



# **Förderrichtlinien der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke für den Aufbau von regionalen Arztnetzwerken für die Versorgung von Herzinsuffizienzpatienten\*innen**

---

## **1 Ziel der Förderung**

Mit der Förderung verfolgt die Deutsche Stiftung für chronisch Kranke das Ziel, die Gründung von regionalen, IT-gestützten Arztnetzwerken mit Hilfe einer Anschubfinanzierung über ein Jahr zu unterstützen.

Das deutsche Gesundheitssystem steht einem demographischen Wandel gegenüber, der wesentliche Veränderungen mit sich bringt. Dies äußert sich unter anderem in einer zunehmenden Ungleichverteilung der Versorgungsdichte in urbanen und ländlichen Regionen. Schon jetzt wird in einigen Regionen ein Ärzte<sup>1</sup>- und Pflegekräftemangel deutlich. Gleichzeitig verändert sich das Patientenklientel und damit der Bedarf und die Anforderungen an die medizinische Versorgung. Insbesondere die Relevanz chronischer Krankheiten im deutschen Gesundheitssystem nimmt zu, da diese häufig mit dem Alter und den Lebensumständen assoziiert sind. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die chronische Herzinsuffizienz gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. An der Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz sind verschiedene Akteure beteiligt, so dass eine optimale Versorgung ein disziplinen- und sektorenübergreifender sowie extrem arbeitsteiliger Prozess ist. Im Sinne einer leitliniengerechten und am Patienten orientierten Versorgung sollten die Leistungen der beteiligten Akteure aufeinander aufbauen, abgestimmt sein und auf einer gemeinsamen Informationsbasis beruhen.

Ziel der Förderung ist es, durch eine Anschubfinanzierung den Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes zu ermöglichen, um Barrieren zwischen Disziplinen und Sektoren zu überwinden und einen strukturierten, koordinierten und leitliniengerechten Versorgungsprozess sicherzustellen. Der Aufbau wird zudem durch die Förderung einer IT-Infrastruktur unterstützt. Diese bildet die Basis für den strukturierten Austausch von Informationen und die Schaffung gemeinsamer Versorgungsstrukturen innerhalb des regionalen Versorgungsnetzwerks.

## **2 Gegenstand der Förderung**

Gefördert wird der Aufbau eines regionalen Versorgungsnetzwerks sowie der Einsatz einer das Versorgungsnetzwerk unterstützenden IT-Lösung.

---

<sup>1</sup> In der Ausschreibung wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

## 2.1 Versorgungsnetzwerk

Unter einem Versorgungsnetzwerk verstehen wir den Zusammenschluss von medizinischen Leistungserbringern, die innerhalb des Versorgungsprozesses vor- und nachgelagerte bzw. gleichgelagerte Leistungen erbringen. Dabei entwickeln die Partner abgestimmte Behandlungskonzepte, so dass die Diagnose- und Behandlungsschritte schlüssig aufeinander aufbauen und abgestimmt sind.

## 2.2 Unterstützung durch eine IT-Lösung

Die Zusammenarbeit im Versorgungsnetzwerk soll durch eine gemeinsame IT-Lösung ermöglicht und vereinfacht werden. Der Aufbau und die Implementierung einer IT-Lösung kann Teil des Antrags sein.

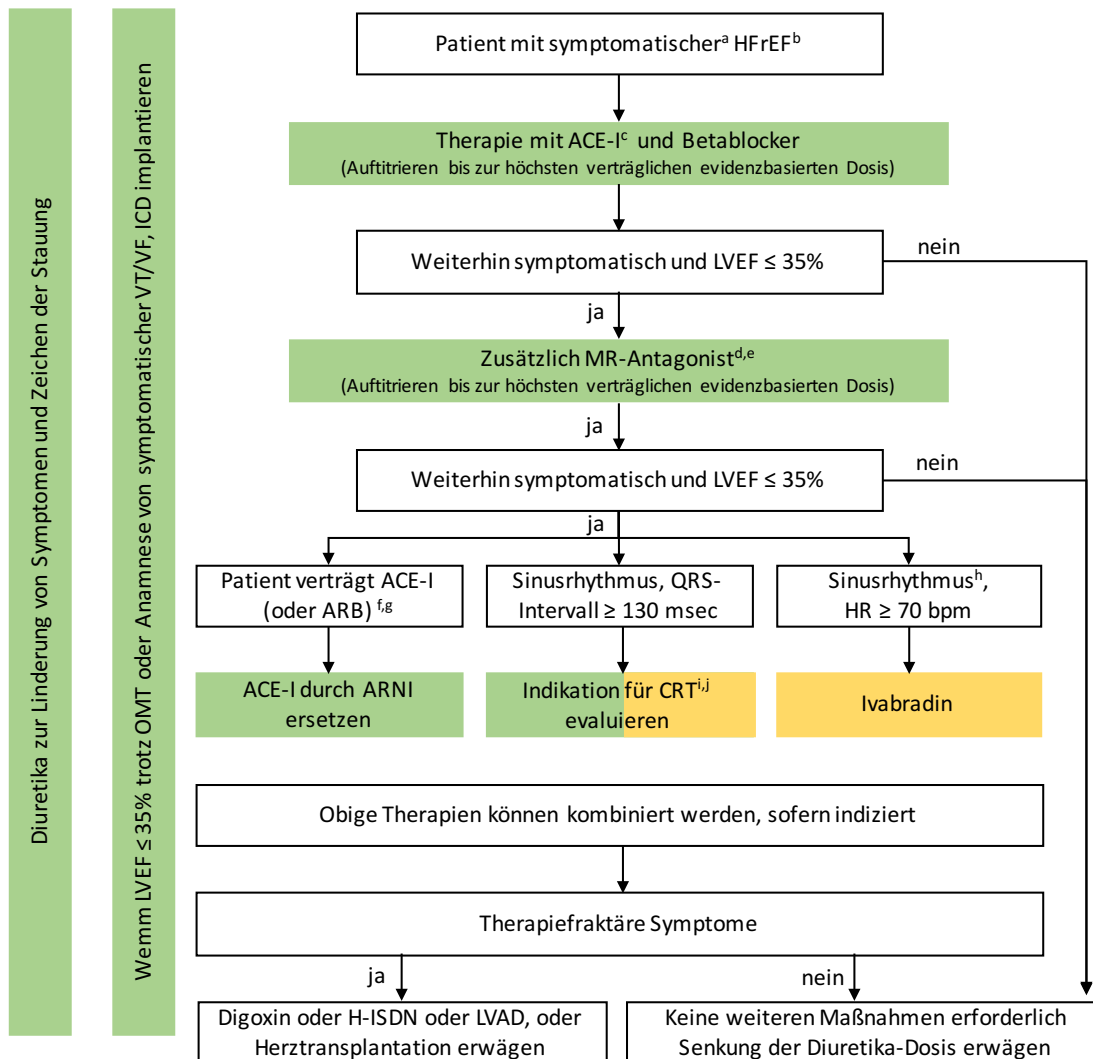
Sollte der Antragssteller eine IT-Lösung in das Netzwerk einbringen, werden folgende Anforderungen an die IT-Lösung gestellt:

- Alle Partner im Netzwerk müssen mit der IT-Lösung arbeiten.
- Die Software muss die SOPs widerspiegeln.
- Die Software muss den Nutzungsverlauf dokumentieren.
- Der Zugriff muss von intern und extern gewährleistet sein.
- Die Datenhaltung und -übertragung muss dem Datenschutzrecht entsprechen.
- Die IT-Lösung muss die Möglichkeit bieten, Schnittstellen für die Evaluation durch die Stiftung bereitzustellen.

## 3 Einhaltung der leitliniengerechten Versorgung

Es ist Ziel der Herzinsuffizienztherapie den klinischen Zustand und die Lebensqualität des Patienten zu verbessern bzw. zu erhalten. Hospitalisierungen sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Die geförderten Versorgungsnetzwerke verpflichten sich, die Versorgung der Patienten nach den aktuell geltenden Leitlinien sicherzustellen. Im kardiologischen Bereich gelten die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., z.B. werden die ESC Pocket Guidelines in der Version 2016 zu Grunde gelegt <http://leitlinien.dgk.org/2017/pocket-leitlinie-herzinsuffizienz-version-2017/>.

Insbesondere ist die leitliniengerechte medikamentöse Therapie sicherzustellen. Die folgende Darstellung dient an dieser Stelle vor allem der Verdeutlichung. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Pharmakotherapie der Leitlinie Anwendung findet.



Grün: Empfehlungsgrad I; gelb: Empfehlungsgrad IIa.

ARNI = Angiotensinrezeptor-Nepriylsin-Hemmer; H-ISDN = Hydralazin-Isosorbiddinitrat;  
MR = Mineralokortikoidrezeptor; VF = Kammerflimmern; VT = Kammertachykardie.

<sup>a</sup> Symptomatisch = NYHA-Klasse II-IV.

<sup>b</sup> HFrEF = LVEF < 40%.

<sup>c</sup> Wenn ACE-Hemmer nicht vertragen/kontraindiziert, ARB verwenden.

<sup>d</sup> Wenn MRA nicht vertragen/kontraindiziert, ARB verwenden.

<sup>e</sup> Sofern HF-bedingter Krankenhausaufenthalt binnen der letzten 6 Monate oder erhöhte natriuretische Peptide (BNP > 250 pg/ml oder NTproBNP > 500 pg/ml bei Männern und 750 pg/ml bei Frauen).

<sup>f</sup> Sofern erhöhter Plasmaspiegel natriuretischer Peptide (BNP  $\geq$  150 pg/ml oder NT-proBNP  $\geq$  600 pg/ml, oder – bei HF-bedingtem Krankenhausaufenthalt binnen der letzten 12 Monate – BNP  $\geq$  100 pg/ml oder NT-proBNP  $\geq$  400 pg/ml).

<sup>g</sup> Dosierung Äquivalent zu Enalapril 10 mg 2x täglich.

<sup>h</sup> Sofern HF-bedingter Krankenhausaufenthalt im Vorjahr.

<sup>i</sup> CRT wird empfohlen bei QRS  $\geq$  130 msec und LBBB (mit Sinusrhythmus).

<sup>j</sup> CRT sollte/kann erwogen werden bei QRS  $\geq$  130 msec mit non-LBBB (mit Sinusrhythmus) oder bei Patienten mit Vorhofflimmern, vorausgesetzt es besteht eine Strategie zur Gewährleistung eines hohen ventrikulären Stimulationsanteils (individualisierte Entscheidung).

Abbildung 1: Behandlungsalgorithmus für Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (Laufs et al., 2016: S. 16, 17)

## 4 Empfänger der Förderung

Antragsberechtigt sind ambulant und stationär tätige medizinische Leistungserbringer (mit einem Sitz in Deutschland). Die Ausschreibung richtet sich nicht an Forschungseinrichtungen.

## 5 Zuwendungsvoraussetzungen

Voraussetzung für die Förderung ist das Zusammenwirken von mehreren unabhängigen medizinischen Partnern. Die Förderung soll die Vernetzung anstoßen und wird auf eine Dauer von 1 Jahr gewährt. Die maximale Fördersumme beträgt pro Zuwendung 20.000€. Die Förderung zielt darauf ab, disziplinen- und sektorenübergreifende sowie regionale Lösung zu unterstützen. Es sind daher Akteure aus verschiedenen Disziplinen und Bereichen des Gesundheitswesens zu beteiligen. Die disziplinen- und/oder sektorenübergreifenden Behandlungsabläufe sind in dem Antrag darzulegen.

Die Förderempfänger verpflichten sich zwingend, an Evaluationsmaßnahmen durch die Deutsche Stiftung für chronisch Kranke teilzunehmen und die Stiftung in diesen Maßnahmen zu unterstützen.

Es werden ausschließlich Vorhaben gefördert die nachweisen, dass die notwendige Finanzierung für die geschaffenen Netzwerkstrukturen und die IT-Infrastruktur nach dem geförderten Jahr weiterhin aufrechterhalten werden kann. Finanzierungskonzepte müssen in dem Antrag dargelegt werden. Um die Nachhaltigkeit der Versorgungsnetzwerke sicherzustellen sollten zudem die rechtlichen Grundlagen der Kooperation im Antrag beschrieben werden.

## 6 Rechtsverbindlichkeit

Der Zuwendungsgeber entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der verfügbaren Mittel. Ein Rechtsanspruch auf Berücksichtigung eines Antrages im Auswahlverfahren besteht nicht. Rechtsansprüche entstehen erst nach Zugang einer Fördermittelzusage oder aus einem abgeschlossenen Fördervertrag.

## 7 Art, Umfang und Höhe der Zuwendung

Die Förderung kann im Wege einer Projektförderung als nicht rückzahlbare Zuschüsse gewährt werden. Die beantragten Fördermittel sind in einem detaillierten Finanzierungsplan darzulegen. Unteraufträge sind zu begründen und nach Absprache mit der Stiftung ggf. förderfähig.

## 8 Verfahren

Das Verfahren ist einstufig. Die Bewertung der Anträge erfolgt durch ein Gremium bestehend aus Mitgliedern des medizinisch-wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke sowie externe Experten. Die Vorhabensbeschreibungen sind in deutscher Sprache zu verfassen und sollten nicht mehr als 15 Seiten (DIN A4, Arial, Schriftgröße 11, Zeilenabstand 1,5) umfassen. In Tabellen kann Schriftgröße 10 und Zeilenabstand 1 gewählt werden. Die Anträge werden zum einen als ein Dokument (pdf) elektronisch an die folgende Adresse [info@dscck.de](mailto:info@dscck.de) übermittelt. Anträge, die elektronisch am Stichtag **18. April 2019 bis 12 Uhr** vorliegen werden in der Bewertung berücksichtigt. Zum anderen müssen die Anträge unterschrieben durch jeweils einen Vertreter der Partner zu einem der oben genannten Termine der Stiftung vorliegen. Die Projektskizzen sollten sich an der folgenden Gliederung orientieren (bitte belegen Sie Ihre Aussagen ggf. mit geeigneten Quellen):

1. **Projektübersicht:**  
Kontaktdaten der beteiligten Einrichtungen, beantragte Fördermittel und Kurzbeschreibung
2. **Ziel des Vorhabens:**  
Beschreiben Sie Ziele des Netzwerkes, die innerhalb der Projektlaufzeit erreicht werden sollen und langfristige Ziele.
3. **Bedeutung für die Patienten und die Region**  
Beschreiben Sie inwiefern Ihr Netzwerk einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leistet. Gehen Sie dabei auf die Vorteile für die Patienten und die Bedeutung für die Region ein. Beschreiben Sie die aktuelle Versorgungssituation in der Region. Legen Sie dar, welche Patienten genau profitieren, wie viele Patienten durch das Netzwerk betreut werden sollen und in welchem Zeithorizont.
4. **Organisation des Versorgungsnetzwerkes**  
Beschreiben Sie die Organisation innerhalb des Netzwerkes. Welche Rolle nehmen die Partner ein? Werden unter den Partnern Verträge geschlossen? Ist die Aufnahme weiterer Partner zukünftig vorgesehen? Gibt es einen regelmäßigen Austausch?
5. **Darstellung der abgestimmten Behandlungsprozesse**  
Wie wird die interdisziplinäre und intersektorale Versorgung organisiert und koordiniert? Beschreiben Sie die SOPs?
6. **Kurzdarstellung der beantragenden Ärzte/ Organisationen**  
Beschreiben Sie kurz die Partner des Versorgungsnetzwerkes.
7. **Arbeitsplan**  
Skizzieren Sie den zeitlichen und inhaltlichen Ablauf des Vorhabens. Definieren Sie Meilensteine, die den Arbeitsfortschritt zeigen. Beschreiben Sie, welche Infrastrukturen bzw. Ressourcen bereits zur Verfügung stehen.
8. **Risikobetrachtung**  
Welche Schwierigkeiten könnten bei dem Aufbau des Versorgungsnetzwerks auftreten? Wie werden Sie diesen vorbeugen bzw. diese überwinden?
9. **Finanzierungsplan über die Projektlaufzeit**  
Fertigen Sie eine Tabelle mit einem ausführlichen Finanzierungsplan für alle Partner an, um die Höhe der beantragten Fördermittel zu begründen.
10. **Finanzierungsplan nach Projektende**  
Legen Sie einen nachhaltigen Finanzierungsplan für die Weiterführung des Versorgungsnetzwerkes und den weiteren Betrieb der IT-Infrastruktur dar.
11. **Anhang (zusätzlich zu den 15 Antragsseiten)**  
Literatur, etc.

Aus der Vorlage einer Projektskizze kann kein Rechtsanspruch abgeleitet werden. Die Projektskizzen werden nach den folgenden Kriterien bewertet:

- Einfluss auf die Qualität der Behandlung
- Bedeutung des geplanten Verbundes in der Region

- Stärke der Vernetzung zwischen Disziplinen und Sektoren
- Qualifikation der Partner
- Umsetzbarkeit des Arbeits- und Finanzierungsplans

Auf Grundlage der Bewertung werden die für die Förderung geeigneten Projektideen ausgewählt. Das Auswahlresultat wird den Interessenten spätestens 2 Monate nach Stichtag schriftlich mitgeteilt.

Laufs, U., Anker, S. D., Baldus, S., Birner, C., Falk, V., Perings, C. A., & Pieske, B. 2016. Pocket-Leitlinie: Herzinsuffizienz. In D. G. f. K.-H.-u. K. e.V. (Ed.): Björn Bruckmeier Verlag GmbH.