



## Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

### Projekte zu Covid-19

Die Covid-19-Pandemie stellt die Gesellschaft und das Gesundheitswesen weltweit, so auch in Deutschland vor enorme Herausforderungen. Daten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zeigen, dass bislang 86% der Covid-19-PatientInnen in Deutschland ambulant versorgt wurden. Neben der hausärztlichen Versorgung sind in Baden-Württemberg zur Versorgung von Covid-19-PatientInnen bis zum 31.12.2020 1254 Corona-Schwerpunktpraxen, 34 Abstrichstellen und 33 zentrale Fieberambulanzen unter der Trägerschaft der KV entstanden.

Vor diesem Hintergrund sind in der Abteilung Allgemeinmedizin zwei wissenschaftliche Projekte entstanden.

Neben der wissenschaftlichen Arbeit ist die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung auch ganz praktisch in das Pandemie-Management einbezogen und unterstützt durch die „Koordinierungsstelle Heime – Hausärzte“ die hausärztliche Versorgung in den Pflegeheimen während eines Covid-19-Ausbruchs im Rhein-Neckar-Kreis. Hierzu wird eng mit dem Gesundheitsamt zusammengearbeitet, welches einen Ausbruch meldet. In einem nächsten Schritt wird eine Ad-hoc-Telefonkonferenz mit versorgenden HausärztInnen, Heimleitung, Gesundheitsamt und Abteilung Allgemeinmedizin initiiert. So können gemeinsam die nächsten Schritte abgestimmt werden. Dies ermöglicht ein individualisiertes und gleichzeitig strukturiertes sowie durch Handreichungen unterstütztes Vorgehen.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,

Ihr

**Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi**

### **CovidCare – softwaregestütztes praxisbasiertes Telefonmonitoring häuslich isolierter Covid-19-PatientInnen**

Ein Team aus ÄrztInnen, WissenschaftlerInnen, IT-Sachverständigen und Study Nurses der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung hat das softwaregestützte CovidCare-Modul entwickelt, um die Hausarztpraxen bei der Versorgung von Covid-19-PatientInnen zu unterstützen und zu entlasten. Das CovidCare-Modul ist Teil des CareCockpits, die zentrale und modulare Software zur Verwaltung des Versorgungsmodells PraCMan (Hausarztpraxisbasiertes Case Management für chronisch kranke PatientInnen) und des neuen CovidCare Monitoring und Surveillance. Das CareCockpit ist speziell an die Bedürfnisse und Abläufe in Hausarztpraxen angepasst, um die Arbeit von HausärztInnen und VERAH (VERSorgung-Assistentin in der Hausarztpraxis) in der Patientenversorgung insbesondere durch Telefonmonitoring und Case-Management optimal zu unterstützen.

CovidCare richtet sich an PatientInnen mit (vermuteter) Covid-

19-Erkrankung, die 18 Jahre oder älter sind, mindestens einen Risikofaktor nach Definition des Robert Koch-Instituts aufweisen. Eine Vergütung erfolgt derzeit für bei der AOK Baden-Württemberg versicherte PatientInnen, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. CovidCare beinhaltet ein initiales Telefon-Assessment der Risikofaktoren und Symptome sowie eine kontinuierliche und auf die PatientInnen individuell abgestimmte Überwachung der Symptome und Messwerte per Telefon-Monitoring. Die Durchführung erfolgt durch die HausärztInnen und VERAHS.

Durch das CovidCare-Modul soll eine softwaregestützte, individuell auf die einzelnen PatientInnen abgestimmte Verlaufskontrolle ermöglicht werden. Das Ziel ist zum einen das frühzeitige Erkennen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit sich anschließender Handlungsmöglichkeit (z.B. rechtzeitige Einweisung). Zum anderen sollen damit auch unnötige Hospitalisierungen vermieden werden. Ein weiteres Ziel ist die Entlastung der HausärztInnen bei der Versorgung von Covid-19-PatientInnen, indem große Teile des Moduls von der VERAH durchgeführt werden können.

### **CovidCare – softwaregestütztes wissenschaftliches Begleitprojekt**

Um zusätzlich neue versorgungsrelevante wissenschaftliche Erkenntnisse in einem Forschungsgebiet mit vergleichsweise lückenhafter Studienlage zu generieren, ist an das CovidCare-Modul eine multizentrische, prospektive, nicht-kontrollierte, longitudinale Beobachtungsstudie angegliedert, die die Effekte unterschiedlicher Risikofaktoren auf den Krankheitsverlauf von Covid-19-PatientInnen erforscht (German Clinical Trials Register DRKS00022054; [https://www.drks.de/drks\\_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL\\_ID=DRKS00022054](https://www.drks.de/drks_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00022054)). Die Studie wird von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung durchgeführt.

Die Evaluation basiert auf Daten, die über das CovidCare-Modul erhoben werden und anhand gemischter Regressionsmodelle Aufschluss über den Einfluss von Risikofaktoren auf den Covid-19-Erkrankungsverlauf und die Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsstrukturen geben sollen. Primärer Endpunkt ist die Hospitalisierung bei Covid-19. Sekundäre Endpunkte sind Pneumonie, Palliativbehandlung, Sterblichkeit, Angst (definiert durch den Generalized Anxiety Disorder Index) sowie die Identifikation prädiktiver Risikofaktoren für eine Hospitalisierung, die Behandlung auf der Intensivstation und die Sterblichkeit bei PatientInnen mit (vermuteter) Covid-19-Erkrankung. Zusätzlich dazu werden in einer begleitenden Prozessevaluation die Nutzung des CovidCare-Moduls aus Sicht der HausärztInnen, VERAHS und PatientInnen sowie deren Erfahrungen mit dem CovidCare-Modul mittels Fragebögen und Interviews erhoben und anhand des RE-AIM frameworks nach Glasgow et al. [1] ausgewertet.

Die Prozessevaluation zielt darauf ab

1) in welchem Ausmaß PatientInnen durch das CovidCare-Modul erreicht und versorgt werden konnten, d.h. welche PatientInnen

- einer Betreuung durch das Modul zugestimmt haben bzw. diese ablehnten;
- 2) die Wirksamkeit des CovidCare-Moduls inklusive der positiven und negativen Effekte für Gesundheitsversorger und PatientInnen sowie die Zufriedenheit mit dem CovidCare-Modul;
  - 3) die Gründe für die (Nicht-) Nutzung des CovidCare-Moduls sowie förderliche und hinderliche Faktoren;
  - 4) inwieweit das CovidCare-Modul wie vorgesehen genutzt und umgesetzt wurde und
  - 5) in welchem Ausmaß das CovidCare-Modul in die tägliche Praxisroutine der einzelnen Gesundheitsversorger und der Praxen integriert werden konnte.

Für die Registrierung muss eine Praxis (in Baden-Württemberg) über einen HZV-Vertrag („Hausarztzentrierte Versorgung“) verfügen und die VERAH sowie die Ärztin/der Arzt müssen eine einmalige Online-Schulung absolvieren. Seit dem 30. April 2020 steht CovidCare den HZV-Praxen in Baden-Württemberg zur Verfügung. Bereits nach wenigen Tagen haben sich die ersten Praxen für CovidCare registriert und PatientInnen mit Hilfe von CovidCare betreut. Aktuell sind mehr als 310 Hausarztpraxen registriert.

Wir möchten der AOK Baden-Württemberg für die Anschubfinanzierung des CovidCare-Projekts danken.

### PrimaryCovCare – Ist-Analyse als Lernfeld des Pandemiemanagements

Das zweite wissenschaftliche Projekt zum Thema Covid-19 ist die nicht-interventionelle Beobachtungsstudie im Mixed-Methods-Ansatz „PrimaryCovCare/MWK Lessons learned“. Das übergeordnete Ziel der Studie ist, die ambulanten Versorgungsmodelle und -strukturen in der Covid-19-Pandemie zu beschreiben und daraus Weiterentwicklungsimpulse für das ambulante Pandemiemanagement zu entwickeln. Die Studie ist zum Teil in ein Verbundprojekt der allgemeinmedizinischen universitären Einrichtungen in Baden-Württemberg integriert, welches durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg (MWK) gefördert wird (Federführung Universitätsklinikum Tübingen mit den Universitätskliniken Freiburg, Heidelberg und Ulm).

Ziel des Teils 1 der Studie war eine erste Erfassung der Einrichtung, Organisation, Umsetzung und Nutzung der Versorgungsstrukturen zur ambulanten Behandlung von Covid-19-PatientInnen in den ersten Monaten der Covid-19-Pandemie. Im Juni 2020 wurden alle 271 LeiterInnen der zu dem Befragungszeitpunkt eingerichteten Corona-Anlaufstellen sowie eine Zufallsstichprobe von 400 HausärztInnen aus Baden-Württemberg eingeladen, einen papierbasierten Fragebogen auszufüllen. Erste Ergebnisse wurden beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vorgestellt [2] und befinden sich derzeit im Einreichungsprozess.

Ziel des Teils 2 der Studie ist die Erfassung von Konzepten, Anpassungen sowie kurz- und langfristigen Barrieren und Förderfaktoren für eine gelingende ambulante Versorgung aus Sicht grundversorgender ÄrztInnen in unterschiedlichen Phasen einer Pandemie

The screenshot shows the 'Assessment' section of the CareCockpit software. It displays patient information (Mustermann, Max, 15.05.1940) and a summary of symptoms and measurements. The 'Symptome-Aktuell' table shows symptoms like cough, dyspnea, and fatigue with their onset dates and severity levels. The 'Messwerte' table shows vital signs like RR Sys, RR Dia, and Herzf. / Puls for two dates: 30.04.2020 and 30.04.2020. Below this is a 'Zeitstrahl' (timeline) showing the progression of symptoms like cough, fever, and cough over a 14-day period.

Symptom	Beginn	Ass. 30.04.2020	Monit. 30.04.2020
Allgemein			
Husten	27.04.	Leicht	
Dyspnoe			
Halsbeschw.	25.04.	Leicht	Leicht
Körpertemp.	26.04.	38.2	
Gliederschm.			
Riech-/Geschmack.			
Schnupfen		Ja	Ja
Kopfschmerzen			
Übelk. / Erbrechen			Ja
Durchfall			
Sonstige			

	Ass. 30.04.2020	Monit. 30.04.2020
RR Sys.	135	156
RR Dia.	88	
Herzf. / Puls	92	91

Abb. 1: Bildausschnitt aus dem CovidCare-Modul der CareCockpit Software.

am Beispiel von Covid-19 in Baden-Württemberg. Hierzu wurden von Juli – Oktober 2020 43 leitfadengestützte, semistrukturierte Telefoninterviews mit leitenden ÄrztInnen aus Hausarztpraxen, Corona-Schwerpunktpraxen und Abstrichstellen durchgeführt. Die Daten werden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Erste Ergebnisse sollen beim EbM-Kongress 2021 vorgestellt werden.

### Fragen/Kontakt

Dr. med. Sandra Stengel  
sandra.stengel@med.uni-heidelberg.de

Mariell Hoffmann, M.A.  
Mariell.hoffmann@med.uni-heidelberg.de

### Wo finde ich die Originalliteratur?

- [1] Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. American Journal of Public Health. 1999;89(9):1322-1327.
- [2] <https://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2020/20dkvf058.shtml>