Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

11. DNVF-Forum Versorgungsforschung

Partizipation und Zusammenarbeit aller Beteiligten ist der Schlüssel für eine wirksame organisationale Gesundheitskompetenz!

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Universitätsmedizin Greifswald), Vorsitzender des DNVF, begrüßte die knapp 100 Teilnehmenden des 11. DNVF-Forums Versorgungsforschung. Konzepte organisationaler Gesundheitskompetenz für Gesundheit und Krankheit zusammen mit Versorger:innen und Patient:innen zu entwickeln, sei ein wichtiger Baustein für die Resilienz unseres Gesundheitssystems, so Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann. Er bedankte sich bei den AGs Gesundheitskompetenz und Organisationsbezogene Versorgungsforschung des DNVF sowie dem Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) und dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP) und insbesondere Prof.in Dr. Nicole Ernstmann (Universität zu Köln), Prof.in Stephanie Stock (Universität zu Köln), Prof.in Dr. Lena Ansmann (Universität zu Köln) und Prof.in Dr. Eva Bitzer (Pädagogische Hochschule Freiburg) für die hervorragende Organisation.

>> Prof.in Dr. Stephanie Stock betonte in ihrer Einführung, dass das Forum dazu beitragen solle, die Kluft zwischen versorgungswissenschaftlicher Erwartung auf der einen Seite und den Umsetzungsmöglichkeiten aus der Sicht von Praxis, Betroffenen und Gesundheitspolitik auf der anderen Seite zu schließen. Es gehe darum, Komplexität zu reduzieren und gleichzeitig Kompetenz so zu vermitteln, dass Menschen in die Lage versetzt werden, ihre Bedürfnisse im Rahmen des Gesundheitssystems zu adressieren. Im Forum wurden hierzu in drei Blöcken die Perspektiven der Wissenschaft, der Betroffenen und der Versorgungspraxis diskutiert.

Obwohl es international keinen Konsens für eine einheitliche Definition von Gesundheitskompetenz gibt, bezogen sich die Vorträge des Forums überwiegend auf die Definition der Gesundheitskompetenz (GK) nach Sørensen. Verkürzt ausgedrückt ist GK demnach das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit von Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen treffen zu können. Somit wird GK einerseits durch persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie auf der anderen Seite durch Anforderungen und Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems determiniert. In ihrem Eröffnungsvortrag berichtet Prof.in Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld) die Entwicklung und aktuelle Datenlage zum Thema „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland" als Grundlage für die weiteren Vorträge und Diskussionen.

Prof.in Dr. Doris Schaeffer zeigt eindrücklich, dass sich GK in den letzten Jahren in Deutschland verschlechtert hat und es hier deutliche Unterschiede gibt. Eine unzureichende GK findet sich häufig bei Menschen mit niedriger Bildung, niedrigem Sozialstatus, eigener Migrationserfahrung, Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen und ab 65 Jahren. Eine leichte Verbesserung gab es während der Corona-Pandemie. Prof.in Schaeffer interpretiert diese Veränderung als Hinweis darauf, dass

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

in diesem Heft finden Sie spannende Berichte zum 11. DNVF-Forum Versorgungsforschung „Organisationale Gesundheitskompetenz in Einrichtungen des Gesundheitswesens – wo stehen wir und was brauchen wir?" (15.05.2024) und zur 2. Konferenz für registerbasierte Forschung (19.06.2024). Beide Konferenzen haben gezeigt, wie wichtig es ist, neue methodische Ansätze in der Versorgungsforschung zu diskutieren und sich dabei mit allen Beteiligten auszutauschen. Organisationale Gesundheitskompetenz und die Nutzung versorgungsnaher Daten sind auch bei der Implementierung neuer Versorgungsformen von großer Bedeutung.

Das Programm für den 23. DKVF mit dem Motto „Implementierungswissen schafft innovative Versorgung" ist auf der Kongresswebsite (dkvf.de) online. Aus den 498 eingereichten Abstracts wurden 56 Vortragssitzungen und 25 Postersessions gestaltet. Daneben wird es viele besondere Veranstaltungen geben. Neben den Keynotes und internationalen Sitzungen werden unter anderem zwei Debatten zu den Themen „Evidenz aus der Versorgungsforschung – methodische Anforderungen, Limitationen und Potentiale" sowie „KI in der Versorgungsforschung" stattfinden. State-of-the-Art-Vorträge zur EBMplus-Theorie und zu kontextuellen Aspekten in der Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft erwarten uns, daneben Symposien, interaktive Workshops und viele Möglichkeiten, sich zu vernetzen und die neuesten Entwicklungen in der Versorgungsforschung mit zu diskutieren. Der Kongresspräsidentin Prof. Dr. J. Köberlein-Neu, ihrem Organisationsteam und unserem Geschäftsführer Dr. T. Bierbaum danke ich ganz herzlich für die hervorragende Vorbereitung!

Ich würde mich freuen, Sie beim 23. DKVF in Potsdam begrüßen zu dürfen und mit Ihnen spannende Beiträge zu erleben und eine lebhafte methodische, inhaltliche, transferorientierte Diskussion zu führen – denn schließlich wollen wir gemeinsam die Zukunft unseres Gesundheitssystems mitgestalten.

Herzliche Grüße und Ihnen und Euch allen eine gute Zeit

Ihr Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH
Vorsitzender DNVF e. V.

eine intensive öffentliche Kommunikation über ein Gesundheitsthema die GK insgesamt fördern kann. Ein weiterer Problembereich, bei dem sich in den Erhebungen ein großes Verbesserungspotenzial zeigt, ist die navigationale GK. Darunter wird die Fähigkeit subsumiert, sich im komplexen Gesundheitssystem zu orientieren. Auch hier gibt es große Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status. Deswegen sei es eine dringliche gesellschaftliche Aufgabe, so Prof.in Dr. Schaeffer in ihrem Fazit, die navigationale GK zu fördern und dabei „die subjektiven Fähigkeiten der Bevölkerung (insbes. vulnerable Gruppen) zu stärken und zugleich ein gesundheitskompetentes Gesundheitssystem mit gesundheitskompetenten Organisationen und Professionen zu ermöglichen".

Anschließend stellte Prof.in Dr. Eva Bitzer in ihrem Vortrag „Organisationale Gesundheitskompetenz – Konzept und Messung" ein konzeptionelles Model der GK nach Sørensen vor, welches „individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheitskompetenz sowie Ansätze systemischer, organisationaler und professioneller Gesundheitskompetenz sichtbar integriert". Organisationale GK umfasst dabei laut Prof.in Bitzer Informationen, Leitlinien sowie die „Kompetenz von Gesundheitsfachkräften, sich im beruflichen Kontext gesundheitsbezogene Informationen zu erschließen und diese bedarfsgerecht und verständlich an Patientinnen und Patienten zu vermitteln" (professionelle GK). Dabei sollte die Stärkung der GK so im organisationalen Handeln verankert sein, dass Patient:innen informierte Entscheidungen treffen können.

Im zweiten Teil ihres Vortrags stellte Prof.in Dr. Eva Bitzer Instrumente zur Messung Organisationaler GK vor. Die vorgestellten Instrumente seien dabei primär für die Selbstbewertung von Organisationen gedacht (ähnlich wie z. B. im Qualitäts- oder betrieblichen Gesundheitsmanagement) und in Bezug auf die erhobenen Indikatoren von sehr unterschiedlichem Umfang. Kurze, gut handhabbare Instrumente, die sich auf wenige, übergeordnete Indikatoren konzentrieren, könnten einzelnen Organisationen der gesundheitlichen Versorgung zum Einstieg in das Thema dienen, böten aber auch die Möglichkeit einrichtungsübergreifender Analysen. Als Beispiel nannte sie den HLHO-10 - Fragebogen, der 10 Attribute gesundheitskompetenzfördernder Krankenhäuser misst. Ansatzpunkte zur Förderung organisationaler und professioneller GK sieht sie durch Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement, Kommunikationstraining, partizipative Entscheidungsfindung und Umgang mit Gesundheits(des)informationen.

„Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM)" lautete das Thema von Dr. Daniel Lüdecke (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf). Er berichtete über ein Projekt mit dem Ziel, einen Kriterienkatalog zur Bestimmung der GK von Organisationen zu entwickeln. Darüber hinaus sollte der Stand der organisationsbezogenen GK im Raum Hamburg gemessen, Maßnahmen zur Förderung der organisationalen GK entwickelt und implementiert sowie die entwickelten Kriterien durch Nutzer:innen bewertet werden. Im Projekt wurde ein Scoping-Review durchgeführt, die gefundenen 490 Kriterien in einem Workshop zusammengefasst und anschließend in einer Delphi-Befragung eingeschätzt. Der so erarbeitete Fragebogen wurde in einer Onlinebefragung mit letztlich 77 einzigartigen Kriterien mit 5 Haupt- und 17 Subkategorien angewendet. Dabei zeigen sich gute Ergebnisse beim barrierefreien Zugang und der Navigation (innerhalb der Organisationen), während Handlungsbedarf vor allem bei Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation und Bedarfserhebung sowie bei der Einbeziehung und Unterstützung von Zielgruppen besteht. Dr. Lüdecke riet Organisationen, die sich auf den Weg machen wollen, die organisationale GK zu verbessern, sich auf wenige, konkrete Kriterien zu fokussieren, die in der jeweiligen Organisation verbessert werden sollen.

Der zweite Block „Perspektive der Betroffenen" wurde ebenfalls von Prof.in Dr. Stephanie Stock moderiert. Er wurde von Dr. Stefanie Houwaart (BRCA-Netzwerk e. V.) mit ihrem Vortrag „Diagnose Krebs – Erfahrungen mit Informationen und Entscheidungssituationen" eröffnet. Vereinszweck des BRCA-Netzwerks-Vereins ist die Bereitstellung von Hilfe und Unterstützung für sowohl an erblichem Krebs erkrankte als auch für bisher gesunde Frauen und Männer, bei denen eine genetische Disposition nachgewiesen oder wahrscheinlich ist. Die Aktivitäten konzentrieren sich auf die Tätigkeitsfelder (TF) „Austausch, Information, Entscheidungsfindung" (TF 1 z. B. Flyer in einfacher Sprache, Podcast „Familiensache Krebs") sowie „Interessenvertretung, Patientenbeteiligung" (TF 2) und „Kooperationen" (TF3). Das BRCA-Netzwerk versteht sich als gesundheitskompetente Organisation und möchte durch Aktivitäten im TF 1 Kompetenzen der Beteiligten stärken und im TF 2 durch Interventionen Anforderungen im Gesundheitssystem reduzieren. Dr. Stefanie Houwaart zeigte eindrücklich, dass bei genetisch bedingter Veranlagung zu Krebserkrankungen weitreichende Entscheidungen anfallen, die die Lebenswelt der Betroffenen nachhaltig tangieren, z. B. Durchführung einer risikoreduzierenden, prophylaktischen Operation vs. engmaschiger Früherkennung oder das Thema „Kinderwunsch". Dabei geht es bei den Entscheidungen oft um die Wahl des geringeren Übels. Die Bereitstellung evidenzbasierter Informationsmaterialien ist hier zusammen mit der Klärung der individuellen Werte und Präferenzen, neben persönlichen Erfahrungen im Gesundheitssystem, eine wichtige Entscheidungsgrundlage.

Sie plädierte dafür, hier GK als Teil der Lebenskompetenz zu verstehen, nämlich der Auseinandersetzung mit den eigenen Lebensplänen und -entwürfen, weit über den gesundheitlichen Sachverhalt hinaus. Ein Best-Practice-Beispiel stellt nach ihrer Einschätzung das Projekt „EDPC-BRCA Decision-Coaching-Programm zur Entsc-



Prof:in Dr. Doris Schaeffer spricht über Gesundheitskompetenz in der BevölkerungProf:in Dr. Doris Schaeffer spricht über Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung.



Podiumsdiskussion auf dem 11. Forum Versorgungsforschung.

heidungs-unterstützung im Rahmen der Prävention bei BRCA1/2-Mutationsträgerinnen" dar, das vom Innovationsausschuss für die Implementierung in die Regelversorgung empfohlen wurde. Als Fazit hielt Dr. Stefanie Houwaart fest, dass organisationale GK dann gelingt, wenn sie ein steter gemeinsamer interdisziplinärer, integrierter und integrierender Prozess über alle Berufsgruppen, Mutationsträger:innen und Patient:innen hinweg ist.

Prof.in Dr. Dorothee Lebeda (katholische Hochschule NRW) stellte in ihrem Vortrag „Pflegende Angehörige im Entlassungsmanagement – Informationen finden und Versorgung organisieren" ein Programm „Pflegetrainer:in für pflegende Angehörige – eine neue pflegefachliche Funktion im Krankenhaus" vor. Das Projekt ist 2006 mit 25 beteiligten Krankenhäusern gestartet. Mittlerweile sind es über 400 teilnehmende Krankenhäuser. Ziel ist die Gestaltung eines stabilen, sicheren Versorgungssettings zu Hause. Dabei sollen der Übergang vom Krankenhaus in die eigene Lebenswelt begleitet und durch die Vermittlung von Fähigkeiten und Reflexion die Familien darin unterstützt werden, die neue Lebenssituation anzuerkennen und bewältigen zu können. Als ein Beispiel für ein häufig auftretendes Problem, das durch organisationale und individuelle GK verbessert werden kann, wurde die Beantragung, Lieferung und Nutzung von Hilfsmitteln beschrieben. Eine weitere Aufgabe sieht das Projekt darin, pflegende Angehörige sowie ihre Bedürfnisse im System so sichtbar zu machen, dass die Entwicklung der organisationalen GK darauf reagieren kann.

Die Moderation des dritten Blocks „Die Perspektive der Versorgungspraxis" übernahm Prof.in Dr. Lena Ansmann. Katja Rosenthal-Schleicher (Evangelisches Krankenhaus Mara Bielefeld) und Melanie Kanzler (Verbandsdirektorin Deutscher Evangelischer Krankenhausverband – DEKV) sprachen in ihrem Vortrag über die „Umsetzung von gesundheitskompetenzförderlichen Maßnahmen im Krankenhaus – Barrieren und Chancen". Das Mara Krankenhaus ist eine besondere Einrichtung mit den Schwerpunkten als Universitätsklinik für Epileptologie und Inklusive Medizin. Im Rahmen dieser Schwerpunkte sind das Mara Krankenhaus, der DEKV und das IQWiG eine Themenpartnerschaft Gesundheitsinformationen in leichter Sprache eingegangen. Dabei sollen die Informationen die spezifischen Fähigkeiten von Menschen mit Behinderung berücksichtigen und durch geschultes Personal begleitet werden. Das gezeigte Beispiel Darmspiegelung wurde partizipativ entwickelt und ist barrierefrei zugänglich. Ebenso wurden die nahestehenden Vertretungs- und Bezugspersonen einbezogen. Essenziell war dabei, sich in die Lebenswelt der Patient:innen einzudenken. Das gehe nur, wenn dabei die Lebenswelt der Betroffenen besucht wird. Ebenfalls gehört der sektorenübergreifende Austausch zum Konzept. Um die organisationale GK zu stärken, braucht es nach Ansicht der Referierenden ein Anreizsystem für Krankenhäuser aus einem Mix aus budgetrelevanten und qualitätsbezogenen Instrumenten (z. B. Zusatzentgelte für GK). Ebenfalls bedarf es innovativer Partnerschaften z. B. mit Patient:innenorganisationen oder Institutionen des Gesundheitssystems. Gesundheitsinformationen in leichter Sprache sollten ebenso gefördert werden wie Studien zur gesundheitsökonomischen Wirkung von hoher Gesundheitskompetenz.

Dr. Isabel Waltering (Universität Münster) definierte in ihrem Vortrag „Gesundheitskompetenz in der Apotheke fördern – Möglichkeiten und Grenzen" GK in Apotheken als „das Ausmaß, in dem Einzelpersonen grundlegende Gesundheits- und Arzneimittelinformationen und Apothekendienste erhalten, verarbeiten und verstehen können, um die richtigen Gesundheitsentscheidungen zu treffen". Sie legte dar, dass Medikamentenpläne sehr oft nicht richtig umgesetzt werden, z. B. weil Informationen vergessen werden, Zweifel am Nutzen besteht oder die Einnahme eine Einengung des persönlichen Zeitplans bedeutet. Dr. Isabel Waltering präsentierte eine Umfrage zur Einstellung zur Medikation. Als Konsequenz aus den Ergebnissen der Studie für die Praxis in der Apotheke forderte Dr. Isabel Waltering, dass fundierte Gesundheitsinformationen den Patient:innen im Rahmen einer Medikationsanalyse zur Verfügung gestellt werden müssen. Dazu sei jedoch auch eine Schulung des Apothekenpersonals erforderlich und die Übernahme einer Koordinierungsfunktion im Sinne professioneller GK. Durch eine erweiterte Medikationsberatung Polymedikation und verständlich vermittelte Informationen zur Anwendung sieht Dr. Isabel Waltering ein Einsparungspotenzial von 17 Milliarden Euro und die Chance, die Mortalität um 16% zu senken.

Podiumsdiskussion

Die Podiumsdiskussion wurde von Prof.in Dr. Eva Bitzer moderiert. Sie stieg mit der Frage ein, welche Anreize Apotheken brauchen, um die Medikationsanalyse umzusetzen. Das Fazit der Teilnehmenden war: Dazu braucht es mehr Geld, jedoch auch Kollaboration und interdisziplinären Austausch. Insgesamt wurde festgestellt, dass organisationale GK einen Austausch über Professionsgrenzen hinaus erfordert. Ein solcher sollte auch auf Verbandsebene stattfinden. Dadurch würde es für alle Beteiligten einfacher und es seien z. B. bei der Erstellung von Informationsmaterialien bessere Ergebnisse zu erwarten. Mit der Kollaboration verschiedener Berufsgruppen mit

Betroffenen und Angehörigen werden nicht nur mehr essenzielle Perspektiven eingebunden, sondern es wird auch der Auftritt nach außen hin gestärkt. Es sollten Plattformen entwickelt werden, auf denen alle Berufsgruppen kommunizieren und auf denen die jeweiligen Aufgabengebiete klar definiert sind. Zudem sollte es nicht nur um die Implementation neuer Interventionen gehen, sondern der Fokus auch darauf gelegt werden, „was wir lassen können" (De-Implementation). Dies könnte auch dazu beitragen, die Anforderungen des Gesundheitssystems zu reduzieren.

Zum Thema „Gesundheitsinformationen" betonten die Diskutant:innen, dass qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen nicht nur wissenschaftlich und klinisch relevante Aspekte angemessen darstellen sollten, sondern auch Ängste und andere Emotionen so adressieren, dass Rezipient:innen leichter gesundheitskompetente Entscheidungen treffen können.

Um diese Anforderung zu erfüllen, ist zur Entwicklung von Gesundheitsinformationen in der Regel ein partizipativer Ansatz am besten geeignet und die vorgestellten Best-Practice-Beispiele haben hier positive Effekte gezeigt. Einigkeit bestand darüber, dass es angesichts des Aufwandes, der mit der Erstellung qualitativ hochwertiger Gesundheitsinformationen verbunden ist, von hoher Priorität ist, für ihre möglichst weite Verbreitung und Anwendung (Implementation) zu sorgen und dazu auf allen Ebenen eines Feldes aktiv zu werden und Verbündete zu suchen. Ebenfalls nicht zu vergessen sind darüber hinaus die Überlegungen, wer solche Materialien mit welchen Ressourcen pflegt, d. h. aktualisiert und ggf. weiterentwickelt.

In ihrem Fazit dankte Prof.in Dr. Stephanie Stock allen Referierenden für die hervorragenden und inspirierenden Vorträge und der Geschäftsstelle des DNVF für die sehr gute Organisation. Als inhaltliches Fazit unterstrich sie die Bedeutung der Partizipation aller Beteiligten für die Entwicklung der organisationalen GK: Partizipation und Kollaboration, also die Einbindung aller Beteiligten in einen partizipativen Prozess. wurden neben der Verknüpfung der Ansätze mit den jeweiligen Lebenswelten sowie dem Setzen von monetären und nicht monetären Anreizen als wichtige Bausteine für die Umsetzung organisationaler Gesundheitskompetenz in Einrichtungen des Gesundheitssystems von den Referent:innen des 11. Forums Versorgungsforschung genannt. <<

von:
Thomas Bierbaum, Nicole Ernstmann,
Eva Maria Bitzer, Stephanie Stock

News

>> Neues Format im Innovationsfonds

Themenoffene Förderung von neuen Versorgungsformen im einstufigen Verfahren mit zweijähriger Laufzeit – mit den „Kurzläufern" Implementation voranbringen

Mit der Verstetigung des Innovationsfonds im Digitalgesetz (DigiG) gibt es auch ein neues Förderformat im Innovationsfonds. Im Leitfaden heißt es: „Gefördert werden insbesondere Projekte, welche in der Lage sind, innerhalb einer kurzen Laufzeit von maximal 24 Monaten einen Nachweis einer gesundheitsbezogenen Verbesserung oder einer patientenrelevanten Struktur- oder Verfahrensverbesserung zu liefern, aber auch solche, die darauf ausgerichtet sind, die Machbarkeit und Umsetzung einer komplexen neuen Versorgungsform zum Beispiel im Hinblick auf organisatorische, technische, finanzielle, rechtliche oder zeitliche Aspekte zu untersuchen. Dazu zählen auch solche Vorhaben, die in Deutschland erfolgreich erprobte Versorgungsansätze unter Alltagsbedingungen pilotieren oder jenseits des ursprünglichen Settings umsetzen wollen. [1]"

Diese neue Förderform des Innovationsfonds wurde auch entwickelt, um die Umsetzung von empfohlenen Projekten in die (Regel-) Versorgung besser zu ermöglichen. Das bedeutet, dass z. B. empfohlene Projekte oder Projekte mit sichtbarem Potenzial schon während der Projektdurchführung für eine folgende Implementierungsphase gefördert werden können. Grundlage hierfür ist auch das Umsetzungspotenzial einer neuen Versorgungsform. Dazu wäre es wichtig, dass mit Ende des Projekts der Abschlussbericht vorliegt und sehr zeitnah mit der Anschlussförderung begonnen werden kann. Dabei sollten im nachfolgenden Projekt Expert:innen eingebunden werden, die Erfahrung und Fachwissen bezüglich der Implementierung neuer Versorgungsformen sowohl im Allgemeinen als auch im jeweils spezifischen Anwendungskontext mit einbringen. International sich derzeit etablierende Konzepte wie das des „Implementation Support Practitioners" könnten diesbezüglich auch für Deutschland eine mögliche Blaupause darstellen [2]. Ein kontinuierlicher Ausbau entsprechender Qualifikationsmöglichkeiten wäre hierfür jedoch dringend notwendig.

Darüber hinaus sollen Projekte gefördert werden, deren neue Versorgungsform bereits in einer Region erfolgreich implementiert und verstetigt wurde und nun in einer anderen Region und somit mit anderen Kontextbedingungen implementiert werden soll. Wichtig bei einer Entscheidung für eine solche Form der Folgeförderung wäre jedoch, dass sich aus dem initial geförderten Projekt erste Erkenntnisse dazu ableiten lassen, wie Implementierung unter verschiedenen Bedingungen gestaltet werden kann. Methodische Ansätze, welche ein solches Wissen hervorbringen, werden bereits intensiv in anderen Ländern Europas und darüber hinaus genutzt [3], bedürfen in Deutschland jedoch noch einer stärkeren Legitimation. Ergänzend hierzu ist in diesem Zusammenhang zudem vorstellbar, dass konkret bezogen auf einen Implementierungsgegenstand (z. B. ein Spektrum an neuen Versorgungsformen) Projekte gefördert werden, welche Ansätze mit dem Ziel eines Capacity Buildings bezogen auf implementierungspraktische Kompetenzen untersuchen und verfügbar machen.

Ebenfalls ein Schwerpunkt des neuen Formates der „Kurzläufer" (interne Bezeichnung im BMG) ist die strukturelle und prozessuale Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung einschließlich der dauerhaften Weiterentwicklung selektivvertraglicher Versorgung. Leider ist noch nicht vorgesehen, sog. regionale Kollektivverträge zu fördern. Dies könnte dadurch geschehen, dass immer dann, wenn einem Selektivvertrag ausreichend viele Krankenkassen beitreten, sodass der Anteil aller gesetzlich Versicherten in einer Region einen bestimmten Anteil erreicht (z. B. 40%), alle übrigen Kassen verpflichtet werden, die Leistung ebenfalls anzubieten („Kontrahierungszwang").

Bei allen Anträgen im Innovationsfonds nimmt die Einbindung der Perspektive der Patient:innen einen wichtigen Stellenwert ein. Sozialleistungsträgerübergreifende Projekte können ebenfalls gefördert werden – Voraussetzung ist, dass sich die jeweiligen Sozialleistungsträger außerhalb der GKV entsprechend ihrer Zuständigkeiten an der Finanzierung der Projekte beteiligen. Nicht förderfähig sind Studien zum Nachweis positiver Versorgungseffekte bei digitalen Gesundheitsanwendungen.

Literatur

[1] https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/386/2024-03-22_Leitfaden_NVF_1-stufig-kurz_2024.pdf

[2] Kuske, S., & Köberlein-Neu, J. (2024). Systematisch implementieren. Inwiefern kann die Implementierungswissenschaft einen Bildungsbeitrag für die Akteure im Gesundheitswesen leisten? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 184, 34–39. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.11.007

[3] Duddy, C., & Wong, G. (2023). Grand rounds in methodology: when are realist reviews useful, and what does a 'good' realist review look like?. BMJ quality & safety, 32(3), 173–180. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015236

DNVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e. V. – Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Str. 8 – 14057 Berlin

E-Mail: info@dnvf.de