CoRe-Net

CoRe-Net Mitgliederversammlung 2022

14. Dezember 2022, 16:00 – 18:00 Uhr

Poster Vorstellung der Teilprojekte

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung

Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät

UNIKLINIK KÖLN

ZVFK
Zentrum für Versorgungsforschung Köln

LYOL-C – „Haben wir genug getan, um die Palliativmedizin zu involvieren?“ (Jana Frey)

UNIKLINIK KÖLN

Poster Nr. A-151
14. DGP-Kongress

„Haben wir genug getan, um die Palliativmedizin zu involvieren?“

*Rekrutierung von Patient*innen mit fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung im letzten Lebensjahr auf allgemeinen Krankenhausabteilungen am Beispiel von LYOL-C-II*

Frey, J.S. [1], Dust, G. [1] Werner, B. [2] Voltz, R.[1,3,4], Strupp, J [1]

[1] Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln [2] Institut für Soziologie und Sozialpsychologie der Universität zu Köln
[3] Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) [4] Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Cologne Düsseldorf (ABCD CIO)

LYOL-C

CoRe-Net

Hintergrund

Frühzeitige Identifikation von Patient*innen im letzten Lebensjahr kann eine personenzentrierte Versorgung am Lebensende unter Einbezug der Palliativmedizin fördern. LYOL-C II ist eine kontrollierte Phase-II Studie mit Prä-Post-Design[1]. Mithilfe der Surprise Question (SQ)[2] und dem SPICT-DE™ Modell[3] werden Patient*innen zweier Abteilungen einer Uniklinik rekrutiert und prospektiv zur Versorgung befragt.

Fragestellung

Welche Herausforderungen gibt es bei der Rekrutierung von Patient*innen mit einer fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung im letzten Lebensjahr auf allgemeinen Krankenhausabteilungen?

Methode

Das Studienteam (n=3) und Oberärzt*innen (OÄ) zweier Abteilungen (n=8) sind an der Rekrutierung beteiligt. Feldnotizen wurden nach Kontakt zu Studienteilnehmenden und Gesprächen mit OÄ erstellt. Sie enthalten Aussagen von Patient*innen, Nahestehenden, OÄ; Eindrücke des Studienteams und Ausschlussgründe. Die Analyse erfolgt deskriptiv und inhaltsanalytisch. Die Kategorisierung basiert auf Ohmann & Kuchinkes Faktorenmodell zur Studienbeteiligung[4].

Ergebnisse

Innerhalb von 18 Monaten wurden 36 Patient*innen von 85 vorgeschlagenen (43.35%) in die Kontrollgruppe eingeschlossen. Das Ziel von 36 Patient*innen pro Interventionsarm im Zeitraum von 8 Monaten wurde somit nicht erreicht. Ausschlussgründe waren: kein Interesse (31.91%), emotionale Belastung zu hoch (27.66%), Sprach- und kognitive Barriere (14.89%), zeitlicher Aufwand zu hoch (10.63%), Versterben (8.51%), und Angst im Umgang mit Tod und Sterben (6.83%). Zu den beobachteten Herausforderungen zählen patient*innenbezogene, versorger*innenbezogene, organisationale und studienbezogene Faktoren sowie deren Interaktion (Abb.3). Drei ausgewählte Zitate verdeutlichen die Herausforderungen in der Rekrutierung (Abb.2).

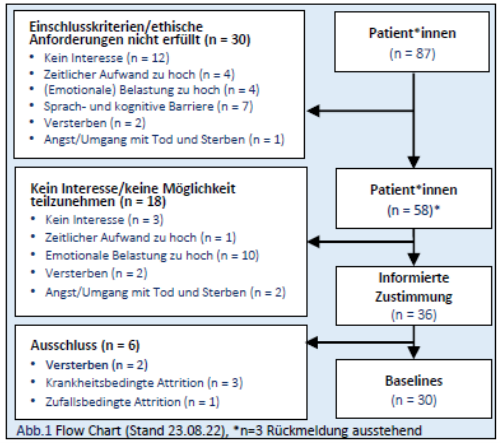


Abb.1 Flow Chart (Stand 23.08.22), *n=3 Rückmeldung ausstehend

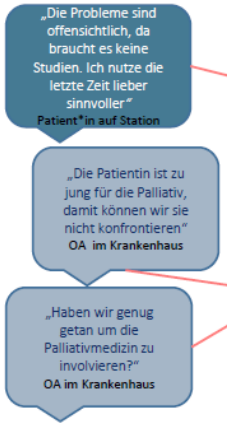


Abb.2 Zitate im Studienverlauf

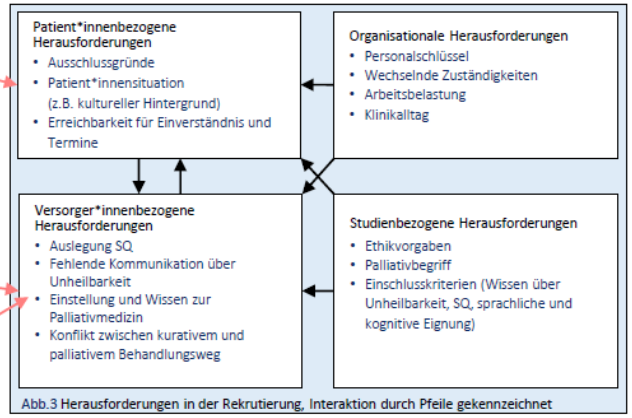


Abb.3 Herausforderungen in der Rekrutierung, Interaktion durch Pfeile gekennzeichnet

Schlussfolgerung

Die Patient*innenrekrutierung ist ein zeit- und ressourcenaufwendiger Prozess. Maßgebliche Herausforderungen sind die Erreichbarkeit der Patient*innen sowie lückenhaftes Wissen über palliativmedizinische Strukturen und deren Einsatz. Unsicherheiten im Umgang mit Patient*innen im letzten Lebensjahr und fehlende, aber von der Ethikkommission geforderte, Gespräche über die Unheilbarkeit sorgen dafür, dass Patient*innen erst spät im Krankheitsverlauf oder gar nicht für die Studie LYOL-C II vorgeschlagen werden. Eine erhöhte Präsenz des Studienteams und Informationen zu palliativmedizinischen Strukturen sind wichtige Strategien, um die Zahl der Teilnehmenden zu erhöhen sowie die Unterstützung durch eine Study Nurse.

Referenzen

[1] Strupp, J., Kasdorf, A., Dust, G., Hower, KI., Seibert, M., Werner, B., Kuntz, L., Schulz-Nieswandt, F., Meyer, I., Pfaff, H., Heilmich, M., Voltz, R.; On behalf of CoReNet (2021). Last Year of Life Study-Cologne (LYOL-C) (Part II): study protocol of a prospective interventional mixed-methods study in acute hospitals to analyse the implementation of a trigger question and patient question prompt sheets to optimise patient-centred care. BMJ Open, 11(7). doi: 10.1136/bmjopen-2021-04868
[2] Afshar, K., Feichtner, A., Boyd, K. et al. Systematic development and adjustment of the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). BMC Palliat Care 17, 17 (2018). https://doi.org/10.1186/s12904-018-0283-7
[3] Hayder SA, Almeder L, Michalakes L, Han PKJ, Strout TD. Using the surprise question to identify those with unmet palliative care needs in emergency and inpatient settings: what do clinicians think J Palliat Med. 2017 doi:10.1089/jpm2016.0403
[4] Ohmann, C., Kuchinke, W., "Meeting the Challenges of Patient Recruitment." International Journal of Pharmaceutical Medicine 21 (2012): 263-270

Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Deutschland
https://palliativzentrum.uk-koeln.de www.core-net.koeln letztes-lebensjahr@uk-koeln.de

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung

LYOL-C – Question Prompt Sheets (Christin Leminski)

Question Prompt Sheets

Entwicklung eines Question Prompt Sheets (QPS) für Patient*innen im letzten Lebensjahr

Christin Leminski[1], Belinda Werner[2], Lisa Bach[1], Kira Hower[1], Alina Kasdorf[4], Sophie Peter[1], Melissa Ulmer[3], Frank Schulz-Nieswandt[2], Julia Strupp[4], Raymond Voltz[4] & Holger Pfaff[1]

[1] Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät & Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft
[2] Universität zu Köln, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Institut für Soziologie und Sozialpsychologie
[3] Universität zu Köln, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Seminar für Allgemeine BWL und Management im Gesundheitswesen
[4] Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin

Methodik

- Deutsche Patientenleitlinie „Palliativmedizin" als Basis [1]
- 10 Interviews mit Patientenvertreter*innen und Versorgenden
- Inhaltsanalytische Auswertung

Ein Wegweiser für Gespräche zur Planung Ihrer Versorgung

Ergebnisse

- Zu berücksichtigende Aspekte für die Anwendung des QPS:
  - persönliche Faktoren, z. B. Akzeptanz und Selbstwirksamkeit
  - kulturelle Unterschiede, z. B. Umgang mit dem Thema Sterben und Tod
  - Barrierefreiheit, z. B. Verwendung großer Schriftarten und einfacher Sprache
  - individuelle Beratung mit ausreichend Zeit zur Vorbereitung

➜ Das QPS ermutigt die Patient*innen, Fragen zu stellen und aktiv nach Informationen zu suchen.

➜ Das QPS wird für die Kommunikation mit Patient*innen im letzten Lebensjahr als hilfreich empfunden.

Wichtige Fragestellungen für eine angemessene Versorgung bei schwerwiegenden Erkrankungen

Die Daten stammen aus OrgValue II und LYOL-C II (CoRe-Net-DRKS: DRKS00022959)

Quelle: [1] Leitlinienprogramm Onkologie. Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten MIT einer nicht heilbaren Krebserkrankung, 2015.

MenDis-CHD – Versorgungsqualität in der Diagnostik und Therapie psychischer Komorbidität bei koronarer Herzerkrankung (Charlotte Leikert)

Cologne Research and Development Network
Kölner Kompetenznetzwerk aus Praxis und Forschung

Versorgungsqualität in der Diagnostik und Therapie psychischer Komorbidität bei koronarer Herzerkrankung (MenDis-CHD II)

- Eine prospektive Kohorten-Studie -

Charlotte Leikert[1], Laura Nordmeyer[1], Lena Sannemann[1], Frank Schulz-Nieswandt [3], Frank Jessen [2], Christian Albus [1], CoRe-Net
1 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Uniklinik Köln, 2 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln, 3 Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln
*Für die CoRe-Net Antragsteller: Prof. Dr. Ludwig Kunz, Ingo Meyer. Prof. Dr. Holger Pfaff, Prof. Dr. Nadine Scholten, Prof. Dr. Stephanie Stock, Dr. Dr. Julia Strupp, Prof. Dr. Raymond Voltz

HINTERGRUND

Psychische Störungen erhöhen das Risiko einer koronaren Herzerkrankung (KHK) und haben einen negativen Einfluss auf den Gesundheitsverlauf. In MenDis-CHD I wurden Patient*innen mit KHK in Hinblick auf die Versorgung von möglichen psychischen Komorbiditäten untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass das Screenen nicht ausreichend umgesetzt wird. Mit MenDis-CHD II als Follow-up Studie, soll überprüft werden, ob und wie sich die Versorgung innerhalb von zwei Jahren verändert hat. Gleichzeitig sollen mögliche versorgunsspezifische Unterschiede von Patient*innen mit und ohne psychische Beschwerden identifiziert werden.

WISSENSCHAFTLICHES ZIEL

- Beurteilung der Versorgungsqualität zum Zeitpunkt von MenDis-CHD II
- Analyse der Versorgungswege von Patient*innen mit/ohne psychische Beschwerden: Haben die Patient*innen mit psychischen Beschwerden zum Zeitpunkt von MenDis-CHD I im Verlauf eine dem psychischen Befinden angepasste Versorgung erhalten?

METHODE

Follow-up Rekrutierung von Patient*innen aus der Vorstudie MenDis-CHD I

Einschlusskriterien
- Teilnahme an der Vorstudie MenDis-CHD I
- Älter als 18 Jahre
- Diagnostisch-gesicherte KHK

Ausschlusskriterien
- Unzureichende Deutschkenntnisse
- Hochgradig instabile körperliche/seelische Verfassung
- Fehlende Einverständniserklärung

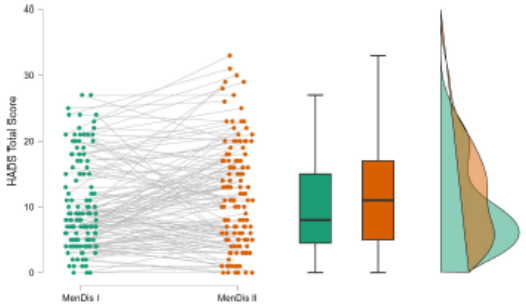
Vorgehen
- Fragebogenerhebung; äquivalent zu MenDis-CHD I mit Modifikationen für MenDis-CHD II
- Erhebung von soziodemografischen/somatischen Daten; psychische und kognitive Variablen (HADS, SKID-I, DemTect, CERAD+), durchgeführte Diagnostik, Behandlungsarten, Zugang und Barrieren des Versorgungssystems, vorbekannte psychische Diagnosen, kritische Lebensereignisse (SRRS), Patient*innenzufriedenheit (PACIC), Lebensqualität (EQ-5D-3L)

Analyseverfahren
- Deskriptive Beschreibungen: Vergleich Stichprobe MenDis-CHD I und MenDis-CHD II
- $\chi 2$ Tests: Unterschiede in Versorgung von Patient*innen mit/ohne psychische Beschwerden

ERGEBNISSE

Dropouts und Studienstichprobe:
Es kam von der Ursprungsstichprobe (MenDis-CHD I N = 364) zu einem Drop-Out von 233 Personen (Dropout-Rate ca. 64%). Hinsichtlich soziodemografischer Charakteristika wird deutlich, dass v.a. junge Patient*innen (35-49 Jahre) und Vollzeiterwerbstätige rausfielen. Die verbliebenen Patient*innen sind größtenteils berentet und haben häufiger einen Pflege- und Schwerbehindertengrad. Die Endstichprobe bestand aus 131 Patient*innen, 95 Männern (72,5 %) und 36 Frauen (27,5 %), mit einem Durchschnittsalter von M = 68 Jahren.

Verlauf des psychischen Befindens:



Versorgungsspezifische Unterschiede*:

Variable	Non-MD	MD
Kommunikation mit Behandler*in		
Mit Behandler*in über psych. Probleme gesprochen	37 (42.0)	24 (57.1)
Behandler*in sprach aktiv auf psych. Probleme an	23 (46.0)	12 (41.4)
Fand Ansprache von Behandler*in angemessen	26 (57.8)	11 (44.0)
Möchte von Behandler*in angesprochen werden	**22 (27.2)**	**19 (46.3)**
Diagnostik		
Stattgefundene psychol./psychiatr. Untersuchungen	**6 (16.7)**	**19 (55.9)**
Positiv diagnostizierte psychische Symptome	**5 (13.5)**	**13 (38.2)**
Überweisung zu weiterführender Diagnostik	5 (13.5)	6 (17.6)
Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung		
Wunsch nach Behandlung psychischer Probleme	10 (29.4)	14 (45.2)
Empfehlung für die Behandlung von psych. Problemen	**4 (11.8)**	**12 (38.7)**
Derzeitige psychotherapeutische Behandlung	3 (8.8)	8 (25.8)
Derzeitige medikamentöse Behandlung	5 (14.7)	7 (23.3)
Information und Unterstützung		
ausreichende Informationen bzgl. psychotherapeutischer Behandlung	6 (18.8)	10 (32.3)
Behandler*in auf Wunsch nach psychotherapeutischer Behandlung eingegangen	**5 (16.7)**	**13 (41.9)**
ausreichende Informationen bzgl. psychiatr. Behandlung	6 (20.0)	12 (37.5)
Behandler*in auf Wunsch nach psychiatr. Behandlung eingegangen	7 (22.6)	7 (22.6)

*unterschiedliches n aufgrund von Sprungregeln im Fragebogen

DISKUSSION

Die Patient*innen sind zum Follow-up Zeitpunkt psychisch belasteter als zuvor. Patient*innen mit psychischen Beschwerden haben im Vergleich zu Patient*innen ohne psychische Beschwerden nur teilweise eine andere bzw. leitliniengerechte Behandlung erhalten. Es werden Schwierigkeiten in der Kommunikation mit dem/der Behandler*in deutlich. Zwar wünschen sich Patient*innen mit psychischen Beschwerden häufiger angesprochen zu werden, dennoch möchte dies die Mehrheit gar nicht und empfand die Ansprache häufiger als nicht angemessen im Gegensatz zu Patient*innen ohne psychische Beschwerden. Eventuell werden die Bedürfnisse dieser Patient*innen durch die derzeitige Kommunikation nicht angemessen getroffen. Auch zeigen sich in der Diagnostik und bzgl. weiterführender Behandlung Defizite. Zwar werden Patient*innen mit psychischen Beschwerden häufiger psychologisch/psychiatrisch untersucht und häufiger positiv diagnostiziert als Patient*innen ohne Beschwerden, jedoch ist z.B. nur ein geringer Teil in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung. Auch fühlen sich die Patient*innen in der Hinsicht größtenteils nicht ausreichend informiert und unterstützt.

MenDis-CHD II
M.Sc. Laura Nordmeyer, M.Sc. Charlotte Leikert, M.Sc. Lena Sannemann
Uniklinik Köln, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Kerpener Str. 62
50937 Köln
E-Mail: laura.nordmeyer@uk-koeln.de, charlotte.leikert@uk-koeln.de, lena.sannemann@uk-koeln.de

Projektlaufzeit: Mai 2020 – April 2023
Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Kennzeichen: 01GY1916)

CoRe-Net@uk-koeln.de
www.core-net.koeln

OrgValue / MenDis-CHD – Hausarztbasierte Intervention zur Erkennung von psychischen und kognitiven Komorbiditäten bei Menschen mit KHK (Kai Keller)

Hausarztbasierte Intervention zur Erkennung von psychischen und kognitiven Komorbiditäten bei Menschen mit KHK

Kai Keller[1], Lisa Bach[1], Kira Hower[1], Christin Leminski[1], Sophie Peter[1], Belinda Werner[1], Christian Albus[2], Frank Jessen[3], Frank Schulz-Nieswandt[4], Holger Pfaff[1]

Hintergrund

Ergebnisse aus MenDis-CHD I [1]

- *Bei 28 % der befragten Kölner*innen mit KHK wurde eine psychische Störung aufgedeckt*
- *49 % davon hatten eine ärztliche Diagnose*
- *Unzureichende Interaktion zwischen* Ärzt*innen und Patient*innen *über psychische und kognitive Probleme*

→ Notwendigkeit der Integration von Screenings psychischer und kognitiver Begleiterkrankungen in die kardiologische Versorgung

→ Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen

Entwicklung

- **Tailoring**[2] der Intervention unter Anwendung des „Consolidated Framework for Implementation Research"[3]
- Orientierung an aktuellen **Leitlinienempfehlungen**[4] und zeiteffektiven Screening-Instrumenten
- Durchführung qualitativer **Interviews** mit **Hausärzt*innen** (n = 10) sowie **Patient*innen** und Patientenverter*innen (n = 10)

Booklet für Hausärzt*innen

*„Wäre ich überrascht, wenn mein*e Patient*in an einer kognitiven und/oder psychischen Störung leiden würde?"*

Question Prompt Sheet für Patient*innen

„Was können seelische Begleiterscheinungen meiner KHK sein?"

Ergebnisse

Hausärztliche Intervention

1. Trigger Question
2. Booklet für Hausärzt*innen
   - *Zusammenfassung der Relevanz, Diagnostik und Therapie von psychischen/ kognitiven Komorbiditäten (MCDs) bei KHK*
3. Screening-Tools
   - *Praktische Handreichungen zur Detektion von MCDs und Risikofaktoren bei KHK*
4. Schulungskonzept zur Implementierung

Patientenseitige Intervention

- *Question Prompt Sheet für Patient*innen*

[1] Peltzer, S., Müller, H., Köstler, U., Schulz-Nieswandt, F., Jessen, F., Albus, C., & Group, on behalf of the C.-N. study. (2020). Detection and treatment of mental disorders in patients with coronary heart disease (MenDis-CHD): A cross-sectional study. *PLOS ONE*, *15*(12), e0243800. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243800

[2] Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., & Robertson, N. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: Effects on professional practice and health care outcomes. In The Cochrane Collaboration (Hrsg.), Cochrane Database of Systematic Reviews (S. CD005470.pub2). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub2

[3] Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Sci 4, 50 (2009). https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

[4] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale Versorgungsleitlinie - Chronische KHK Langfassung. 2019 [zitiert am 17.11.2021]. Verfügbar unter: www.khk.versorgungsleitlinien.de.

[1]Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät & Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft
[2]Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln (AöR)
[3]Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Gedächtnisstörungen, Universitätsklinikum Köln (AöR)
[4]Universität zu Köln, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Institut für Soziologie und Sozialpsychologie

OrgValue / Delphi-Studie – Einschätzungen der Relevanz und Umsetzbarkeit von Strategien des Value-based Care Konzeptes aus Sicht von Stkeholdern: Organisation der Versorgung in integrierten Versorgungseinrichtungen & Netzwerken (Franziska Krebs)

UNIKLINIK KÖLN

CoRe-Net

Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie

Einschätzungen der Relevanz und Umsetzbarkeit von Strategien des Value-based Care Konzeptes aus Sicht von Stakeholdern: Organisation der Versorgung in integrierten Versorgungseinrichtungen & Netzwerken

Ergebnisse einer Delphi-Befragung

F Krebs[1], S Engel[1], A Alayli[1], V Vennedey[1], S Stock[1]
[1] Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Uniklinik Köln

Ziel

Erfassen der Einschätzungen von Stakeholdern des Gesundheitssystems zur Relevanz und Umsetzbarkeit von Aktivitäten und Schritten zur Implementierung von Value-based Care (VBC) in Deutschland.

Forschungskontext

Um die Diskrepanz zwischen Gesundheitsausgaben und erzielten Gesundheitsoutcomes im deutschen Gesundheitssystem zu verringern, stellt der VBC Ansatz eine mögliche Strategie dar. Dieses Konzept zielt auf die Verbesserung von Behandlungsergebnissen ab, die für Patient*innen wichtig sind und strebt gleichzeitig eine Optimierung des Verhältnisses von erzielten Behandlungsergebnissen und Kosten an [1]. Für die Implementierung des VBC Ansatzes wurden von Porter und Lee [2] 6 Kernstrategien formuliert (siehe Abb. 1).

Abbildung 1: Kernstrategien des VBC Konzepts

Der Fokus dieses Posters liegt auf Strategie 1:

- Leistungserbringer sind in integrierten Behandlungseinrichtungen und Netzwerken (Integrated Practice Units - IPUs) organisiert.
- IPUs sind an Krankheitsbildern orientiert und fassen diejenigen Fachdisziplinen und Leistungen zusammen, die für die gesamte Behandlung eines Krankheitsbildes benötigt werden.
- IPUs erbringen Leistungen über die gesamte Behandlungskette (ambulante, stationäre und rehabilitative Leistungen).
- Die Versorgung in einer IPU erfolgt für jedes Krankheitsbild bestenfalls an einem Standort.
- IPUs nutzen eine gemeinsame Verwaltungs- und Terminplanungsstruktur.
- IPUs erhalten eine gemeinsame, sektorenübergreifende Vergütung für den gesamten Behandlungsverlauf.

Methode

- Delphi-Verfahren: Strukturierter Gruppen-Kommunikationsprozess, bei dem die anonymen Antworten teilnehmender Experten nach jeder Runde als Feedback in der jeweils nächsten Runde zur Neubewertung bereitgestellt werden [3].
- Panel: Personen, die direkt an der Versorgung oder Finanzierung beteiligt sind, an der Gesetzgebung mitwirken oder im Bereich Erhebung und Bewertung der Qualität der Versorgung tätig sind.
- Fragebogen: Bewertung von 56 Schritten und Aktivitäten des VBC Konzepts hinsichtlich ihrer Relevanz und Umsetzbarkeit mithilfe einer 4-stufigen Likert-Skala.
- Auswertung: Deskriptive Auswertung der Gruppenmeinung, Bestimmung des Konsensgrades (hoch, moderat, niedrig, Dissens) [4].

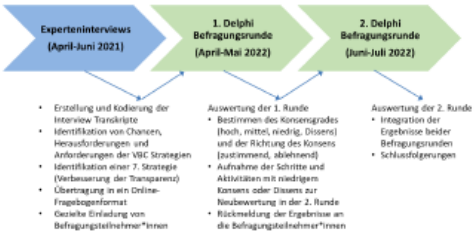


Abbildung 2: Forschungsprozess

Ergebnisse

- Erste Befragungsrunde: 51 vollständig und 18 teilweise ausgefüllte Fragebögen; zweite Befragungsrunde: 43 vollständig und 9 teilweise beantwortete Fragebögen
- Panel: große Bandbreite verschiedener Tätigkeitsbereiche vertreten (z.B. Krankenhaus und entspr. Verbände, GKV, ärztl. Interessenvertretung, Heilmittelerbringer und entspr. Interessenvertretung)
- **Richtung der Gruppenmeinung** zur Implementierung von IPUs insgesamt befürwortend
- **Relevanz**: Konsens für alle 9 Schritte und Aktivitäten zur Implementierung von IPUs
- **Umsetzbarkeit**: Konsens für 7 von 9 Schritten und Aktivitäten zur Implementierung von IPUs

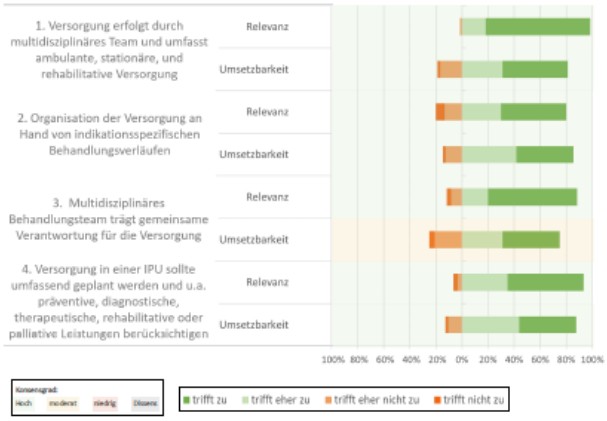


Abbildung 3: Gruppenmeinung zur Relevanz und Umsetzbarkeit von Schritten und Aktivitäten hinsichtlich der Implementierung von IPUs in Deutschland

Abbildung 4: Fortsetzung Gruppenmeinung zur Relevanz und Umsetzbarkeit von Schritten und Aktivitäten hinsichtlich der Implementierung von IPUs in Deutschland

Diskussion

- Stakeholder des deutschen Gesundheitswesens stehen der Implementierung von IPUs in Deutschland grundsätzlich positiv gegenüber.
- Uneinigkeit (Dissens) besteht in der **Umsetzbarkeit** der sektorenübergreifenden Vergütung; der **Relevanz** dieser Maßnahme wird hingegen mit moderatem Konsensgrad zugestimmt.
- Die Versorgung innerhalb einer IPU möglichst an einem Standort wird als nicht relevant eingeschätzt.
- Unterstützung der Implementierung von IPUs durch Umsetzung weiterer Kernstrategien des VBC Konzepts, wie z.B. einer gemeinsamen digitalen Infrastruktur (siehe Abb. 1).

Referenzen

[1] Porter, Michael; Teisberg, Elizabeth Olmsted (2006): Redefining Health Care. Creating Value-based Competition on Results. Boston: Harvard Business Review Press.
[2] Porter, Michael; Lee, Thomas (2013): The Strategy That Will Fix Health Care. In: *Harvard Business Review* 91 (10).
[3] Linstone, Harold A.; Turoff, Murray (Hg.) (2002): The Delphi Method. Techniques and Applications. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
[4] O'Loughlin, R.; Kelly, A. (2004). Equity in resource allocation in the Irish health service: a policy Delphi study. Health Policy, 67(3), 271-280.

CoRe-Net Mitgliederversammlung
Köln, 14.12.2022
Kontakt: Franziska Krebs, franziska.krebs@uk-koeln.de