Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung neue Versorgungsformen vom 20. Oktober 2017

Projekttitel	Akronym	Themenfeld	Antragsteller (Projektleitung)	Konsortialpartner
Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in stationärer Langzeitpflege	Novelle	TF 1: Sozialleistungsträger-übergreifende Versorgungsmodelle	Universitätsklinikum Heidelberg (Prof. Dr. Martina Hasseler)	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Deutsche Universität für Verwaltungswissenschaften Speyer, Medizinische Hochschule Hannover, Stadt Braunschweig, Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig
Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe	MMS-RFP	TF 1: Sozialleistungsträger-übergreifende Versorgungsmodelle	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen (Markus Dehning)	Kurbetriebsgesellschaft Bad Zwischenahn mbH, Medizinische Hochschule Hannover
Preconditioning of the elderly surgical patient with frailty	PRECO-Frail	TF 1: Sozialleistungsträger-übergreifende Versorgungsmodelle	Charité-Universitätsmedizin Berlin (Prof. Dr. Claudia Spies)	BARMER, Hausarztpraxis Landgraf, Ludwig-Maximilians-Universität München, Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH, St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof GmbH, Technische Universität Berlin
Smartphone-assistierte Abstinenzförderung nach Alkoholentzug	SmartAssistEntz	TF 1: Sozialleistungsträger-übergreifende Versorgungsmodelle	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Prof. Dr. Matthias Berking)	Antaris Digital Health Solutions GmbH, AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, BAHN-BKK, Bezirksklinikum Ansbach, Frankenalb-Klinik Engelthal, Klinikum am Europakanal Erlangen, Klinikum der Universität München, Klinikum Nürnberg, Krankenhäuser Nürnberger Land GmbH, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Universitätsklinikum Erlangen
GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen	GBV	TF 1: Sozialleistungsträger-übergreifende Versorgungsmodelle	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (Nils Greve)	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH - GAPSY, GpG NRW Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH, GWQ Service plus AG, INTEGRE Gesellschaft für Kooperation und Vernetzung im Sozial- und Gesundheitswesen mbH, Ivita Rheinland-Pfalz und Saarland gGmbH, Medizinisch therapeutisches Versorgungszentrum Dresden gGmbH, Netzwerk integrierte Gesundheitsversorgung Pinel gemeinnützige Gesellschaft mbH für ambulante Begleitung, Techniker Krankenkasse, Universität Ulm, Vincentro München gemeinnützige Gesellschaft für integra-tive Lösungen im Gesundheits- und Sozialwesen
UPGRADE - Kreative Stärkungsgruppen als innovative Versorgungsform für traumatisierte und hochbelastete Mitarbeiter/innen/innen im Gesundheitswesen	UPGRADE	TF 1: Sozialleistungsträger-übergreifende Versorgungsmodelle	Novitas BKK (Holger Russ)	Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Institut für soziale Innovationen ISI e. V., Universitätsklinikum Essen
Interdisziplinäre und individualisierte Rehaberatung bei drohender Versorgungslücke sowie bei persistierenden Teilhabestörungen	RehaKompetenz	TF 1: Sozialleistungsträger-übergreifende Versorgungsmodelle	Medizinische Hochschule Hannover (Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner)	BG Klinikum Hamburg gGmbH, BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH, Klinik Münsterland der DRV Westfalen, Klinikum Bad Bramstedt gGmbH, Universität Bielefeld
Virtuelles Betreutes Wohnen (VBW) – ein Versorgungsnetz zur Reduzierung von Gesundheitsrisiken im Alter	VBW	TF 1: Sozialleistungsträger-übergreifende Versorgungsmodelle	BKK VBU (Lars Straubing)	BAHN-BKK, Charité-Universitätsmedizin Berlin, DAK Gesundheit, HOWOGE Wohnungsbaugesellschaft mbH, Philips GmbH Market DACH, SOPHIA Berlin GmbH
Rehabilitative Kurzzeitpflege ("REKUP") im stationären Umfeld - Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit	REKUP	TF 1: Sozialleistungsträger-übergreifende Versorgungsmodelle	AOK Baden-Württemberg (Dr. Julia Frankenhauser-Mannuß)	Essener Forschungsinstitut für Medizinimanagement GmbH, Universität Duisburg-Essen, Universität Ulm, Universitätsklinikum Heidelberg

Projekttitel	Akronym	Themenfeld	Antragsteller (Projektleitung)	Konsortialpartner
GET Sleep - Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen	GET Sleep	TF 2: Krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (PD Dr. Dr. Kai Spiegelhalder)	BARMER, Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V., GET.ON Institut für Online Gesundheitstrainings GmbH, Klinikum Nürnberg Norf, MicroNova AG, Universität Ulm, Universitätsklinikum Würzburg
Implementierung eines sektorenübergreifenden, interprofessionellen Programms zur evidenzbasierten Beratung von Krebspatienten im Bereich Komplementäre Medizin und Pflege (KMP) an den Comprehensive Cancer Centers in Baden-Württemberg	CCC-Integrativ	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Universitätsklinikum Tübingen (Prof. Dr. Stefanie Joos)	AOK Baden-Württemberg, aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Klinikum Nürnberg, Universität Ulm, Universitätsklinikum Freiburg, Universitätsklinikum Heidelberg
Fach- & sektorenübergreifender feto-neonataler Versorgungspfad für Risikoschwangere zur Verbesserung des kindlichen Outcome	FETONEONATPFAD	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Technische Universität Dresden (Prof. Dr. Mario Rüdiger)	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, BARMER, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Universitätsklinikum Jena
Assistenzpersonal assoziierte Optimierung der Betreuung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) unter einer Biologika-Therapie	CED Bio-Assist	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V. (PD Dr. Bernd Bokemeyer)	Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V., Fachgesellschaft für Assistenzpersonal - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (FA-CED) e. V., Techniker Krankenkasse, Universität Hamburg, Universität zu Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Evaluation eines strukturierten und leitllinienbasierten multimodalen Versorgungskonzepts für Menschen mit Akne inversa	EsmAiL	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Prof. Dr. Stephan Grabbe)	BARMER, Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V., Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Techniker Krankenkasse
Fracture Liaison Service (FLS) zur Implementierung einer integrierten Versorgungsstruktur zu Vermeidung von Osteoporose-bedingten Folgefrakturen	FLS-CARE	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Klinikum der Universität München (Prof. Dr. Wolfgang Böcker, PD Dr. Christian Kammerlander)	AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH, DAK Gesundheit, IKK classic, Ludwig-Maximilians-Universität München, sd Health GmbH, Techniker Krankenkasse
Stufenmodell Adipositas-Therapie im Kindes- und Jugendalter	STARKids	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Universitätsklinikum Tübingen (Prof. Dr. Stefan Ehehalt, Dr. Florian Junne)	AOK Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Kombinierte Ernährungs- und körperliche Aktivitätsintervention während einer onkologischen Therapie (INTEGRATION-Programm)	INTEGRATION-Programm	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Universität zu Köln (PD Dr. Sebastian Theurich, PD Dr. Freerk T. Baumann)	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, DAK Gesundheit, Gesundheit Nord gGmbH, Klinikum der Universität München, Krankenhaus Nordwest Klinik für Onkologie und Hämatologie GmbH, Universität Regensburg, Universitätsklinikum Bonn, Universitätsklinikum Freiburg, Universitätsklinikum Halle, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitätsklinikum Heidelberg, Universitätsklinikum Leipzig, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Optimierung der stationären Versorgung von älteren Patienten mit akutem somatischen Behandlungserfordernis und kognitiven Einschränkungen unter systematischer Vernetzung mit der ambulanten Versorgung	IdA - Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Oberhavel Kliniken GmbH (Christoph Garske)	AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH, Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e. V., AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, BAHN-BKK, Jäger Gesundheitsmanagement - JGM GmbH, Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH, Klinikum Niederlausitz GmbH

Projekttitel	Akronym	Themenfeld	Antragsteller (Projektleitung)	Konsortialpartner
Komplikationsreduktion durch einen innovativen perioperativen Behandlungsablauf bei Ovarialkarzinompatientinnen	KORE INNOVATION	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Charité-Universitätsmedizin Berlin (Dr. Robert Armbrust)	Eierstockkrebs Deutschland e. V., Klinikum Essen-Mitte GmbH, Techniker Krankenkasse
Adipositas Care & Health Therapy zur strukturierten, sektorenübergreifenden Versorgung nach bariatrisch-metabolischer Operation	ACHT	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Deutsche Stiftung für chronisch Kranke (Dr. Bettina Zippel-Schultz, Dr. Thomas M. Helms)	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, Chirurgische Klinik München Bogenhausen GmbH, Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie GmbH, Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt GmbH, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim GmbH, Klinikum Memmingen, Klinikum Nürnberg, Klinikum Passau, Privatklinik Fritz Wolfart GmbH & Co.KG, Schön Klinik Nürnberg Fürth SE & Co.KG, symeda GmbH, Universitätsklinikum Würzburg
Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte	DemStepCare	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Landeskrankenhaus Rheinhessen-Fachklinik Alzey (Prof. Dr. Andreas Fellgiebel)	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, BKK Landesverband Mitte, DAK Gesundheit, Fachhochschule der Diakonie gGmbH, Landeskrankenhaus Rhein-Mosel Akademie, Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, MEDI Südwest GmbH, Techniker Krankenkasse, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz
Entwicklung und Evaluation einer interdisziplinären telemedizinischen Plattform zur umfassenden Begleitung der Versorgung von Kindern mit Ösophagusatresie	TIC-PEA	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Prof. Dr. Oliver Muensterer)	KEKS e. V. Patienten- und Selbsthilfeorganisation für Kinder und Erwachsene mit kranker Speiseröhre, Techniker Krankenkasse
Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm	P-SUP	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Universität zu Köln (Prof. Dr. Stephanie Stock)	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, BARMER, Deutsche Sporthochschule Köln, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Otto Friedrich Universität Bamberg, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Universitätsklinikum Aachen, Universitätsklinikum Essen, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung	InDePendent	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann)	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, Demenz-Netzwerk-Uckermark e. V., GNEF Gesundheitsnetz Frankfurt am Main eG, HaffNet GmbH, Techniker Krankenkasse, Universitätsmedizin Greifswald, Universitätsmedizin Rostock
Herzinsuffizienz – Individuelles Training, Telemonitoring und Selfmanagement	HITS	TF 3: Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	Universität Leipzig (Prof. Dr. Martin Busse)	Diavention GmbH, Herzzentrum Leipzig GmbH, Medizinische Hochschule Hannover

Projekttitel	Akronym	Themenfeld	Antragsteller (Projektleitung)	Konsortialpartner
Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet - Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung	MeKidS.best	TF 4: Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen	MedEcon Ruhr GmbH (Berit Schoppen)	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, DAK Gesundheit, DATATREE AG, Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, Elisabeth Krankenhaus Essen GmbH, Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH, Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH, Fachhochschule Dortmund, Helios Klinikum Duisburg GmbH, Helios Universitätsklinikum Wuppertal GmbH, Klinikum Dortmund gGmbH, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, St. Elisabeth Gruppe GmbH, St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH, Techniker Krankenkasse, Universität Duisburg-Essen, Universitätsklinikum Düsseldorf, Vestische Caritas-Kliniken GmbH
Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern - children of mentaly ill parents - network	CHIMPS-NET	TF 4: Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe)	AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e. V., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, BARMER, BKK Mobil Oil, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Christian-Albrechts-Universität Kiel, Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., DAK Gesundheit, Georg-August-Universität Göttingen, Helios Kliniken Schwerin GmbH, Helios Klinikum Erfurt GmbH, Katholische Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e. V, KKH Kaufmännische Krankenkasse, Klinikum der Universität München, Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH, Leibniz Universität Hannover, LWL-Klinikum Gütersloh, Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Philipps-Universität Marburg, Ruppiner Kliniken GmbH, Techniker Krankenkasse, Universität des Saarlandes, Universität Koblenz-Landau, Universität Ulm, Universität zu Köln, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitätsklinikum Heidelberg, Universitätsklinikum Leipzig, Universitätsklinikum Tübingen
Komplikations-Management und Prävention im Ambulanten und Stationären Sektor – Demenz & Delir	KOMPASS D2	TF 4: Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen	Westfälische Wilhelms-Universität Münster (Prof. Dr. Thomas Duning)	BARMER, DAK Gesundheit, Evangelisches Krankenhaus Joannisstift Münster gGmbH, IKK classic, Josephs-Hospital Warendorf, Klinikum Rheine, Stiftung Mathias-Spital Rheine, St. Josef-Stift Sendenhorst, UKM Marienhospital Steinfurt GmbH, Universität Bielefeld
Ein Programm zur niedrigschwelligen Identifikation und Behandlung von Hörstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung	HörGeist	TF 4: Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen	St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH (Prof. Dr. Katrin Neumann)	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH, Universität Bremen, Universität Duisburg-Essen, Universität zu Köln
Intersektorale Nutzung von Patient Reported Outcome Measures zur Steigerung der patientenrelevanten Ergebnisqualität	PROMoting Quality	TF 5: Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung	Technische Universität Berlin (Prof. Dr. Reinhard Busse)	aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, BARMER, BKK Dachverband e. V., HRTBT Medical Solutions GmbH
Optimierte sektorenübergreifende, koordinierte und evidenzbasierte Behandlung von Schlaganfallpatienten durch übergreifende Prozessverantwortung und patientenorientierte Ergebnisqualitätsmessung	StroCare	TF 5: Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Götz Thomalla)	Albertinen-Krankenhaus/Albertinen-Haus gGmbH, BARMER, Elbe Kliniken Stade-Buxdehude GmbH, ForCare GmbH, HELIOS Klinik Geesthacht GmbH, HELIOS Rehaklinik Damp GmbH, Klinikum Bad Bramstedt GmbH, Lohmann & Birkner medizinisches ServiceCenter GmbH, MediClin GmbH und Co. KG, Zweigniederlassung Soltau, RehaCentrum Hamburg GmbH

Projekttitel	Akronym	Themenfeld	Antragsteller (Projektleitung)	Konsortialpartner
Selbsttonometrie und Datentransfer bei Glaukompatienten zur Verbesserung der Versorgungssituation	SALUS	TF 6: Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –prozessen	Westfälische Wilhelms-Universität Münster (Prof. Dr. Nicole Eter)	BARMER, DAK Gesundheit, Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung e. V., IKK classic, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Universität Bielefeld
Intersektoral vernetzte Betreuung Pflegebedürftiger im Oberbergischen Kreis (OBK) / OBK_FAIRsorgt	OBK_FAIRsorgt	TF 6: Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –prozessen	Oberbergischer Kreis - Der Landrat (Ralf Schmallenbach)	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Kreiskliniken Gummersbach - Waldbröl GmbH, HRCB Projekt GmbH, Universität zu Köln
Umsetzung eines strukturierten Entlassmanagements mit Routinedaten	USER	TF 6: Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –prozessen	aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Björn Broge)	BITMARCK Service GmbH, BKK Dachverband e. V., Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Universitätsklinikum Heidelberg
Delegation und Vernetzung bei chronisch-inflammatorischen Erkrankungen	DELIVER-CARE	TF 6: Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –prozessen	Medizinische Hochschule Hannover (Prof. Dr. Torsten Witte)	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Leibniz Universität Hannover, Regionales Kooperatives Rheumazentrum e. V.
Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstrategie für die Langzeitversorgung vor Ort	ReKo	TF 6: Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –prozessen	DAK Gesundheit (Milorad Pajovic)	Gesundheitsregion EUREGIO e. V., PTHV Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar gGmbH, Universität Osnabrück
M@dita - Mutterschaftvorsorge@digital im Team von Anfang an	M@dita	TF 6: Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –prozessen	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse (Dr. Anja Welschhoff)	Berufsverband der Frauenärzte e. V., Hebammenverband Schleswig-Holstein e. V., OptiMedis AG, Techniker Krankenkasse, Universität Hamburg
Integration von Online-Interventionen in die ambulante Psychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen (PSYCHOnlineTHERAPIE)	PsychOnlineTherapie	TF 6: Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –prozessen	Universität Ulm (Prof. Dr. Harald Baumeister, Prof. Dr. Manfred Reichert)	AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, MEDIVERBUND AG

Projekttitel: Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in stationärer Langzeitpflege

Akronym: Novelle

Antragsteller: Universitätsklinikum Heidelberg (Prof. Dr. Martina Hasseler)

Konsortialpartner: AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Deutsche Universität für Verwaltungswissenschaften Speyer, Medizinische Hochschule Hannover, Stadt Braunschweig, Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig

Sitz des Antragstellers: Baden-Württemberg

Themenfeld: 1) Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Hintergrund: Bei Notfallsituationen in stationärer Langzeitpflege wird häufig eine sofortige medizinische Versorgung angestrebt. Die Folgen sind Notfallrettungseinsätze und Krankenhauszuweisungen, die oftmals nicht dem Patientenwillen entsprechen und mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes einhergehen können. Eine wesentliche Ursache ist mangelnde Handlungssicherheit der Pflegekräfte im Umgang mit Notfallsituationen.
Ziel: Ein sektoren- und berufsgruppenübergreifend integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement (NOVELLE) soll mittels Notfallalgorithmen das Handeln von Pflegekräften in Notfallsituationen stärker strukturieren, dabei den Patientenwillen stärker einbinden und die Selbstbestimmung fördern. Hierdurch werden unerwünschte Krankenhauszuweisungen reduziert sowie mehr Rechts- und Patientensicherheit geschaffen.
Methodisches Vorgehen: Die Notfallalgorithmen werden interdisziplinär (Pflege, Medizin, Ethik, Recht und andere) entwickelt, das Pflegepersonal in der Anwendung geschult und in den Einrichtungen implementiert, erprobt und evaluiert.
Umsetzungspotenzial: Mit NOVELLE wird eine Notfallversorgung in der Langzeitpflege fokussiert, die sich durch das Zusammenwirken von Pflege, Ärzten und Rettungsdienst bei der Umsetzung des Patientenwillens auszeichnet. Da wesentliche Voraussetzungen während des Projekts geschaffen werden, ist eine Übertragbarkeit aufgrund der Ähnlichkeit der Versorgungsstrukturen auf andere Bundesländer mit städtischen oder ländlichen Bereichen gegeben.

Projekttitel: Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe

Akronym: MMS-RFP

Antragsteller: AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen (Markus Dehning)

Konsortialpartner: Kurbetriebsgesellschaft Bad Zwischenahn mbH, Medizinische Hochschule Hannover

Sitz des Antragstellers: Niedersachsen

Themenfeld: 1) Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Primäres Ziel des Projekts ist die langfristige Vermeidung von Arbeitsunfähigkeitstagen und Krankengeldkosten auf Grund von chronischen Rückenschmerzen (ICD10 M50-M54). Sekundäre Ziele sind die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen ambulanter Versorgung und dem Rentenversicherungsträger, die Erhöhung der Lebensqualität und die Einsparung von direkten und indirekten Kosten.
Methodisches Vorgehen: In der Pilotregion werden Versicherte mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von 28 Tagen oder länger mit den Diagnosen ICD10 M50-M54 in einem multimodalen Assessment untersucht. Bei einer Eignung erhalten sie eine vierwöchige multimodale Schmerztherapie. Wenn eine Maßnahme nach dem SGB IX empfohlen wird, erfolgt eine beschleunigte Prüfung und Vergabe eines Behandlungsplatzes durch die eingebundenen Träger der Deutschen Rentenversicherung. Im Anschluss an die multimodale Schmerztherapie wird eine einjährige Rückfallprophylaxe durchgeführt. Die innovativen medizinischen Leistungen werden von der Klinik am Meer in Bad Zwischenahn erbracht, die Einsteuerung erfolgt durch Krankengeldexperten der AOK.
Umsetzungspotenzial: Bei einem positiven Ergebnis der Evaluation wird das Umsetzungspotenzial als hoch eingeschätzt, da bereits alle relevanten Akteure eingebunden sind. Für Reha-Kliniken müssten neue Abrechnungsmöglichkeiten – zum Beispiel durch Zuschläge oder im Rahmen der Verhandlungen zwischen Vertragspartnern – gefunden werden.

Projekttitel: Preconditioning of the elderly surgical patient with frailty

Akronym: PRECO-Frail

Antragsteller: Charité-Universitätsmedizin Berlin (Prof. Dr. Claudia Spies)

Konsortialpartner: BARMER, Hausarztpraxis Landgraf, Ludwig-Maximilians-Universität München, Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH, St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof GmbH, Technische Universität Berlin

Sitz des Antragstellers: Berlin

Themenfeld: 1) Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel des beantragten Projekts ist es, bei chirurgischen Patienten mit Frailty-Syndrom durch eine Präkonditionierung die postoperative Selbständigkeit zu erhalten oder zu verbessern und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Denn insbesondere beim Vorliegen eines Frailty-Syndroms (Einschränkungen der funktionellen Reserve, Mobilität, Muskelkraft und Vitalkapazität) sind ältere chirurgische Patienten gefährdet, postoperative Komplikationen zu erleiden. Eine präoperative Behandlung des Frailty-Syndroms (Präkonditionierung) verbessert postoperative Outcomes und verhindert Pflegebedürftigkeit.
Methodisches Vorgehen: Mit Beteiligung der BARMER werden in zwölf chirurgischen Zentren Patienten ≥ 70 Jahre mit elektiver Operationsindikation präoperativ hinsichtlich ihres Frailty-Status gescreent und 1.400 Patienten mit Pre-Frailty oder Frailty-Syndrom randomisiert. Patienten der Interventionsgruppe werden präoperativ in einer multidisziplinären Entscheidungsfindungskonferenz besprochen und erhalten eine ambulante oder stationäre Präkonditionierung. Die Kontrollgruppe erhält Standard Care. Das Haupt-Outcome ist die Änderung der Pflegegrade ein Jahr nach Operation. Zusätzlich werden medizinische Outcomes, Lebensqualität, gesundheitsökonomische Parameter sowie Prozessparameter evaluiert.
Das Umsetzungspotenzial der neuen Versorgungsform wird bei steigenden Operationszahlen und komplexeren Eingriffen und dem zu erwartenden individuellen und gesellschaftlichen Nutzen als hoch eingeschätzt.

Projekttitel: Smartphone-assistierte Abstinenzförderung nach Alkoholentzug

Akronym: SmartAssistEntz

Antragsteller: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Prof. Dr. Matthias Berking)

Konsortialpartner: Antaris Digital Health Solutions GmbH, AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, BAHN-BKK, Bezirksklinikum Ansbach, Frankenalb-Klinik Engelthal, Klinikum am Europakanal Erlangen, Klinikum der Universität München, Klinikum Nürnberg, Krankenhäuser Nürnberger Land GmbH, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Universitätsklinikum Erlangen

Sitz des Antragstellers: Bayern

Themenfeld: 1) Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Die überwiegende Zahl alkoholabhängiger Personen nimmt nach Abschluss eines stationären Entzugs keine Anschlussmaßnahme in Anspruch. Damit bleiben die Patienten in einer Phase, die sich durch ein hohes Rückfallrisiko auszeichnet, ohne qualifizierte Betreuung. Mit Hilfe der neuen Versorgungsform SmartAssistEntz sollen diese Patienten auf niedrigschwellige, qualifizierte und sektorenübergreifende Weise bei der Aufnahme evidenzbasierter Anschlussmaßnahmen unterstützt werden. Damit sollen die Rückfallrate sowie direkte und indirekte Krankheitskosten reduziert werden. Im Projekt soll der App-basierte Ansatz modelhaft in der Region Franken/Bayern implementiert und evaluiert werden.
Methodisches Vorgehen: SmartAssistEntz soll in insgesamt sieben Kliniken, die einen stationären Entzug anbietet, implementiert werden. Die Evaluation der Effekte von SmartAssistEntz soll in einer prospektiven, randomisierten Kontrollgruppenstudie über den Vergleich mit der Regelversorgung erfolgen. Der primäre Endpunkt ist das Rückfallrisiko in den sechs Monaten nach Abschluss des Entzugs. Zur Datenerhebung werden neben der Befragung von Patienten und Behandlern auch Routinedaten der AOK-Bayern, der Siemens BKK, der BAHN BKK und der Deutschen Rentenversicherung herangezogen.
Umsetzungspotenzial: Die Repräsentativität der Rahmenbedingungen, der Einbezug von Sozialleistungsträgern und die Ortsunabhängigkeit von SmartAssistEntz gewährleisten die Übertragbarkeit der Ergebnisse sowie die Implementierbarkeit in die Regelversorgung.

Projekttitel: GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen

Akronym: GBV

Antragsteller: Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (Nils Greve)

Konsortialpartner: AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH - GAPSY, GpG NRW Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH, GWQ Service plus AG, INTEGRE Gesellschaft für Kooperation und Vernetzung im Sozial- und Gesundheitswesen mbH, Ivita Rheinland-Pfalz und Saarland gGmbH, Medizinisch therapeutisches Versorgungszentrum Dresden gGmbH, Netzwerk integrierte Gesundheitsversorgung Pinel gemeinnützige Gesellschaft mbH für ambulante Begleitung, Techniker Krankenkasse, Universität Ulm, Vincentro München gemeinnützige Gesellschaft für integrative Lösungen im Gesundheits- und Sozialwesen

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: 1) Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Verbesserung der Versorgung schwer psychisch erkrankter Personen; im Einzelnen:

1. Reduktion der Symptomlast und daraus resultierender Beeinträchtigungen
2. Verbesserung der Teilhabefähigkeiten und der Selbststeuerung
3. Verbesserung der Lebensqualität und der Zufriedenheit mit der Behandlung
4. Verbesserung der Kosten-Nutzen-Realität der Behandlung und der übrigen Hilfen

Methodisches Vorgehen:

1. Implementation ambulant-aufsuchend arbeitender multiprofessioneller Teams durch erfahrene gemeindepsychiatrische Träger, teilweise gemeinsam mit der zuständigen Versorgungsklinik
2. Öffnung der Eingangs-Assessments für die Zuweisung der schwer erreichbaren Zielgruppe durch alle potenziellen Zuweiser
3. Eingangs-Assessment zur Indikationsfeststellung und Hilfeplanung
4. kontinuierliche Begleitung und Beratung durch feste Bezugspersonen
5. Vernetzung aller (SGB-übergreifenden) Hilfen unter Einbeziehung des privaten sozialen Umfelds
6. bedarfsgerecht abgestufte, jederzeit (24/7) verfügbare Krisenintervention
7. verbindliche Zusammenarbeit aller Anbieter (SGB-übergreifend) im regionalen Verbund auf der Grundlage von "Verbundvereinbarungen"

Umsetzungspotenzial (bei Bestätigung der Erwartungen durch die Evaluation):

1. Überführung in die Regelversorgung, beispielsweise als § 37c SGB V
2. Umsetzung durch jeweils geeignete Leistungserbringer möglich, angesichts der heterogenen Versorgungsstrukturen in Deutschland

Projekttitel: UPGRADE - Kreative Stärkungsgruppen als innovative Versorgungsform für traumatisierte und hochbelastete Mitarbeiter/innen/innen im Gesundheitswesen

Akronym: UPGRADE

Antragsteller: Novitas BKK (Holger Russ)

Konsortialpartner: Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Institut für soziale Innovationen ISI e. V., Universitätsklinikum Essen

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: 1) Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Die besonders hohe Belastung von Beschäftigten im Gesundheitswesen führt zu körperlichen und seelischen Erkrankungen. Insbesondere Erfahrungen, in denen die eigenen Grenzen durch belastende Beziehungen mit Patienten, durch Übergriffs-Erfahrungen oder die Auseinandersetzung mit dem Tod überschritten werden, tragen zur Belastung bei. Bestehende Hilfsangebote greifen erst, wenn die Betroffenen schon manifest erkrankt sind. Das Projekt hat zum Ziel, diese Lücke zu füllen und anzusetzen, bevor sich aus den Belastungen und Überlastungen Krankheiten entwickeln. In der Prävention und Früherkennung sollen Resilienzen und Ressourcen gefördert werden, um somit den Ausbruch der Erkrankung zu verhindern oder diese ggf. zu mildern.
Für Mitarbeiter/innen aus Einrichtungen des Gesundheitswesens werden kreative Stärkungsgruppen unter speziell qualifizierter Leitung angeboten, die einerseits ein neues Angebot für die Prävention/Gesundheitsförderung beinhalten, andererseits neue Ansätze der Früherkennung ermöglichen. Dazu wurden die Helios Kliniken und sieben Pflegeeinrichtungen in Duisburg als Partner gefunden.
Als Effekte für die Teilnehmenden sind zu erwarten: Besserer Umgang mit den Belastungen, Gesundheitsselbstmanagement, weniger manifeste Erkrankungen und Arbeitsausfälle. Die neue Versorgungsform – kreative Stärkungsgruppen - steigert die Arbeitszufriedenheit (Erhöhung des MW COPSOQ) der Interventionsgruppe um zehn Prozent gegenüber dem deutschen COPSOQ-Kollektiv.

Projekttitel: Interdisziplinäre und individualisierte Rehaberatung bei drohender Versorgungslücke sowie bei persistierenden Teilhabestörungen

Akronym: RehaKompetenz

Antragsteller: Medizinische Hochschule Hannover (Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner)

Konsortialpartner: BG Klinikum Hamburg gGmbH, BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH, Klinik Münsterland der DRV Westfalen, Klinikum Bad Bramstedt gGmbH, Universität Bielefeld

Sitz des Antragstellers: Niedersachsen

Themenfeld: 1) Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Ziel des Projekts ist die Etablierung von fünf „Reha–Kompetenzzentren“, in denen von komplexen Schädigungen/Erkrankungen betroffene PatientInnen untersucht und beraten werden und gemeinsam ein individueller Behandlungsplan erstellt wird. Hierdurch soll eine optimale Sicherung und Wiederherstellung der Teilhabe der Betroffenen sowie eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen erreicht werden.
Methodisches Vorgehen: An fünf Kliniken mit rehabilitativem Schwerpunkt werden durch interdisziplinäre medizinische und therapeutische ExpertInnenteams betroffene PatientInnen untersucht und ein Behandlungsplan erstellt. Ergänzend wird, unter anderem zur Klärung des Bedarfs, eine telefonische Beratung angeboten, die im Bedarfsfall durch eine Videokonferenz ergänzt wird. Die Evaluation erfolgt entsprechend des Frameworks des britischen Medical Research Councils zur Evaluation komplexer Interventionen (Phasen 1 und 2). Neben qualitativen Methoden (teilnehmende Beobachtung, ExpertInneninterviews etc.) werden auch quantitative Methoden zur Effektabschätzung eingesetzt.
Umsetzungspotenzial: Die ExpertInnenteams sind an bereits bestehende Strukturen angeschlossen, so dass nach Abschluss der Förderung an entsprechend ausgestatteten Standorten weitere Reha–Kompetenzzentren begründet werden könnten und somit eine bundesweite Abdeckung erreicht werden könnte.

Projekttitel: Virtuelles Betreutes Wohnen (VBW) – ein Versorgungsnetz zur Reduzierung von Gesundheitsrisiken im Alter

Akronym: VBW

Antragsteller: BKK VBU (Lars Straubing)

Konsortialpartner: BAHN-BKK, Charité-Universitätsmedizin Berlin, DAK Gesundheit, HOWOGE Wohnungsbaugesellschaft mbH, Philips GmbH Market DACH, SOPHIA Berlin GmbH

Sitz des Antragstellers: Berlin

Themenfeld: 1) Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel des Konzepts VBW ist es, ein längeres selbstständiges Verbleiben älterer Menschen ab dem 75. Lebensjahr in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und gleichzeitig eine Stabilisierung der Gesundheit, eine Verminderung von Gesundheitsgefahren sowie eine Reduzierung vermeidbarer Versorgungsanlässe, insbesondere Notfall- und Krankenhausaufenthalte, zu erreichen. Dadurch können Kosteneinsparungen im Bereich der Krankenhausversorgung, der ärztlichen Behandlung sowie im pflegerischen Bereich erzielt werden. Vor allem aber soll dieses präventiv ausgerichtete Versorgungsnetz die Sicherheit und Lebensqualität älterer Menschen im Quartier erhöhen. Hierbei nimmt die lokale Betreuung durch einen Quartiersassistenten, der in einem Gesundheitsbüro im Quartier angesiedelt ist, eine zentrale Funktion ein. Die Quartiersassistenz navigiert und unterstützt eine bedarfsgerechte Versorgung für die Bewohner und steht gleichzeitig als zentraler Ansprechpartner für die vernetzten Partner der unterschiedlichen Versorgungsbereiche zur Verfügung.
Die Erkenntnisse des Projekts, insbesondere dessen Beitrag zur Akzeptanz, sollen konkret genutzt werden und Handlungsempfehlungen für den Transfer in die Regelversorgung abgeleitet werden. Die Implementierung von Gesundheitsassistenten in Quartieren könnte gesetzlich verankert werden.

Projekttitel: Rehabilitative Kurzzeitpflege ("REKUP") im stationären Umfeld - Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit

Akronym: REKUP

Antragsteller: AOK Baden-Württemberg (Dr. Julia Frankenhauser-Mannuß)

Konsortialpartner: Essener Forschungsinstitut für Medizinimanagement GmbH, Universität Duisburg-Essen, Universität Ulm, Universitätsklinikum Heidelberg

Sitz des Antragstellers: Baden-Württemberg

Themenfeld: 1) Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Mittels der rehabilitativen Kurzzeitpflege soll bei geriatrischen und traumatologischen PatientInnen, bei denen kein akutmedizinischer Behandlungsbedarf mehr besteht, jedoch die für eine Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung notwendige Rehabilitationsfähigkeit noch nicht vorliegt, die Versorgung an der Schnittstelle von Akut- und Rehabilitationsbehandlung verbessert werden.
Bei der rehabilitativen Kurzzeitpflege werden Leistungsinhalte der stationären Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI, § 39c SGB V) um rehabilitative Maßnahmen ergänzt und im Setting der Rehabilitation erbracht. Vorhandene Verbesserungspotenziale sollen so frühzeitig genutzt werden, um zeitnah Rehabilitationsfähigkeit herzustellen.
Hauptzielgrößen sind die Quote der Entlassungen in das häusliche Umfeld mit und ohne Pflege bzw. in Langzeitpflege sowie Komplikationen, Krankenhauswiedereinweisungen und Mortalität. Detailziele sind der körperliche und psychische Funktions- und Gesundheitszustand, die Selbständigkeit bzw. Alltagskompetenz sowie die Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Versorgung.
Bei einer ökonomischen Betrachtung werden Kosten und Kosteneffektivität untersucht. Zudem werden Vergütungsmodelle an den Schnittstellen von SGB V, SGB VI/IX und SGB XI sowie ein Manual entwickelt, um den Transfer in die Regelversorgung vorzubereiten.
Für die Zugangssteuerung und Implementierung werden Strukturen (Sozialdienst der Akuthäuser, Rehabilitationskliniken) benötigt, die bereits bundesweit verfügbar sind.

Projekttitel: GET Sleep - Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen

Akronym: GET Sleep

Antragsteller: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (PD Dr. Dr. Kai Spiegelhalder)

Konsortialpartner: BARMER, Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V., GET.ON Institut für Online Gesundheitstrainings GmbH, Klinikum Nürnberg Norf, MicroNova AG, Universität Ulm, Universitätsklinikum Würzburg

Sitz des Antragstellers: Baden-Württemberg

Themenfeld: 2) Krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Im beantragten Projekt soll ein leitlinienkonformes sektorenübergreifendes Stepped-Care-Modell für die Behandlung von chronischen Schlafstörungen eingeführt und in drei verschiedenen Varianten evaluiert werden. Zentrale Ziele des Projekts sind die Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz für die betroffenen Patienten und die Behebung des bestehenden Versorgungsdefizits für chronische Schlafstörungen. Bei positiver Evaluation besteht das Ziel, die neue Versorgungsform in die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gestaltung der Versorgung aufzunehmen und in die Regelversorgung zu überführen.
Methodisches Vorgehen: Cluster-randomisierte kontrollierte Studie zur Bestimmung der generellen und differentiellen Wirksamkeit von drei verschiedenen Varianten der neuen Versorgungsform (jeweils N = 1.844), die sich hinsichtlich der Intensität des persönlichen Kontakts im E-Health-Angebot unterscheiden, im Vergleich mit Treatment as Usual (TAU; N = 616). Die quantitative Datenanalyse wird durch eine gesundheitsökonomische Analyse und eine qualitative Prozessevaluation begleitet.
Umsetzungspotenzial: Das Projekt ist mit der bestehenden Infrastruktur und den beteiligten Partnern im vorgesehenen Förderzeitraum umsetzbar. Die Konsortialpartner haben umfangreiche Erfahrungen in allen für das Projekt relevanten Themenbereichen, so dass eine erfolgreiche Implementierung und Evaluation der neuen Versorgungsform sehr wahrscheinlich ist.

Projekttitel: Implementierung eines sektorenübergreifenden, interprofessionellen Programms zur evidenzbasierten Beratung von Krebspatienten im Bereich Komplementäre Medizin und Pflege (KMP) an den Comprehensive Cancer Centers in Baden-Württemberg

Akronym: CCC-Integrativ

Antragsteller: Universitätsklinikum Tübingen (Prof. Dr. Stefanie Joos)

Konsortialpartner: AOK Baden-Württemberg, aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Klinikum Nürnberg, Universität Ulm, Universitätsklinikum Freiburg, Universitätsklinikum Heidelberg

Sitz des Antragstellers: Baden-Württemberg

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Studien zufolge wünschen sich bis zu 80 Prozent aller Krebspatienten eine stärkere Berücksichtigung naturheilkundlich-komplementärer Ansätze. Im Rahmen des Projekts wird ein interprofessionelles, evidenzbasiertes Beratungsprogramm im Bereich Komplementäre Medizin und Pflege (KMP) implementiert, mit dem Ziel, Patienten im Bereich Komplementäre Medizin und Pflege zu befähigen (‚empowern'). Das evidenzbasierte Beratungsangebot wird durch interprofessionelle Teams aus speziell geschulten Ärzten und Pflegenden an allen vier Comprehensive-Cancer-Center-Standorten in Baden-Württemberg implementiert. Weitere Interventionselemente zielen auf die transsektorale Vernetzung (z. B. Patientenbriefe, Qualitätszirkel mit ambulanten Ärzten/Pflegediensten). Die Implementierung wird im Rahmen eines kontrollierten, nicht-randomisierten Designs mit Zielparametern auf Patienten-, Provider- und Systemebene evaluiert. Die Interventionsgruppe (N = 2.000 Patienten) erhält das Beratungsangebot KMP über drei Monate mit mindestens drei Beratungskontakten. Die primären Zielparameter werden mittels validierter Instrumente für ‚unmet needs', Selbstmanagement, Empowerment, Gesundheits- und Entscheidungskompetenz erhoben und in einem Intragruppenvergleich zu drei Zeitpunkten analysiert sowie mit zwei Kontrollgruppen verglichen (Vergleich der primär erhobenen Zielparameter (N = 500), Vergleich der Routinedaten (N = 2.000)). Ergänzend werden zur Evaluation des Gesamtprozesses Videoanalysen sowie Interviews mit Patienten, Providern und Comprehensive-Cancer-Center-Mitarbeitern in einem qualitativen Ansatz durchgeführt.

Projekttitel: Fach- & sektorenübergreifender feto-neonataler Versorgungspfad für Risikoschwangere zur Verbesserung des kindlichen Outcome

Akronym: FETONEONATPFAD

Antragsteller: Technische Universität Dresden (Prof. Dr. Mario Rüdiger)

Konsortialpartner: AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, BARMER, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Universitätsklinikum Jena

Sitz des Antragstellers: Sachsen

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Hintergrund: Erkrankungen, die sich im Erwachsenenalter manifestieren und von hoher gesundheitsökonomischer Relevanz sind, haben ihren Ursprung häufig in der feto-neonatalen Entwicklung. Wenngleich präventive Maßnahmen helfen chronische Erkrankungen zu vermeiden und einen hohen Return on Investment erzeugen, scheitert die Implementierung häufig an Sektoren- und Fachgrenzen.
Ziel: Der präventiv orientierte feto-neonatale Gesundheitspfad sichert eine strukturierte transsektorale, fächerübergreifende und interdisziplinäre Versorgung von Schwangeren mit erhöhtem Risiko einer Präeklampsie beziehungsweise fetalen Wachstumsrestriktion unter Berücksichtigung der medizinischen und psychosozialen Dimensionen. Im Ergebnis werden schwangerschaftsassoziierte Risiken der Mutter beziehungsweise des Kindes reduziert und die Nachhaltigkeit der Prävention durch eine verbesserte Gesundheitskompetenz der Familien langfristig gesichert.
Methodisches Vorgehen: Der im Rahmen der Routineversorgung geäußerte Verdacht auf ein Risiko wird mittels Ultraschalldiagnostik validiert. Schwangere mit erhöhtem Risiko erhalten im Pfad eine risikoadaptierte und in Standard Operating Procedures definierte Versorgung, die bis zum Ende des ersten Lebensjahres auf das Kind ausgeweitet wird.
Umsetzungspotenzial: Der Pfad überführt wissenschaftliche Erkenntnisse, die international die Versorgungsroutine bestimmen, in die klinische Routineversorgung überführbar sind und sich bundesweit etablieren und auf andere schwangerschaftsassoziierte Risiken für das Kind ausweiten lassen.

Projekttitel: Assistenzpersonal assoziierte Optimierung der Betreuung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) unter einer Biologika-Therapie

Akronym: CED Bio-Assist

Antragsteller: Kompetenznetz Darmerkrankungen e. V. (PD Dr. Bernd Bokemeyer)

Konsortialpartner: Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V., Fachgesellschaft für Assistenzpersonal - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (FA-CED) e. V., Techniker Krankenkasse, Universität Hamburg, Universität zu Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Sitz des Antragstellers: Schleswig-Holstein

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Intensivierte Betreuung chronisch Kranker (hier Patienten mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung, CED), die auf Grund eines schweren Krankheitsverlaufs einer Therapie mit Biologika bedürfen, durch eine partielle Delegation der ärztlichen Betreuungsleistung auf eine spezialisierte Assistenz, sog. CED-Fachassistenz nach dem ausländischen Vorbild einer IBD-Nurse (Inflammatory Bowel Disease Nurse). Es erfolgt eine umfassende Begleitung dieser Patientengruppe unter Berücksichtigung krankheitsbezogener körperlicher, seelischer wie sozialer Probleme. Weitere Bestandteile sind eine regelmäßige und standardisierte Beteiligung der Patienten an Planung und Organisation der eigenen Behandlung, eine aktivere Rolle des Patienten bei medizinischen Problemsituationen wie beispielsweise der Therapieeinleitung, einer Therapieumstellung bei Wirksamkeitsverlust der Biologika-Therapie oder beim Auftreten von Nebenwirkungen. Weiteres Ziel ist eine Förderung der Adhärenz, die hilft, mögliche Komplikationen und Folgekosten zu vermeiden. Eine solche patientenzentrierte Betreuung zur Kontrolle möglicher Belastungen und Risiken steigert unter anderem die krankheitsbezogene Lebensqualität der Patienten und erzielt gleichzeitig durch die jederzeit einheitliche Ausrichtung von Leistungen Synergieeffekte. Die Umsetzung der neuen Versorgungsform in die Praxis wird durch eine entsprechende Schulung der CED-Fachassistenz vorbereitet sowie durch ein kollegiales Beratungsangebot für die am Projekt teilnehmenden Ärzte durch den ärztlichen Beirat der Konsortialpartner begleitet.

Projekttitel: Evaluation eines strukturierten und leitllinienbasierten multimodalen Versorgungskonzepts für Menschen mit Akne inversa

Akronym: EsmAiL

Antragsteller: Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Prof. Dr. Stephan Grabbe)

Konsortialpartner: BARMER, Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V., Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Techniker Krankenkasse

Sitz des Antragstellers: Rheinland-Pfalz

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Die Akne inversa ist eine entzündliche Erkrankung der inversen Hautregionen, die etwa ein Prozent der Bevölkerung betrifft. Es bilden sich Abszesse und Fistelgänge, hauptsächlich in den Achseln und Leisten, die schlechtriechendes Sekret absondern und starke Schmerzen verursachen. Aktuell ist Akne inversa eine lebensbestimmende Erkrankung, die hauptsächlich bei jungen Menschen auftritt, oft progressiv verläuft und zu dauerhaften körperlichen Einschränkungen, Arbeitsunfähigkeit und sozialer Isolation führen kann. Ziel ist es, die Krankheitsbelastung zu senken, die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern sowie das Gesundheitssystem langfristig zu entlasten. Hierzu werden heterogene Leistungserbringer zu Akne inversa Zentren (AiZ) qualifiziert.
Methodisches Vorgehen: Patienten werden randomisiert und entsprechend entweder in der Regelversorgung belassen oder an ein AiZ überwiesen. Dort wird der Patient in eine strukturierte, interdisziplinäre, sektorenübergreifende Versorgungsform überführt.
Umsetzungspotenzial: Eine erfolgreiche Umsetzung zeigt, dass eine strukturierte Betreuung der schweren Erkrankung von unterschiedlichen Leistungserbringern umgesetzt werden kann. Die Anforderungen an ein AiZ sind auf Basis dieses Antrags definiert und im Rahmen des Projekts entsteht detailliertes Schulungs- und Aufklärungsmaterial, so dass nach der Förderung die Qualifizierung zu einem AiZ für Vertreter der oben genannten Leistungserbringer in einem realistischen Zeitrahmen möglich ist.

Projekttitel: Fracture Liaison Service (FLS) zur Implementierung einer integrierten Versorgungsstruktur zu Vermeidung von Osteoporose-bedingten Folgefrakturen

Akronym: FLS-CARE

Antragsteller: Klinikum der Universität München (Prof. Dr. Wolfgang Böcker, PD Dr. Christian Kammerlander)

Konsortialpartner: AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH, DAK Gesundheit, IKK classic, Ludwig-Maximilians-Universität München, sd Health GmbH, Techniker Krankenkasse

Sitz des Antragstellers: Bayern

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Vermeidung von osteoporosebedingten Folgefrakturen durch den Aufbau einer integrierten Versorgungstruktur, welche eine differenzierte Diagnostik und Behandlung der Osteoporose sicherstellt.
Methodisches Vorgehen: Cluster-randomisierte Studie mit Aufbau eines Fraktur-Liaison-Services (FLS) in Interventions- und Kontrollkliniken mit angeschlossenen Osteoporose-Netzwerken. Untersucht werden soll primär der Effekt dieser Maßnahmen auf die Rate an Folgefrakturen. Weiterhin sollen die Auswirkungen auf Lebensqualität, Begleiterkrankungen und Sterblichkeit analysiert werden.
Umsetzungspotenzial: Das Umsetzungspotenzial wird als hoch angesehen, da die unfallchirurgischen Kliniken sehr stark in Netzwerken untereinander organisiert sind. Der Konsortialpartner AUC der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie ist offiziell für die Zertifizierung der Trauma-Zentren und deren Netzwerke verantwortlich. Die AUC würde bei erfolgreicher Evaluierung des FLS-Projekts für eine bundesweite Umsetzung ausdrücklich zur Verfügung stehen. Der Dachverband Osteologischer Gesellschaften (DVO) ist ebenfalls mit seinem ambulanten Osteologennetzwerk als Kooperationspartner fest eingebunden. Sozialrechtlich würden die Rahmenbedingungen eines integrierten Versorgungsvertrags nach § 140a SGB V zur Umsetzung auch für weitere Kostenträger zur Verfügung stehen.

Projekttitel: Stufenmodell Adipositas-Therapie im Kindes- und Jugendalter

Akronym: STARKids

Antragsteller: Universitätsklinikum Tübingen (Prof. Dr. Stefan Ehehalt, Dr. Florian Junne)

Konsortialpartner: AOK Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Sitz des Antragstellers: Baden-Württemberg

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Vor dem Hintergrund hoher Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist das Fehlen von leitliniengerechten ambulanten Versorgungsstrukturen in der aktuellen Versorgungslandschaft inakzeptabel. Um diese Versorgungslücke zu schließen, wird im Rahmen der hier beantragten neuen Versorgungsform für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht/Adipositas und deren Eltern/Familien ein strukturiertes ambulantes Behandlungsangebot entwickelt, umgesetzt und evaluiert, unter Einbeziehung von „Stepped-Care“ und „E-Health“ Ansätzen. Die neue Versorgungsform beinhaltet (i) die Nutzung eines elektronischen Moduls zur strukturierten Anamnese und leitliniengerechten Diagnostik in der Kinder- und Jugendarztpraxis, (ii) den Einsatz eines elektronisch gestützten Präsenz-Schulungsprogramms in der Kinder- und Jugendarztpraxis über zwölf Monate, (iii) die Bereit vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv vstellung von Online-Ressourcen zur Vertiefung und Wiederholung der Präsenz-Schulungsinhalte im häuslichen Umfeld und (iv) ein unabhängiges, angebotsübergreifendes Fallmanagement durch den öffentlichen Gesundheitsdienst für PatientInnen, die am neu entwickelten Schulungsprogramm nach zwölf Monaten ohne den gewünschten Therapieerfolg (BMI-Abnahme < 0,2 SDSLMS) teilgenommen haben. Die Evaluation des neuen Versorgungsmodells erfolgt als cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie im Wartegruppendesign mit N = 1.000 Probanden.

Projekttitel: Kombinierte Ernährungs- und körperliche Aktivitätsintervention während einer onkologischen Therapie (INTEGRATION-Programm)

Akronym: INTEGRATION-Programm

Antragsteller: Universität zu Köln (PD Dr. Sebastian Theurich, PD Dr. Freerk T. Baumann)

Konsortialpartner: AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, DAK Gesundheit, Gesundheit Nord gGmbH, Klinikum der Universität München, Krankenhaus Nordwest Klinik für Onkologie und Hämatologie GmbH, Universität Regensburg, Universitätsklinikum Bonn, Universitätsklinikum Freiburg, Universitätsklinikum Halle, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitätsklinikum Heidelberg, Universitätsklinikum Leipzig, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Das INTEGRATION-Programm verfolgt einen tertiärpräventiven und supportivmedizinischen Ansatz und findet parallel zur ambulanten onkologischen Standardbehandlung statt. Durch die Kombination von bedarfsorientierten ernährungs- und bewegungstherapeutischen Interventionen soll die Effektivität dieser beiden Einzelmaßnahmen verstärkt werden. Gesteuert durch regelmäßige ressourcenorientierte Bedarfsanalysen, welche drei Kategorien umfassen (Ernährungsstatus, Bewegungskapazität und Lebensqualität) und nach definierten Kriterien durch klinische Daten, Gerätemessungen und standardisierte Fragebögen ermittelt werden, werden die Patienten multiprofessionell und sektorübergreifend versorgt. Die Versorgungsstruktur des INTEGRATION-Programms soll nach Evaluation der im Programm integrierten prospektiv-randomisierten Studie in die ambulante medizinische Versorgung an regionalen Krebszentren implementiert werden.

Projekttitel: Optimierung der stationären Versorgung von älteren Patienten mit akutem somatischen Behandlungserfordernis und kognitiven Einschränkungen unter systematischer Vernetzung mit der ambulanten Versorgung

Akronym: IdA - Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung

Antragsteller: Oberhavel Kliniken GmbH (Christoph Garske)

Konsortialpartner: AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH, Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e. V., AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, BAHN-BKK, Jäger Gesundheitsmanagement - JGM GmbH, Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH, Klinikum Niederlausitz GmbH

Sitz des Antragstellers: Brandenburg

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Die stationäre Versorgung kognitiv beeinträchtigter älterer Patienten mit akutem somatischen Behandlungserfordernis wird auf die spezifischen Erfordernisse dieser Patientengruppe ausgerichtet. Insbesondere sollen Delirien, Stürze, freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Notfallverlegungen in die Akutpsychiatrie vermieden und Verweildauern verkürzt werden. An sechs Klinikstandorten werden dazu geriatrisch/gerontopsychiatrisch erfahrene und speziell geschulte Fachkräfte als Koordinatoren sowie speziell geschulte Tagesbegleiter regelhaft eingesetzt. Basierend auf Assessments wird ein patientenindividueller Maßnahmenplan erarbeitet, Konsile werden initiiert, Kriseninterventionen gesichert, tagesstrukturierende Angebote durch den Einsatz von Tagesbegleitern unterbreitet, Angehörige einbezogen und die Maßnahmen der vor- und nachstationären Betreuung ermittelt und dem Entlassmanagement zugearbeitet. Curricula für Schulungen des Stationspersonals, der Koordinatoren, der Tagesbegleiter und Angehörigen werden adaptiert, angepasst und ggf. entwickelt. Strukturierte Fallbesprechungen sichern den Transfer in den beruflichen Alltag. Bestandteil der neuen Versorgungsform ist außerdem die systematische Vernetzung mit der ambulanten Versorgung vor und nach einer stationären Versorgung. Mit dem Projekt wird den Versorgungserfordernissen dieser weiterhin stark zunehmenden Bedeutung dieser Patientengruppe Rechnung getragen und die Überführung in die Regelversorgung vorbereitet.

Projekttitel: Komplikationsreduktion durch einen innovativen perioperativen Behandlungsablauf bei Ovarialkarzinompatientinnen

Akronym: KORE INNOVATION

Antragsteller: Charité-Universitätsmedizin Berlin (Dr. Robert Armbrust)

Konsortialpartner: Eierstockkrebs Deutschland e. V., Klinikum Essen-Mitte GmbH, Techniker Krankenkasse

Sitz des Antragstellers: Berlin

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Durch die Schaffung eines multimodalen, interprofessionellen Therapieablaufs bestehend aus vier neuartigen Modulen soll der Anteil schwerer operationsbedingter Komplikationen bei Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom von 29.3 Prozent auf 19.5 Prozent gesenkt werden. Das Projekt soll außerdem zu einer sektorenübergreifenden Verbesserung der perioperativen Versorgung dieser Patientinnen mit einer positiven gesundheitsökonomischen Evaluation führen.
Methodisches Vorgehen: Im Rahmen einer prospektiven, bizentrischen, offenen dreiphasigen Interventionsstudie erfolgt im Rahmen einer sechsmonatigen Baselinephase die Erfassung aller Patientinnen der bisherigen Regelversorgung (plus historisches Kollektiv). In der sich anschließenden 18-monatigen Interventionsphase erfolgt die Implementierung der neuen Versorgungsform und der aktive Einschluss. In der dritten "Evaluationsphase" (zwölf Monate) erfolgt die abschließende Datenanalyse für die Evaluation der Effektivität, an die sich neun Monate Nachlaufzeit für Analysedaten der Techniker Krankenkasse und deren abschließende gesundheitsökonomische Bewertung anschließen.
Umsetzungspotenzial: Die beteiligten Kliniken bilden ca. 30 Prozent der aktuellen Versorgungsrealität von Versicherten der Techniker Krankenkasse mit Ovarialkarzinom ab. Außerdem stehen zwei unterschiedliche Modellregionen und -kliniken zur Evaluation der neuen Versorgungsform zur Verfügung. Eine positive Implementierung könnte zu einer raschen Übertragung auf das gesamte Bundesgebiet führen. Das Umsetzungspotenzial ist daher als hoch einzustufen.

Projekttitel: Adipositas Care & Health Therapy zur strukturierten, sektorenübergreifenden Versorgung nach bariatrisch-metabolischer Operation

Akronym: ACHT

Antragsteller: Deutsche Stiftung für chronisch Kranke (Dr. Bettina Zippel-Schultz, Dr. Thomas M. Helms)

Konsortialpartner: AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, Chirurgische Klinik München Bogenhausen GmbH, Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie GmbH, Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt GmbH, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim GmbH, Klinikum Memmingen, Klinikum Nürnberg, Klinikum Passau, Privatklinik Fritz Wolfart GmbH & Co.KG, Schön Klinik Nürnberg Fürth SE & Co.KG, symeda GmbH, Universitätsklinikum Würzburg

Sitz des Antragstellers: Berlin

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel von ACHT ist die Etablierung eines digital gestützten, strukturierten, leitliniengerechten und vor allem wohnortnahen Nachsorgeprogramms für Patienten nach bariatrisch-metabolischer Operation. Damit soll der langfristige Therapieerfolg der bariatrisch operierten Patienten verbessert werden. In Deutschland ist eine solche Nachsorge bisher in der Regelversorgung weder standardisiert organisiert noch finanziert, obwohl diese in Leitlinien klar definiert ist. Die zentralen Ziele jeder Adipositas-Therapie (u. a. langfristige Gewichtskontrolle, Verbesserung assoziierter Risikofaktoren sowie Lebensqualitätssteigerung) werden in ACHT durch die Umsetzung von acht Bausteinen erreicht: (1) strukturierte, wohnortnahe Nachsorgeuntersuchungen in speziell geschulten Adipositaspraxen, (2) regelmäßige Ernährungsberatungen, (3) Etablierung eines Adipositaslotsen, (4) digitale Fallakte mit App für den Patienten, die (5) eine enge Kooperation der Adipositaspraxen und -zentren ermöglicht, (6) individualisierte Definition des Bewegungsziels durch Sportmediziner, (7) psychologische Unterstützung des Patienten sowie (8) direkte Vernetzung mit der Qualitätssicherungsmaßnahme StuDoQ. ACHT dient damit als Modell, um die bisher ausschließlich in Expertenzentren durchgeführte Nachsorge im ambulant-niedergelassenen Bereich zu ermöglichen. Aufgrund des wachsenden Bedarfs einer strukturierten Nachsorge unter Stärkung des vertragsärztlichen Bereichs ist das Umsetzungspotenzial von ACHT sehr hoch.

Projekttitel: Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte

Akronym: DemStepCare

Antragsteller: Landeskrankenhaus Rheinhessen-Fachklinik Alzey (Prof. Dr. Andreas Fellgiebel)

Konsortialpartner: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, BKK Landesverband Mitte, DAK Gesundheit, Fachhochschule der Diakonie gGmbH, Landeskrankenhaus Rhein-Mosel Akademie, Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, MEDI Südwest GmbH, Techniker Krankenkasse, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz

Sitz des Antragstellers: Rheinland-Pfalz

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Der Hausarzt soll in seiner medizinischen Basisversorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen unterstützt werden. Gemessen werden soll die verbesserte ambulante Versorgungsqualität primär durch eine Reduktion der stationären Behandlungstage, die verbesserte Lebensqualität von Patienten und eine reduzierte Belastung der pflegenden Angehörigen. Der Erfolg der Innovation soll gemessen werden durch Vergleiche mit einer Gruppe von Demenzpatienten ohne innovative Versorgung und mit einer Demenzkohorte aus den Krankenkassendaten. Neben einer besseren sekorenübergreifenden Vernetzung und Kommunikation der regionalen Demenzversorger sind die zentralen Elemente der neuen Versorgung: A) Die Erfassung von Versorgungsrisiko und -bedarf ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung durch einen Case Manager, der eng mit der Hausarztpraxis zusammenarbeitet. B) Bei erhöhtem Risiko/Bedarf, etwa bei alleinstehenden Patienten, wird dem Patienten ein Case Management zur Seite gestellt. C) Bei Auftreten von Versorgungskrisen (Verhaltensstörung oder Erschöpfung der pflegenden Angehörigen) wird der Patient, bedarfsweise auch der pflegende Angehörige, durch eine aufsuchende, pflegeexpertenbasierte Krisenambulanz mitbetreut. Die Erwartung eines hohen Umsetzungspotenzial ist verbunden mit der Erwartung einer hohen Akzeptanz der neuen Versorgungsform bei den Hausärzten, welchen - durch spezialisierte Pflegekräfte unterstützt - neue und effektivere Handlungsoptionen in der Demenzversorgung eröffnet werden.

Projekttitel: Entwicklung und Evaluation einer interdisziplinären telemedizinischen Plattform zur umfassenden Begleitung der Versorgung von Kindern mit Ösophagusatresie

Akronym: TIC-PEA

Antragsteller: Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Prof. Dr. Oliver Muensterer)

Konsortialpartner: KEKS e. V. Patienten- und Selbsthilfeorganisation für Kinder und Erwachsene mit kranker Speiseröhre, Techniker Krankenkasse

Sitz des Antragstellers: Rheinland-Pfalz

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Hintergrund: Die Versorgung der angeborenen Ösophagusatresie (Fehbildung mit Unterbrechung der Speiseröhre) erfolgt hierzulande dezentral. Da ein Arzt nur wenige Fälle im Jahr behandelt, fehlt oft die notwendige Routine und Expertise. In Mainz wurde in den letzten Jahren eine telemedizinische Infrastruktur aufgebaut, mit der sich Ärzte, Patienten und Experten virtuell verbinden lassen.
Ziels: Auf telemedizinischer Basis soll behandelnden Kinderchirurgen und Kindermedizinern sowie den betroffenen Familien von Kindern mit Ösophagusatresie ein allzeit verfügbares Netzwerk von Spezialisten zur Verfügung gestellt werden. Durch telemedizinische Beratung und Begleitung soll die Versorgung dieser komplexen Erkrankung gezielt und langfristig unterstützt werden.
Methodisches Vorgehen: Ärzte, die ein Kind mit Ösophagusatresie behandeln, erhalten einen Link zur Einwahl in die telemedizinische Plattform. Die erste telemedizinische Kontaktaufnahme erfolgt als virtuelles, koordiniertes Team-Treffen vor der operativen Versorgung zusammen mit anderen Kinderchirurgen und Experten, so dass Fragen diskutiert und Besonderheiten des Falls im Fachgespräch unter Kollegen erörtert werden können. Danach erfolgt die Weiterbetreuung in zeitlich festgelegten telemedizinischen Sprechstunden.
Umsetzungspotenzial: Das Umsetzungspotenzial ist hoch, da sich für Ärzte (kollegiale Begleitung), Patienten, Familien (bessere Behandlung) und die Solidargemeinschaft (Wirtschaftlichkeit) Vorteile ergeben.

Projekttitel: Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm

Akronym: P-SUP

Antragsteller: Universität zu Köln (Prof. Dr. Stephanie Stock)

Konsortialpartner: AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, BARMER, Deutsche Sporthochschule Köln, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Otto Friedrich Universität Bamberg, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Universitätsklinikum Aachen, Universitätsklinikum Essen, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Die Prävalenz für Diabetes mellitus (DM) liegt bei 9,9 Prozent und für die koronare Herzkrankheit (KHK) bei 9,3 Prozent. In Nordrhein sind ca. 90 Prozent aller Versicherten mit einem DM Typ 2 in ein Disease Management Programm (DMP) eingeschrieben. Sie gehören zur Risikogruppe für niedrige Gesundheitskompetenz. Rund 20 Prozent der Diabetiker weisen eine KHK und rund 40 Prozent der Teilnehmer im DMP KHK einen Diabetes als Begleiterkrankung auf.
Ziel des Antrags ist die Einführung eines risikostratifizierten „Personalisierten Selbstmanagement Unterstützungsprogramms“ (P-SUP) für Versicherte in den beiden DMPs. P-SUP umfasst (i) die Teilnahme an einer Peer Support Gruppe (PSG), (ii) ein Online-Angebot mit Wissensvermittlung, Motivationsanalyse und individuellen Empfehlungen und (iii) personalisiertes Feedback. Versicherte mit niedriger Gesundheitskompetenz erhalten zusätzlich ca. acht mal pro Jahr ein Coaching von ca. 15 Minuten. Es thematisiert inhaltliche und volitionale-motivationale Aspekte. Die PSGs werden von trainierten Peers geleitet und durch einen Bewegungstherapeuten unterstützt. Die PSGs treffen sich wöchentlich (drei mal pro Monat gemeinsame Bewegung, einmal Vermittlung theoretischer Inhalte zu Bewegungs- und Ernährungsthemen durch Fachpersonal). Verbesserungen werden in den Bereichen klinische Outcomes, Gesundheitskompetenz und Leistungsinanspruchnahme erwartet. Aufgrund vorheriger Studien sind Einsparungen durch vermiedene Krankenhauseinweisungen von ca. 1.000 Euro pro Versichertem zu erwarten.

Projekttitel: Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung

Akronym: InDePendent

Antragsteller: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann)

Konsortialpartner: AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, Demenz-Netzwerk-Uckermark e. V., GNEF Gesundheitsnetz Frankfurt am Main eG, HaffNet GmbH, Techniker Krankenkasse, Universitätsmedizin Greifswald, Universitätsmedizin Rostock

Sitz des Antragstellers: Mecklenburg-Vorpommern

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

InDePendent ist eine multizentrische, cluster-randomisierte kontrollierte Studie im hausärztlichen Setting. Durch den Einsatz von demenz-spezifisch qualifizierten Pflegefachpersonen (PFP) sollen die offenen Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gedeckt werden. Vor dem Beginn der Intervention werden die PFP innerhalb von acht Monaten für ein sektoren- und professionsübergreifendes Dementia-Care-Management ausgebildet. Sie erwerben Kompetenzen, um ärztliche Aufgaben in Delegation und Substitution ausführen zu können. Optionen für eine Aufgabenneuverteilung umfassen u. a. das Erkennen der Notwendigkeit von pflegerischen Maßnahmen und Hilfsmitteln und deren Verschreibung. Die kooperative Aufgabenneuverteilung sowie die Aufgabenübernahme in Delegation und Substitution werden zwischen den Ärzten der Netzwerke und der Pflege gemeinsam definiert. Während der Intervention überführen die PFP die identifizierten offenen Versorgungsbedarfe in einem individuellen Versorgungs- und Behandlungsplan. Die PFP wird im Rahmen von Hausbesuchen und Netzwerkarbeit den Versorgungsplan umsetzen. Die Kontrollgruppe erhält weiterhin die übliche Versorgung. Eine Follow-up-Erhebung findet nach zwölf Monaten statt, um Unterschiede in der Anzahl der offenen Versorgungsbedarfe zwischen beiden Gruppen zu identifizieren. Aus dem Vergleich zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe wird die Anzahl offener Versorgungsbedarfe als primärer Interventionseffekt ermittelt.

Projekttitel: Herzinsuffizienz – Individuelles Training, Telemonitoring und Selfmanagement

Akronym: HITS

Antragsteller: Universität Leipzig (Prof. Dr. Martin Busse)

Konsortialpartner: Diavention GmbH, Herzzentrum Leipzig GmbH, Medizinische Hochschule Hannover

Sitz des Antragstellers: Sachsen

Themenfeld: 3) Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Die Herzinsuffizienz (HI) ist in Deutschland die häufigste Ursache für eine stationäre Aufnahme. Innerhalb von fünf Jahren nach Diagnosestellung versterben 50 Prozent der Patienten. Lebensqualität und soziale Teilhabe sind schlecht. Frühstadien der HI werden oft nicht diagnostiziert. Wichtige Therapieinhalte wie individuelles physisches Training und Selbstmanagement sind in der Regelversorgung nicht etabliert. Die Medikations-Compliance liegt nur bei ca. 55 Prozent. Das Innovationsprojekt "HITS" adressiert diese Probleme mit einer neuen, kohärenten Versorgungsform. Diese umfasst die Früherkennung der HI, ihre supervidierte, auch beim Training stark individualisierte und auto-adaptive Therapie sowie einen transparenten Informationsfluss zwischen den Sektoren, der die Patienten mit einschließt. Das Kernprogramm begleitet die Patienten durch Online-Monitoring der wichtigsten Parameter, unterstützt sie durch Telesupport, konfiguriert und aktualisiert das für sie optimale physische Training, warnt sie bei fehlender Compliance oder einer Verschlechterung der HI-spezifischen Kenngrößen. Die Ko-Morbiditäten sind berücksichtigt. Counseling beteiligt die Patienten am Therapie- und Heilungsprozess durch Einbindung in die interaktive elektronische Patientenakte. Durch die absehbare Verringerung der Inzidenz, Progredienz schwerer Formen und verringerte Hospitalisation können die Prognosen zur epidemiologischen Entwicklung korrigiert werden und eine Reduktion der hohen Leistungsabgaben wird möglich.

Projekttitel: Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet - Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung

Akronym: MeKidS.best

Antragsteller: MedEcon Ruhr GmbH (Berit Schoppen)

Konsortialpartner: AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, DAK Gesundheit, DATATREE AG, Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, Elisabeth Krankenhaus Essen GmbH, Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH, Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH, Fachhochschule Dortmund, Helios Klinikum Duisburg GmbH, Helios Universitätsklinikum Wuppertal GmbH, Klinikum Dortmund gGmbH, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, St. Elisabeth Gruppe GmbH, St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH, Techniker Krankenkasse, Universität Duisburg-Essen, Universitätsklinikum Düsseldorf, Vestische Caritas-Kliniken GmbH

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: 4) Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Angesichts einer steigenden Zahl registrierter Fälle von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen und vermuteten hohen Dunkelziffern sehen sich die medizinischen Versorgungseinrichtungen in der Pflicht, einen relevanten Beitrag zur Verbesserung des Kinderschutzes zu erbringen. Die Herausforderung besteht darin, den stark fragmentierten und in den Leistungsprozessen kaum standardisierten medizinischen Kinderschutz als leistungsfähigen Partner der Jugendämter zu etablieren und somit die Anforderungen des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz umzusetzen. Betroffenen Kindern und Jugendlichen respektive deren Familien wird ein niederschwellig zugängliches System von medizinischer Versorgung und Leistungen der Jugendhilfe entlang der Prozesskette eröffnet. Mit der neuen Versorgungsform MeKidS.best wird für den medizinischen Kinderschutz erstmalig eine standardisierte, sektorenübergreifende, durch lokale und regionale Netzwerkbildung flächendeckende Versorgung konzipiert, erprobt und evaluiert. Dazu werden in Kinder- und Jugendkliniken (MeKidS.units) und in pädiatrischen Praxen (MeKidS.Praxen) Standards festgelegt und Netzwerkstrukturen aufgebaut, die eine verbesserte Erkennung von Verdachtsfällen ermöglichen und die diagnostischen Prozesse sowie Hilfemaßnahmen verbessern. Für die Überführung von MeKidS.best in die Regelversorgung wird eine Finanzierungs- und Vergütungsstruktur erarbeitet.

Projekttitel: Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern - children of mentaly ill parents - network

Akronym: CHIMPS-NET

Antragsteller: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe)

Konsortialpartner: AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e. V., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, BARMER, BKK Mobil Oil, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Christian-Albrechts-Universität Kiel, Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., DAK Gesundheit, Georg-August-Universität Göttingen, Helios Kliniken Schwerin GmbH, Helios Klinikum Erfurt GmbH, Katholische Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e. V, KKH Kaufmännische Krankenkasse, Klinikum der Universität München, Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH, Leibniz Universität Hannover, LWL-Klinikum Gütersloh, Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Philipps-Universität Marburg, Ruppiner Kliniken GmbH, Techniker Krankenkasse, Universität des Saarlandes, Universität Koblenz-Landau, Universität Ulm, Universität zu Köln, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitätsklinikum Heidelberg, Universitätsklinikum Leipzig, Universitätsklinikum Tübingen

Sitz des Antragstellers: Hamburg

Themenfeld: 4) Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Der Verbund CHIMPS-NET (Children of mentally ill parents - network) widmet sich der Versorgungslücke von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker und suchtkranker Eltern in Vernetzung zwischen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und für Erwachsenenpsychiatrie. Das zentrale Ziel ist es, in jedem Bundesland in einem Stepped Care Modell nach einem Screening psychischer Auffälligkeiten der Kinder und Jugendliche zwei neue Versorgungsformen zu implementieren: für die psychisch unauffälligen Kinder und Jugendliche eine Prävention, für bereits psychisch auffällige Kinder und Jugendliche eine sektorenübergreifende Therapie. Außerdem wird der Ansatz der neuen Versorgungsform als webbasierte neue Versorgungsform weiterentwickelt. Jede der drei neuen Versorgungsformen wird in einer multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Studie im Zwei-Gruppen-Design, jeweils neue Versorgungsform vs. TAU (treatment as usual) evaluiert. Die Stichprobe für alle drei neuen Versorgungsformen und deren Evaluation beträgt N = 1.142 Familien. Das primäre Zielkriterium aller Studien ist die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Die Implementierung der neuen Versorgungsform erfolgt systematisch nach Faktoren einer erfolgreichen Implementierung aus internationalen Arbeiten. Das Netzwerk bündelt renommierte Partner mit einer Spezialisierung für Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Jugendhilfe, Gemeindepsychiatrie, Gesundheitsökonomie, Biometrie, E-Mental-Health, Qualitätssicherung und der Bundespolitik. Die Erträge für die Familien und das Umsetzungspotenzial werden als hoch bewertet.

Projekttitel: Komplikations-Management und Prävention im Ambulanten und Stationären Sektor – Demenz & Delir

Akronym: KOMPASS D2

Antragsteller: Westfälische Wilhelms-Universität Münster (Prof. Dr. Thomas Duning)

Konsortialpartner: BARMER, DAK Gesundheit, Evangelisches Krankenhaus Joannisstift Münster gGmbH, IKK classic, Josephs-Hospital Warendorf, Klinikum Rheine, Stiftung Mathias-Spital Rheine, St. Josef-Stift Sendenhorst, UKM Marienhospital Steinfurt GmbH, Universität Bielefeld

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: 4) Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Ein Drittel aller Patienten über 70 Jahre erleidet während des stationären Aufenthalts ein sogenanntes Delir, nach Operationen zwei Drittel. Besonders gefährdet sind prästationäre kognitiv beeinträchtigte Patienten. Risikopatienten sollen vor Einweisung identifiziert werden, die Delirraten während des stationären Aufenthalts deutlich gesenkt und eine auf den kognitiven Zustands ausgerichtete Betreuung nach Entlassung verbessert werden. Dadurch sollen auch vermeidbare Versorgungskosten eingespart werden.
Methodisches Vorgehen:

1. Aufbau einer Versorgungskette, die die gesamte ambulante und stationäre Versorgung älterer Patienten umfasst
2. Entwicklung eines neuartigen Kompetenznetzwerks für Delirprävention und -management, in dem medizinische Versorger ihre Expertise telemedizinisch zusammenführen und Risikopatienten gemeinsam ortsübergreifend betreuen

Umsetzungspotenzial: Als Folge der neuen Versorgungsform sind zu erwarten: Senkung der Delirhäufigkeit, -länge und -schwere, Verringerung kognitiver Verschlechterungen und aufwändiger Behandlungspflege nach stationärem Aufenthalt, Senkung der Medikamenteninteraktionen und unerwünschter Ereignisse, verringerte Kosten durch kürzere Liegezeiten und weniger Verschreibungen sowie bessere Leitfadenkonformität und Dokumentationsqualität.

Projekttitel: Ein Programm zur niedrigschwelligen Identifikation und Behandlung von Hörstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Akronym: HörGeist

Antragsteller: St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH (Prof. Dr. Katrin Neumann)

Konsortialpartner: AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH, Universität Bremen, Universität Duisburg-Essen, Universität zu Köln

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: 4) Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Menschen mit geistiger Behinderung (gB) leiden vermehrt an Hörstörungen (mindestens 15 Prozent der Gesamtpopulation), die meist nicht bekannt oder adäquat versorgt sind. Die Implementierung eines Programms systematischer Hörscreenings, -diagnostik, Therapieeinleitung und langfristiger Monitorings in der Lebensumgebung von Menschen mit gB (Kindergärten, Schulen, Werkstätten, Wohnbereich) ist daher sinnvoll.
1.050 Menschen unterschiedlichen Alters mit gB erhalten in ihrem Lebensumfeld oder auf Einladung in der Klinik ein Hörscreening und eine sich anschließende Referenzdiagnostik sowie Therapieeinleitung/-kontrolle bei Hörstörung. Ein Jahr später erfolgt ein zweites Screening mit Prüfung des bisherigen Therapieoutcomes. Damit sind folgende Projektziele erreichbar:

1. Machbarkeits- und Nutzenbewertung eines Programms zur niedrigschwelligen Identifikation und Diagnostik von Hörstörungen bei Menschen mit gB in deren Lebensumfeld und kontrollierter Zuweisung zu Therapie und Therapiemonitoring,
2. Nachweis, dass das o. g. Programm (neue Versorgungsform) eine relevante Reduktion inadäquat versorgter Hörstörungen verglichen mit einer spontanen Inanspruchnahme bewirkt und die Kommunikationsfähigkeit der neu oder besser versorgten Personen stärkt,
3. ökonomische Kosten-Nutzen-Bewertung eines solchen Programms verglichen mit (a) dem bisherigen Vorgehen und (b) der nicht- oder indäquaten Versorgung von Hörstörungen,
4. altersabhängige annäherungsweise Prävalenzschätzung von Hörstörungen bei Menschen mit gB.

Projekttitel: Intersektorale Nutzung von Patient Reported Outcome Measures zur Steigerung der patientenrelevanten Ergebnisqualität

Akronym: PROMoting Quality

Antragsteller: Technische Universität Berlin (Prof. Dr. Reinhard Busse)

Konsortialpartner: aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, BARMER, BKK Dachverband e. V., HRTBT Medical Solutions GmbH

Sitz des Antragstellers: Berlin

Themenfeld: 5) Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: PROMoting Quality hat zum Ziel den direkten Einfluss von Patient Reported Outcome Measures (PROMs) auf den Behandlungserfolg und die Kosteneffektivität für Patienten mit elektivem Hüft- und Knieersatz zu untersuchen. Eine schwellenwertbezogene Benachrichtigung des behandelnden Arztes und darauf basierend eine engere und individuellere Betreuung durch Anpassung der postoperativen Behandlung (v. a. ambulante Nachversorgung) auf die Bedürfnisse des Patienten steht dabei im Mittelpunkt.
Methodisches Vorgehen: Dafür wird eine randomisierte kontrollierte multizentrische (neun Krankenhäuser) Interventionsstudie mit Randomisierung auf Patientenebene (N = 9.817) eingesetzt. Bei der Interventionsgruppe werden PROMs bei Aufnahme und nach Operation sowie einen Monat, drei, sechs und zwölf Monate nach dem Gelenkersatz elektronisch erhoben. In der Kontrollgruppe wird hingegen nur bei Aufnahme und zwölf Monate nach Operation gemessen. Diese Daten werden mit GKV-Routinedaten verknüpft, um Informationen über den Ressourceneinsatz der eingeschlossenen Patienten sektorenübergreifend einzubeziehen.
Umsetzungspotenzial: Die digitale Erfassung und Verarbeitung der PROMs ermöglicht eine aufwandsarme Umsetzung. Die zentrale Datenhaltung und flexible Zugriffsarten ermöglichen eine kontinuierliche Messung. Geringer Investitions- und Schulungsaufwand ermöglicht eine Hochskalierung auf andere Krankheitsfelder und Regionen. Eine potenziell zukünftige Einbindung in die Telematikinfrastruktur vermindert Kommunikationsbrüche.

Projekttitel: Optimierte sektorenübergreifende, koordinierte und evidenzbasierte Behandlung von Schlaganfallpatienten durch übergreifende Prozessverantwortung und patientenorientierte Ergebnisqualitätsmessung

Akronym: StroCare

Antragsteller: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Götz Thomalla)

Konsortialpartner: Albertinen-Krankenhaus/Albertinen-Haus gGmbH, BARMER, Elbe Kliniken Stade-Buxdehude GmbH, ForCare GmbH, HELIOS Klinik Geesthacht GmbH, HELIOS Rehaklinik Damp GmbH, Klinikum Bad Bramstedt GmbH, Lohmann & Birkner medizinisches ServiceCenter GmbH, MediClin GmbH und Co. KG, Zweigniederlassung Soltau, RehaCentrum Hamburg GmbH

Sitz des Antragstellers: Hamburg

Themenfeld: 5) Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel des Projekts ist eine Optimierung der Schlaganfallversorgung durch sektorenübergreifende Nachsorge und Integration von patientenzentrierter Ergebnisqualitätsmessung. Das Modell zielt auf optimierte Prozesse mit Verringerung von Wartezeiten, eine verbesserte Behandlungsqualität, Vermeidung von Komplikationen und Rezidivereignissen sowie verbesserter Lebensqualität für den Patienten ab. Für die Kostenträger ist das Ziel der Kostenminimierung durch koordinierte Behandlungspfade, Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und Reduktion der Rezidivschlaganfälle gegeben. Zur Evaluation der Nachsorge wird eine patientenzentrierte Ergebnismessung zu jedem Behandlungszeitpunkt implementiert und mit einer Kontrollpopulation unter Standardbehandlung verglichen. Mit StroCare wird die gesamte Prozesskette von der Akutphase, über die Rehabilitation sowie ambulanter Nachsorge durch einen sektorenübergreifenden Behandlungspfad sowie eine patientenorientierte Outcomemessung verbessert. StroCare stellt nach erfolgreicher Umsetzung ein Referenzmodell zur Übertragung in andere Regionen sowie Organisationsstrukturen dar. Die Beteiligung einer Krankenkasse in dem Projekt wird dabei zeigen, wie die Kooperation auch für andere Kostenträger erfolgreich umsetzbar ist. Die bei den Konsortialpartnern etablierten Abläufe werden sich bei entsprechender Gegenfinanzierung des zusätzlichen Aufwands für die sektorenübergreifende Nachsorge ebenso an anderen Akutkliniken und Rehabilitationskliniken umsetzen lassen.

Projekttitel: Selbsttonometrie und Datentransfer bei Glaukompatienten zur Verbesserung der Versorgungssituation

Akronym: SALUS

Antragsteller: Westfälische Wilhelms-Universität Münster (Prof. Dr. Nicole Eter)

Konsortialpartner: BARMER, DAK Gesundheit, Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung e. V., IKK classic, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Universität Bielefeld

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: 6) Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Das Projekt SALUS möchte durch die Nutzung von Selbsttonometern flächendeckend die Glaukomversorgung optimieren und Patienten vor der Erblindung schützen. Ambulante Tagestensioprofile (TTP) sollen unabhängig von regionalen Modellprojekten in der Regelversorgung des Patienten ankommen. Die Kosten der TTP sollen sinken. Damit folgt das Modell dem Grundsatz ambulant vor stationär. Darüber hinaus wird die Leistung für die Kostenträger kostengünstiger und für den Patienten praktikabler.
Nach Aufklärung und Randomisierung informiert der niedergelassene Augenarzt die Study Nurse über seinen Patienten. Der Patient erhält eine Schulung durch eine Study Nurse und bekommt einen Selbsttonometer für sieben Tage gestellt. Der Patient führt an sieben Tagen jeweils sechs Messungen durch. Der Patient stellt sich bei seinem Augenarzt für die Auswertung und Besprechung vor, gegebenenfalls mit notwendiger Therapieumstellung. Gesammelte Augeninnendruck-Werte, Anamnese und Bildgebung werden in eine elektronische Fallakte übertragen. Optional kann eine Mitbeurteilung telemedizinisch durch Glaukomzentrum durch den Niedergelassenen angefragt werden. Weitere Untersuchungstermine für Glaukompatienten erfolgen wie gehabt alle drei bis vier Monate.
Durch die gute und leicht adaptierbare Skalierbarkeit hat dieses Projekt großes Potenzial für die Übernahme in die Regelversorgung. Es werden Selektivverträge zwischen dem Konsortialführer, den beteiligten Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe geschlossen, die den Übergang der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung gewährleisten.

Projekttitel: Intersektoral vernetzte Betreuung Pflegebedürftiger im Oberbergischen Kreis (OBK)/OBK_FAIRsorgt

Akronym: OBK_FAIRsorgt

Antragsteller: Oberbergischer Kreis - Der Landrat (Ralf Schmallenbach)

Konsortialpartner: AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Kreiskliniken Gummersbach - Waldbröl GmbH, HRCB Projekt GmbH, Universität zu Köln

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: 6) Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Das Projekt OBK_FAIRsorgt sieht vor, die Vernetzung der Versorgungssektoren zu forcieren, Leistungserbringer durch den Aufbau eines KV-zugelassenen geriatrisch-gerontologischen kommunalen ambulanten Fachzentrums (GGZ) in OBK-Regie zu unterstützen und zu entlasten sowie Patienten und Angehörige an der Kommunikation über die Behandlung zu beteiligen. Dabei soll eine arbeitsteilige integrierte Patientenversorgung der über 65-jährigen multimorbiden Pflegebedürftigen erfolgen. Das Ziel ist die Erreichung einer höheren Lebenserwartung und verbesserten Lebensqualität sowie die Förderung der Autonomie und Teilhabe der Pflegebedürftigen. Daneben soll die informelle Pflege durch Angehörige und EhrenamtlerInnen unterstützt werden. Dies ermöglicht die nachhaltige Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung im Oberbergischen Kreis. Das GGZ benötigt für eine Überführung in die Regelversorgung nur wenige Abrechnungsziffern, die sich an Komplex- bzw. Behandlungspauschalen orientieren, welche dem System aus verschiedenen Konstellationen (SAPV, Frühförderung, DRG) bekannt sind. Gemäß den Projektzielen erfolgt eine Mixed-Methods-Evaluation im Rahmen eines 2-Zeitpunkt-2-Regionen-Vergleichs-Design mit quantitativer Datenauswertung von Kranken- und Pflegekassendaten und Auswertung der empirischen Sozialplanungsdaten sowie mittels eines triangularisierten qualitativen Mixed-Methods-Designs eine Stakeholder-orientierte Erhebung von Daten verschiedener Textsorten zu mehreren Messzeitpunkten in der Interventionsregion.

Projekttitel: Umsetzung eines strukturierten Entlassmanagements mit Routinedaten

Akronym: USER

Antragsteller: aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Björn Broge)

Konsortialpartner: BITMARCK Service GmbH, BKK Dachverband e. V., Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Universitätsklinikum Heidelberg

Sitz des Antragstellers: Niedersachsen

Themenfeld: 6) Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel des Projekts ist die Verbesserung der Versorgungsqualität nach der Entlassung aus der stationären Versorgung. Dieses soll durch Festlegung von Prozessverantwortlichen und IT-unterstützte Kommunikationswege zwischen Krankenhaus und Krankenkasse realisiert werden. Zum einen werden dem Krankenhaus aufbereitete Routinedaten zur Patientenhistorie sowie zur Einschätzung des nachstationären Versorgungsbedarfs automatisiert zur Verfügung gestellt, um das Assessment im Krankenhaus zu unterstützen und Patienten mit Bedarf für ein umfangreiches Entlassmanagement zielsicherer zu identifizieren. Zum anderen sollen durch die IT-Unterstützung Genehmigungsprozesse beschleunigt und entbürokratisiert werden. Die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform wird evaluiert anhand von zwei primären Outcomes (Reduktion von Notfallwiederaufnahmen und Übergang nach Entlassung aus Patientensicht) und einer Prozessevaluation, in welcher die einzelnen Elemente der Intervention hinsichtlich ihrer Umsetzung für eine regelhafte Implementierung untersucht werden. Die Evaluationsergebnisse werden bezüglich ihrer Übertragbarkeit in die Routineversorgung und eines etwaigen gesetzlichen und untergesetzlichen Anpassungsbedarfs der Regelungen zum Entlassmanagement analysiert. Bei der Konzipierung der neuen Versorgungsform wird darauf geachtet, dass sich die neuen Elemente komplementär zu den derzeitigen Bestrebungen verhalten. Daher ist davon auszugehen, dass die Inhalte gut in die Regelversorgung übertragbar sind.

Projekttitel: Delegation und Vernetzung bei chronisch-inflammatorischen Erkrankungen

Akronym: DELIVER-CARE

Antragsteller: Medizinische Hochschule Hannover (Prof. Dr. Torsten Witte)

Konsortialpartner: AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Leibniz Universität Hannover, Regionales Kooperatives Rheumazentrum e. V.

Sitz des Antragstellers: Niedersachsen

Themenfeld: 6) Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Entwicklung eines interdisziplinären generischen Modells für die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an medizinische Fachangestellte bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung. Das generische Modell soll einen interdisziplinären tragfähigen strukturellen Rahmen bieten. Darüber hinaus wird ein Finanzierungsmodell für die Übertragung in die Regelversorgung entwickelt.
Methodisches Vorgehen: Prospektive, randomisierte, kontrollierte, multizentrische Studie zur Erhebung der Effektivität der MFA-Sprechstunde. Primärer Endpunkt: kein relevanter Unterschied beim Verlauf der Krankheitsaktivität zu Standard of Care. Sekundäre Endpunkte: u. a. Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, Arbeitsfähigkeit und Ressourcenverbrauch. Qualitative Studie zur Vorbereitung der Implementierung: u. a. wird die Akzeptanz erhoben. Entwicklung eines mathematischen Modells zur Konzeption eines Finanzierungsmodells.
Umsetzungspotenzial: Das organisatorische, rechtliche und ökonomische Umsetzungspotenzial wird als hoch eingeschätzt. Die Projektbeteiligung der verschiedenen Partner bündelt bereits die für eine Überführung in die Regelversorgung erforderlichen Akteure. Die Ausarbeitung der verschiedenen Projektbausteine bietet eine gute Grundlage für eine organisatorische Implementierung nach der Förderphase. Die Voraussetzungen werden während der Projektlaufzeit geschaffen, so dass ein Transfer mit moderaten Aufwendungen für die Versichertengemeinschaft in die Regelversorgung möglich ist.

Projekttitel: Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstrategie für die Langzeitversorgung vor Ort

Akronym: ReKo

Antragsteller: DAK Gesundheit (Milorad Pajovic)

Konsortialpartner: Gesundheitsregion EUREGIO e. V., PTHV Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar gGmbH, Universität Osnabrück

Sitz des Antragstellers: Hamburg

Themenfeld: 6) Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel ist es, sektorenübergreifende Angebote und Einrichtungen der Langzeitpflege unter einem Dach zu beherbergen und parallel vorhandene Krankenhausressourcen zu erhalten. Hierbei soll die Stärkung interkommunaler Zusammenarbeit gefördert werden. Die Entwicklung einer Kooperationsstruktur zwischen dem Pflege- und Gesundheitswesen verbessert die Lebens- und Versorgungssituation von auf Pflege angewiesene Menschen deutlich. Dies gilt auch für Zu- und Angehörige, die auf bedarfsgerechte Hilfen, Beratungs- und Entlastungsangebote des Pflegekompetenzzentrums zurückgreifen können.
Der Aufbau von Pflegekompetenzzentren reagiert auf erwartete Versorgungsprobleme, insbesondere im ländlichen Raum und strukturiert Ressourcen neu. Zudem wird das Pflegekompetenzzentrum als eine Case-Management-Organisation verstanden, die sich durch eine wirksame Fallsteuerung und Prozessgestaltung auszeichnet. Das Case Management ist mit der umgebenden Organisation und dem Institutionengeflecht verknüpft, sodass die Begleitung und Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen zu einer kontinuierlichen Anpassung der Organisationen an die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen führt. Die Koordination der Leistungserbringer in der Region wird durch ein umfassendes digitales Ökosystem ermöglicht. Dieses digitale Ökosystem bietet einen zentralen Zugriff auf die pflegerischen, medizinischen und sozialen Dienste der Akteure des Pflegekompetenzzentrums sowie die Vernetzung der zugehörigen Daten.

Projekttitel: M@dita - Mutterschaftvorsorge@digital im Team von Anfang an

Akronym: M@dita

Antragsteller: AOK NordWest - Die Gesundheitskasse (Dr. Anja Welschhoff)

Konsortialpartner: Berufsverband der Frauenärzte e. V., Hebammenverband Schleswig-Holstein e. V., OptiMedis AG, Techniker Krankenkasse, Universität Hamburg

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: 6) Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Die neue Versorgungsform hat die gesundheitsbezogenen Ziele, die Rate an Früh- und Mangelgeburten zu senken sowie den Anteil der vier Monate nach der Geburt voll gestillten Kinder zu erhöhen.
Hinsichtlich der Strukturen und Prozesse sind die Ziele, erstens den Mutterpass um differenzierte Fragen zu psychosozialen und lebensstilbezogenen Risiken zu ergänzen und zweitens die bestehenden medizinischen und sozialen Versorgungsstrukturen besser zu vernetzen und bedarfsgerecht zugänglich zu machen. Außerdem werden die Schwangeren dazu befähigt und motiviert, aktiv ihre gesundheitliche und ggf. psychosoziale Situation für sich selbst und ihr Kind zu verbessern.

- Frühzeitige Identifikation von Schwangeren mit psychosozialen und lebensstilbezogenen Risiken durch verbesserte Risikoerhebung
- intensivierte Stillberatung vor der Geburt
- berufsgruppenübergreifende Betreuung durch Gynäkologen und Hebammen
- Ansprache und Einbindung der Risikogruppen auch über App
- Integration der „Frühen Hilfen“ bei Bedarf bereits früh in der Schwangerschaft
- Motivation der Schwangeren zur frühzeitigen Teilnahme an lebensstilbezogenen Präventionsmaßnahmen
- Unterstützung der Versorgung durch eine elektronische Patientenakte inkl. digitalem Mutterpass und App in mehreren Sprachen
- Einbindung der Geburtskliniken in Schleswig-Holstein
- Einbindung von bestehenden qualitätsgesicherten Informationsmaterialien und eines Online-Programms für Schwangere in mehreren Sprachen

Projekttitel: Integration von Online-Interventionen in die ambulante Psychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen (PSYCHOnlineTHERAPIE)

Akronym: PsychOnlineTherapie

Antragsteller: Universität Ulm (Prof. Dr. Harald Baumeister, Prof. Dr. Manfred Reichert)

Konsortialpartner: AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, MEDIVERBUND AG

Sitz des Antragstellers: Baden-Württemberg

Themenfeld: 6) Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel: Das Projekt zielt auf die innovative Integration Internet-basierter Interventionen in die ambulante psychotherapeutische Routineversorgung am Beispiel depressiver Störungen und Angststörungen.
Methodisches Vorgehen: Untersucht werden die Wirksamkeit, die Kosten-Effektivität sowie die Akzeptanz und Durchführbarkeit zweier Varianten von PSYCHOnlineTHERAPIE, die eine Kombination von Online und Vor-Ort Psychotherapiesitzungen vorsehen (Variante „fix“ = maximal 8/8 Sitzungen; „flex“ = bis zu 16 Online/Vor-Ort Sitzungen im Ermessen des Therapeuten) im Vergleich zur Standardbehandlung (maximal 16 Sitzungen kognitive Verhaltenstherapie). Das Studiendesign folgt der Annahme, dass die beiden neuen Versorgungsformen der Standardbehandlung nicht unterlegen sind, bei geringerem psychotherapeutischem Zeitumfang und damit niedrigeren Versorgungskosten pro Patient. Untersucht werden 900 Patienten von 75 Psychotherapeuten in Baden-Württemberg.
Umsetzungspotenzial: Bei erfolgreicher Implementierung liegt mit PSYCHOnlineTHERAPIE eine neue Versorgungsform vor, die

1. dem Patienten weiterhin den hohen psychotherapeutischen Standard (wirksame neue Versorgungsform),
2. dem Psychotherapeuten und dem Patienten eine flexible Therapieplanung und -gestaltung sowie
3. der Gesellschaft, durch frei werdende psychotherapeutische Kapazitäten, eine verbesserte Versorgung von Patienten bietet.

Bei positiver Evaluation kann PSYCHOnlineTHERAPIE zeitnah deutschlandweit implementiert und auf weitere Störungsbilder ausgeweitet werden.