

„Kein resilientes, sondern vulnerables Gesundheitss

„Patientensicherheit ist nur bei uns in Deutschland reduziert worden auf einige wenige, wenn auch wichtige Detailthemen." Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" spricht sich Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS) dafür aus, den Begriff neu aufzuladen und eher im Sinne des angelsächsischen „Patient Safety" zu begreifen. Dazu führt sie den WHO-Aktionsplan „Patientensicherheit – 2021 bis 2030" an, in dem Patientensicherheit als System zur „Entwicklung und Aufrechterhaltung sektorübergreifender und multinationaler Synergien, Partnerschaften und Solidarität zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualität der Versorgung" verstanden wird.

Im Titelinterview: Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS)

>> Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, das Sie seit 2019 als Vorsitzende leiten, gibt es seit 2005. Was hat das APS in seinen knapp 20 Jahren für die Patient:innen erreicht?

Der größte Verdienst des Aktionsbündnisses Patientensicherheit ist sicherlich die Etablierung der Forschung zum Thema Patientensicherheit in Deutschland. Aus diesem Grunde wurde das APS auch zusammen mit einem Institut für Patientensicherheit gegründet, auch wenn sich deren Wege aufgrund unterschiedlicher Ansichten der damals Handelnden getrennt haben. Im Nachhinein gesehen war das sicherlich sowohl politisch als auch strategisch unklug. Weitere Meilensteine waren Aktionen wie „Saubere Hände" oder die Etablierung des Critical Incident Reporting Systems, kurz CIRS, einem Meldesystem zu Beinahe-Ereignissen und Zwischenfällen. CIRS wurde gemeinsam mit dem Pflegerat und der KBV gestartet – hier ist das APS jedoch ausgestiegen.

„Warum wir – ähnlich übrigens beim Impfen – nicht in Richtung 90 Prozent oder mehr kommen, liegt an der bei uns etablierten Kultur im Gesundheitssystem, die Eigenverantwortung nicht gerade stärkt."

Der Grund?

Weil die damaligen Vorstände der Meinung waren, dass man sich, nachdem CIRS einmal etabliert war, anderen Themen widmen sollte, auch aufgrund der immer recht angespannten Finanz- und Mitarbeitersituation. Ich selbst bin der Meinung, dass das APS bei dem CIRS hätte am Ball bleiben sollen, weil derartig komplexe Systeme von mehreren Trägern mit unterschiedlicher Perspektive besser ausgestaltet und vor allem in der Praxis effizienter durchgesetzt werden können.

ein ystem"

Vergessen sollte man auch nicht, dass das APS seit 2015 den Internationalen Tag der Patientensicherheit gemeinsam mit Kolleg:innen aus der Schweiz und Österreich gegründet hat, der auf unsere Initiative hin dann auch als Welttag der Patientensicherheit anerkannt wurde. Und ebenso wenig das „Weißbuch Patientensicherheit" – geschrieben von Prof. Dr. Matthias Schrappe – sowie diverse Handlungsempfehlungen zu den Themen „Second Victim" (Stärkung der Resilienz von Mitarbeiter:innen im Gesundheitssystem), Digitalisierung, Risikomanagement. Sehr wichtig ist auch unser Forschungsbereich zur Arzneimitteltherapiesicherheit, der mit dem Nationalen Plan Arzneimitteltherapiesicherheit verknüpft ist. Ganz aktuell haben wir die Kampagne „Deutschland erkennt Sepsis" gestartet. All diese Aktionen tragen wesentlich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient:innen und Versicherten, aber auch der Health Professionals bei.

Sie führten eben aus, dass das APS vom Institut für Patientensicherheit abgespalten wurde …

… dabei wäre ein gemeinsames Vorgehen viel sinnvoller. Wir brauchen auf der einen Seite die Forschung und auf der anderen Seite die praktische Umsetzung, die häufig über das APS initiiert und vor allen Dingen auch in die politische Diskussion gebracht wird.

Wie gelingt diese Umsetzung, die Translation in die Praxis?

Wir versuchen seit 2018, mehr politischen Einfluss zu bekommen. Aber das ist unglaublich schwierig. Da muss man ehrlich sein: Wir sind nun einmal ein kleiner Verein mit begrenztem Etat. Da hilft keine Larmoyanz, sondern nur harte Arbeit. Und immer wieder neue Ansätze, sich mit noch mehr und anderen Sparringspartnern zum Thema Patientensicherheit zu vernetzen und dadurch mehr politischen Einfluss zu gewinnen. Nur so wird es uns gelingen, die Instrumente und Methoden zum Thema Patientensicherheit in die breite Umsetzung zu bekommen.

Immerhin ist Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach Schirmherr Ihres Internationalen Tags der Patientensicherheit.

Stimmt schon. Doch bei wichtigen Themen spricht er sich nicht mit uns ab oder diskutiert auch nur darüber. Das APS ist beispielsweise auch nicht in der Kommission zur Krankenhausreform vertreten. Dabei stelle ich mir unter der Funktion eines Schirmherrn schon vor, dass dieser das Aktionsbündnis auch in deutlicher Form in der Öffentlichkeit vertritt und unser Thema dort einbringt, wo es Sinn macht - und das ist insbesondere bei den Reformen im Gesundheitswesen im Moment fast überall dringend notwendig.

Vielleicht ist der Begriff „Patientensicherheit" einfach – sagen wir – zu unsexy. Wer will sich schon an Detailthemen wie Händedesinfektion abarbeiten?

Händedesinfektion ist bei der Patientensicherheit wirklich nur ein kleiner Baustein. Allerdings muss man wissen, dass auch heutzutage die Compliance bei der Händedesinfektion mancherorts noch bei nur 55 Prozent liegt, der Durchschnitt liegt bei aseptischen Tätigkeiten bei etwa 70 Prozent. Warum wir – ähnlich übrigens beim Impfen – nicht in Richtung 90 Prozent oder mehr kommen, liegt an der bei uns etablierten Kultur im Gesundheitssystem, die Eigenverantwortung nicht gerade stärkt. Dabei wäre ein deutlicher Kulturwandel enorm wichtig, wenn man den Globalen Aktionsplan Patientensicherheit der WHO für die Jahre 2021 bis 2030 betrachtet, der weit mehr umfasst als Händedesinfektion oder die Frage, ob vor einer OP das richtige Bein markiert wurde.

Vielleicht sollte man sich vom Begriff „Patientensicherheit" verabschieden?

Man muss sich nicht gleich davon verabschieden, neu aufladen würde mir schon reichen. Patientensicherheit ist nur bei uns in Deutschland reduziert worden auf einige wenige, wenn auch wichtige Detailthemen. Vor allem in den angelsächsischen Ländern versteht man unter „Patient Safety" ein ganzes Kontinuum, das von Outcome-Qualität und Patientenorientierung bis hin zur Resilienz der Gesund-

heitssysteme reicht. Patientensicherheit, wie wir sie verstehen, ist hier nur ein Unterthema.

Wenn man sich den WHO-Aktionsplan „Patientensicherheit – 2021 bis 2030" durchliest, erkennt man, dass dort viel umfassender gedacht wird. Da steht beispielsweise als Missionsbeschreibung: „Vorantreiben von Programmen, Strategien und Maßnahmen auf der Grundlage von Wissenschaft, Patientenerfahrungen, Systemgestaltung und Partnerschaften, um alle Ursachen vermeidbarer Risiken und Schäden für Patientinnen und Patienten und Beschäftigte im Gesundheitswesen zu beseitigen".

Dazu gibt es einen sehr guten, sieben strategische Ziele verfolgenden Bausteinkasten, bei dem gleich unter dem ersten Punkt der Aufruf steht: „Die Eliminierung aller vermeidbaren Patientenschäden muss überall zu einer Geisteshaltung und zu einem Grundsatz für die Planung und Durchführung der Gesundheitsversorgung werden". Und unter Punkt 2 steht, wie sich das die WHO vorstellt. Und zwar mit „dem Aufbau hochzuverlässiger Gesundheitssysteme und -organisationen, die Patientinnen und Patienten täglich vor Schaden bewahren". Wenn man Patientensicherheit so angeht und versteht, nämlich als System zur „Entwicklung und Aufrechterhaltung sektorübergreifender und multinationaler Synergien, Partnerschaften und Solidarität zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualität der Versorgung" (WHO-Punkt 7), wären wir bei uns einen ganz großen Schritt weiter.

Vielleicht sollte man erwähnen, dass der WHO-Aktionsplan auf die Verabschiedung der Resolution WHA72.6 über „Globale Maßnahmen zur Patientensicherheit" durch die 72. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2019 zurückgeht. Darin werden die Mitgliedstaaten – und gegebenenfalls Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration – nachdrücklich dazu aufgefordert, Patientensicherheit als eine gesundheitspolitische Priorität in den Strategien des Gesundheitssektors und bei Programmen für eine allgemeine Gesundheitsversorgung anzuerkennen.

Zumindest ist der WHO-Aktionsplan in einer deutschen Übersetzung auf den Onlineseiten (1) des BMG zu finden.

Damit hat es sich aber auch schon. Mehr ist bisher in der Umsetzung nicht geschehen.

Und das, obwohl 2021 die 74. Weltgesundheitsversammlung den Beschluss WHA74(13) billigte, den Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021 bis 2030 anzunehmen und dabei den Generaldirektor ersuchte, schon bei der 76. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2023 und danach alle zwei Jahre bis 2031 über die Fortschritte bei der Umsetzung des Globalen Aktionsplans für Patientensicherheit 2021 bis 2030 zu berichten.

Wird Deutschland da viel beizutragen haben?

Ich habe schon 2020 anlässlich des Ausbruchs der Corona-Pandemie in einem Beitrag geschrieben, dass jedes Gesundheitswesen eine kritische Infrastruktur ist. Diesen Begriff verbinden wir bisher nur mit Energie oder IT- Sicherheit. Doch müssen wir es, wenn wir unser Gesundheitssystem wirklich resilient gestalten und möglichst alle Risiken, so gut es eben geht, in den Griff bekommen wollen, als kritische Infrastruktur sehen.

Und dafür ist der WHO-Aktionsplan sehr relevant, wenn man ihn denn auch bei uns umsetzen würde.

Doch haben wir in Deutschland nur ein einziges Institut für Patientensicherheit und eine Handvoll Versorgungsforschungsinstitute, die sich am Rande mit Patientensicherheit beschäftigen. Aber es gibt in Deutschland keinen medizinischen Studiengang zum Thema Patientensicherheitsforschung. Die Mediziner:innen lassen sich das Thema Patientensicherheit sozusagen von den Versorgungsforscher:innen wegnehmen.

Weil Sie meist einzelne Organe – Leber, Mägen und neuerdings auch Aorten – behandeln, aber zu oft nicht Patient:innen insgesamt?

Das kann man der Ärzteschaft allerdings nicht wirklich anlasten. Das liegt auch an der Art der Honorierung, die Einzelleistungen bezahlt, aber nicht an der Outcome-Qualität gemessen wird. Das führt leider viel zu oft dazu, dass auch das codiert wird, was Geld bringt. Die Codierung schadet den Patient:innen nicht, nützt aber auch nicht, hier sind ökonomische Ziele der Klinik und auf der anderen Seite der Rechtfertigungszwang gegenüber den Krankenkassen im Vordergrund: zumindest solange man irgendeine Diagnose oder Prozedur irgendwie noch grob glaubhaft erklären kann. Das wiederum führt zu einem Übermaß an Dokumentation, Überprüfung und deren Kontrolle bis hin zu Regressen und Gerichtsprozessen. So verpuffen Tausende, wenn nicht Millionen von Arbeitsstunden pro Jahr, nur weil ein Krankenhaus oder eine niedergelassene Ärzt:in hinreichend für das bezahlt werden will, was sie gemacht haben. Unser Einzelleistungshonorarsystem ist völlig verrückt. Dabei existiert es nur, weil wir es nicht hinbekommen, die versorgerische Performance und vor allen Dingen das tatsächliche Ergebnis rechtssicher zu erfassen.

„Unser Einzelleistungshonorarsystem ist völlig verrückt. Dabei existiert es nur, weil wir es nicht hinbekommen, die versorgerische Performance und vor allen Dingen das tatsächliche Ergebnis rechtssicher zu erfassen."

Zurück zum WHO-Aktionsplan.

Ich glaube, dass die Politik wie die im G-BA agierenden Stakeholder große Sorge davor haben, dass wir als APS den Auftrag bekommen könnten, den WHO-Aktionsplan auf nationaler Ebene umzusetzen. Was wir ja fordern, weil nur so das Thema Patientensicherheit auf eine höhere Ebene gehoben werden kann und wir mehr Transparenz erreichen! Den Ist-Zustand messen und Gutes berichten, allerdings auch Lücken erkennbar werden zu lassen, das wäre ein großer Schritt nach vorne, ist aber ein heißes Eisen

Wo stehen wir bei der Umsetzung des Themas Patientensicherheit im Gesundheitssystem Ihrem Gefühl nach auf einer Skala von 1 bis 10?

Ich würde sagen bei 4. Das liegt daran, dass es schon wichtige Detailthemen gibt, die von verschiedenen Institutionen und Gremien vorangetrieben werden. Doch müssen diese besser koordiniert wer-

den. Diesen Auftrag könnte durchaus das APS übernehmen.

Ist denn die Stimme der Patientenschaft im Gesundheitssystem insgesamt genügend vertreten?

Auf der Mikroebene hat es sich absolut etabliert, das Ärzt:innen gemeinsam mit ihren Patient:innen Therapieentscheidungen treffen. Es hapert jedoch auf der Metaebene, weil Patient:innen im G-BA zwar bei allem gehört werden, aber kein Stimmrecht haben. Erschwerend kommt hinzu, dass beispielsweise der Patientenbeauftragte der Bundesregierung schlechter ausgestattet ist als der Behindertenbeauftragte. Zudem ist er nicht unabhängig wie der Datenschutzbeauftragte und damit in keiner Weise so ausgestattet, dass er sich wirklich fundamental und substanziell in alle Gesetzgebungsverfahren oder gar die Patienten- und Bürgersicht als „health in all policies" einbringen könnte.

Woran liegt das?

Die Patientenvertretung wird nicht vernünftig finanziert. Wenn man fachlich gute Patientenvertreter:innen ins System integrierten möchte, muss man sie auch entsprechend ausstatten. Wenn man das nicht tut, wird man nie professionelle Patientenvertreter:innen haben oder wirksame „Patient Advocacys" wie im englischen Sprachraum.

Brauchen wir nicht auch eine Art Bürger- oder Patientenlots:innen durch unser Gesundheitssystem?

Ganz sicher. Wir, die wir hier sitzen, gehören zu den vielleicht drei Prozent der deutschen Bevölkerung, die im Krankheitsfall ungefähr wissen, was sie machen sollen. Die Mehrheit allerdings weiß das nicht gut genug. Das liegt an der in Deutschland zu geringen Gesundheitskompetenz, die man schon im Kindergarten und in der Schule integrieren müsste.



Dr. Ruth Hecker

2016-2019 war sie stellvertretende Vorsitzende im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V (APS), seit 2019 Vorsitzende. Sie ist Fachärztin für Anästhesiologie und Chief Patient Safety Officer, Universitätsmedizin Essen, nachdem sie langjährige Leiterin des Bereichs Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement der Universitätsklinik Essen war. Themenschwerpunkte sind politische Arbeit, Umsetzung des Globalen Aktionsplans für Patientensicherheit der WHO, Deutschland erkennt Sepsis, Patienten für Patientensicherheit, Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement.

Müssen wir nicht auch ein wenig ehrlicher werden, was die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems angeht? Es wird doch immer noch behauptet, dass wir das beste Gesundheitssystem der Welt haben.

Die Aussage, dass wir das beste Gesundheitssystem der Welt haben, ist unehrlich und lässt sich mittlerweile an vielen Faktoren klar widerlegen. Auch die Behauptung, dass es bei uns nur wenige Behandlungsfehler gibt, ist schlichtweg falsch, weil es nicht nur ein großes Delta zwischen beweisbaren und nicht beweisbaren Fehlern gibt, sondern auch, weil nicht klar ist, was überhaupt als Behandlungsfehler deklariert wird. Dabei reden wir hier über Fehler, die bei Patienten:innen zu Schäden führen, aber zum großen Teil vermeidbar gewesen wären. So gesehen haben wir im Sinne des Patientenwohls kein resilientes, sondern eher ein vulnerables Gesundheitssystem, das schon in guten Zeiten am Limit fährt.

Wie soll es dann in Krisenzeiten wie etwa bei einer Pandemie gut sein oder, wie Herr Lauterbach im Moment formuliert, in Kriegszeiten?

Ich vermisse den politischen Willen, der - ähnlich wie bei der Verkehrssicherheit in den 70er-Jahren – zu einer Vision und Strategie führte, die Verkehrsopfer reduziert und in eine Nullfehlertoleranz mündete. Wir haben zwar keine genauen Zahlen, aber durch Schätzungen vermeidbarer Todesfälle in Deutschland wissen wir, dass es im Gesundheitswesen pro Jahr immer noch mindestens 20.000 vermeidbare Todesfälle gibt. Wir haben aber nur etwa 3.000 Verkehrstote im Jahr. Die vermeidbaren Todesfälle im Gesundheitswesen auf eine vierstellige Zahl zu reduzieren wäre ein hohes und gutes Ziel!

Was bräuchte man dazu?

Eine ständige Aufklärung der breiten Bevölkerung – ähnlich wie das damals mit der medialen Dauerschleife „Der siebte Sinn" geschah. Zudem müsste man – wie damals bei der Verkehrssicherheit – der Industrie finanzielle Anreize geben, damit auch mit Patientensicherheit Geld verdient werden kann. Die Sicherheits- und Assistenzsysteme kamen doch auch nicht von ungefähr.

Wie sieht es mit der Resilienz unseres Gesundheitssystems aus, wenn es wirklich einmal – aus welchem Grund auch immer – schwierig wird?

Nennen wir es beim Namen: In der Zukunft wird weniger Geld für das Gesundheitssystem da sein, was dazu führen wird, dass jede Stakeholdergruppe noch mehr als bisher für ihren Teil am Kuchen kämpfen wird. Dabei bräuchten wir gar nicht mehr Geld im System, wenn wir es denn endlich schaffen würden, es zielorientierter und damit effizienter auszugeben.

Dabei leisten wir es uns, für Milliarden an Euro von Patientengeldern Innovationsfonds-Projekte zu fördern und diese dann, auch bei positivem Bescheid, trotzdem nicht in die Regelversorgung zu überführen.

Das kann ich gar nicht verstehen! Vielleicht weil die Stakeholder

Angst haben, lieb gewordene Pfründen aufzugeben. Und die Krankenkassen haben große Sorge, dass eine Einbindung in die Regelversorgung noch mehr Geld kosten könnte, obwohl der Nachweis einer besseren Versorgung durch die Projekte gegeben ist Das liegt u. U. auch daran, dass alle nur in einem Einjahreszeitraum planen dürfen, was langfristige Strategien so gut wie unmöglich macht, das Geld wird jetzt ausgegeben, die Effekte sieht man erst Jahre später.

Und da kommt dann beispielsweise das „WiZen"-Projekt mit seinen Aussagen zu Überlebensvorteilen bei einer Zentrumsversorgung.

Auch hier sollte Ehrlichkeit gegenüber der Bevölkerung oberstes Gebot sein. Was nützt ortsnahe Versorgung, wenn die nötige Ausstattung und gut ausgebildetes Personal fehlen? Viele Patient:innen glauben doch immer noch, dass jedes Krankenhaus und jede Abteilung jedes Krankenhauses gleich gut sind.

Weil viele die „Weisse Liste" der Bertelsmann-Stiftung nicht kennen. Wird denn das Transparenzgesetz etwas nützen, wenn endlich die Qualität in den Mittelpunkt gestellt wird?

Man kann es nur hoffen. Dazu müsste man aber auch Daten verwenden, die nicht so alt sind, wie die derzeit verfügbaren in den Qualitätsberichten. Bis zur Veröffentlichung vergehen 1,5 Jahre. Zudem sind sie für die Patient:innen nicht verständlich. Es geht auch nicht, dass die – sicher gut gemeinten – Transparenzberichte vornehmlich aus Strukturdaten und Komplikationsraten abgeleitet werden sollen. Ergänzend sinnvoll wäre es, die Strukturdaten mit Realtime-Daten, Patientensicherheitsindikatoren und strukturierten deutschlandweit einheitlichen Patientenbefragungen zu ergänzen. Gerne auch organ- und indikationsbezogen mit validierten PROMs und PREMs.

Auf den Punkt gebracht: Warum kommen viele Ergebnisse der Versorgungsforschung nicht in die politische Umsetzung?

Weil die Stakeholder mit ihren eigenen Agenden und massiven Eigeninteressen viel zu viel Macht haben. Wir haben als Aktionsbündnis Patientensicherheit schon oft mit dem Artikel 1 des Grundgesetzes mit dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gewunken. Und haben darauf hingewiesen, dass unsichere Patientenversorgung nicht nur ethisch-moralisch unverantwortlich ist, sondern auch ernsthafte volkswirtschaftliche Schäden verursacht.

Und was hat es genützt?

Viel zu wenig! Deshalb ist der globale Aktionsplan Patientensicherheit so wichtig für uns alle, die seit Jahren einer echten Patienteneinbindung und -befähigung das Wort reden.

Frau Dr. Hecker, danke für das Gespräch <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur:

1: https://t1p.de/2g4kl

Zitationshinweis

Hecker, R., Roski, R., Stegmaier, P.: „Kein resilientes, sondern ein vulnerables Gesundheitssystem", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/24), S. 6–10. http://doi.org/10.24945/MVF.02.24.1866-0533.2584

Verstetigung des Innovationsfonds begrüßt

>> Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) begrüßt die Verstetigung des Innovationsfonds (§ 92 SGB V) im Rahmen des verabschiedeten Digitalgesetzes (DigiG). Der Innovationsfonds bleibt damit wichtige Säule einer zukunftsfähigen, evidenzgeleiteten Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Eine stärkere Orientierung der geförderten Projekte an den Bedürfnissen und Anforderungen der Patient:innen in der Versorgung sehen wir durch die Aufnahme der Patientenbeteiligung als achtes Förderkriterium gestärkt. Der DNVF begleitet den Innovationsfonds seit Start des Programms aus wissenschaftlicher Perspektive und hatte eine stärkere Einbeziehung der Patient:innen in die Projekte als notwendig empfohlen.

Gegenwärtig bestehen aus Sicht des DNVF erhebliche strukturelle Barrieren im Hinblick auf eine Überführung von erfolgreich evaluierten Projekten des Innovationsfonds in die Regelversorgung. Es fehlten insbesondere klare rechtliche Regelungen für die Zulassung innovativer Versorgungsmodelle in der Regelversorgung. Insofern sei die Rückmeldepflicht für die Adressaten der Umsetzung empfohlener Projekte sowie die Veröffentlichungspflicht aller Rückmeldungen der Adressaten ein guter Schritt für mehr Struktur und Transparenz im Transfer-Verfahren.

Im DNVF-Positionspapier* „Verbessert der Innovationsfonds die Versorgung? Eine kritische Bestandsaufnahme zum Stand der Implementierung erfolgreicher Innovationsfondsprojekte in die Versorgungspraxis" gibt das DNVF Empfehlungen zur Überwindung des Regelungsdefizits beim Transfer neuer Versorgungsformen. Wenn dieses Defizit angegangen werde, könne der Innovationsfonds zu einem noch wirksameren Instrument der Lösung von Versorgungsproblemen und der Weiterentwicklung und Verbesserung der existierenden Versorgung in Deutschland werden. <<

*Link: https://t1p.de/7gv0m

Braun-Stiftung fördert Ambulantisierungsprojekte

>> Die Braun-Stiftung, kürzlich von der Deutschen Universitätsstiftung und dem Stifterverband ausgezeichnet als „Wissenschaftsstiftung des Jahres", schreibt neue Forschungsprojekte aus. Bis zum 30. April werden Förderanträge zum Thema Ambulantisierung* entgegengenommen. Wer im Bereich der Sektorengrenzen aktiv ist, sollte sich an der Ausschreibung zu „Ideen und Innovationen zur Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung – digital und patientenorientiert" beteiligen. Ziel dieses Programms ist es, drei bis vier Forschungsprojekte mit jeweils 30.000 bis 50.000 Euro zu fördern, die neue Ansätze in der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung darstellen und wissenschaftlich prüfen. Alle Anträge werden in einem geblindeten Peer-Review-Verfahren von neutralen Fachgutachter*innen geprüft. Darüber hinaus werden Veranstaltungen unterstützt und Stipendien für individuelle Weiterbildungswünsche vergeben. <<

*Link: https://t1p.de/y4vrl



GESUNDHEITS·FOREN

FRÜHJAHRSTAGUNG

Die Krankenversicherung im Wandel

30. April 2024 | Leipzig

Jetzt anmelden!

Ihre Ansprechpartnerin:
Jennifer Prüsse | +49 341 98988 396
www.gesundheitsforen.net/fruehjahrstagung