Zuwendungsempfänger: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Herr Prof. Dr. Dr. Martin Härter

Martinistraße 52, 20246, Hamburg

Förderkennzeichen: 01GY1912

Vorhabenbezeichnung: Hamburger Kooperationsnetzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET)

Laufzeit des Vorhabens: 01.02.2020 – 31.12.2023

Hamburg, 28. Juni 2024

Inhaltsverzeichnis

1 Kurze Darstellung 5

1.1 Aufgabenstellung 5

1.2 Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde 7

1.3 Planung und Ablauf des Vorhabens 9

1.4 Wissenschaftlicher und technischer Stand, an den angeknüpft wurde 19

1.5 Zusammenarbeit mit anderen Stellen 25

2 Eingehende Darstellung 28

2.1 Verwendung der Zuwendung und des erzielten Ergebnisses im Einzelnen, mit Gegenüberstellung der vorgegebenen Ziele 28

2.2 Wichtigsten Positionen des zahlenmäßigen Nachweises 54

2.3 Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit 54

2.4 Voraussichtlichen Nutzens, insbesondere der Verwertbarkeit des Ergebnisses i. S. des fortgeschriebenen Verwertungsplans 55

2.5 Während der Durchführung des Vorhabens dem ZE bekannt gewordenen Fortschritts auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen 58

2.6 Erfolgte oder geplanten Veröffentlichungen des Ergebnisses nach Nr. 6. 59

3 Referenzen 67

4 Anhang 70

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2 Die HAM-NET-Symposien der 1. und 2. Förderperiode 11

Abbildung 2 wissen+forschen, Research Report 2021 20

Abbildung 3 Institutionen und Akteure im Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (Stand März 2024)21

Abbildung 4 Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität¶ des CSC-Modells verglichen mit TAU für unterschiedliche Schwellenwerte für die maximale Zahlungsbereitschaft pro zusätzlichem QALY während des 24-monatigen Beobachtungszeitraumes 37

Abbildung 5 Gemeinsame Bildsprache HAM-NET und CHCR & PH 56

Abbildung 6 Ergebnisse der primären Endpunktanalyse, dargestellt als beobachtete und adjustierte Mittelwertsdifferenz mit 95% KI unter Verwendung der ITT-Stichprobe mit Patient:innen für welche Daten für mindestens eine der Folgemessungen nach Baseline vorlagen. 70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1 Gegenüberstellung der Ziele und Ergebnisse des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung* 28

Tabelle 2-2 Baseline-Charakteristika der beiden Studiengruppen. 30

Tabelle 2-3 Ergebnisse der Analysen der primären und sekundären Endpunkte als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten. 33

Tabelle 2-4 Ergebnisse der binären sekundären Endpunktanalyse als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten. 34

Tabelle 2-5 Adjustierte¶ Unterschiede zwischen der CSC- und TAU-Gruppe in den Mittelwerten der Kosten (nach Kostenkategorie) und Gesundheitseffektmaße während des 24-monatigen Beobachtungszeitraumes 35

Tabelle 2-6 Empfehlungen und erhaltene Behandlungen 3 und 6 Monate nach Baseline 38

Tabelle 2-7 Gegenüberstellung der Ziele und Ergebnisse von I-COMET 44

Tabelle 2-8 Gegenüberstellung der vorgegebenen Ziele und erzielten Ergebnisse von HAM-EmCare 47

Tabelle 2-9: Gegenüberstellung der Projektziele und der erzielten Ergebnisse 53

Tabelle 4-1 Sensitivitätsanalyse: Primäre Endpunktanalyse mit Imputation von follow-up-Variablen des SF-36, MCS (LOCF) als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten 71

Tabelle 4-2 Sensitivitätsanalyse: Primäre Endpunktanalyse mit Imputation von follow-up Variablen des SF-36, MCS (Multiple Imputation) als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten. 72

Tabelle 4-3 Post-hoc Analyse: Erweiterte primäre Endpunktanalyse nach korrigiert für Baselinevariablen mit Ungleichgewichten zwischen den Gruppen (Kovariaten-Adjustierung) als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten. 73

Tabelle 4-4 Post-hoc Analyse: Erweiterte primäre Endpunktanalyse nach korrigiert für Baselinevariablen mit Ungleichgewichten zwischen den Gruppen (Kovariaten-Adjustierung) als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten. 74

1 Kurze Darstellung

1.1 Aufgabenstellung

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

Das Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET) hatte in der zweiten Förderphase das Ziel, die Netzwerkstrukturen aus der ersten Förderphase zu festigen, Kooperationen zu verstetigen und nachhaltige, neue Partnerschaften zu finden. Dazu wurde auf bestehenden Strukturen aufgebaut und neue Strukturen integriert. Hier ging es vor allem um die Differenzierung der verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung (primär, sekundär und tertiär), die Patientenzentrierung in der Region durch geeignete Projekte zu stärken sowie Versorgungsforscher:innen in der Metropolregion Hamburg eine innovative und nachhaltige Plattform zur Verfügung zu stellen.

Die Ziele und Aufgabenbereiche lauteten daher:

- Erweiterung des Netzwerkes durch neue Mitglieder, z.B. Apotheken, Mitglieder aus den Therapiewissenschaften.
- Sicherstellung einer regelhaften Kommunikation und Austausch zwischen den HAM-NET-Mitgliedern durch Einsetzung verschiedener Austauschelemente, wie Advisory Board, Webseite, Ausrichtung wissenschaftlicher Symposien, Newsletter und ähnliches. Zusätzlich wurde in der 2. Förderphase ein Erfahrenenbeirat gegründet und deren Mitglieder in die HAM-NET-Projekte integriert.
- Eine systematische Verbindung zwischen Stakeholdern, Versorgungsdienstleistern und Vertreter:innen von Behörden und assoziierten Institutionen herzustellen.
- Identifikation von Forschungsaktivitäten, die insbesondere den Fokus auf die Implementierung in die Regelversorgung verfolgen.
- Steigerung der Methodenkompetenz in der Versorgungsforschung bei Nachwuchswissenschaftlerinnen durch die gezielte Unterstützung von Nachwuchswissenschaftler:innen (youngCHCR & PH), Mentoring-Programmen, Nachwuchstage und –preise sowie Reisestipendien für Kongressbesuche und Stipendien für den Besuch der DNVF-Spring-School.

Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen

Das Projekt Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen (I-COMET) ist die Weiterführung des COMET-Projektes, das im Rahmen der zweiten Förderphase von Februar 2020

bis Dezember 2023 durchgeführt wurde. Neben der wissenschaftlichen Untersuchung der langfristigen Wirksamkeit von gestuften und koordinierten Versorgungsmodellen (engl. *collaborative and stepped* (CSC)) und der Behandlungspfade wurde eine detaillierte Implementierungsanalyse durchgeführt. In Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung von Patient:innen mit psychischen Erkrankungen beteiligten Akteur:innen wurden förderliche und hinderliche Faktoren für die Implementierung dieses vielversprechenden Versorgungsansatzes identifiziert und Implementierungsempfehlungen zu integrierten und gestuften Versorgungsmodellen erarbeitet. Es wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

- Ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patient:innen in der COMET-Gruppe signifikant verbessert im Vergleich zu Patient:innen in der Regelversorgungsgruppe nach 24 Monaten?
- Unterscheiden sich die Kosten- und die Kosteneffektivität zwischen Patient:innen der COMET und der Regelversorgungsgruppe nach 24 Monaten?
- Bestehen Unterschiede in der Umsetzung leitliniengerechter Behandlungsempfehlungen zwischen der COMET-Gruppe und der Regelversorgung nach 24 Monaten?
- Wie bewerten Behandelnde den Einsatz des eDiagnostic-Tools?
- Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren für eine Implementierung von gestuften und kooperativen Versorgungsmodellen (CSC) in die Regelversorgung können identifiziert werden?
- Welche Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von CSC können für Deutschland getroffen werden?

<u>Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung</u>

Die beiden zentralen Ziele des Projektvorhabens HAM-EmCare (Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung) waren die Erfassung des Wissens und der Inanspruchnahme von Notfallversorgung der Allgemeinbevölkerung in Hamburg mittels quantitativer Befragung sowie die Entwicklung und Planung von Maßnahmen zur Steigerung der Notfallkompetenz mittels qualitativer Verfahren (Fokusgruppen). Die Forschungsfragen lauteten im Einzelnen:

- Welches Wissen, welche Überzeugungen und welches intendierte Inanspruchnahmeverhalten zeigen Befragte in Bezug auf die Notfallversorgung in Hamburg? (Bevölkerungsbefragung)
- Wie variieren Wissen, Einstellungen und Inanspruchnahme in Abhängigkeit der Merkmale von Fallvignetten? (Bevölkerungsbefragung)
- Wie variieren Wissen, Einstellungen und Inanspruchnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen der Befragten? (Bevölkerungsbefragung)

- Welche praktischen Konsequenzen im Hinblick auf Interventionen zur Verbesserung der Notfallkompetenz können aus den Studienergebnissen abgeleitet werden? (Fokusgruppen)

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM)

Das Projekt OHL-HAM (Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg) verfolgte vier Ziele. Dies waren (1) die Entwicklung eines Kriterienkataloges zur Bestimmung der Gesundheitskompetenz von Organisationen, (2) die Erfassung des aktuellen Standes der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz (OGK) in der Region Hamburg, (3) die Maßnahmenentwicklung und -implementierung zur Förderung der OGK und deren Evaluation und (4) die Bewertung der Maßnahmen und des Kriterienkataloges durch Nutzer:innen (z. B. Patient:innen oder Kund:innen). Dazu hatte das Projekt vier Fragestellungen zum Gegenstand:

- Welche Kriterien aus bestehenden Instrumenten und Handreichungen zur Messung von OGK sind im Kontext verschiedener Gesundheitsorganisationen in der Hamburger Region anwendbar?
- Wie ist der aktuelle Stand der OGK für Gesundheitsorganisationen in der Hamburger Region?
- Wie können spezifische Empfehlungen aus den angenommenen OGK-Kriterien abgeleitet werden und wie können diese Kriterien den Gesundheitsorganisationen helfen, ihre OGK zu entwickeln und zu verbessern?
- Wie bewerten Patient:innen und Klient:innen die Maßnahmen zur Verbesserung der OGK?

1.2 Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

Das HAM-NET konnte auf den Strukturen der ersten Förderphasen aufbauen. Diese wurden genutzt, um das Netzwerk in der Metropolregion Hamburg weiter zu etablieren und neue Impulse für die Durchführung von bedarfs- und patientenorientierten Versorgungsforschungsprojekte zu setzen. Durch die erste Förderphase wurde bereits ein stabiles Netz aufgebaut, welches in der zweiten Förderphase konsolidiert und durch weitere Mitglieder ergänzt worden ist. In HAM-NET bestehen enge Kooperationen zur Gesundheits- und Sozialpolitik in der Metropolregion Hamburg und den assoziierten Institutionen. Auch bestehen intensive Kooperationen mit weiteren Forschungseinrichtungen, wie z.B. der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) und dem Competence Center Gesundheit (CCG) oder dem Unternehmen Optimedis. Zur Erreichung der, auch in der zweiten Förderperiode immanenten wissenschaftlichen Arbeitsziele, wissenschaftlicher Austausch sowie Stärkung der Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis, wurden verschiedene Stakeholder der Primär-, Sekun-

där- und Tertiärversorgung im Netzwerk integriert. Eingebettet in das HAM-NET wurden die drei Projekte „Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen (I-COMET)“, Notfallversorgung in Hamburg - Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung (HAM-EmCare) sowie Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM) initiiert, entwickelt und durchgeführt. Das Netzwerk war somit richtungsweisend für diese drei Projekte und bildete die Basis für die Durchführung und mögliche Implementierung der Ergebnisse.

Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen

Vor dem Hintergrund der hohen 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung und hohen Komorbidität zwischen den Störungsbildern wurde ein komplexes Versorgungsmodell entwickelt und evaluiert, dass zum Ziel hatte, Patient:innen mit komorbiden Störungsbildern evidenz- und leitlinienbasiert zu versorgen (1, 2). Für die Überwindung der bekannten Defizite in ihrer Versorgung (z.B. Zugang zur Behandlung, intersektorale Barrieren, Wartezeiten für Behandlungen bei Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen, Mangel an psychoedukativen Maßnahmen) (3) ist ein Versorgungsmodell wie COMET mit evidenzbasierten Interventionen für eine Vielzahl psychischer Störungen von großer Bedeutung. Vorhandene Ressourcen der Behandelnden sollten dabei effizient eingesetzt und sektorenübergreifende Barrieren abgebaut werden, um die Versorgung der Patient:innen zeitnah, nachhaltig und kosteneffektiv zu verbessern. Das I-COMET Projekt konnte im Rahmen der bereits laufenden cluster-randomisiert kontrollierten Studie COMET eingebettet werden (1), indem die Studienteilnehmenden nach 24 Monaten nach Baseline, in Hinblick auf die Langzeiteffektivität, erneut befragt wurden.

Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung

Ausgehend vom HAM-NET Symposium 2018 mit dem Fokus auf die Notfallversorgung und den damit verbundenen Fragen zur Versorgungsforschung wurden erste Überlegungen für ein regionales Projekt aufgenommen. Der bisherige Forschungsstand, bestehende Forschungsbedarfe und der aktuelle Diskurs zu versorgungspolitischen Reformen der Notfallversorgung wurden dort präsentiert und bildeten die Grundlage für die inhaltliche Ausrichtung des Forschungsprojekts. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten von 2018 zudem den Bedarf gezielter Veränderungen in der Notfallversorgung betont (4). Fragen zu Schwächen, Struktur und Reform der Notfallversorgung waren während der gesamten Projektlaufzeit Gegenstand politischer, wissenschaftlicher und öffentlicher Diskussionen und boten zahlreiche Anknüpfungspunkte (5-7).

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

Im Rahmen der ersten Förderphase sind verschiedene Kooperationen entstanden, unter anderem auch die Einbindung in das Gremium Hamburger „Landeskonferenz Versorgung“ (LKV). Hier beraten Vertreter:innen verschiedener Bereiche der Gesundheitsversorgung über aktuelle Hamburger Themen. Ziel ist es, sektorenübergreifende Problemfelder zu definieren und gemeinsame Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung auszusprechen. Ein wichtiges Thema der LKV war die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Hamburg. In diesem Kontext wurde die Notwendigkeit gesehen, Konzepte der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz stärker zu berücksichtigen und eine wissenschaftliche Evaluierung dieser Konzepte im praktischen Alltag durchzuführen. Dieses Vorhaben wurde mit den Vertreter:innen des UKE in der LKV abgestimmt und es wurden erste Ideen dafür entwickelt.

1.3 Planung und Ablauf des Vorhabens

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

In der 36-monatigen Förderperiode wurden sechs Arbeitspakete mit insgesamt acht Meilensteinen entwickelt. Die Meilensteine bildeten die Aktivitäten des Netzwerkes ab. Die Organe des HAM-NET, d.h. die Mitgliederversammlung und das Advisory Board, kamen jährlich zusammen, zunächst unter dem Einfluss der COVID-19-Pandemie als Videokonferenz und dann als Präsenztreffen. Das Advisory Board tagte nicht im dritten Projektjahr, sondern kam Ende 2023 zusammen, um abschließend alle Ergebnisse zu diskutieren (**AP 1**). Das zweite Arbeitspaket (**AP 2**) beinhaltete die Durchführung der drei Forschungsprojekte (HAM-EMCare, I-COMET, OHL-HAM) sowie das systematische Ausschreibungsscreening für Ausschreibungen der Versorgungsforschung und Public Health und für Preise in diesem Bereich. In der zweiten Förderperiode kam den Ausschreibungen des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine größere Bedeutung für die Versorgungsforschenden zu, sodass Veranstaltungen zu dieser speziellen Ausschreibungsform mit dem Ziel durchgeführt worden, zum einen Kliniker:innen mit Forscher:innen zu vernetzen und zum anderen die speziellen Formate der Ausschreibungen durch beteiligte Organe am UKE und Forscher:innen besser auszutauschen. Ein weiteres Augenmerk lag auf Ausschreibungen der DFG. Hier war das Ziel, die Antragsquote von DFG-Anträgen bei Versorgungsforscher:innen im UKE zu erhöhen.

Verschiedenste Veranstaltungsformate (**AP 3**) wurden im Rahmen der zweiten Förderperiode durchgeführt, um den Austausch zwischen Forschung und Praxis zu erhöhen. Dazu gehörte

- das jährlich stattfindende **HAM-NET-Symposium** (während der COVID-19-Pandemie online) mit der Preisverleihung **des HAM-NET-Awards** für die drei besten Posterpräsentationen;

- die wissenschaftliche Seminar**reihe zur Versorgungsforschung**, in der Projekte aus der Versorgungsforschung der Metropolregion Hamburg vorgestellt wurden sowie
- weitere Veranstaltungen im Rahmen der Nachwuchsförderung (**siehe AP 4**).

Aufgrund der COVID-19-Pandemie konnten die geplanten Hospitationsbesuche von Wissenschaftler:innen und Praktiker:innen zu Beginn nicht durchgeführt werden und wurden dann auch im Projektverlauf aufgrund von veränderten Arbeitsstrukturen nicht wieder aufgenommen. Auch wenn die COVID-19-Pandemie einen Austausch vor Ort nicht zugelassen hatte, so konnte die Förderzusage für ein Auslandssemester eingehalten werden und eine Nachwuchswissenschaftler:in konnte zumindest in Teilen am Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Universität Oslo einen Forschungsaufenthalt absolvieren.

Die Nachwuchsförderung (**AP 4**) hat eine Schlüsselfunktion in der zweiten Förderperiode von HAM-NET eingenommen. Es wurde ein **wissenschaftliches Kolloquium zur Förderung der Methodenkompetenz** von Versorgungsforscher:innen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie (IMBE) des UKE und externen Expert:innen entwickelt. Die Studieninhalte wurden auch mit der Dachgraduiertenschule des UKE (Academy of Biomedical and Health Sciences) abgestimmt, sodass für die Teilnahme Credit Points (CP) verliehen werden konnten.

In der zweiten Förderphase konnte auf die Öffentlichkeitsarbeit **(AP 5)** der ersten Förderphase aufgebaut werden. Dazu gehörten regelmäßige Informationsmailings, insbesondere zu Förderbekanntmachungen, regionale und überregionale Veranstaltungen oder relevante Veröffentlichungen. Der zusätzlich zweimal jährlich erscheinende Newsletter, der komprimiert über Neuigkeiten aus der Versorgungsforschung informiert, bietet die Möglichkeit für die Mitglieder, niedrigschwellig über neue Projekte, Publikationen oder Entwicklungen zu berichten.

Am Ende der Projektlaufzeit wurde der Übergang in die Verstetigungsphase vorbereitet. Dazu wurde der Schwerpunkt der Arbeit auf die gemeinsame Darstellung vom Center for Health Care Research & Public Health (CHCR & PH) und dem HAM-NET gelegt und eine Bildsprache entwickelt, die sowohl die Merkmale vom CHCR & PH als auch vom HAM-NET aufgreift (Abbildung 6). Diese wurde auch auf der neu entwickelten Homepage integriert und in alle relevanten Dokumente übertragen, sodass mit Übergang zur Verstetigung das Zusammenspiel von beiden Institutionen den Hamburger Akteuren für Versorgungsforschung und Public Health deutlich erkennbar wurde.

Symposien und weitere Veranstaltungen:

In der zweiten Förderperiode wurden insgesamt drei HAM-NET-Symposien (2021, 2022, 2023) ausgerichtet. Damit konnten insgesamt sieben HAM-NET-Symposien (Symposium 2017 aus Eigenmitteln) ausgerichtet werden (siehe Abbildung 2). Die Symposien haben sich zu einem zentralen Austauschort der Akteure und Institutionen

der Hamburger Versorgungsforschung entwickelt. Mit jeweils bis zu 120 Teilnehmer:innen wurden die gesetzten Schwerpunkte und Themen sehr gut angenommen. Während im Jahr 2021 aufgrund der COVID-19-Pandemie das 5. HAM-NET-Symposium noch als reine Digitalkonferenz durchgeführt werden musste, konnten die darauffolgenden Symposien als Präsenzveranstaltungen im UKE durchgeführt werden. Bei den HAM-NET-Symposien wurden die jährlichen HAM-NET-Awards für die drei besten Posterpräsentationen verliehen. Damit wurden nicht nur Forschungsarbeiten aus dem UKE prämiert, sondern auch Projekte, die von anderen Forschungsinstitutionen, z.B. der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration durchgeführt (im Folgenden mit Sozialbehörde bezeichnet) wurden. Die weitere Durchführung des HAM-NET-Symposiums nach der BMBF-Förderung ab 2024 ist fester Bestandteil der Verstetigungszusage seitens des UKE, daher sind weitere Symposien bereits in Planung.

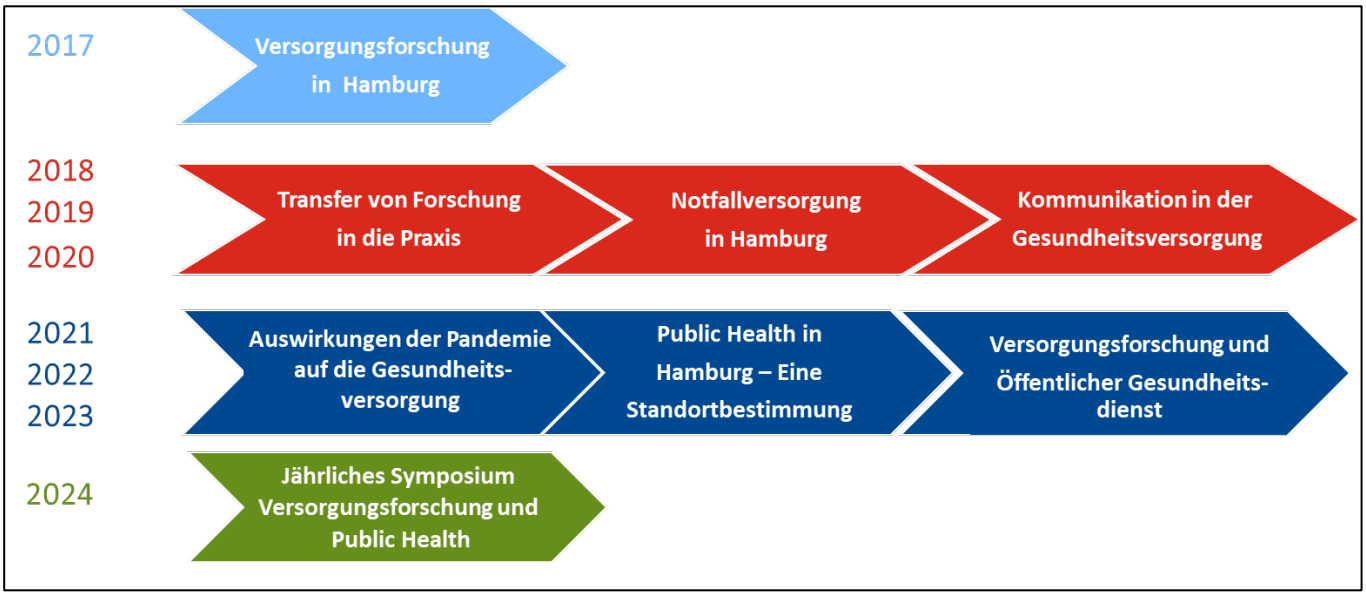

Abbildung 1 Die HAM-NET-Symposien der 1. und 2. Förderperiode

Regionale, nationale und internationale Vernetzung:

Neben den HAM-NET-Symposien war HAM-NET noch bei weiteren Veranstaltungen beteiligt:

- 5. Hamburger Symposium zur regionalen Gesundheitsversorgung; 17. November 2021
- ÖGD-FORTE: „Versorgungs-und Public-Health-Forschung im öffentlichen Gesundheitsdienst“ am 29. März 2023, Hamburg, online

Das Netzwerk hat sich zudem auf dem **Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)** in jedem Förderjahr mit einem Ausstellungsstand präsentiert. Auf dem 21. DKVF („Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis und Potentiale“) in Potsdam 2022 hat das HAM-NET ein **wissenschaftliches Symposium** mit dem Titel

„Vernetzung in der Versorgungsforschung – Was haben die fünf regionalen Netzwerke der BMBF-Strukturförderung zur Versorgungsforschung erreicht“ ausgerichtet. Dort haben sich die fünf geförderten BMBF-Netzwerke vorgestellt und ihre Ziele sowie Zwischenergebnisse erläutert. Ebenfalls wurde beim 10. DNVF-Forum Versorgungsforschung am 10. Mai 2023 ein **Vortrag** mit dem Titel „Stand und Wirkung der regionalen BMBF-Netzwerke zur Versorgungsforschung“ von Prof. Martin Härter, Sprecher von HAM-NET, gehalten. Aus den gemeinsamen Veranstaltungen mit den anderen geförderten Netzwerken ist eine rege und kollegiale Kooperation entstanden. Die jeweiligen Abschlussveranstaltungen der anderen Netzwerke wurden von der Koordinatorin besucht. Eine weitere wissenschaftliche Zusammenarbeit in der Zukunft wird angestrebt.

Nachwuchsförderung:

Zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses wurden verschiedene Formate entwickelt. Drei davon haben zentral dazu beigetragen, dass im UKE, aber auch in der Hamburger Metropolregion, Wissenschaftler:innen Expertise in der Versorgungsforschung erlangt haben. Das **wissenschaftliche Kolloquium zur Förderung der Methodenkompetenz** wurden in Zusammenarbeit mit dem IMBE, UKE durchgeführt. Der Aufbau der Methodenreihe sah vor, dass zuerst ein theoretischer Input gegeben wurde und in einem darauffolgenden Termin mit einem Werkstattcharakter konkrete Fragestellungen bearbeitet werden konnten. Dazu mussten kurze Abstracts verfasst werden, die durch die Koordination bei Bedarf aufgearbeitet und dann an die Referent:innen weitergeleitet worden sind. Die Themen der Methodenreihen lauteten: „Studienplanung“ (Designs, Endpunkte, Fallzahlplanung u.v.m.) und „Epidemiologische Methoden“. PhD-Studierende erhielten bei einer ausreichenden Teilnahme an Veranstaltungen Credit Points für das PhD-Programm für Nicht-Mediziner:innen am UKE. Ein weiterer Meilenstein in der Nachwuchsförderung war die Möglichkeit, Nachwuchswissenschaftler:innen durch die Verleihung von (Reise)-Stipendien die Teilnahme an nationalen und internationalen Kongressen zu ermöglichen. Durch die anfänglichen Beschränkungen der Reisemöglichkeiten durch COVID-19 wurden Kongresse vielfach online mit reduzierten Teilnahmegebühren durchgeführt, sodass im Rahmen des Projektes mehr Personen eine Teilnahme ermöglicht werden konnte als anfänglich geplant. Ebenso wurde in Form von Reisestipendien die Teilnahme an der Spring-School des DNVF ermöglicht. Durch diesen Ansatz konnten nicht nur wertvolle theoretische Anregungen gewonnen werden, sondern auch der Beitritt zum DNVF als überregionales Netzwerk der Versorgungsforschung realisiert werden.

Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen

Der I-COMET Arbeitsplan umfasste fünf übergeordnete Arbeitspakete (AP), die chronologisch bearbeitet wurden:

AP 1a Evaluation der langfristigen Wirksamkeit und der Kosteneffektivität von COMET im Vergleich zur Routineversorgung in einem 24-Monats Follow-Up.

- Prospektive, cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie. Die Patient:innengewinnung erfolgte über Hausärzt:innenpraxen (Randomisierung auf Praxisebene). Einschlusskriterium war das Vorliegen einer depressiven, Angst-, somatoformen und/oder alkoholbezogenen Störung. Die Datenerhebung umfasste einen tabletbasierten Screening- und Diagnoseprozess sowie telefonische Patient:inneninterviews zu Baseline, nach 3, 6, 12 und 24 Monaten. Die Langzeiteffektivität sowie die Kosten-Effektivitätsanalyse basierten auf dem Intention-to-treat-Ansatz, wobei fehlende Werte u.a. mit multipler Imputation unter der Annahme „missing at random“ ersetzt wurden.
  - Wirksamkeitsevaluation:
    - Primäres Outcome: Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen mit der Skala für psychische Gesundheit (MCS) des SF-36 zwischen Baseline und 24 Monaten nach Studieneinschluss.
    - Sekundäre Outcomes: störungsspezifische Symptombelastung durch depressive, Angst-, somatoforme und alkoholbezogene Symptome (PHQ-9; GAD-7; PHQ-15; PHQ-Panik; SSD-12, AUDIT), Lebensqualität bzgl. der physischen Gesundheit (SF-36, PCS), Zufriedenheit mit der Behandlung (ZAPA) sowie
    - Störungsspezifisches Ansprechen (Response) und Remission
  - Kosteneffektivitätsanalyse: Um die Wirtschaftlichkeit von COMET nach 24 Monaten abzuschätzen, wurde im Rahmen einer Kosten-Effektivitätsanalyse anhand von qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs) basierend auf dem EQ-5D-5L-Index und den gemessenen Kosten die inkrementellen Kosten-Effektivitätsrelation (IKER) berechnet. Zusätzlich wurde durch Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven (KEAK), die mit Hilfe des Net-Benefit-Ansatzes konstruiert wurden, die statistische Unsicherheit der IKER abgebildet. Die KEAK geben die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität in Abhängigkeit von der Zahlungsbereitschaft für ein zusätzliches QALY an (8). Die der KEAK zu Grunde gelegten Net-Benefit-Regressionen wurden für Geschlecht, Alter, beruflicher Stellung, Hauptdiagnose, Anzahl der Komorbiditäten, Studieneinschluss vor oder nach Beginn der COVID-19-Pandemie, sowie den Ausgangswerten der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Kosten zu Baseline kontrolliert.

- Berechnung der direkten und indirekten Kosten aus gesellschaftlicher Perspektive auf Basis der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, reduzierter Produktivität am Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeitstagen.
- Bestimmung der Gesundheitseffekte auf Grundlage von QALYs basierend auf dem EQ-5D-5L.
- Berechnung der IKER sowie Konstruktion von KEAK.

AP 1b Analyse der Behandlungspfade

- Es wurden zusätzliche Items entwickelt, die in die telefonische Befragung der Patient:innen nach 12 Monaten (T3) integriert wurden. Die Patient:innen wurden nach 3 (T1) und 6 (T2) Monaten befragt, welche Behandlung sie erhalten haben und diese mit den empfohlenen COMET-Behandlungspfaden aufgrund ihrer Hauptdiagnose zu Baseline verglichen.

AP 1c Evaluation des eDiagnostik-Tools

- Basierend auf standardisierten Instrumenten wurden einzelne Items durch das Projektteam entwickelt, die in die quantitative Befragung der Behandler:innen (AP3) integriert wurden. Es folgte eine deskriptive Auswertung der Zustimmungsraten sowie Kategorisierung der offenen Items bzgl. der Akzeptanz und Zufriedenheit der Behandler:innen mit dem eDiagnostik-Tool.

AP 2 Systematische Übersichtsarbeit

- Ziel war es, Determinanten bzw. förderliche und hinderliche Faktoren für die erfolgreiche Implementierung einer gestuften und kooperativen Versorgungsmodellen für psychische Störungen in der Primärversorgung zu identifizieren.
- Aufgrund der Forschungsfrage war eine qualitative Evidenzsynthese anhand der TICD-Checkliste „Tailored Implementation for Chronic Diseases“ vorgesehen (9). Die sieben Domänen der TICD-Checklist (Leitlinienfaktoren, Behandler:innenfaltoren, Patient:innenfaktoren, interprofessionelle Zusammenarbeit, Anreize und Ressourcen, Potentiale zur organisationalen Veränderungen sowie gesellschaftliche, politische und rechtliche Faktoren) und die 57 Determinanten wurden nach der Datensättigung an die Forschungsfrage angepasst werden, sofern notwendig.
- Vorläufige Ergebnisse der Literaturübersichtsarbeit finden sich in 2.1

AP 3 Quantitative Befragung der COMET-Teilnehmenden

- Um die allgemeine Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung erfassen zu können, wurde zum Erhebungszeitraum nach 12 (T3) und 24 Monaten (T4) der Fragebogen zur Patient:innenzufriedenheit (ZUF-8) sowie Items zur Beurteilung der patient:innenseitigen Wahrnehmung der Zusammenarbeit im COMET-Netzwerk integriert.
- Die postalische quantitative Befragung aller Behandelnden inkludierte neben den Hausärzt:innen der Interventions- und Kontrollgruppe (AP1c) auch Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen (Teilnehmende und Abbrecher:innen). Der Fragebogen enthielt Fragen zum Umgang mit psychischen Störungen in der Praxis, zur Teilnahmemotivation an der COMET-Studie, zu Veränderungen in der Behandlung, zum eDiagnostic-Tool (AP1c), zum COMET Netzwerk sowie zur Bewertung und Einschätzung der Nachhaltigkeit der COMET-Interventionen und wurde deskriptiv ausgewertet.

AP 4 Identifikation von förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Implementierung von CSC-Modellen in Deutschland (SWOT-Analyse)

- Es wurden sechs abgeschlossene Hamburger CSC-Studien aus den letzten zehn Jahren in einem mehrstufigen, gruppenbasierten, qualitativen Auswertungsverfahren von vier Wissenschaftler:innen analysiert: 27 Publikationen aus diesen Studien (22 wiss. Veröffentlichungen, 2 Dissertationen, 1 Buchkapitel, 2 Projektberichte). Die jeweiligen Studien untersuchten verschiedene kooperative Netzwerktypen, meist bestehend aus hausärztlichen, fachärztlichen (z.B. psychiatrischen) und psychotherapeutischen Praxen inkl. kooperierenden Kliniken, z.T. mit Unterstützung von zusätzlichen Care Managern (z.B. Pflegekräfte).
- Mithilfe einer SWOT-Analyse (engl. *strengths, weaknesses, opportunities and threats*) wurden zunächst relevante Aussagen bzgl. Stärken, Schwächen, Chancen und Herausforderungen (SWOTs) für die Implementierung (und Forschung) aus den Publikationen abgeleitet. Im Rahmen von zwei Workshops diskutierten die verantwortlichen Forschenden der einbezogenen CSC-Studien die Vollständigkeit der SWOTs, priorisierten diese nach ihrer Wichtigkeit und reflektierten den jeweiligen Forschungs- bzw. Implementierungsprozess. Die Transkripte der Gruppendiskussionen wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. In einem abschließenden Schritt wurden die SWOTs der unterschiedlichen Studien miteinander in Beziehung gesetzt und zusammengefasst.
- Die Evidenzsynthese erfolgte mit einem induktiv-deduktiven, gruppenbasierten qualitativen Ansatz und wird anhand der sieben Dimensionen der TICD-Checkliste berichtet. Diese Dimensionen folgen einer umfassenden, integrierten Checkliste zur Identifizierung von Determinanten, die die Implementierung von Innovationen in die Versorgung beeinflussen. Die Ergebnisse der SWOT-Analyse sind in Abschnitt 2.1 einzusehen.

AP 5 Entwicklung von Implementierungsempfehlungen

- Es wurde ein Abschlussworkshop mit Stakeholdern der Versorgungslandschaft Hamburgs bzw. relevanten Kooperationspartnern des HAM-NET Netzwerks durchgeführt.
- Zunächst wurden die in AP 4 identifizierten Determinanten mit vorläufigen Ergebnissen einer Literaturübersichtsarbeit zu förderlichen und hinderlichen Faktoren für eine Implementierung von CSC Interventionen (AP2) sowie mit noch nicht veröffentlichten Ergebnissen der qualitativen Prozessevaluation der COMET-Studie (1. Förderphase) durch das Projektteam abgeglichen, gewichtet und Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von CSC-Modellen für psychische Störungen abgeleitet.
- Diese wurden den Teilnehmenden des Abschlussworkshops im Voraus zugesendet und während des Workshops diskutiert und adaptiert. Die finalen Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen sind in Abschnitt 2.1 einzusehen.

<u>Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung</u>

Die zentralen Arbeitspakete (AP) bzw. Meilensteine von HAM-EM-Care sind für die Vorbefragung und Hauptbefragung (siehe unten) in chronologischer Reihenfolge aufgeführt:

AP 1a/b Entwicklung der Fallvignetten

- Literaturrecherche
- Durchführung von Expert:innen-Workshops

AP 2a/b Vorbereitung der quantitativen Befragung

- Entwicklung des Fragebogens
- Pre-Test

AP 3 a/b Durchführung der quantitativen Befragung

AP 4 a/b Datenanalyse und Beginn der Erstellung von Manuskripten

- Datenbereinigung/-aufbereitung
- Datenanalyse (Forschungsfragen)
- Planung und Erstellung von Publikationen (Vorbefragung)

AP 5 Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen

- Rekrutierung von Teilnehmer:innen
- Entwicklung der Leitfäden

- Durchführung von drei Fokusgruppen

AP 6 Analyse der Fokusgruppen

- Transkription
- Datenanalyse

AP 7 Publikation der Ergebnisse

Zu Projektbeginn, welcher in die erste Welle der COVID-19-Pandemie fiel, wurde vom Projektteam beschlossen, eine selbst finanzierte **Vorbefragung** mit stärkerem Fokus auf die COVID-19-Pandemie vorzuschalten (Arbeitspakete 1A-4A). Die Struktur des Fragebogens (Einsatz von Fallvignetten zu Beginn des Fragebogens, anschließend Fragenblöcke zu Wissen, Einstellungen und Inanspruchnahme von Notfallversorgung) sollte dabei stark der später durchgeführten und im Antrag aufgeführten **Hauptbefragung** (Arbeitspakete 1b-4b, 5-7) ähneln. Die Stichprobengröße umfasste ca. die Hälfte (N=1.207) der später in der Hauptbefragung vorliegenden Größe (N=2.404). Hintergrund der Entscheidung war, dass eine Befragung zu Notfallversorgung in Hamburg während der ersten Welle der Pandemie zu stark von dieser beeinträchtigt wird, um die anvisierten Erkenntnisse zu erlangen. So wurden für diese Vorbefragung neben gastrointestinale Fallvignetten auch Covid-19 spezifische Fallgeschichten entwickelt, um auf diese besondere Situation zu reagieren. Der eingesetzte Fragebogen konnte zusätzlich als Prä-Test/Pilotstudie für die angestrebte Hauptbefragung dienen. Durch Variationen von Merkmalen (Alter, Geschlecht, Tageszeit, Symptomatik/Erkrankung) entstanden 24 Vignetten, von denen jeweils eine der/dem Befragten vorgestellt wurde. In den Vignetten wurden Symptome einer COVID-19 Infektion geschildert oder alterstypische gastrointestinale Erkrankungen (Blindarmendzündung, Gallenblasenentzündung, Divertikulitis). Die Vergleichbarkeit der Vignetten wurde durch die gleiche (hohe) Dringlichkeit hergestellt. Aus der Vorbefragung sind drei Publikationen hervorgegangen. In der Hauptbefragung wurden neben den oben vorgestellten gastrointestinalen Vignetten zusätzlich alterstypische psychische Fallgeschichten vorgestellt (Psychose, Alkoholerkrankung, Depression). Insgesamt wurden bei dieser zweiten Befragung 48 Vignetten eingesetzt, da hier neben den oben genannten Merkmalen zusätzlich nach Dringlichkeit (niedrig/hoch) variiert wurde. Die Arbeitspakete waren für die Vorbefragung sowie für die Hauptbefragung identisch. Eine Ausnahme bildete die Durchführung von Fokusgruppen, welche ausschließlich nach der Hauptbefragung vorgesehen war. Alle im angepassten Arbeitsplan dokumentierten Meilensteine konnten fristgerecht erreicht werden.

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

Das Projekt bestand aus sieben **Arbeitspaketen** (AP) in chronologischer Reihenfolge:

AP 0: Vorbereitung der Studie (Personal, Rekrutierung usw.)

- Rekrutierung des entsprechenden Personals sowie der Studienteilnehmer:innen, erste Recherchen zur Thematik und der Zeitplanung.

AP 1: Literaturrecherche, Stand der Forschung zu Kriterien der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz

- Erstellung eines Scoping Reviews zur Übersicht des aktuellen Forschungsstands zu OGK. Die Beantwortung der primären Forschungsfrage des Reviews diente der Identifikation von Kriterien, die eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation auszeichnen.

AP 2: Entwicklung eines konsensbasierten Katalogs von Kriterien von OGK

- Durchführung von Workshops mit verschiedenen Vertreter:innen von Gesundheitsorganisationen um die Perspektive von Praktiker:innen einzubeziehen und zu diskutieren, was eine Gesundheitsorganisation benötigt oder tun muss, um gesundheitskompetent zu sein. Nach der Zusammenführung der Ergebnisse mit den in AP1 identifizierten Kriterien zu einer vorläufigen Version eines Reflexionsbogens folgte eine Delphi-Befragung zur Konsentierung der Kriterien.

AP 3: Erhebung der aktuellen Verbreitung und Implementierung von OGK

- Durchführung einer online-Befragung unter Gesundheitsorganisationen unterschiedlicher Art (angestrebte Stichprobe von n=52) mit dem Ziel, die aktuelle Verbreitung und Umsetzung von OGK in der Hamburger Region zu erheben. Dazu wurde ein Fragebogen entwickelt, der zusätzlich psychometrisch getestet wurde. Die Entwicklung und Testung des Messinstruments ist ein zusätzlicher Meilenstein, der ursprünglich nicht vorgesehen war.

AP 4: Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der OGK

- Durchführung von Workshops mit ausgewählten Gesundheitsorganisationen, die an der Befragung in AP3 teilgenommen haben, um basierend auf ihren Ergebnissen (die Organisationen erhielten einen organisationsspezifischen Ergebnisbericht) Maßnahmen zur Verbesserung der OGK zu identifizieren, die diese anschließend eigenständig umsetzen sollten.

AP 5: Evaluation der Umsetzung und Verbesserung der OGK

- In der Evaluation wurde erhoben, wie Gesundheitsorganisationen die Nützlichkeit des Kriterienkataloges bewerten. Dies erfolgte in Form von leitfadenbasierten Interviews bei denen primär die Organisationen, mit denen in AP4 Maßnahmen entwickelt wurden, zur Arbeit mit den Kriterien sowie der anschließenden Ergebnisbetrachtung und der Maßnahmenentwicklung und -umsetzung befragt wurden.

AP 6: Bewertung der OGK durch Nutzer:innen als Erhebung

- Pandemiebedingt und von Seiten der Gesundheitsorganisationen auch ressourcenbedingt konnte das AP6 nicht wie ursprünglich geplant umgesetzt werden. Daher erfolgte als Kompensation eine stärkere Einbindung des OHL-HAM Erfahrenenbeirats in unterschiedlichen Projektschritten, die der Berücksichtigung der Nutzer:innenperspektive diente.

AP7: Ergebnisverwertung, Öffentlichkeitsarbeit

- Verfassung eines Abschlussberichts sowie einer Buchveröffentlichung zum Projekt mit dem Kriterienkatalog als ein zentrales Kapitel.
- Präsentation der Ergebnisse auf verschiedenen Fachtagungen sowie regionalen Veranstaltungen von Akteuren aus der Versorgungspraxis.

1.4 Wissenschaftlicher und technischer Stand, an den angeknüpft wurde

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

Neben den HAM-NET-Mitgliedsinstitutionen konnte auch auf die Strukturen den **Center for Health Care & Public Health (CHCR & PH)** zurückgegriffen werden. Seit dem Jahr 2006 sind die Forschungsaktivitäten der Versorgungforschung am UKE am CHCR & PH gebündelt. Die Versorgungsforschung ist einer der fünf Forschungsschwerpunkte am UKE. Projekte zu verschiedenen Fragestellungen der Versorgungsforschung werden in diesem Schwerpunktbereich realisiert. Ein Kernelement der Versorgungsforschung am UKE ist die fakultätsübergreifende Organisation, die einen Brückenschlag zur Universität Hamburg (UHH) ermöglicht. Dazu gehören das **Hamburg Center for Health Economics (HCHE)** und auch das **Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)**, die die infrastrukturellen Gegebenheiten noch verbessern. Weitere (Forschungs-)Partnerschaften bestehen mit dem Competence Center Gesundheit (CCG), der Hamburger Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) und PIER PLUS, der Netzwerkinitiative der Universität Hamburg zur Förderung

und Vernetzung der Hamburger Hochschulen und außeruniversitären Forschungsinstituten. Zum Forschungsverbund zählt außerdem das Albertinen Krankenhaus. Die Bedeutung der Versorgungsforschung am UKE wird u. A. über die Veröffentlichung des „Research Reports 2021“ sowie durch die Schwerpunktsetzung Versorgungsforschung (2021) in dem jährlich erscheinenden Forschungsmagazin wissen+forschen des UKE (siehe Abbildung 2 wissen+forschen, Research Report 2021) deutlich.

Abbildung 2 wissen+forschen, Research Report 2021

Basierend auf diesem gewachsenen Netzwerk konnte auch das HAM-NET in der zweiten Förderperiode aufbauen und weitere Akzente, auch durch neue Mitglieder, setzen (siehe Abbildung 3). Dazu gehören insbesondere die Partnerschaften mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), zum einen durch personelle Besetzungen bei den Sprecher:innen von HAM-NET (TK, AOK Rheinland-Hamburg) und zum anderen durch die Mitorganisation des alljährlich stattfindenden HAM-NET-Symposiums. Auch zu anderen (regionalen) GKVen (z.B. DAK Gesundheit, IKK) konnten die Beziehungen verstärkt wurde. Nicht nur bei HAM-NET-Initiativen, sondern auch bei den HAM-NET-Forschungsprojekten konnten Vertreter:innen der GKVen wertvolle Impulse leisten. Dazu gehörten z.B. die Fokusgruppenstudien bzw. Expert:innenworkshops bei I-COMET zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Personen in Hamburg oder bei HAM-EM-Care zur Verbesserung der Notfallversorgung in Hamburg. Auf Initiative vom HAM-NET konnten auch Mitglieder von GKVen aus HAM-NET in Projekte und Veröffentlichungen des DNVF einbezogen werden (10). Zu den weiteren relevanten Mitgliedsinstitutionen, die zum Gelingen und Erfolg des Netzwerkes beitrugen, zählen auch die beiden Standesvertretungen, die Hamburger Ärztekammer und Hamburger Psychotherapeutenkammer. Sie trugen sowohl durch das Wissen als auch durch ihre Möglichkeiten der Disseminierung von Veranstaltungen und Projektergebnissen zur Nachhaltigkeit des HAM-NET bei. Über beide konnten bedeutenden Stakeholder, insbesondere für Workshops und interne Veranstaltungen erreicht werden.

Abbildung 3 Institutionen und Akteure im Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (Stand März 2024)

Das Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung ist zudem benannter Stakeholder in dem Projekt **INTEGER - Interconnecting 4 Helix Innovation Ecosystems in European Regions“,** gefördert durch die Europäische Union (EU). Das Projekt wird von der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, Abteilung Gesundheitswirtschaft und Internationales, durchgeführt. Eine weitere, internationale Kooperation besteht mit dem **International Network for Patient-Centered Care** (PCCNET: https://www.pcc-network.org/).

Organisationseinheiten:

Die in der ersten Förderphase entwickelten Organisationseinheiten wurden beibehalten und bei Bedarf personell neu besetzt.

1) Koordination

- Sowohl in der ersten und in der zweiten Förderphase waren Prof Dr. Dr. Martin Härter (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE) und Dr. Andreas Meusch (Beauftragter des Vorstands der TK; stellvertretender Sprecher) die Sprecher des Netzwerks.
- Weitere Vorstandsmitglieder waren Prof. Dr. Susanne Busch (Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg) und Thomas Bott (Regionaldirektor AOK Rheinland/Hamburg), der Frank Liedtke (Barmer Landesvertretung, Hamburg) in der zweiten Förderphase folgte.
- Dr. Christina Lindemann (CHCR & PH, UKE) und Ivo Engert (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE) koordinierten das Projekt.

2) Mitgliederversammlung

- Die Mitgliederversammlung tagte weiterhin einmal jährlich im Anschluss an das jährliche HAM-NET-Symposium.

3) Wissenschaftlicher Beirat

- Das mit internationalen Mitgliedern besetzte Advisory Board bestand aus Prof. Wolfgang Hoffmann (Institut für Community Medicine Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald) Prof. Eileen F. S Kaner (Institute of Health & Society, Newcastle University, England), Prof. Paul McCrone (King's Health Economics, David Goldberg Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, England), Prof. Jürgen Unützer (Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, School of Medicine, University of Washington, Seattle, USA) und Prof. Birgit Watzke (Psychologisches Institut, Klinische Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapieforschung, Universität Zürich, Schweiz) und Prof. Michel Wensing (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg). Das Advisory Board tagte zunächst aufgrund der COVID-19-Pandemie online und traf sich dann abschließend in Präsenz vor Ort (Oktober 2023).

4) Erfahrenenbeirat

- Der Erfahrenenbeirat ist als neues Element in die Organisationsform des HAM-NET eingezogen. Mitglieder des Erfahrenenbeirats wurden als feste Ansprechpersonen in die drei Projekte entsandt und dort in die Arbeitsprozesse einbezogen. Die Mitglieder erhielten zur Vorbereitung ein Forschungstraining (11) sowie eine Aufwandsentschädigung. Mit der HAM-NET Koordinatorin und zwei weiteren Wissenschaftler:innen wurde eine übergeordnete Koordinationsstruktur gebildet, in welcher eine regelmäßige Supervision der Mitarbeit in den Projekten stattfand. Ferner wurden Mitglieder auch in wissenschaftliche Aktivitäten des HAM-NET einbezogen (12).

<u>Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen</u>

Kooperative Versorgung (engl. *collaborative care*) ist eine leitlinienbasierte Behandlungsform, die darauf abzielt, verschiedene Gesundheitsfachberufe (z. B. Hausärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Gesundheitsfachkräfte) zu integrieren (13, 14). Systematische Übersichtsarbeiten haben gezeigt, dass eine kooperative Versorgung eine moderat wirksame (15-17) und kosteneffektive Intervention (18, 19) für Patient:innen mit Depressionen und/oder Angststörungen sowie mit komorbiden körperlichen Erkrankungen ist (15). Häufig wird kooperative Versorgung mit gestufter Versorgung (engl. *stepped care*) kombiniert, bei der Patient:innen je nach Schweregrad mit Interventionen unterschiedlicher Intensität behandelt werden (20-22). Eine systematische Übersicht hat die langfristige Kosteneffizienz der kooperativen Depressionsversorgung nach 24 Monaten gezeigt (18). Eine Studie mit Patient:innen mit persistierender Depression zeigte, dass eine kooperative Versorgung nach 18 Monaten mit verbesserten Depressionsverläufen ohne zusätzliche Kosten verbunden war (23). Eine ähnliche Studie zeigte reduzierte Gesundheitskosten über einen 4-jährigen Nachbeobachtungszeitraum (24), eine andere Studie fand

eine Verringerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten innerhalb eines 5-jährigen Nachbeobachtungszeitraums (25). Darüber hinaus waren die Patient:innen nach 24 Monaten Nachbeobachtung zufriedener mit ihrer Gesundheitsversorgung (26). Jüngste systematische Übersichtsarbeiten zu gestuften Versorgungsinterventionen für Patient:innen mit psychischen Störungen fanden keine Studien mit einem Nachbeobachtungszeitraum von mehr als 12 Monaten (27, 28). Allerdings zeigte eine Hamburger kooperative und gestufte Versorgungs-Studie für Depression eine signifikante Reduktion der depressiven Symptome im Vergleich zur Regelversorgung (TAU) nach 36 Monaten (29). Bisher zeigte nur eine randomisierte kontrollierte Studie, dass kooperative Versorgung Depression bei Patient:innen mit somatischen Komorbidität nach 24 Monaten Nachbeobachtung reduzierte (30). Neben der Wirksamkeit ist es wichtig, die tatsächlichen Versorgungswege der Patient:innen zu analysieren. Dieser Schritt wird dazu beitragen, besser zu verstehen, wie die Wirksamkeit dieser Modelle erhöht (31) und das Modell erfolgreich in die Regelversorgung implementiert werden könnte. Dazu ist eine umfassende Analyse der förderlichen und hinderlichen Faktoren erforderlich, die die Implementierung innovativer Versorgungsmodelle beeinflussen können (32). Dies wird dazu beitragen, die Lücke zwischen der Effektivitätsevaluation und dem Transfer in die Praxis zu überwinden.

Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung

Eine inadäquate Inanspruchnahme und die unsichere Navigation innerhalb des Versorgungssystems entwickeln sich zu einer immer größer werdenden Problematik. Zahlreiche nationale und internationale Studien dokumentieren seit mehr als einer Dekade eine steigende Inanspruchnahme von Notfallversorgung und daraus resultierende Überlastungen von Notaufnahmen („Overcrowding“) (33-36). Lange Wartezeiten, eine eingeschränkte Versorgungsqualität und starke Arbeitsbelastungen des Personals führen dabei zu einer Gefährdung der Patient:innensicherheit. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen betonte 2018 in seinem Gutachten den Bedarf gezielter Veränderungen in der Notfallversorgung in Deutschland (4). Ein erheblicher Anteil der Patient:innen könnte auch außerhalb der Notfallversorgung betreut und dadurch das Notfallsystem entscheidend entlastet werden (37). So gerieten insbesondere Patient:innen, welche trotz niedriger Behandlungsdringlichkeit Angebote der Notfallversorgung in Anspruch nehmen, in den Fokus potenzieller Interventionen. Der Anteil der Patient:innen in Notaufnahmen mit nicht-dringlichen Beschwerden wird laut einer internationalen Übersichtsarbeit auf 30% bis 40% beziffert (38). Patientenbezogene Merkmale häufiger und z.T. inadäquater Inanspruchnahme von Notfallmedizin sind Untersuchungen zufolge ein niedriger sozioökonomischer Status bzw. niedrige Bildung, ein Migrationshintergrund, geringe Gesundheitskompetenz sowie in einigen Untersuchungen ein höheres Alter und männliches Geschlecht (39-43), wobei die Ergebnisse bisheriger Forschung zu einzelnen Charakteristika nicht immer eindeutig ausfielen (43, 44). In Hinblick auf die subjektiven Gründe für die Inanspruchnahme von Notfallmedizin zeigten sich unter anderem in deutschen Studien folgende

zentrale Aspekte: Zugänglichkeit (u.a. Zugangsbarrieren zu ambulanter Versorgung), Versorgungsqualität (Expertise, diagnostische/therapeutische Möglichkeiten), „Convenience“ (u.a. keine Termine notwendig, ständige Verfügbarkeit) sowie subjektive Dringlichkeit/Besorgnis (38, 44-48). Die große Mehrheit der Erkenntnisse zu den Motivationen und Mustern der Inanspruchnahme von Notfallversorgung stammen jedoch aus Patient:innenbefragungen in Notaufnahmen oder Patient:innenakten und nicht aus Bevölkerungsbefragungen. Aufgrund dieser Forschungslücken nahm sich das Projekt HAM-EmCare zum Ziel, das Wissen, die Einstellungen und die intendierte Inanspruchnahme von Notfallversorgung der Hamburger Erwachsenenbevölkerung zu erheben und u.a. im Hinblick auf soziale Merkmale der Befragten (Alter, Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund) sowie auf Merkmale von Fall-Vignetten (Alter, Geschlecht, Tageszeit, Erkrankung und Dringlichkeit) zu analysieren.

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

Gesundheitskompetenz, definiert als "das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag Urteile zu fällen und Entscheidungen zu treffen in Bezug auf Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, um die Lebensqualität im Laufe des Lebens zu erhalten oder zu verbessern" (49), wird als ein wichtiges Thema für das öffentliche Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung angesehen. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist bekannt, dass eine geringe Gesundheitskompetenz mit höheren Gesundheitskosten verbunden ist (50, 51). Es gibt steigende Evidenz, dass Menschen mit geringerem Bildungsstand weniger über ihre Gesundheit wissen und einen schlechteren Gesundheitszustand haben als Menschen mit höherem Bildungsstand (52, 53). Die Gesundheitskompetenz von Patient:innen wird nicht nur durch schwer verständliche Informationen beeinträchtigt, sondern auch durch die zunehmenden Anforderungen, sich in einem komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Daher ist es für Gesundheitsorganisationen wichtig, auf die Gesundheitskompetenzbedürfnisse von Patient:innen einzugehen und Gesundheitsinformationen und -angebote zu verbessern, um diese verständlicher und zugänglicher zu machen (54). Für Deutschland deuten aktuelle empirische Befunde darauf hin, dass ein Großteil der deutschen Bevölkerung (54%) ein niedriges Niveau an Gesundheitskompetenz und daher große Schwierigkeiten beim Zugang zu und Umgang mit notwendigen gesundheitsbezogenen Informationen und Angeboten hat (55). In jüngster Zeit verlagert sich die Aufmerksamkeit auf Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz (OGK), die definiert werden kann als die „die Fähigkeit [einer Organisation], Menschen mit unzureichender Gesundheitskompetenz zu unterstützen, indem sie bei allen Interaktionen zwischen Patient:innen und Leistungserbringer:innen leicht anwendbare und verständliche Gesundheitsinformationen und -angebote fördert“ (56). Im internationalen Kontext wurden zehn Attribute entwickelt, die OGK definieren (z. B. effektive Kommunikation, leichter Zugang oder Beteiligung der Zielgruppen an der Gestaltung und Bewertung von Gesundheitsinformationen) (57). Auf der Grundlage dieser Attribute wurden Instrumente entwickelt, die darauf

abzielen, die Leistung von Organisationen im Umgang mit Fragen der Gesundheitsversorgung von Patient:innen zu bewerten (58, 59). Diese Instrumente wurden jedoch nur selten getestet und bisher nur im Krankenhauskontext angewendet (56, 58, 59). Zu Beginn der Arbeiten im Projekt OHL-HAM im Jahr 2020 gab es keine empirischen Belege dafür, wie die verfügbaren Erhebungsinstrumente in andere Kontexte des Gesundheitswesens, wie Patientenorganisationen, Krankenkassen, Ärzteverbände, ambulante Dienste oder lokale gesundheitsbehördliche Einrichtungen, übertragen und wie konkrete Strategien zur Stärkung der OGK abgeleitet werden können. Es fehlten Kriterien und Empfehlungen für die Evaluation von OGK für Gesundheitsorganisationen in unterschiedlichen Versorgungskontexten in Deutschland im Allgemeinen und in Hamburg im Besonderen. Darüber hinaus konzentrierte sich die Evaluation von Maßnahmen zur Verbesserung von OGK primär auf die Einschätzung durch Fachkräfte oder Schlüsselinformant:innen. Für eine umfassende Evaluation von OGK ist es jedoch unerlässlich, die Perspektive von Patient:innen und Klient:innen einzubeziehen (60).

1.5 Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

Das HAM-NET vereint über 40 Mitgliedsinstitutionen in der Metropolregion Hamburg (siehe Abbildung 3). Zu den Netzwerkmitgliedern gehören Organisationen aus verschiedenen Bereichen der Forschung und Wissenschaft, Versorgungseinrichtungen, gesetzliche Krankenversicherungen, Standesvertretungen, Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft und -politik sowie Patient:innen und Angehörigenorganisationen. Die Mitgliedsorganisationen werden durch persönliche Vertreter:innen im Netzwerk präsentiert. Bei der Mitgliederversammlung und bei dem Symposium kommen diese zusammen und legen die Arbeitsschwerpunkte für das entsprechend folgende Jahr fest. Ferner besteht eine Zusammenarbeit mit der Gesundheitsakademie am UKE (UKE - Gesundheitsakademie UKE).

Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen

Das I-COMET Projektteam umfasste Mitarbeitende des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie, des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, des Instituts für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, des Instituts für Medizinische Soziologie, des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin, der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, die über die gesamte Projektdauer bei der Durchführung der Arbeitspakete sowie bei der Interpretation der Ergebnisse unterstützten. Die Forschungsbeteiligung durch den Erfahrenenbeirat kam im Rahmen des Arbeitspakets 5 (Abschlussworkshop zur Entwicklung von Implementierungsempfehlungen) zustande und soll ferner

auch bei der Erstellung einer laienverständlichen Ergebniszusammenfassung (Dissemination) erfolgen. Des Weiteren nahmen am Abschlussworkshop Akteur:innen bzw. Kooperationspartner des HAM-NET-Netzwerks teil: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Krankenkassenvertreter:innen, die Hamburger Psychotherapeutenkammer, die Hamburger Ärztekammer, Hamburger Sozialbehörde, Mitglieder des Erfahrenenbeirats, Hausärzt:innen, Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen, Polikliniken sowie (Forschungs-)Kolleg: innen aus dem Bereich integrierte Versorgung und Forschung.

Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung

Das aus HAM-NET entwickelte Forschungsprojekt HAM-EmCare kooperierte innerhalb des Netzwerkes erfolgreich mit Akteur:innen aus den Bereichen Forschung und Versorgung. Im Hinblick auf die Entwicklung der Fallvignetten, der Erstellung des Fragebogens sowie auf die Zusammenstellung der drei Fokusgruppen wurde die Expertise aus HAM-NET kontinuierlich integriert. Der Kern des Projektteams umfasste Mitarbeiter:innen des Instituts für Medizinische Soziologie, des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin sowie des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE. Folgende weitere Einrichtungen des UKE unterstützten das Projekt: Die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, das Institut für Infektionsforschung und Impfstoffentwicklung sowie die Zentrale Notaufnahme. Ebenso erhielt das Projekt Unterstützung aus dem Erfahrenenbeirat. Außerhalb des UKE konnte zudem ein Mediziner aus der geriatrischen Klinik des Albertinen Krankenhauses für die Mitarbeit gewonnen werden. Zusätzlich nahmen an den Fokusgruppen auch Akteure folgender Einrichtungen teil, welche unter anderem über das HAM-NET Netzwerk gewonnen werden konnten: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, zwei Krankenkassen, Standesvertretungen (Psychotherapeutenkammer, Ärztekammer) und der Hamburger Hausärzteverband sowie Patient:innen aus Hausarztpraxen und Polikliniken.

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

An dem Projekt OHL-HAM beteiligten sich zahlreiche Gesundheitsorganisationen. Für AP 2, also die Teilnahme an den Workshops und der Delphi-Befragung, konnten neben bestehenden Kontakten zu Einrichtungen aus dem HAM-NET weitere Gesundheitsorganisationen über die Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetenz“ der Landeskonferenz Versorgung der Stadt Hamburg gewonnen werden. Dadurch konnte ein breites Spektrum an Gesundheitsorganisationen erreicht werden, die das Projekt unterstützten. Dazu gehörten unter anderem folgende Organisationen: Ärztekammer Hamburg, Hamburger Pflegegesellschaft, Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg, Psychotherapeutenkammer, Hamburger Sozialbehörde (Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration), AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, BKK-Landesvertretung NordWest, DAK Gesundheit, IKK Classic, vdek, Irre menschlich e.V., Landesverband Psychiatrie Erfahrener Hamburg e.V. (LPE), Patienten-Initiative e.V., Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen Hamburg (KISS), Verbraucherzentrale Hamburg e. V.,

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Asklepios Klinik Harburg (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik), Asklepios Klinik Nord, Schön Klinik Bad Bramstedt, Stiftung Alsterdorf, Gesundheitsamt Bergedorf / Landesverband Hamburg der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., Katholisches Marienkrankenhaus und das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift.

Die Befragung in AP 3 richtete sich erneut an die Einrichtungen, die Teil des HAM-NET sowie der Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetenz“ waren bzw. an die Einrichtungen, die bereits in vorigen Projektschritten involviert waren. Darüber hinaus konnten durch eine Internetrecherche sowie durch Einrichtungen, die als Multiplikatoren fungierten (Organisationen wie bspw. die Ärztekammer Hamburg teilten den Aufruf zur Teilnahme auf ihrer Internetseite), weitere Organisationen erreicht werden. Die Befragung fand anonym statt.

An AP 4 und AP 5 beteiligten sich zwei Krankenhäuser, eine Apotheke und eine Anlaufstelle für Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung. Diese Einrichtungen waren zum Teil bereits in vorige Arbeitspakete des Projekts eingebunden, einige dieser Einrichtungen kamen neu hinzu. Des Weiteren war der OHL-HAM-Erfahrenenbeirat in unterschiedlichen Schritten des Projektes beteiligt, um die Nutzer:innenperspektive im Rahmen von AP 6 zu erfüllen. Im Rahmen von Netzwerkarbeit bzw. fachlichem Austausch fanden mehrere Treffen mit anderen Wissenschaftler:innen statt. Hierzu zählten unter anderem Treffen mit Forscher:innen aus Australien, die das self-assessment tool „Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR)“ entwickelt haben, mit Vertreterinnen des Deutschen Netzwerks für Gesundheitskompetenz, einer Vertreterin der Universität Bielefeld, welche auch im Bereich Gesundheitskompetenz forschend tätig ist sowie Teilnahmen an Sitzungen der AG Förderung der Gesundheitskompetenz der Sozialbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg.

2 Eingehende Darstellung

2.1 Verwendung der Zuwendung und des erzielten Ergebnisses im Einzelnen, mit Gegenüberstellung der vorgegebenen Ziele

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

Die Ziele des Vorhabens sind ausführlich in Kapitel 1.1. beschrieben, gefolgt von der Umsetzung und Ergebnissen in Kapitel 1.4. Die Ziele der ersten Phase der Förderung sind gleichlautend zu den Zielen in der zweiten Förderphase. In dieser Phase lag der Schwerpunkt nun auf dem Erhalt der erreichten Ziele und auf dem Setzen neuer Impulse, um das Netzwerk weiterhin innovativ zu gestalten. Die für Förderphase 2 angepassten und modifizierten Initiativen sind in Tabelle 2-1 dargestellt und den erzielten Ergebnissen gegenübergestellt.

Tabelle 2-1 Gegenüberstellung der Ziele und Ergebnisse des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung*

Ziele	Erzielte Ergebnisse
Erhalt und Ausbau der Netzwerke	• Neue Mitgliedsorganisationen konnten geworben werden. • Zu bestehenden Mitgliedern wurden engere Kooperationen geschaffen.
Enge Kommunikation zum regelmäßigen Austausch mit dem Ziel der nachhaltigen Zusammenarbeit	• Zur Stärkung der Patientenperspektive wurde ein Erfahrenenbeirat eingerichtet, der sowohl fester Bestandteil in den Projekten als auch im HAM-NET selbst war. • Das HAM-NET hat durch die Mitgliederversammlung, den 2-mal jährlich erscheinenden Newsletter und den regelmäßigen Mailings das Netzwerk erhalten und gepflegt.
Verknüpfung von Forschung und Praxispartner:innen (Versorgende, Stakeholder, politische und administrative Gremien)	• Die Ergebnisse zur organisationalen Gesundheitskompetenz wurden Vertreter:innen der Landeskonferenz Gesundheit und der AG Gesundheitskompetenz vorgestellt. • HAM-NET stellte sich in zahlreichen regionalen Ausschüssen (u. A. Scientific Advisory Board, UKE; Forschungsrat der UHH, PIER Plus Initiative) vor. • HAM-NET agierte als Stakeholder in dem EU Projekt Integer der Hamburger Sozialbehörde. • HAM-NET vernetzte die Gesundheitswirtschaft (z.B. Optimedis) mit Instituten des UKE, z.B. bei Anträgen für den Innovationsfonds. • HAM-NET ist Partner der Gesundheitsakademie des UKE (Bürgeruniversität).
Gemeinsame Entwicklung von Forschungsfragen und neuen Forschungsfeldern und Interventionen	• Es wurde ein kontinuierliches Ausschreibungsscreening durchgeführt und relevante Ausschreibungen an die Mitglieder gesendet. • Auch Förderinstitutionen, die ggf. nicht primär im Fokus der Ausschreibungen für Versorgungsforschung stehen, wurden regelmäßig auf Fördermöglichkeiten überprüft.

	• Die drei Projekte (I-COMET, OHL-HAM, HAM-EmCare) wurden erfolgreich im Netzwerk umgesetzt.
Bündelung methodischer und klinischer Expertise	• Es wurden zwei Reihen zur Methodenkompetenz mit je 8 Veranstaltungen durchgeführt. • HAM-NET konnte Nachwuchswissenschaftler:innen die Teilnahme an der DNVF-Spring-School mit Hilfe von Stipendien ermöglichen. • Bestandteil der Nachwuchstage waren auch methodisch ausgerichtete Veranstaltungen.
Nachwuchsförderung und Fortbildungsstrukturen	• HAM-NET konnte Kongressaufenthalte im In- und Ausland finanzieren (Reisestipendium). • Der "Young Researcher Award Health Care Research" wurde jährlich ausgelobt. Unter bis zu 15 Bewerbungen erfolgte die Vergabe und Laudatio durch den/die Vorjahresgewinner:in auf dem Nachwuchstag. • Verleihung des HAM-NET-Awards auf dem HAM-NET-Symposium

* für die Darstellung der Ziele der 1. Projektphase und der entsprechenden Ableitung verweisen wir auf den HAM-NET Schlussbericht des ersten Förderzeitraums

Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen

AP 1a: Wirksamkeitsevaluation. Dieses Arbeitspaket hatte die Auswertung der Veränderung der Lebensqualität, Symptombelastung und weiterer Parameter zum Ziel. Eine detaillierte Darstellung der Outcomes, Auswertungsmethoden und konkreten Fragestellung sowie deren Begründung sind dem publizierten Studienprotokoll zu entnehmen (1). Die Ziele des Vorhabens sowie die Umsetzung des Vorhabens werden an anderer Stelle dargestellt (s. 1.1 und 1.3). In diesem Abschnitt werden ausschließlich die Ergebnisse berichtet.

Die Datenerhebung für die 24-Monats-Befragung (T4) startete im 01.07.2020 und endete am 31.10.2022. Die primäre Analyse basierte auf einem Intention-to-treat-Ansatz. Dabei wurden alle randomisierten Praxen und die dort eingeschlossenen Patient:innen in die Analysen miteinbezogen. Berechnet wurde ein lineares gemischtes Modell mit impliziter Maximum-Likelihood-Korrektur fehlender Werte unter der Annahme „missing at random" mit dem Faktor Gruppe (COMET/TAU) und Messzeitpunkt als festen Effekten und Praxis und Patient:in als zufälligen Effekten. Der Ausgangswert zu Baseline auf der Skala psychische Gesundheit des SF-36 wurde zur Erhöhung der Power als Kovariate aufgenommen.

Von 41 Hausärzt:innenpraxen (IG: n=20; KG: n=21) nahmen n=17 Praxen der IG und n=13 der KG aktiv an der Studie teil und schlossen n=615 Patient:innen (IG: n=307; KG n=308) ein. Die Patient:innen in der IG und der KG unterschieden sich hinsichtlich des primären Endpunkts (SF-36, MCS) und des Schweregrads der Störungen bei Studienbeginn, was auf eine stärkere Beeinträchtigung bei den IG-Patient:innen zu Beginn hindeutete (Tabelle 2-2.

Tabelle 2-2 Baseline-Charakteristika der beiden Studiengruppen.

	CSC (n=307)	TAU (n=308)
Alter in Jahren: M (SD)	37.7 (12.4)	43.3 (14.9)
Weibliches Geschlecht: N (%)	188 (61.2)	205 (66.7)
Höchster Schulabschluss: N (%)		
Hauptschulabschluss	24 (9.1)	28 (11.5)
Realschule	76 (28.8)	76 (31.1)
Allgemeine Hochschulreife (Abitur)	109 (41.3)	83 (34.0)
Universitäts- oder Fachhochschulabschluss	55 (20.8)	52 (21.3)
Kein Schulabschluss	0 (0.0)	5 (2.0)
Missing	43	64
Beschäftigungsstatus: N (%)		
Keine Beschäftigung	49 (18.8)	65 (26.6)
Geringfügige Beschäftigung	13 (5.0)	2 (0.8)
Teilzeitbeschäftigung	50 (19.2)	51 (20.9)
Vollzeitbeschäftigung	149 (57.1)	126 (51.6)
Missing	46	64
Beziehungsstatus: N (%)		
In Partnerschaft lebend	157 (59.5)	164 (67.2)
Missing	43	64
Lebensqualität im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit (SF-36, MCS): M (SD)	**28.04 (8.81)**	**35.60 (12.29)**
Missing	18	25
Schweregrad der Depression (PHQ-9): M (SD)	**14.09 (4.98)**	**11.07 (5.23)**
Missing	1	2
Schweregrad der Angststörung (GAD-7): M (SD)	**11.78 (4.48)**	**8.99 (4.85)**
Missing	1	4
Schweregrad somatischer Symptome (PHQ-15): M (SD)	14.74 (5.35)	13.13 (5.53)
Missing	1	1
Psychische Belastung im Zusammenhang mit somatischen Symptomen (SSD-12): M (SD)	21.31 (9.99)	17.91 (9.85)
Missing	13	17
Symptome der alkoholbezogenen Störung (AUDIT-C): M (SD)	3.19 (2.60)	2.87 (2.36)
Missing	2	1
Lebensqualität im Zusammenhang mit körperlicher Gesundheit (SF-36, PCS): M (SD)	47.48 (9.06)	46.93 (10.28)
Missing	18	25
Patient:innenzufriedenheit, ZAPA: M (SD)	87.15 (15.42)	86.72 (14.66)
Missing	71	84
Hauptdiagnosen (ICD-10) durch Hausärzt:in diagnostiziert: N (%)		

Depressive Störung	226 (73.6)	241 (78.2)
Angststörung	**63 (20.5)**	**30 (9.7)**
Somatoforme Störung	18 (5.9)	29 (9.4)
Alkoholbezogene Störung	0 (0)	8 (2.6)
Schweregrad der Symptome der Hauptdiagnose: N (%)[d]		
Leicht	**42 (13.7)**	**172 (55.8)**
Mittelgradig	**235 (76.5)**	**118 (38.3)**
Schwer	**30 (9.8)**	**18 (5.8)**
Eine oder mehr Komorbiditäten: N (%)	90 (29.3)	97 (31.5)
Nebendiagnosen (ICD-10) durch Hausärzt:in diagnostiziert: N (%)[e]		
Depressive Störung	20 (6.5)	30 (9.7)
Angststörung	43 (14.0)	56 (18.2)
Somatoforme Störung	28 (9.1)	42 (13.6)
Alkoholbezogene Störung	11 (3.6)	6 (1.9)

Anmerkung. Die Ergebnisse werden angezeigt als N (%), M=Mittelwert und SD=Standardabweichung. CSC=Interventionsgruppe; TAU=Kontrollgruppe. SF-36=Short Form Health Survey. MCS=mental component summary score. PCS=physical component summary score; höhere Werte weisen auf eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität hin. PHQ-9=Patient Health Questionnaire-9. GAD-7=Generalized Anxiety Disorder Scale-7. PHQ-15=Patient Health Questionnaire-15. SSD-12=Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale. AUDIT-C=Alcohol Use Disorders Identification Test; höhere Werte weisen auf eine höhere Symptombelastung hin. ZAPA=Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung- Qualität aus Patient:innenperspektive; höhere Werte bedeuten höhere Zufriedenheit mit der erhaltenen Versorgung. ICD-10=International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem. [d]Schweregrad der Symptome nach Einschätzung der Hausärzt:innen. [e]Mehrfachnennungen waren möglich. Die fettgedruckten Zahlen heben diejenigen Variablen hervor, bei denen es relevante Unterschiede zwischen der CSC- und TAU-Gruppe gibt.

Die adjustierte Mittelwertdifferenz[1] der Primäranalyse unterschied sich **nicht signifikant** zwischen der IG und der KG (1.74 (95% Konfidenzintervall = -1.03; 4.54, p = .214) (siehe Tabelle 2-3; Abbildung 7). Sensitivitätsanalysen mit verschiedenen Methoden für die Ersetzung fehlender Werte führten ebenfalls zu vergleichbaren Ergebnissen (Tabelle 4-1 & Tabelle 4-2). Die Ergebnisse der kovariatenadjustierte Primäranalyse erwiesen sich auch in der post-hoc adjustierten Analyse (Tabelle 4-3) und in der Per-Protocol-Analyse (Tabelle 4-4) als robust.

[1] Für die Berechnungen der adjustierten Differenz wurden die Werte der TAU-Gruppe von den Werten der COMET-Gruppe subtrahiert. Dies bedeutet, dass eine positive adjustierte Differenz einen Unterschied zugunsten der COMET-Gruppe, eine negative adjustierte Differenz hingegen einen Unterschied zugunsten der TAU-Gruppe belegt.

Für die Subgruppenanalyse wurde das Modell der primären Wirksamkeitsanalyse um die jeweilige Subgruppenvariable und der Interaktion mit der Gruppenvariable ergänzt. Die folgenden Subgruppen wurden untersucht:

- Diagnose des/der Hausärzt:in zu Studieneinschluss (depressive vs. angstbezogene vs. somatoforme vs. alkoholbezogene Störung)
- Diagnose nach CIDI im Baseline Interview
    - depressive Störung vorliegend (ja vs. nein)
    - angstbezogene Störung vorliegend (ja vs. nein)
    - somatoforme Störung vorliegend (ja vs. nein)
    - alkoholbezogen Störung vorliegend (ja vs. nein)
- Komorbidität vorliegend (ja vs. nein)
- Geschlecht des/der Patient:in (männlich vs. weiblich)
- Alter (als metrische Variable)
- Bildungsniveau (keinen Schulabschluss vs. Hauptschule vs. Realschule vs. Gymnasium)
- Erwerbstätigkeitsstatus (arbeitslos vs. geringfügig beschäftigt vs. Teilzeitbeschäftigung vs. Vollzeitbeschäftigung)
- Symptomschwere erhoben bei Studieneinschluss durch den/die Hausärzt:in (schwer vs. mittel vs. leicht)
- Zeitpunkt des Einschlusses in die Studie (vor vs. während der COVID-19 Pandemie)
- Rekrutierungsstrategie (ohne vs. mit studentischer Unterstützung in der Hausärzt:innenpraxis)

Für keine der genannten Subgruppen wurde im 24-Monats Follow-up eine relevante Interaktion gefunden.

Die Ergebnisse der Sekundäranalyse deuteten auf einen leichten Rückgang der Symptomschwere bei Depressions-, somatoformen und Angstsymptomen bei Patient:innen in der CSC-Gruppe hin (Tabelle 2-3). Ferner gab es Gruppenunterschiede in Bezug auf die Remission (Depression, Angst und somatische Symptome) und die Response bzw. das Ansprechen auf die Behandlung (Depression und psychische Belastung im Zusammenhang mit somatischen Symptomen) nach 24 Monaten zugunsten der CSC-Gruppe (Tabelle 2-4).

Tabelle 2-3 Ergebnisse der Analysen der primären und sekundären Endpunkte als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten.

	CSC			TAU			CSC vs. TAU				
	N	**Beobach-teter M (SD)**	**Adjustierter M (95% CI)**	**N**	**Beobach-teter M (SD)**	**Adjustierter M (95% KI)**	**Adjustierte Differenz (95% KI)**	***P* Wert**	**Cohen's d**	**Inter-aktions-p-Wert: Gruppe x Zeit**	**IKK**
Primärer Endpunkt[a]											
Lebensqualität im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, SF-36 MCS	122	14.49 (13.55)	12.59 (10.70, 14.49)	111	8.12 (12.83)	10.84 (8.84, 12.84)	1.76 (-1.03, 4.54)	0.214	0.16	0.000	0.368
Sekundäre Endpunkte[b]											
Schweregrad der Depression, PHQ-9	122	-6.23 (6.09)	-5.58 (-6.38, -4.78)	110	-3.17 (5.59)	-3.93 (-4.78, -3.09)	-1.65 (-2.81, -0.48)	**0.006***	-0.37	0.000	0.455
Schweregrad der Angststörung, GAD-7	121	-6.20 (5.70)	-5.30 (-6.01, -4.59)	110	-3.49 (5.36)	-4.17 (-4.92,-3.42)	-1.13 (-2.18, -0.09)	**0.033***	-0.29	0.000	0.464
Schweregrad somatischer Symptome, PHQ-15	121	-6.81 (6.09)	-6.36 (-7.18, -5.54)	110	-3.95 (5.26)	-4.50 (-5.36,-3.63)	-1.86 (-3.06, -0.67)	**0.003***	-0.41	0.000	0.485
Psychische Belastung im Zusammenhang mit somatischen Symptomen, SSD-12	75	-8.65 (11.16)	-8.20 (-10.07, -6.32)	75	-4.91 (8.40)	-5.66 (-7.55,-3.77)	-2.54 (-5.21, 0.13)	0.062	-0.31	0.000	0.000
Symptome der alkoholbezogenen Störung, AUDIT-C	121	-1.09 (1.82)	-0.97 (-1.20, -0.73)	110	-0.48 (1.40)	-0.65 (-0.89,-0.40)	-0.32 (-0.61, -0.03)	0.030	-0.19	0.117	0.353
Lebensqualität im Zusammenhang mit körperlicher Gesundheit, SF-36 PCS	117	2.45 (10.52)	2.34 (0.87, 3.81)	101	2.02 (9.65)	1.26 (-0.27,2.80)	1.08 (-0.72, 2.87)	0.226	0.11	0.895	0.399
Patient:innenzufriedenheit, ZAPA	109	-1.15 (21.20)	-2.97 (-5.23, -0.72)	106	-2.75 (17.01)	-2.25 (-4.55,0.05)	-0.72 (-3.20, 1.75)	0.548	-0.06	0.081	0.323

Anmerkung. Ergebnisse werden angezeigt als n, adjustierte Mittelwertsdifferenz mit 95% KIs unter Verwendung der ITT-Stichprobe für Patient:innen mit mindestens einer Folgemessung nach Baseline. [a]Primäre Endpunktanalyse mit Baseline-imputierten Daten (EM-Algorithmus) unter Verwendung eines Baseline-adjustierten linearen gemischten Modells mit Gruppe, Zeit und Gruppe x Zeit-Interaktion als feste Effekte, Patient:innen als zufällige Effekte; höhere Werte weisen auf eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität hin. [b]Sekundäre Endpunktanalyse unter Verwendung eines linearen gemischten Modells mit denselben Modellparametern wie in der Primäranalyse, jedoch ohne Baseline-Imputation; niedrigere Werte bedeuten eine größere Verbesserung der Symptombelastung. SD=Standardabweichung. KI=Konfidenzintervall. IKK=Intraklassenkorrelationskoeffizient. CSC=Interventionsgruppe; TAU=Kontrollgruppe. SF-36=Short Form Health Survey. MCS=mental component summary score. PCS=physical mental component summary score. PHQ-9=Patient Health Questionnaire-9. GAD-7=Generalized Anxiety Disorder Scale-7. PHQ-15=Patient Health Questionnaire-15. SSD-12=Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale. AUDIT-C=Alcohol Use Disorders Identification Test. ZAPA=Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung- Qualität aus Patient:innenperspektive; höhere Werte bedeuten höhere Zufriedenheit mit der erhaltenen Versorgung.

Tabelle 2-4 Ergebnisse der binären sekundären Endpunktanalyse als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten.

	CSC		TAU		CSC vs. TAU			
	n/N	**%**	**n/N**	**%**	**Adjustiertes Odds Ratio (95% KI)**	***P*-Wert**	**Interaktions-p-Wert: Gruppe x Zeit**	**IKK**
PHQ-PaniK Modul (Remission)	11/21	52.4	7/10	70.0	0.47 (0.21, 1.07)	0.071	0.823	0.203
Störungsspezifische Remission[a]								
Schweregrad der Depression, PHQ-9*	44/123	35.8	29/111	26.1	2.13 (1.10, 4.11)	**0.025***	-	0.023
Schweregrad der Angststörung, GAD-7	65/122	53.3	54/111	48.7	2.64 (1.21, 5.74)	**0.014***	0.000	0.000
Schweregrad somatischer Symptome, PHQ-15	82/122	67.2	54/111	48.7	4.88 (1.87, 12.77)	**0.001***	0.000	0.504
Psychische Belastung im Zusammenhang mit somatischen Symptomen, SSD-12*	59/77	76.6	65/81	80.3	1.13 (0.46, 2.79)	0.792	-	0. 035
Symptome der alkoholbezogenen Störung, AUDIT-C	100/122	82.0	92/111	82.9	2.63 (1.48, 4.67)	0.001	0.265	0.000
Störungsspezifische Response[b]								
Depression severity, PHQ-9	63/122	51.6	35/109	32.1	2.98 (1.40, 6.34)	**0.005***	0.000	0.397
Schweregrad der Angststörung, GAD-7*	74/121	61.2	49/107	45.8	1.53 (0.88, 2.65)	0.131	-	0.000
Schweregrad somatischer Symptome, PHQ-15	64/121	52.9	40/110	36.4	1.09 (0.66, 1.78)	0.739	0.055	0.403
Psychische Belastung im Zusammenhang mit somatischen Symptomen, SSD-12	36/75	48.0	24/75	32.0	2.61 (1.09, 6.26)	**0.031***	0.004	0.000
Symptome der alkoholbezogenen Störung, AUDIT-C	39/100	39.0	26/94	27.7	1.83 (1.16, 2.90)	0.010	0.439	0.000

Anmerkung. Ergebnisse werden angezeigt als n/N (%) und adjustierte OR=odds ratios mit 95% KIs unter Verwendung der ITT-Stichprobe für Patient:innen mit mindestens einer Folgemessung nach Baseline. Für die binäre sekundäre Endpunktanalyse wurde eine gemischte logistische Regression mit Gruppe und Zeit als feste Effekte, Praxis und Patient:innen als zufällige Effekte und dem Baselinewert als Kovariate durchgeführt. *modifizierte gemischte logistische Regression fitted pro Zeitpunkt. [a]Remission= Wert unter dem jeweiligen klinischen Cut-off-Wert des störungsspezifischen Instruments: PHQ-9 Summenwert<5; GAD-7 Summenwert<5; PHQ-15 Summenwert<9; SSD-12 Summenwert<23; AUDIT-C Summenwert <4 (Frauen)/ <5 (Männer). [b]Response=mindestens 50% Reduktion des Summenwerts auf dem störungsspezifischen Instrument. KI=Konfidenzintervall. IKK=Intraklassenkorrelationskoeffizient. CSC=Interventionsgruppe; TAU=Kontrollgruppe. PHQ-9=Patient Health Questionnaire-9. GAD-7=Generalized Anxiety Disorder Scale-7. PHQ-15=Patient Health Questionnaire-15. SSD-12=Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale. AUDIT-C=Alcohol Use Disorders Identification Test.

AP1a: Kosteneffektivität. Die adjustierten Gesamtkosten während des 24-monatigen Beobachtungszeitraumes aus gesellschaftlicher Perspektive der CSC-Gruppe waren statistisch **signifikant nicht unterschiedlich** zu den Gesamtkosten der TAU-Gruppe (+2005 €; p = 0,819); die adjustierten qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALYs) unterschieden sich ebenfalls nicht (+0,01; p = 0,552). Die unadjustierte inkrementelle Kosten-Effektivitätsrelation (IKER) des CSC-Modells betrug 566.761 € pro zusätzlichem QALY. Die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität des CSC-Modells betrug 16% bei einer Zahlungsbereitschaft von 0 € pro zusätzlichem QALY und stieg mit steigender Zahlungsbereitschaft bis auf 24% bei einer Zahlungsbereitschaft von 50.000 € pro zusätzlichem QALY an (Abbildung 4). Adjustierte Mittelwerte der Kosten und QALYs der CSC- und TAU-Gruppe sowie adjustierte Unterschiede zwischen den Gruppen und dazugehörige p-Werte befinden sich in Tabelle 2-5.

Sensitivitätsanalysen umfassten die Betrachtung von Kosten aus Kostenträgerperspektive, QALYs auf Grundlage des SF-6D und der visuellen Analogskala des EQ-5D-5L (EQ-VAS) als Gesundheitseffektmaß. Keine der Sensitivitätsanalysen zeigte signifikante Unterschiede bei den adjustierten Gesamtkosten und den QALYs zwischen der CSC und der TAU-Gruppe, sodass auch keine hohe Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität pro zusätzlichem QALY von CSC dargestellt werden konnte (Abbildung 4)

Tabelle 2-5 Adjustierte[¶] Unterschiede zwischen der CSC- und TAU-Gruppe in den Mittelwerten der Kosten (nach Kostenkategorie) und Gesundheitseffektmaße während des 24-monatigen Beobachtungszeitraumes

Kostenkategorie / Gesundheitseffektmaß: Mittelwert (SE)	**CSC-Gruppe (n=307)**	**TAU-Gruppe (n=308)**	**Unterschied CSC-TAU**	***P*-Wert**
Krankenhaus- und Rehabilitationsleistungen	2572€ (412€)	2940€ (425€)	−368€ (526€)	0,484
Ambulante ärztliche Leistungen	3441€ (169€)	2775€ (171€)	666€ (220€)	0,002
Ambulante nichtärztliche Leistungen	244€ (26€)	280€ (29€)	−36€ (40€)	0,372
Hilfsmittel	14€ (3€)	15€ (2€)	−1€ (3€)	0,780
Medikamente	455€ (58€)	422€ (47€)	32€ (66€)	0,625
Pflegerische Leistungen	421€ (848€)	820€ (1587€)	−399€ (929€)	0,667
Indirekte Kosten	31.906€ (2940€)	30.507€ (2797€)	1399€ (4538€)	0,758
Absentismus	11.124€ (1647€)	9773€ (1659€)	1351€ (2318€)	0,560
Präsentismus	21.206€ (2176€)	21.239€ (2126€)	−32€ (3431€)	0,993
Gesamtkosten (KP)[&]	6947€ (467€)	6474€ (486€)	443€ (625€)	0,449
Gesamtkosten (GP)[&]	37.927€ (1855€)	35.922€ (2035€)	2005€ (2891€)	0,488
QALY (EQ-5D-5L)	1,70 (0,02)	1,69 (0,03)	0,01 (0,02)	0,552
QALY (EQ-VAS)	1,36 (0,02)	1,35 (0,02)	0,02 (0,03)	0,626
QALY (SF-6D)	1,39 (0,01)	1,39 (0,01)	−0,00 (0,02)	0,819

KP: Kostenträgerperspektive, GP: gesellschaftliche Perspektive, SE: Standartfehler, QALY: qualitätsadjustiertes Lebensjahr, CSC: gestufte und koordinierte Versorgung, TAU: Regelversorgung

¶ Kontrolliert für Geschlecht, Alter, berufliche Stellung, Hauptdiagnose, Anzahl der Komorbiditäten, Studieneinschluss vor oder nach Beginn der COVID-19 Pandemie, sowie den Ausgangswerten der psychischen Summenskala des SF-36 und entsprechenden Kosten bzw. Gesundheitseffekte zu Baseline durch ein two-part Modell/generalisiertes lineares Modell mit robusten Standardfehlern

& Einschließlich Interventionskosten

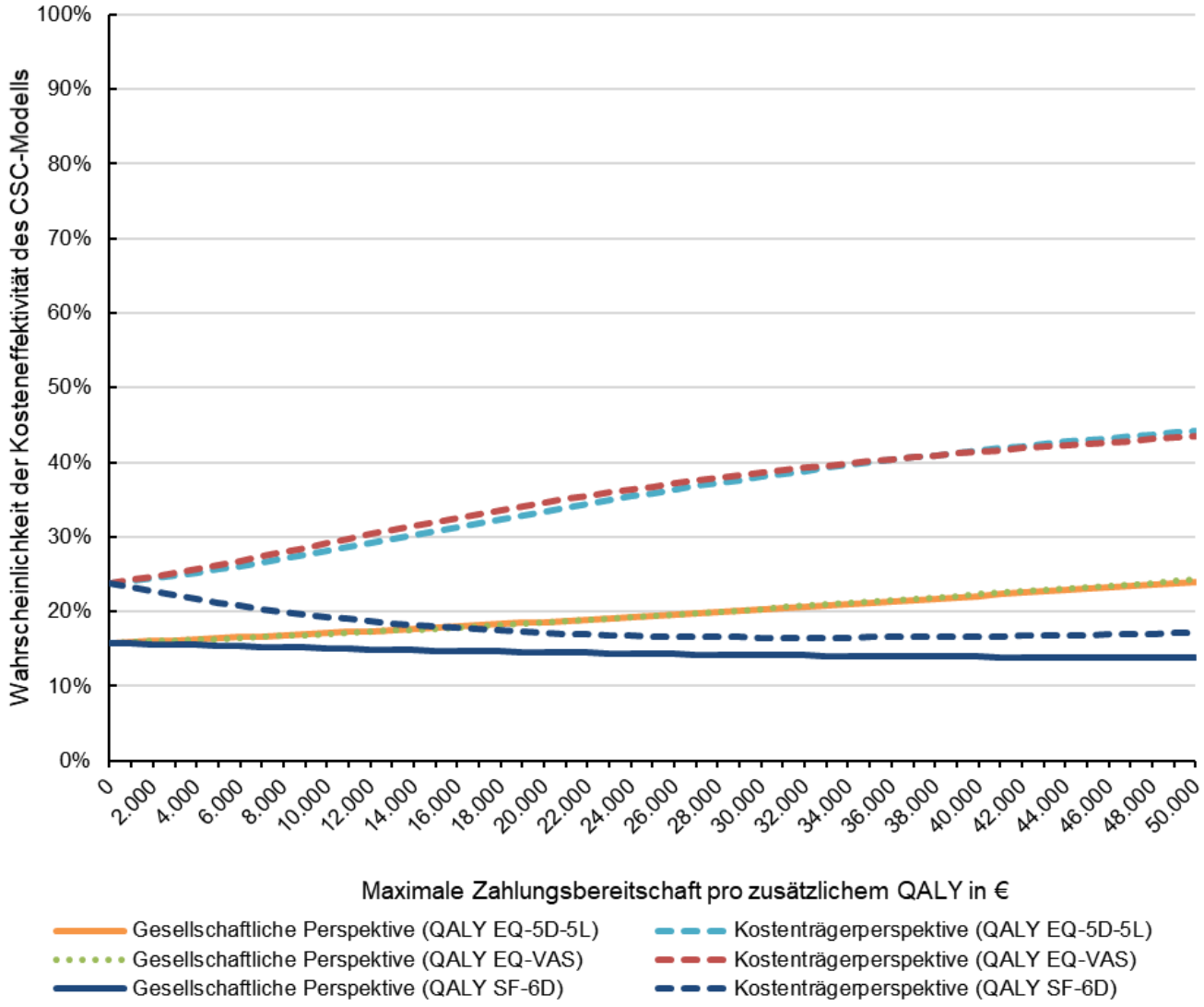

Abbildung 4 Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität¶ des CSC-Modells verglichen mit TAU für unterschiedliche Schwellenwerte für die maximale Zahlungsbereitschaft pro zusätzlichem QALY während des 24-monatigen Beobachtungszeitraumes

QALY: qualitätsadjustiertes Lebensjahr, CSC: gestufte und koordinierte Versorgung, TAU: Regelversorgung

¶ Kontrolliert für Geschlecht, Alter, berufliche Stellung, Hauptdiagnose, Anzahl der Komorbiditäten, Studieneinschluss vor oder nach Beginn der COVID-19 Pandemie, sowie den Ausgangswerten der psychischen Summenskala des SF-36 und Kosten zu Baseline durch ein lineares Regressionsmodell mit robusten Standardfehlern

AP1b: Analyse der Behandlungspfade. Tabelle 2-6 zeigt die Ergebnisse der Behandlungspfadanalyse. Die Ergebnisse zeigen, dass die IG bereits zu T1 signifikant bedarfsgerechter und leitliniengerechter versorgt wurde (72% der IG (n=199) und die empfohlenen Behandlungsmaßnahmen erhielt vs. 27% der KG-Gruppe (n=164)). Innerhalb von 6 Monaten stieg dieser Wert in der IG auf 73% (n=179) an (KG 21%, n=113). Besonders Patient:innen mit

mittlerem Schweregrad wurden bedarfsgerechter zu T1 (IG 81% vs. KG 31%) und zu T2 (IG 81% vs. KG 26%) versorgt.

Tabelle 2-6 Empfehlungen und erhaltene Behandlungen 3 und 6 Monate nach Baseline

	COMET		**TAU**	
Behandlung	**empfohlen und erhalten zu T_1 N=200**	**empfohlen und erhalten zu T_2 N=189**	**empfohlen und erhalten zu T_1 N=171**	**empfohlen und erhalten zu T_2 N=169**
keine	**9% 18 (n=200)**	**3% 5 (n=189)**	**48% 82 (n=17)**	**23% 39 (n=169)**
Step I (leicht)*	53% 18 (n=34)	48% 15 (n=31)	35% 34 (n=96)	23% 21 (n=90)
Step II (mittel)*	80% 136 (n=169)	83% 131 (n=158)	36% 27 (n=75)	49% 21 (n=43)
Step III (schwer)*	**8% 1 (n=12)**	**25% 3 (n=12)**	**0% 0 (n=9)**	**14% 2 (n=14)**
Keine Angabe	1% 2 (n=200)	15% 10 (n=200)	4% 6 (n=171)	30% 51 (n=171)
mind. 1 Empfehlung + Intervention	**71% 142 (n=200)**	**73% 138 (n=200)**	**26% 44 (n=200)**	**21% 35 (n=171)**

* **Leicht**: Psychosoziale Basisversorgung durch HÄ, Bibliotherapie, internetbasierte Selbsthilfe, alkoholbezogene Kurzintervention; **Mittel:** Psychotherapie oder Pharmakotherapie; **Schwer:** Intensivierte Therapie wie Psychotherapie und Pharmakotherapie, (teil-)stationärer Aufenthalt, Suchtberatung

AP1c und AP3: Evaluation eDiagnostic-Tool und des Netzwerks. An der **Evaluation des eDiagnostic-Tools** (**AP1c** eingebettet in AP3) nahmen n=24 Hausärzt:innen teil. Deskriptive Auswertungen ergaben, dass die Mehrheit der Behandelnden das eDiagnostic-Tool anwenderfreundlich, passend zu den Beschwerden der Patient:innen, hilfreich zur Diagnosestellung, intuitiv und sinnvoll empfanden. Als erschwerend wurden vorwiegend technische Schwierigkeiten (z.B. WLAN, Störanfälligkeit des Programms) sowie der erhöhte Zeitaufwand genannt.

Die Datenerhebung mittels einer postalischen quantitativen **Befragung zur Akzeptanz und Zufriedenheit** aller Behandelnden (**AP3**) fand im Zeitraum von im April bis November 2021 statt. Angeschrieben wurden n=34 Haus-

ärzt:innen der IG und KG (AP1c), n=20 Psychotherapeut:innen, n=3 Psychiater:innen, n=2 (teil-)stationäre Einrichtungen sowie n=14 Nicht-Teilnehmer:innen bzw. Aussteiger (Hausärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Psychiater:innen). Nachfolgend berichtet werden die vorläufigen Ergebnisse der deskriptiven Auswertung. Die finale grafische Aufbereitung der Ergebnisse ist zum Zeitpunkt der Berichtvorlegung noch nicht abgeschlossen. Nach zwei Reminder durch das Studienteam nahmen schlussendlich n=24 Hausärzt:innen (davon n=4 Nichtteilnehmer:innen) und n=23 Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen (davon n=3 Nichtteilnehmer:innen) an der Befragung teil. Die Teilnahmemotivation an der COMET-Studie war bedingt durch: Möglichkeit zur besseren Vernetzung mit Mitbehandelnden, Weiterbildung, Verbesserung der Patientenbehandlung (z.B. Weitervermittlung) sowie Interesse an Forschung. Die Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzt:innen und Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen war eher zufriedenstellend, während die Vernetzung mit (teil)stationären Einrichtungen gar nicht stattgefunden habe. Als Herausforderungen wurden die schlechte Erreichbarkeit der Kolleg:innen, fehlende finanzielle Honorierung und Zeitmangel genannt. Als Verbesserungsmöglichkeiten wurde die Aufnahme von weiteren Diagnosen (z.B. Persönlichkeitsstörungen), Fortführung der Online-Terminplattform sowie höherfrequentierte Netzwerktreffen genannt. Insgesamt war der Großteil der Befragten der Interventionsgruppe (80-90%) mit dem COMET-Netzwerk zufrieden, sahen ihre Erwartungen an das Netzwerk erfüllt und würden dieses ihren Kolleg:innen weiterempfehlen.

AP2: Systematische Übersichtsarbeit. Um einen ersten Überblick zu bekommen, wurde ein Literaturreview in PubMed durchgeführt. Dabei wurden Artikel berücksichtigt, die im Zeitraum von 2017-2022 in begutachteten Fachzeitschriften veröffentlicht wurden. Eingeschlossene Studien untersuchten kooperative (engl. *collaborative*) Versorgungsmodelle für psychische Erkrankungen in hausärztlichen Settings und mussten mindestens einen förderlichen oder hinderlichen Faktor für die Implementierung berichtet haben. Basierend auf neun von 16 Artikeln wurden **förderliche und hinderliche Faktoren** innerhalb der folgenden Domänen identifiziert: strukturelle Faktoren, Kompetenzen und Ausbildung des Personals sowie interprofessionelle Kommunikation. Wichtige Faktoren im Zusammenhang mit der Struktur waren Zeitdruck, hohe Arbeitsbelastung, hohe Fluktuation und unzureichende Anreize. In Bezug auf die Ausbildung des Personals wurden unklare Zuständigkeiten, unzureichendes Wissen über psychische Erkrankungen als hinderlich und eine umfassende Ausbildung und kontinuierliche Unterstützung durch erfahrene Kolleg:innen als förderlich identifiziert. In Bezug auf die interprofessionelle Kommunikation wurden geografische Nähe, die Bedeutung des persönlichen Kontakts und (geteilter) Online-Dokumentationsysteme als relevante Determinanten identifiziert.

In einem zweiten Schritt wurde zur Beantwortung derselben Fragestellung ein umfangreiches, **systematisches Literaturreview** durchgeführt. Insgesamt wurden sechs Datenbanken durchsucht (n=11.015 Treffer; 07/2023):

MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library, PSYNDEX und PsycINFO. Davon wurden n=398 durch zwei Wissenschaftler:innen im Volltext gescreent und n=56 Studienreports vorerst eingeschlossen. Die Qualitätsbewertung der Studien mithilfe des Mixed Methods Appraisal Tools (MMAT) sowie die Evidenzsynthese anhand der TICD Checklist ist zum Zeitpunkt der Berichtvorlegung noch nicht abgeschlossen. Weitere Details zur Planung und Methodik (z.B. Einschluss- u. Ausschlusskriterien) sind dem Studienprotokoll zu entnehmen (PROSPERO Registrierung ID: CRD42023466908).

AP4: Identifikation von förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Implementierung von CSC-Modellen in Deutschland (SWOT-Analyse). Für eine Implementierung von CSC-Modellen im deutschen Versorgungskontext wurden folgende Determinanten im Sinne von förderlichen und hinderlichen Faktoren identifiziert.

Leitlinienfaktoren [engl.: *guideline factors*]. Die Umsetzung einer gestuften und koordinierten bzw. integrierten Versorgung (CSC) kann durch die Nutzung bereits bestehender und etablierter Versorgungsstrukturen erleichtert werden. Dies inkludiert die Nutzung etablierter, lokaler Netzwerke und Kooperationen (z.B. von Behandelnden, Kliniken und Instituten), von gültigen Selektivverträgen und die Integration bestehender, spezifischer Professionen (z.B. MFA) zur Behandlungskoordination. Darüber hinaus kann es von Vorteil sein, weitere Berufsgruppen (z.B. Therapiebegleiter:innen, Gesundheits- u. Pflegekräfte) in die Behandlungsroutine zu integrieren, um v.a. Hausärzt:innen zu entlasten. Der große Unterstützungsbedarf der Hausärzt:innen äußerte sich z.B. in der Notwendigkeit des Einsatzes von Studienmitarbeitenden für die praktische Durchführung von CSC in den verschiedenen Studien. Neben der nationalen und internationalen Evidenz und Leitlinienempfehlung ist für eine erfolgreiche Um-setzung eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen sowie eine stetige Qualitätssicherung (z.B. umfassendes Monitoring), ob die indizierten Behandlungen tatsächlich durchgeführt werden, unabdingbar. Auch wenn in den meisten Hamburger Studien kein wesentlicher Unterschied bei der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Symptombelastung oder teilweise auch der Kosten-Effektivität festgestellt wurde, ist es überwiegend gelungen, die CSC-Modelle im Rahmen der Studien erfolgreich zu umzusetzen und zu erproben. Ferner gibt es Hinweise darauf, dass Patient:innen in der CSC-Gruppe häufiger eine fachspezifische Behandlung erhielten als in der Routineversorgung.

Behandler:innenfaktoren [engl.: *health professional factors*]. An CSC-Modellen teilnehmende Behandelnde (Psychotherapeut:innen, Hausärzt:innen, Psychiater:innen) äußerten positive Einstellungen sowie eine hohe Zufriedenheit mit und Akzeptanz von CSC-Modellen und sind davon überzeugt, dass durch CSC die Patient:innenversorgung verbessert werden kann. Nichtdestot-rotz erschweren mangelnde zeitliche Ressourcen (z.B. fehlende Kapazitäten der Psychotherapeut:innen im Netzwerk), nicht ausreichend attraktive finanzielle Anreize (z.B. spezifische Abrechnungsziffern für Gespräche, Aufwand für Kooperation), der Mehraufwand (z.B. durch vermehrte

Absprachen bei Kooperationen, Monitoring, Studienteilnahme) sowie die geringe Teilnahmemotivation (z.B. für eine Studienteilnahme, Gewinnung von Patient:innen) die Umsetzung von CSC. Wissens- und Erfahrungsdefizite (z.B. bei der Diagnostik psychischer Störungen) von Hausärzt:innen erschweren die uneingeschränkte Durchführung und anschließende Implementierung von CSC in die Regelversorgung.

Patient:innenfaktoren [engl.: *patient factors*]. Förderlich für die Umsetzung von CSC ist die von Patient:innen berichtete vertrauensvolle Beziehung zu ihren Hausärzt:innen und sowie eine überwiegend positive Einstellung bzgl. des interdisziplinären Aus-tauschs und Zusammenarbeit zwischen Mitbehandelnden. Erschwerend für eine Einleitung der Weiterbehandlung nach den Rationalen von CSC sind die auf Seiten der Patient:innen wahrgenommenen Hürden der Kontaktaufnahme bzw. Beginn einer Behandlung . Für eine erfolgreiche Weitervermittlung ist es förderlich, dem Unterstützungsbedarf der Patient:innen bei der Behandlungsinitiierung (z.B. durch die Hausärzt:innen) zu entsprechen und sie zu ermutigen (z.B. durch Symptomscreening), ihre psychischen Probleme v.a. bei ihren Hausärzt:innen anzusprechen. Darüber hinaus wurden Patient:innenfaktoren identifiziert (z.B. hohe Eigenständigkeit, junges Alter, geringe Symptomschwere), die die Behandlungsaufnahme sowie die durch CSC geförderte, leitliniengerechte Behandlungsinanspruchnahme erleichtern.

Interprofessionelle Zusammenarbeit [engl.: *professional interactions*]. Als förderlich wurden eine hohe Zufriedenheit mit den CSC-Netzwerken und einzelnen Elementen des Netzwerks (z. B. Austausch über Kurzberichte, Verzeichnis aller Netzwerkpartner) sowie positive Erfahrungen mit der interprofessionellen Zusammenarbeit (z. B. verbesserte Weitervermittlung innerhalb des Netzwerks, verstärkter persönlicher Kontakt) von Behandelnden genannt. Nichtdestotrotz ist die Umsetzung von CSC insbesondere durch Probleme in der interprofessionellen Zusammenarbeit gefährdet. Dies beruht sowohl auf internen Faktoren wie mögliche negative Einstellungen und fehlende Erfahrungen (z.B. Vorurteile gegenüber anderen Professionen und Interessenkonflikte) als auch auf externen Faktoren (z.B. fehlende, erschwerte Kommunikationswege, fragmentierte Versorgungs-struktur). Die Rolle der Hausärzt:innen als Gatekeeper wurde als förderlich und essentiell für CSC erwähnt; dennoch ist zu hinterfragen, ob diese feste Patient-Hausarzt-Beziehung die Versorgungsrealität von Patient:innen noch ausreichend entspricht und damit eine Implementierung nicht doch erschwert ist.

Ressourcen und Anreize [engl.: *resources and incentives*]. Die regionale Umsetzung von CSC kann durch die Bereitstellung ausreichender Ressourcen (z.B. Stellen für (akademisierte) Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Einsatz von Care Managern, schnellerer Zugang zu Psychotherapie) erheblich erleichtert werden. Dazu gehört auch die Überbrückung regionaler Versorgungslücken, z. B. durch eine bessere, transparentere Kapazitätsplanung und verbesserte Auslastung der Kassensitze bzw. die verstärkte Bereitstellung von e-mental health Angeboten / digitaler Psychotherapie. Wesentliche Barrieren für die Umsetzung von CSC stellen die fehlenden Res-

sourcen und Anreize im deutschen Gesundheitswesen (z.B. Personalmangel, Zeitmangel, fehlende Abrechnungsmöglichkeiten, finanzielle Anreize) dar. Daher ist es entscheidend, den zeitlichen und arbeitsbezogenen Arbeitsaufwand für Hausärzt:innen und andere Netzwerkpartner:innen so gering wie möglich zu halten, den Mehrwert durch interprofessionelle Zusammenarbeit sichtbar zu machen und diesen Mehraufwand ausreichend zu vergüten.

Potentiale zur organisationalen Veränderung [engl.: *capacity for organizational change*]. Die Motivation relevanter Akteure des Versorgungsystems (z.B. Hausärzt:innen, Krankenkassen, Kassen-ärztliche Vereinigung) zur Verantwortungsübernahme und Steuerung einer Veränderung in der Routine-versorgung bzw. Verstetigung von CSC stellt die Grundlage für eine erfolgreiche Implementierung dar.

Gesellschaftliche, politische und rechtliche Faktoren [engl.: *social, political and legal factors*]. Krankheitsschwere (z.B. Chronifizierung, Komorbiditäten) und (Angst vor) Stigmatisierung verzögern bzw. hindern den Zugang zu ambulanter, leitliniengerechter Versorgung, Beratungsangeboten und Selbsthilfegruppen und damit auch zu CSC. Fehlende Leitlinien für Zusammenarbeit [engl.: *collaboration*] bei psychischen Störungen zwischen Hausärzt:innen und anderen Professionen sowie fehlende Leitlinien für die Behandlung von Komorbiditäten erschweren die CSC-Implementierung. Hindernde (z.T. nicht der Evidenz entsprechende) sowie fehlende rechtliche Vorgaben für die Gesundheitsversorgung wurden als maßgebliche Barrieren der CSC-Implementierung benannt. Die Umsetzung von CSC kann durch Gesetzesänderungen (hier z.B. bzgl. RECOVER: Änderungen in §115d SGB V, KSVPsych-RL, DVG) erheblich erleichtert werden. Als hinderlich wurden ferner die kurzen Förderperioden (dadurch Implementierung und Evaluation häufig gemeinsam) sowie die Förderbedingungen und -landschaft in Deutschland allgemein benannt.

AP5: Entwicklung von Implementierungsempfehlungen. Vorbereitend auf den Abschlussworkshop, wurden zunächst die Ergebnisse des AP4 auf der Grundlage von AP2 und Ergebnissen der COMET-Prozessevaluation durch das Projektteam gewichtet und daraus Kernaussagen abgeleitet:

- Behandler:innen haben eine positive Einstellung und formulieren eine hohe Akzeptanz gegenüber CSC-Modellen und sind davon überzeugt, dass durch CSC die Patient:innenversorgung relevant verbessert werden kann.
- Wesentliche Barrieren für eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen von CSC sind die mangelnde Verfügbarkeit von Zeit, fehlende finanzielle Anreize, fehlende praxisüber-greifende (webbasierte) Kommunikationstools sowie Skepsis bzw. fehlendes Vertrauen zwischen verschiedenen Professionen.

- Die Verstetigung innovativer Versorgungsmodelle kann nur durch die aktive Verantwortungsübernahme aller relevanten Akteur:innen des Versorgungssystem gelingen.
- Strukturelle Probleme (z.B. Zugang, Wartezeit für Psychotherapie oder für fachärztliche Termine) sowie fehlende Ressourcen (Vergütung, Personal) des deutschen Gesundheitssystems erschweren die erfolgreiche Umsetzung von CSC.
- Die Evidenz bzgl. der Wirksamkeit von CSC auf patientenberichtete Endpunkte sowie bzgl. der Kosten-Effektivität ist bei den bisher durchgeführten Hamburger Projekten noch unsicher, international jedoch überzeugend. Um die Wirksamkeit von CSC weiter zu evaluieren, könnte die Implementierung eines CSC-Modells oder von einzelnen CSC-Elementen auch in anderen Versorgungssettings als in der hausärztlichen Primärversorgung (z. B. in ambulanten Versorgungszentren) erprobt werden.

Am Abschlussworkshop zur Entwicklung von Implementierungsempfehlungen nahmen drei Krankenkassenvertreter:innen, zwei Vertreter:innen der Psychotherapeutenkammer, eine Vertretung der Ärztekammer, eine Vertretung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburgs, eine Vertretung aus der Politik, zwei Patientenvertreter:innen, zwei Psychotherapeut:innen, ein Psychiater, eine Hausärztin, zwei Klinikdirektionen, Vertreter:innenen des IVPNetworks, von der Firma GAIA, von der strategischen Unternehmensentwicklung am UKE sowie vier CSC-Forschende teil. Die abgeleiteten Schlussfolgerungen wurden während des 3-stündigen Abschlussworkshops in drei Kleingruppen mit jeweils n=6-9 Personen diskutiert und anschließend im Plenum bis zur Konsensfindung (> 75% Zustimmung) modifiziert. Nach dem Workshop wurden offen gebliebene Diskussionspunkte und Formulierungsvorschläge vom Projektumgesetzt, zur Überprüfung an alle teilnehmenden Stakeholder versendet und um schriftliche Rückmeldung gebeten. Als finales Ergebnis wurden sechs umfassende Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen für eine CSC-Implementierung verabschiedet:

1. Die Evidenz für die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von CSC-Modellen, insbesondere bei Patient:innen mit depressiven und Angststörungen sowie die Erfahrungen bei der Erprobung von CSC-Modellen im Rahmen der Hamburger Projekte sprechen für einen Transfer in die Regelversorgung.
2. Die interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit soll durch den Aufbau, Steuerung und Formalisierung lokaler Behandler:innennetzwerke und mögliche weitere Ansätze (z. B. psychosozial geschulte Gesundheitsberufe als Care Manager, Peer Berater:innen, Unterstützung des digitalen Informationsaustausches) umgesetzt werden.
3. Eine erfolgreiche CSC-Umsetzung kann gelingen, wenn klare Verantwortlichkeiten festgelegt werden und eine organisierende, steuernde Einheit gebildet wird, die die Netzwerkbildung begleitet und kontinuierlich überprüft (Qualitätssicherung). Dafür ist es notwendig, dass eine organisationale Erweiterung des Versorgungsystems in Richtung CSC angestoßen wird.

4. Durch themenspezifische Fortbildungsangebote (z.B. regelmäßige Qualitätszirkel, Inter- bzw. Supervisionen, Seminare, Vorträge) sollen das gegenseitige Verständnis sowie Kompetenzen der Netzwerkpartner:innen (z.B. hinsichtlich Erkennen, Diagnostik, Komorbidität, Intervention) aktiv gestärkt werden.
5. Psychoedukative und die Gesundheitskompetenz unterstützende Maßnahmen sollen allen, insbesondere benachteiligten Patient:innen, den Zugang zu einer adäquaten Versorgung erleichtern. Patient:innen sollen gezielt ermutigt werden, ihre psychischen Probleme frühzeitig im Netzwerk, v.a. auch bei ihren Hausärzt:innen, anzusprechen und das Vertrauen der Patient:innen in die interprofessionelle Zusammenarbeit von verschiedenen Behandelnden soll gestärkt werden.
6. Die Umsetzung von regionalen CSC soll durch ausreichende Ressourcen (z.B. Einsatz von Care Manager, schnellerer Zugang zu Psychotherapie, Vergütung von Zusammenarbeit) unterstützt und gesteuert werden. Dazu gehört auch die Überbrückung regionaler Versorgungslücken, z. B. durch die gezielte Navigation anhand von Versorgungsstufen, die Auslastung der Kassensitze und deren bedarfsgerechte Weiterentwicklung oder die verstärkte Bereitstellung von e-mental-health Angeboten. Der administrative zeitliche und arbeitsbezogene Arbeitsaufwand für Netzwerkpartner soll so effizient wie möglich gehalten und der Mehrwert durch die interprofessionelle Zusammenarbeit sichtbar gemacht werden.

Eine zusammenfassende Gegenüberstellung der Ziele und Ergebnisse von I-COMET sind der nachfolgenden Tabelle 2-7 zu entnehmen.

Tabelle 2-7 Gegenüberstellung der Ziele und Ergebnisse von I-COMET

Ziele	Ergebnisse (Details siehe Kapitel 2.6)
Evaluation der langfristigen Wirksamkeit und der Kosteneffektivität von COMET im Vergleich zur Regelversorgung in einem 24-Monats Follow-Up	• In Hinblick auf die primäre Analyse konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe für den Beobachtungszeitraum 24 Monate nach Baseline gefunden werden. Auch weitere Sensitivitätsanalysen und Subgruppenanalysen ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Ergebnisse der Sekundäranalyse hingegen deuteten auf einen leichten Rückgang der Symptomschwere bei Depressions-, somatoformen und Angstsymptomen hin. • Während des 24-monatigen Beobachtungszeitraumes konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe bei den Kos-

	ten aus gesellschaftlicher Perspektive und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gefunden werden. Die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität war gering.
Ziel 2: Analyse der Behandlungspfade und des e-Diagnostic-Tools	• Die Analyse der Behandlungspfade hat ergeben, dass die Interventionsgruppe nach drei und sechs Monaten signifikant bedarfsgerechter und leitliniengerechter versorgt wurde sowie die empfohlenen Behandlungsmaßnahmen erhielt im Vergleich zur Kontrollgruppe. Besonders Patient:innen mit einem mittlerem Schweregrad wurden bedarfsgerechter versorgt. • Deskriptive Auswertungen ergaben, dass die Mehrheit der Behandelnden das eDiagnostic-Tool anwenderfreundlich, passend zu den Beschwerden der Patient:innen, hilfreich zur Diagnosestellung, intuitiv und sinnvoll empfanden. Als erschwerend wurden vorwiegend technische Schwierigkeiten sowie der erhöhte Zeitaufwand genannt.
Ziel 3: Identifikation von förderlichen und hinderlichen Faktoren für eine Implementierung von gestuften und koordinierten Versorgungsmodellen in die Regelversorgung	• Mithilfe der Literaturübersicht konnten vorläufige förderliche und hinderliche Faktoren für eine Implementierung in den folgenden Bereichen identifiziert werden: strukturelle Faktoren, Kompetenzen und Ausbildung des Personals sowie interprofessionelle Kommunikation. Derzeit findet die Qualitätsbewertung sowie die Evidenzsynthese im Rahmen der angeschlossenen, systematischen Literaturübersichtsarbeit statt. • Die mehrstufige, gruppenbasierte qualitative Analyse der sechs Hamburger CSC-Studien ergab wesentliche Determinanten der Implementierung, sowohl förderliche als auch hinderliche, innerhalb der sieben TICD Domänen Domänen: Leitlinienfaktoren, Behandler:innenfaktoren, Patient:innen-faktoren, interprofessionelle Zusammenarbeit, Anreize und Ressourcen, Potentiale zur organisationalen Veränderungen sowie gesellschaftliche, politische und rechtliche Faktoren.
Ziel 4: Entwicklung von Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von CSC	• Auf der Grundlage der Ausarbeitung in AP2 und AP4 wurde ein Abschlussworkshop mit Leistungserbringern, Leistungsträgern sowie weiteren Akteuer:innen der Versorgungslandschaft durchgeführt und Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen für eine Implementierung von CSC in die Regelversorgung formuliert, diskutiert und modifiziert.

	• Als finales Ergebnis wurden sechs umfassende Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen für eine CSC Implementierung in Deutschland verabschiedet.

Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung

Mit der von November 2020 bis Januar 2021 durchgeführten Vorbefragung (WP 1A - WP 4A)-konnten Daten und Erkenntnisse zum Wissen der Hamburger Bevölkerung zur Notfallversorgung und zur intendierten Inanspruchnahme bei akuter Symptomatik gewonnen werden. Wissenslücken hinsichtlich der Angebote der Notfallversorgung und eine defizitäre ‚Notfallkompetenz' (z.B. hinsichtlich der Frage, was einen Notfall kennzeichnet) konnten identifiziert werden, ebenso Unterschiede in der intendierten Inanspruchnahme in Abhängigkeit von Merkmalen der Vignette und der Befragten. Darüber hinaus wurden Variationen in der Wahrnehmung der Dringlichkeit bei Fällen gastrointestinaler Erkrankungen sowie COVID-19 dokumentiert (siehe auch Tabelle 2-8).

Die Hauptbefragung mit N=2.404 (WP 1B – WP 4B) fand zwischen November und Dezember 2021 statt und stand weniger stark unter dem Einfluss der Pandemie. Sie befasste sich unter anderem mit Überzeugungen und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Notaufnahmen, der Wahrnehmung von Dringlichkeiten sowie mit Fragen nach Muster und Angemessenheit der Inanspruchnahme von Notfall- und Akutmedizin bei gastrointestinalen und psychischen Krankheitssymptomen. Erkenntnisse zu Überzeugungen hinsichtlich Zugänglichkeit und Qualität von Notaufnahmen helfen dabei, Überlastung und inadäquate Inanspruchnahme besser zu verstehen und Interventionsprogramme zielgruppengerecht zu entwickeln. Die unterschiedlichen Muster intendierter Inanspruchnahme legten potenziell inadäquate Inanspruchnahme in beide Richtungen (übermäßige und unterlassene Inanspruchnahme von Notfalleinrichtungen) offen. Die beabsichtigte Inanspruchnahme unterschied sich deutlich in Abhängigkeit der Symptomatik. Der Arztruf 116 117 wurde vergleichsweise selten gewählt, in Bezug auf psychische Beschwerden wurde diese Option so gut wie gar nicht gewählt. Knapp 14% wählten auch bei weniger dringlichen somatischen Beschwerden Einrichtungen der Notfallversorgung (Notaufnahme/ Rettungswagen/ Notfallpraxis). Das galt insbesondere für Männer, Ältere (≥60 Jahre) und Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation. Dagegen zögerte auch ein erheblicher Teil der Befragten, sich abends in dringlichen Fällen an Notfalleinrichtungen oder die 116 117 zu wenden – das traf für somatische und psychische Beschwerden zu. Die Tageszeit war durchgehend ein wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme bei somatischen Beschwerden. Bei psychischen Beschwerden waren die variierten Merkmale in den Fallgeschichten dagegen nicht von Bedeutung. Die generelle Frage, ob die Fallgeschichte einen Notfall abbildet, wurde für beide Dringlichkeiten bei Kindern überproportional bejaht. Befragte mit niedriger Bildung schätzten Fälle mit niedriger Dringlichkeit häufiger als Notfall ein (siehe Tabelle 2-8).

In den drei anschließenden Fokusgruppen (jeweils eine Gruppe mit Patient:innen; Versorger:innen und Entscheider:innen) wurden die Beteiligten mit den Ergebnissen konfrontiert und nach Interpretation und Implikation befragt. Die Patient:innen wünschten sich in ihrer Fokusgruppe eine Sammlung von Kriterien für Notfälle und bessere Informationen zum Notfallsystem sowie zur Notfallnummer 116 117 und deren Abgrenzung zur 112 und einer Notaufnahme. Die Gruppe der Versorger:innen (ambulant und stationär tätige Ärzt:innen, Notfallsanitäter:innen) trat für eine bessere Verbreitung der 116 117 ein sowie für bessere Informationen und Schulungen zu Symptomen, bei denen ein Notfall vorliegt. Laut Entscheider:innen (u.a. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Ärztekammer Hamburg und Leiter:innen von Notaufnahmen) müsste die 116 117 inklusive ihrer Aufgaben und Zuständigkeiten besser verbreitet werden. Dabei sind insbesondere einfache, nachhaltige und immer wieder kehrende Botschaften bzw. Kampagnen zu bevorzugen. Die Klärung der Frage, ob ein Notfall vorliegt oder nicht, sollte im Zweifel am ehesten über 116 117 erfolgen.

Insgesamt erscheint eine verstärkte Aufklärung der Hamburger Bevölkerung über 116 117, aber auch über die angemessene Inanspruchnahme von Einrichtungen der Notfallversorgung (d.h. Notaufnahmen, Rettungsdienst, Notfallpraxen) dringend notwendig. Dabei gilt es, sowohl das Wissen zu Angeboten der Notfallversorgung in Hamburg zu erhöhen als auch bewusst praktizierte inadäquate Inanspruchnahme zu adressieren.

Tabelle 2-8 Gegenüberstellung der vorgegebenen Ziele und erzielten Ergebnisse von HAM-EmCare

Ziel	Ergebnis
Entwicklung der Fallvignetten	• Mit Unterstützung klinischer Expertise aus den betreffenden Fachgebieten wurden Fallvignetten mit Symptomen einer COVID-19-Infektion sowie Symptomen gastrointestinaler und psychischer Erkrankungen entwickelt. • Die gastrointestinalen und psychischen Vignetten wurden für die Hauptbefragung zusätzlich nach Dringlichkeit variiert (hoch/niedrig).
Erstellung der Fragebögen	• Inhalt: Fragen zur Vignette (Erkrankung, Dringlichkeit, intendierte Inanspruchnahme), Wissen zu Notfallversorgung, Einstellungen und Überzeugungen zu Notaufnahmen, Gesundheitskompetenz, Gesundheitsangst, Hausarztbindung, Soziodemografie (computer assisted telephone interview: 15 bzw. 20 Minuten)
Rekrutierung der Stichproben	• Vorbefragung (Zufallsstichprobe): 11/2020 – 01/2022; N=1.207 • Hauptbefragung (Zufallsstichprobe): 11/2021-12/2021; N=2.404
Erfassung und Analyse…	
…des Wissens zu Angeboten der Notfallversorgung.	• Das Wissen über Angebote der Notfallversorgung (inkl. 116 117) ist defizitär und ungleich verteilt. • Niedrige Bildung und Migrationshintergrund sind mit geringerem Wissen assoziiert.
…der subjektiven Notfallkompetenz.	• Im Hinblick auf die Frage, was einen Notfall kennzeichnet, besteht in der Bevölkerung große Unsicherheit.

	• Geringe Notfallkompetenz tritt verstärkt bei Älteren und weniger Gebildeten auf.
…von Überzeugungen zur Zugänglichkeit und Qualität von Notaufnahmen.	• Es bestehen Überzeugungen zu Notaufnahmen, die eine inadäquate (übermäßige) Inanspruchnahme nach sich ziehen. • Diese Überzeugungen sind mit geringer Kenntnis zu Angeboten der Notfallversorgung, geringer Bildung, höherem Alter sowie Migrationshintergrund der ersten Generation assoziiert.
…der subjektiven Wahrnehmung von Dringlichkeit bei gastrointestinalen, psychischen und COVID-19-spezifischen Beschwerden.	• Bei Kindern werden die Beschwerden häufiger als Notfall eingeschätzt. • Befragte mit niedriger Bildung schätzen Fälle mit niedriger Dringlichkeit häufiger als Notfall ein. • Eine COVID-19 Symptomatik wird weniger dringlich eingeschätzt als ein gastrointestinale.
…der intendierten Inanspruchnahme bei einer COVID-19 Symptomatik.	• Unterschiedliche Reaktionen bei Geschlecht und Alter der Vignette trotz gleicher Dringlichkeit; Tageszeit ist ein wichtiger Prädiktor. • Priorisierung der/des Haus-/Kinderärztin/-arztes deutet auf ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten während der Pandemie hin. • Stärkere Verbreitung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (116 117) in unteren Bildungsgruppen erforderlich (z. T. auch bei Menschen mit Migrationshintergrund).
…der intendierten Inanspruchnahme bei gastrointestinalen Erkrankungen.	• Es zeigen sich je nach Vignettenmerkmal große Variationen in der Inanspruchnahme von Notfallversorgung auch bei Fällen vergleichbarer Dringlichkeit. • Potenziell inadäquate Inanspruchnahme bei 14% der Befragten, welche auch in weniger dringlichen Fällen Notfalleinrichtungen potenziell in Anspruch nehmen. • Das gilt insbesondere für Männer, Ältere und Menschen mit Migrationshintergrund (1. Generation)
…der intendierten Inanspruchnahme bei psychischen Erkrankungen.	• Es wird bei dringlichen psychischen Beschwerden häufig zu lange gewartet. • Das gilt insbesondere für höher Gebildete und Menschen ohne Migrationshintergrund. • Die Dringlichkeit ist kaum mit unterschiedlicher Inanspruchnahme assoziiert. • 116 117 spielt keine Rolle
Durchführung von drei Fokusgruppen	• Struktur: jeweils eine Fokusgruppe mit Patient:innen (N=8), Versorger:innen (N=6), Entscheider:innen (N=8) • Zusammenstellung von Implikationen aus Sicht der jeweiligen Gruppen zur Steigerung der Notfallkompetenz und Verbesserung adäquater Inanspruchnahme von Notfallversorgung

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

In **AP1** wurde ein Literaturreview zur Erfassung des aktuellen Forschungsstandes von OGK erstellt, der in den Kriterienkatalog mit einfließen sollte. Das Literaturreview wurde als Scoping Review umgesetzt, um eine möglichst breite Auswahl an Publikationen – inkl. z. B. Handbücher – berücksichtigen zu können. Insgesamt wurden sieben Datenbanken am 03.07.2020 (n=639 Treffer) durchsucht: CINAHL, Cochrane Library, JSTOR, PsycINFO, PubMed, Web of Science Core Collection und Wiley Online Library. Das Literaturreview basiert auf 60 Titeln, die hinsichtlich sechs Forschungsfragen extrahiert und synthetisiert wurden. Das Scoping Review untersucht Kriterien und Konzepte, die gesundheitskompetente Gesundheitsorganisationen charakterisieren, sowie implementierte Instrumente, Prozesse und Akteure, die am Prozess der Entwicklung von OGK beteiligt sind. Die Beantwortung der primären Forschungsfrage diente der Identifikation von Kriterien einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation. Insgesamt 490 Kriterien wurden aus 30 Publikationen extrahiert und auf einem kollaborativen Online-Whiteboard induktiv in sechs Haupt- und 25 Unterkategorien sortiert. Das Scoping Review wurde in der Zeitschrift „BMC Health Services Research“ veröffentlicht (61).

Die in **AP2** als Präsenzveranstaltungen geplanten Workshops mit Gesundheitsorganisationen wurden pandemiebedingt als Videokonferenzen umgesetzt. Die am Projekt beteiligten Organisationen wurden in insgesamt vier Gruppen nach Organisationstyp aufgeteilt. Je Gruppe wurde eine leitfadengestützte Gruppendiskussion durchgeführt. Insgesamt beteiligten sich 27 Vertreter:innen von 24 Organisationen aus der Metropolregion Hamburg an den Workshops. Nach einer thematischen Einführung diskutierten die Teilnehmer:innen zu der vorgegebenen Leitfrage: *„Was muss eine Gesundheitsorganisation haben oder tun, um Menschen dabei zu unterstützen, Gesundheitsinformationen und -angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden?“*. Parallel wurden die Diskussionspunkte auf einer digitalen Pinnwand dokumentiert und für alle Teilnehmer:innen sichtbar über die Videokonferenz geteilt. Die Audioaufzeichnungen der Workshops wurden anschließend transkribiert und induktiv kodiert (qualitative Inhaltsanalyse). Die in **AP1** aus der Literatur extrahierten und die in **AP2** basierend auf den Workshop-Transkripten kodierten OGK-Kriterien wurden übereinandergelegt und es wurde eine Liste von zunächst 75 Kriterien, gegliedert in fünf Hauptkategorien und 17 Subkategorien, synthetisiert. Basierend auf dieser Liste an Kriterien wurde der Delphi-Prozess sowie die Befragung zum aktuellen Stand von OGK in der Hamburger Region (**AP3**) vorbereitet. Im Rahmen des Delphi-Prozesses wurden die Projektorganisationen gebeten einzuschätzen, wie wichtig die 75 Kriterien für ihre eigene Organisation sind. Um die Perspektive der Nutzer:innen einzubeziehen (**AP6**), nahmen außerdem drei Mitglieder aus dem HAM-NET-Erfahrenenbeirat an der Delphi-Befragung teil. Zusätzlich wurde eine weitere Organisation zur Projektmitwirkung gewonnen. Durch den Delphi-Prozess wurden keine Unterschiede in Bezug auf die verschiedenen Organisationstypen erkennbar, die die Basis für einen modularen Aufbau des späteren Reflexionsbogens hätten bilden können. Als Ergebnis des Delphi-Prozesses und einer

internen Revision ergaben sich nach kleineren Anpassungen 75 konsentierte Kriterien. Insgesamt beteiligten sich 22 Organisationen sowie die drei Personen aus dem Erfahrenenbeirat am Delphi-Prozess.

Aus den 75 konsentierten Kriterien wurde ein Fragebogen entwickelt und in **AP3** als Online-Befragung im Zeitraum 22.98.2021-30.11.2021 umgesetzt. Ziel der online-Befragung war die Erfassung des aktuellen Standes von OGK in Hamburg. Nach einem Pretest, zu dem der Erfahrenenbeirat sowie Mitarbeiter:innen des Instituts für Medizinische Soziologie, UKE eingeladen wurden, wurden sprachliche Anpassungen vorgenommen sowie zwei Kriterien in jeweils wiederum zwei weitere Kriterien aufgeteilt. Die finale Online-Befragung umfasste somit 77 Kriterien bzw. Items, die in fünf Hauptkategorien mit insgesamt 17 Unterkategorien gruppiert waren. Diese **77 Kriterien** bilden die vorläufige Version des **Reflexionsbogens zur Verbesserung von OGK**. Im Zuge einer Kaltakquise wurden 134 Gesundheitsorganisationen sowohl für eine eigene Teilnahme als auch für eine Verteilung an Mitgliedsorganisationen kontaktiert. Von den 134 Organisationen stimmten 48 Organisationen einer Einladung zur Befragung zu. Neben diesen 48 Organisationen wurden 28 Projektorganisationen zur Befragung eingeladen. Zusätzlich wurde unter anderem über folgende Kanäle auf die Befragung aufmerksam gemacht: Webseite der Ärztekammer Hamburg, Rundschreiben an Mitgliedskrankenhäuser durch die Hamburgische Krankenhausgesellschaft, Weiterleitung an die Mitgliedsverbände durch die Hamburgische Pflegegesellschaft und Weiterleitung durch die Sozialbehörde an ihre Unterorganisationen. Die finale Stichprobe setzt sich aus n=53 Organisationen zusammen. Damit konnte der ursprünglich geplante Stichprobenumfang erreicht werden. Die Ergebnisse der Befragung sowie erste Schritte einer psychometrischen Testung konnten veröffentlicht werden (62). Die im Rahmen des Projektes erschienene Buchveröffentlichung (63) enthält ein Kapitel (Kapitel 6), in dem der Einsatz der Kriterien in der Praxis beschrieben und die Ergebnisse der Befragung und der psychometrischen Testung dargestellt wird. Als Incentive für die Befragungsteilnahme wurde den Projektorganisationen eine organisationsspezifische Auswertung ihrer Ergebnisse in Kurzberichtsform angeboten. Alle neun Organisationen, die sich für eine Zusammenarbeit in den späteren Arbeitspaketen **(AP4-6)** interessierten, haben der Berichtserstellung zugestimmt. Die Berichte bzw. die Angaben, die die jeweilige Organisation in der Befragung getroffen hat, bieten die Grundlage für die kommende Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung der OGK (**AP4**) und wurden Anfang Februar 2022 verschickt.

Die Kurzberichte dienten als Diskussionsgrundlage für die Workshops zur Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der OGK einer Organisation im Rahmen von **AP4**. Im Zeitraum 28.02.2022-20.09.2022 wurden mehrere online-Workshops Gesundheitsorganisationen durchgeführt. In den Workshops wurde einleitend das Konzept von OGK vorgestellt und auf die Kernergebnisse der Organisation aus der Online-Befragung eingegangen. Ausgehend von Bereichen, in denen die Organisation basierend auf den Befragungsergebnissen Arbeitsbedarf feststellte, wurden Maßnahmen durch die Organisation formuliert. Diese wurden in einem durch das Projektteam entwickelten Aktionsplan skizziert, der während des Workshops auf einer digitalen Pinnwand ausgefüllt

wurde. Der Aktionsplan wurde den Organisationen jeweils zur Fertigstellung zur Verfügung gestellt. Eine zusätzliche Klinik wurde gewonnen, um den Fragebogen auszufüllen (23.12.2022). Mit dieser Klinik wurde weder ein Workshop durchgeführt noch ein inhaltlicher Input durch das Projektteam gegeben. Durch die Klinik wurde daher eine Perspektive gewonnen, wie die Nutzung des Reflexionsbogens ohne Begleitung durch das Projektteam wahrgenommen wird. (Auch den organisationsspezifischen Kurzbericht erhielt die Klinik erst nach dem Interview in **AP5**.) Die im Aktionsplan festgehaltenen Maßnahmen sollten die teilnehmenden Organisationen eigenständig umsetzen.

Um von Gesundheitsorganisationen zu erfahren, wie sie die Nützlichkeit der Kriterien beurteilen, wurden im Rahmen von **AP5** drei leitfadenbasierte Telefon-Interviews mit drei der fünf Organisationen geführt. Das zuvor rekrutierte Krankenhaus, mit dem bereits ein Workshop durchgeführt wurde, entschied sich aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen gegen eine weitere Projektteilnahme bzw. Maßnahmenumsetzung.

Das **AP6** musste inhaltlich neu geplant und gekürzt werden. Das erste Interview sowie der allgemeine Austausch mit den Projektorganisationen zeigten, dass fehlende zeitliche Ressourcen eine große Hürde für die praktische Umsetzung der in AP4 erarbeiteten Maßnahmen darstellten. Grundsätzlich zeigten alle Organisationen eine große Motivation für das Thema OGK, jedoch wurde die Maßnahmenumsetzung im Herbst/Winter 2022 durch die Herausforderungen des Alltagsgeschäfts erschwert, das u. a. (wieder) von der Covid-19-Pandemie und dadurch bedingte personelle Ausfälle geprägt war. Nur eine der Organisationen hat OGK-Maßnahmen umsetzen können. AP6 sah die Bewertung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz durch die Nutzer:innen der Organisationen nach Umsetzung der Maßnahmen vor. Diese Perspektive konnte aufgrund der begrenzt erfolgten Maßnahmenumsetzung nicht erhoben werden. Kompensiert wurde der Wegfall durch einen stärkeren Einbezug des OHL-HAM-Erfahrenenbeirats. Dieser Einbezug erfolgte im Projektverlauf durch:

- Feedback zum Reflexionsbogen im Zuge des Delphi-Prozesses, wobei die Erfahrenen die Kriterien in Form eines Dokuments zur schriftlichen Kommentierung erhielten. Der Erfahrenenbeirat sollte sich dabei in die Lage einer ihnen bekannten Gesundheitsorganisation versetzen und aus dieser Perspektive die Kriterien beurteilen. Mithilfe der Anmerkungen, die im Anschluss gemeinsam mit dem Erfahrenenbeirat besprochen wurden, wurden Kriterien unter Konsens ausgeschlossen, umformuliert, aufgeteilt und ergänzt (AP2).
- Die Teilnahme an einem Pretest der Online-Befragung (AP3) zur Erhebung der aktuellen Verbreitung und Implementierung von OGK in der Hamburger Region. Der Erfahrenenbeirat testete bzw. klickte sich durch den Online-Fragebogen. Im Anschluss wurden einige der Kriterien nochmal umformuliert oder aufgeteilt.

- In einem zweistufigen Feedback-Verfahren mit dem OHL-HAM-Erfahrenenbeirat wurde ein Glossar entwickelt. Das Glossar wurde in den Kriterienkatalog innerhalb der Buchveröffentlichung (63) integriert werden und die Arbeit mit den Kriterien erleichtern. In dem Glossar werden Fachbegriffe (z. B. Leichte Sprache), Sammelbegriffe (z. B. gesundheitsrelevante Lern- und Bildungsangebote), spezifische Anwendungen (z. B. Screenreader) und projektbezogene Begriffe (z. B. Multiplikator:innen) erläutert.
- Die Mitglieder des OHL-HAM-Erfahrenenbeirats verfassten einen Beitrag für die Buchveröffentlichung (AP7, 63), um die Perspektive von Nutzer:innen des Gesundheitswesens einzufangen.

AP7 sah die Ergebnisverwertung und Öffentlichkeitsarbeit vor. Anders als ursprünglich geplant, wurden die zentralen Projektergebnisse nicht nur in Berichtform, sondern als umfassende Buchpublikation veröffentlicht. Das Buch ist in gedruckter Form erschienen, gleichzeitig aber auch als kostenlose verfügbare digitale Version im PDF-Format. Zentraler Bestandteil der Buchpublikation ist der Kriterienkatalog mit dem Reflexionsbogen. Der Reflexionsbogen listet alle Kriterien, geordnet nach den jeweiligen Haupt- und Subkategorien auf und ermöglicht den Organisationen je Kriterium zu erfassen, inwiefern derzeit eine Aktion zur Verbesserung erforderlich ist. Spätere Anwender:innen des Kriterienkatalogs erhalten damit einen Überblick, wie der aktuelle Stand der eigenen OGK ist und können identifizieren, in welchen Bereichen besondere Handlungsbedarfe bestehen, um entsprechende Maßnahmen eigenständig zu entwickeln. Als Handreichung hierzu bietet der Kriterienkatalog ebenfalls eine Anleitung zum Arbeiten mit dem Reflexionsbogen, eine Anleitung zur Auszählung der Eintragungen im Reflexionsbogen, Empfehlungen zur Weiterarbeit mit den Ergebnissen (inklusive einer Vorlage für einen Aktionsplan) und ein Begriffsglossar. Über den Kriterienkatalog hinaus beleuchten andere Kapitel des Buches den organisatorischen Hintergrund zum Projekt, den wissenschaftlichen Hintergrund (eine Aufbereitung des Literaturreviews aus AP1), den Entwicklungsprozess und die praktische Erprobung der Kriterien sowie die Perspektiven von Nutzer:innen und Praxisakteur:innen auf OGK. Die weitere Ergebnisverwertung erfolgte durch Fachpublikationen sowie Vorträge, die in Abschnitt 2.6 gelistet sind.

Tabelle 2-9: Gegenüberstellung der Projektziele und der erzielten Ergebnisse

Ziele	Ergebnisse
Ziel 1: Entwicklung eines Kriterienkataloges zur Bestimmung der Gesundheitskompetenz von Organisationen	• In die Entwicklung des Kriterienkatalogs flossen Ergebnisse des Scoping Reviews (bzw. den dort identifizierten Kriterien, die gesundheitskompetente Gesundheitsorganisationen charakterisieren), der Workshops mit Gesundheitsorganisationen, einer Delphi-Befragung, einem projektinternen Review und einem Pretest zur AP3-Befragung ein. Aus der Liste der Kriterien entstand ein Reflexionsbogen, der Teil des Kriterienkatalogs ist. • Der Reflexionsbogen stellt das zentrale Element des Kriterienkatalogs dar und besteht aus 5 Hauptkategorien, 17 Subkategorien und 77 Kriterien, anhand derer Gesundheitsorganisationen ihre eigene Gesundheitskompetenz bestimmen können. • Weitere Elemente des Kriterienkatalogs sind eine Anleitung zum Arbeiten mit dem Reflexionsbogen inklusive Anleitung zur Auswertung, Empfehlungen zur Weiterarbeit mit den Ergebnissen und ein Glossar.
Ziel 2: Erfassung des aktuellen Standes der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz (OGK) in der Region Hamburg	• Teilnahme von n=53 Gesundheitsorganisationen an einer nicht repräsentativen Online-Befragung • Deskriptiv statistische Auswertung zur Erfassung des aktuellen Standes der OGK • Zusätzliche psychometrische Testung der Kriterien in Verwendung eines Fragebogens anhand der Befragungsdaten • Veröffentlichung der Ergebnisse der Befragung in (62)
Ziel 3: Maßnahmenentwicklung und -implementierung zur Förderung der OGK und deren Evaluation	• Drei Organisationen, die zuvor an der Befragung in AP3 teilnahmen, wurden für Workshops zur Maßnahmenentwicklung gewonnen • Basierend auf organisationsspezifischen Ergebnisberichten, die den Organisationen zuvor zugesendet wurden, sowie einer Ergebnisbesprechung zu Beginn der gemeinsamen Workshops, wurden Maßnahmen mit Hilfe eines Aktionsplans identifiziert. • Die Organisationen waren eigenständig für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich. • In leitfadenbasierten Interviews wurde die Nützlichkeit der Kriterien evaluiert • Das Krankenhaus, das bei dem Workshop zur Maßnahmenentwicklung teilnahm, sagte für die Mitarbeit an zukünftigen Projektschritten ab. Dies konnte für die Evaluation der Nützlichkeit der Kriterien jedoch durch die Rekrutierung einer anderen Klinik kompensiert werden • Die Interviewteilnehmenden berichteten über ihre Erfahrungen mit dem Ausfüllen der Kriterien, der Ergebnisbetrachtung und der Maßnahmenentwicklung und -implementierung. Durch Letzteres konnte auch der Erfolg bzw. Nichterfolg in der Maßnahmenimplementierung in der Evaluation erhoben werden
Ziel 4: Bewertung der Maßnahmen und des Kriterienkataloges durch Nutzer:innen (z. B. Patient:innen, Kund:innen).	• Nach Anpassungen aufgrund der COVID-19 Pandemie erfolgte eine stärkere Einbindung des OHL-HAM Erfahrenenbeirats, um die Nutzer:innenperspektive zu erfassen

	• Eine Bewertung der Kriterien in Form des Reflexionsbogens, der in dem Kriterienkatalog enthalten ist, erfolgte durch die Teilnahme des Erfahrenenbeirats an der Delphi-Befragung. Dies resultierte darin, dass Kriterien unter Konsens ausgeschlossen, umformuliert, aufgeteilt und ergänzt wurden. • Zweistufiges Feedbackverfahren zum Glossar, das in dem Kriterienkatalog mitgeliefert wird und relevante Begriffe aus den Kriterien erläutert.
Weitere Ziele	• Anhand der Daten, die in der AP3-Erfragung erhoben wurden, fanden erste Schritte einer psychometrischen Testung zur Nutzung der Kriterien in Form eines Fragebogens für den wissenschaftlichen Einsatz statt. Dieser soll zur Messung und Bestimmung des Erreichungsgrads von OGK geeignet sein. Die Entwicklung dieses Fragebogens war ursprünglich nicht Teil des Projekts, jedoch bot sich die Möglichkeit an, dieses Ziel im Projektverlauf neu aufzunehmen. Aufbauend auf diesen Ergebnissen ist eine umfassendere Validierung eines Fragebogens zur Messung und wissenschaftlichen Bestimmung von OGK geplant.

2.2 Wichtigsten Positionen des zahlenmäßigen Nachweises

Die entsprechenden Unterlagen werden seitens der Drittmittelverwaltung des UKE eingereicht.

2.3 Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

Das übergeordnete Ziel, gezielte Maßnahmen zur Stärkung der Versorgungsforschung umzusetzen und Kooperationen zwischen Praxis und Wissenschaft zu etablieren konnte durch die Zuwendung erreicht werden.

Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen

Die Ziele in I-COMET konnten nach notwendigen Anpassungen im Studiendesign erreicht werden. Dies wäre ohne die Zuwendung nicht möglich gewesen.

Aufgrund der fehlenden Evidenz für die Wirksamkeit des COMET-Modells wurde in AP 5 auf weitere empirische Schritte, die ursprünglich geplanten Fokusgruppen und Expert:inneninterviews, verzichtet und ein Abschlussworkshop mit Stakeholdern des HAM-NET Netzwerks durchgeführt, um aus der Reflexion Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen abzuleiten und damit das Projektziel Nr. 4 zu erreichen.

Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung

Die Ziele in HAM-EmCare konnten nach notwendigen Anpassungen im Studiendesign aufgrund der COVID-19-Pandemie in Gänze erreicht werden. Dies wäre ohne die Zuwendung nicht möglich gewesen.

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

Die Ziele in OHL-HAM konnten nach notwendigen Anpassungen im Studiendesign aufgrund der COVID-19-Pandemie in Gänze erreicht werden. Dies wäre ohne die Zuwendung nicht möglich gewesen.

2.4 Voraussichtlichen Nutzens, insbesondere der Verwertbarkeit des Ergebnisses i. S. des fortgeschriebenen Verwertungsplans

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

Das Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung wird am UKE für einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren verstetigt. Die Verstetigung beinhaltet die Finanzierung der Koordinationsstelle, einer administrativen Stelle sowie von Sachmitteln, um das jährliche Symposium im bisherigen Umfange weiterzuführen. Ebenfalls werden die Forschungspreise für die beste Nachwuchsarbeit („Young Researcher Award“) und der HAM-NET-Award für die besten Posterpräsentationen auf dem HAM-NET-Symposium weiter verliehen. Die bereitgestellten Sachmittel erlauben außerdem, dass das CHCR & PH weiterhin institutionelles Mitglied im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) bleibt und somit das UKE bei diesem wichtigen, nationalen Netzwerk vertritt. Dazu gehört auch die Mitarbeit in verschiedenen Arbeitsgruppen (z. B. Klima) und Ad-hoc Kommissionen (z. B. Innovationsfonds), um entsprechende Impulse der Versorgungsforschung auch national zu setzen und zu begleiten.

Das HAM-NET ist sowohl in der ersten als auch in der zweiten Förderperiode eng mit dem CHCR & PH verbunden und beide Strukturen und Organisationseinheiten greifen ineinander. Mit dem Auslaufen der Förderung und dem Eintritt in die Verstetigungsphase treten nun beide Netzwerke mit einem gemeinsamen Logo (Abbildung 5) und einer gemeinsamen Internetpräsenz (https://www.uke.de/landingpage/versorgungsforschung) auf. Im Förderzeitraum wurde der Forschungsschwerpunkt des ursprünglichen CHCR auf Public Health erweitert, sodass auch der Kreis der angesprochenen Akteure und Institutionen ausgeweitet werden konnte.

Abbildung 5 Gemeinsame Bildsprache HAM-NET und CHCR & PH

Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen

Wirtschaftliche Erfolgsaussichten im Sinne einer industriellen Verwertung bestehen nicht. Es ist nach aktuellem Stand nicht wahrscheinlich, dass die Ergebnisse des Vorhabens zu Einsparungen im Gesundheitssystemfuhren. Die Behandlungspfadanalyse hingegen zeigte, dass Patient:innen mit depressiven, Angst-, somatoformen und/oder alkoholbezogenen Störungen im COMET-Modell im Vergleich zur Kontrollgruppe leitliniengerechter versorgt wurden und die empfohlenen Behandlungsmaßnahmen in größerem Umfang erhielten. ,. Ferner wiesen die Ergebnisse der Sekundäranalyse auf einen leichten Rückgang der Symptomschwere bei Depressions-, somatoformen und Angstsymptomen nach 24 Monaten hin. Im Sinne des Verwertungsplans wurde mit relevanten Akteur:innen im Gesundheitswesen über die Möglichkeiten des Transfers in die Praxis beraten. Schließlich sollten die Projektergebnisse und Prozesse mit der systematischen Einbeziehung von Patient:innen, Gesundheitsdienstleistern und verschiedenen Interessengruppen den Implementierungsprozess erleichtern. Die Grundlage für dieses Vorhaben ist und war die hervorragende Zusammenarbeit, die vielfältigen Partnerschaften und das multiprofessionelle Netzwerk, das in den letzten Jahren innerhalb von HAM-NET weiterentwickelt wurden. Nichtdestotrotz ist es nach aktuellem Stand eher unwahrscheinlich, dass die die Studienergebnisse von I-COMET nachhaltig in die Gesundheitsregion Hamburg integriert werden können. Die Projektergebnisse wurden und werden in verschiedenen nationalen und internationalen Fachzeitschriften publiziert sowie auf nationalen Fachkongressen und Symposien präsentiert und diskutiert (siehe 2.6.). Zudem beschäftigt sich derzeit eine psychologische Promotionsarbeit insbesondere mit den Implementierungsaspekten von integrierten und gestuften Versorgungsmodellen für psychische Erkrankungen, wobei der Schwerpunkt auf der Stakeholderbeteiligung im Prozess liegt.

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

Die Ergebnisse von OHL-HAM wurden in unterschiedlichen internationalen Fachzeitschriften und nationalen Magazinen publiziert. Zusätzlich wurden Vorträge bei Kongressen, Symposien und Tagungen gehalten und es entstanden im Rahmen des Projektes eine Bachelor- und eine Masterarbeit (siehe 2.6.). Eine Buchveröffentlichung ist erfolgt, die sich zu einem Großteil auch an Praxisakteur:innen richtet (63). Ein zentrales Kapitel stellt der Kriterienkatalog inklusive des Reflexionsbogens und Manual dar, der im Rahmen des Projektes entwickelt wurde. Über die Integration in das Buch, welches sowohl in gebundener Fassung als auch Open Access im Rahmen einer Online-PDF-Datei veröffentlicht wird, soll der Kriterienkatalog für Praxisakteur:innen auffindbar und nutzbar für die Anwendung innerhalb der eigenen Gesundheitsorganisation sein. Damit wird eine Grundlage für die stete Reflexion und Umsetzung von OGK in weiteren Gesundheitseinrichtungen über den Projektzeitraum hinaus geboten. Ferner wird in dem Buch der wissenschaftliche Hintergrund zum Projekt, der Entwicklungsprozess und die praktische Erprobung der Kriterien dargestellt. Andere Kapitel beschreiben den organisatorischen Hintergrund zum Projekt und die Perspektiven von Nutzer:innen sowie Praxisakteur:innen auf OGK und entstanden unter Einbezug von Gastautor:innen, darunter der Erfahrenenbeirat, die Vertreterin einer Gesundheitsorganisation und (ehemalige) Mitarbeiter:innen bzw. Koordinator:innen des HAM-NET.

Es gab Kooperationsanfragen der Hamburger Sozialbehörde und der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG), die im Rahmen eines Projektes den Kriterienkatalog einsetzen möchten. Dadurch finden bereits eine erste Verwertung der Projektergebnisse und ein Transfer in die Versorgungspraxis statt.

Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung

Die Ergebnisse wurden in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht und auf verschiedenen Fachkongressen präsentiert.

Aufgrund der Aktualität der Ergebnisse im Zusammenhang mit dem gegenwärtigen Diskurs über Notfallversorgung in Deutschland wurde sich mit betroffenen Entscheider:innen regelmäßig ausgetauscht. Die Welle verschiedener Infektionserkrankungen im Herbst/Winter 2022 und die daraus resultierende Überlastung des (Notfall-)Versorgungssystems waren für die Hamburger Sozialbehörde Anlass, sich im Dezember 2022 mit den beteiligten Organisationen (Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, niedergelassene Ärzte etc.) im Sinne einer gemeinsamen Lageeinschätzung intensiv auszutauschen. In diesem Kontext wurde eine Zusammenfassung (*Executive Summary*) wesentlicher Ergebnisse aus HAM-EmCare verfasst und im Januar 2023 der Hamburger Ge-

sundheitssenatorin übermittelt. Die gewonnenen Informationen haben das Potenzial, im Hinblick auf Möglichkeiten und Ausrichtungen von Informationskampagnen und Restrukturierungen der Notfallversorgungen zu unterstützen. Zudem entstehen aus dem Projekt zwei medizinische Doktorarbeiten.

2.5 Während der Durchführung des Vorhabens dem ZE bekannt gewordenen Fortschritts auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

Es sind keine Ergebnisse während des Forschungsvorhaben bekannt geworden, die einen Einfluss auf die Netzwerkbildung gehabt haben. Zu den anderen BMBF-geförderten Netzwerken wurde in der zweiten Förderperiode ein regelhafter Austausch gepflegt.

Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen

Während der Projektlaufzeit sind Projektergebnisse eines Innovationsfonds geförderten Projekt zu integrierten und kooperativen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, RECOVER, erschienen (64). Im Vergleich zur Regelversorgung führte die Behandlung im RECOVER-Modell zu erheblichen Kostensenkungen bei besseren Behandlungsergebnissen und Kosten-Nutzen-Verhältnis. Daher wurde das Modell der abgestuften, integrierten und koordinierten Versorgung dringend empfohlen, um die Gesundheitsversorgung für Menschen mit psychischen Störungen umzustrukturieren.

Darüber hinaus sind keine relevanten Ergebnisse bekannt, die zwischenzeitlich erschienen sind und einen wesentlichen Einfluss auf unser Vorhaben hatten.

Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung

Es sind keine Ergebnisse bekannt, die zwischenzeitlich erschienen sind und einen wesentlichen Einfluss auf unser Vorhaben hatten. Das Projekt wurde, wie oben bereits angerissen, vom aktuellen (versorgungs-)politischen Diskurs zu Reformen der Notfallversorgung in Deutschland begleitet.

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

Es sind keine Ergebnisse bekannt, die zwischenzeitlich erschienen sind und einen wesentlichen Einfluss auf unser Vorhaben hatten.

2.6 Erfolgte oder geplanten Veröffentlichungen des Ergebnisses nach Nr. 6.

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

2022

Vorträge und Posterpräsentationen:

Lindemann C, Busch S, Bott T, Meusch A, Loewe B, Scherer M, von dem Knesebeck O, Härter M. The development of a regional network for health care research in Hamburg, Germany. Posterpräsentation auf der European Public Health Conference, 9. - 12. November 2022, Berlin

2023

Vorträge und Posterpräsentationen:

Härter M, von dem Knesebeck O, Scherer M, Lindemann C. Stand und Wirkung der regionalen BMBF-Netzwerke zur Versorgungsforschung. 10. DNVF-Forum Versorgungsforschung; 10. Mai 2023, Berlin.

2024

Publikationen:

Lindemann, C., M. Schunk, L. Keßler, T. Bierbaum, M. Eichinger, E. Farin-Glattacker, M. Geraedts, M. Härter, H. Heytens, A. Meusch, O. Schoffer, N. van den Berg, H. Christian Vollmar, M. von Kutzleben, W. Hoffmann und J. Schmitt (2024). "Verbessert der Innovationsfonds die Versorgung? Eine kritische Bestandsaufnahme zum Stand der Implementierung erfolgreicher Innovationsfondsprojekte in die Versorgungspraxis." Gesundheitswesen 86(06): 451-462.DOI 10.1055/a-2270-3537

Lindemann, C., S. Scherer, O. von Dem Knesebeck and M. Härter (2024). Versorgungsforschung in der Metropolregion Hamburg: Das Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung. Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen: Ein Handbuch zur Verbesserung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz I. Klockmann, O. von dem Knesebeck, M. Härter, J. Heeg und D. Lüdecke. München, oekom science: 13-20.

Vorträge und Posterpräsentationen:

Koller D, Lindemann C. Strukturaufbau Versorgungsforschung Koordination der Versorgungsforschungsnetzwerke. 7 Jahre Münchner Netzwerk Versorgungsforschung – MobilE-Net Abschlusssymposium. Versorgungsforschung im wissenschaftlichen Kontext: Akutmedizin, Public Health, öffentlicher Gesundheitsdienst. 1. März 2024, München.

Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen

2020

Publikationen:

Weigel A, Maehder K, Witt M, Löwe B. Psychotherapists' perspective on the treatment of patients with somatic symptom disorders. J Psychosom Res. 2020 Nov; 138:110228.

Maehder K, Löwe B, Härter M, Heddaeus D, von dem Knesebeck O, Weigel A. Psychotherapists' perspectives on collaboration and stepped care in outpatient psychotherapy - A qualitative study. PLoS One. 2020 Feb 5;15(2): e0228748.

Heddaeus D, Steinmann M, Daubmann A, Wegscheider K, Härter M. Does symptom severity matter in stepped and collaborative care for depression? J Affect Disord. 2020 Dec 1; 277:287-295.

2021

Publikationen:

Maehder K, Werner S, Weigel A, Löwe B, Heddaeus D, Häerter M, von dem Knesebeck O (2021). How do care providers evaluate collaboration? - Qualitative process evaluation of a cluster-randomized controlled trial of collaborative and stepped care for patients with mental disorders. BMC Psychiatry, 21, 296.

Vorträge und Posterpräsentationen:

Härter M, Daubmann A, Grochtdreis T, von dem Knesebeck O, König HH, Löwe B, Maehder K, Porzelt S, Rosenkranz M, Schäfer I, Scherer M, Schulte B, Seeralan T, Weigel A, Werner S, Zapf Z, Zimmermann T, Dirmaier J & Heddaeus D. Entwicklung und Evaluation eines integrierten und gestuften Versorgungsmodells für psychische Störungen im Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung. Vortrag auf dem 1. Tag der psychosozialen Gesundheit, Mai 2021, Basel.

Härter M, Daubmann A, Grochtdreis T, von dem Knesebeck O, König HH, Löwe B, Maehder K, Porzelt S, Rosenkranz M, Schäfer I, Scherer M, Schulte B, Seeralan T, Weigel A, Werner S, Zapf Z, Zimmermann T, Dirmaier J & Heddaeus D. Die Effektivität integrierter und gestufter Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren – Ergebnisse des COMET-Trials. Kongressvortrag auf dem DKVF, Berlin (06.10.2021); digital.

Seeralan, T, Koschnitzke, C, Scholl, M, Beckmann, U & Culav, K. Patient:innen als Forschende einbinden: Der Erfahrenenbeirat im HAM-NET Projekt. Kongressvortrag auf dem DKVF, Berlin (08.10.2021); digital.

2022

Vorträge und Posterpräsentationen:

Härter, M. Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien in kooperativen Versorgungsmodellen. Vortrag auf dem Freiburger Psychiatrie Psychotherapie Aktuell Symposium (24.09.2022)

Heddaeus D, Seeralan T, Daubmann A, Dirmaier J, Grochtdreis T, von dem Knesebeck O, König H-H, Löwe B, Maehder K, Porzelt S, Rosenkranz M, Schäfer I, Scherer M, Schulte B, Weigel A, Werner S, Zapf A, Zimmermann T & Härter M. Die Effektivität integrierter und gestufter Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren – Ergebnisse des COMET-Trials. Kongressvortrag auf dem DKVF Berlin (06.10.2022).

Grochtdreis T, Härter M, Heddaeus D, von dem Knesebeck O, Schäfer I, Löwe B, Scherer M, König H-H & Dams J (2022). Cost-utility analysis of a collaborative and stepped care model in patients with mental disorders in German primary care (the COMET study). Kongressvortrag auf dem DKVF Berlin (06.10.2022).

Härter M. Integrierte und gestufte Versorgung psychischer Erkrankungen. Vortrag im Rahmen des Sozialmedizinisches Kolloquium - Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck in Zusammenarbeit mit der DRV Nord (30.11.2022)

Heddaeus, D. Effektivität integrierter und gestufter Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren – Ergebnisse des COMET-Trials. Plenarvortrag auf dem 6. HAM-NET Symposium (08.12.2022).

Seeralan T, Beckmann U, Culav K, Hagemann K, Koschnitzke C, Linsig R, Scholl M, Brütt AL & Lindemann C. Der Erfahrenenbeirat im Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung – Struktur, Motivation und Arbeit des Erfahrenenbeirats. Posterbeitrag auf dem 6. HAM-NET Symposium (8.12.2022)

2023

Publikationen:

Seeralan T, Stratmann MW, Yerli YC, Köhnen M, Dirmaier J, Härter M, Heddaeus D. Determinants of Implementation of Stepped and Collaborative Care Interventions Targeting Mental Disorders in Primary Care: A Systematic Review. Studienprotokoll-Registrierung bei PROSPERO (09/2023). (Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42023466908)

Vorträge und Posterpräsentationen:

Härter M. Implementierung evidenzbasierter Leitlinien in gestuften und kooperativen Versorgungsmodellen bei psychischen Störungen. Vortrag im Rahmen des Mittwochskolloquiums der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Tübingen (18.01.2023).

Seeralan T, Stratmann MW, Mildner A, Cobilanschi J, Dirmaier J, Härter M & Heddaeus D. Identification of Facilitators and Barriers of the Implementation of Stepped and Collaborate Care Models for Mental Health into Routine Care – Results of a SWOT-Analysis. Kongressvortrag auf dem DKVF Berlin (06.10.2023).

Seeralan T, Heddaeus D, Daubmann A, Hot A, Grochtdreis T, von dem Knesebeck O, König H-H, Löwe B, Maehder K, Porzelt S, Rosenkranz M, Schäfer I, Scherer M, Schulte B, Weigel A, Werner S, Zapf A, Wegscheider K, Zimmermann T, Dirmaier J & Härter M. Langzeiteffektivität integrierter und gestufter Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren – Ergebnisse des COMET-Trials. Kongressvortrag auf dem DKVF Berlin (06.10.2023).

Porzelt S, Heddaeus D, Scherer M, Härter M. Effekte eines integrierten und gestuften Behandlungsmodells für psychische Störungen und Komorbiditäten auf die leitliniengerechte Versorgung. Kongressvortrag auf dem DKVF Berlin (06.10.2023).

Härter, M. Wie kann die Implementierung von Projekten der Versorgungsforschung gelingen? Ein Beitrag zu aktuellen Herausforderungen der Translation. Plenarvortrag auf dem 7. HAM-NET Symposium (05.12.2023).

2024

Publikationen:

Heddaeus D, Tharanya S, Maehder K, Porzelt S, Daubmann A, Dams J, Grochtdreis T, König H-H, von dem Knesebeck O, Löwe B, Pepić A, Rosenkranz M, Schäfer I, Zimmermann T, Schulte B, Weigel A, Wegscheider K, Werner W, Zapf A, Scherer M, Dirmaier J & Härter M. Guideline-based collaborative and stepped care for patients with depressive, anxiety, somatoform or alcohol-related disorders in outpatient care (COMET): results of a prospective, parallel-group, cluster-randomized controlled trial. PLOS Medicine (under review).

Grochtdreis T, Heddaeus D, Seeralan T, Maehder K, Porzelt S, Daubmann A, Pepic A, Löwe B, Rosenkranz M, Schäfer I, Scherer M, Schulte B, von dem Knesebeck O, Weigel A, Wegscheider K, Werner S, Zapf A, Zimmermann T, Dirmaier J, Härter M, König H-H & Judith Dams. Cost-utility analysis of a collaborative and stepped care model in patients with mental disorders in German primary care (the COMET study) (in submission).

Seeralan T, Stratmann MW, Mildner A, Cobilanschi J, Dirmaier J, Heddaeus D & Härter M. Identification of Facilitators and Barriers of the Implementation of Stepped and Collaborate Care Models for Mental Health into Routine Care – Results of a SWOT-Analysis (in preparation).

Seeralan T, Stratmann MW, Heddaeus D, Lindemann C, Dirmaier J, & Härter, M. Determinanten und Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von gestuften und kooperativen Versorgungsmodellen für psychische Gesundheit in Deutschland (in preparation).

Qualifikationsarbeiten

Willen, S (2021). Masterarbeit zum Thema „Prozessevaluation von integrierter und gestufter Versorgung bei psychischen Störungen aus der Patient:innenperspektive unter Berücksichtigung des HAPA-Modells“, PFH Private Hochschule Göttingen.

Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung

2021

Vorträge und Posterpräsentationen:

Klein J, Strauß A, Koens S, Schäfer I, von dem Knesebeck O. Beabsichtigte Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung bei schweren COVID-19 und gastrointestinalen Erkrankungen - Ergebnisse einer Bevölkerungsumfrage mit Vignetten. Vortrag auf dem gemeinsamen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und der Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie vom 16.-17. September 2021 in Hamburg.

Klein J, Strauß A, Koens S, Schäfer I, von dem Knesebeck O. Beabsichtigte Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung bei schweren COVID-19 und gastrointestinalen Erkrankungen - Ergebnisse einer Bevölkerungsumfrage mit Vignetten (HAM-EmCare). Postervortrag auf dem 5. HAM-NET Symposium am 07. Dezember 2021.

2022

Publikationen

von dem Knesebeck O, Koens S, Schäfer I, Strauß A, Klein J (2022) Public knowledge about emergency care – results of a population survey from Germany. Front Public Health 9:787921.

Klein J, Strauß A, Koens S, Schäfer I, von dem Knesebeck O (2022) Intended healthcare utilisation in cases of severe COVID-19 and inflammatory gastrointestinal disease: results of a population survey with vignettes. BMJ Open 12:e057644.

Koens S, Strauß A, Klein J, Schäfer I, von dem Knesebeck O (2022) Public beliefs about urgency of severe cases of COVID-19 and inflammatory gastrointestinal disease. PLoS One 17(8):e0273000.

Vorträge und Posterpräsentationen

Klein J, Koens S, Strauß A, Scherer M, Härter M, von dem Knesebeck O. Überzeugungen zu Notaufnahmen in Krankenhäusern – eine Querschnittsbefragung der Hamburger Allgemeinbevölkerung (HAM-EmCare). Postervortrag auf der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie vom 07.-09.September 2022 in Magdeburg.

Klein J, Koens S, Strauß A, Scherer M, Härter M, von dem Knesebeck O. Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung (HAM-EmCare). Plenarvortrag auf dem 6. HAM-NET Symposium am 08. Dezember 2022.

2023

Publikationen:

Koens S, Klein J, Scherer M, Strauß A, Härter M, Schäfer I, von dem Knesebeck O Perceived treatment urgency of common mental disorders in the German population. Sci Rep 13(1):22711.

Vorträge und Posterpräsentationen:

Klein J, Koens S, Strauß A, Scherer M, Härter M, von dem Knesebeck O. Überzeugungen zu Notaufnahmen in Krankenhäusern – eine Querschnittsbefragung der Hamburger Allgemeinbevölkerung. Vortrag auf dem 4. Charité-Versorgungsforschungskongress am 17. Februar 2023.

Klein J, Koens S, Scherer M, Strauß A, Härter M, von dem Knesebeck O. Variationen in der intendierten Inanspruchnahme von Notfallversorgung – eine Bevölkerungsstudie mit Fallvignetten unterschiedlicher Dringlichkeit. Vortrag auf 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 4.-6. Oktober 2023 in Berlin.

Klein J, Koens S, Scherer M, Strauß A, Härter M, von dem Knesebeck O. Variationen in der intendierten Inanspruchnahme von Notfallversorgung – eine Bevölkerungsstudie mit Fallvignetten unterschiedlicher Dringlichkeit. Vortrag auf dem gemeinsamen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und der Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie vom 20.-22. September 2023 in Gießen.

2024

Publikationen:

Klein J, Koens S, Scherer M, Strauß A, Härter M, von dem Knesebeck O. Public beliefs about accessibility and quality of emergency departments. West J Emerg Med 25(3):389-398.

Klein J, Koens S, Scherer M, Strauß A, Härter M, von dem Knesebeck O. Variations in the intended utilization of emergency care. Health Policy 140:104970.

Koens S, Klein J, Scherer M, Strauß A, Härter M, Schäfer I, von dem Knesebeck O. Intendierte Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen mit unterschiedlicher Dringlichkeit. Psychiatr Prax 51(4):209-215.

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

2021

Publikation:

Bremer, D., Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O., & Lüdecke, D. (2021). Which criteria characterize a health literate health care organization? - A scoping review on organizational health literacy. BMC Health Services Research, 21(1), 664. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z

Vortrag:

Entwicklung gesundheitskompetenter Organisationen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Hamburg. (September 2021). [Vortrag]. Gemeinsame Jahrestagung der DGSMP (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention) und DGMS (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie), Hamburg.

2022

Publikation:

Klockmann, I., Heeg, J., von dem Knesebeck, O., Härter, M., & Lüdecke, D. (2022). Kriterien für gesundheitskompetente Gesundheitsorganisationen. HAG StadtpunkteTHEMA, 2. https://www.hag-gesundheit.de/medien/stadtpunktethema

Vorträge:

Entwicklung gesundheitskompetenter Organisationen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Hamburg (OHL-HAM). (Dezember 2022). [Vortrag]. 6. HAM-NET Symposium, Hamburg.

Entwicklung und Erprobung eines Selbstbewertungsinstruments zur Messung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz. (Oktober 2022). [Vortrag]. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) vom Deutschen Netzwerk für Versorgungs-forschung e. V., Potsdam.

Welche Kriterien charakterisieren eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation? - Ergebnisse eines Scoping Reviews zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz. (Oktober 2022). [Vortrag]. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) vom Deutschen Netzwerk für Versorgungs-forschung e. V., Berlin.

OHL-HAM - Entwicklung gesundheitskompetenter Organisationen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Hamburg. (März 2022). [Vortrag]. Webinar des DNGK (Deutsches Netzwerk für Gesundheitskompetenz).

2023

Publikation:

Klockmann I, Jaß L, Härter M, Knesebeck Ovd, Lüdecke D & Heeg j (2023) Multi-staged development and pilot testing of a self-assessment tool for organizational health literacy. BMC Health Services Research 23(1407). doi: 10.1186/s12913-023-10448-0

2024

Publikation:

Klockmann, I., Heeg, J., von dem Knesebeck, O., Härter, M., & Lüdecke, D. (Hrsg.) (2024). Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen. Ein praxisorientiertes Handbuch. München: oekom-Verlag (ISBN: 978-3-98726-086-5, DOI: https://doi.org/10.14512/9783987263255)

Qualifikationsarbeiten:

Jaß, L. (2021). Bedingungs- und Handlungsfaktoren für die Umsetzung von organisationaler Gesundheitskompetenz – Perspektiven und Erfahrungen von Hamburger Gesundheitsorganisationen [Bachelorarbeit].

Omane, C. A. (2022). Gesundheitskompetenz-förderliche Maßnahmen in Gesundheitsorganisationen zum Einbezug und zur Unterstützung ihrer Nutzerinnen und Nutzer – Ein Systematic Review [Masterarbeit].

3 Referenzen

1. Heddaeus D, Dirmaier J, Brettschneider C, Daubmann A, Grochtdreis T, von dem Knesebeck O, et al. Study protocol for the COMET study: a cluster-randomised, prospective, parallel-group, superiority trial to compare the effectiveness of a collaborative and stepped care model versus treatment as usual in patients with mental disorders in primary care. BMJ Open. 2019;9(11):e032408.
2. Jacobi F, Hofler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). Int J Methods Psychiatr Res. 2014;23(3):304-19.
3. Bundespsychotherapeuten-Kammer. BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit 2015 Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. 2015.
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. 2018.
5. von Stillfried D, Mangiapane S. [Emergency care: need for reform from an outpatient perspective]. Inn Med (Heidelb). 2022;63(9):905-13.
6. Bundesministerium für Gesundheit. Vierte Stellungnahme Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf. 2023.
7. Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, et al. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. Emerg Med J. 2022;39(3):168-73.
8. Zethraeus N, Johannesson M, Jonsson B, Lothgren M, Tambour M. Advantages of using the net-benefit approach for analysing uncertainty in economic evaluation studies. Pharmacoeconomics. 2003;21(1):39-48.
9. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implementation Science. 2013;8:1-11.
10. Lindemann C, Schunk M, Kessler L, Bierbaum T, Eichinger M, Farin-Glattacker E, et al. [Does the Innovation Fund Improve Healthcare Provision? A Critical Assessment of the Status of Implementing Successful Innovation Fund Projects into Healthcare Practice]. Gesundheitswesen. 2024;86(6):451-62.
11. Brutt AL, Bernges T, Magaard J, Pilots EI, Sielaff G. [How to do Research? Development and Evaluation of a Research Training for Patients with Mental Disorders]. Psychiatr Prax. 2017;44(2):99-104.
12. Brütt AL, Lindemann C, Bremer D, Härter M, Seeralan T. Erfahrenenbeirat - Wissenschaftlicher Hintergrund und Gründungsprozess. In: Klockmann I, von dem Knesebeck O, Härter M, Heeg J, Lüdecke D, editors. Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen: Ein Handbuch zur Verbesserung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz: oekom science; 2023.
13. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. Am J Prev Med. 2012;42(5):525-38.
14. Katon W, Von Korff M, Lin E, Unutzer J, Simon G, Walker E, et al. Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. Gen Hosp Psychiatry. 1997;19(3):169-78.
15. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD006525.
16. Muntingh A, van der Feltz-Cornelis C, van Marwijk H, Spinhoven P, Assendelft W, de Waal M, et al. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics. 2014;83(1):37-44.
17. Von Korff M, Katon W, Bush T, Lin EHB, Simon GE, Saunders K, et al. Treatment costs, cost offset, and cost effectiveness of collaborative management of depression. Psychosomatic Medicine. 1997;60:143-9.
18. Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A, Watzke B, Riedel-Heller S, Harter M, Konig HH. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review. PLoS One. 2015;10(5):e0123078.
19. van Steenbergen-Weijenburg KM, Van der Feltz-Cornelis CM, Horn EK, Van Marwijk HWJ, Beekman ATF, Rutten FFH, Hakkaart-van Roijen L. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A sytematic review. BMC Health Serv Res. 2010;10:19.
20. Firth N, Barkham M, Kellett S. The clinical effectiveness of stepped care systems for depression in working age adults: a systematic review. J Affect Disord. 2015;170:119-30.
21. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, et al., editors. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 2. Auflage, Version 2 ed. Berlin: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF; 2015.

22. NICE. Depression. The treatment and management of depression in adults (updated edition). Psychiatrists TBPSaTRCo, editor. Leicester: The British Psychological Society; 2010.
23. Katon W, Russo J, Von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T, et al. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. J Gen Intern Med. 2002;17(10):741-8.
24. Unutzer J, Katon WJ, Fan MY, Schoenbaum MC, Lin EH, Della Penna RD, Powers D. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. Am J Manag Care. 2008;14(2):95-100.
25. van Orden ML, Deen ML, Spinhoven P, Haffmans J, Hoencamp E. Five-Year Mental Health Care Use by Patients Referred to Collaborative Care or to Specialized Care. Psychiatr Serv. 2015;66(8):840-4.
26. Petersen JJ, Konig J, Paulitsch MA, Mergenthal K, Rauck S, Pagitz M, et al. Long-term effects of a collaborative care intervention on process of care in family practices in Germany: a 24-month follow-up study of a cluster randomized controlled trial. Gen Hosp Psychiatry. 2014;36(6):570-4.
27. Ho FY, Yeung WF, Ng TH, Chan CS. The Efficacy and Cost-Effectiveness of Stepped Care Prevention and Treatment for Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sci Rep. 2016;6:29281.
28. van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine. 2015;45(2):231-46.
29. Harter M, Watzke B, Daubmann A, Wegscheider K, Konig HH, Brettschneider C, et al. Guideline-based stepped and collaborative care for patients with depression in a cluster-randomised trial. Sci Rep. 2018;8(1):9389.
30. Camacho EM, Davies LM, Hann M, Small N, Bower P, Chew-Graham C, et al. Long-term clinical and cost-effectiveness of collaborative care (versus usual care) for people with mental-physical multimorbidity: cluster-randomised trial. Br J Psychiatry. 2018;213(2):456-63.
31. Heddaeus D, Steinmann M, Daubmann A, Harter M, Watzke B. Treatment selection and treatment initialization in guideline-based stepped and collaborative care for depression. PLoS One. 2018;13(12):e0208882.
32. Wood E, Ohlsen S, Ricketts T. What are the barriers and facilitators to implementing collaborative care for depression? A systematic review. Journal of affective disorders. 2017;214:26-43.
33. Higginson I. Emergency department crowding. Emerg Med J. 2012;29(6):437-43.
34. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. PLoS One. 2018;13(8):e0203316.
35. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, et al. International perspectives on emergency department crowding. Acad Emerg Med. 2011;18(12):1358-70.
36. Vashi AA, Urech T, Carr B, Greene L, Warsavage T, Jr., Hsia R, Asch SM. Identification of Emergency Care-Sensitive Conditions and Characteristics of Emergency Department Utilization. JAMA Netw Open. 2019;2(8):e198642.
37. Scherer M, Luhmann D, Kazek A, Hansen H, Schafer I. Patients Attending Emergency Departments. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(39):645-52.
38. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. The American journal of managed care. 2013;19(1):47-59.
39. Crede SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. Eur J Public Health. 2018;28(1):61-73.
40. Doheny M, Agerholm J, Orsini N, Schon P, Burstrom B. Socio-demographic differences in the frequent use of emergency department care by older persons: a population-based study in Stockholm County. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):202.
41. Krieg C, Hudon C, Chouinard MC, Dufour I. Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):594.
42. Sauzet O, David M, Naghavi B, Borde T, Sehouli J, Razum O. Adequate Utilization of Emergency Services in Germany: Is There a Differential by Migration Background? Front Public Health. 2020;8:613250.
43. Unwin M, Crisp E, Stankovich J, McCann D, Kinsman L. Socioeconomic disadvantage as a driver of non-urgent emergency department presentations: A retrospective data analysis. PLoS One. 2020;15(4):e0231429.
44. Holzinger F, Oslislo S, Mockel M, Schenk L, Pigorsch M, Heintze C. Self-referred walk-in patients in the emergency department - who and why? Consultation determinants in a multicenter study of respiratory patients in Berlin, Germany. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):848.
45. Schmiedhofer M, Mockel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. BMJ Open. 2016;6(11):e013323.
46. Piedmont S, Reinhold AK, Bock JO, Rothhardt J, Swart E, Robra BP. Apart from the Medical Complaints, Why do Patients Use Emergency Medical Services? Results of a Patient Survey. Gesundheitswesen. 2022;84(7):638-46.
47. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. Acad Emerg Med. 2017;24(9):1137-49.

48. Atenstaedt R, Gregory J, Price-Jones C, Newman J, Roberts L, Turner J. Why do patients with nonurgent conditions present to the Emergency Department despite the availability of alternative services? Eur J Emerg Med. 2015;22(5):370-3.
49. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80.
50. Hardie NA, Kyanko K, Busch S, Losasso AT, Levin RA. Health literacy and health care spending and utilization in a consumer-driven health plan. J Health Commun. 2011;16 Suppl 3:308-21.
51. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouro AD. Health Literacy. The Solid Facts. Geneva: World Health Organization; 2013 2013.
52. Dietscher C, Pelikan J. Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. Prävention und Gesundheitsförderung. 2015;11(1):53-62.
53. Altin SV, Stock S. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):450.
54. Brach C. The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement. Stud Health Technol Inform. 2017;240:203-37.
55. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K, Gille S, Vogt D. [National Action Plan Health Literacy: Need, Objective and Content]. Gesundheitswesen. 2019;81(6):465-70.
56. Prince LY, Schmidtke C, Beck JK, Hadden KB. An Assessment of Organizational Health Literacy Practices at an Academic Health Center. Qual Manag Health Care. 2018;27(2):93-7.
57. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. Institute of Medicine of the National Academics; 2012.
58. Kowalski C, Lee SY, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, Ernstmann N. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv Res. 2015;15(1):47.
59. Dietscher C, Pelikan JM. Health-literate hospitals and healthcare organizations-results from an Austrian Feasibility Study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer D, Pelikan JM, editors. Health literacy. Bern: Hogrefe; 2017. p. 303–14.
60. Ernstmann N, Halbach S, Kowalski C, Pfaff H, Ansmann L. Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2017;121:58-63.
61. Bremer D, Klockmann I, Jass L, Harter M, von dem Knesebeck O, Ludecke D. Which criteria characterize a health literate health care organization? - a scoping review on organizational health literacy. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):664.
62. Klockmann I, Jass L, Harter M, von dem Knesebeck O, Ludecke D, Heeg J. Multi-staged development and pilot testing of a self-assessment tool for organizational health literacy. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):1407.
63. Klockmann I, von dem Knesebeck O, Härter M, Heeg J, Lüdecke D, editors. Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen: Ein Handbuch zur Verbesserung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz München: oekom science; 2024.
64. Lambert M, Karow A, Gallinat J. Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen. Gemeinsamer Bundesausschuss; 2021.

4 Anhang

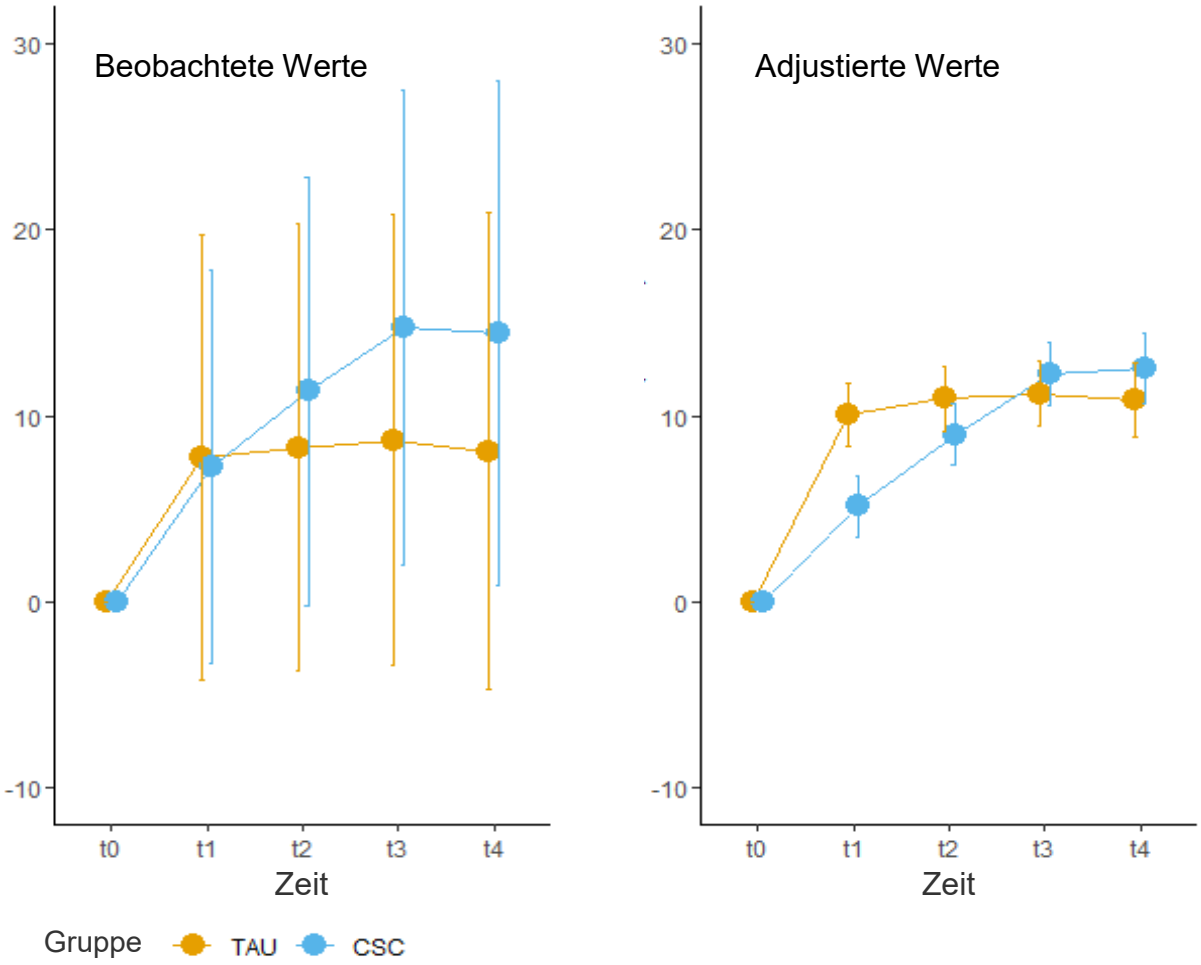

Abbildung 6 Ergebnisse der primären Endpunktanalyse, dargestellt als beobachtete und adjustierte Mittelwertsdifferenz mit 95% KI unter Verwendung der ITT-Stichprobe mit Patient:innen für welche Daten für mindestens eine der Folgemessungen nach Baseline vorlagen.

Anmerkung. Höhere Werte weisen auf eine größere Verbesserung der psychisch bedingten Lebensqualität hin. CSC=Interventionsgruppe; TAU=Kontrollgruppe. SF-36=Short Form Health Survey. MCS=mental component summary score.KI=Konfidenzintervall t0=Baseline. t1=3 Monate Nachuntersuchung. t2=6 Monate Nachuntersuchung. t3=12 Monate Nachuntersuchung. t4=24 Monate Nachuntersuchung.

Tabelle 4-1 Sensitivitätsanalyse: Primäre Endpunktanalyse mit Imputation von follow-up-Variablen des SF-36, MCS (LOCF) als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten

	CSC			TAU			CSC vs. TAU				
	N	**Beobach-teter M (SD)**	**Adjustierter M (95% CI)**	**N**	**Beobach-teter M (SD)**	**Adjustierter M (95% KI)**	**Adjustierte Differenz (95% KI)**	***P* Wert**	**Cohen's d**	**Interaktions-p-Wert: Gruppe x Zeit**	**IKK**
Lebensqualität im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, SF-36 MCS	307	10.92 (13.34)	9.41 (8.00, 10.82)	308	5.94 (11.04)	7.78 (6.34, 9.22)	1.63 (-0.41, 3.67)	0.114	0.13	0.000	0.563

Anmerkung. Ergebnisse werden angezeigt als n, adjustierte Mittelwertsdifferenz mit 95% KIs unter Verwendung der ITT-Stichprobe für Patient:innen mit mindestens einer Folgemessung nach Baseline. Primäre Endpunktanalyse mit Baseline- und follow-up-imputierten Daten (last observation carried forward (LOCF)) unter Verwendung eines Baseline-adjustierten linearen gemischten Modells mit Gruppe, Zeit und Gruppe x Zeit-Interaktion als feste Effekte, Patient:innen als zufällige Effekte; höhere Werte weisen auf eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität hin. SD=Standardabweichung. KI=Konfidenzintervall. IKK=Intraklassenkorrelationskoeffizient. CSC=Interventionsgruppe; TAU=Kontrollgruppe. SF-36=Short Form Health Survey. MCS=mental component summary score.

Tabelle 4-2 Sensitivitätsanalyse: Primäre Endpunktanalyse mit Imputation von follow-up Variablen des SF-36, MCS (Multiple Imputation) als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten.

	CSC			TAU			CSC vs. TAU				
	N	**Beobach-teter M (SD)**	**Adjustierter M (95% CI)**	**N**	**Beobach-teter M (SD)**	**Adjustierter M (95% KI)**	**Adjustierte Differenz (95% KI)**	***P* Wert**	**Cohen's d**	**Interaktions-p-Wert: Gruppe x Zeit**	**IKK**
Lebensqualität im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, SF-36 MCS	307	14.55 (13.17)	9.31 (8.69, 11.74)	308	7.85 (12.77)	12.27 (10.72, 13.81)	2.05 (-0.18, 4.29)	0.072	0.15	0.000	0.563

Anmerkung. Ergebnisse werden angezeigt als n, adjustierte Mittelwertsdifferenz mit 95% KIs unter Verwendung der ITT-Stichprobe für Patient:innen mit mindestens einer Folgemessung nach Baseline. Primäre Endpunktanalyse mit Baseline- und follow-up-imputierten Daten (last observation carried forward (LOCF)) unter Verwendung eines Baseline-adjustierten linearen gemischten Modells mit Gruppe, Zeit und Gruppe x Zeit-Interaktion als feste Effekte, Patient:innen als zufällige Effekte; höhere Werte weisen auf eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität hin. SD=Standardabweichung. KI=Konfidenzintervall. IKK=Intraklassenkorrelationskoeffizient. CSC=Interventionsgruppe; TAU=Kontrollgruppe. SF-36=Short Form Health Survey. MCS=mental component summary score.

Tabelle 4-3 Post-hoc Analyse: Erweiterte primäre Endpunktanalyse nach korrigiert für Baselinevariablen mit Ungleichgewichten zwischen den Gruppen (Kovariaten-Adjustierung) als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten.

	CSC			**TAU**			**CSC vs. TAU**					
	N	**Beobach-teter M (SD)**	**Adjustierter M (95% CI)**	**N**	**Beobach-teter M (SD)**	**Adjustierter M (95% KI)**	**Adjustierte Differenz (95% KI)**	***P* va-lue**	**Cohen's d**	**Interaktions-p-Wert: Gruppe x Zeit**	**IKK**
Lebensqualität im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, SF-36 MCS	122	14.49 (13.55)	12.64 (10.37, 14.91)	111	8.12 (12.83)	10.35 (7.98,12.72)	2.29 (-0.60, 5.19)	0.120	0.20	0.000	0.358

Anmerkung. Ergebnisse werden angezeigt als n, adjustierte Mittelwertsdifferenz mit 95% KIs unter Verwendung der ITT-Stichprobe für Patient:innen mit mindestens einer Folgemessung nach Baseline. Primäre Endpunktanalyse mit Baseline-imputierten Daten unter Verwendung eines Baseline-adjustierten linearen gemischten Modells mit Gruppe, Zeit und Gruppe x Zeit-Interaktion als feste Effekte, Patient:innen als zufällige Effekte sowie einschließlich Baselinewerten, Alter, PHQ-9, GAD-7, SF-36 MCS, SSD-12-Remission, von Hausärzt:innen beurteilter Symptomschweregrad, von Hausärzt:innen gestellte Haupt- und Nebendiagnosen als Kovariaten. SD=Standardabweichung. KI=Konfidenzintervall. IKK=Intraklassenkorrelationskoeffizient. CSC=Interventionsgruppe; TAU=Kontrollgruppe. SF-36=Short Form Health Survey. MCS=mental component summary score.

Tabelle 4-4 Post-hoc Analyse: Erweiterte primäre Endpunktanalyse nach korrigiert für Baselinevariablen mit Ungleichgewichten zwischen den Gruppen (Kovariaten-Adjustierung) als Veränderung von Baseline zu 24 Monaten.

	CSC			**TAU**			**CSC vs. TAU**					
	N	**Beobach-teter M (SD)**	**Adjustierter M (95% CI)**	**N**	**Beobachte-ter M (SD)**	**Adjustierter M (95% KI)**	**Adjustierte Differenz (95% KI)**	***P* Wert**	**Cohen's d**	**Interaktions-p-Wert: Gruppe x Zeit**	**IKK**
Lebensqualität im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, SF-36 MCS	96	13.72 (13.61)	11.80 (9.72, 13.87)	85	7.50 (12.35)	10.27 (8.07,12.47)	1.53 (-1.53, 4.59)	0.323	0.148	0.000	0.402

Anmerkung. Ergebnisse werden angezeigt als n, adjustierte Mittelwertsdifferenz mit 95% KIs unter Verwendung der Per-Protokoll-Stichprobe für Patient:innen, von welcher Daten zu Baseline und zur 24-monatigen Folow-up Messung vorlagen. Primäre Endpunktanalyse mit Baseline- und follow-up-imputierten Daten (last observation carried forward (LOCF)) unter Verwendung eines Baseline-adjustierten linearen gemischten Modells mit Gruppe, Zeit und Gruppe x Zeit-Interaktion als feste Effekte, Patient:innen als zufällige Effekte; höhere Werte weisen auf eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität hin. SD=Standardabweichung. KI=Konfidenzintervall. IKK=Intraklassenkorrelationskoeffizient. CSC=Interventionsgruppe; TAU=Kontrollgruppe. SF-36=Short Form Health Survey. MCS=mental component summary score.