Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Umsetzung der Ergebnisse versorgungsnaher Datenanalysen – Evidenzgenerierung und Implementierung am 19.06.2024

2. Konferenz für registerbasierte Forschung des DNVF

Die Nutzung Versorgungsnaher Daten (VeDa) hängt von der jeweiligen Fragestellung ab. Dabei können beim Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis VeDa von großem Nutzen sein.

>> Die zweite Konferenz für registerbasierte Forschung fand am 19. Juni 2024 in Berlin statt und stand unter dem Motto „Umsetzung der Ergebnisse versorgungsnaher Datenanalysen, Evidenzgenerierung und Implementierung. Auch in diesem Jahr wurde die Konferenz im Hybrid-Modell aus Berlin gesendet. Die Konferenz mit ca. 90 Teilnehmenden wurde von Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Universität Regensburg) und Dr. Thomas Bierbaum (DNVF) moderiert.

Den Einstieg gestaltete Laura Keßler, M.Sc., Koordinatorin des REGIBA-Forschungsprojektes. Sie zog eine positive Bilanz des ersten Jahrgangs der Pilot-Fortbildung Registerbasierte Forschung mit dem Abschluss „Health Scientists for Registry Research". Die Absolvent:innen der Fortbildung haben die Kompetenz erlangt, registerbasierte Studien durchzuführen und versorgungsnahe Daten in Registern zu nutzen. Langfristiges Ziel der Fortbildung ist der Aufbau einer multidisziplinären, (inter-)nationalen Community „Registerbasierte Forschung".

Im Anschluss sprach Dr. Thomas Kaiser vom IQWiG über registerbasierte Studien als Evidenzgrundlage für Arzneimittelbewertung. Dabei ging es um die Frage, wie versorgungsnahe Daten genutzt werden können, um in RCTs die Wirksamkeit von Medikamenten unter Alltagsbedingungen besser beurteilen zu können. Wichtig ist hierbei, dass die Eignung von Registern für Registerstudien immer fragestellungsbezogen bewertet werden muss. Dabei besteht ein erhöhter Aufwand durch die Adjustierung relevanter Confounder bei nicht randomisierten Registerstudien. Vergleichende, randomisierte Registerstudien können gerade, was die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen betrifft, RCTs hinsichtlich externer Validität ergänzen.

Es schloss sich ein Vortrag von Prof. Dr. Holger Pfaff von der Universität Köln über Chancen und Herausforderungen der Evidenzgenerierung auf Basis von versorgungsnahen Daten (VeDa) an. Er zeigte, dass die Nutzung versorgungsnaher Daten große Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und –prozesse eröffnet. Das setzt jedoch voraus, dass mit den Daten das praktisch beste Evidenzniveau durch entsprechende Studiendesigns angestrebt wird. Die Nutzung versorgungsnaher Daten eröffnet große Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und -prozesse. Die praktisch beste Evidenz wird dabei durch den Kontext definiert und sollte in einem strukturierten Konsensfindungsprozess festgelegt werden – und zwar a priori (bevor Studien durchgeführt werden).

Prof. Dr. Stefan Benz zeigte in seinem Vortrag Beispiele zur Evidenzgenerierung aus registerbasierten Daten. Der Chefarzt des Klinikums Sindelfingen-Böblingen machte deutlich, dass die Nutzung versorgungsnaher Daten ein verpflichtender Bestandteil des Evidenzgenerierungsprozesses werden muss. Denn mit den heute verfügbaren Daten der klinischen Krebsregister lässt sich die Evidenz aus randomisierten Studien präzise nachvollziehen und ausdifferenzieren. So wird eine Überprüfung von Therapieeffekten bei der Implementierung in der Fläche möglich.

Den Aufschlag zur zweiten Hälfte der Konferenz machte Dr. Matthias Kaltheuner vom

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

ich heiße Sie herzlich vom 25. bis zum 27. September auf dem Campus Griebnitzsee in Potsdam willkommen! Der 23. DKVF steht unter dem Motto „Implementationswissen schafft innovative Versorgung". Die Implementierungswissenschaft bietet gut fundierte und erprobte Methoden und Konzepte, die wir mit dem Wissen der Versorgungsforschung bündeln wollen. Wir sind sehr dankbar für die Zusammenarbeit mit der European Implementation Collaborative (EIC) und dem Implementierungsnetzwerk für Forschung und Praxis bei der Gestaltung des wissenschaftlichen Programms. Wir werden Implementierungswissen explizit machen für eine innovative Gesundheitsversorgung.

In über 500 wissenschaftlichen Beiträgen werden wir alles Wichtige und Aktuelle zum Stand der Gesundheitsversorgung erfahren. Die Kongresspräsidentin Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu und ihr Team, das Programmkomitee und eine interdisziplinäre Gutachterkommission haben für den 23. DKVF ein ebenso spannendes wie wissenschaftlich hochkarätiges Programm für Sie zusammengestellt. Mein ganz herzlicher Dank gilt Prof. Köberlein-Neu und ihrem Team, der Geschäftsstelle und unserem Geschäftsführer Dr. Thomas Bierbaum sowie der Kongressagentur KUKM für die intensive und professionelle Organisation des Kongresses

Aufmerksam machen möchte ich Sie auf das Interview, das wir mit Prof. Dr. Martin Dietrich, zuständiger Referatsleiter beim BMG zum Innovationsfonds, führen konnten und das in diesem Heft abgedruckt ist. Implementierung neuer Versorgungsformen ist auch für ihn ein zentrales Anliegen.

Ich wünsche Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, inspirierende Vorträge und Poster, aufschlussreiche Erkenntnisse, einen spannenden fachlichen und persönlichen Austausch und eine gute Zeit auf dem 23. DKVF.

Herzliche Grüße
Ihr
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

Wissenschaftlichen Institut der niedergelassenen Diabetologen (winDiab). Er stellte das Register zu Diabetes in der Schwangerschaft (GestDiab) vor, auf dessen Grundlage in den 16 Jahren seines Bestehens zahlreiche Publikationen entstanden sind. So wurde in einer Publikation zur Indikationsstellung für postpartalen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) festgestellt, dass bei Berücksichtigung von Präindikato-ren und weiteren Parametern drei Viertel der Frauen dieser Test erspart werden kann. Das wiederum ermöglicht mehr Kapazitäten für die Nachsorge. Die dahinterliegende, weiter zunehmende Forschungstätigkeit zeigt laut Kaltheuner, dass es durchaus möglich ist, aus der ambulanten Medizin heraus Forschung zu betreiben.

Dass auch in der Demenzforschung VeDa zum Einsatz kommen, verdeutlichte der Vortrag von PD Dr. Bernhard Michalowsky, dem Leiter der Arbeitsgruppe „Patientenberichtete Outcomes & Gesundheitsökonomie" am DZNE. Diese ermöglichen einen umfassenden Überblick über das aktuelle reale Diagnose-, Verordnungs- und Versorgungsgeschehen der Praxis. Die vorgestellte hausarztbasierte randomisierte Studie mit 634 Menschen mit Demenz zeigte signifikant positive Effekte der Intervention auf neuropsychiatrische Auffälligkeiten, Angehörigenbelastung, Lebensqualität, Antidementiva, Hospitalisierung und Institutionalisierung. Überdies sind VeDa förderlich, so Michalowsky, für die Translation innovativer Interventionen im Gesundheitswesen.

Den Abschluss der Vortragsreihe bildete Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalkes Präsentation zum Verbundprojekt „Anforderungen, Möglichkeiten, Limitationen und Perspektiven registerbasierter Interventionsstudien in Deutschland" (REGINT). In diesem vom BMG geförderten Projekt wird der aktuelle Stand registerbasierter Interventionsstudien in Deutschland analysiert und anhand von Fallbeispielen die Möglichkeiten und Limitationen von registerbasierten Interventionsstudien demonstriert. So sollen letztendlich konsentierte Empfehlungen für Forschende und Registerbetreibende erarbeitet werden.

In der anschließenden Podiumsdiskussion ging es u. a. um die Frage, wie Evidenzen so geschaffen werden können, dass diese auch Eingang in Leitlinien finden. Dr. Thomas Kaiser stellte hier den Begriff der optimalen Evidenz in den Mittelpunkt, welcher sich stark auf die Durchführbarkeit von Studien auswirkt. Optimale Evidenz heißt in diesem Zusammenhang, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die oben genannte bestmögliche Evidenz letztlich auch die optimale Evidenz darstellt. Der Bezug zu aktuellen Rahmenbedingungen sei essenziell. Dem stimmte Prof. Stefan Benz zu und fügte an, dass die Höhe der Schwelle der Übernahme von Ergebnissen in die Praxis von der besten verfügbaren Evidenz abhängig sei.

Auf die Frage, welche Erkenntnisse man aus der diesjährigen Sitzung für die dritte Konferenz im Folgejahr mitnehmen könne, antwortete Dr. Bernhard Michalowsky mit einem Plädoyer für verstärkten Zugang zu vorhandenen Verbünden und Datensätzen. Laura Keßler betonte die Notwendigkeit eines positiven Blicks auf die Forschung. Sehr viele Daten seien vorhanden. Diese müssten jedoch viel stärker und häufiger genutzt werden. Gerade der wissenschaftliche Nachwuchs müsse dahin gehend gefördert werden. Dr. Thomas Bierbaum knüpfte wiederum an den Vortrag von Dr. Thomas Kaiser an und regte an, Forschende sollten einen größeren Fokus auf die Sinnhaftigkeit von Fragestellungen legen. Auch müsse man ein besseres Verständnis für die Kopplung von Forschung und Praxis entwickeln.

Medizinische Forschung sollte versorgungsnah angelegt sein. Insbesondere beim Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die medizinische Praxis besteht noch Optimierungsbedarf. Dabei sollte der Fokus auf jenen Projekten liegen, die einen großen Einfluss auf die Verbesserung der Versorgung zeigen. Ein Hemmnis ist dabei die zeitliche Verzögerung der Datenerfassung sowie die damit verbundene Verfügbarkeit für Forschende. Bei der Implementierung erfolgreicher Projekte sind regionale Unterschiede zu berücksichtigen. Damit für Fragestellungen die bestmögliche auch die optimale Evidenz darstellt, sollten wir uns aktiv für die Optimierung der Rahmenbedingungen der Forschung einsetzen. Denn eine hochwertige Forschung ist von großem Nutzen. <<

News

>> Memorandum Ziele und Methoden bewegungsbezogener Versorgungsforschung veröffentlicht

Die Relevanz von körperlicher Aktivität und körperlichem Training in Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation gilt aufgrund der vielfach belegten positiven Gesundheitsauswirkungen als unbestritten. Aus diesem Grund ist die Beschreibung adäquater Methoden sowie begrifflicher und konzeptioneller Grundlagen der bewegungsbezogenen Versorgungsforschung ein wichtiges übergeordnetes Thema. Das DNVF-Memorandum – Ziele und Methoden bewegungsbezogener Versorgungsforschung – fasst das erste Mal das stark interdisziplinäre und interprofessionelle Feld der Bewegungsversorgung im deutschen Gesundheitssystem zusammen. Neben einer begrifflichen Einordnung und Definition zentraler Maßnahmen und Konzepte der Bewegungsversorgungsforschung werden bestehende Forschungslücken und Forschungsbedarfe herausgearbeitet und Methoden zur Weiterentwicklung des noch recht jungen Forschungsgebiets beschrieben. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf der Darstellung relevanter Zielparameter und deren standardisierter Erfassung mittels etablierter und valider Messinstrumente. Ziel des Memorandums ist es, ein einheitliches Verständnis für den komplexen Gegenstand der Bewegungsförderung und Bewegungstherapie im Kontext der Gesundheitsversorgung zu schaffen, neue Forschungsinitiativen anzustoßen und die bestehende gute Evidenz zur Wirksamkeit von körperlicher Aktivität und körperlichem Training stärker in die Gesundheitsversorgung zu integrieren.

Das Memorandum ist Open Access (OA) im Gesundheitswesen publiziert: https://t1p.de/7etgp

>> Positionspapier zur Zukunft der organisationalen Versorgungsforschung

Die DNVF-AG Organisationsbezogene Versorgungsforschung (Prof. Lena Ansmann, Prof. Stefan Nöst) hat gemeinsam mit der DGMS-AG Versorgungsforschung (Prof. Katja Götz, Prof. Mirjam Körner) im Sommer 2023 einen von der VW-Stiftung geförderten Scoping-Workshop durchgeführt. Die Ergebnisse wurden unter Mitarbeit von 32 Workshop-Teilnehmenden verschiedener Disziplinen und Länder in einem Positionspapier veröffentlicht. Die 7 Positionen enthalten zentrale Hinweise zur Weiterentwicklung des Forschungsfeldes in Deutschland sowie in anderen Ländern.

Das Positionspapier ist OA im Gesundheitswesen publiziert: https://t1p.de/7aqnx

Interview mit Prof. M. Dietrich (BMG)

Die Regelversorgungsreife ist das oberste Ziel

Prof. Dr. Martin Dietrich wechselte 2016 von der Universität des Saarlands zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Dort war er stellvertretender Leiter und von 2021 bis 2023 kommissarischer Direktor, von 2022 bis 2023 zudem Präsident von EuroHealthNet in Brüssel. Seit 2023 arbeitet Martin Dietrich im Bundesministerium für Gesundheit und leitet dort das Referat 531, Innovationsfonds und Zukunftsregion digitale Gesundheit.

>> Herr Prof. Dietrich, Sie sind seit 2023 als Leiter des Referats 531 im BMG für den Innovationsfonds zuständig. Wo sehen Sie die Schwerpunkte Ihrer Arbeit und welche Impulse möchten Sie setzen?

Meine Schwerpunkte liegen auf Innovation und der Entwicklung, Erprobung und Umsetzung von innovativen Versorgungsansätzen. Der Innovationsfonds, aber auch die Förderung von experimentellen Piloten, sind zentrale Elemente der Versorgungsinnovation in Deutschland. Hier entstehen Impulse für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen, die es ohne sie nicht geben würde. Sie unterstützen die Transformation der Versorgung zu mehr Qualität, Effizienz und Nutzerorientierung. Ziel ist, dass die Verbesserung der Versorgung bei allen Betroffenen ankommt. Das sind die Versicherten und Patienten, aber auch Fachkräfte, für die Verbesserungen ebenso relevant sind. Denn der Erfolg von neuen Versorgungskonzepten hängt davon ab, dass sie von Fachkräften umgesetzt werden. Ein wichtiger Beitrag ist das Denken in Innovationssystemen und Innovationsprozessen und die Rollen der verschiedenen Akteure hervorzuheben. Damit können geeignete Antworten auf Fragen z. B. nach der Stärkung der Umsetzung neuer Versorgungsansätze gefunden werden.

Wenn man in vollständigen Innovationsprozessen denkt, wird deutlich, dass der Nachweis der Wirksamkeit von Interventionskonzepten – die Evidenz – nicht ausreicht, neue Lösungen in die Gesundheitsversorgung zu bringen. Versorgungskonzepte müssen auch zur (Regel-)Versorgungsreife gebracht werden. Dafür ist Evidenz notwendig, aber nicht hinreichend, da in Projekten Bedingungen vorliegen, die in der Versorgungsrealität nicht gegeben sind. Der strukturelle und organisatorische Rahmen, die neue Konzepte im Echtbetrieb brauchen, müssen erst geschaffen werden. Dazu sind im Innovationssystem Versorgungsentwicklung weitere Kompetenzen erforderlich.

Die Verstetigung des Innovationsfonds ist aus Sicht der Versorgungsforschung sehr zu begrüßen. Der Erfolg des Fonds wird letztlich daran gemessen, ob neue Versorgungsformen in der Versorgung ankommen. Was hat sich aus Ihrer Sicht schon konkret durch Innovationsfondsprojekte in der Versorgung verbessert?

Die Versorgungsstrukturen von Krebspatienten konnten deutlich verbessert werden. Es konnte gezeigt werden, dass die Überlebenschancen von Krebspatientinnen und -patienten in Behandlungszentren größer sind. Das hebt die Bedeutung der Zertifizierung von onkologischen Behandlungszentren hervor. Ebenso konnten die notfallmedizinische Versorgung im Rettungsdienst von ländlich strukturierten Regionen durch Telemedizin verbessert werden, was bereits Eingang in die Notfallversorgung einiger Länder gefunden hat.

Die Patientenorientierung konnte durch Ergebnisse aus Innovationsfondsprojekten gestärkt werden. Es können z. B. aus digitalen Krankenhausinformationssystemen automatisiert laienverständliche Patientenbriefe erzeugt werden. Diese Lösung steht inzwischen für viele Krankenhäuser zur Verfügung und wird bereits genutzt.

In der psychotherapeutischen Versorgung sind Ansätze zur Verbesserung der Versorgung durch Innovationsfondsprojekte vorangetrieben worden, die in die KSV-Psych-Richtlinie des G-BA Eingang gefunden haben. Das ist übrigens ein Beispiel dafür, dass Ergebnisse von Innovationsfondsprojekten auf sehr vielfältige Weise den Weg in die Versorgung finden, die nicht immer prominent in den Vordergrundgestellt werden – an dieser Stelle sogar ohne Transferempfehlung des Innovationsausschusses.

Ein Ergebnis des Innovationsfonds ist auch die Vernetzung von Akteuren. Zur Weiterentwicklung der Versorgung sind neue Formen der Kollaboration nötig. Es ist immer weniger leistbar, Versorgungsverbesserungen auf Versorgungsinseln in der fragmentierten Versorgung zu realisieren. Die Weiterentwicklung in wichtigen Gesellschaftsbereichen durch Innovationen hängt von der Fähigkeit zur Kollaboration ab. Dieser Effekt ist wichtig für Innovationen und die Transformationsprozesse im Gesundheitswesen. Auch die Notwendigkeit, den Nutzen von neuen Versorgungsformen belastbar nachzuweisen, findet mehr Akzeptanz. Zudem werden laufend weitere wichtige Erfahrungen in der Versorgungsforschung gesammelt, um die Wirksamkeit komplexer Interventionen mit geeigneten Methoden beurteilen zu können.

Wie kann man die Implementierung erfolgreicher, positiv evaluierter und vom Innovationsausschuss empfohlener Projekte verbessern?

Innovationen werden erst dann zu solchen, wenn sie sich durchgesetzt haben. Aktuell ist es die Aufgabe des Innovationsausschusses, Versorgungskonzepte zu prüfen und Empfehlungen auszusprechen, nicht ihre Durchsetzung. Das ist bis jetzt die Aufgabe der Leistungserbringer sowie anderer Akteure der Gesundheitsversorgung. Das Engagement dafür hängt von der Umsetzungsreife der Konzepte und den Rahmenbedingungen ab, die mitentwickelt werden müssen sowie von der Notwendigkeit, Strukturbedingungen anpassen zu müssen, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Dabei spielt die Akzeptanz und Attraktivität neuer Versorgungsformen außerhalb der Projektkonsortien die entscheidende Rolle. Deshalb müssen diese Aspekte der Umsetzung ein höheres Gewicht bekommen.

Bisher gibt es keinen gesetzlich geregelten Weg (wie z. B. bei Arzneimitteln und Medizinprodukten) für die Implementierung neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung. In der Praxis hat sich gezeigt, dass oft zwischen Projektende und Empfehlung fast ein Jahr vergeht, bis diese an die Adressaten weitergeleitet wird. Wie kann man unter den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen hier den Prozess beschleunigen und verbindlicher machen?

Die unterschiedlichen Versorgungskonzepte, die in Innovationsfondsprojekten erprobt werden, sind so verschieden, dass es nicht nur einen Weg für ihre Überführung in die Regelversorgung geben kann. Und ein Zulassungsmechanismus an sich bedeutet nicht, dass Prozesse schnell sind. Das Beispiel Arzneimittel zeigt, dass die Wege von potenziellen Wirkstoffen bis zu Medikamenten der Regelversorgung langwierige, kostenintensive und risikoreiche Prozesse sind. Die Dauer vom Abschluss eines Innovationsfonds-Projekts bis zur Transferempfehlung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Ein Faktor ist die Abnahmereife der Abschlussberichte. Die Abschlussberichte weisen in ihren ersten Versionen oft Nachbesserungsbedarfe auf, die mehrere Überarbeitungsrunden erfordern. Erst wenn sie abnahmereif sein, läuft die Dreimonats-Frist für den Innovationsausschuss. Es ist klar, dass die Abschluss- und Evaluationsberichte unter teilweise herausfordernden Bedingungen erstellt werden müssen. Wenn es aber gelingt, die Abschlussbe-richte früher abnahmereif zu erhalten, kommen auch Transferempfehlungen früher.

Und wie können wir mit Hilfe des Innovationsfonds dieses „Valley of Death" überbrücken, in dem die Projekte nicht mehr finanziert sind, die Umsetzungspartner aber noch nicht so weit sind, die Implementierung ohne Unterstützung umzusetzen?

Selektivverträge sind eine solche Möglichkeit, die zwar keine Regelversorgung ist, aber von der bereits einige Projekte Gebrauch machen. Eine solche vertragliche Lösung ist auch ein Signal für die Versorgungsreife. Wenn Akteure freiwillig einen Vertrag zu einem Versorgungskonzept schließen, ist das ein starkes Indiz für die Versorgungsreife eines neuen Konzepts in der regulären Versorgungsumgebung.

Es gibt ein neues Förderformat (Neue Versorgungsform einstufig, Laufzeit 2 Jahre). Für welche Art von Projekten ist das Format gedacht?

Dieses Format ist dafür gedacht, weit entwickelte Projektideen zu fördern, die keine langen Vorlaufphasen benötigen. Zudem sollen Projekte gefördert werden, die wirksame Konzepte von einem Setting in ein anderes übertragen, zum Beispiel von einem Ballungsgebiet in eine ländliche Region, um die Wirksamkeit einer Intervention auch in anderen Settings nachzuweisen. Diese Robustheit der Ergebnisse und ihre Unempfindlichkeit gegenüber projektspezifischen Bedingungen ist für die (Regel-) Versorgungsreife relevant. Damit liegt der Fokus mehr auf der Umsetzung als in den anderen Formaten.

Um neue Versorgungsformen – z. B. in Regionen – erfolgreich implementieren zu können, braucht es Implementierungswissen. Wie kann eine solche Expertise für die Translation in Innovationsfondsprojekte integriert werden?

Projekte zu neuen Versorgungsformen beruhen auf zwei Säulen. Eine Säule ist der Zugang zur Versorgung. Eine Versorgungsidee z. B. zur Zusammenarbeit von Pflege und ambulanter medizinische Versorgung, kann nur erprobt werden, wenn die Pflege, Niedergelassene und in der Regel Krankenkassen eingebunden sind. Eine zweite Säule ist die Forschungsprojekt-Kompetenz für die Evaluation, die meist universitäts- bzw. hochschulnahe Forschungseinrichtungen haben. Wenn es aber um die Umsetzung von Projektergebnissen in die komplexen Systeme der GKV-Versorgung geht, muss eine dritte Säule aufgebaut werden, die als Versorgungsmanagement bezeichnen werden kann. Diese Kompetenz muss zusätzlich in die Projekte eingebunden werden um Umsetzungswege und Rahmenbedingungen zu konzipieren und die Übernahme der Intervention außerhalb des Projektkonsortiums attraktiv zu machen. Diese Innovationsmanagement-Kompetenz sollte in den Projekten eingebunden werden und ist im Innovationsfonds förderfähig. Das führt dazu, dass Projekte schon bei der Ideenentwicklung vom Verwertungspotenzial her gedacht werden. Das unterscheidet die Förderung durch den Innovationsfonds deutlich von der klassischen Forschungsförderung. Eine solche Umsetzungskompetenz aus dem Innovationsfonds herauszulösen und an das Ende von Innovationsprojekten anzuschließen, passt nicht in die Förderlogik des Innovationsfonds. Der Umsetzungsaspekt muss in die Projekte selbst eingebunden sein, damit er gefördert werden kann.

Wie kann das DNVF die Arbeit des Innovationsfonds und -ausschusses ganz konkret unterstützen?

Das DNVF kann dazu beitragen, dass sich die die Projekte den Umsetzungsaspekten mehr öffnen und die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern gesucht wird, die eine praktische Transferkompetenz mitbringen und Umsetzungskonzepte entwickeln können. Damit können erfolgreich erprobte Versorgungskonzepte mit positiver Transferempfehlung schon während der Projektphase nahe an die (Regel-)Versorgungsreife gebracht werden. Dies ist keine originäre Aufgabe der Versorgungsforschung. Deshalb müssen in der Versorgungsforschung Anschlüsse zum Innovationswissen und zum Innovationsmanagement z. B. durch externe Kooperationen geschaffen werden und in die Projekte eingebracht werden.

Eine Hilfe wäre auch, wenn die Erwartungstreue hinsichtlich der avisierten Rekrutierung von Studienteilnehmenden steigt. Oftmals beantragen Projekte Anpassungen in der Projektdurchführung, weil Fallzahlen nicht erreicht werden. Inzwischen sollten genügend Erfahrungen vorhanden sein, mit denen von Anfang an realistische Fallzahlenschätzungen gemacht werden können und Erfahrungen vorhanden sein, mit denen auch auf Seiten der beteiligten Leistungserbringer die Fallzahlenprognosen realisiert werden können. Die Stärkung der Erwartungstreue würde die Durchführung der Projekte sowohl auf Seiten der Projektnehmer als auch auf Seiten des Innovationsausschusses erleichtern.

Der Innovationsausschuss kann erst mit der Bewertung von Abschlussberichten beginnen, wenn sie in einer bewertbaren Form vorliegen. Oft müssen Nachforderungen verlangt werden, weil die Berichte nicht abnahmereif sind. Das verzögert die Bewertung und die Entwicklung von Transferempfehlungen. Die Anforderungen an die Qualität der Abschlussberichte könnte transparenter werden. Das Netzwerk sollte darauf hinwirken, dass die Abschlussberichte so vorgelegt werden, dass keine bis wenige Nachbesserungen eingefordert werden müssen, das würde die Prozesse vereinfachen. <<

Das Interview wurde von Wolfgang Hoffmann (DNVF-Vorsitzender) und Thomas Bierbaum (DNVF-Geschäftsführer) geführt.

DNVF

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

E-Mail: info@dnvf.de