



**Gemeinsamer**  
Bundesausschuss  
Innovationsausschuss

Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur  
Förderbekanntmachung Neue Versorgungsformen  
vom 11. Mai 2016

Projekttitlel	Themenfeld	Antragsteller	Konsortialpartner
Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, Bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement	TF 1: Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen	pronova BKK: Dr. rer. nat. Thorsten Wolf	Universität Köln, Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG
IT-gestütztes Fallmanagement zur Optimierung der Hypertonie-Therapie: Ein Delegationsprojekt für geschulte MFA in Hausarztpraxen	TF 1: Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen	Universitätsklinikum Essen: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann	Techniker Krankenkasse, Universitätsklinikum Essen
Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen	TF 1: Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen	Universität Bremen: Prof. Dr. Heinz Rothgang	BKK Dachverband e.V., Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Universität Bremen
Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation in der Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma	TF 1: Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen	St. Elisabeth Gruppe GmbH - Katholische Kliniken Rhein-Ruhr: Prof. Dr. med. Jürgen Braun	Philipps-Universität Marburg, Ruhr-Universität Bochum, BARMER GEK
Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg	TF 2: Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg: Prof. Dr. Cornel Sieber	Barmherzige Brüder Krankenhaus GmbH, Universität Bielefeld, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, AOK Bayern, Regensburger Ärztenetz e. V., Bundesverband Geriatrie e. V.
Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelhaft	TF 2: Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung	BARMER GEK: Sonja Laag	Kassenärztliche Vereinigung Saarland, Saarländische Pflegegesellschaft e. V., Knappschaft - Regionaldirektion Saarbrücken, AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland, DAK - Gesundheit, IKK Südwest, BKK-Landesverband Mitte, Techniker Krankenkasse, Bergische Universität Wuppertal, Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Universität des Saarlandes
Regionales Geriatrisches Notfall-Versorgungszentrum	TF 2: Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung	Klinikum Friedrichshafen GmbH: Ingrid Jörg	Stiftung Liebenau, BKK MTU, BKK ZF & Partner, Hochschule Ravensburg-Weingarten
Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten (OAV)	TF 2: Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung	AOK Nordost: Sabine Hochstadt	VIACTIV Krankenkasse , IKK Brandenburg und Berlin, Technische Universität Berlin, Gesellschaft für geriatrische Pharmazie - GeroPharma Care GmbH, Universität Witten/Herdecke
Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus	TF 3: Verbesserung der Kommunikation	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein: Prof. Dr. Friedemann Geiger	Universitetssykehuset Nord-Norge, Takepart media&science GmbH, Ludwig-Maximilians-Universität München, Techniker Krankenkasse
Gut informierte Kommunikation zwischen Arzt und Patient	TF 3: Verbesserung der Kommunikation	Universitätsklinikum Freiburg: Dr.phil. Britta Lang, Dr. Sebastian Voigt Radloff	Universitätsklinikum Freiburg, BKK Landesverband Bayern, Klinikum der Universität München, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, TU Dortmund
Patienteninformation, -kommunikation und Kompetenzförderung in der Onkologie	TF 3: Verbesserung der Kommunikation	IKK Südwest: Dr. Lutz Hager	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Saarländische Krebsgesellschaft e. V., Universitätsklinikum Jena, Knappschaft - Regionaldirektion Saarbrücken, Techniker Krankenkasse
Aktivierung der Gesundheitskompetenz von Versicherten mit erhöhtem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 mittels Coaching in der Vertragsarztpraxis	TF 3: Verbesserung der Kommunikation	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein: Dr. med. Monika Schliffke, Silke Utz	AOK NORDWEST, BARMER GEK, DAK-Gesundheit Vertragsgebiet Schleswig-Holstein, Techniker Krankenkasse, Dr. med. Carsten Petersen, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, AOK Hessen, Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
Periphere art. Verschlusskrankheit (pAVK): Gesundheitscoaching und telemetrisch unterstütztes Gehtraining zur Steigerung der Lebensqualität	TF 3: Verbesserung der Kommunikation	KKH Kaufmännische Krankenkasse: Corinna Beutel	Techniker Krankenkasse, mhplus Betriebskrankenkasse, Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH, Philips GmbH Market DACH, I.E.M. Industrielle Entwicklung Medizintechnik und Vertriebsgesellschaft mbH, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Lebensstil-Intervention bei Koronarer Herzkrankheit und Diabetes	TF 3: Verbesserung der Kommunikation	Techniker Krankenkasse: Michael Schultz	Klinikum rechts der Isar, IDS Diagnostic Systems AG, Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

Projekttitlel	Themenfeld	Antragsteller	Konsortialpartner
Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten	TF 3: Verbesserung der Kommunikation	"Was hab ich?" gGmbH: Ansgar Jonietz	
Gemeinsam gesund: Vorsorge plus für Mutter und Kind	TF 3: Verbesserung der Kommunikation	Plattform Ernährung und Bewegung e. V.: Prof. Dr. Ulrike Ungerer-Röhrich, Dr. Andrea Lambeck, Cornelia Wäscher	Universität Köln, Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung e. V., Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, BARMER GEK
Onkologisches Social Care Projekt der BKK	TF 3: Verbesserung der Kommunikation	pronova BKK: Nina-Beata Björklund	BKK VBU, BKK Pfalz, Novitas BKK, Charité - Universitätsmedizin Berlin, BKK Dachverband e. V., Sächsische Krebsgesellschaft e. V.
Medikamentenmanagement und Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger Behinderung	TF 4: Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg: Prof. Petra Weber	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH, Fachhochschule Bielefeld, Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
Erweiterung des Selektivvertrages zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation	TF 4: Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen	Universität Köln: Prof. Dr. Jens Boenisch	FBZ gGmbH, Zentrum für Sprachtherapie Moers, Mittendrin! gGmbH Hamburg, Universität Köln
Verbesserung der Versorgungskontinuität bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und seelischen Störungen (COCSchool)	TF 4: Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen	CSG Clinische Studiengesellschaft GmbH: Prof. Dr. Bertram Häussler, Dr. Marc Kurepkat	Universitätsklinikum Ulm, Psychiatrische Klinik Lüneburg, Techniker Krankenkasse
Aufbau und Implementierung eines multimodalen, sektoren- und trägerübergreifenden Versorgungskonzeptes bei Majoramputation	TF 4: Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen	Medizinische Hochschule Hannover: Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner	
Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie / isPO	themenoffen	Universitätsklinikum Köln: Dr. phil. Michael Kusch	Universität Köln, Universitätsklinikum Köln, Fachhochschule Dortmund, Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., Haus der Krebs-Selbsthilfe Bundesverband e. V., BARMER GEK, Techniker Krankenkasse
Ganzheitliches Präventionsprogramm für junge Patienten nach überstandener Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter (CAYAs)	themenoffen	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Dr. med. Alexander Stein	Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Essen, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Hochschule Hannover, Universitätsklinikum Jena, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Universitätsklinikum Magdeburg, Universitätsmedizin Mainz, Universitätsklinikum Münster, Universitätsmedizin Rostock, Klinikum Stuttgart, Universität Würzburg,
Versorgungskontinuität sichern - Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern	themenoffen	AOK Baden-Württemberg: Katrin Tomaschko	Universitätsklinikum Heidelberg, Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Gesundheitstreffpunkt Mannheim e. V., AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Sektorübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe	themenoffen	Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Dr. Michael Brinkmeier	IKK classic, OFFIS e. V., Universität Bielefeld, Techniker Krankenkasse
Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom (KRK)	themenoffen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns: Antonio Jansen Trejo	AOK Bayern, Verband der Ersatzkassen e. V. , BKK Landesverband Bayern, Knappschaft Regionaldirektion München, Ludwig-Maximilians-Universität München, Felix Burda Stiftung

**Projekttitel: Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, Bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement**

Akronym: MamBo

Antragsteller: pronova BKK: Dr. rer. nat. Thorsten Wolf

Konsortialpartner: Universität Köln, Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG

Sitz des Antragstellers: Rheinland-Pfalz

Einbezogene Bundesländer: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: TF 1: Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Etablierung der Metastrategie „Indikations-übergreifendes Management des Versichertenkollektivs“ zur Erhöhung der Versorgungseffizienz am Bsp. multimorbider Patienten.

Methodisches Vorgehen:

Summative Evaluation: Prä-Post-Vergleich im quasiexperimentellen Design

- a) Befragungen zu zwei Zeitpunkten  
(Versicherte N=2660, ÄrztInnen N=80, Praxismitarbeitende N=320)
- b) Sekundärdatenanalysen:
  - i) Zielpopulation (N=8723), Interventionsgruppe (n=2617) und Kontrollgruppe (n=6106) (Routinedaten pronova BKK u. RGL-Netzakten-Daten),
  - ii) quasiexperimentelle Zwillingsgruppe (N=2617) (Routinedaten HRI.)

Endpunkte: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (multiperspektivisch adressiert)

Formative Evaluation: Begleitende jährliche Erhebung mit qualitativer Inhaltsanalyse:

- a) Einzelinterviews (Bedarfsmanagement N=1, Versorgungsmanagement N=1)
- b) Fokusgruppen (MoniKa N=1 à 5 Pers., ÄrztInnen N=4 à 8 Pers.)

Endpunkte: Förderliche/hemmende Faktoren der Innovationsimplementierung.

Zielgruppe: Grds. ganze Versichertenkollektive. In dem vorliegenden Projektvorschlag werden multimorbide Versicherte fokussiert. Die Patienten der Zielgruppe weisen im Referenzkalenderjahr 2016 mindestens drei schwerwiegende chronische Krankheiten oder Zustände auf. Ausschlusskriterien sind laufende onkologische Therapien und Palliativversorgung.

Strukturen, Prozesse, Leistungen: Die innovative Struktur setzt an einem genossenschaftlich organisierten Ärztenetz (RGL) an, dessen Mitglieder eine gemeinsame elektronische Netzakte führen.

**Projekttitle: IT-gestütztes Fallmanagement zur Optimierung der Hypertonie-Therapie: Ein Delegationsprojekt für geschulte MFA in Hausarztpraxen**

Akronym: PIA

Antragsteller: Universitätsklinikum Essen: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann

Konsortialpartner: Techniker Krankenkasse, Universitätsklinikum Essen

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Einbezogene Bundesländer: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: TF 1: Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Eine konsequente Blutdruckbehandlung kann Herzinfarkte, Schlaganfälle und andere Erkrankungen verhindern. Trotzdem wird der Blutdruckzielwert <140/90 mmHg von 30-45% der Hausarztpatienten nicht erreicht. Das vorliegende Projekt behebt dieses Versorgungsdefizit durch ein Arzt-geleitetes Delegationskonzept. Aufbauend auf positiven internationalen Erfahrungen werden Hausärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA) zur Durchführung eines IT-gestützten Blutdruckmanagements qualifiziert. Patienten erlernen das Messen von verlässlichen Blutdruckwerten, die sie über Smartphone, Tablet oder PC zur Praxis übermitteln. Geschulte MFA (PIA) machen Vorschläge zur Medikamentenanpassung anhand eines vom Arzt individualisierten, Leitlinien-gestützten Algorithmus. Nach Signatur durch den Arzt übermittelt die PIA den neuen Medikamentenplan elektronisch auf das Endgerät des Patienten. Diese Kommunikation zwischen Praxen und Patienten erfolgt bis der Blutdruck kontrolliert ist. Die Kommunikation erfolgt über ein IT-Fallmanagement, das auf einem geprüften, mehrstufigen Datenschutz-, Datensicherheits- und Patienten-Sicherheitskonzept beruht. Das Delegationskonzept mit IT-gestütztem Fallmanagement wird in einer Cluster-randomisierten Studie mit 60 Praxen, 120 MFA und 1.020 Patienten evaluiert, von denen die Hälfte das innovative Blutdruckmanagement (Intervention) erhält. Es wird untersucht, ob sich der Anteil der Patienten mit kontrolliertem Blutdruck im Vergleich zur Regelversorgung verbessert.

**Projekttitle: Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen**

Akronym: MundPflege

Antragsteller: Universität Bremen: Prof. Dr. Heinz Rothgang

Konsortialpartner: BKK Dachverband e. V., Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,  
Universität Bremen

Sitz des Antragstellers: Bremen

Einbezogene Bundesländer: Niedersachsen, Bremen

Themenfeld: TF 1: Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel ist es, die Mundgesundheit ambulant versorgter pflegebedürftiger Personen zu erhalten und zu verbessern. Hierzu werden ihnen zugehend und aufsuchend niedrigschwellige zahnmedizinische, namentlich präventive, Leistungen im eigenen Wohnumfeld zugänglich gemacht. Organisatorische Voraussetzung ist eine aktive Kontaktaufnahme der Betriebskrankenkassen zu den Pflegebedürftigen. Die Erstbefundung und Diagnostik wird in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen durch einen Zahnarzt durchgeführt. Weitere zahnärztliche Leistungen werden direkt erbracht oder organisiert. Für untersuchte Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen wird eine individualisierte Schulung zur Verbesserung von Mund- und Prothesenpflege in einem Folgetermin durchgeführt. Sie wird von einer Zahnmedizinischen Fachangestellten in Delegation erbracht, soweit die individuelle Risikoanalyse dem nicht entgegensteht.

Evaluiert wird die Versorgung in einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT). Endpunkte sind die standardisiert gemessene Mundgesundheit und die Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungsteile. Durch zusätzliche Routinedatenanalysen wird das Potenzial der Versorgung über die Studie hinaus bewertet. Die neue Versorgungsform ist auf die Gesamtpopulation der Pflegebedürftigen und behinderten Menschen übertragbar. Erforderlich ist hierfür, die Evaluationsergebnisse als empirisch begründete Hinweise in die Ausgestaltung bzw. Veränderung der Richtlinie nach § 22a Abs. 2 SGB V einfließen zu lassen.

**Projekttitel: Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation in der Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma**

Akronym: StärkeR

Antragsteller: St. Elisabeth Gruppe GmbH - Katholische Kliniken Rhein-Ruhr:  
Prof. Dr. med. Jürgen Braun

Konsortialpartner: Philipps-Universität Marburg, Ruhr-Universität Bochum, BARMER GEK

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Einbezogene Bundesländer: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: TF 1: Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel des Projektes sind Prozessverbesserungen in der Versorgung von Rheuma-Patienten durch effektivere und effizientere Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen.

Methodisches Vorgehen: Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen an Rheumatologische Fachassistentinnen (RFA) im Rahmen einer konzeptionsgeregelten Kooperation in 15-20 Zentren (rheumatologische Schwerpunktpraxen und Krankenhausambulanzen) in Westfalen-Lippe.

Evaluation durch randomisierten Vergleich der Versorgungsform mit Delegation und der Standardversorgung (je 400 Personen). Primäres Ziel der Intervention: verbesserte gesundheitsbezogene Lebensqualität, ohne dass ein relevanter Unterschied zwischen den beiden Versorgungsformen hinsichtlich des Verlaufes der Krankheitsaktivität eintritt.

Sekundäre Endpunkte: Funktionskapazität, Patientenzufriedenheit, Ressourcenverbrauch (Zeit und Leistungen).

Umsetzungspotenzial: Teambildung unter Einbeziehung der RFA in der Behandlung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen (geschätzte Prävalenz 2% der erwachsenen Bevölkerung, ca. 1,5 Millionen Betroffene). Diese Teambildung wird motiviert durch Schaffung einer Gebührenziffer im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Hierdurch entsteht ein verbesserter Zugang zur rheumatologischen Versorgung mit Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Patientenzufriedenheit und letztlich der Funktionskapazität sowie der Teilhabe der Rheumakranken.

**Projekttitle: Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg**

Akronym: TIGER

Antragsteller: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg: Prof. Dr. Cornel Sieber

Konsortialpartner: Barmherzige Brüder Krankenhaus GmbH, Universität Bielefeld, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, AOK Bayern, Regensburger Ärztenetz e. V., Bundesverband Geriatrie e. V.

Sitz des Antragstellers: Bayern

Einbezogene Bundesländer: Bayern

Themenfeld: TF 2: Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ein Krankenhausaufenthalt, speziell bei Betagten, führt häufig zu Einschränkungen der Funktionalität, Selbstständigkeit sowie Lebensqualität und löst Krankenhauswiederaufnahmen aus.

Das Projekt Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg [TIGER] erprobt, wie eine strukturierte, poststationäre ambulante Versorgung geriatrischer Patienten dazu beiträgt, Mobilität zu erhalten, den Ernährungszustand zu verbessern, die Wundversorgung zu optimieren und damit Krankenhauswiederaufnahmen zu vermeiden.

Methodisches Vorgehen: Ein zentraler Ansprechpartner („Pfadfinder“, Transitional Care Nurse (TCN)) plant und koordiniert die poststationäre häusliche Versorgung des Patienten in Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten. Aufgaben des „Pfadfinders“ sind u.a. der Kontakt zum Patienten sowie Gespräche mit den Ärzten (über ein bi-direktionales Portal) über zwölf Monate ab Entlassung aus dem Krankenhaus. Im Projekt werden Patienten ab 75 Jahre eingeschlossen und über 12 Monate durch den „Pfadfinder“ begleitet. Endpunkte sind die Wiedereinweisungsrate („Readmission rate“, primär), sowie Mobilität, Ernährungszustand und Wundversorgung (sekundär). Geplant ist ein quantitativer wie auch qualitativer Forschungsansatz („mixed design“) mit gesundheitsökonomischer Evaluation.

Hypothese: TIGER wird den komplexen Bedürfnissen älterer, multimorbider Menschen gerecht und trägt zu einer Vermeidung von Krankenhausaufenthalten dieser Patienten bei.

**Projekttitle: Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelhaft**

Akronym: SaarPHIR

Antragsteller: BARMER GEK: Sonja Laag

Konsortialpartner: Kassenärztliche Vereinigung Saarland, Saarländische Pflegegesellschaft e. V., Knappschaft - Regionaldirektion Saarbrücken, AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland, DAK-Gesundheit, IKK Südwest, BKK-Landesverband Mitte, Techniker Krankenkasse, Bergische Universität Wuppertal, Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Universität des Saarlandes

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Einbezogene Bundesländer: Saarland

Themenfeld: TF 2: Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

SaarPHIR will die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeheimen im Saarland verbessern (geplant 50% der Heime = 59 Heime, 75% der Versicherten (4.090). KV und Pflegegesellschaft steuern auf regionaler Ebene die Einrichtung multiprofessioneller Versorgungsteams (SaarPHIRe) in den Pflegeheimen. Für diese Teams bündeln sich niedergelassene Hausärzte zu regional-lokalen Heimversorgerteams mit erweiterter Rufbereitschaft, Freitagvisite und geregelter fachärztlicher Einbindung. Die Pflegeheime stellen qualifizierte Ansprechpartner zur Verfügung, um die unterschiedlichen Arbeitsrhythmen zwischen freiberuflich tätigen niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen im Schichtdienst zu synchronisieren und gemeinsam verbindliche, organisatorische und fachliche Regelwerke der medizinisch-pflegerischen Versorgung zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren.

Summative Evaluation: Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie (RCT) im Stepped-Wedge-Design über das Saarland mit primärem Endpunkt der Hospitalisierungsrate sowie sekundären Endpunkten (6 Landkreise des Saarlands = 7 Cluster; die Region Saarbrücken wird in Stadt- und Regionalverband geteilt).

Formative Evaluation: Prozessevaluation implementationsfördernder und -hemmender Faktoren aus Anwendersicht.

Ziel: Verbesserung der Lebensqualität vulnerabler Patienten, insbesondere durch die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte mittels der Etablierung einer regelhaft, auf das Setting Pflegeheim, ausgerichteten Versorgung.

**Projekttitle: Regionales Geriatisches Notfall-Versorgungszentrum**

Akronym: GeriNoVe

Antragsteller: Klinikum Friedrichshafen GmbH: Ingrid Jörg

Konsortialpartner: Stiftung Liebenau, BKK MTU, BKK ZF & Partner, Hochschule Ravensburg-Weingarten

Sitz des Antragstellers: Baden-Württemberg

Einbezogene Bundesländer: Baden-Württemberg

Themenfeld: TF 2: Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Notfallmäßige Versorgung älterer Menschen (70 Jahre und älter) mit einem akuten, vorwiegend sozial-pflegerischen Versorgungsproblem.

Methodisches Vorgehen: Durch die Gründung von GeriNoVe soll ein sektorenübergreifendes niederschwelliges Versorgungsnetzwerk für ältere Menschen mit einem akuten Versorgungsproblem im ländlichen Raum geschaffen werden. In einer vorwiegend pflegerisch geleiteten Versorgungseinheit im Zusammenwirken mit Geriater und multiprofessionellen Team aus Case-/ Caremanagerin, Sozialdienst und kommunalen Pflege- und Beratungsdiensten soll eine möglichst schnelle Rückführung ins angestammte (häusliche) Umfeld erzielt werden. Durch gezielte Prävention und Nachsorge sollen Fehlallokationen, z.B. im Krankenhaus, vermieden, der längst mögliche Verbleib im häuslichen Umfeld gesichert werden und, wenn notwendig, eine kurzfristige Weiterleitung ins passende Versorgungssystem erfolgen. Die sektorenübergreifende (SGB V und SGB XI) Zusammenarbeit wird durch die beiden großen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen der Region, dem Medizin Campus Bodensee mit seinen drei Krankenhäusern (Konsortialführung), und der Stiftung Liebenau (Konsortialpartner) mit deren zahlreichen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, gewährleistet.

Umsetzungspotenzial: Das GeriNoVe wird unter Einbezug zweier Krankenkassen vom Institut für Angewandte Forschung der Hochschule Ravensburg-Weingarten evaluiert und sichert dadurch valide Erkenntnisse für das Umsetzungspotenzial.

**Projekttitle: Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten (OAV)**

Akronym: OAV

Antragsteller: AOK Nordost: Sabine Hochstadt

Konsortialpartner: VIACTIV Krankenkasse, IKK Brandenburg und Berlin, Technische Universität Berlin, Gesellschaft für geriatrische Pharmazie - GeroPharma Care GmbH, Universität Witten/Herdecke

Sitz des Antragstellers: Brandenburg

Einbezogene Bundesländer: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: TF 2: Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Das Projekt zielt auf die Verbesserung der Versorgungseffizienz multimorbider Patienten (65+, mindestens zwei chronische Krankheiten) durch 96 geriatrische Teams aus Ärzten, Apothekern, Pflegefachkräften und geriatrischen Pharmazeuten in 4 Regionen in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein ab. Die Vermeidung von arzneimittelinduzierten Schädigungen ist oberstes Ziel. Dieses wird durch ein Medikationsassessment analog dem geriatrischen Basisassessment, regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen und einer gezielten Therapiebeobachtung durch geriatrisch qualifizierte Teams erreicht. Es soll analysiert werden, ob die neue Versorgungsform zu einer kosteneffektiven und signifikanten Verbesserung gesundheitlicher Outcomes führt. Die Evaluation der Intervention erfolgt im Rahmen eines quasi-experimentellen "interrupted time series" (ITS) Designs mit Propensity Score Matching und Clustering. Im Projekt sollen 4.800 Patienten eingeschrieben werden. Den zusätzlichen Leistungsausgaben von 281 € pro Patient p.a. stehen ca. 500 € pro Patient p.a. an erwarteten Einsparungen (Pilotprojekt) gegenüber. Bei der AOK Nordost hatten 2013 92% der Pflegebedürftigen ab 65 mind. zwei chronische Erkrankungen. Die geplante Umsetzung in strukturschwachen, -starken und städtischen Regionen ermöglicht die Übertragung der neuen Versorgungsform auf weitere Bundesländer und in die Regelversorgung. Durch konsequente Arbeitsteilung der Berufsgruppen in den Teams, wird der Einsatz von Fachkräften optimiert und schafft Synergien in der Versorgung.

**Projekttitle: Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus**

Akronym: MAKING SDM A REALITY

Antragsteller: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein: Prof. Dr. Friedemann Geiger

Konsortialpartner: Universitetssykehuset Nord-Norge, Takepart media&science GmbH, Ludwig-Maximilians-Universität München, Techniker Krankenkasse

Sitz des Antragstellers: Schleswig-Holstein

Einbezogene Bundesländer: N.N.

Themenfeld: TF 3: Verbesserung der Kommunikation

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Laut Patientenrechtegesetz sind Patienten an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen. Die Kommunikation, die Patienten dazu befähigt, heißt Shared Decision Making (SDM). SDM erhöht Gesundheitskompetenz und Patientensicherheit. Patienten haben realistischere Erwartungen hinsichtlich der Konsequenzen ihrer Entscheidungen, die sie informiert getroffen haben. SDM kann leicht erlernt und mit Hilfe von medialen Entscheidungshilfen unterstützt werden. Trotzdem werden Patienten in Deutschland kaum richtig beteiligt. Das Projekt wird SDM in drei deutschen Krankenhäusern vollständig implementieren. Es wird gezeigt, wie man vorgehen muss, damit jeder Patient überall im Krankenhaus gemäß SDM beteiligt wird.

Methodisches Vorgehen: Ein in Norwegen erprobtes Vorgehen zur Einführung von SDM wird als Modell genommen. Wirksame Maßnahmen (SDM-Trainings für Ärzte, Pflegekräfte, Patienten sowie Online-Entscheidungshilfen) werden als Module einer Gesamtstrategie kombiniert, die einem wissenschaftlich begründeten Modell zur Überführung von Wissen in die Praxis folgt. Die Evaluation des Projekts prüft, ob SDM voll implementiert wird, ob Kosten eingespart werden, sowie welchen Wert Versicherte der Versorgung mit SDM beimessen.

Umsetzungspotenzial: SDM ist von allen Akteuren im Gesundheitssystem gewünscht, birgt keine Risiken, und kann sogar Ressourcen schonen. Die Methoden zur Verbesserung der Kommunikation liegen vor, sind aber noch nicht implementiert. Das Projekt bietet dafür ein fundiertes Konzept.

**Projekttitle: Gut informierte Kommunikation zwischen Arzt und Patient**

Akronym: GAP

Antragsteller: Universitätsklinikum Freiburg: Dr.phil. Britta Lang, Dr. Sebastian Voigt Radloff

Konsortialpartner: Universitätsklinikum Freiburg, BKK Landesverband Bayern, Klinikum der Universität München, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, TU Dortmund

Sitz des Antragstellers: Baden-Württemberg

Einbezogene Bundesländer: Bayern

Themenfeld: TF 3: Verbesserung der Kommunikation

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel des Projekts ist eine als neue Versorgungsform eingeführte Informationsintervention, die sich an bereits etablierten europäischen Informationssystemen orientiert. Patienten und Allgemeinmedizinern wird eine von einem Kommunikationsbriefing begleitete Informationsressource zur Verfügung gestellt. Diese bündelt nationale und internationale Informationen zum Thema Rückenschmerz auf Basis der aktuellen Evidenz. Denn diese Informationen liegen heute verstreut in vielen verschiedenen Informationsangeboten und auf unterschiedlichen Plattformen vor.

Methodisches Vorgehen: Die Informationen werden in verständlicher Sprache online aufbereitet und in ein für das Arzt-Patienten-Gespräch anwendbares Format gebracht. Zur Optimierung der Patienten-Arzt-Kommunikation erhält der Arzt ein Kommunikationsbriefing zur Nutzung der Ressource. Das Evaluationsdesign ist eine prospektive, kontrollierte Interventionsstudie mit Prä-, Post- und Follow-up-Erhebung.

Interventionsgruppe: 200 Ärzte und 1.000 Patienten.

Kontrollgruppe: 100 Ärzte und 500 Patienten.

Primäre Endpunkte: Informiertheit von Arzt und Patient, Bewertung der Arzt-Patient-Kommunikation und die wahrgenommene Patientenbeteiligung an der Konsultation.

Sekundäre Endpunkte: Durch Rückenschmerz verursachte Arbeitsunfähigkeitstage und Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems. Eingeschlossen werden volljährige, einwilligungsfähige Patienten mit der Indikation Rückenschmerz in Bayern.

**Projekttitle: Patienteninformation, -kommunikation und Kompetenzförderung in der Onkologie**

Akronym: PIKKO

Antragsteller: IKK Südwest: Dr. Lutz Hager

Konsortialpartner: Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Saarländische Krebsgesellschaft e. V.,  
Universitätsklinikum Jena, Techniker Krankenkasse, Knappschaft-Regional-  
direktion Saarbrücken,

Sitz des Antragstellers: Saarland

Einbezogene Bundesländer: Saarland

Themenfeld: TF 3: Verbesserung der Kommunikation

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel des Projektes ist Steigerung der Gesundheitskompetenz, Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement der Patienten während einer onkologischen Therapie sowie im Zusammenhang damit eine höhere Lebensqualität und geringere psychische Belastung sowie Kostenreduktion.

Methodisches Vorgehen: Entwicklung eines Informations- und Behandlungspfades mit ergänzenden und sektorenübergreifenden Leistungen zur Regelversorgung (Onko-Lotse, Onko-Datenbank, spezialisierte onkologische Beratung). Vertragliche Einbindung aller Vertragspartner über verschiedene Versorgungsverträge sowie ergänzende Verträge.

Umsetzungspotenzial: Die für die Realisierbarkeit benötigten Akteure haben ihre Bereitschaft an der Beteiligung grundsätzlich zugesichert. Die Teilnehmendenzahl ist realistisch angesetzt. Das niederschwellige Angebot ist für die betroffene Personengruppe sehr attraktiv. Für die Fortsetzung des Projektes über die Förderphase hinaus sind exzellente Bedingungen geschaffen. Das Projekt kann mit geringem Aufwand perpetuiert, auf andere Bundesländer und andere Indikationen erweitert werden. Die Antragsteller beabsichtigen eine Überführung dieser „Leistungserbringer“ in die Regelversorgung. Vorbild hierfür sind die Einführung der SAPV nach § 37b SGB V oder die Einführung der VEHA-EBM-Ziffern 03060, 03062 und 03063. Möglich ist auch eine Erweiterung des § 43 SGB V. Dieses Ziel ist vollständig kongruent mit dem Nationalen Krebsplan, insbesondere mit dem Ziel 11b – „Es liegen qualitätsgesicherte Beratungs- und Hilfsangebote vor“.

**Projekttitle: Aktivierung der Gesundheitskompetenz von Versicherten mit erhöhtem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 mittels Coaching in der Vertragsarztpraxis**

Akronym: DimIni (Diabetes mellitus? – Ich nicht!)

Antragsteller: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein: Dr. med. Monika Schliffke, Silke Utz

Konsortialpartner: AOK NORDWEST, BARMER GEK, DAK-Gesundheit Vertragsgebiet Schleswig-Holstein, Techniker Krankenkasse, Dr. med. Carsten Petersen, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, AOK Hessen, Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

Sitz des Antragstellers: Schleswig-Holstein

Einbezogene Bundesländer: Schleswig-Holstein, Hessen

Themenfeld: TF 3: Verbesserung der Kommunikation

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel ist die Steigerung der Gesundheitskompetenz von Personen, die ein Risiko haben, an Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM) zu erkranken. Risikopersonen sollen frühzeitig anhand eines flächendeckenden Screenings (FINDRISK) erkannt werden. Durch die bedarfsgerechte Lebensstilintervention „aha!“, die ärztliche Betreuung sowie die vermittelten gesundheitsrelevanten Informationen sollen die individuellen Ressourcen der Versicherten gestärkt und verhaltenspräventivwirksame Veränderungen angestoßen werden. Die Entstehung eines T2DM soll verzögert bzw. verhindert und letztlich auch Kosten eingespart werden.

Methodisches Vorgehen: Qualitative Erhebung zur Veränderung der Gesundheitskompetenz aller Beteiligten; prospektiver, randomisierter Kontrollgruppenvergleich zum Erfolg der Lebensstilintervention „aha!“ (quantitative Erhebung medizinischer Parameter, Lebensqualität, Bewegung, Ernährung, Zielerreichung). Qualitative Erhebung zur Implementierbarkeit des Programmes in die Regelversorgung aus Sicht aller Beteiligten.

Umsetzungspotenzial: Das DimIni-Programm ist bundesweit in die Regelversorgung übertragbar. Dies kann in Kombination einer Gesundheitsuntersuchung (Aufnahme FINDRISK mit Beratung in den Check-up) mit ärztlicher Präventionsempfehlung nach § 25 SGB V und einem daran ausgerichteten durch die KK zu gewährenden Präventionsangebot auf Basis § 20 Abs. 5 SGB V erfolgen. Hierfür müsste eine EBM-Anpassung vorgenommen und das aha!-Programm als Präventionsmaßnahme nach § 20 SGB V anerkannt werden.

**Projekttitle: Periphere art. Verschlusskrankheit (pAVK): Gesundheitscoaching und telemetrisch unterstütztes Gehtraining zur Steigerung der Lebensqualität**

Akronym: pAVK-TeGeCoach

Antragsteller: KKH Kaufmännische Krankenkasse: Corinna Beutel

Konsortialpartner: Techniker Krankenkasse, mhplus Betriebskrankenkasse, Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH, Philips GmbH Market DACH, I.E.M. Industrielle Entwicklung Medizintechnik und Vertriebsgesellschaft mbH, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Sitz des Antragstellers: Niedersachsen

Einbezogene Bundesländer: bundesweit

Themenfeld: TF 3: Verbesserung der Kommunikation

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziele sind, das Fortschreiten der Erkrankung periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) aufzuhalten, die Gehbeeinträchtigung zu verbessern, Amputationen zu vermeiden und krankheitsbedingte Krankenhausaufenthalte und damit Versorgungskosten zu reduzieren. Weitere Ziele sind die Steigerung der Lebensqualität des Patienten sowie die Verbesserung der Gesundheitskompetenz, Patientenaktivierung und Adhärenz.

PAVK-Patienten der Stadien Fontaine I bis IIb wird nach einem Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten die Teilnahme am Programm angeboten. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung erhalten die Patienten einen Aktivitätstracker (Fitnessarmband), der die Telemonitoringdaten (Gehstrecke und evtl. Herzfrequenz) erfasst und über den technischen Partner an Gesundheitscoaches übermittelt. Anhand dieser Telemonitoringdaten beraten die Gesundheitscoaches die Patienten krankheitsspezifisch zur pAVK und betreuen sie bei ihrem täglichen Gehtraining gemäß dem vorher vom jeweiligen Arzt des Patienten erstellten Gehplans. Da pAVK durch das regelhafte Vorhandensein von Begleiterkrankungen und Risikofaktoren, wie z. B. koronarer Herzkrankheit, Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht und Rauchen gekennzeichnet ist, motiviert der Gesundheitscoach zur Lebensstilanpassung und Therapieadhärenz. Zur Messung der Effekte wird eine prospektive randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt. Das Umsetzungspotential umfasst ca. 4,5 Mio. pAVK-Erkrankte in Deutschland, die laut S3-Leitlinie pAVK bislang unterversorgt sind.

**Projekttitle: Lebensstil-Intervention bei Koronarer Herzkrankheit und Diabetes**

Akronym: LeIKD

Antragsteller: Techniker Krankenkasse: Michael Schultz

Konsortialpartner: Klinikum rechts der Isar, IDS Diagnostic Systems AG, Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

Sitz des Antragstellers: Hamburg

Einbezogene Bundesländer: Berlin, Bremen, Bayern, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg

Themenfeld: TF 3: Verbesserung der Kommunikation

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel von LeIKD ist die Optimierung und Zielwerterreichung kardiovaskulärer Risikofaktoren durch Implementierung gesundheitsorientierten Verhaltens bei Hochrisikopatienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) und Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM). Nach Stratifizierung von Hochrisikopatienten wird das Wissen hochspezialisierter Zentren zur Lebensstilintervention in bereits bestehende lokale Strukturen integriert und diese sektorenübergreifend vernetzt. Ziel ist die Steigerung der Gesundheitskompetenz der Patienten und das Erreichen von therapeutischen Zielwerten der kardiovaskulären Risikofaktoren. Motivations- und Umsetzungsstrategien mit individuellen Empfehlungen zur Bewegung und Ernährung werden in sieben Regionen Deutschlands wohnortnah umgesetzt. Dies wird durch bestehende verfügbare Online-Angebote der TK und neuer telemedizinischer Überwachung, inkl. individueller Anpassung der Intervention, unterstützt.

**Projekttitle: Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten**

Akronym: Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten

Antragsteller: "Was hab ich?" gGmbH: Ansgar Jonietz

Konsortialpartner:

Sitz des Antragstellers: Sachsen

Einbezogene Bundesländer: N.N.

Themenfeld: TF 3: Verbesserung der Kommunikation

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Der mündige Patient benötigt leicht verständliche und individuelle Gesundheitsinformationen als Grundlage für ein gesundheitsförderliches Verhalten. Mit dem Patientenbrief soll er diese Informationen bei Entlassung aus dem Krankenhaus in schriftlicher Form erhalten.

Der automatisiert erstellte Patientenbrief basiert auf dem Entlassungsbrief und enthält patientengerechte Informationen über das Krankheitsbild, durchgeführte Untersuchungen sowie gesundheitsförderliches Verhalten nach der Entlassung. Er wurde bereits prototypisch entwickelt und soll zu einer skalierbaren Versorgungsleistung finalisiert werden. In Zusammenarbeit mit der Pilotklinik sollen dazu 2.500 Patientenbriefe automatisiert erstellt werden.

Die Evaluation des Projektes erfolgt durch die „Was hab' ich?“ gGmbH in Zusammenarbeit mit dem Bereich Allgemeinmedizin der Technischen Universität Dresden unter Leitung von Frau Prof. Antje Bergmann.

Der automatisiert erstellte Patientenbrief lässt sich an jeder Klinik mit verhältnismäßig geringen Aufwänden etablieren, die Einstiegshürden sind gering und der Nutzen tritt direkt ein. Das Projekt stößt bereits bei zahlreichen Interessengruppen auf breite Unterstützung; neben den Patienten insbesondere auch bei der Ärzteschaft, bei Klinikleitungen, bei Leistungsträgern und bei den Gremien der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems. Damit ist es möglich, den automatisiert erstellten, leicht verständlichen, individuellen Patientenbrief breitenwirksam einzusetzen.

**Projekttitle: Gemeinsam gesund: Vorsorge plus für Mutter und Kind**

Akronym: GeMuKi

Antragsteller: Plattform Ernährung und Bewegung e. V.: Prof. Dr. Ulrike Ungerer-Röhrich, Dr. Andrea Lambeck, Cornelia Wäscher

Konsortialpartner: Universität Köln, Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung e. V., Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, BARMER GEK

Sitz des Antragstellers: Berlin

Einbezogene Bundesländer: Baden-Württemberg

Themenfeld: TF 3: Verbesserung der Kommunikation

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Reduktion der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Schwangeren und ihren Kindern durch präventive fachübergreifende Beratungen im Rahmen der Schwangerschafts- und Kindervorsorgeuntersuchungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Genussmittelkonsum sowie in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder in den ersten beiden Lebensjahren.

Methodisches Vorgehen: Implementierung einer flächendeckenden, niedrighwelligen Intervention (präventive Beratung mit Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) für alle Schwangeren. Kopplung der bis zu 12 Beratungen an die bestehenden Strukturen der Schwangerschafts- und Kindervorsorgeuntersuchungen. Qualifizierung aller beteiligten Leistungserbringer (Gynäkologen, Hebammen, Pädiater) in Kommunikation und Präventionsinhalten mit einem evaluierten Konzept. Aufbau einer Informations- und Kommunikationsplattform mit präventionsrelevanten Informationen und lokalen Angeboten. Besondere Berücksichtigung vulnerabler Gruppen (Migrationshintergrund, niedriger sozialer Status).

Umsetzungspotenzial: Bundesweit ausrollbar (Selektivverträge nach § 140a) durch Kopplung an bestehende Versorgungsstrukturen. Manual für die Fortbildung der Leistungserbringer und Plattform (und App) werden über die Projektlaufzeit hinaus gepflegt und zur Verfügung gestellt.

**Projekttitle: Onkologisches Social Care Projekt der BKK**

Akronym: OSCAR

Antragsteller: pronova BKK: Nina-Beata Björklund

Konsortialpartner: BKK VBU, BKK Pfalz, Novitas BKK, Charité - Universitätsmedizin Berlin, BKK Dachverband e. V., Sächsische Krebsgesellschaft e. V.

Sitz des Antragstellers: Rheinland-Pfalz

Einbezogene Bundesländer: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: TF 3: Verbesserung der Kommunikation

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel des Projektes ist die Stärkung der sozialmedizinischen Beratung onkologischer Patienten und die Erhöhung der Lebensqualität und Therapieautonomie.

Methodisches Vorgehen: Es werden gezielte Befragungen zu der patientenbezogenen Lebensqualität und –prioritäten mittels Fragebögen sowie eine sozialmedizinische Beratung durch eine speziell ausgebildete Patientenbegleitung (Social Care Nurse) durchgeführt. Die Social Care Nurses werden aus dem Sozial- und Pflegedienst rekrutiert und absolvieren ein modulares Curriculum, das sie zur sozialmedizinischen Begleitung qualifiziert. Die Patienten werden in stationären onkologischen Einrichtungen identifiziert und rekrutiert. Die Programmdauer beträgt 12 Monate. Die nicht-randomisierte kontrollierte multizentrische Interventionsstudie basiert auf dem bundesweiten Einschluss von Patienten mit Zielindikationen und auf eine Längsschnittbetrachtung für 0-3-6-12 Monate. Zielgröße (t0) n=150/200, im Verlauf (t1-t3) n= 150/150.

Statistische Analyse: Deskriptive Auswertungen, bi- und multivariate Quer- und Längsschnittanalysen. Primäre Endpunkte: patientenberichtete Lebensqualität, Arzt-Patienten-Kommunikation, Gesundheitskompetenz (insb. Informiertheit, Symptomaufmerksamkeit), Partizipation. Sekundäre Endpunkte: Patientenzufriedenheit, Krankenhauseinweisungen, ambulante Inanspruchnahmen, Aufwendungen je Patient. Bei der Überführung in die Regelversorgung müssten für diese Indikationen ca. 2250 Social Care Nurses ausgebildet werden.

**Projekttitle: Medikamentenmanagement und Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger Behinderung**

Akronym: MGMB

Antragsteller: Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg: Prof. Petra Weber

Konsortialpartner: Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH, Fachhochschule Bielefeld, Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Sitz des Antragstellers: Hamburg

Einbezogene Bundesländer: Nordrhein-Westfalen, Hamburg

Themenfeld: TF 4: Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Im ambulanten Versorgungsprojekt MGMB geht es um Menschen mit geistiger Behinderung, die zugleich von Polymedikation betroffen sind. Somit stehen Empfänger von Gesundheitsleistungen im Fokus, deren Versorgung durch komplexe Symptombilder, kommunikative und kognitive Einschränkungen und vielschichtige Versorgungszusammenhänge große Herausforderungen birgt. Die Versorgungsform des MGMB, unterstützt von der BKK Nordwest, antwortet auf diese Herausforderungen mit spezialisierten Pflegeexperten, die durch aufsuchende Hilfen das Medikamentenmanagement und die gesundheitliche Vorsorge verbessern. Das MZEB realisiert diese Versorgung an zwei Standorten (Hamburg und Brakel) und geht damit auch auf regionale Unterschiede ein. Die Versorgungsform wird durch die FH Bielefeld in einer cluster-randomisierten, kontrollierten, multizentrischen Interventionsstudie auf die Frage hin untersucht, ob sich durch auf Beratung und Unterstützung der medikamentösen Versorgung und der gesundheitlichen Vorsorge ausgerichtete Hausbesuche durch ANPs die Adhärenz hinsichtlich der verordneten Medikation nach drei Monaten verbessert. Als primärer Endpunkt wird die Medikamentenadhärenz durch pill counts gemessen und durch sekundäre Endpunkte, wie EQ5D und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ergänzt. Inklusive Forschung im Rahmen von Experteninterviews wird u. a. durch eine Gruppe von MmGB durchgeführt. Das DKI ermittelt zudem die Kosten-Wirksamkeitsanalyse zur Versorgungsform.

**Projekttitle: Erweiterung des Selektivvertrages zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation**

Akronym: MUK

Antragsteller: Universität Köln: Prof. Dr. Jens Boenisch

Konsortialpartner: FBZ gGmbH, Zentrum für Sprachtherapie Moers, Mittendrin! gGmbH Hamburg,  
Universität Köln

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Einbezogene Bundesländer: Nordrhein-Westfalen, Hamburg

Themenfeld: TF 4: Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Verbesserung der personalisierten Versorgung und der Kommunikationsfähigkeit von Patienten ohne Verbalsprache, die auf Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation (UK) angewiesen sind.

Methodisches Vorgehen: Erweiterung eines seit 2011 bestehenden Selektivvertrages zu Maßnahmen der UK um Casemanagement, Patientenschulung und spezifische Therapie, damit Versorgungslücken geschlossen, Fehlversorgungen reduziert, Zuständigkeiten geklärt, Qualitätskriterien eingeführt, Nachsorge geregelt und regionale Ungleichheiten vermieden werden können.

Umsetzungspotenzial: einheitliche Versorgungsqualität und sektorenübergreifende Begleitung der Patienten durch Casemanagement, Aufbau eines Versorgungsnetzes (auch für strukturschwache Gebiete), Etablierung überregionaler Kompetenzzentren und wohnortnaher Therapieversorgung, Netzwerkstellenbildung, Entlastung für Angehörige bei Suche nach qualifizierten Diagnose-Zentren, geregelte Hilfs- und Heilmittelversorgung.

**Projekttitle: Verbesserung der Versorgungskontinuität bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und seelischen Störungen (COCSchool)**

Akronym: COCSchool

Antragsteller: CSG Clinische Studiengesellschaft GmbH: Prof. Dr. Bertram Häussler, Dr. Marc Kurepkat

Konsortialpartner: Universitätsklinikum Ulm, Psychiatrische Klinik Lüneburg, Techniker Krankenkasse

Sitz des Antragstellers: Berlin

Einbezogene Bundesländer: Baden-Württemberg, Hamburg

Themenfeld: TF 4: Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Kinder und Jugendliche (KIJ) mit Behinderungen sind in vielen Fällen ein Leben lang von guter medizinischer Versorgung, Diagnostik und Krankenbehandlung abhängig. Defizite der sektorübergreifenden Versorgungskontinuität sowie regional unzureichend ausgebaute und wenig koordiniert arbeitenden Versorgungsangebote im ambulanten bzw. stationären Sektor sind ein wesentlicher Grund dafür, dass die Inanspruchnahme von stationären Behandlungen, insbesondere bei psychisch erkrankten KIJ, in den letzten Jahren stark zugenommen hat. Die Notwendigkeit einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von KIJ mit Behinderung wird unterstrichen durch den bereits angelaufenen Prozess der Einführung einer inklusiven Beschulung im Gefolge der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die BRD. Ziel der neuen Versorgungsform ist es, ein umfassendes, in verschiedensten regionalen Kontexten implementierbares Programm zu erproben, das durch eine Verbesserung der Versorgungskontinuität (continuum of care, COC) und die Einführung innovativer Behandlungsansätze unter Einbezug des schulischen Settings (School) eine Reduktion von voll- und teilstationären Behandlungen und eine Verbesserung der Teilhabe der Patienten, insbesondere in Schule/Ausbildung, durch medizinische Symptomreduktion und adäquate Krankenbehandlung erzielt. In 10 Interventionsregionen werden 3 neue Prozesse implementiert: standardisierte Diagnostik; schulbasiertes Therapeutic Assessment; schulbasierte Behandlung.

**Projekttitle: Aufbau und Implementierung eines multimodalen, sektoren- und trägerübergreifenden Versorgungskonzeptes bei Majoramputation**

Akronym: MSTVK

Antragsteller: Medizinische Hochschule Hannover: Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner

Konsortialpartner:

Sitz des Antragstellers: Niedersachsen

Einbezogene Bundesländer: Niedersachsen

Themenfeld: TF 4: Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Ziel des Projekts ist der Aufbau und die Implementierung sowie die Wirksamkeitsüberprüfung eines multimodalen, sektoren- und trägerübergreifenden Versorgungskonzeptes für beinamputierte Menschen im erwerbsfähigem Alter. Durch den Einsatz von vier Versorgungsmodulen (sektorenübergreifende Koordination, ambulante Komplextherapie, AHB in kooperierenden Kliniken, Versorgungsnetzwerk für lebenslange Nachsorge), soll sich die körperliche Funktionsfähigkeit dieser Patientengruppe signifikant gegenüber der Patientengruppe der Regelversorgung verbessern.

Das Versorgungskonzept basiert auf bereits vorliegenden Ergebnissen aus der Versorgungsforschung. Es handelt sich um eine nicht-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie mit historischer Kontrolle. Die Wirksamkeitsüberprüfung erfolgt durch Varianzanalysen mit Messwiederholung zu fünf Zeitpunkten. Das primäre Zielkriterium ist die Physical-Function-Domäne des SF-36.

Während die vorgeschaltete Kontrollgruppe evaluiert wird, wird die Infrastruktur des Projekts (vor allem für das Versorgungsnetzwerk) aufgebaut.

Potenzial zur flächendeckenden Umsetzung wird vor allem bei der sektorenübergreifenden Koordination und der Etablierung von Versorgungsnetzwerken gesehen. Die hierfür notwendige frühzeitigen Einbindung der relevanten Stakeholder wird im Projekt in Form eines Beirats, der sich aus den versorgenden Berufsgruppen, aus Mitgliedern der Selbsthilfegruppe und aus Vertretern der Kostenträger (GKV, DRV BS-H und KVN) zusammensetzt, umgesetzt.

**Projekttitle: Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie / isPO**

Akronym: isPO

Antragsteller: Universitätsklinikum Köln: Dr. phil. Michael Kusch

Konsortialpartner: Universität Köln, Universitätsklinikum Köln, Fachhochschule Dortmund, Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., Haus der Krebs-Selbsthilfe Bundesverband e. V., BARMER GEK, Techniker Krankenkasse

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Einbezogene Bundesländer: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: Themenoffen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines gestuften, strukturierten Programms der "integrierten, sektorenübergreifenden Psychoonkologie" (isPO-Programm); Integration des Programms in stationäre und ambulante Versorgungsstrukturen der Onkologie durch vertikale und horizontale IT-gestützte Kooperation.

Vertikale Kooperation: Versorgungsnetze aus einem Onkologischen Zentrum und Niedergelassenen Ärzten.

Horizontale Kooperation: Ärzte, Pflegekräfte/Arzthelfer, Psychotherapeuten, Psychosoziale Fachkräfte, Selbsthilfe.

Umsetzung: Netzwerk Köln und drei-nicht-universitäre Netzwerke.

Versorgungsziel: Patientenbezogen: Reduktion der wiederholt auftretenden, akuten psychischen Beanspruchungsreaktionen (Angst/Depression) von Krebspatienten innerhalb des ersten Jahres nach Erstdiagnose durch koordinierte, individualisierte psychoonkologische Unterstützung und Patienteninformation. Systembezogen: Bereitstellung eines psychoonkologischen Versorgungsprogramms für die integrierte, sektorenübergreifende Versorgung von Krebspatienten.

**Projekttitle: Ganzheitliches Präventionsprogramm für junge Patienten nach überstandener Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter (CAYAs)**

Akronym: The CARE for CAYA program (Comprehensive Assessments and Related interventions to Enhance long-term outcome in Adolescents and Young Adults)

Antragsteller: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Dr. med. Alexander Stein

Konsortialpartner: Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Essen, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Hochschule Hannover, Universitätsklinikum Jena, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Universitätsklinikum Magdeburg, Universitätsmedizin Mainz, Universitätsklinikum Münster, Universitätsmedizin Rostock, Klinikum Stuttgart, Universität Würzburg,

Sitz des Antragstellers: Hamburg

Einbezogene Bundesländer: Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Bayern, Niedersachsen, Thüringen

Themenfeld: Themenoffen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Die Rate der Krebsüberlebenden nimmt durch multimodale Therapien stetig zu. Dies bedeutet eine zunehmende Anzahl an Krebsüberlebenden mit Spätfolgen (z.B. Herzkreislauf- oder psychosoziale Erkrankungen). Ziel des „CARE for CAYA“ Programms (Jugendliche und junge Erwachsene, 15-39 Jahre) ist es, Krebsüberlebenden, die sich zur regulären Nachsorge vorstellen, zusätzlich ein bedarfsadaptiertes, multimodales Programm zur Reduktion und zur Prävention von Folgeerkrankungen anzubieten. Das Programm enthält neben einer jährlichen umfassenden Bedarfsanalyse (bestehend aus Fragebögen und medizinischen Parametern), Basisversorgung (standardisierte Beratung zu Lebensstil und psychosozialen Fragestellungen) und individuell bedarfsadaptierte Beratungen und Interventionen in den Bereichen Ernährung, Sport und Psychosoziales. Diese multiprofessionelle Versorgungsstruktur soll deutschlandweit an regionalen Zentren der AYA Versorgung implementiert werden.

Eine begleitende Evaluation zum Nachweis der Effektivität der bedarfsadaptierten modularen Intervention ist im Rahmen einer multizentrischen randomisiert-kontrollierten Studie vorgesehen. Der klinische Teil des Programms soll in allen Konsortialzentren analog etabliert werden. Potenziell werden initial 500 CAYAs im ersten Jahr (Steigerung auf 600 CAYAs im zweiten Jahr und 700 im dritten Jahr) neu in das Programm aufgenommen.

**Projekttitle: Versorgungskontinuität sichern - Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern**

Akronym: VESPEERA

Antragsteller: AOK Baden-Württemberg: Katrin Tomaschko

Konsortialpartner: Universitätsklinikum Heidelberg, Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Gesundheitstreffpunkt Mannheim e. V., AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Sitz des Antragstellers: Baden-Württemberg

Einbezogene Bundesländer: Baden-Württemberg

Themenfeld: Themenoffen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung im Einweisungs- und Entlassmanagement durch den Aufbau und die Etablierung von Kommunikationsstrukturen zwischen Krankenhäusern, Hausarztpraxen und der AOK Baden-Württemberg zur Steigerung der Patientenbeteiligung und -zufriedenheit sowie zur Vermeidung von Versorgungslücken und Informationsbrüchen. Aufbau eines Hausarztpraxis-basierten Case Managements nach Entlassung für Patienten mit erhöhtem Unterstützungsbedarf.

Ergebnisevaluation: Quasi-experimentelles Difference-in-Differences und (komparatives) Interrupted Time-Series Design mit Untersuchung der Wiederaufnahmerate innerhalb von 3 Monaten (primär), der Wiederaufnahmerate innerhalb von 4 Wochen, der Wiederaufnahmerate wegen ambulant sensitiver Diagnosen, der Notfallbehandlungsrate innerhalb von 3 Monaten, etc. (sekundär). Die Schätzung von Interventionseffekten und Hypothesentestung erfolgen basierend auf multivariablen gemischten Regressionsmodellen. Zusätzlich wird eine formative Prozessevaluation mit leitfadengestützten Interviews und per Fragebogen durchgeführt. Außerdem wird eine Patientenbefragung in Interventionspraxen und 50 Kontrollpraxen durchgeführt. Die Ergebnisse werden für Benchmarking-Berichte und explorativ für die Evaluation genutzt.

Umsetzungspotenzial: sehr hoch, da teilweise auf bestehende Strukturen aufgebaut werden kann.

**Projekttitle: Sektorübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen:  
Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe**

Akronym: STROKE OWL

Antragsteller: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Dr. Michael Brinkmeier

Konsortialpartner: IKK classic, OFFIS e. V., Universität Bielefeld, Techniker Krankenkasse

Sitz des Antragstellers: Nordrhein-Westfalen

Einbezogene Bundesländer: Nordrhein-Westfalen

Themenfeld: Themenoffen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

Mit dem Care- und Case-Management durch Schlaganfall-Lotsen wird ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell eingeführt, welches geeignet ist, relevante Versorgungsdefizite zu adressieren. Die Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsbereiche wird optimiert, Effizienzreserven des sektorenübergreifenden Zusammenwirkens werden erschlossen und die Versorgungsqualität für Schlaganfall-Betroffene wird verbessert. Damit begegnet das Projekt der strikten sektoralen Zergliederung des deutschen Gesundheitssystems, die für Menschen mit chronischen Erkrankungen eine besondere Herausforderung darstellt.

**Projekttitle: Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom (KRK)**

Akronym: FARKOR

Antragsteller: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns: Antonio Jansen Trejo

Konsortialpartner: AOK Bayern, Verband der Ersatzkassen e.V. , BKK Landesverband Bayern, Knappschaft Regionaldirektion München, Ludwig-Maximilians-Universität München, Felix Burda Stiftung

Sitz des Antragstellers: Bayern

Einbezogene Bundesländer: Bayern

Themenfeld: Themenoffen

Kurzbeschreibung des Projektes durch den Antragsteller:

In Deutschland stehen gesetzlich Versicherten ab dem 50. Lebensjahr der Test auf okkultes Blut und ab dem 55. Lebensjahr die Koloskopie als Krebsfrüherkennungsmaßnahmen zur Verfügung. Die Berechtigung zur Darmkrebsfrüherkennung ist ausschließlich an die genannte Altersbegrenzung gebunden. Dies ignoriert wesentliche Risikofaktoren zur Genese des Darmkrebs und der daraus resultierenden Sterblichkeit. Etwa 10% der jährlichen Neuerkrankungen werden in Deutschland vor dem 55. Lebensjahr entdeckt. Diese Altersgruppe zeigt eine steigende Inzidenz. Ein Großteil dieser Fälle ereignet sich in familiären und erblichen Risikogruppen. Im Projekt FARKOR erhalten Patienten erstmals die Möglichkeit, bereits früh (im Alter von 25 bis unter 50 Jahren) identifiziert und über ihr erhöhtes Risiko und risikoangepasste Früherkennung informiert zu werden sowie an vorgezogener Früherkennung teilzunehmen. Ziel des Projekts ist es, in einem Flächenstaat (Bayern) wissenschaftlich fundierte und evaluierte Maßnahmen zur Identifikation, Information, Beratung und KRK-Früherkennung für Personen mit familiärem Risiko zu implementieren. Familien mit höherem KRK-Erkrankungsrisiko sollen effektiv detektiert und über leitliniengerechte Vorsorge aufgeklärt werden.