Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

CVvasc
Competenzzentrum Versorgungsforschung bei vaskulären Erkrankungen

CVderm
Competenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie

1. Hamburger Versorgungsforschungstag, KV Hamburg 17.06.2015

Die „Ambulantisierung“ der Medizin: Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel Hamburgs

Praxis und wissenschaftliche Evidenz für den fachärztlichen Bereich

Univ.-Prof. Dr. Matthias Augustin

Direktor, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

IVDP
Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen

hche Hamburg Center for Health Economics

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

CVvasc
Competenzzentrum Versorgungsforschung bei vaskulären Erkrankungen

CVderm
Competenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie

IVDP
Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen

Was charakterisiert die ambulante fachärztliche Versorgung?

Ambulante fachärztliche Versorgung

ÄRZTEMONITOR
Ärzte verstehen
Eine Initiative der KBV - Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des NRW Virchow-Bundes und der Brendon-Schmittmann-Stiftung

Merkmale ambulanter fachärztlicher Versorgung

Metropolen

- Gradient Land – Großstadt
- Verdichtung der fachärztlichen Angebote
- Arztwahl
- Stärkere Frequentierung von Spezialleistungen
- Amortisierung von Großgeräten
- Qualifikation durch Leistungsmengen
- Größerer Einzugsbereich der Patienten

Merkmale ambulanter fachärztlicher Versorgung

Welche Merkmale unterscheiden die ambulante fachärztliche Versorgung?

Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung

Czihal T • von Stillfried D • Schallock M

Czihal T, von Stillfried D, Schallock M. Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. www.versorgungsatlas.de; letzter Zugriff 04.06.2015

Merkmale ambulanter fachärztlicher Versorgung

Welche Merkmale unterscheiden die ambulante fachärztliche Versorgung?

	Mittel-wert (%)	Standard-abwei-chung (%)	Maximum (%)	Median (%)	Minimum (%)
Mitversorgung für andere Kreise – alle Arztgruppen der Bedarfsplanung	20,9	12,9	82,9	17,2	5,4
Mitversorgung durch andere Kreise – alle Arztgruppen der Bedarfsplanung	22,5	11,5	65,9	20,6	2,1
Mitversorgungsrelation – alle Arztgruppen der Bedarfsplanung	103,2	39,3	473,0	93,1	39,1
Mitversorgung für andere Kreise – Hausärzte	11,1	7,0	77,1	9,4	2,1
Mitversorgung durch andere Kreise – Hausärzte	10,9	5,2	46,7	9,8	2,4
Mitversorgungsrelation – Hausärzte	101,2	15,9	364,9	99,4	59,1
Mitversorgung für andere Kreise – Fachärzte der Bedarfsplanung	27,1	14,8	85,0	23,3	5,0
Mitversorgung durch andere Kreise – Fachärzte der Bedarfsplanung	30,8	17,4	90,7	28,6	2,1
Mitversorgungsrelation – Fachärzte der Bedarfsplanung	103,7	56,3	566,7	89,0	13,8
Mitversorgung für andere Kreise – Psychotherapeuten	27,5	14,1	90,1	23,8	6,2
Mitversorgung durch andere Kreise – Psychotherapeuten	34,7	18,5	95,6	32,2	1,4
Mitversorgungsrelation – Psychotherapeuten	96,6	51,7	712,2	86,5	8,4

Tabelle 1: Übersicht Mitversorgungskennzahlen nach Fachgruppen für das Jahr 2008 (Quelle: Eigene Berechnungen)

Czihal T, von Stillfried D, Schallock M. Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. www.versorgungsatlas.de; letzter Zugriff 04.06.2015

Merkmale ambulanter fachärztlicher Versorgung

Ein- und Auspendler zwischen Hamburg und Schleswig-Holstein

Quellen: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2000), Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2013), Darstellung HWWI

1) http://media.diercke.net/omeda/800/12021E.jpg; 2) Linus Holtermann, Alkis Otto, Sven Schulze. Pendeln in Hamburg; HWWI 2013

Merkmale ambulanter fachärztlicher Versorgung

Ausstrahleffekte der Kliniken in der Metropole auf die ambulante fachärztliche Versorgung

- Kliniknahe Niederlassung
- Kooperation und Fortbildung
- Teilhabe an Wissenschaft
- Wettbewerb

.

Was determiniert die ambulante vs. stationäre fachärztliche Versorgung?

Merkmale ambulanter fachärztlicher Versorgung

Ausweitung der ambulanten Facharztversorgung: Einflussfaktoren

1. Medizinische Innovationen

→ Verkürzen oder ersetzen stationäre Behandlung

Beispiele

•Innovative diagnostische Verfahren

•Neue operative Techniken

•Moderne Arzneimittel

•Optimierte Medizinprodukte

Merkmale ambulanter fachärztlicher Versorgung

Ausweitung der ambulanten Facharztversorgung: Einflussfaktoren

2. Komorbidität, regionale und soziale Faktoren
→ Erfordern ggf. mehr stationäre Behandlung

Beispiele

•Psychiatrische Komorbidität

•Multimorbidität, Risikofaktoren

•Lange Anfahrtzeiten

•Fehlende soziale Unterstützung

Merkmale ambulanter fachärztlicher Versorgung

Ausweitung der ambulanten Facharztversorgung: Einflussfaktoren

3. Organisatorische Faktoren
→ Beeinflussen Grad ambulanter Steuerbarkeit

Beispiele

- Verfügbarkeit fachärztlicher ambulanter Leistungen
- Koordination ambulanter Leistungen
- Abstimmung zwischen ambulanten Versorgern
- Qualität von Überleitung und Versorgung[1]

1) Burgdorf F, Sundmacher L: Potentially avoidable hospital admissions in Germany—an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. Dtsch Arztebl Int 2014; 111(13): 215–23.

Variationen der ambulanten fachärztlichen Versorgung: Ergebnisqualität am Beispiel Hautkrebs

Operative Versorgung des Hautkrebses in Deutschland

Ambulante operative Leistungen bei Hauterkrankungen in D

Anteil OP-Leistungen nach Facharztgruppen (DAK-Daten 2009; n=6,1 Mio. Versicherte)

Hier:

ICD-10 C44.-

Basalzell-Karzinom und

Plattenepithel-Karzinom

Anastasiadou Z, Schäfer I, Spehr T, Reusch M, Augustin M: Leistungsdaten zur Versorgung des Hautkrebses in einer gesetzlichen Krankenversicherung. In Vorbereitung; 2013

Risikomerkmale zwischen Stadt und Land

Basalzellkarzinom (BCC)

Indikator der Versorgungsqualität: Eindringtiefe der Tumoren

Studie: Analyse bundesweiter histopathologischer Befunde

Risikomerkmale zwischen Stadt und Land

Basalzellkarzinom – Eindringtiefe der Tumoren

N=7.116 Patienten mit n=9.467 Tumoren in 2010,

Angabe in mm; adjustiert nach Alter+Geschlecht

Schäfer I, Reusch M, Siebert S, Spehr C, Augustin M: Versorgungsmerkmale des Basalzellkarzinoms in Deutschland: Die Rolle von Versichertenstatus und sozio-demographischen Faktoren. J Dtsch Dermatol Ges. 2014

Risikomerkmale zwischen Stadt und Land

Basalzellkarzinom – Eindringtiefe der Tumoren

N=7.116 Patienten mit n=9.467 Tumoren in 2010,

Angabe in mm; adjustiert nach Alter+Geschlecht

Schäfer I, Reusch M, Siebert S, Spehr C, Augustin M: Versorgungsmerkmale des Basalzellkarzinoms in Deutschland: Die Rolle von Versichertenstatus und sozio-demographischen Faktoren. J Dtsch Dermatol Ges. 2014

Risikomerkmale zwischen Stadt und Land

ROT gegen **GRÜN**: Signifikante statistische Unterschiede (ANOVA-Test)

Schäfer I, Reusch M, Augustin M. Gesundheitswesen 2015

Variationen der ambulanten fachärztlichen Versorgung: Prozess- und Ergebnisqualität am Beispiel der Systemtherapie bei Psoriasis

Beispiel: Systemtherapie der schweren Psoriasis

Beispiel: Systemtherapie der schweren Psoriasis

- Rot: Anteil an Personen ohne vorausgehende Systemtherapie trotz Indikation
- Gelb: Anteil an Patienten mit stationärem Aufenthalt in letzten 5 J.

Register- und Studiendaten
n=657 Patienten

Week 0

Week 8

Schwere Psoriasis vulgaris
20% aller Patienten; ca. 400.000 in D
S3-Leitlinie: Systemtherapie indiziert

Radtke M, Augustin J, Blome C, Reich K, Rustenbach SJ, Schäfer I, Laass A, Augustin M. Welchen Einfluss haben regionale Faktoren auf die Versorgung der Psoriasis in Deutschland? JDDG 2010

Beispiel: Systemtherapie der schweren Psoriasis

- Violett: Anteil an Patienten mit starker Einbusse der Lebensqualität (Dermatology Life Quality Index >10)
- Braun: Anteil an Patienten mit hohem klinischen Schweregrad (PASI>10)

Register- und Studiendaten
n=657 Patienten

Week 0

Week 8

Schwere Psoriasis
Ca. 400.000 Patienten in D
S3-Leitlinie: Systemtherapie indiziert

Radtke M, Augustin J, Blome C, Reich K, Rustenbach SJ, Schäfer I, Laass A, Augustin M. Welchen Einfluss haben regionale Faktoren auf die Versorgung der Psoriasis in Deutschland? JDDG 2010

Beispiel: Systemtherapie der schweren Psoriasis

Regionalisierung der fachärztlichen Versorgung

Prozessindikatoren (links) und Ergebnisindikatoren (rechts) der Versorgung

Radtke M, Augustin J, Blome C, Reich K, Rustenbach SJ, Schäfer I, Laass A, Augustin M. Welchen Einfluss haben regionale Faktoren auf die Versorgung der Psoriasis in Deutschland? JDDG 2010

Beispiel: Systemtherapie der schweren Psoriasis

Stationäre Therapie der Psoriasis

- Höhere stationäre Einweisungsquoten
  - aus ländlichen Räumen
  - von Hausärzten
  - bei multimorbiden Patienten
  - bei Patienten mit niedrigerem Sozialstatus

Radtke MA, Schaefer I, Blome C, Augustin M. Patient Benefit Index (PBI) in the Treatment of Psoriasis - Results of the National Care Study "PsoHealth". Eur J Dermatol 2013; 23 (2): 212-217.

Führt der Technologie-Sprung in der Arzneimitteltherapie zu weniger stationärer Versorgung?

Versorgung der Psoriasis in D

Technologie-Schub in der Arzneimitteltherapie

Versorgung der Psoriasis in D

Suggestion for quality indicators on psoriasis health care

Original Paper

Dermatology

Dermatology 2009;219:54–58
DOI: 10.1159/000218161

Received: December 9, 2008
Accepted: February 27, 2009
Published online: May 7, 2009

Evaluation of Quality of Care and Guideline-Compliant Treatment in Psoriasis

Development of a New System of Quality Indicators

M.A. Radtke[a] K. Reich[b] C. Blome[a] I. Kopp[c] S.J. Rustenbach[a] I. Schäfer[a] M. Augustin[a]

[a]German Center for Health Services Research in Dermatology (CVderm), Department of Dermatology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, and [b]Dermatologikum Hamburg, Hamburg; [c]AWMF (German Board of Scientific and Medical Societies), Department of Surgery, University of Marburg, Marburg, Germany

Key Words
Skin diseases · Psoriasis · Quality of care · Quality indicators · Guidelines

Abstract
Background: To date, no standardised indicators for quality of care in psoriasis have been published. ***Aims:*** Develop-

Introduction

A broad spectrum of topical, systemic and UV therapies is available for the care of psoriasis vulgaris. These evidence-based treatments are helpful in achieving an improved quality of life and a reduction or healing of skin lesions in almost all patients. In Germany, the AWMF S3 guideline (guideline of the Board of Scientific Medical

Table 3: Profile of quality of care: relevant quality indicators in comparison 2005 and 2007 (n = 2009).

Parameter	2005[1]	2007[2]	Trend	Quality of care
Mean severity of psoriasis (PASI)	12.0	**10.1**	+	better
Mean quality of life of patients (DLQI)	8.6	**7.5**	+	better
Proportion of patients with severe psoriasis (PASI>20)	17.3	**11.6**	+	better
Proportion of patients with severely impaired quality of life (DLQI > 10)	34.1	**28.2**	+	better
Proportion of patients with preceding systemic therapy	33.0	**50.7**	+	better
Proportion of patients with PASI > 20 with preceding systemic therapy	45.4	**66.7**	+	better
Proportion of patients with inpatient therapy in the last 12 months	23.1	**20.1**	+	better
Mean number of days away from work	3.9	**3.4**	+	better

Radtke M, Reich K, Reich C, Kopp I, Rustenbach SJ, Schäfer I, Augustin M: Evaluation of quality of care and guideline-compliant treatment in psoriasis: development of a new system of quality indicators. Dermatology 2009;219(1):54-8.

PsoHealth 3: Versorgungsqualität bei Pso in D

Versorgungsqualität der Psoriasis in D 2013/2014

Praxen und Klinikambulanzen,

n=133

Konsekutive Einschlüsse:

- Patienten: n=1.256
- Männer: 56,6% (n=683)
- Frauen: 43,4% (n=524)
- MW Alter: 52 Jahre
- Erkr.dauer: 21 Jahre

Nationale Versorgungsziele: Soll-Ist-Vergleich

Versorgungsqualität der Psoriasis in D 2013/2014

Indicator	PsoHealth 1[1] (2005)	PsoHealth 2[1] (2007)	PsoHealth 3 (2013/14)
N=	1,511	2,009	1,258
Mean PASI	11.4	▷ 10.1	▷ 8.1
Mean DLQI	8.6	▷ 7.5	▷ 5.9
% PASI>20	17.8%	▷ 11.6%	▷ 9.2%
% DLQI>10	34.0%	▷ 28.2%	▷ 21.3%
% with previous systemic treatment	32.9%	◁ 47.3%	◁ 59.5%
% Hospital treatment (past 5 years)	26.9%	20.1%	20.1%
Mean no. of days absent from work	4.9	▷ 4.0	▷ 3.5

Qualitätsindikatoren im Vergleich PsoHealth1 (2005), PsoHealth2 (2007), PsoHealth3 (2013/14)

Langenbruch A, et al., J Dtsch Dermatol Ges 2015

Nationale Versorgungsziele: Soll-Ist-Vergleich

Anteil (%) stationäre Aufnahmen von Patienten mit Psoriasis vulgaris in den Jahren 2008 bis 2012 in D nach Destatis

Aus: www.destatis.de; “Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und –patienten”; letzter Zugriff 09.02.2015

Nationale Versorgungsziele: Soll-Ist-Vergleich

Anteil (%) stationäre Aufnahmen von Patienten mit Psoriasis vulgaris in den letzten 5 Jahren

PsoHealth-Studie in Hautarztpraxen (n=2009 Patienten in n=151 Praxen)

Langenbruch A, et al., J Dtsch Dermatol Ges 2015

Beispiel 3:

Versorgung chronischer Wunden in Deutschland

Herausforderung chronische Wunden

Die drei häufigsten Arten chronischer Wunden

1

Diabetische Wunden
A: Charcot-Fuß, Ulcus Mittelfuß Stadium III A, **B:** Ulcus Vorfuß Stadium II A, **C:** Wagner Stadium II B, **D:** Malum perforans Vorfuß und Großzehe Stadium II A.

2

Druckgeschwüre.
A: Dekubitus °II B gluteal, **B:** Fersengeschwür °II B, **C:** Dekubitus °II B, **D:** Dekubitus sakral bei WS-Fixateur

3

Chronisch venöse Unterschenkelgeschwüre.
Typische Befunde: Hämosiderineinlagerungen und Dermatosklerose der Umgebungshaut, geschlängelte Venen am Fußrand (Bild A, B), Ödem im Bereich des Unterschenkels/Fußes (Bild C), Mazeration der Umgebungshaut durch starkes Exsudat um die Wunde.

1. Mittl. Alter >70 J.
2. Multimorbidität
3. Vielfalt der Ätiologie
4. Hohe Belastungen der Lebensqualität
5. Viele beteiligte Versorger

Augustin M, Herberger K, et al.: Quality of life evaluation in wounds: validation of the Freiburg Life Quality Assessment-wound module, a disease-specific instrument. Int Wound J 7(6), 493-501, 2010

Prädiktoren der Kosten von Wunden

Kostenverursacher des Ulcus cruris venosum in D

Purwins S, Herberger K, Debus S, Rustenbach SJ, Pelzer P, Rabe E, Schäfer E, Stadler R, Augustin. Cost of illness of chronic leg ulcers in Germany. Int Wound J 2011

Versorgung chronischer Wunden 2014

Original Paper

Dermatology

Dermatology
DOI: 10.1159/000348331

Received: September 6, 2012
Accepted after revision: January 21, 2013
Published online: ■■■

Effectiveness of Advanced versus Conventional Wound Dressings on Healing of Chronic Wounds: Systematic Review and Meta-Analysis

K. Heyer[a] M. Augustin[a] K. Protz[b] K. Herberger[a] C. Spehr[a] S.J. Rustenbach[a]

[a]German Center for Health Services Research in Dermatology and [b]Comprehensive Wound Center, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

© S. Karger AG, Basel
PROOF Copy for personal use only
ANY DISTRIBUTION OF THIS ARTICLE WITHOUT WRITTEN CONSENT FROM S. KARGER AG, BASEL IS A VIOLATION OF THE COPYRIGHT.

Heyer K, Rustenbach S, Spehr C, Debus S, Herberger K, Augustin M: Dermatology 2013

Versorgung chronischer Wunden 2014

Ulcus cruris: Welche Wundauflagen werden verwendet?

Auswertung Barmer GEK

Daten 2013 (n=9,1 Mio. Versicherte)

Hier regionale Verteilung der Verordnung von Wundauflagen

Blau: Anteil an nicht-hydroaktiven Wundauflagen

Heyer K, Augustin M: Versorgungsmerkmale des Ulcus cruris in Deutschland. in: Barmer Heil- und Hilfsmittel-Report 2014

Evidenz der Kompressionstherapie bei UCV

FIGURE 2 *A comparison of the effect of compression and no compression on the healing of venous ulcers*

Augustin M, Rustenbach SJ, Debus S, Grams L, Münter K-C, Tigges W Schäfer E, Herberger K: Quality-of-care in chronic leg ulcer in the community – introduction of quality indicators and a scoring system. Dermatology 2011

Versorgung chronischer Wunden 2014

Ulcus cruris venosum und Kompressionstherapie?

Auswertung
Barmer GEK
Daten 2013
(n=9,1 Mio.
Versicherte)

Geographische Variationen?

Heyer K, Augustin M: Versorgungsmerkmale des Ulcus cruris in Deutschland. in: Barmer Heil- und Hilfsmittel-Report 2014

Vernetzung und Kooperation:

Ansätze zur besseren Versorgung

am Beispiel chronischer Wunden

Wer wirkt an der Versorgung mit?

Für n=100 Patienten wurden gebraucht:

Wer wirkt an der Versorgung mit?

Für n=100 Patienten wurden gebraucht:

Pro Patient

Durchschnittlich 5,8 mitbehandelnde ärztliche Disziplinen

Gefäßmedizin (im Hause) 100%

Mi 100%

34%

His Path

ma- ge

28%

Internisten, Diabetologen

Hausarzt 85%

Allergologen (im Hause) 84%

Wer wirkt an der Versorgung mit?

Von n=100 Patienten waren bei/in:

- Lymph-therapeuten **46%**
- Ernährungs-beratung **39%**
- Physio-therapeuten **34%**
- Sozial-dienst **35%**
- Podologen **24%**
- Sanitätshaus **71%**
- Orthop. Schuhmacher **24%**
- Pflege-dienst/-heim **82%**

Wer wirkt an der Versorgung mit?

Von n=100 Patienten waren bei/in:

Lymph-therapeuten **46%**

82%

39%

Ort Schuh

io- uten

34%

Sanitätshaus

71%

Podologen

24%

Sozial-dienst

35%

Pro Patient

Durchschnittlich 4,1 beteiligte nicht-ärztliche Versorger

Hamburger Versorgungsstudie zum Ulcus cruris 2007

Methodik - Studiendurchführung

- 16 Kliniken
- 95 Arztpraxen
- 88 Pflegedienste
- 21 Pflegeheime
- 1 Drogenambulanz
- 2 Obdachlosenhilfe

- n=530
- Juli 2006 – Jan. 2007

Herberger K, Rustenbach SJ, Haartje O, Blome C, Franzke N, Schäfer I, Radtke M, Augustin M: Quality of Life And Satisfaction of Patients with Leg Ulcers - Results of a Community-based Study. Vasa 40(2), 131-138, 2011

Hamburger Versorgungsstudie zum Ulcus cruris 2007

Verteilung des „Versorgungs-Index“ (n=502)

Herberger K, Rustenbach SJ, Grams L, Muenter KC, Schaefer E, Augustin M. Quality-of-Care for Leg Ulcers in the Metropolitan Area of Hamburg - a Community-Based Study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26 (4): 495-502.

Hamburger Versorgungsstudie zum Ulcus cruris 2007

Erklärungen des „Versorgungs-Index“ (n=502) (Multivariate Regressionsanalyse)

	Variable	p≤	R^2	Zusätzliche Varianz-aufklärung
1	Wohnort, Geschlecht, Alter	0,001	.088	9,0%
2	Wundgröße, -Typ, Dauer, Begleiterkrankungen	0,371	.107	1,7%
3	Wundbehandler	0,001	.196	8,9%
4	Versorgungsqualität und Lebensqualität	0,001	.264	6,8%
	Nicht aufgeklärte Varianz		**.736**	**73,6%**

Keine Auswirkungen auf den Versorgungsindex:
Sozialstatus, Krankenversicherung, Art und Größe der Wunde

Hypothese: Zur Versorgungsqualität tragen organisatorische Faktoren und Kooperation wesentlich bei.

Herberger K, Rustenbach SJ, Grams L, Muenter KC, Schaefer E, Augustin M. Quality-of-Care for Leg Ulcers in the Metropolitan Area of Hamburg - a Community-Based Study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26 (4): 495-502.

Hamburger Versorgungsstudie zum Ulcus cruris 2007

Versorgungskette und mittlere Zeiten zu wichtigen Versorgungspunkten bei Ulcus cruris

Dauer	MW (Jahre)	≥ 5 Jahre
1. Symptom bis offene Wunde	11,1	91,4%
Offene Wunde bis 1. Arztbesuch	0,8	2,1%
1. Arztbesuch bis Diagnosestellung	3,9	19,2%
1. Symptom bis Diagnose	15,2	94,4%

.Herberger K, Rustenbach SJ, Haartje O, Blome C, Franzke N, Schäfer I, Radtke M, Augustin M: Quality of Life And Satisfaction of Patients with Leg Ulcers - Results of a Community-based Study. Vasa 40(2), 131-138, 2011

Hamburger Versorgungsstudie zum Ulcus cruris 2007

Versorgungskette und mittlere Zeiten zu wichtigen Versorgungspunkten bei Ulcus cruris

Dauer		Jahre
1. Sympto		% 1%
Offene Wu		
1. Arztbesuch bi		19,2%
1. Symptom bis Diagnose	15,2	94,4%

Chronische Wunden: verschleppte Versorgungskette

.Herberger K, Rustenbach SJ, Haartje O, Blome C, Franzke N, Schäfer I, Radtke M, Augustin M: Quality of Life And Satisfaction of Patients with Leg Ulcers - Results of a Community-based Study. Vasa 40(2), 131-138, 2011

Versorgung chronischer Wunden in Deutschland

Problem: Gradient an Kompetenz und Qualität

Wissenschaftliche Daten 2008-2011:	**Hochspezialisierte Zentren**	**Routine-Versorgung**
Stärken	Qualität + Effizienz	Verbreitung
Anteil gut versorgter Patienten[1]	88%	35%
Mittlere Abheilungszeit[5]	2,5 Monate	> 12 Monate
Pat. mit mehr Lebensqualität[2]	92%	40%
vermiedene stationäre Therapie[3]	65%	15%
Verfügbare Versorger in D	250-300	ca. 80.000
Versorgungsbedarf[4]	ca. 1.200.000 Patienten	

[1]Augustin M, Wound Rep Regener (submitted 2010); [2]Purwins S et al., Int Wound J 2010; [3]Augustin M et al. Wound Management 2011; [4]Augustin M und Debus S (edt.), MRC Verlag 2010; [5]Augustin M und Debus S (edt.), DWF 2011

Versorgung chronischer Wunden in Deutschland

Problem: Gradient an Kompetenz und Qualität

Wissenschaftliche Daten 2008-2011:	**[illegible]**	**Routine-[illegible]rgung**
Stärken		[illegible]ng
Anteil gut [illegible]		
Mittlere Ab[illegible]		[illegible]e
Pat. mit me[illegible]		[illegible]
vermiedene [illegible]		15%
Verfügbare Versorger[illegible]	[illegible]	ca. 80.000
Versorgungsbedarf[4]	ca. 1.200.000 Patienten	

Chronische Wunden: Qualitätsgefälle von Spezialisten zu Basis

[1]Augustin M, Wound Rep Regener (submitted 2010); [2]Purwins S et al., Int Wound J 2010; [3]Augustin M et al. Wound Management 2011; [4]Augustin M und Debus S (edt.), MRC Verlag 2010; [5]Augustin M und Debus S (edt.), DWF 2011

Clinical network in Hamburg

CWC- Comprehensive Wound Center

Hochschulambulanz für Wunden - UKE Hamburg

Hamburger Wundnetz

Clinical network in Hamburg

CWC-Consultation
Wound Research

CWC-Consultation
Vascular medicine

CWC-Consultation
Plastic / vascular surgery

CWC-Consultation
Dermatology

Hamburg Wound Network
(„Wundzentrum“; 440 members)

Special Consultations
Dermatologic Satellite Practices

Dermatology Practice
Dr. Reusch, Dr. Mielke Hamburg

Surgical Practice
Dr. med. Schäfer, Hamburg

Surgical Practice
Dr. med. Kindl, Hamburg

Wound Medical Practices in Hamburg
e.g. Dr. Münter, Dr. Krüger

Konzept Telewunde

Wundambulanz

Basisversorgung 1:
Hausarzt

Basisversorgung 2:
„Häusliche Versorgung“

Überweisung in speziellen Fällen

Televisite
→ Digitale Fotos

Universitäres Wundzentrum (CWC)

Telemetrie + Foto
→ „early warning“

„Digitale Wundvisiten“ (täglich)
oder nach Bedarf:

- Ambulante Visiten
- Stationäre Aufnahme

Wundnetz
→ Regional
→ überregion

Welche Nutzen kann die Telemedizin haben?

Wunden sind morphologisch gut beurteilbar

Nekrose - Fibrinbelag - Granulation - Epithelisierung

Systematische Literatursuche in Online-Datenbanken (Pubmed, Ovid …)[1]

[1]Augustin M, Heyer K et al., Online-Recherche vom 04.06.2014

Geographische Verteilung der Publikationen zur Telemedizin (>1 Paper)

[1]Augustin M, Heyer K et al., Online-Recherche vom 04.06.2014

Beispiel: Kontrollierte Studie | Expert advice for chronic wound care

Expert Advice Provided through Telemedicine Improves Healing of Chronic Wounds: Prospective Cluster Controlled Study

Kian Zarchi[1], Vibeke B. Haugaard[1], Deirdre N. Dufour[1] and Gregor B.E. Jemec[1]

Telemedicine is widely considered as an efficient approach to manage the growing
However, to date, there is no convincing evidence to support the clinical efficac
management. In this prospective cluster controlled study, we tested the hypoth
management provided by a team of wound-care specialists through telemedicine wo
likelihood of wound healing compared with the best available conventional practice
patients in home care met all study criteria and were included: 50 in the telem
conventional group. Patients with pressure ulcers, surgical wounds, and cancer wo
the 1-year follow-up, complete wound healing was achieved in 35 patients (70%
compared with 18 patients (45%) in the conventional group. After adjusting for i
advice on wound management through telemedicine was associated with sig
compared with the best available conventional practice (telemedicine vs. conventio
ratio 2.19; 95% confidence interval: 1.15–4.17; $P = 0.017$). This study strongly suppor
connect home-care nurses to a team of wound experts in order to improve the mar

Journal of Investigative Dermatology advance online publication, 6 November 2014; doi:10.1038/jid.2014.441

Zarchi K, Haugaard VB, Dufour DN, Jemec GB. Expert Advice Provided through Telemedicine Improves Healing of Chronic Wounds: Prospective Cluster Controlled Study. J Invest Dermatol. 2014 Oct 7. [Epub ahead of print]

Beispiel: Kontrollierte Studie | Expert advice for chronic wound care

Figure 2. Cumulative incidence of wound healing associated with using telemedicine compared with conventional practice.

Zarchi K, Haugaard VB, Dufour DN, Jemec GB. Expert Advice Provided through Telemedicine Improves Healing of Chronic Wounds: Prospective Cluster Controlled Study. J Invest Dermatol. 2014 Oct 7. [Epub ahead of print]

Beispiel: Kontrollierte Studie | Expert advice for chronic wound care

Telemedical expert advice: higher healing rates in wounds

Figure 2. Cumulative [illegible] healing associated with using telemedicine compared with conventional practice.

Zarchi K, Haugaard VB, Dufour DN, Jemec GB. Expert Advice Provided through Telemedicine Improves Healing of Chronic Wounds: Prospective Cluster Controlled Study. J Invest Dermatol. 2014 Oct 7. [Epub ahead of print]

Projekt: „Televisite“: DAK-Vertrag seit 12/2014

Weiterversorgung chronischer Wunden nach Vorstellung im universitären Wundzentrum

Wöchentliche digitale Visite mit Bild- und Befunddaten

Wer führt hauptsächlich den VW durch ? (n=502)

Projekt: „Televisite“: DAK-Vertrag seit 12/2014

Weiterversorgung chronischer Wunden nach Vorstellung im universitären Wundzentrum

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

DAK Gesundheit
Unternehmen Leben

Vertrag
zur Integrierten Versorgung
nach § 140 a SGB V

zwischen der
Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK-Gesundheit)
Vertragsgebiet Hamburg
Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
(nachfolgend DAK genannt)

und dem

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Martinistraße 52
20246 Hamburg
(nachfolgend UKE genannt)

und den

Wundpraxen in Hamburg
Praxis am Tibarg, Tibarg 7-9, 22459 Hamburg-Niendorf
Praxis Dr. Münter, Bramfelder Chaussee 200, 22177 Hamburg-Bramfeld
Praxis Dr. Kindel, Museumstraße 27, 22765 Hamburg
Chirurgische Praxis Harburg, Am Wall 1, 21073 Hamburg
Ambulanzzentrum des UKE GmbH, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

über die telemedizinische Versorgung und Vergütung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden

Wöchentliche digitale Visite mit Bild- und Befunddaten

0 1 2 3 4 5 6 Mon.

Augustin M, Debus S, Mayer A: Televisite: telemedizinische Routine-Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. DAK-Vertrag 2014

Projekt: „Televisite“: DAK-Vertrag seit 12/2014

CWC Diagnostik & Therapieplanung

Koordinationseinheit: CWC Case Manager

Comprehensive Wound Center

CWC wöchentliche digitale Patientenvisiten

Wöchentliche Fotos + Kurzbericht

Rückmeldung

Niedergelassener Arzt / Ambulante Versorger

Versorgung durch Pflegedienst und Niedergelassenen Haus-/ Facharzt

Überweisung ins CWC initial, nach 3,6 Monaten oder wenn notwendig

Projekt: „Televisite“: DAK-Vertrag seit 12/2014

Sachstand:

1. Pilotstudie: n=125 Patienten behandelt
2. Qualitative Evaluation abgeschlossen:
    1. Hohe Feasibility
    2. Hohe Patientenzufriedenheit
    3. Erhöhte Mobilität der Patienten
    4. Technische Lösung zufriedenstellend
3. Datenschutz: Freigabe 8/2014
4. Projektstart 12/2014

Anteil (%) stationäre Aufnahmen von Patienten mit chronischen Wunden durch das CWC und Partnerpraxen/ Jahr

Projekt: „Telewunde“: Förderprojekt der FUH Hamburg

Projekt:

Telemedizinische Unterstützung der peripheren Arzt- und Pflegeversorgung bei Wunden und s
Pflegeproblem

„Videokonfer
Krankenbett“

CVderm CVvasc CeDeF IVDP

Förderprogramm zur Stärkung und Förderung der Gesundheitswirtschaft in Hamburg

Projektantrag:

„Telewunde“ – Konzeption und Evaluation einer telemedizinischen wohnortnahen Versorgung für Bürgerinnen und Bürger der Stadt Hamburg mit schwer heilenden Wunden.

rt 17.02.2014;
014

und bei Pflegeberufen (IVDP)
Wound Center, CWC)
Dermatologie (CVderm)

Dr. Mielke/Reusch (Niendorf),
ramfeld), Praxis Dr. Altheide

nburg und des Hamburger

eration mit dem Institut für
Scherer)

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Billstraße 80, 20539 Hamburg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Versorgungsforschung in der
Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP)
Martinistraße 52
20251 Hamburg

Amt für zentrale Dienste

Gesundheitswirtschaft, Internationales, Beteiligungen

Billstraße 80
20539 Hamburg

Ansprechpartner Z 122 - Herr Kai Schnackenberg
Zimmer 9.16

Telefon: +49 40 428 37 2264
E-Mail: kai.schnackenberg@bgv.hamburg.de
E-Fax: +49 40 4279 48 253

Az.: Z|67469|2014|G500/02.10/10,006

Hamburg, den 26. November 2014

Augustin M, Debus S, Mayer A: „Telewunde“ – Konzeption und Einrichtung einer telemedizinischen wohnortnahen Versorgung für Bürgerinnen und Bürger der Stadt Hamburg mit schwer heilenden Wunden

Projekt: „Telewunde“: Förderprojekt der FUH Hamburg

Projekt:

Telemedizinische Unterstützung der peripheren Arzt- und Pflegeversorgung bei Wunden und schweren Pflegeproblemen

„Videokonferenz am Krankenbett“

Augustin M, Debus S, Mayer A: „Telewunde“ – Konzeption und Einrichtung einer telemedizinischen wohnortnahen Versorgung für Bürgerinnen und Bürger der Stadt Hamburg mit schwer heilenden Wunden

Projekt: „Telewunde“: Förderprojekt der FUH Hamburg

Augustin M, Debus S, Mayer A: „Telewunde“ – Konzeption und Einrichtung einer telemedizinischen wohnortnahen Versorgung für Bürgerinnen und Bürger der Stadt Hamburg mit schwer heilenden Wunden

Projekt: „Telewunde“: Förderprojekt der FUH Hamburg

Erkenntnisse:

1. Technische Umsetzung einwandfrei
2. Hohe Patientenakzeptanz
3. Effiziente Vermittlung von Wissen
4. Schulungseffekt
5. „Adhärenz und Compliance“
6. Bessere Steuerung der Versorgung

Telewunde und Televisite in Hamburg

Vernetzung von Kompetenz und Qualität

Vorteile:

- **Abstufung** der notwendigen Therapie zwischen Grundversorgung und Spitzenversorgung
- **Ressourcenschonung**
- **Optimale** Ausnutzung universitären Know-hows und Transfer
- **Frühe Intervention** vermeidet Progression
- Gesteuerte **Überleitung** vermeidet Komplikationen+ Rezidive
- Aufhebung **regionaler Versorgungsgradienten**
- Überwindung von **Sektoren**
- **Wohnortnahe** Versorgung
- Mehr **Lebensqualität** für die Patienten

Zusammenfassung

Fachärztliche Perspektive

1. Fachärztliche Versorgung weist immanenten **Stadt-Land-Gradienten** auf
2. Fachärztliche Versorgung hat weiterhin **Potential** für Verlagerung in den ambulanten Bereich
3. **Technologischer Fortschritt** allein reicht nicht aus
4. **Organisation, Kommunikation und Kooperation** müssen grundlegend verbessert werden
5. **Soziale und geographische Hürden** bedürfen besonderer Lösungen
6. Notwendig: 1) **Deskriptive Versorgungsforschung** unter Nutzung von Primär- und Sekundärdaten: 2) **Interventionelle Versorgungsforschung**

Vielen Dank !