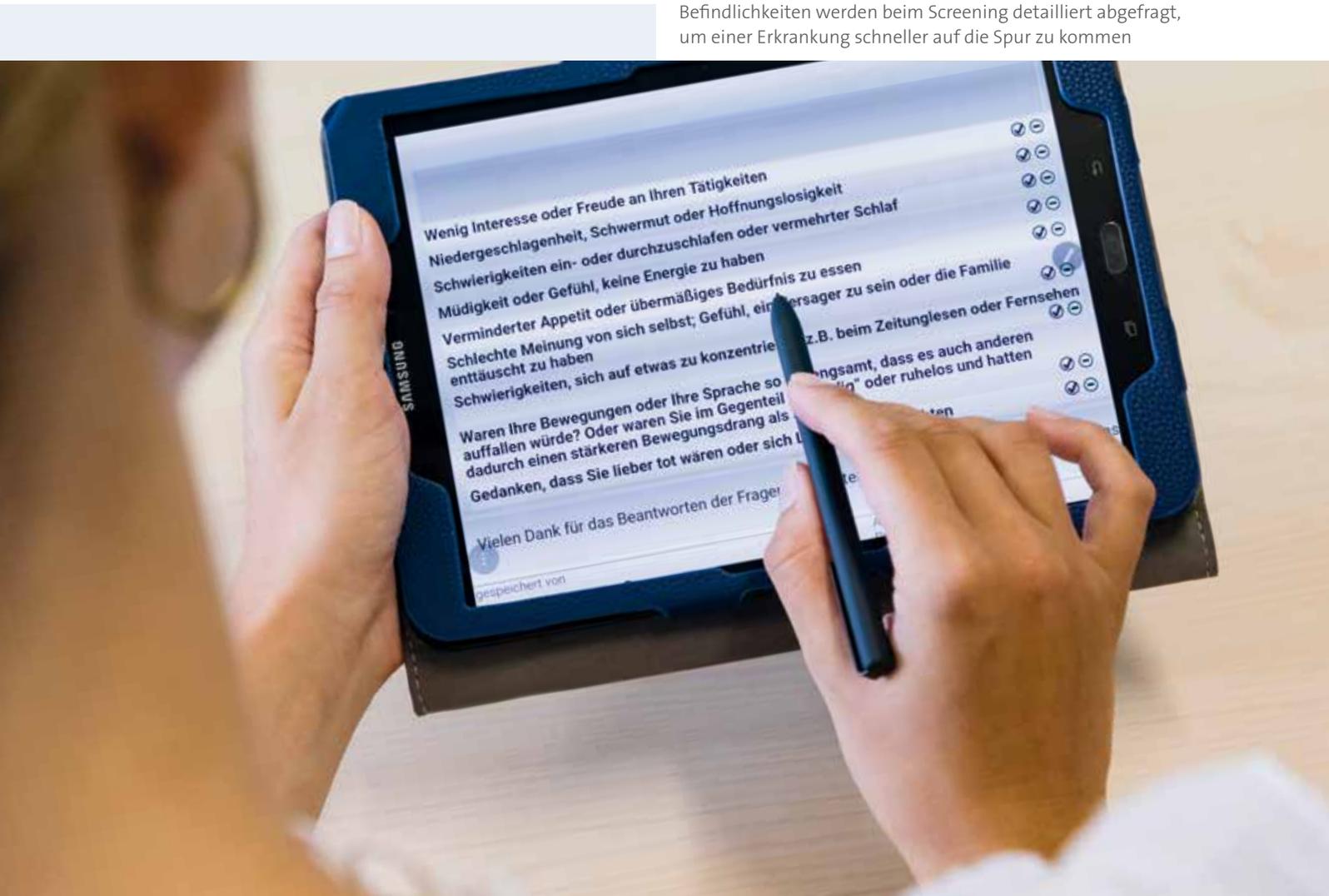
denen wir die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität messen können“, sagt er. Die einfache Frage „Wie geht es Ihnen?“ führe dabei nicht zum Ziel. „Man braucht Messinstrumente, die reproduzierbar sind und bei denen man genau weiß, was sie messen.“ Um die Lebensqualität abzubilden, gibt es Fragebögen, 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 den Zahnärzten und Patienten geben, damit sie diese dann bei ihrer Entscheidung berücksichtigen können.“ ■

Depressionen bleiben häufig unerkannt

# Fühlen Sie sich niedergeschlagen?

Um eine Depression heilen zu können, muss sie zuvor diagnostiziert werden. Doch in vielen Fällen bleibt diese weit verbreitete psychische Störung unerkannt. Ein in Hausarztpraxen eingesetzter Fragebogen soll dazu beitragen, Anzeichen depressiver Störungen früher festzustellen und so eine effektive Behandlung ermöglichen.

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



Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen, aktuell sind etwa fünf Millionen Menschen in Deutschland betroffen. Vielen von ihnen fällt es schwer, anhaltende Symptome wie gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit und Interessenverlust einer depressiven Störung zuzuschreiben. „Dies kann ein Grund dafür sein, dass Betroffene nicht rechtzeitig Hilfe suchen“, erläutert Prof. Dr. Bernd Löwe, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. „Auf diese Weise schreitet die Erkrankung unbemerkt fort.“

### Wissen über eigene Erkrankung kann helfen

Einen besonderen Stellenwert beim Erkennen von depressiven Störungen hat die hausärztliche Versorgung. Schätzungen gehen davon aus, dass jeder sechste Patient in einer Hausarztpraxis unter Depressionen leidet. Um die Versorgung depressiver Patientinnen und Patienten zu verbessern, führt Prof. Löwe gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen die multizentrische Studie GET.FEEDBACK.GP durch. Ziel dieser weltweit einmaligen Studie ist es, Betroffene aus hausärztlichen Praxen nicht nur schneller

das Ergebnis, in einem Drittel der Fälle erhält nur der Hausarzt eine schriftliche Ergebnismeldung und in einem Drittel der Fälle erhalten weder Hausarzt noch Betroffene eine Ergebnismeldung.

Die direkte Rückmeldung depressiver Symptome an Patienten soll zu einer Linderung der Depression führen. Diese Hypothese über die Wirkung der Rückmeldung basiert auf der vorangegangenen Studie mit Namen DEPSCREEN-INFO, die einen positiven Effekt einer Rückmeldung über depressive Beschwerden bei Patientinnen und Patienten mit Herzerkrankungen nachweisen konnte. „Nach sechs Monaten hatte sich die Depressivität der Patienten, die eine Rückmeldung erhalten hatten, im Gegensatz zu denjenigen, die keinen Hinweis auf ihre Erkrankung bekommen hatten, signifikant verbessert. Hierbei ist zu beachten, dass in jedem Fall der behandelnde Kardiologe auch eine Rückmeldung erhielt“, kommentiert Prof. Löwe das Ergebnis. „Wir konnten sehen, dass Patienten sich mehr über das Thema Depressionen informierten und wahrscheinlich dadurch als aktiver Partner die Depressionserkennung und -behandlung mitgestalteten.“

*„Patientinnen und Patienten, die von ihrer Erkrankung wissen und sich über Depressionen informieren, gestalten die Behandlung häufig aktiv mit.“*

Prof. Dr. Bernd Löwe, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

zu identifizieren, sondern Patienten durch direkte Rückmeldung zu einer möglichen depressiven Störung aktiv in die Diagnostik und mögliche Behandlung miteinzubeziehen. Der Ablauf der Studie ist so konzipiert, dass alle Patienten der teilnehmenden Hausarztpraxen mittels eines Fragebogens („Patient Health Questionnaire-9“) hinsichtlich möglicher depressiver Symptome befragt werden. Bei einem positiven Befund erhalten zufällig ein Drittel der Patienten und ihr Hausarzt eine Rückmeldung über

Um den positiven Effekt zu verstärken, wurden in der Entwicklungsphase von GET.FEEDBACK.GP Patienten mit depressiven Störungen eingeladen, um die Rückmeldung zu depressiven Beschwerden mitzugestalten. Diese Rückmeldung, die Wünsche und Präferenzen von Betroffenen berücksichtigt, wird jetzt in hausärztlichen Praxen im Raum Hamburg, München, Tübingen, Jena und Heidelberg getestet. Gefördert wird das Projekt durch den Innovationsfonds, erste Ergebnisse werden Ende 2021 erwartet. ■



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. Viele Kinder und Jugendliche leiden, oft ohne dass ihnen geholfen wird. Eine UKE-Studie sucht nach Gründen und Lösungen.**

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 an über 18.000 Familien regelmäßig die Gesundheit sowie die Barrieren bei der Inanspruchnahme fachspezifischer Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen.

## Viele Eltern sind verunsichert

Wo liegen die Hürden für eine fachspezifische Versorgung und wie kann man sie überwinden? „Einen entscheidenden Einfluss haben die Eltern, da sie häufig den ersten Kontakt zu Fachärzten und Therapeuten herstellen“, betont Forschungsleiterin Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer. Viele Eltern seien verunsichert: Ist mein Kind überhaupt krank und benötigt Hilfe? Wenn ja, wo finde ich diese? Die Studie zeigt: Eltern und Kinder benötigen eine bessere Aufklärung über psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und klare Informationen über Wege in die Versorgung. Auch die Angst vor Stigmatisierung hindert Eltern und Jugendliche häufig daran, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Daneben spielen aber auch die soziale Herkunft der Familien und die Größe des Wohnortes eine entscheidende Rolle bei der Inanspruchnahme der erforderlichen Versorgungsleistungen. ■

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 Forscherinnen wollen die Wirksamkeit der im Kurs angebotenen 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.

Erste Ergebnisse belegen Julia Quitmann zufolge bereits signifikante Verbesserungen der Lebensqualität der Kinder. Aber auch die Eltern profitieren: „Zeigen sie zu Beginn des Kurses noch deutlich niedrigere Lebensqualitätswerte als die Norm, haben sie ein Jahr später keinerlei Einschränkungen ihrer körperlichen und psychischen Lebensqualität mehr.“ ■

[zurück zum Inhalt](#)

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 Patientinnen und Patienten, aber auch für Eltern und Geschwister. „Wenn ein Kind an Leukämie oder einem Hirntumor erkrankt, ist für die gesamte Familie eine intensive psychosoziale Nachsorge erforderlich“, erklärt Prof. Dr. Corinna Bergelt, Leiterin der Forschungsgruppe Psychoonkologie, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. In Deutschland unterstützt die „Familienorientierte Rehabilitation“ mit einem vierwöchigen Klinikprogramm pädiatrische Krebspatienten sowie deren Angehörige, nach der Akutbehandlung in den Alltag zurückzufinden.

### Starke Ängste und Depressivität bei den Eltern

Zu Beginn der Reha weisen 70 Prozent der Eltern grenzwertige bis auffällige Angstwerte, 47 Prozent hohe Depressivitätswerte auf, ermittelte die Forschungsgruppe in einer Pilotstudie. Welche Effekte hat die Reha-Maßnahme? Hält die positive Wirkung an? Wird weitere Unterstützung benötigt und wenn ja, welche? Antworten soll die Langzeitstudie „Zurück zur Normalität“ von Prof. Bergelt und ihrem Team liefern. Es handelt sich um eine Bestandsaufnahme zur Wiedereingliederung und Reintegration in den Alltag von Patientinnen und Patienten mit Hirntumoren und Leukämien, aber auch von deren Eltern und Geschwistern, aus Eltern- und aus Kindersicht. Die Ergebnisse sollen helfen, spezifische Unterstützungsbedürfnisse von Familien nach dem Ende der Intensivbehandlung zu identifizieren und Unterstützungsangebote zu optimieren, die bei der Rückkehr in die Normalität helfen. ■



Dr. Mike Mösko (r.) dreht mit Atena Sazegar (l.), Christoph Breitsprecher und Nazanin Davoudi Videos für gute interkulturelle Kommunikation

UKE-Projekte zur besseren Verständigung

# Damit Gesundheit kein Fremdwort bleibt

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient 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 will für bessere Verständigung sorgen.

*„Etwa jeder zehnte Patient kann nicht ausreichend versorgt werden, weil Arzt und Patient keine gemeinsame Sprache finden.“*

Dr. Mike Mösko, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

„Migranten werden – neben alten Menschen und psychisch Kranken – in der Gesundheitsversorgung in Deutschland substanziell benachteiligt“, sagt 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 Patientinnen und Patienten nicht hinreichend gut Deutsch sprechen.“ Ins Englische zu wechseln, sei aber auch keine Lösung. „Viele Patienten sprechen kein Englisch, sondern ausschließlich Türkisch, Polnisch, Russisch, Arabisch oder Farsi“, so Mösko. Die Folge: Etwa jeder zehnte Patient kann nicht ausreichend versorgt werden, weil Arzt und Patient keine gemeinsame Sprache finden.

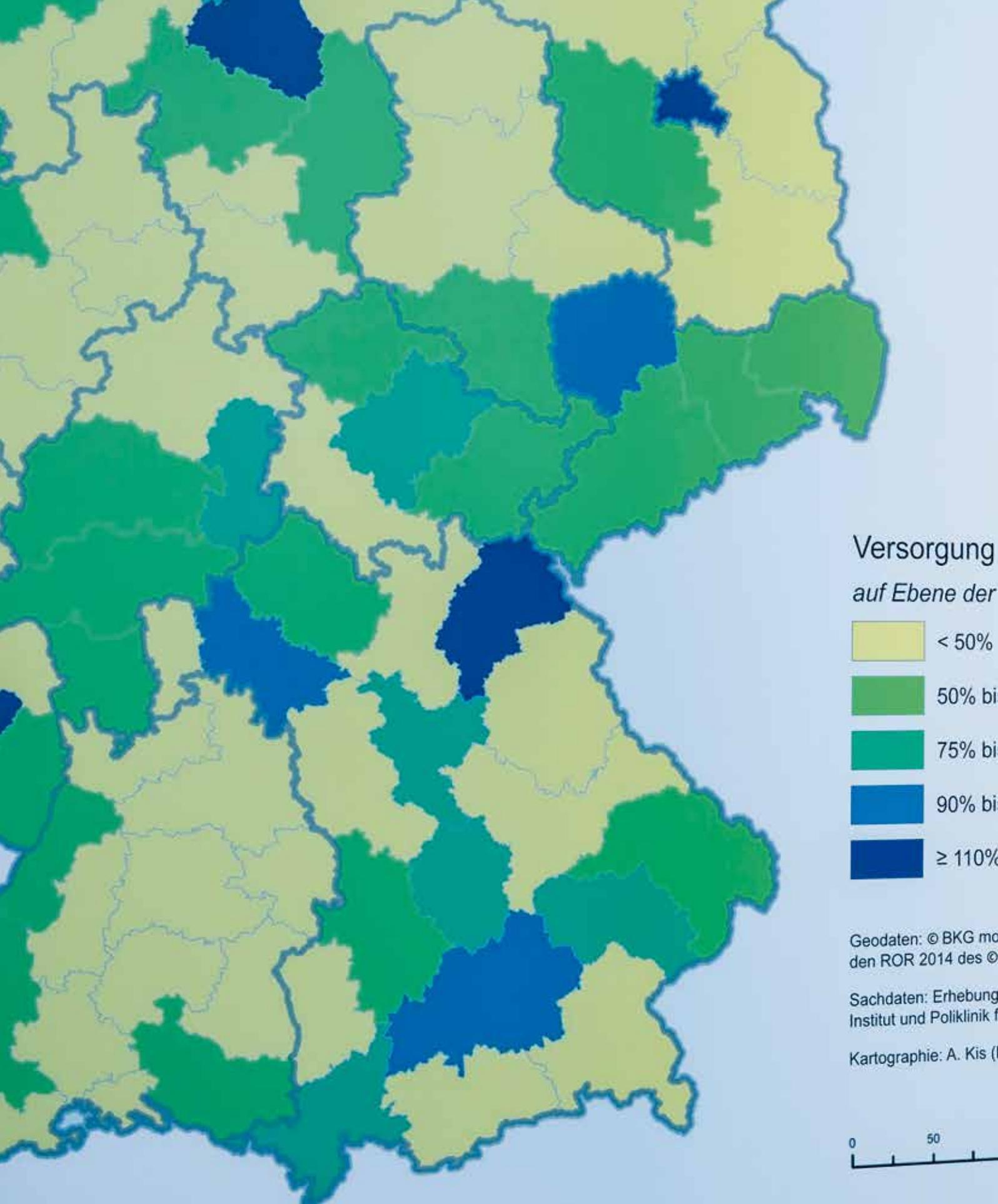
### **Leitlinien für die Ausbildung von Dolmetschern**

Was tun? Eine praktikable Lösung sei der Einsatz von Dolmetschern, 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 Sprachmittlern könne im Gesundheitssystem nicht abgerechnet werden. „Manche Kliniken setzen dennoch bei Bedarf Dolmetscher auf Honorarbasis ein“, erläutert Mösko. Diese haben in der Regel keine formale Qualifikation, weil es in Deutschland keine Ausbildung zum Dolmetscher gebe, so der Wissenschaftler. Im Rahmen eines von der EU finanzierten Projekts ist sein Team der Frage nachgegangen, wie Dolmetscher ausgebildet sein müssten, um im Gesundheitswesen arbeiten zu können. „Dabei haben wir Leitlinien und Qualitätsstandards entwickelt. Im kommenden Jahr werden wir eine solche Qualifizierung anbieten.“

Ein weiteres Vorhaben des engagierten Teams aus der Medizinischen Psychologie: Das Drehen von Internetvideos, die Ärzte, Patienten und auch Dolmetscher in typischen Gesprächssituationen zeigen. Die Clips sollen alle Beteiligten auf unterhaltsame Weise für mögliche Fettnäpfchen und Stolperfallen in der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation sensibilisieren. „Schon ein falsch verstandenes Wort kann gravierende Folgen für den Behandlungserfolg haben“, warnt Mike Mösko. „Etwa dann, wenn man ein Medikament NACH statt VOR dem Essen einnimmt.“

### **Erst dann zum Zahnarzt, wenn es wirklich weh tut**

Fehlende Sprachkenntnisse sind aber nur ein Grund, der die gute Versorgung von zugewanderten Patienten erschweren kann: Dr. Ghazal Aarabi aus der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik nennt diese typischen Hindernisse auch „kulturelle Risikofaktoren“. Das Inanspruchnahmeverhalten von Migranten sei „eher beschwerdeorientiert statt präventionsorientiert“, sagt die Oberärztin, deren Eltern einst aus dem Iran nach Deutschland kamen. „Sie gehen oft erst dann zum Arzt, 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 Migranten 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



**Krebspatienten leiden oft auch seelisch. Eine psychoonkologische Begleitung kann in dieser belastenden Lebensphase helfen. Doch die Betreuungsangebote sind ungleich verteilt; Städter sind deutlich im Vorteil, wie ein UKE-Gutachten zeigt.**

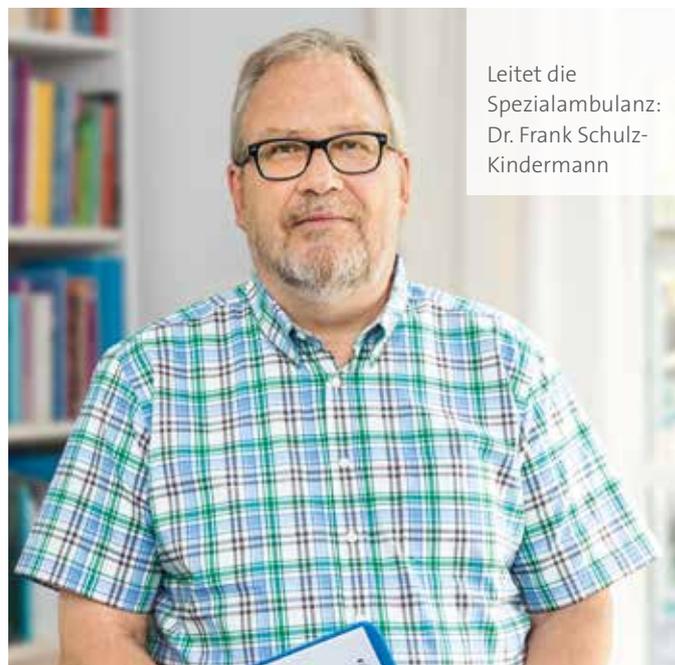
Text: Ingrid Kupczik Fotos: Axel Kirchhof

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 Krebspatienten 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 eine umfassende Analyse, die ein UKE-Expertenteam im Auftrag des Gesundheitsministeriums Anfang des Jahres veröffentlicht hat. „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 jeder Patient erhalte die Unterstützung, die 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 360 00 Angebote wurden vom Wissenschaftlerteam Michaela Dabs, Wiebke Frerichs und Leon Sautier identifiziert, rund 17 000 Einrichtungen und Anbieter (Krebsberatungsstellen, psychoonkologische Ambulanzen, Hospize, niedergelassene zertifizierte Psychoonkologen) kontaktiert und dabei die angebotenen Leistungen, deren Qualität, Kosten und personelle Kapazitäten erfasst.



Leitet die Spezialambulanz:  
Dr. Frank Schulz-Kindermann

### **Jeder zweite Krebspatient 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 Krebspatienten zwischen 18 und 75 Jahren beteiligt waren: Jeder zweite Betroffene fühlte sich durch die Krankheit psychisch belastet, jeder 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 Patienten, die mit

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 Behandlern noch Patienten groß“, sagt Psychologin Bleich. Das dürfte sich in naher Zukunft ändern. Um den Bedarf zu decken, sollten Behandler in ausreichender Zahl psychoonkologisch weitergebildet werden. Psychoonkologie könne Krebs nicht heilen, so Dr. Bleich, „aber das Leben mit der Erkrankung deutlich erleichtern.“ ■



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

fortgeschrittenem 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. Psychoonkologen fahren dann abwechselnd zu zwei oder drei Außenstellen. Ein guter Ansatz.“

### Spenden für Spezialambulanz

Pro Jahr suchen rund 1000 Patienten und Angehörige die Spezialambulanz für Psychoonkologie auf. Das Angebot umfasst Einzel-, Paar- und Familiengespräche, Entspannungstrainings, psychotherapeutische Gruppen, Musik- und Kunsttherapie. Der „Freundeskreis Psychoonkologie des UKE“ unterstützt die Arbeit der Ambulanz mit großem persönlichen Einsatz.

Weitere Infos: [www.uke.de/psychoonkologie](http://www.uke.de/psychoonkologie).



Patienten 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 Patienten, das eigene Denken zu reflektieren und typische Denkfallen selbst aufzuspüren. Seit letztem Jahr 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 gegrüßt. 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) an. Prof. Moritz: „Es geht darum, bei den Patientinnen und Patienten 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 Patienten für typische Denkfallen sensibilisiert werden. Das Training findet zweimal pro Woche in einer Gruppe von etwa zehn Teilnehmern statt. Alle Module und Übungen sind interaktiv, spielerisch und sehr praxisnah, sodass sich die Inhalte gut auf den Alltag übertragen lassen.

Es war die damalige 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 Patienten 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 Therapeuten, 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 eine Smartphone-App unter dem Titel „MKT& mehr“ mit einer Übung für jeden Tag ergänzt. „Die App ist ein kleiner Gedächtnisanstoß im Alltag, um das Erlernete 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>. ■**



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 wird jetzt ein Register aufgebaut, das Aufschluss über die Versorgung 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 Patienten?

„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 Patientenperspektive und Behandlungszufriedenheit bei IVOM-Therapien, so Wolfram. An der Augenklinik des UKE soll daher in Kürze ein Register über die Versorgung der Hamburger Bevölkerung mit intravitrealen Injektionen aufgebaut werden. Ziel ist es, die Inanspruchnahme und die Versorgungswege in der IVOM-Versorgung zu analysieren, bestehende Wissenslücken zu schließen und daraus relevante Informationen für Patientinnen und Patienten, Behandler und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen bereitzustellen. ■

„Prähabilitation“ für ältere Patienten

## Gezieltes Training macht fit für die Operation

Das Risiko von Komplikationen bei und nach einer Operation ist für ältere Patienten deutlich höher als für jüngere. Im Rahmen des Forschungsprojekts „PeriAge“ entwickelt die Arbeitsgruppe Gerontoanästhesie, Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin, praktikable Konzepte, um den postoperativen Verlauf bei Patienten ab 65 Jahre zu verbessern. Dazu gehört „Trailty“, ein einfaches Trainingsprogramm für zu Hause, bei dem sich altersgebrechliche Patienten fit für eine Operation machen. „Wir setzen auf Prähabilitation“, sagt Dr. Cynthia Olotu vom PeriAge-Forschungsteam. Wer vor der OP Ausdauer, Muskelkraft und Atemmuskulatur gezielt trainiere, komme schneller wieder auf die Beine. „Diese Patienten 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 Patienten, 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern evaluiert. ■

[zurück zum Inhalt](#)

Langzeiteinnahme gefährdet Gesundheit

## Viele ältere Frauen abhängig von Schlafmitteln

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

### Ärztliche Schulung und Selbsttest für Patienten

Außerdem wurde eine ärztliche Schulung zur Risikokommunikation auf Basis der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) beim Verschreiben dieser Medikamente entwickelt. „Das Training wurde durch die Ärzte positiv bewertet und lieferte wichtige Hinweise im Hinblick auf Versorgungslücken – beispielsweise zur Überforderung im Umgang mit älteren Patienten oder über fehlendes Wissen zu pharmakologischen Alternativen“, erläutert Medizinspsychologin Prof. Dr. Dr. Martin Härter. Schließlich wurden Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen für die Risikokommunikation mit Patienten entwickelt und evaluiert. Im Rahmen eines ab Herbst 2019 laufenden zweijährigen Folgeprojektes, das erneut vom BMG gefördert wird, werden die Informationen zielgruppenspezifisch weiterentwickelt. Diese und einen neu entwickelten Selbsttest zur Gefährdung wird es kostenlos unter [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de) und [www.psychenet.de](http://www.psychenet.de) geben. ■

Medizinische Versorgung im sozialen Brennpunkt

# Gesundheit aus dem Kiosk

Billstedt und Horn gehören zu den sozial benachteiligten Stadtteilen Hamburgs. Das spiegelt sich auch in der Gesundheit und medizinischen Versorgung ihrer 110 000 Bewohner wider. Der „Gesundheitskiosk“ soll die Situation verbessern.

Am Billstedter Markt haben sich bereits weit mehr als 5000 Besucher beraten lassen – der Gesundheitskiosk kommt an!



Eingerahmt von Gemüseladen und Handyshop, bietet der Gesundheitskiosk am Billstedter Markt ein bundesweit einmaliges Programm: Ein mehrsprachiges Team aus Gesundheits- und Pflegefachkräften berät und unterstützt die Besucher bei Themen wie Gewichtsreduzierung, Raucherentwöhnung, dem besseren Umgang mit chronischen Krankheiten. Da etwa jeder zweite Stadtteilbewohner einen Migrationshintergrund hat, wird die Beratung bei Bedarf auf Englisch, Türkisch, Russisch, Polnisch, Portugiesisch oder Farsi geführt. „Unser Angebot kommt sehr gut an“, sagt Leiterin Andrea Husmann. Seit der Gründung im Herbst 2017 ließen sich bereits rund 5400 Besucher beraten.

Auch die Kurse sind stets schnell ausgebucht: Herz- und Diabetes-Sport, Rücken-fit, Yoga XL für Übergewichtige und vieles mehr. Die Teilnahme ist kosten-

Der Kiosk, der aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, ist Herzstück eines umfassenden Netzwerkprojekts, das vom „Ärztetzetz Billstedt-Horn“, einem Zusammenschluss niedergelassener Ärzte, von Krankenkassen und weiteren Partnern aus der Region, aufgebaut wird.

### Nur halb so viele Ärzte wie in der City

Das Hamburg Center for Health Economics der Uni Hamburg evaluiert das Projekt wissenschaftlich, das UKE ist mit dem Institut für Allgemeinmedizin beteiligt: Dr. Thomas Zimmermann berät die Pflegefachkräfte und führt regelmäßig Supervisionen durch. Und die Onkolotsin des Universitären Krebszentrums, die Krebspatientinnen und -patienten sowie deren Angehörige betreut, bietet ihre Unterstützung auch im Gesundheitskiosk an.

*„Da etwa jeder zweite Stadtteilbewohner einen Migrationshintergrund hat, wird die Beratung bei Bedarf auf Englisch, Türkisch, Russisch, Polnisch, Portugiesisch oder Farsi geführt.“* Andrea Husmann, Leiterin des Gesundheitskiosks

los, muss zum Teil aber ärztlich verordnet sein. Dr. Jens Stadtmüller, Kardiologe in Billstedt, begleitet im Wechsel mit einem Kollegen die Herz- und Diabetes-Sportgruppen und wacht darüber, dass sich niemand überfordert. Bewegungsmangel sei ein großes Problem, sagt er.

### Wider den Bewegungsmangel

Bozena Kowalowski, die vor 30 Jahren aus Stettin nach Hamburg kam, hat vor einiger Zeit einen Bypass erhalten. „Ich will fitter werden“, betont die 65-Jährige, der das Training sichtlich Spaß macht. Der 70-jährige Michael Rak nimmt nach dem zweiten Infarkt nun auf Empfehlung des Hausarztes an dem Kurs teil und ist überzeugt: „Jede Bewegung tut mir gut.“

Der Anteil an Arbeitslosen, Empfängern von Grundversicherung, Bewohnern mit niedrigen Bildungsabschlüssen ist in Billstedt und Horn höher als im Hamburger Durchschnitt, die Lebenserwartung zehn Jahre kürzer, die ärztliche Versorgungsdichte deutlich geringer: auf 1000 Menschen kommen 1,25 Ärzte – nicht einmal halb so viele wie im Schnitt der Hansestadt. „In einer Praxis mit vielen Patienten hat der Arzt nur wenig Zeit, um die Gesundheitsziele zu besprechen, etwa abzunehmen oder das Rauchen aufzugeben“, erläutert Psychologe Zimmermann. Die notwendigen Veränderungen aber seien schwierig und meist nur langsam umzusetzen. „Der Kiosk setzt an dieser Stelle an“, betont Leiterin Andrea Husmann. Das Gesundheitsziel werde ausführlich erörtert und in viele kleine Schritte zerlegt. „So kann man es schaffen.“ ■



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, 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 Teilnehmer in einer Schreibtherapie mit Unterstützung geschulter Fachkräfte Schreibaufgaben ausführen. 1000 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 der betrieblichen Gestaltung von Arbeitsbedingungen erhalten Beschäftigte und betriebliche Akteure in speziellen Beratungsstellen. Priv.-Doz. Dr. Stefanie Mache vom Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin des UKE untersucht mit ihrer Arbeitsgruppe Nutzen und Wirkung einer kostenlosen Beratungsstelle für Beschäftigte und Betriebsvertreter.

### 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, 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, Unternehmensvertreter suchten häufig Informationen zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungsfaktoren. ■

[zurück zum Inhalt](#)

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 des CVcare hatten in den vergangenen Jahren Behandlungsdaten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ausgewertet. Die Forscher wollten wissen, wie gut neue, direkt gegen das Hepatitis-C-Virus gerichtete Medikamente für die Behandlung von im Gesundheitswesen Beschäftigten geeignet sind. Ergebnis: Die Mehrzahl der Therapien verlief ohne Nebenwirkungen. Und: Eine früh einsetzende Therapie der Infektion ist sinnvoll.

### Nadelstichverletzungen oft erst nach Prozedur

Wie eine Analyse von Unfällen durch die Hamburger Arbeitsmediziner 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. ■



Organisieren maßgeblich die Versorgungsforschung im UKE (v.l.): Prof. Dr. Martin Scherer, Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Prof. Dr. Dr. Martin Härter und Koordinator Daniel Bremer

Versorgungsforschung ein Schwerpunkt im UKE

# Forschen für eine bessere Zukunft

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Deutschland zu verbessern – das haben sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des UKE auf die Fahnen geschrieben. Im Forschungsschwerpunkt Versorgungsforschung spielt die Gesundheitsversorgung 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 Gesundheits-

versorgung beteiligt sind. Das CHCR bietet darüber hinaus Informationsveranstaltungen sowie wissenschaftliche Lehre und Beratung zu Forschungsmethoden an. Von besonderer Bedeutung ist die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

In Kooperation mit dem CHCR befasst sich das 2011 gegründete Hamburg Center for Health Economics

*„Günstige Bedingungen für die Versorgungsforschung sind in Hamburg in einem Maße vorhanden wie an kaum einem anderen Standort in Deutschland.“* Die UKE-Koordinatoren für Versorgungsforschung

versorgung, der Behandlungsprozesse und der Behandlungsergebnisse. 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 Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen? Wie viele Patienten nehmen die Notfallversorgung angemessen in Anspruch? Wie lang ist die Wartezeit auf Facharzttermine bei Patienten 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 im UKE**

Seit mehr als zehn Jahren hat das UKE 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 200 Versorgungsforschern besteht. Die Aufgaben liegen in der Initiierung von Verbundprojekten und in der Förderung der nationalen und internationalen Zusammenarbeit aller Akteure, die an der Gesundheits-

(HCHE), ein gemeinsames Forschungszentrum von UKE und Universität, mit gesundheitsökonomischen Evaluationen. Dabei hat es einen versorgungswissenschaftlichen Schwerpunkt.

Darüber hinaus wurde 2017 das BMBF-geförderte 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 37 Forschungsinstitutionen, Gesundheitsversorger, Krankenkassen, Patientenorganisationen, 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 patientenorientierter Forschungsprojekte in der Hamburger Region.

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



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 einem Jahr die Gesundheitsakademie UKE – sie vermittelt Wissen aus erster Hand in leicht verständlicher Form.

Experten wie Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch präsentieren den Besuchern der Gesundheitsakademie aktuelle Behandlungsmethoden





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, kos-

„80 Prozent der Patienten sehen in den Hausärzten und 37,1 Prozent in den Fachärzten die wichtigste Informationsquelle – die muss dann auch wirklich sprudeln! Doch bedenklich ist, dass fast die Hälfte der Patienten nicht versteht, was ihnen die Ärztinnen und Ärzte sagen. Das kann so nicht bleiben!“

*„Bedenklich ist, dass fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten nicht versteht, was ihnen die Ärztinnen und Ärzte sagen. Das kann so nicht bleiben!“* Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Dekan der Medizinischen Fakultät und UKE-Vorstand

ten Geld und können (soziale) Ungleichheiten noch verstärken. „Das UKE ist Maximalversorger und Anbieter von Spitzenmedizin; es ist die Ausbildungsstätte für zukünftige Medizinerinnen und Mediziner und es ist eine exzellente Forschungsstätte für die Medizin von morgen. Damit ist viel Wissen über Gesundheit und Prävention verbunden, das wissenschaftlich abgesichert ist. Dieses Wissen bieten wir mit der Gesundheitsakademie UKE den Bürgerinnen und Bürgern der Metropolregion Hamburg in leicht verständlicher Form und Sprache an“, erläutert Prof. Dr. Dr. Koch-Gromus, Dekan der Medizinischen Fakultät und Mitglied des UKE-Vorstands. Er initiierte dieses auf zunächst drei Jahre begrenzte Pilotprojekt, dessen Wirksamkeit evaluiert wird.

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

Mehr als 3000 Hamburgerinnen und Hamburger kamen zur ersten Staffel der Gesundheitsakademie. Die meisten von ihnen verließen die Veranstaltung auch persönlich bereichert. Das ist eines der erfreulichen Ergebnisse der ersten Auswertung. Dazu trugen entscheidend die Vorträge der Expertinnen und Experten des UKE bei, die Wissen aus erster Hand vermittelten. In Zeiten, in denen massenhaft Informationen auf die Menschen einströmen, sorgten die Vortragenden für Klarheit – was hilft und was eben nicht.

Nicht minder wichtig war den Besucherinnen und Besuchern der anschließende „Markt der Gesundheit“. 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 Dozentenanleitung zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Stressmanagement, Patientenverfügung oder auch Wiederbelebung gestaltet. Auch Partner wie AOK, Deutsche Rentenversicherung, KISS und Kassenärztliche Vereinigung Hamburg informierten vielfältig. Mehr Informationen und aktuelle Termine unter [www.gesundheitsakademie-uke.de](http://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 Freunde und Förderer nicht ermöglichen. Deshalb bitten wir auch Sie: Unterstützen Sie die Arbeit des UKE und helfen Sie mit Ihrer Spende, damit wir in Zukunft noch besser für Ihre Gesund-

heit forschen können. Wir beraten Sie gern unverbindlich zu Möglichkeiten, das UKE zu fördern und nachhaltig zu unterstützen – ob mit einer regelmäßigen Geldspende, mit der Gründung einer Stiftung, mit einer Zustiftung oder bei testamentarischen Überlegungen.

## So können Sie uns unterstützen

### Geldspende

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

### Stiften oder zustiften

Mit einer Stiftung können Sie die Arbeit des UKE in Ihrem Sinne nachhaltig fördern. Sie können auch eine bestehende Stiftung stärken, indem Sie Kapital zustiften.

### Testamentsspende

Wenn Sie über Ihr Leben hinaus Zukunft mitgestalten wollen, so können Sie das UKE auch in Ihrem Testament bedenken. Ihren Nachlass setzen wir in Ihrem Sinne und in Ihrem Namen für Projekte ein, die Ihnen am Herzen liegen.

**Alle Informationen zu Spendenmöglichkeiten zugunsten des UKE und unsere Kontoverbindung finden Sie unter [www.uke.de/spenden](http://www.uke.de/spenden).**



Das Fundraising-Team des UKE (v.l.):  
Dr. Rainer Süßenguth, Sabine Metzger, Gabriele Holst

Tel. 040 7410-58384, Fax 040 7410-57386, E-Mail [spenden@uke.de](mailto:spenden@uke.de)

### Firmensponsoring

Mit einer Sponsoringpartnerschaft helfen Sie uns, einen ausgewählten Bereich zu stärken und auszubauen. Und Ihr Unternehmen profitiert von der starken Marke UKE.

### Spendenaktion starten

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

## Impressum

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

**Verantwortlich:** Friederike Schulz, Leitung Geschäftsbereich Unternehmenskommunikation

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

**Titelfoto:** Axel Kirchhof **Fotos:** Ronald Frommann, Axel Heimken, Axel Kirchhof **Lektorat:** Monica Estévez, Berit Sörensen

**Konzeption:** Sina Hofmann, Katrin Zacharias-Langhans **Gestaltung:** Ulrike Hemme **Druck:** Lehmann Offsetdruck GmbH, Norderstedt; **Auflage:** 7000 Exemplare; **Stand:** 9.10.2019

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

**Hinweis:** Der auf den Seiten 48/49 veröffentlichte Artikel „Nachdenken über das eigene Denken“ weicht von der Printausgabe ab. Bei der vorliegenden Fassung handelt es sich um den autorisierten Beitrag.

