



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

**Versorgungsforschung:
was wir schon wissen, aber bisher **noch** nicht beachtet wird (?)**

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald,
Vorsitzender DNVF



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

www.dnvf.de

Versorgungsforschung

Identifizierung von Versorgungsproblemen und -bedarfen



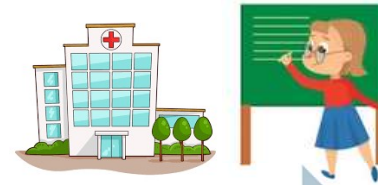
Entwicklung von Versorgungs- und Präventionskonzepten



Implementation & Evaluation in Real-World Settings



Transfer in die nächste Phase Richtung Regelversorgung



Kontinuum der Versorgungsforschung

Ziel:
Evidenz-
basiertes
„lernendes“
Gesundheits-
system





Monitor Versorgungsforschung 5/22
Interview mit Prof. Josef Hecken

Der Punkt ist aus meiner Sicht, dass das, was die Politik und der G-BA an Entscheidungsgrundlagen benötigt und das, was Wissenschaft macht, nicht immer kongruent ist.

Faktum ist ebenso, dass ich als Vorsitzender des Innovationsausschusses im Part Versorgungsforschung ganz konkret feststellen muss, dass wir teilweise zwar sehr qualifizierte Anträge bekommen, die wir nur deshalb abgelehnt haben, weil sie Probleme adressieren, die man als „Klein-Klein“ bezeichnen kann.

Die Versorgungsforscher:innen machen es sich zu einfach. Ich vermisse bei den Anträgen bisher den „großen Wurf“.

Priorisierung und Konsentierung von Begutachtungs-, Förder- und Evaluationskriterien für Projekte aus dem Innovationsfonds: Eine multiperspektivische Delphi-Studie

Prioritization and Consentation of Criteria for the Appraisal, Funding and Evaluation of Projects from the German Innovationsfonds: A multi-perspective Delphi study

Autoren

J. Schmitt^{1,2}, T. Petzold^{1,3}, G. Nellesen-Martens², H. Pfaff^{2,4}

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Relevante Themen.

Kein-Klein-Klein.

Insgesamt wurden in dieser Kategorie 28 Empfehlungen priorisiert (► **Tab. 3**). Die konsentierten Themenschwerpunkte betreffen v.a. die Bereiche Multimorbidität, Chronizität und chancengleicher Zugang im Gesundheitssystem, Koordination und Integration der verschiedenen Sektoren und Leistungserbringer sowie der Bereich Qualität und Sicherheit der Versorgung.




Priorisierte Themenschwerpunkte für den Innovationsfonds

**Berücksichtigung bei
Neuen Versorgungsformen**

**Berücksichtigung bei
Versorgungsforschung**

2.2020/MPS

 Thieme

Höchste Priorität („notwendig“)

Multimorbidität

X*

X

Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung

X

Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten

X

Versorgung in ländlichen Gebieten

X

Hohe Priorität („wünschenswert“)

Vermeidung von Überversorgung

X

Vertikale und horizontale Kooperation und Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern

X

X

Strukturierte, verbindliche Formen der Arbeitsteilung und der Kooperation in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

X

X

Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation

X

X

Stärkere Berücksichtigung und Vergütung der sprechenden Medizin

X

Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen

X

X

Patientenaufklärung und "shared decision making"

X

X

Einbeziehung patientenrelevanter Ergebnisse in die Qualitätssicherung

X

X

Multiprofessionelle Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen

X

X

Mittlere Priorität („fakultativ“)

Förderung der sektorenübergreifenden Kommunikation

X

X

Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten

X

Nutzung von Daten der Krankenkassen für die Forschung

X



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

Dr. rer. Edmund Neugebauer,
Leitung des Instituts für
Klinische Versorgungsforschung
an der Universitätsklinik
Klinikum der Universität
Düsseldorf

des Innovationsfonds

* X: Themenschwerpunkt direkt oder inhaltlich implizit Gegenstand einer oder mehrerer Förderwellen des Innovationsfonds

Neue Versorgungsformen – Themen Stand Dezember 2022	N
Altersmedizin - Neue Wege und Strukturen für die Versorgung der Zukunft / Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung	7
Digitale Transformation/ Telemedizinische Kooperationsnetzwerke/ Telemedizin, Telematik & eHealth	28
Kooperation zwischen den Versorgungsebenen für strukturschwache Regionen / Regionen mit besonderen Strukturanforderungen / Stärkung der regionalen Gesundheitsversorgung	11
Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen	12
Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle	8
Versorgungsformen zur Weiterentwicklung einer sektorenunabhängigen Versorgung	5
Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen	4
Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen	4
Versorgungsmodelle zu Patientenpfaden	5
Datengestützte Versorgungsmodelle für Menschen mit chronischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung	2
Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen/ spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen / vulnerable Gruppen	29
Innovative Präventionsansätze für Menschen mit Behinderung	2
Integration und Vernetzung rehabilitativer Maßnahmen zur Steigerung des Behandlungserfolgs von GKV-Leistungen	2
Krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle	1
Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit	4
Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung	2
Verbesserung der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Förderung der Gesundheitskompetenz	9
Themenoffen	57

Versorgungsforschung – Themen Stand Dezember 2022	N
Altersmedizin / Versorgung von geriatrischen Patienten	8
Barrierefreiheit und Verbesserung der Situation von Menschen mit Assistenzbedarf und deren Angehörigen in der Gesundheitsversorgung	3
Bedarfsgerechte Versorgung	18
Behandlungsoptionen bei Resistenzen / Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten, Stärkung der sachgerechten Antibiotikatherapie und zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen	7
Datengestützte Entscheidungsfindung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung	9
Einfluss evidenzbasierter Gesundheitsinformationen für Patientinnen und Patienten auf die Versorgung	6
Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung / Verknüpfung von Gesundheitsdaten auf Ebene der Patientin/des Patienten/ Populationsebene	24
Evaluation der SAPV-Richtlinie des G-BA / Weiterentwicklung und Evaluation der Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)/ Leitlinien	30
Evaluation digitaler Gesundheitsversorgung / Möglichkeiten der Qualitätssicherung digitaler Versorgungsangebote / Veränderungen der Versorgungspraxis infolge digitaler Angebote	14
Evaluation Richtlinie Hautkrebscreening / Leitlinien, Operative Eingriffe am Skelettsystem/Bewegungsapparat	2
Evaluation von Selektivverträgen	6
Geschlechterspezifische Versorgung	1
Innovative Konzepte patientenorientierter Pflege, Arbeitsteilung und der Schnittstellen sowie der Integration ausländischer anerkannter Pflegefachkräfte / Modelle zur Stärkung der Krankenpflege / Patientenversorgung und Gesundheitspersonal	6
Komplexitätsreduktion administrativer Aufgaben in der Versorgung / Ursachen, Umfang und Auswirkungen administrativer und bürokratischer Anforderungen im Gesundheitswesen	2
Messung der Ergebnisqualität / Nachhaltige Qualitätsförderung pflegerische Versorgungsqualität	8
Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Multimorbidität	5
Nutzbarkeit lernender Algorithmen / KI-Anwendungen in der Versorgung	11
Patient Journey in der Versorgung	7
Prävention stärken / Verhaltensorientierte Ansätze zur Verbesserung der medizinischen Versorgung	10
Versorgung bei seltenen Krankheiten	11
Sektorenübergreifende und ambulante PROMs/PREMs / Lebensqualität	10
Regionale Gesundheitsversorgung	3
Transfer neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, Diffusion des medizinischen Fortschritts in die Regelversorgung	2
Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit und/oder Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung	10
Verbesserung der Patientensicherheit / Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und/oder Patientensicherheit in der Versorgung	21
Versorgung von Menschen mit Behinderungen / Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf	10
Versorgungsforschung zu Erkenntnissen im Umgang mit Pandemien	2
Weiterentwicklung der Versorgung in wesentlichen nicht-ärztlichen Versorgungssettings / Zusammenarbeit von ärztlichem und nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal	8
Themenoffen	119

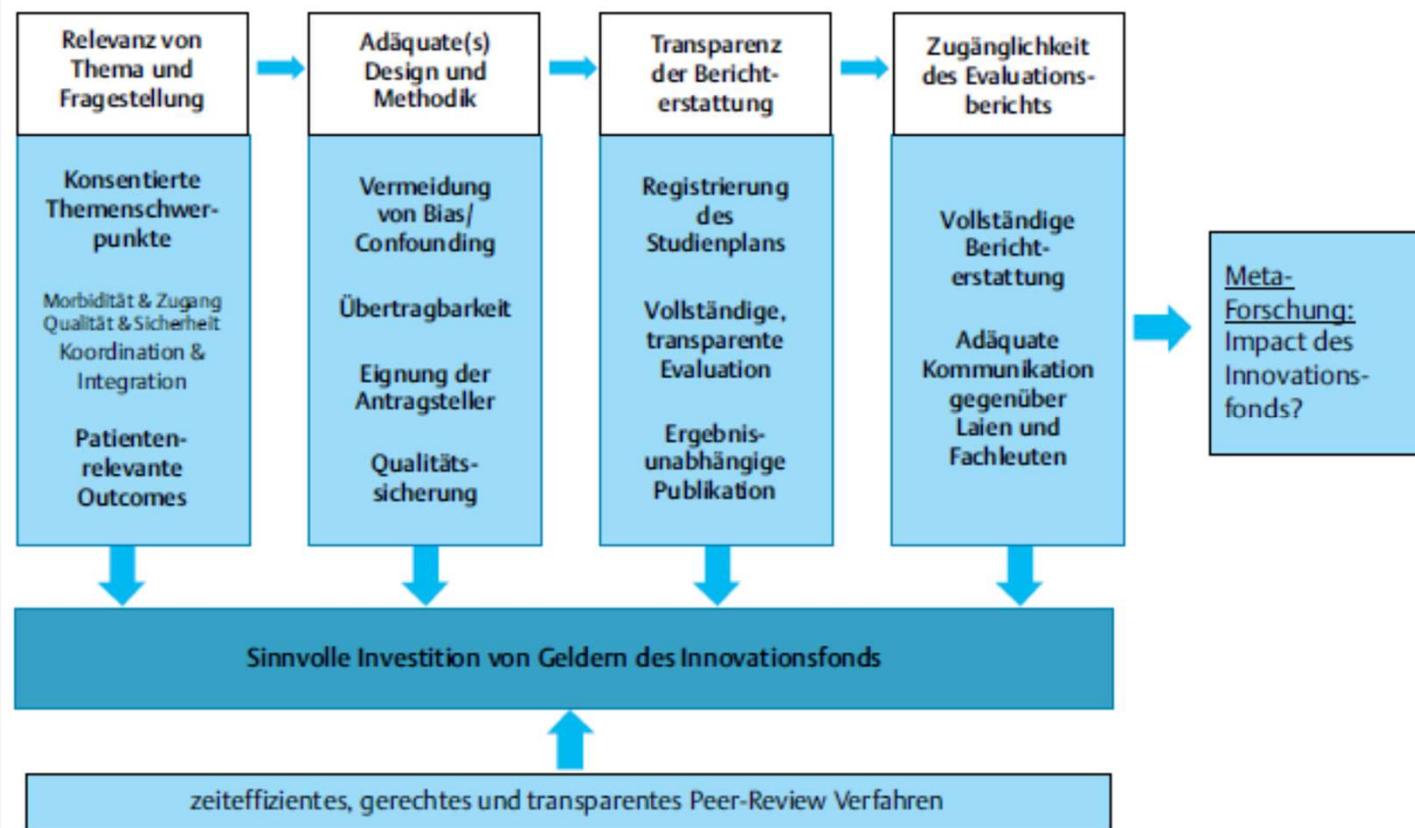
Priorisierung und Konsentierung von Begutachtungs-, Förder- und Evaluationskriterien für Projekte aus dem Innovationsfonds: Eine multiperspektivische Delphi-Studie

Prioritization and Consentation of Criteria for the Appraisal, Funding and Evaluation of Projects from the German Innovationsfonds: A multi-perspective Delphi study

Autoren
Institute

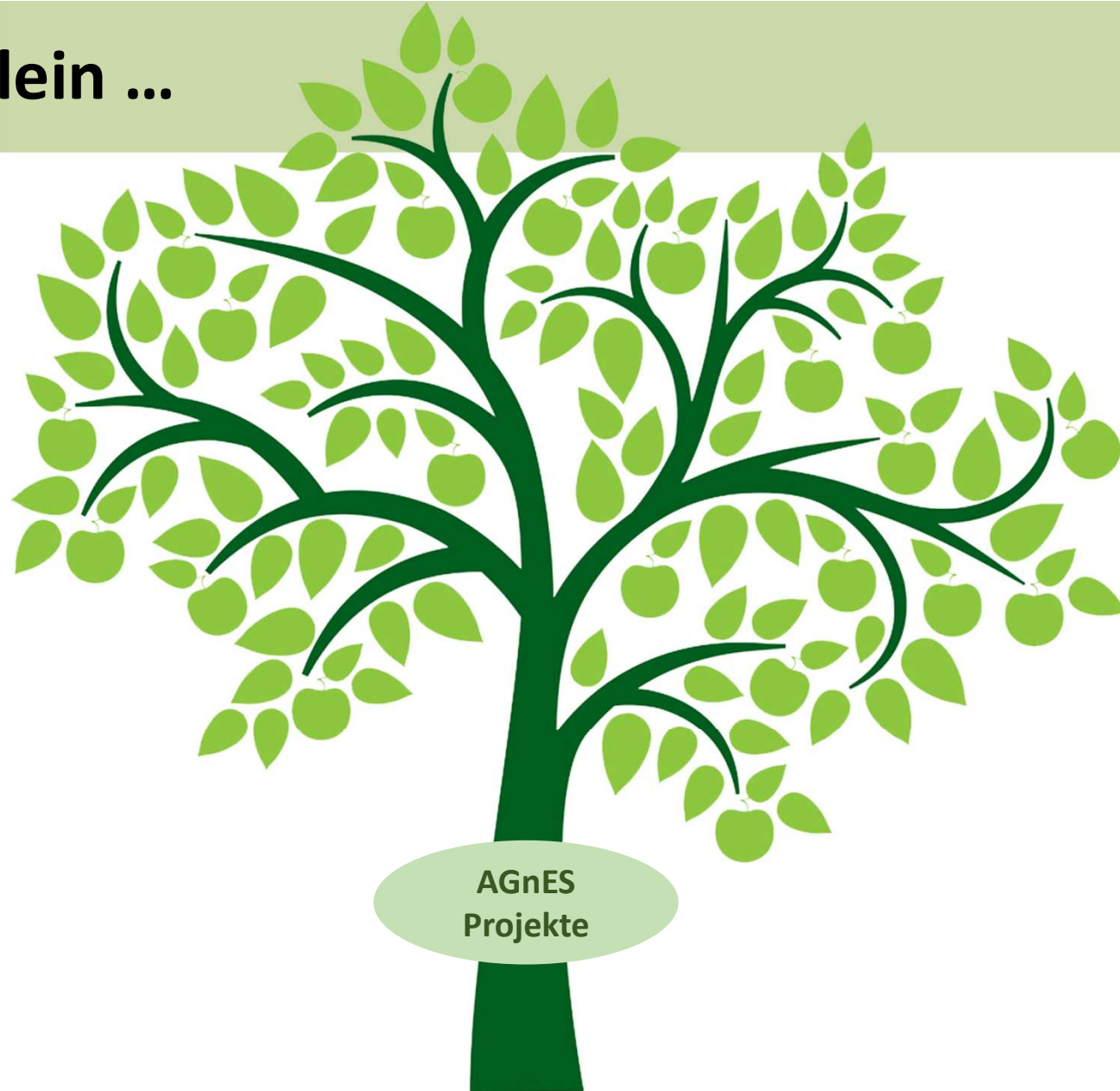
J. Schmitt¹, T. Petzold², G. Nellesen-Martens³, H. Pfaff⁴
Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Konsentierte Empfehlungen zur Priorisierung von Empfehlungen für eine effektive, effiziente, gerechte, transparente und nachhaltige Vergabe der Mittel aus dem Innovationsfonds:



Nicht einfach.

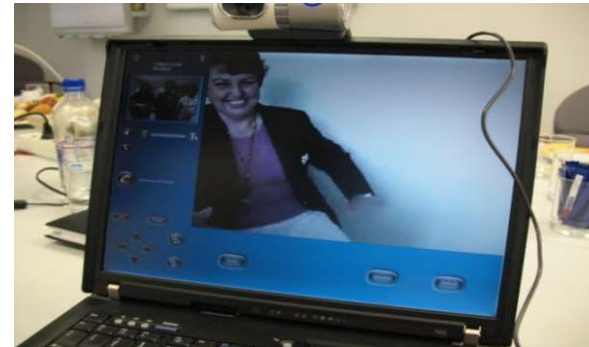
Kein-Klein-Klein ...



AGnES:

Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention 2005 - 2009

- ➔ Hausarztunterstützung durch qualifizierte PraxismitarbeiterInnen (Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, med. Fachangestellte, ArzthelferInnen)
- ➔ **Basis:** Delegation ärztlicher Tätigkeiten, insbesondere von Hausbesuchen



© Institut für Community Medicine, 2008

AGnES:

Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention 2005 - 2009

Systemische Effekte (Einschätzung Hausärzte, N=42) :

90,5%: „AGnES-Konzept arztentlastend“

88,0%: „AGnES positiv für die Compliance der Patienten“

Akzeptanz bei Patienten (N=667 Patienten)

94,3%: AGnES übernimmt Hausbesuche, Hausarzt nur bei Bedarf

98,7%: AGnES kompetente Ansprechpartnerin bei Gesundheitsfragen

Zunahme der Kapazität eines Hausarztes (bei 0,5 VK AGnES)

ca. 360 Std./Jahr → 2000 zusätzliche Konsultationen/Jahr

→ **170** zusätzliche Patienten/Quartal (3 Kontakte/Patient/Quartal)

(Im Versorgungssetting (MVZ in Lübbenau, 4 Praxen):

Zunahme von durchschn. **133**/Quartal/Praxis → 78% Ausschöpfung)



Pflegeweiterentwicklung

8a. Dem § 87 Abs. 2

gefügt:

„Bis sp
kunc
p

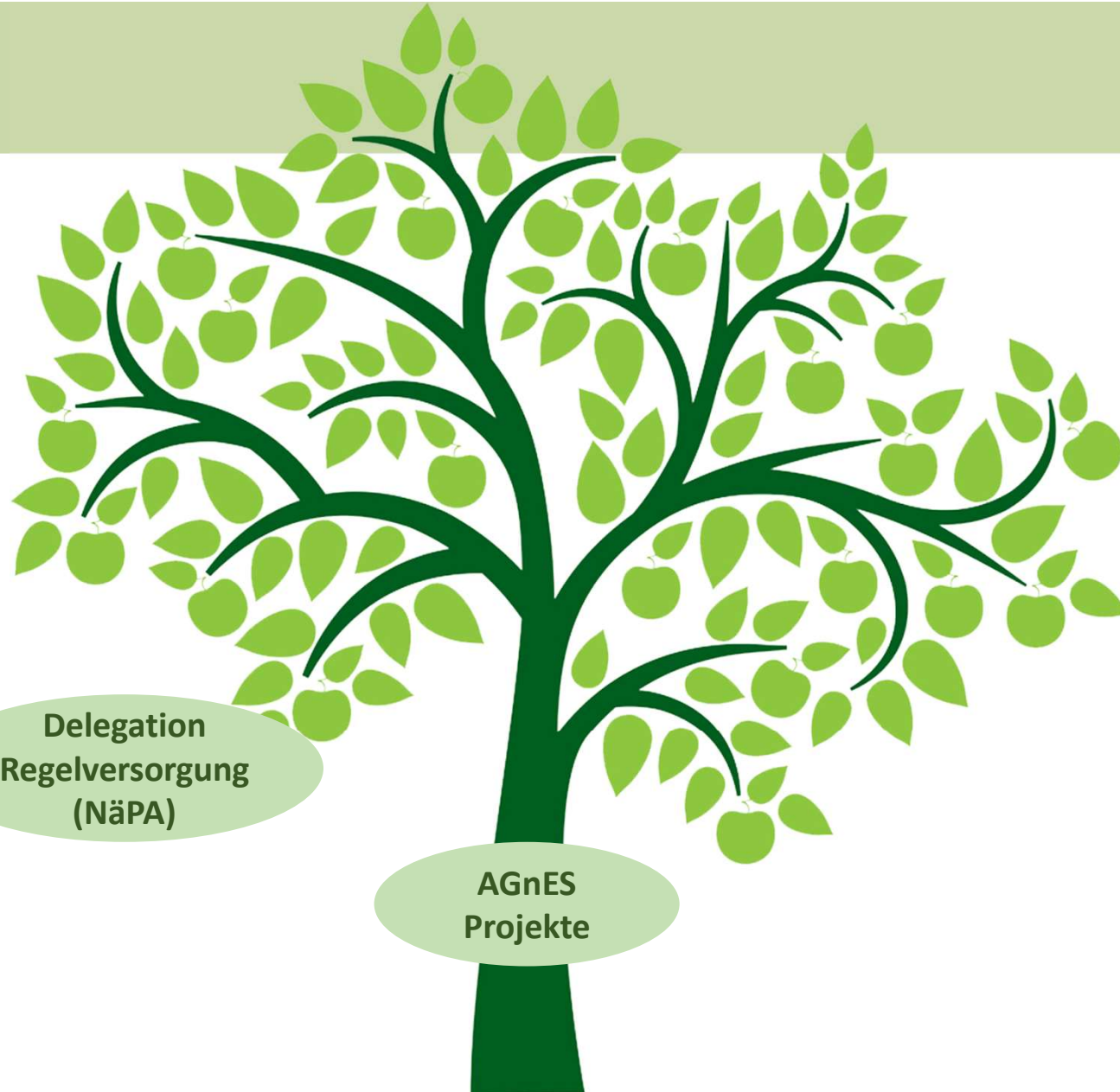
mit Wir-
kung zu treffen,
Leistungen ande-
satz 2, die in der
Abwesenheit des Arzt-
et werden.“

Regelversorgung!

AGnES
Projekte



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.



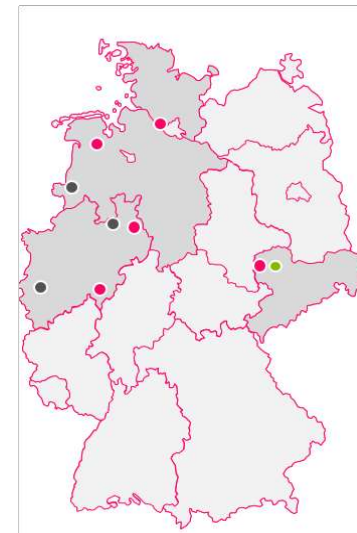
Von AGnES zu Lots:innen ...

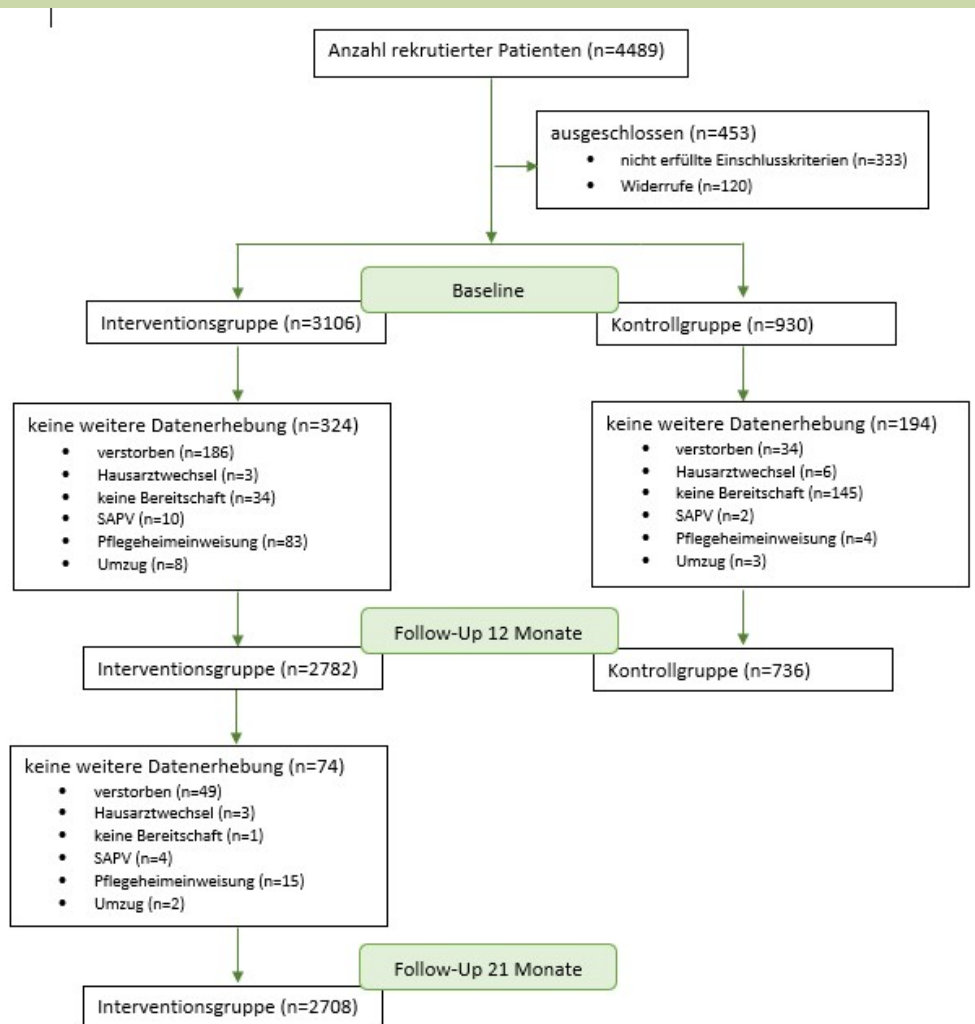


RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz

- Implementation eines Care- und Case Managements durch 87b-Praxisnetze bei geriatrischen Patient*Innen, Entwicklung eines rechtlichen Rahmens
- Laufzeit: 07.2018 – 03.2022, Konsortialführer: BARMER Krankenkasse
- Primärer Endpunkt: Barthel Index (Aktivitäten der täglichen Lebens) nach 12 Monaten im Gruppenvergleich
- Kontrolliertes Design mit 5 Interventions- und 3 Kontrollregionen (usual care in Ärztenetzen)

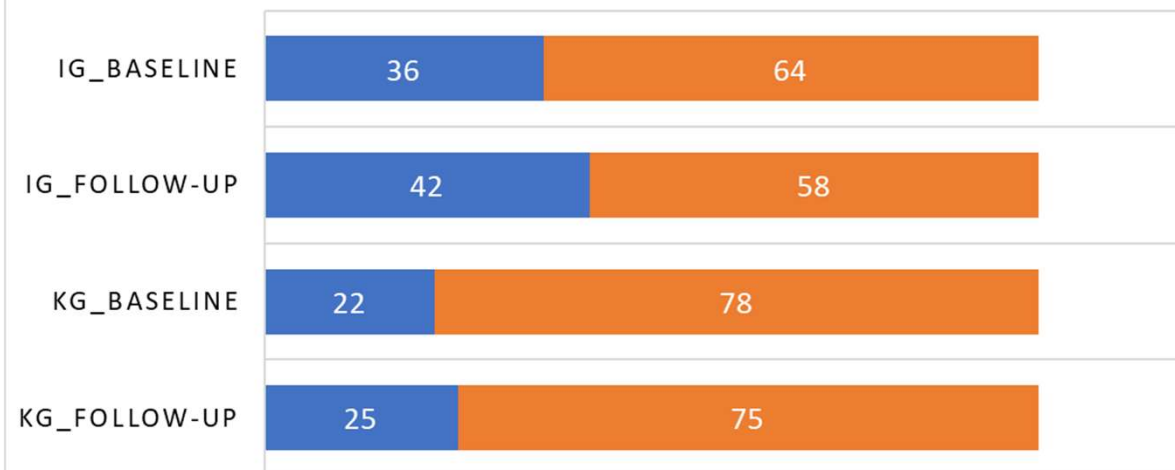
- Evaluation:    



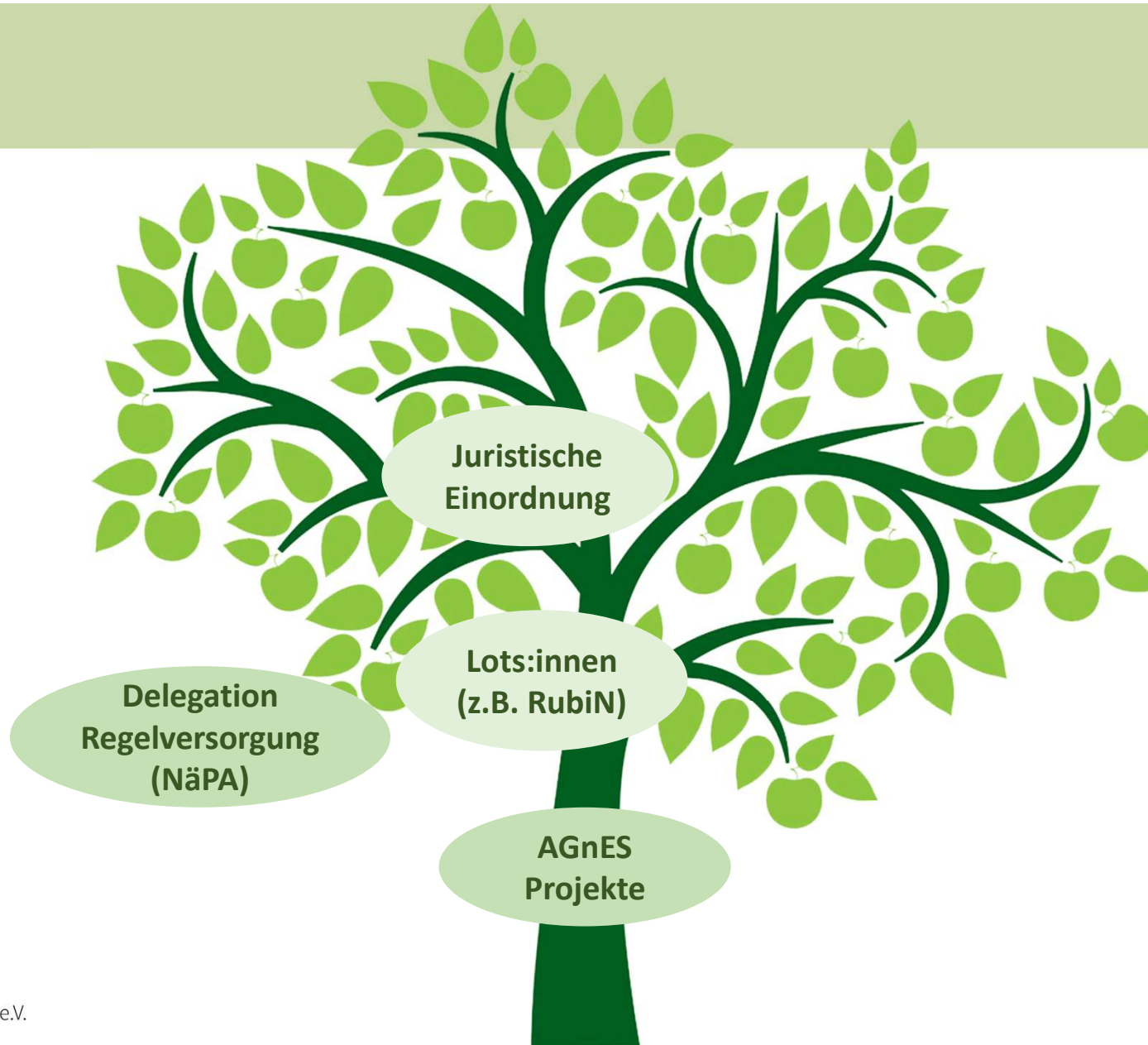


BARTHEL-INDEX BASELINE UND NACH 12 MONATEN

■ % Patienten mit Beeinträchtigung ■ % Patienten ohne Beeinträchtigung



- Kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG
- Erklärung: Usual Care in den Kontrollnetzen hat auch einen hohen Standard – Versorgungsunterschied IG-KG nicht groß genug



Vertragliche Beziehung und Haftung bei Care- und Casemanagement¹

von Dr. Dr. Thomas Ruppel*, Martina Rocksien, LL.M.** , Dipl.-Ing. Simone Gloystein, MPH***,
Prof. Dr. Neeltje van den Berg****

GUP - GESUNDHEIT UND PFLEGE.
2022; (4):132-139.

Aus den geführten Interviews haben sich insbesondere folgende (potentielle) Fehler der Care- und Casemanager ergeben, die zu Vermögensschäden bei Patienten führen können:

- Nichterkennen, dass Ankreuzmuster für Patientenverfügungen nach ständiger Rechtsprechung wegen der damit regelmäßig einhergehenden Pauschalierung unwirksam sind⁷⁴
- Nichterkennen, dass Vorsorgevollmachten in bestimmten Fällen (v.a. Immobilienbezug) notariell beurkundet werden müssen⁷⁵
- unzureichend gestellte Anträge

Dr. Dr. Thomas Ruppel / Simone Gloystein / Prof. Dr. Neeltje van den Berg

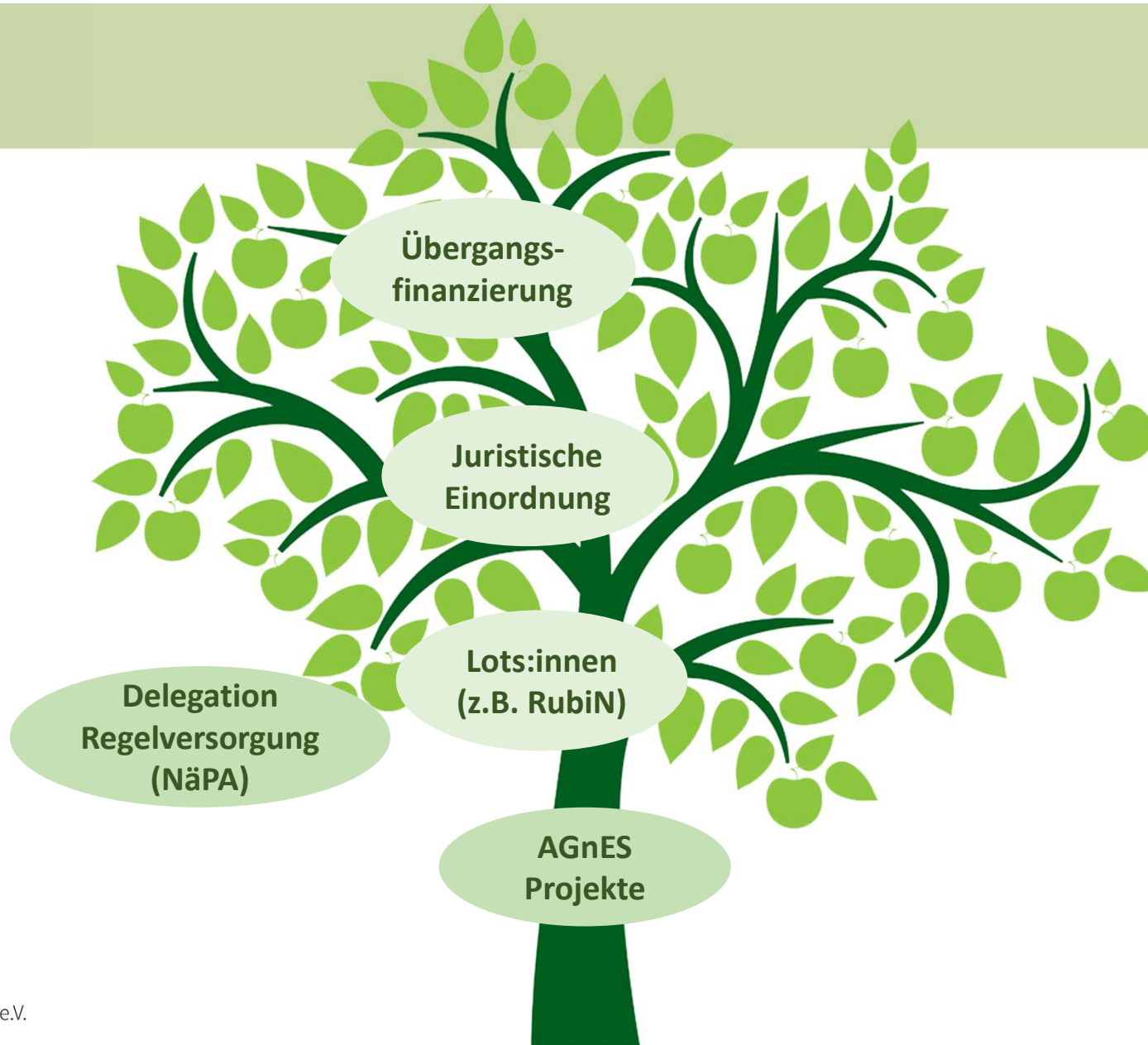
Care- und Casemanagement in der Regelversorgung

gesetzliche Verortung und Überblick über Regelungsinhalte

GESUNDHEITSRECHT. 2022; 21(8):488-495.

Care- und Casemanagement sollte in dem jeweiligen Fachgesetzbuch des Sozialgesetzbuches verankert sein. Im Bereich der Krankenversicherung sollte es den Strukturen der Heilmittel-erbringung nachgebildet werden – ohne Fremdbesitzverbot, mit Regelungen in Normenverträgen und überwacht durch die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen.



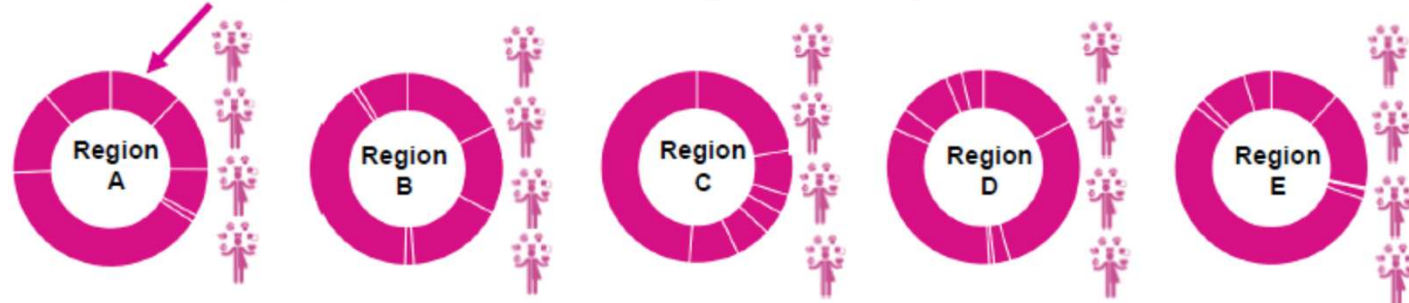


RubiN: „Überführung“ in die Regelversorgung à la 140a SGB V

finanziert
nicht finanziert

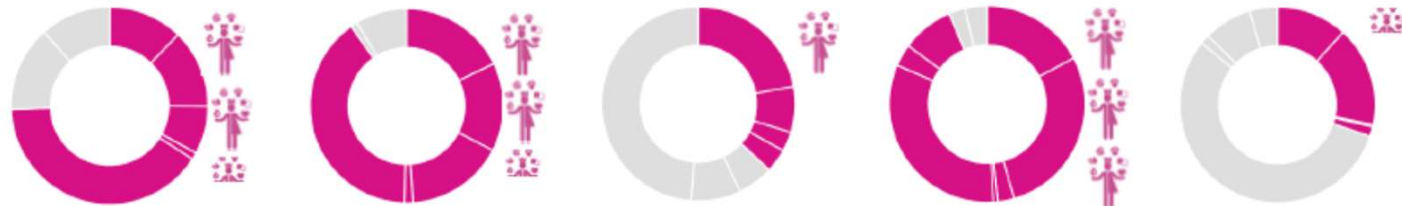
Versichertenanteile der einzelnen Krankenkassen =>
alle Versicherten werden durch Care- und Case Manager*innen versorgt

01.01.2019 RubiN-Projekt
-
31.12.2020 Zeitraum Evaluation Versorgungsleistungen
140a SGB V + 630a BGB = alle GKV-Versicherten



Nicht alle Krankenkassen finanzieren freiwillig weiter => nicht alle Versicherten können versorgt werden =>
Entlassung einiger Care- und Case Manager*innen

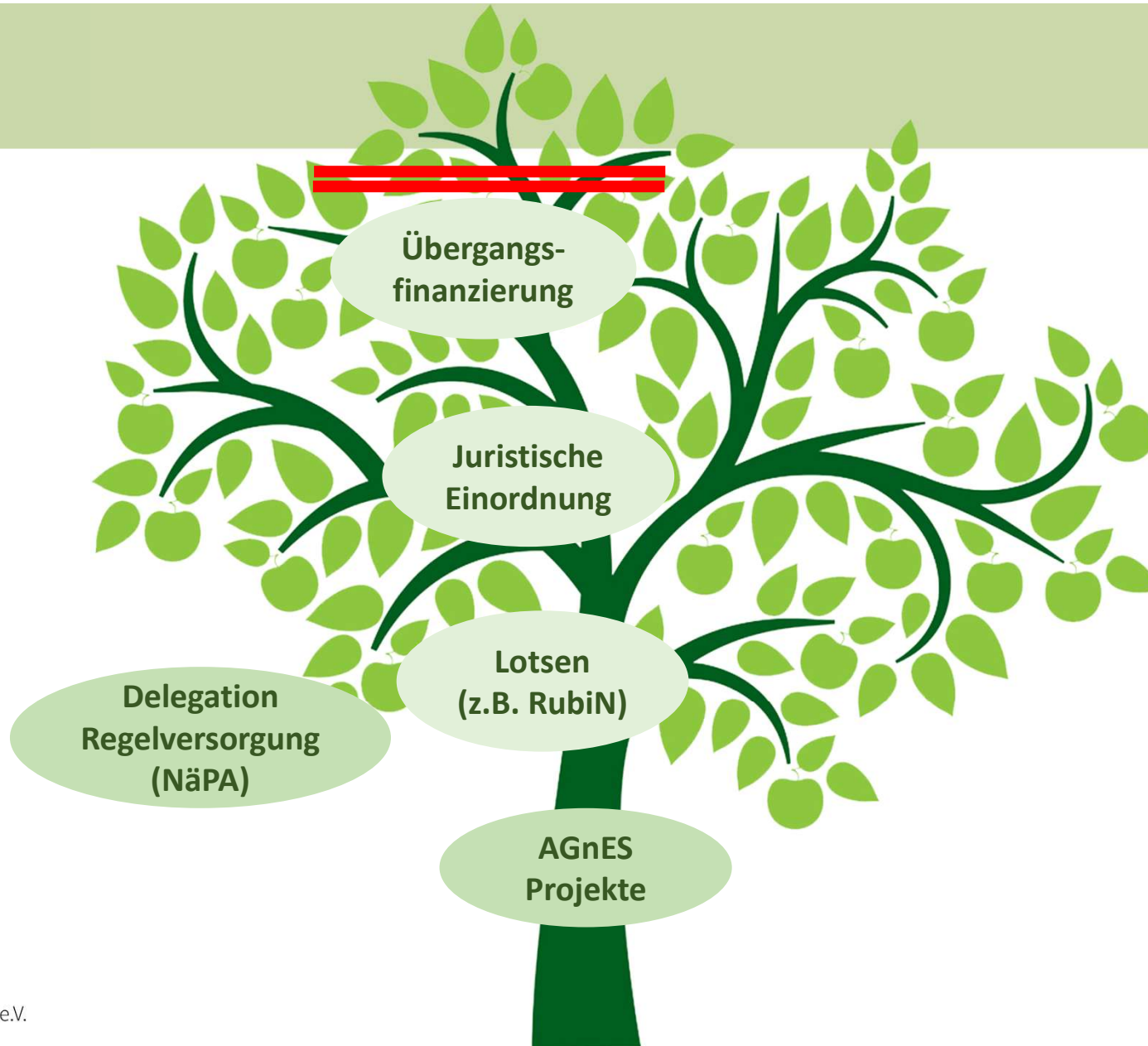
01.01.2021 RubiN-Selektivvertrag (140a SGB V)
-
31.12.2022 Zwischenfinanzierung zwischen
Ende Versorgungsleistungen und Empfehlung IF



Keine Kasse finanziert mehr, da „Überführung“ in die Regelversorgung nicht absehbar

ab
01.01.2023 RubiN ?





Spezialisierung: DelpHi-MV

Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern

Verbesserung der häuslichen Versorgungssituation durch optimale Integration der Betroffenen in das regional verfügbare Gesundheits- und Versorgungssystem durch den Einsatz von Dementia Care Managern (DCM)

- durch optimale Behandlung und Betreuung sollen Patienten bei **hoher Lebensqualität solange wie möglich zu Hause** leben können
- gleichzeitig soll **Belastung der Betreuungspersonen minimiert** werden

Hausarztbasierte, cluster-randomisierte kontrollierte **Interventionsstudie** zur Implementierung und Evaluation eines **innovativen Modells zur ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Betreuungspersonen**¹

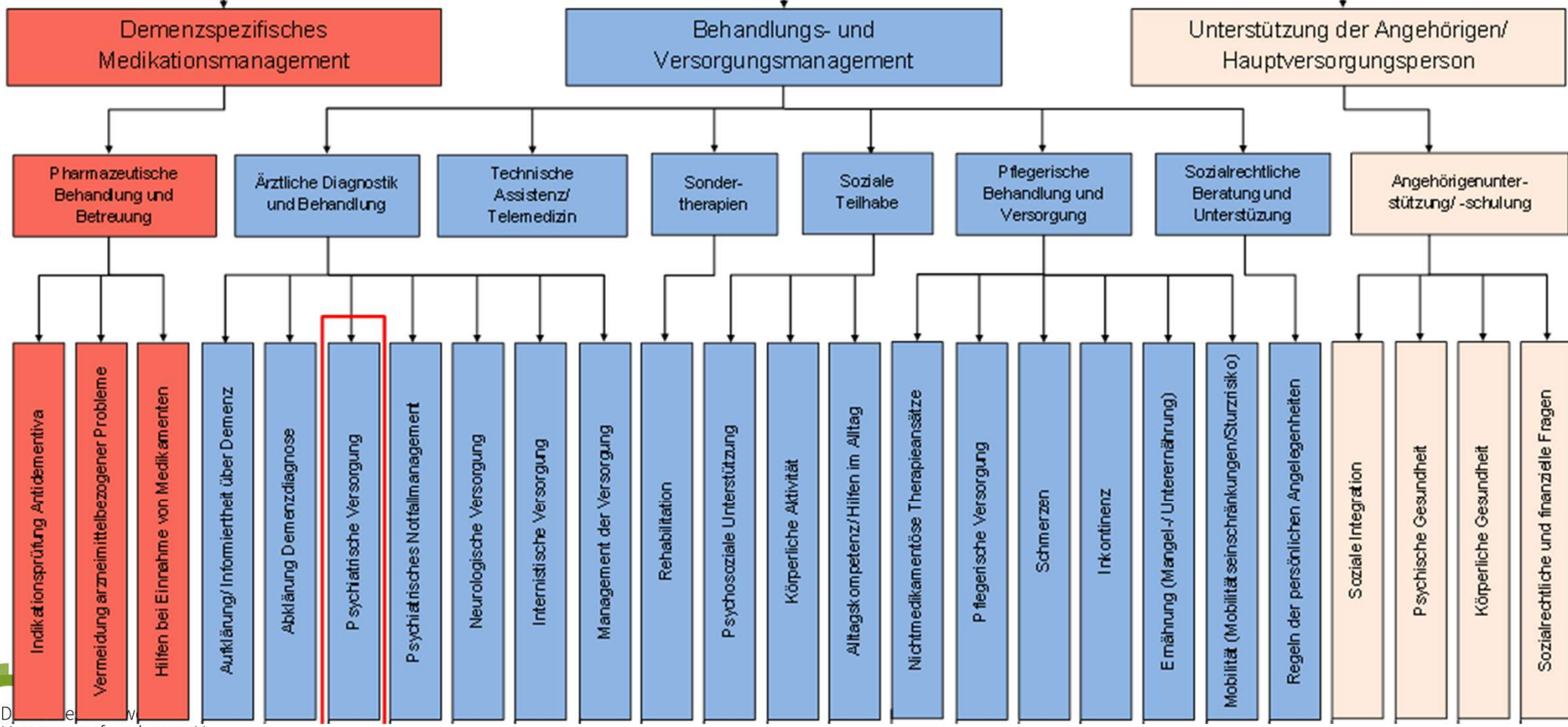


Thyrian JR, et al. Life- and person-centered help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi): study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2012;13:56.; Dreier A, et al.. Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte. Pflege & Gesellschaft 2011, 16, 53-64.

Optimale Versorgung „DelpHi – Standard“

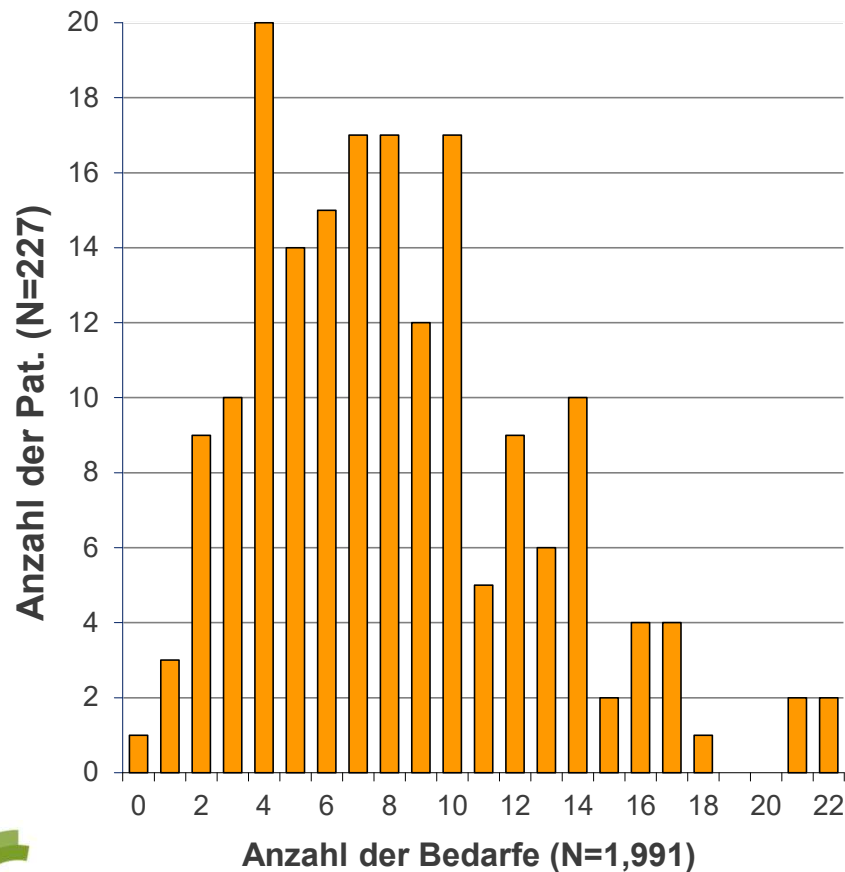
Säulen
Handlungs-
felder

Schwerpunkte



Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz

im Durchschnitt 8,7 (± 5.0) Bedarfe pro Patient identifiziert



Was waren die häufigsten Bedarfe?

- 38% Pflegerische Bedarfe (3,4/Pat.)
 - z.B. Pflegestufe, ambulante Pflege, Tagespflege
- 20% Soziale und rechtliche Bedarfe (1,8/Pat.)
 - z.B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung
- 15% Medikation (1,3/ Pat.)
 - z.B. Doppelverschreibung, Medikationsplan, PIM
- 12% Soziale Integration (1,0/Pat.)
 - z.B. soziale Aktivitäten
- 8% Mediz. Diagnostik & Therapie (0,7/Pat.)
 - z.B. Differentialdiagnostik der Demenz
- 6% Geriatrische Reha (0,1/Pat.)



Wirksamkeit und Kosten-Effektivität des Dementia Care Managements

Menschen mit Demenz, die in der Interventionsgruppe durch ein Dementia Care Management unterstützt wurden:

- erhielten häufiger Antidementiva (OR 1,98, CI^{95%} 0,99 – 3,94)
- entwickelten seltener und weniger stark neuropsychiatrische Symptome (-7,5, CI^{95%} -11,1 – -3,8)
- hatten höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität/ QALYs (+0,05, CI^{95%} -0,04 – 0,14)
- Verursachten geringere Versorgungskosten (vor allem allein lebende MmD)
(-569 €, CI^{95%} -5.466 – 4.328)
- konnten länger in der Häuslichkeit bleiben
(2 J.-follow-up: Heimeinweisung verzögert um 7 Monate)

Angehörige der Menschen mit Demenz, die in der Interventionsgruppe durch ein Dementia Care Management unterstützt wurden:

- waren weniger belastet (-0,5; CI^{95%} -1,1 – 0,08)

Akzeptanz des Hausarztinformationsbriefes: Interventionsempfehlungen der DCM für den Hausarzt

EMPFEHLUNGEN DER DCM FÜR DEN HAUSARZT

Name der DCM (Studienschwester) [REDACTED]

Name des Probanden [REDACTED]

Bitte füllen Sie untenstehende Tabelle aus und faxen Sie das Dokument an folgende Nummer:

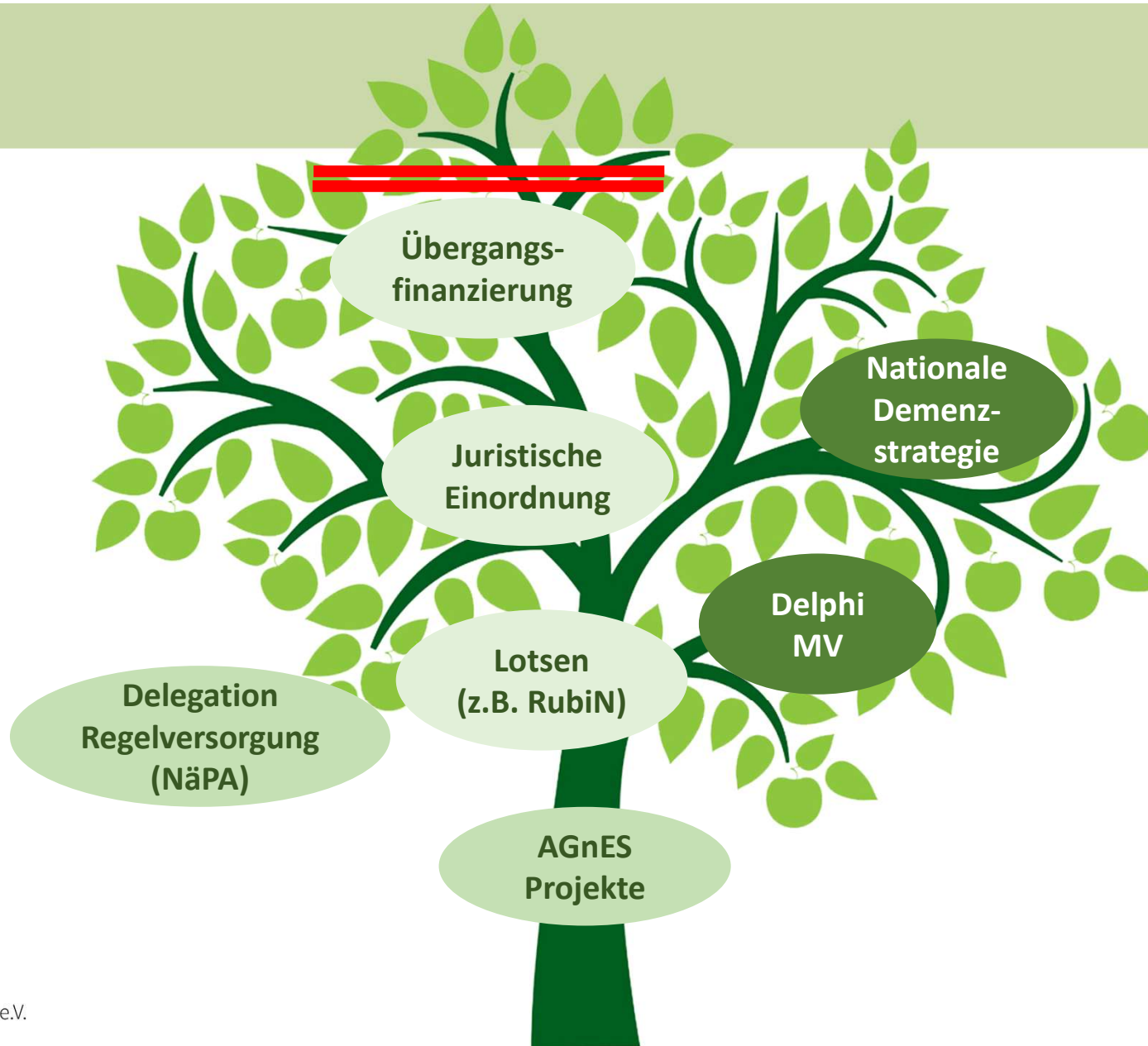
DelpHi-MV Studienzentrum DZNE Greifswald 03834-867744

Empfehlungen der DCM	Bewertung des Arztes/ Wird be
ALLGEMEINE UND SOZIALRECHTLICHE EMPFEHLUNGEN	
EMPFEHLUNGEN ZUR PFLEGERISCHEN BETREUUNG	
Beantragung Pflegestufe 1/ zusätzliche Betreuungsleistungen	<input checked="" type="checkbox"/> DCM <input type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> nicht erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Bemerkung:
EMPFEHLUNGEN ZUM WEITEREN VORGEHEN	
Indikationsprüfung Antidementivum (z.Zt. keine Einnahme von Antidementivum)	<input checked="" type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> nicht erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Bemerkung:
Unterstützung bei Vorbereitung/ Verabreichung der Medikamente	<input type="checkbox"/> DCM <input checked="" type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> nicht erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Bemerkung:



Enge Kooperation mit HA

- **Hohe Akzeptanz** der Interventionsempfehlungen durch Hausärzte
→ *86% aller Interventionsempfehlungen werden vom Hausarzt befürwortet*
- **Hohe Bereitschaft** der Hausärzte, Interventionsaufgaben an DCM zu delegieren
→ *61% der delegierbare Interventionen wurden an DCM delegiert*



4.3.1 Entwicklung von evidenzbasierten Konzepten zur Versorgung von Menschen mit Demenz

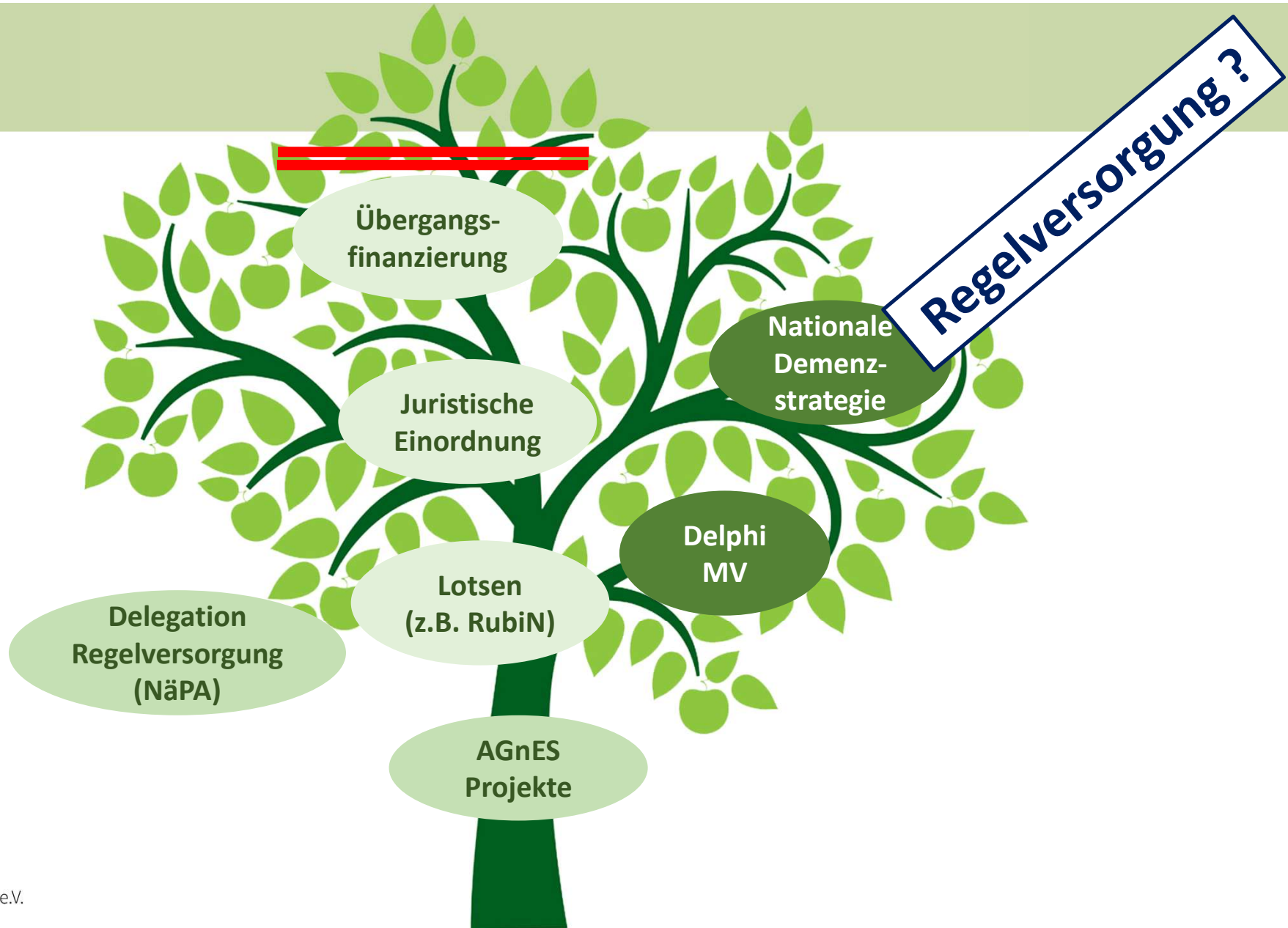
Das DZNE entwickelt evidenzbasierte Konzepte zur individuellen Diagnostik, Behandlung und Versorgung und überprüft sie auf ihre Wirksamkeit. Schwerpunkte sind dabei gesundheitsökonomische Aspekte und Möglichkeiten zur Qualifikation von akademisierten oder speziell weitergebildeten Pflegefachpersonen zur verantwortlichen Durchführung des Dementia Care Managements. Eine entsprechende Maßnahme wird vom BMG gefördert. Der GKV-SV fördert im Rahmen seiner Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Projekte, die zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz beitragen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf nicht medikamentösen Interventionen, deren Entwicklung und Nachweis von Wirksamkeit. Bei der Umsetzung der Maßnahme bringen außerdem die DALzG, die DEGAM und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft Expertise ein.

2.1.1 Dementia Care Management

Das BMG wird unter Einbindung des DZNE und weiterer einschlägiger Forschungseinrichtungen, der BÄK, der KBV und des GKV-SV prüfen, ob ein Dementia Care Management im Rahmen des SGB XI eingeführt werden kann, damit Menschen mit Demenz und deren Angehörige bedarfsgerecht bei der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungsplanung und -umsetzung unterstützt und begleitet werden.

Bis Ende 2022 wird das BMG die Prüfung zur möglichen Einführung des Dementia Care Managements im Rahmen des SGB XI abschließen.





AHEAD Studie:

Befragung von Hausärzten und Pflegefachpersonen zur Übernahme spezifischer Tätigkeiten

Könnten Sie sich vorstellen, dass folgende Tätigkeiten von der Pflege übernommen werden? Wenn ja, in Delegation oder Substitution?

- Hohe Akzeptanz vor allem bei Assessments, Verschreibung von Pflegehilfsmitteln, Krankenpflege/ Behandlungspflege, hochkalorischer Kost, Therapien
- Hausärzte trauten Pflege mehr beim Assessment zu als die Pflege sich selbst
- Bei Verschreibungen umgekehrtes Bild: Pflege traut sich selbst mehr zu als Hausärzte gerne zulassen würden

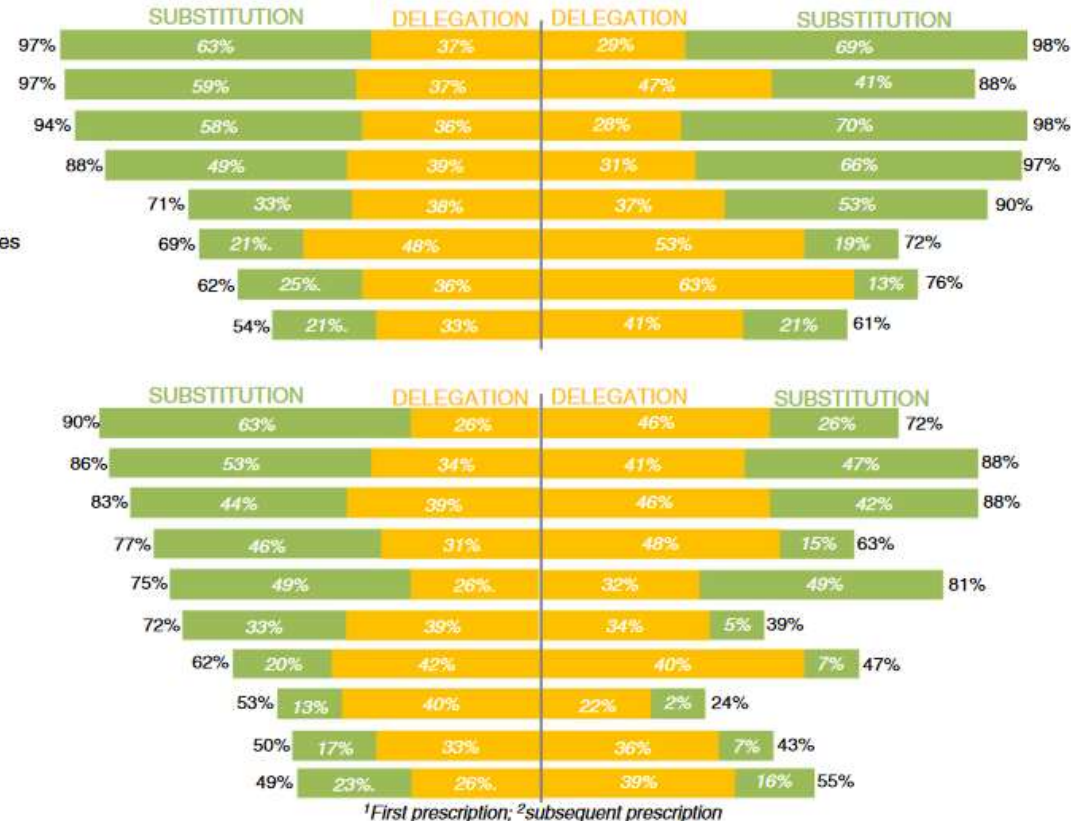


ASSESSMENT OF

- Daily living deficits
- Pain severity
- Functional impairment
- Nutrition abnormalities
- Vision & hearing
- Cardiovascular abnormalities
- Cognitive impairment
- Rehabilitation ability

PRESCRIPTION OF

- Care aids¹
- Home Care²
- Treatment Care²
- High calorie food¹
- Driving services¹
- Out-patient therapies¹
- Pain Management²
- Drugs²
- Geriatric rehabilitation¹
- Specialists referrals²



§63 Abs. 3c SGB V – Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen

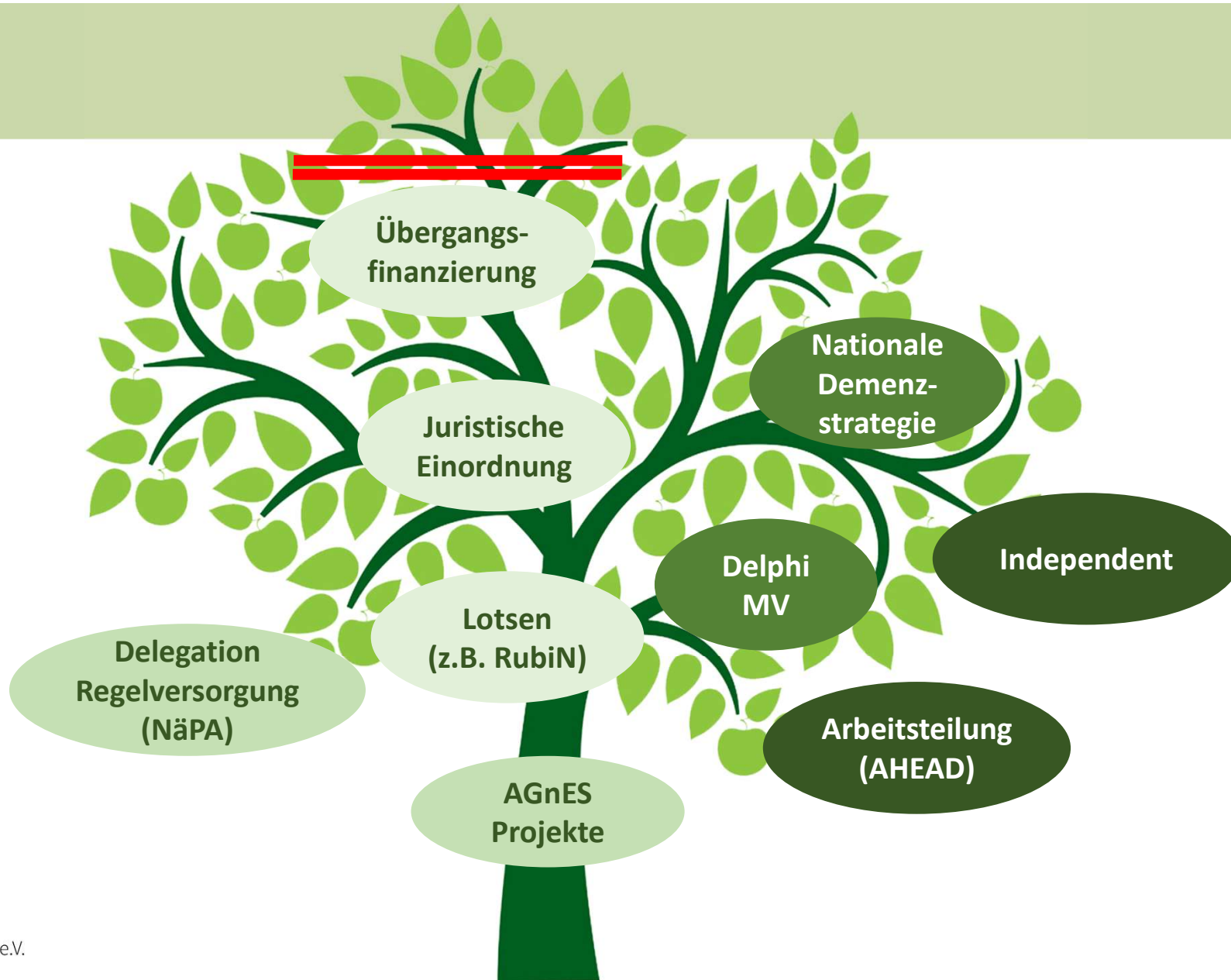
Pflegeweiterentwicklungsgesetz (2008): §63 Abs.3c SGB V

- Modellvorhaben: Übertragung ärztlicher Tätigkeiten → selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen vorsehen.
- Krankenkassen und ihre Verbände sollten entsprechende Vorhaben spätestens bis 31.12.2020 vereinbaren oder durchführen
- G-BA: Detaillierte Richtlinie zu Tätigkeiten für eine Übertragung von Heilkunde (2011/2012)
- Bis 28.12.2020 gab es **1** Modellvorhaben (Studiengang Halle), jedoch ohne Versorgungsvertrag, keine praktische Anwendung.

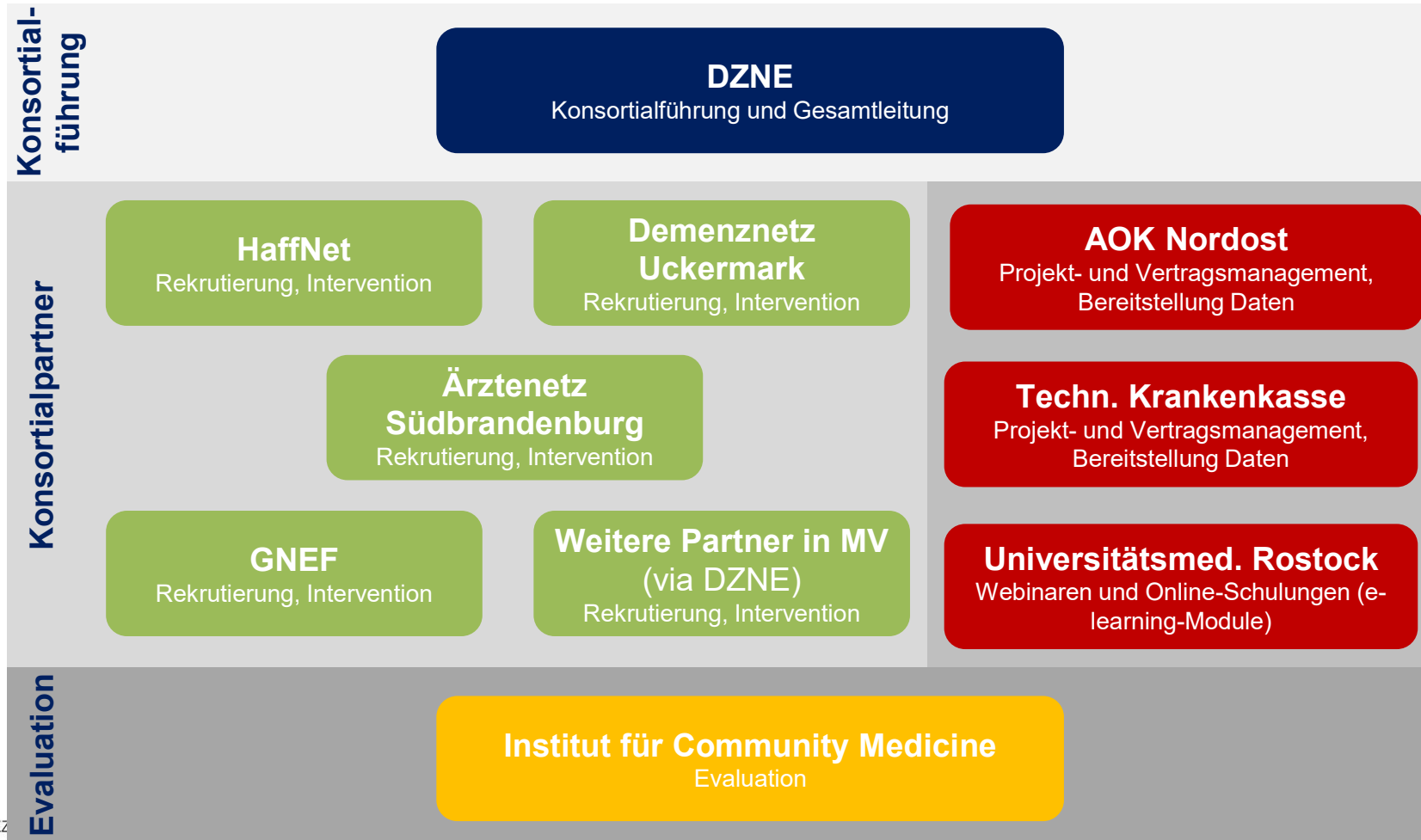


InDePendent ist das erste Modellvorhaben zur erweiterten Pflegerolle mit rechtskräftigem Versorgungsvertrag (28.12.2020) nach §63 Abs. 3 c SGB V





InDePendent - Projektpartner



Hürden bis zum Versorgungsvertrag....

Problem 1: gem. §63 Abs.3c dürfen Versorgungsverträge nur mit Vertragsärzten oder Gemeinschaften von Vertragsärzten geschlossen werden, nicht mit Pflegefachpersonen

Lösung: Ärztenetze mit angestellten Pflegefachpersonen



Problem 3: gem. §63 Abs.3c muss ein Curriculum erstellt und vom BMG und BMFSFJ offiziell genehmigt werden, was wiederum Voraussetzung ist für den Versorgungsvertrag (→Problem 1)

Lösung: Genehmigung vom BMG und BMFSFJ eingeholt



Problem 5: Versorgungsvertrag gem. §63 Abs.3c muss vom Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) als Aufsicht der Kassen geprüft und genehmigt werden

Lösung: Genehmigung vom BAS erhalten



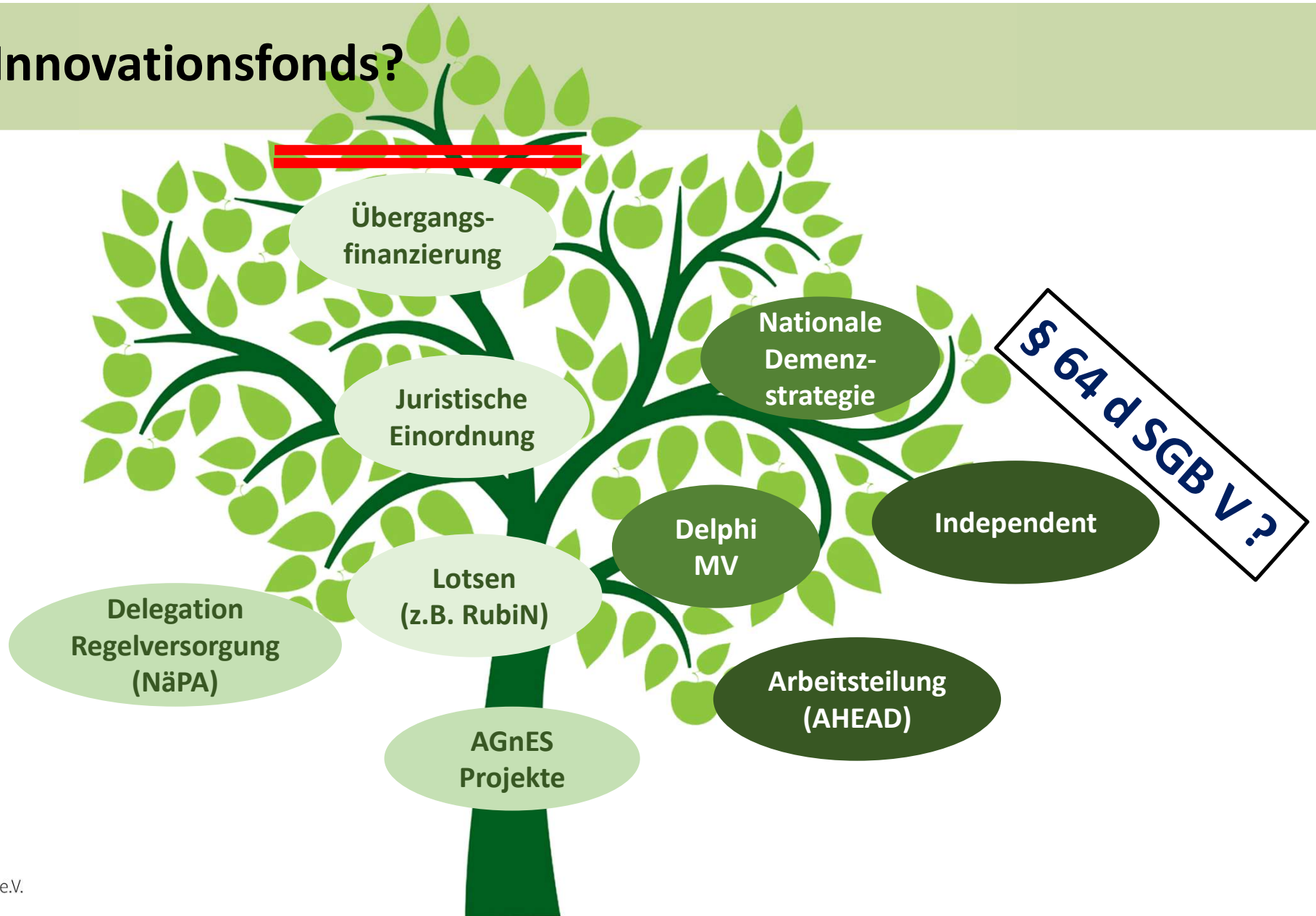
Problem 2: gem. §63 Abs.3c müssen Pflegefachpersonen rechtlich und wirtschaftlich Selbstständig handeln ohne Möglichkeiten zur Kontrahierung u. Abrechnung

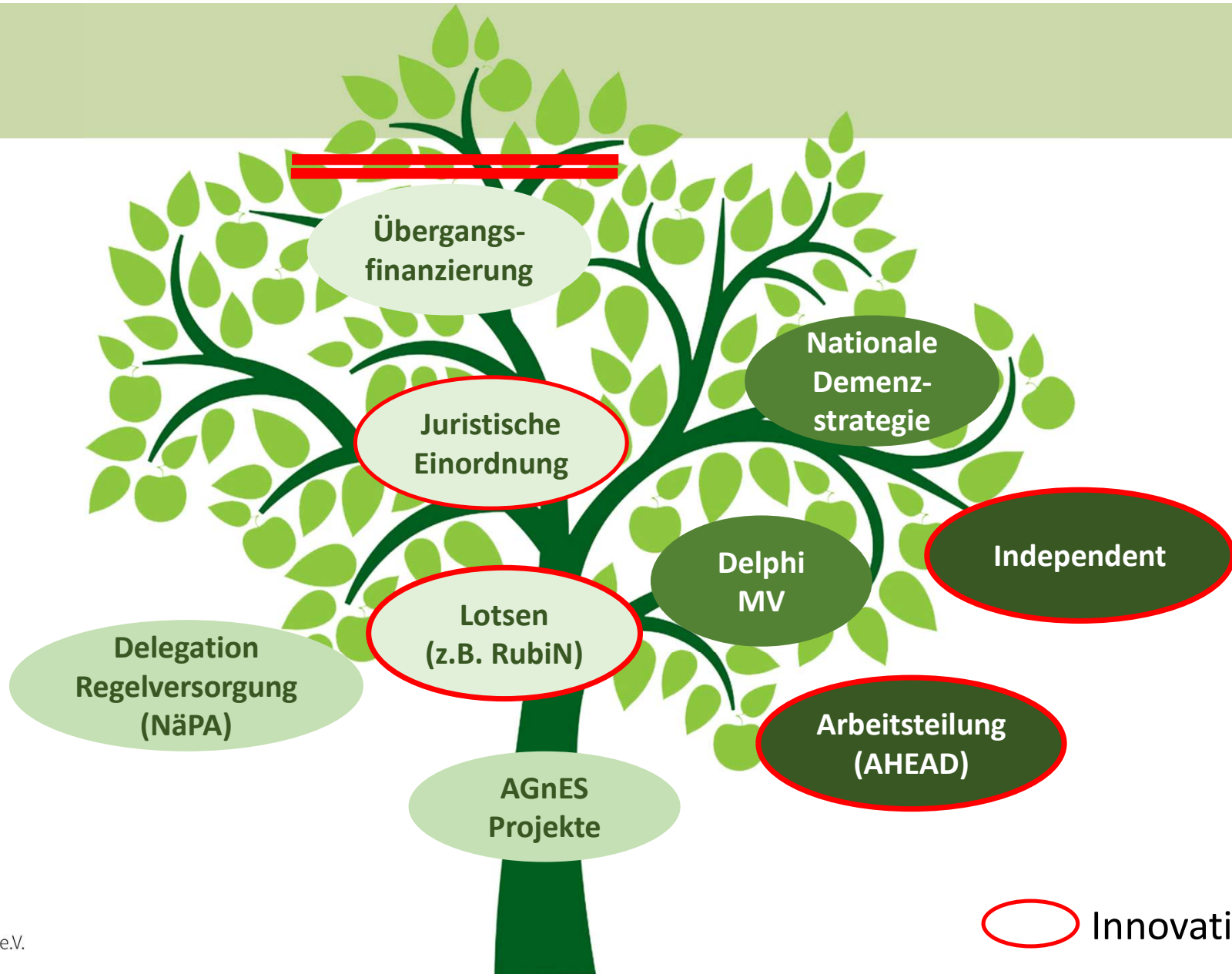
Lösung: Substitution „light“ in enger Absprache mit dem Hausarzt

Problem 4: gem. §63 Abs.3c muss nach Abschluss des Curriculums eine staatliche Prüfung auf Landesebene erfolgen (für ein bundesweites Projekt...)

Lösung: Sondergenehmigung von Senat und LaGeSo in Berlin eingeholt zur Durchführung dieser staatl. Prüfung

Rolle des Innovationsfonds?





Projekt ist abgeschlossen - Empfehlungen?

Stand 28.11.2022

Neue Versorgungsformen:

Projektstatus	n	%
laufend	111	57,2
Abschlussbericht wird erstellt	45	23,2
beendet	38	19,6

davon 12 (32%) mit positiver Empfehlung

Weiterleitung an:

- Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, kassenärztlichen Vereinigungen: Prüfung, ob Ansätze sinnvoll in Vertragsvereinbarungen oder Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung umgesetzt werden können
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Robert Koch-Institut (RKI): Prüfung, ob Informationsmaterialien für eine weitergehende Informations- und Aufklärungsarbeit genutzt werden können.
- Gesundheits- und Sozialministerien der Länder, Selbstverwaltung, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege: Prüfung, wie Ansätze der neuen Versorgungsform zur Verbesserung wohnortnaher Versorgungs- und Beratungsangebote genutzt werden können
- Beratung in Gesundheitsministerkonferenz (GMK)
- Bundesministerium für Gesundheit: Prüfung, ob rechtliche Anpassungen zur Umsetzung niedrigschwelliger Beratungs- und Versorgungsangebote in sozial deprivierten Stadtteilen oder Kommunen vorgeschlagen werden können.
- GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft: Prüfung einer möglichen Verwendung der Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Dokumentation im Entlassmanagement
- Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses: Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätsmanagement-Richtlinie.

Projekt ist abgeschlossen - Empfehlungen?

Stand 28.11.2022

Versorgungsforschungsprojekte:

Projektstatus	n	%
laufend	225	62,0
Abschlussbericht wird erstellt	60	16,5
beendet	78	21,5

davon 31 (39,7%) mit positiver Empfehlung

Weiterleitung an:

- Unterausschüsse des G-BA
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Landesministerien, Gesundheitsministerkonferenz der Länder
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)
- die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- den GKV- Spitzenverband
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Bundesärztekammer
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
- Berufsverbände, Interessenverbände
- Fachgesellschaften
- Erprobung in neuer Versorgungsform

Projekt ist abgeschlossen - Empfehlungen?

Zusammenfassung

- **Weiterentwicklung der Versorgung**
 - Adressaten: z.B. Landesministerien, Landkreise, Gesundheitsministerkonferenz, Nachfolgeprojekt Innovationsfonds Neue Versorgungsformen
- **Bestehende Informationsangebote überprüfen und anpassen**
 - Adressaten: z.B. Bundes- und Landesministerien, Aktionsbündnisse, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), ..)
- **Integration der Projektergebnisse in Aus-, Fort- und Weiterbildung**
 - Adressaten: z.B. Bundesärztekammer, Berufsverbände, Kammern
- **Nutzung der Methodik und Ergebnisse für die Weiterentwicklung des Themas**
 - Adressaten: z.B. Forschungsinstitute (Nachfolgeprojekte)
- **Anpassung bestehende Vertrags-/Rechtsgrundlagen (z.B. Richtlinien, Rahmenverträge)**
 - Adressaten: z.B. Unterausschüsse G-BA, Partner der Rahmenverträge (z.B. Krankenkassen, Kven, Krankenhausgesellschaft, ..)



Projekt ist abgeschlossen - Empfehlungen?

+ Differenzierte Empfehlungen und Begründungen

- Empfehlungen bleiben im aktuellen Gesundheitssystem, keine „Revolutionen“
- Keine Nachverfolgung zu den Empfehlungen
- Projekteinzelnbetrachtung trotz thematischer Ausschreibungen, keine projektübergreifende Empfehlungen

Klein-Klein ?



In der Konzeption des Gesetzgebers entfaltet daher weder eine abschlägige Empfehlung des Innovationsausschusses noch eine verzögerte, verlangsamte oder im Rahmen der politisch-medizinischen Mühlen der Selbstverwaltung bis zur Unkenntlichkeit veränderte Umsetzung des positiv evaluierten Forschungsprojektes eine individual-schützende Wirkung. Weder die Forschenden noch Patienten oder andere Beteiligte können sich daher rechtlich gegen diese Entscheidungen wehren oder eine (andere) Entscheidung erzwingen.

Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel
Prof. Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg

Und wann kommt die Regelversorgung? Rechtsansprüche auf Verstetigung von neuen Versorgungsformen und Versorgungs-forschungsprojekten

Der Innovationsfonds gem. § 92a SGB V fördert seit 2016 – und noch bis 2024 – Projekte der neuen Versorgungsformen und der Versorgungsforschung im Gesamtvolumen von zwei Milliarden Euro. Immer mehr Projekte werden abgeschlossen, Wissenschaftler und Patienten hoffen nach positiver Evaluation der Versorgungskonzepte auf eine Überführung in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenkassen. Ist diese Hoffnung rechtlich überhaupt haltbar? Durch welche gesetzlichen Vorgaben?

>> Das vom Bundesgesetzgeber geschaffene Recht auf Überführung von Innovationsfondsprojekten in die Regelversorgung findet sich in § 92b Abs. 3 SGB V (in der Fassung des Gesetzes zur Änderung des SGB V vom 20.12.2019, BGBl. I S. 2568). Demnach hat der Innovationsausschuss innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Evaluationsberichtes eine positive oder negative Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform bzw. des Versorgungsforschungsprojektes in die Regelversorgung auszusprechen.

1. Einleitung

Der Innovationsausschuss muss bei einer positiven Empfehlung konkretisieren, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll und welche Behörde im Krankenversicherungsrecht dafür zuständig ist. Soweit die Umsetzung im Kompetenzbereich des G-BA liegt, muss dieser innerhalb eines Jahres nach der Empfehlung die rechtsverbindliche Umsetzung in die Regelversorgung, etwa durch seine Richtlinien, vornehmen. Hieraus ergeben sich mehrere Fragen:

- Kann man sich gegen eine negative Empfehlung des Innovationsausschusses wehren?
- Was geschieht, wenn die Überführung in die Regelversorgung bei einem positiv evaluierten Projekt nicht (rechtzeitig) umgesetzt wird?
- Haben Forschungsprojekte außerhalb des Innovationsfonds einen Anspruch auf Überführung in die Regelversorgung?

2. Methodik

Zunächst wurde der Inhalt des § 92b Abs. 3 SGB V als maßgebliche Vorschrift mittels der juristischen Auslegungsmethoden, ins-

Vorbemerkung

Ziel der Untersuchung: Es wurde untersucht, ob Beteiligte von Forschungsprojekten, insbesondere von durch den Innovationsfonds geförderten, Anspruch auf Überführung in die Regelversorgung haben.

Methode: Es wurden die juristischen Auslegungsmethoden angewendet und Rechtsprechung ausgewertet.

Ergebnisse: Es gibt weder Rechtsschutz gegen ablehnende Empfehlungen des Innovationsausschusses noch gegen eine unzureichende Umsetzung nach positiver Empfehlung. Es gibt auch keinen Rechtsanspruch auf Verstetigung abseits von Innovationsfondsprojekten.

Schlussfolgerung: Der Übergang von Forschungsprojekten in die Regelversorgung ist zurzeit keinem effektiven Rechtsschutz unterworfen.

Schlüsselwörter

Innovationsfonds, Gemeinsamer Bundesausschuss, Medizinrecht, Regelversorgung, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Grundgesetz, SGB V

Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2377>

besondere nach dem Wortlaut¹, der teleologischen² – die nach dem Sinn und Zweck einer Vorschrift fragt – und der historischen³ – die sowohl fragt, was der „historische“ Gesetzgeber wollte als auch, was er in Kenntnis der heutigen Sachlage gewollt hätte – Auslegung ermittelt. Sodann wurden einfach-rechtliche Regelungen (insb. § 135 SGB V, NUB-Richtlinie des G-BA) und die einschlägigen Grundrechte (Art. 2 Abs. 1, 2 Abs. 2 S. 1 GG, 5 Abs. 3 S. 1 Var. 2, 3 GG, 20 Abs. 1 S. 1 GG) identifiziert. Hiernach wurden Fachliteratur und die Rechtsprechung auf einen möglichen Anspruch auf Überführung in die Regelversorgung hin untersucht.

1: Der Wortlaut einer Vorschrift ist die Grundlage der Auslegung. BVerfGE 71, 81, 115. Auslegungsmethoden sind nicht überlappend, sondern sich ergänzend. Das Wortlaut darf nicht zu einer unzulässigen Auslegung führen. Interpretationen und Interpretationen schlechthin sind nicht gleichbedeutend. Interpretation ist gekennzeichnet. Es werden Interpretationen, die sich aus dem Wortlaut ableiten, abgeleitet, die keineswegs zwingend sind. Es werden geradezu rationalistische „Wortklaubereien“ sind von vornherein abzulehnen, wenn der Wortlaut – nüchtern betrachtet – durchaus Interpretationsräume offen lässt, namentlich entweder eher restriktiv oder eher extensiv interpretiert werden kann.“ (Kramer 2019: 72).

2: „Telos“ bedeutet Zweck. Ziel: die teleologische Interpretationsmethode ist „somit [...] die Auslegungsmethode, die nach dem legislativpolitischen (rechtspolitischen) Zweck, nach der ‚Finalität‘, nach der ‚ratio legis‘ [...] einer Norm fragt.“ (Kramer 2019: 130).

3: Die historische Auslegung nutzt der zu untersuchenden Norm nicht unmittelbar entnehmbare, die ihr „aber zugrunde liegenden [...] Vorstellungen, Wertungen und Zwecke“ (Bydlinski 1991: 449). Nach dem Bundesverfassungsgericht ist der Wille des Gesetzgebers vor allem aus der Entstehungsgeschichte einer Norm abzuleiten. BVerfGE 67, 382, 388ff; BVerfGE 49, 148, 151; BVerfGE 2, 380, 398; BVerfGE 35, 263, 280. „Zur Interpretation einer Norm greift das BVerfG, obwohl es grundsätzlich der objektiven Methode folgt, sehr häufig auf deren Entstehungsgeschichte zurück. So beruft es sich auf die amtliche Regierungsbegründung des Gesetzentwurfs, die Berichte der Berichterstatter des Bundestags, die Stellungnahme des Bundesrats und auf die Berichte der Berichterstatter des Vermittlungsausschusses. In einzelnen Entscheidungen zitiert das Gericht auch die Protokolle der Sitzungen der Bundestagsausschüsse und des Bundestags, allerdings sind die Äußerungen in diesen Gremien nur relevant, wenn es sich um die Auffassung zumindest der Mehrheit handelt“ (Bleckmann 2002: 945).

Nicht einfach.

Autoren:

Jochen Schmitt, Max Geraedts, Birga Maier, Daniel Schwarzkopf, Olaf Schoffer, Martin Härter, Edmund Neugebauer, Christian Apfelbacher, Thomas Bierbaum, Karsten Dreinhöfer, Wolfgang Hoffmann, Monika Klinkhammer-Schalke

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

**Zum Status quo und der vorgesehenen Weiterentwicklung des Innovationsfonds
(Version 3, 4.2.2020)**

Entwicklung geeigneter Strategien für den nachhaltigen Erfolg des Innovationsfonds:

1. Wann ist eine neue Versorgungsform „nachweislich erfolgreich“ und damit grundsätzlich für die Überführung in die Regelversorgung anschlussfähig?
2. Wie kann eine Priorisierung erfolgen, welche grundsätzlich geeigneten neuen Versorgungsformen implementiert werden sollen?
3. Mittels welcher Strategien können neue Versorgungsformen in die Breite der Regelversorgung implementiert werden?
4. Wie kann der Transfer neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung begleitet und evaluiert werden?





alle plagen, kritisch zu diskutieren und zu hinterfragen. Doch um auf den Priorisierungskatalog zurückzukommen: Am Beispiel der vom Innovationsfonds geförderten S3-Leitlinienentwicklung sieht man sehr gut, wie man so etwas aufbauen kann. Der Innovationsausschuss ist hier in ein gemeinsames Projekt mit der AWMF eingestiegen, das das alleinige Ziel hat, die Entwicklung von Leitlinien zu fördern. Die relevanten Versorgungsbereiche definiert das Bundesgesundheitsministerium nach Vorabsprache mit der AWMF und uns. Am Ende des Tages entscheidet aber der Innovationsausschuss, was gefördert wird und in eine Art „Masterplan Leitlinien“ passt. Ein derartiges Setting kann man sich auch bei der Versorgungsforschung gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium und dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung vorstellen.

Monitor Versorgungsforschung 5/22
Interview mit Prof. Josef Hecken

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
Ellernholzstr. 1/2
17487 Greifswald

e-mail: wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Geschäftsstelle

Kuno-Fischer-Str. 8

14057 Berlin

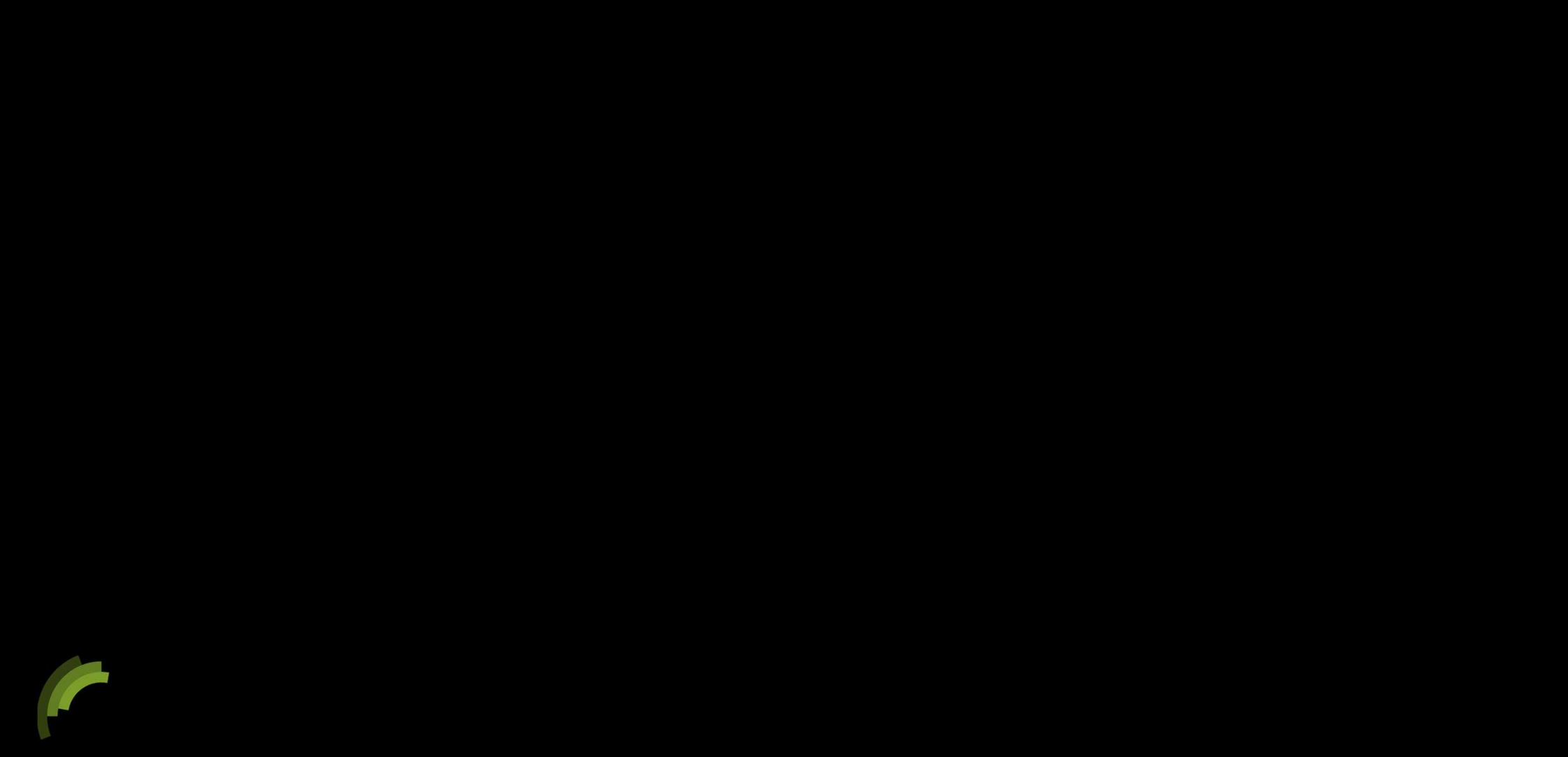
mail to: info@dnvf.de

www.dnvf.de

Twitter: @dnvf_ev



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.



Versorgungsforschung

Identifizierung von Versorgungsproblemen und -bedarfen



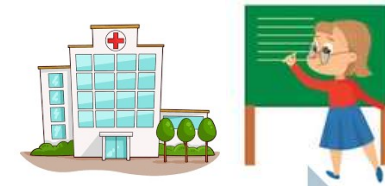
Entwicklung von Versorgungs- und Präventionskonzepten



Implementation & Evaluation in Real-World Settings



Transfer in die nächste Phase Richtung Regelversorgung



Kontinuum der Versorgungsforschung

Und:

- PREMs und PROMs, soziale Teilhabe
- Zugang zur Versorgung für vulnerable Gruppen
- Juristische Aspekte (Abrechnung & Vergütung, Qualifikation, Haftung, ...)
- Gesundheitsökonomie
- Strukturelle Änderungen im Gesundheitssystem (Planung, Priorisierung, ...)
- Strukturen und Akteure außerhalb des Gesundheitssystems
- ...

Ziel:
evidenzbasiertes
„lernendes“
Gesundheitssystem,

Von AGnES zu Lots:innen ...

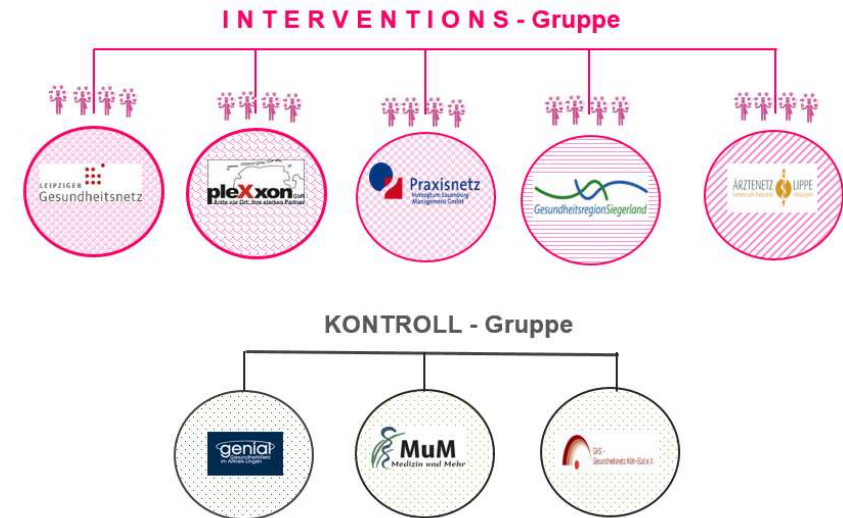
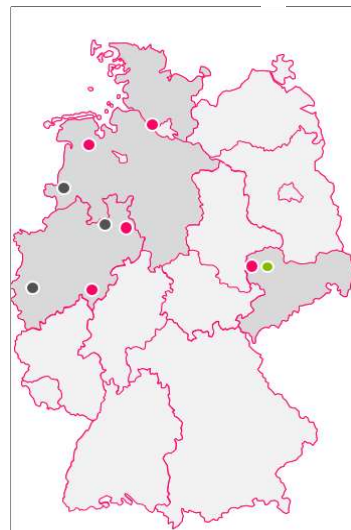


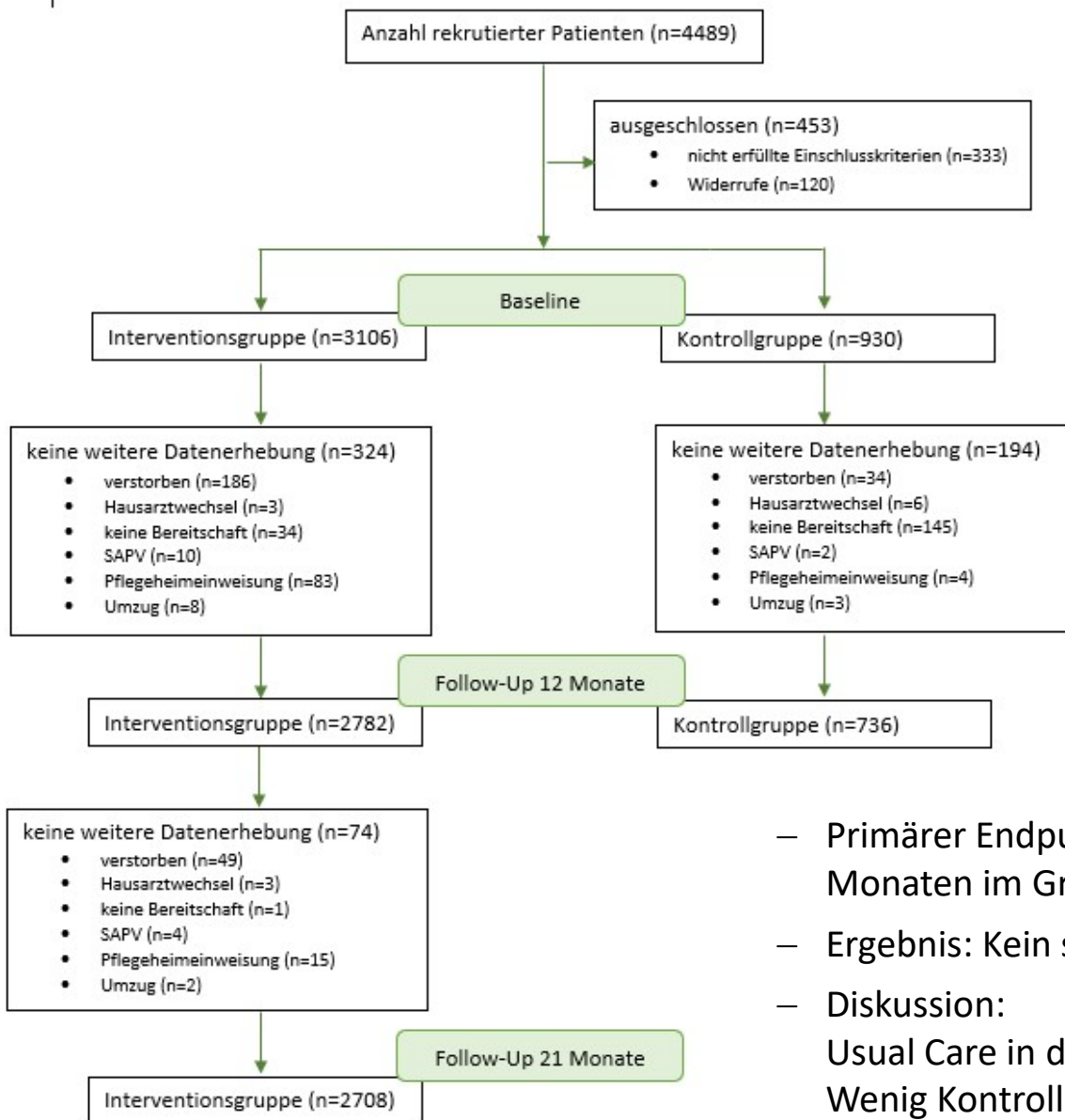
– Regional ununterbrochen betreut im Netz



- Implementation eines Care- und Case Managements durch § 87b SGB V-Praxisnetzen bei geriatrischen Patient*Innen, Entwicklung eines rechtlichen Rahmens für Abrechnung eigener Leistungen
- Laufzeit: 07.2018 – 03.2022
- Konsortialführer: BARMER Krankenkasse
- Kontrolliertes Design mit 5 Interventions- und 3 Kontrollregionen (usual care)

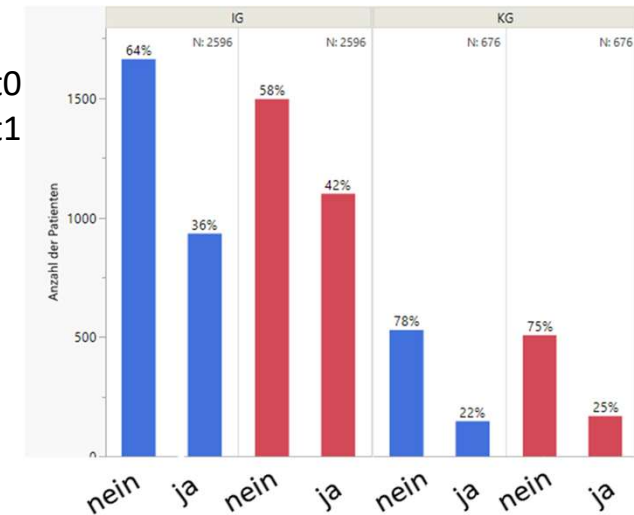
- Evaluation:    





Barthel Index:

- Beeinträchtigung t0
- Beeinträchtigung t1



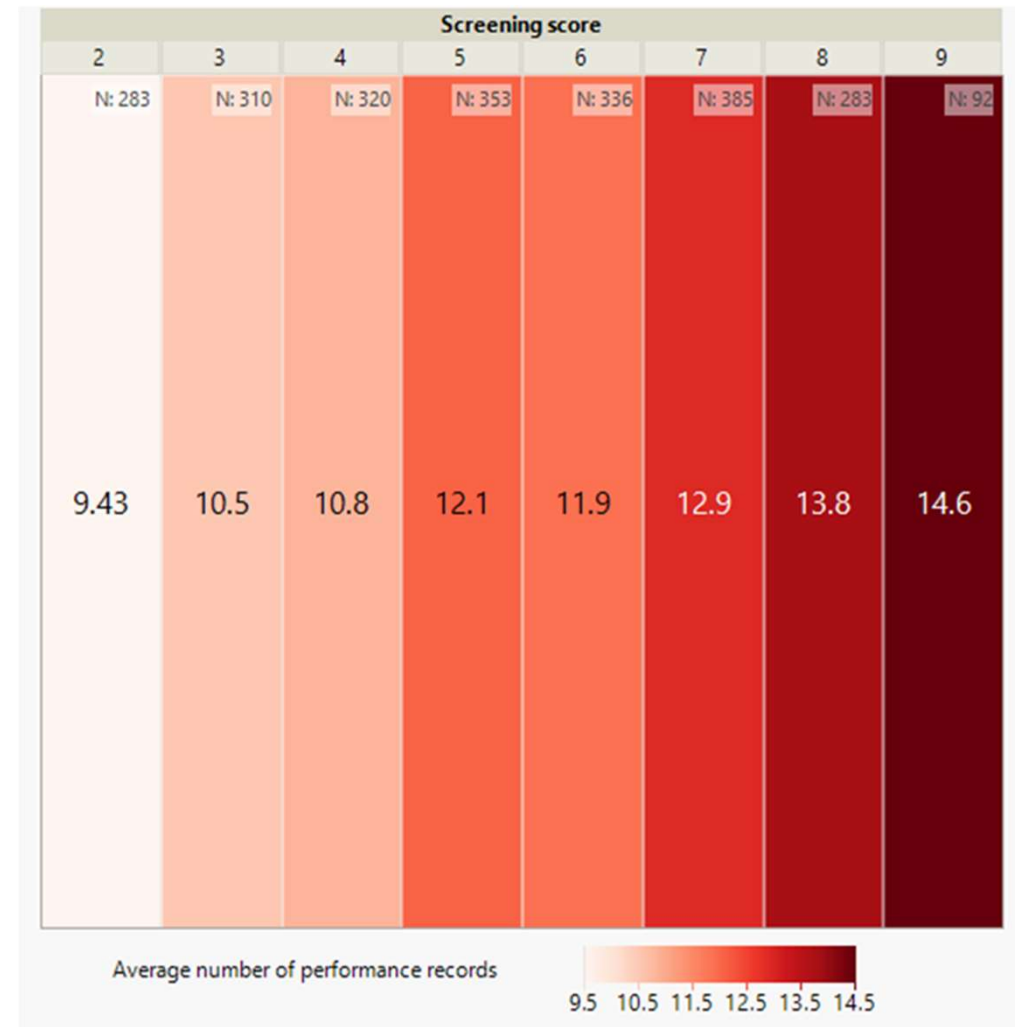
- Primärer Endpunkt: Barthel Index (Aktivitäten des täglichen Lebens) nach 12 Monaten im Gruppenvergleich
- Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG
- Diskussion: Usual Care in den Kontrollnetzen auf hohem Standard – Deckeneffekt! Wenig Kontrolle der Forscher über Implementierung der Intervention

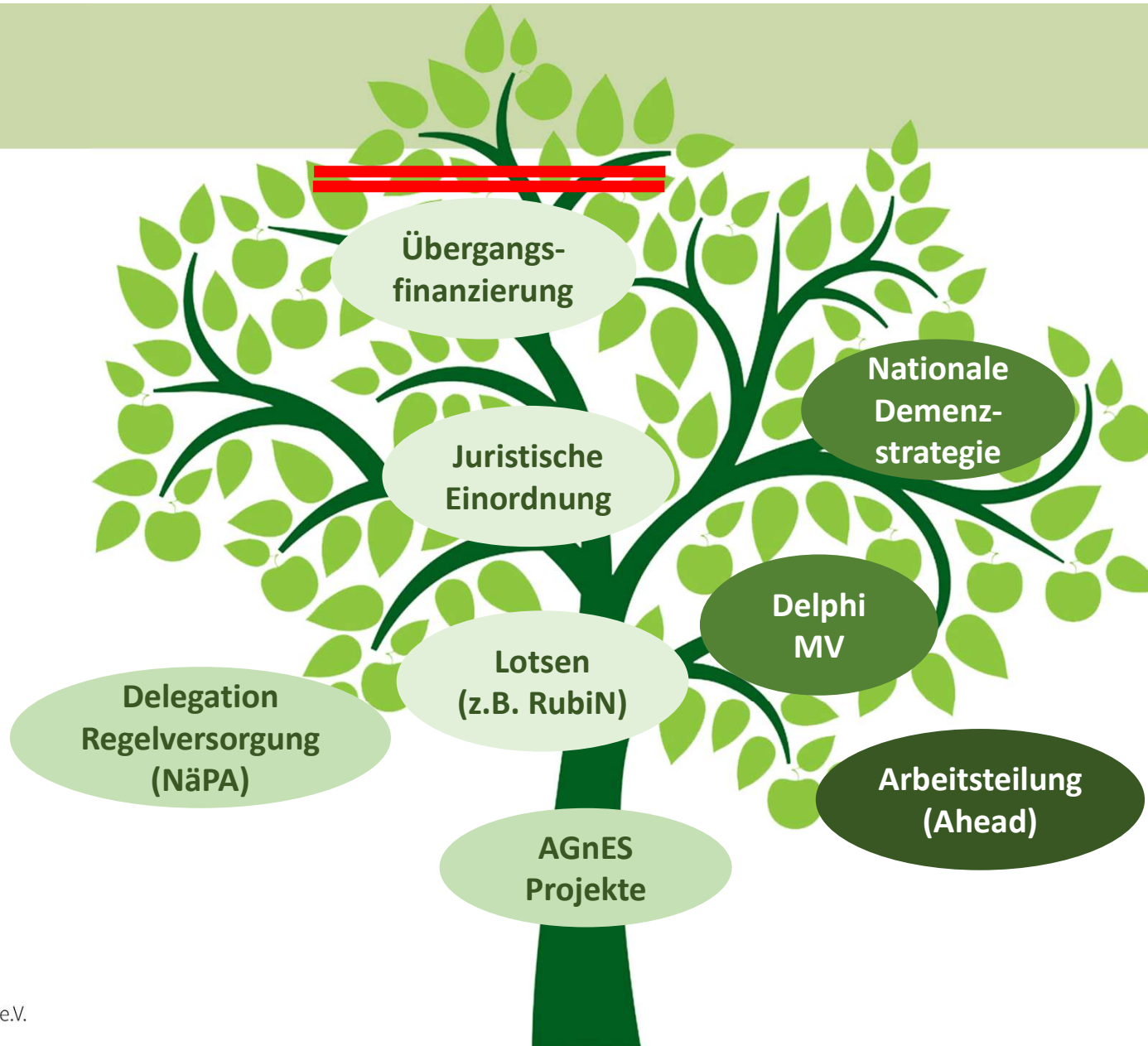
Screening in der Hausarztpraxis:

Angelina Fragebogen mit 7 Domänen:

Wohnen/Hilfebedarf, Medikation, Mobilität, Sinne, Krankenhausaufnahmen, Kognition und Stimmung.
Einschluss bei Score ≥ 2 .

Je höher der Score (= Beeinträchtigungsgrad), je höher die durchschnittliche Anzahl an Kontakten mit der Care- und Casemanagerin





InDePendent Projekt

- Weiterentwicklung des bestehenden **Dementia Care Management**, Aufgabenneuverteilung/ Erweiterung der Pflegerolle zur Verbesserung der Versorgungssituation von MmD, Entlastung der Angehörigen und Hausärzte
- Erweiterte Qualifizierung von Pflegefachpersonen („**School of Dementia Care Management**“), um bislang ärztliche Tätigkeiten in Delegation und Substitution ausführen zu können (§63 Abs. 3c)
 - Genehmigung des Curriculums durch das BMG, BMFSFJ
 - Staatliche Prüfung nach Pflegeberufegesetz
- **Bundesweite Implementierung** der neuen Versorgungsform in **Ärztennetzen** und **Evaluation** des erweiterten Dementia Care Management

