Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

CHRODIS+
IMPLEMENTING GOOD PRACTICES FOR CHRONIC DISEASES

LEITFADEN FÜR DIE UMSETZUNG GUTER PRAKTIKEN

basierend auf den Ergebnissen von JA CHRODIS PLUS aus 8 Ländern mit JA CHRODIS EMPFEHLUNGEN UND KRITERIEN (QCR), eine kurze Version

Die Autoren: Core Writing Group im Namen der WP7-Partner

Oktober, 2020

Dieses Dokument geht aus der Gemeinsamen Aktion CHRODIS+ hervor, die sich mit chronischen Krankheiten durch die in JA-CHRODIS identifizierten länderübergreifenden Initiativen befasst, um die Belastung durch chronische Krankheiten zu verringern und gleichzeitig die Nachhaltigkeit und Reaktionsfähigkeit des Gesundheitssystems im Rahmen des Gesundheitsprogramms (2014-2020) zu gewährleisten. Die alleinige Verantwortung liegt beim Autor und die Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Ernährung ist nicht verantwortlich für die Verwendung der darin enthaltenen Informationen.

EINLEITUNG

Diese Broschüre ist eine Kurzfassung des **Leitfadens für die Umsetzung der JA CHRODIS-Empfehlungen und -Kriterien** (kurz: der Leitfaden), der in der gemeinsamen Aktion **CHRODIS PLUS** entwickelt wurde, einer dreijährigen Initiative (2017-2020), die von der Europäischen Kommission und teilnehmenden Organisationen mit 42 Begünstigten aus 20 europäischen Ländern finanziert wird. Der Zweck von CHRODIS PLUS bestand darin, der zunehmenden Belastung durch chronische Krankheiten entgegenzuwirken, indem die Umsetzung von Politiken und Praktiken in diesem Bereich gefördert wird.

Der Leitfaden bietet eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für die Umsetzung der JA CHRODIS-Empfehlungen und -Kriterien. Letztere wurden ursprünglich in der gemeinsamen Aktion CHRODIS (2014-2017) unter Verwendung von Typ-2-Diabetes (T2DM) als Modellkrankheit entwickelt und anschließend in CHRODIS PLUS angewendet und getestet - Work Package 7: Förderung der Qualität der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten. Sie wurden im Rahmen von Pilotaktionen in Bulgarien, Kroatien, Finnland, Deutschland, Serbien, Slowenien, Spanien und Griechenland in einer Vielzahl von Settings umgesetzt. Im Rahmen der Pilotaktionen wurden innovative Praktiken in den Bereichen Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung entwickelt, wobei der Schwerpunkt auf Typ-1- und Typ-2-Diabetes, Tinnitus und komplexen chronischen Erkrankungen lag. Die Erfahrungen zeigen das Potenzial für die Anwendbarkeit der JA CHRODIS-Empfehlungen und -Kriterien auf Settings außerhalb von T2DM.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen entwickelten wir den Leitfaden für die Umsetzung der JA CHRODIS-Empfehlungen und Kriterien, um denjenigen praktische Unterstützung zu bieten, die die Entwicklung, Umsetzung, Überwachung und Bewertung der Praktiken im Bereich der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Pflege chronischer Krankheiten leiten werden. Man kam zu dem Schluss, dass es als "Top-down"-Rahmenwerk geeignet ist, wenn der breite Horizont der Umsetzung berücksichtigt werden muss und ist daher für die Kernführungsgruppe am nützlichsten. Nichtsdestotrotz fördert sein Einsatz, wie die Erfahrungen von Partnern mit Pilotaktionen zeigen, die aktive und sinnvolle Beteiligung einer Vielzahl von Interessengruppen, die in irgendeiner Weise von der Praxis betroffen sind oder sein werden und/oder an ihrer Nachhaltigkeit und Skalierbarkeit beteiligt sind.

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

KERNELEMENTE DES LEITFADENS

JA CHRODIS Empfehlungen und Kriterien	• Liste der JA CHRODIS-Empfehlungen und Kriterien mit visueller Darstellung des Rahmens
Die Schritte der Umsetzung Prozess	• Einrichtung der Kernführungsgruppe und der Implementierungsarbeitsgruppe • Umfang der Praxis • Ausgangsanalyse von Situation und Kontext • Entwurf eines Pilot-Aktionsplans • Überwachung und Bewertung der Umsetzung • Berichterstattung über die Ergebnisse • Planung für die Nachhaltigkeit der Praxis und zur Erhöhung des Potenzials für eine Ausweitung

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

JA CHRODIS EMPFEHLUNGEN UND KRITERIEN

Der folgende Abschnitt stellt JA CHRODIS Empfehlungen und Kriterien (QCR) vor. Sie enthalten ausführliche Beschreibungen verschiedener Aspekte, die sich bei der Entwicklung, Umsetzung, Überwachung und Bewertung der guten Praktiken als nützlich erwiesen haben. Sie werden visuell als ein neunblättriges Kleeblatt dargestellt, da sie alle eine gute Praxis charakterisieren.

Gestaltung der Praxis

Das Design sollte Ziele, Vorgaben und Methoden klar spezifizieren und sich auf relevante Daten, Theorie, Kontext, Beweise und frühere Praktiken einschließlich Pilotstudien stützen. Die Struktur, Organisation und der Inhalt der Praxis werden zusammen mit der klar beschriebenen Zielgruppe (d.h. den Ausschluss- und Einschlusskriterien und der geschätzten Anzahl der Teilnehmer) definiert und festgelegt. Die personellen und materiellen Ressourcen sollten in Bezug auf die festgelegten Aufgaben angemessen geschätzt werden. Relevante Dimensionen der Gleichberechtigung müssen angemessen berücksichtigt und angestrebt werden.

Förderung der Befähigung der Zielbevölkerung

Die Praxis sollte die Befähigung der Zielbevölkerung aktiv fördern, indem geeignete Mechanismen eingesetzt werden, wie z.B. Unterstützung bei der Selbstverwaltung, gemeinsame Entscheidungsfindung, Bildungsinformation, Werteklärung, aktive Beteiligung am Planungsprozess, aktive Teilnahme an der Berufsausbildung und Berücksichtigung der Bedürfnisse der

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

Interessengruppen im Hinblick auf die Verbesserung/Erwerb der richtigen Fähigkeiten, Kenntnisse und Verhaltensweisen.

Definieren Sie einen Evaluierungs- und Überwachungsplan

Die Evaluationsergebnisse sollten mit Maßnahmen zur Förderung des kontinuierlichen Lernens und/oder der Verbesserung verknüpft werden und/oder um die Praxis umzugestalten. Die Ergebnisse der Evaluierung und Überwachung sollten unter den relevanten Akteuren ausgetauscht und mit den angegebenen Zielen und Vorgaben verknüpft werden, wobei soziale und wirtschaftliche Aspekte sowohl aus der Perspektive der Zielbevölkerung als auch aus der Perspektive der formellen und informellen Pflegepersonen zu berücksichtigen sind.

Ausführlichkeit der Praxis

Die Praxis sollte relevante Erkenntnisse über Wirksamkeit, Kostenwirksamkeit, Qualität, Sicherheit, die wichtigsten Kontextindikatoren und die zugrunde liegenden Risiken der Zielpopulation unter Verwendung validierter Instrumente zur individuellen Risikobewertung berücksichtigen.

Bildung und Ausbildung einbeziehen

Die Praxis sollte pädagogische Elemente enthalten, um die Befähigung der Zielbevölkerung zu fördern (z.B. Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz, Selbstmanagement, Stressbewältigung usw.). Einschlägige Fachkräfte und Experten werden ausgebildet, um die Befähigung der Zielbevölkerung zu unterstützen, und Ausbilder/Erzieher sind in Bezug auf Wissen, Techniken und Ansätze qualifiziert.

Ethische Erwägungen

Die Praxis sollte gerecht (d.h. proportional zum Bedarf) umgesetzt werden. Die Ziele und die Strategie sind für die Zielbevölkerung und die beteiligten Akteure transparent. Potenzielle Belastungen (d.h. psychosoziale Belastungen, Erschwinglichkeit, Zugänglichkeit usw.) sollten berücksichtigt werden, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Nutzen und Belastung zu erreichen. Die Zielbevölkerung hat das Recht informiert zu werden, über ihre Versorgung zu entscheiden und sich zu beteiligen. Ihr Recht auf Vertraulichkeit sollte respektiert und gestärkt werden.

Governance-Ansatz

Die Praxis sollte organisatorische Elemente umfassen und die notwendigen Maßnahmen zur Beseitigung rechtlicher, verwaltungstechnischer, finanzieller oder fachlicher Barrieren ermitteln, wobei der Beitrag der Zielbevölkerung, der Betreuer und der Fachkräfte geplant, unterstützt und mit Ressourcen ausgestattet werden sollte. Es gibt eine definierte Strategie, um die Anreize und die Motivation des Personals mit den Zielen der Praxis in Einklang zu bringen. Die Praxis sollte ein Modell für effiziente Führung bieten und bei der Zielbevölkerung und mehreren Interessengruppen Eigenverantwortung schaffen, wobei gegebenenfalls multidisziplinäre, multi-/intersektorale Partnerschaften und Allianzen in Erwägung gezogen werden sollten. Die besten Belege und Unterlagen zur Untermauerung der Praxis (Leitlinien, Protokolle usw.) sollten für die relevanten Interessengruppen (z.B. Fachkräfte und Zielbevölkerung) leicht zugänglich sein, was den multidisziplinären Ansatz für die Praxis unterstützen sollte. Die Praxis sollte durch verschiedene Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützt werden (z.B. medizinisches Aufzeichnungssystem, spezielle Software zur Unterstützung der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen, soziale Medien usw.), wobei eine Politik zur Gewährleistung der Akzeptanz der Informationstechnologien bei den Nutzern (Fachkräfte und Zielbevölkerung) festgelegt werden sollte, um ihre Beteiligung am Veränderungsprozess zu ermöglichen.

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

Interaktion mit regulären und relevanten Systemen

Die Praxis sollte in die reguläre Gesundheitsversorgung und/oder weitere relevante Systeme integriert sein oder mit diesen interagieren, eine effektive Verbindung zwischen allen relevanten Entscheidungsträgern und Interessengruppen ermöglichen und die Fähigkeit der Zielbevölkerung zur effektiven Interaktion mit den regulären relevanten Systemen verbessern und unterstützen.

Nachhaltigkeit und Skalierbarkeit

Die Fortführung der Praxis sollte durch institutionelle Verankerung und/oder Eigenverantwortung der relevanten Interessengruppen oder Gemeinschaften sowie durch die Unterstützung derjenigen, die sie umgesetzt haben, sichergestellt werden. Die Nachhaltigkeitsstrategie sollte eine Reihe von Kontextfaktoren berücksichtigen (z.B. Gesundheits- und Sozialpolitik, Sexual- und Geschlechterfragen, Innovation, kulturelle Trends, allgemeine Wirtschaft und epidemiologische Trends), die die potenziellen Auswirkungen auf die betroffene Bevölkerung abschätzen.

Die JA-CHRODIS-Empfehlungen können auch als JA-CHRODIS-Kriterien mit definierten spezifischen Kategorien für jedes Kriterium beschrieben werden, um den Implementierungsprozess zu unterstützen. Bitte beachten Sie Seite 15.

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

SCHRITTE DES IMPLEMENTIERUNGSPROZESSES

Einrichtung der Kernführungsgruppe und der Implementierungsarbeitsgruppe

Im ersten Schritt des Implementierungsprozesses müssen verschiedene Aspekte der Verwaltung und Führung berücksichtigt werden. In diesem Schritt muss festgelegt werden, wer die Entwicklung und Umsetzung der Praxis leiten und koordinieren soll. ***Die Kernführungsgruppe*** spielt eine zentrale Rolle bei der Identifizierung der relevanten Interessengruppen, die in die verschiedenen Phasen des Prozesses einbezogen werden sollen, und bei der Festlegung ihrer Rollen und Verantwortlichkeiten. Es handelt sich um eine Gruppe, die plant, organisiert, überwacht, teilt, berichtet und bei der Verfolgung der Praxisziele Unterstützung leistet. Hier muss eine effiziente Führung aufgebaut und die Grundlagen geschaffen werden, um später eine gemeinsame Verantwortung der Zielbevölkerung und aller mitwirkenden Interessenvertreter zu schaffen. Aus diesem Grund legt diese Gruppe besonderen Wert darauf, die Informationen zu teilen oder einen einfachen Zugang zu relevanten Informationen und Nachweisen zu ermöglichen, die die Durchführung des Pilotprojekts unterstützen (z.B. Richtlinien, Dokumente, Protokolle usw.). Die Schaffung von Möglichkeiten für einen kontinuierlichen Informationsaustausch fördert den multidisziplinären Ansatz und schafft Anreize für die Beteiligten.

Bei der Einrichtung der ***Implementierungsarbeitsgruppe*** muss die Kernführungsgruppe die Interessengruppen identifizieren, die einbezogen werden sollen, und auf welcher Ebene - Einzelpersonen, Institutionen oder Organisationen, die in irgendeiner Weise von der durchgeführten Aktivität, dem Programm, der Intervention oder der Politik betroffen oder involviert sind, oder die für die Nachhaltigkeit oder Skalierbarkeit der durchgeführten Aktion wichtig sind. Die Interessenvertreter können Institutionen, Organisationen oder Einzelpersonen mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Soziales, Beschäftigung, Forschung und Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT), NGOs, Patientenverbände und Zivilgesellschaft vertreten. Obwohl die Teams in Größe und Zusammensetzung variieren können, würde die Umsetzung am meisten von den Personen profitieren, die sicherstellen können, dass relevante Perspektiven vertreten sind. Die Mitglieder können als Organisatoren, Experten, Entscheidungsträger, Interessenvertreter an vorderster Front, Umsetzer und Zielgruppenvertreter eingesetzt werden. Andere identifizierte Interessenvertreter können nicht in die Implementierungsarbeitsgruppe einbezogen werden, können aber zu bestimmten Themen konsultiert, aktiv informiert und um Feedback gebeten oder nur informiert werden.

Je nach den Besonderheiten der Praxis können sich im Laufe der Zeit neue Ziele, Bedürfnisse und Aktivitäten ergeben. Die Kernführungsgruppe sollte in der Lage sein, diese rechtzeitig zu erkennen und dann die Implementierungsarbeitsgruppe je nach Situation und Kontext anzupassen. In der Regel sind Patienten und andere Nutzer von Gesundheitsdiensten diejenigen, die von den Gesundheitspraktiken direkt oder indirekt am meisten betroffen sind. Wenn möglich (und je nach Kontext) sollte in Erwägung gezogen werden, Vertreter der lokalen Zielbevölkerung in die Implementierungsarbeitsgruppe einzubeziehen. Dies kann die Gruppendynamik wesentlich beeinflussen und diese mit einer klareren Sprache konstruktiver und patientenzentrierter gestalten. Auf diese Weise kann auch der Fokus auf die Einbeziehung der Zielbevölkerung während der gesamten Entwicklung und Umsetzung der Praxis aufrechterhalten werden.

1. *Entwurf der Praxis*
7. *Governance*

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

Umfang der Praxis

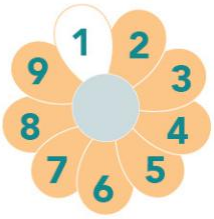
Der nächste Schritt besteht darin, den Umfang der Praxis zu definieren. Die von der Kernführungsgruppe geleitete Implementierungsarbeitsgruppe skizziert in dieser Phase das Problem, das mit der Praxis angegangen werden soll, definiert ihren Zweck und die Einbeziehung der Zielgruppe und wählt die JA CHRODIS-Empfehlungen und Kriterien (1) aus, die für eine erfolgreiche Implementierung von zentraler Bedeutung sind.

Problembeschreibung: Die Art und Bedeutung des lokalen Problems wird auf der Grundlage des verfügbaren Wissens umrissen. Sie fasst zusammen, was derzeit über das Problem unter Bezugnahme auf einschlägige frühere Studien bekannt ist. Die Partner haben die Erfahrung gemacht, dass die veröffentlichte Literatur im Implementierungsbereich knapp ist.

Allgemeiner Zweck: Der allgemeine Zweck muss klar sein und gemeinsam mit allen Mitgliedern der Durchführungsarbeitsgruppe festgelegt werden; er sollte die Bedürfnisse der Zielgruppe widerspiegeln.

Zielpopulation: Bei der Definition der Zielpopulation sollten relevante Dimensionen der Gleichberechtigung angemessen berücksichtigt und gezielt angesprochen werden (d.h. Geschlecht, sozioökonomischer Status, ethnische Zugehörigkeit, ländlich-urbaner Raum und gefährdete Gruppen). Ihre Merkmale (d.h. Ausschluss- und Einschlusskriterien und die geschätzte Anzahl der TeilnehmerInnen) und Rollen in der Intervention sind klar zu spezifizieren.

Erste Skizze der Umsetzung: Die Umsetzung wird unter Berücksichtigung der einzelnen Kriterien kurz beschrieben. Es ist ratsam, alle Kriterien zu berücksichtigen, aber einige davon treffen möglicherweise nicht auf die konkrete Umsetzung zu. In diesem Fall ist es sinnvoll, zur doppelten Kontrolle, zu versuchen zu beschreiben, warum einige der Kriterien möglicherweise nicht berücksichtigt werden.



1. – 9. *Alle*
1. *besondere Betonung der Praxisgestaltung*

Ausgangsanalyse von Situation und Kontext

Bevor der Aktionsplan im Detail ausgearbeitet wird, sollten relevante kontextuelle Faktoren identifiziert werden, die die Umsetzung beeinflussen könnten. Quantitative, qualitative oder gemischte Methoden können zur Durchführung einer Basisanalyse verwendet werden. Dieselben Prinzipien können für die Überwachung und Bewertung der Umsetzung angewandt werden.

Quantitative Methodik: Daten können aus Datenregistern, Fragebögen und Formularen gesammelt werden, die numerische Daten erzeugen. Die Datenanalyse umfasst statistische Verfahren (deskriptiv, unvariant, mehrstufig, multivariat) oder Score-Konstruktionen. Produkte sind

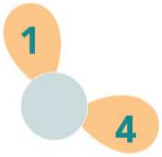
Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

Inferenzstatistiken, Mehrebenenmodelle und/oder multivariate Klassifikationen. In vielen Fällen werden Sekundärdaten zur Analyse des Kontexts verwendet.

Qualitative Methodik: Die Daten werden in der Regel mit offenen Fragebögen, halbstrukturierten Interviews, teilnehmender Beobachtung und interaktiven Sitzungen (z.B. Workshops, SWOT-Analyse (2), 'World Cafe' (3)) oder durch Extraktion von Daten aus schriftlichen Quellen erhoben. Daten (meist in der Form von Transkripten und Memos von Forschern) werden in der Regel mit Hilfe von Kodierung, Inhaltsanalyse oder fundierter Theorie analysiert (4).

Die SWOT-Analyse ist eine qualitative Methode, die verwendet werden kann, um den Kontext aus der Perspektive der Implementierungsarbeitsgruppe zu beschreiben. Sie bezieht alle Gruppenteilnehmer mit ein und erfordert kein aufwendiges Expertenwissen, um die Analyse durchzuführen. Sie ermöglicht eine strukturierte Diskussion unter den Gruppenteilnehmern, die in einem SWOT-Diagramm synthetisiert wird. Beschreiben Sie die Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Gefahren der Implementierungsaktivität, die Sie zu entwickeln, zu verändern oder zu verbessern versuchen.

Die SWOT-Analyse könnte aus dem Fokus aller JA CHRODIS-Empfehlungen und -Kriterien (1) oder nur unter Berücksichtigung der ausgewählten Kriterien, die sich als am relevantesten erwiesen haben, durchgeführt werden. Es ist jedoch ratsam, die Argumente anzugeben, warum andere Kriterien nicht als relevant angesehen wurden.



1. *Entwurf der Praxis*
4. *Ausführlichkeit der Praxis*

Entwurf eines Pilot-Aktionsplans

Die Analyse der Ausgangslage (Situation und Kontext) hilft, das spezifische lokale Problem genauer zu umreißen. An diesem Punkt ist es ratsam, den Umfang der Intervention nochmals zu überprüfen und auf der Grundlage der aus der Analyse gewonnenen Informationen Anpassungen vorzunehmen.

Der nächste Schritt ist die Definition eines Pilotaktionsplans. Im Pilotaktionsplan werden spezifische Ziele, Aktivitäten, Verantwortlichkeiten, Zeitrahmen und Leistungsindikatoren definiert.

Spezifische Ziele: Die Formulierung spezifischer Ziele muss kohärent sein. Die Praxisziele und die Strategie müssen für die Zielbevölkerung und die beteiligten Akteure transparent sein.

Aktivitäten: Für jedes spezifische Ziel werden eine oder mehrere Aktivitäten definiert.

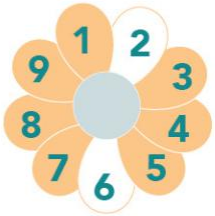
Verantwortlichkeiten: Es muss klar sein, wer für die Durchführung einer bestimmten Aktivität verantwortlich und wer daran beteiligt ist. Der Aktionsplan muss bei der Zielbevölkerung und mehreren Interessengruppen Eigenverantwortung schaffen und gegebenenfalls multidisziplinäre, multi-/intersektorielle Partnerschaften und Allianzen in Erwägung ziehen.

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

Zeitplan: Die Durchführung jeder Aktivität sollte in Bezug auf die Dauer realistisch sein. In der Regel nahm die Aktivität mehr Zeit in Anspruch als geplant.

Key Performance Indicators: Indikatoren werden zur Messung von Prozessen (durchgeführte Aktivitäten), Outputs (Ergebnisse der Aktivitäten) und Ergebnissen (durch die Aktivität erzielte Veränderungen) verwendet.

Die Praxis sollte gerecht (d.h. proportional zum Bedarf) umgesetzt werden und es sollten Anstrengungen unternommen werden, um die Transparenz der Ziele und der Strategie für die Zielbevölkerung und die beteiligten Interessengruppen zu gewährleisten. Berücksichtigen Sie die potenziellen Belastungen der Praxis (d.h. psychosoziale Aspekte, Erschwinglichkeit, Zugänglichkeit, etc.) und das Gleichgewicht zwischen Nutzen und Lasten. Die Rechte der Zielbevölkerung, informiert zu werden (regelmäßig und nach Einführung der Praxis), über ihre Versorgung zu entscheiden und aktiv mitzuwirken, müssen respektiert und unterstützt werden, wobei die Vertraulichkeit berücksichtigt wird.



1. - 9. *Alle, besondere Betonung der Befähigung der Zielbevölkerung*
6. *Ethische Betrachtung*

Überwachung und Bewertung der Umsetzung

Der erste Tag des Implementierungsprozesses muss definiert werden. Die Verwendung eines Gantt-Diagramms (siehe 5) oder anderer visueller Methoden ist ratsam, um den Zeitplan zu beschreiben und potenzielle Fehler bei der Planung zu identifizieren.

Die PDSA-Methodik (6) (Plan-Do-Study-Act) kann angewandt werden, um einen oder mehrere Implementierungszyklen zu skizzieren. Diese Methode unterstützt weitere Änderungen des primären Plans auf der Grundlage der gesammelten und analysierten Informationen. Der PDSA-Zyklus umfasst eine Zwischenevaluierung der Intervention.

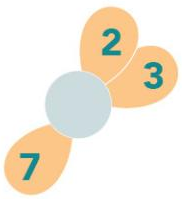
Die Zwischenevaluierung der Intervention kann anhand der JA CHRODIS Empfehlungen und Kriterien (1) durchgeführt werden, in JA CHRODIS PLUS wurde sie zur Selbsteinschätzung verwendet. Die Partner bewerteten die Umsetzung der Praxis nach mehreren Monaten, wobei sie detailliert beschrieben, ob und wie die Kategorien der Kriterien zu diesem Zeitpunkt erfüllt sind, Begründungen/Erläuterungen für die Antwort lieferten und die Ideen/Pläne/konkreten Aktionen für die Änderungen des primären Aktionsplans beschrieben. Die Zwischenevaluierung umfasst auch die Bewertung der wichtigsten Leistungsindikatoren und führt bei Bedarf zu einer Anpassung des Plans. Es können mehr als ein PDSA-Zyklus durchgeführt werden.

Die Schlussevaluation am Ende der Intervention kann die gleiche Struktur haben.

Die Ergebnisse der Evaluierung sollten an jedem Punkt mit Maßnahmen zur Förderung des kontinuierlichen Lernens und/oder der Verbesserung und/oder zur weiteren Umgestaltung der Praxis verbunden sein. Sie sollen unter den relevanten Interessengruppen ausgetauscht werden, wobei die

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

Verbindung zu den definierten Zielen und Vorgaben aufgezeigt werden soll. Die Evaluation muss soziale und wirtschaftliche Aspekte sowohl aus der Perspektive der Zielbevölkerung als auch aus der Perspektive der formellen und informellen Pflegepersonen, falls zutreffend, berücksichtigen.



2. *Befähigung der Zielbevölkerung*
3. *Auswertung*
7. *Governance*

Berichterstattung über die Ergebnisse

Wenn die Intervention abgeschlossen ist, ist es sehr nützlich, wenn die Implementierungsarbeitsgruppe die geleistete Arbeit reflektiert und einen Bericht über den gesamten Implementierungsprozess verfasst. Die Berichterstattung vermittelt zusätzlich Kerninformationen und Botschaften an die wissenschaftliche-, professionelle- und Laiengemeinschaft, sowie an die Entscheidungsträger und ist ein wesentliches Bauelement für die Nachhaltigkeit und Skalierbarkeit.

Der Bericht über den Implementierungsprozess sollte strukturiert sein und sich an den Richtlinien orientieren, die in wissenschaftlichen und professionellen Publikationen verwendet werden. Die Partner in JA CHRODOS PLUS verwendeten SQUIRE 2.0-Richtlinien (7). Die folgenden Elemente sollen in den Bericht aufgenommen werden:

- Titel
- Kurzfassung
- Kurze Zusammenfassung
- Einführung *(Warum haben Sie angefangen?)*
  - Problembeschreibung
  - Verfügbares Wissen
  - Rationale
  - Spezifische Ziele
- Methoden *(Was haben Sie getan?)*
  - Kontext
  - Intervention(en)
  - Untersuchung der Intervention(en)
  - Maßnahmen
  - Pilot-Aktionsplan
  - Analyse
  - Ethische Erwägungen
- Ergebnisse *(Was haben Sie gefunden?)*
- Diskussion *(Was bedeutet das?)*
  - Umsetzungsprozess
  - Zusammenfassung
  - Interpretation
  - Einschränkungen
- Schlussfolgerungen

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

Nachhaltigkeitsplanung der Praxis und Erhöhung des Skalierbarkeitspotenzials

Nachhaltigkeits- und Skalierbarkeitsaspekte der Praxis sollten in allen Phasen der Umsetzung berücksichtigt werden: bei der Analyse der Ausgangssituation und des Kontextes, in der Planungsphase der Aktivitäten und bei Zwischen- und Schlussevaluierungen, mit besonderem Schwerpunkt auf der Berichterstattung. Die Erfahrungen unserer Partner mit Pilotaktionen zeigen, dass manchmal größere Anpassungen der primär geplanten Aktivitäten erforderlich sind, um das Nachhaltigkeitspotential zu erhöhen.

Um Nachhaltigkeit zu erreichen, sollte die eingeführte Praxis bei denjenigen, die sie eingeführt haben oder einzuführen beabsichtigen, eine breite Unterstützung finden. Die Fortführung der Praxis kann durch die institutionelle Verankerung und/oder die Eigenverantwortung der relevanten Interessengruppen oder Gemeinschaften gewährleistet werden, was durch eine Arbeitsgruppe für die Umsetzung und/oder eine Kernführungsgruppe erleichtert wird. Es sollte eine Nachhaltigkeitsstrategie definiert werden, die kontextbezogene Faktoren berücksichtigt (z.B. Gesundheits- und Sozialpolitik, Innovation, kulturelle Trends und allgemeine Wirtschaft, epidemiologische Trends). Mögliche Auswirkungen auf die Zielbevölkerung (falls sie größer sind) müssen bewertet werden.

Der Aufbau und/oder die Förderung von Verbindungen zwischen Entscheidungsträgern und der lokalen Gemeinschaft ist ein weiterer wichtiger Mechanismus zur Schaffung von Nachhaltigkeit und Skalierbarkeitspotenzial. Wenn möglich müssen diese Interessenvertreter in den Umsetzungsprozess einbezogen werden und die Ergebnisse (aussagekräftige Informationen) sollten mit ihnen geteilt werden. Ihre Reflexion über die Ergebnisse kann z.B. durch die Organisation eines "Politikdialogs" angestrebt werden - einer strukturierten Diskussion mit Entscheidungsträgern, Experten und Vertretern der Zielbevölkerung über die Intervention. Es müssen gemeinsame Erwartungen ermittelt, die Unterstützung der Interessengruppen gesucht und die möglichen nächsten Schritte gemeinsam skizziert werden. Patientenvertreter/Vertreter der Zielbevölkerung sollten kontinuierlich und sinnvoll einbezogen werden. Der Eigentümer und Betreuer des zukünftigen Prozesses muss definiert und von allen Interessengruppen unterstützt werden, so wie es unsere Partner mit Pilotaktionen erlebt haben.

7. Governance
8. Interaktion mit regulären und relevanten Systemen
9. Nachhaltigkeit und Skalierbarkeit

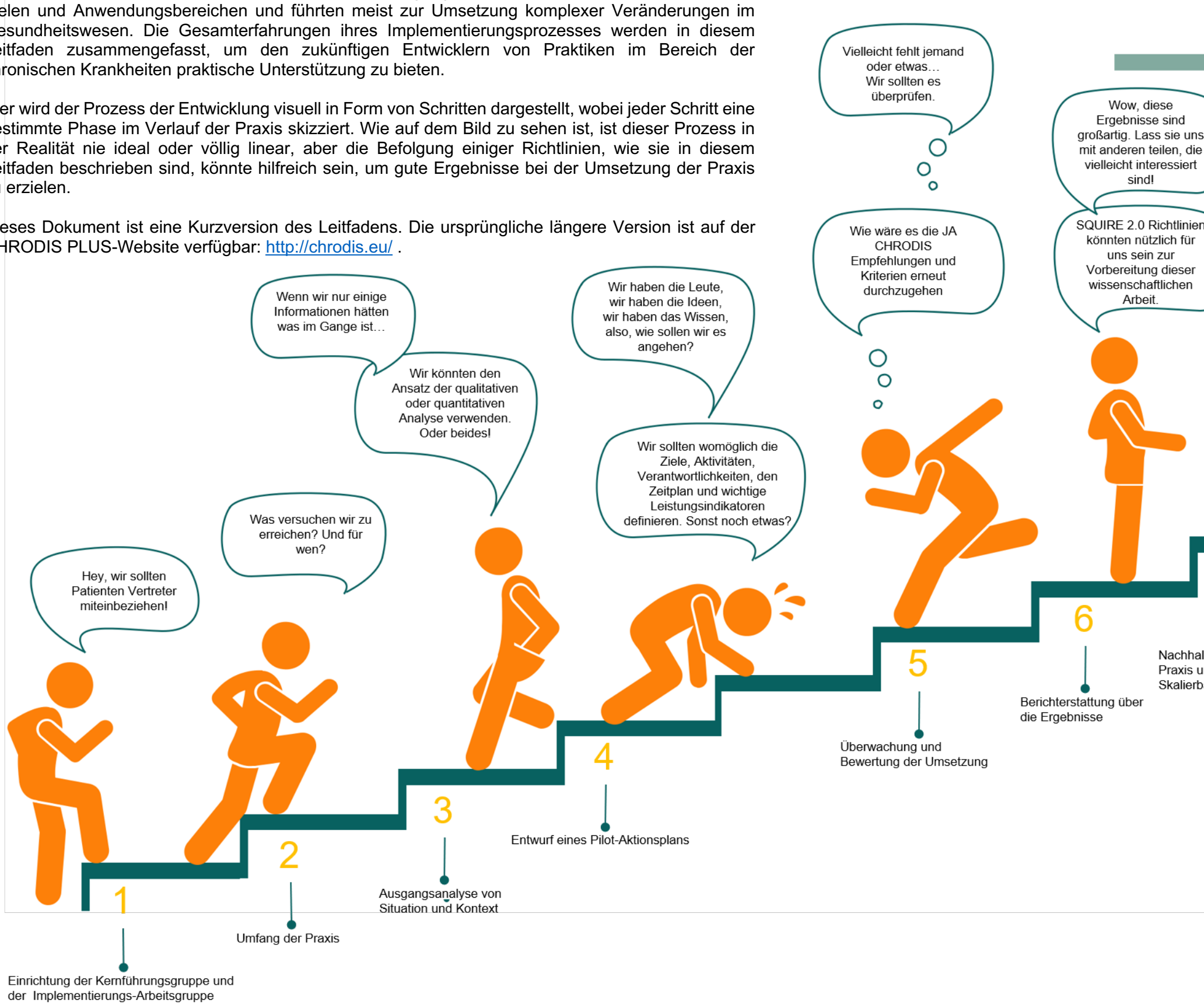
Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

SCHLUSSFOLGERUNG

Wie in JA CHRODIS PLUS beobachtet wurde, hatten die Pilotaktionen in acht verschiedenen Ländern, die diesen Ansatz anwandten, sehr unterschiedliche Ausgangspunkte und Kontexte, eine Vielzahl von Zielen und Anwendungsbereichen und führten meist zur Umsetzung komplexer Veränderungen im Gesundheitswesen. Die Gesamterfahrungen ihres Implementierungsprozesses werden in diesem Leitfaden zusammengefasst, um den zukünftigen Entwicklern von Praktiken im Bereich der chronischen Krankheiten praktische Unterstützung zu bieten.

Hier wird der Prozess der Entwicklung visuell in Form von Schritten dargestellt, wobei jeder Schritt eine bestimmte Phase im Verlauf der Praxis skizziert. Wie auf dem Bild zu sehen ist, ist dieser Prozess in der Realität nie ideal oder völlig linear, aber die Befolgung einiger Richtlinien, wie sie in diesem Leitfaden beschrieben sind, könnte hilfreich sein, um gute Ergebnisse bei der Umsetzung der Praxis zu erzielen.

Dieses Dokument ist eine Kurzversion des Leitfadens. Die ursprüngliche längere Version ist auf der CHRODIS PLUS-Website verfügbar: http://chrodis.eu/ .



REFERENZEN

(1.) Zaletel J. und Maggini M. Förderung der Qualität der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten, von der Theorie zur Praxis: Die Entwicklung von Good Practices in der Krankheitsprävention und Pflege in JA CHRODIS PLUS unter Verwendung von JA CHRODIS-Empfehlungen und Qualitätskriterien. *Int. J. Umwelt. Res. Öffentliche Gesundheit* 2020: 17; 951: doi: 10.3390/ijerph17030951

(2.) van Wijngaarden J., Scholten G. und van Wijk K. Strategische Analyse für Organisationen des Gesundheitswesens: die Eignung der SWOT-Analyse. Int J Gesundheitsplanung managen. 2010; 27(1): 34-49 (http://onlinelibrary. wiley.com/doi/10.1002/hpm.1032/full; Zugriff am 5. März 2020).

(3.) Brown J. und Isaacs D. Das World Café. *Unsere Zukunft gestalten durch Gespräche, auf die es ankommt.* McGraw-Hill Professional, 1995.

(4.) Flick U., Hrsg. Das SAGE-Handbuch der qualitativen Datenanalyse. SAGE-Veröffentlichungen: Los Angeles, London, Neu-Delhi, Singapur und Washington DC, 2014.

(5.) Kumar, P. Pradeep. Effektive Nutzung des Gantt-Diagramms zur Verwaltung von Großprojekten. *Kosten-Engineering.* 2005; 47 (7): 14–21. ISSN 0274-9696.

(6.) ATC-Akademie. *Plan, Do, Study, Act (PDSA)-Zyklen und das Modell für Verbesserungen.* Online-Bibliothek mit Tools für Qualität, Serviceverbesserung und Neugestaltung (https://improvement.nhs.uk/ documents/2142/plan-do-study-act.pdf; Zugriff am 10. Februar 2020).

(7.) Ogrinc G. et al. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Überarbeitete Publikationsrichtlinien aus einem detaillierten Konsensusprozess. Perm J. 2015 Fall; 19(4): 65-70 (doi: 10.7812/TPP/15-141; Zugriff am 8. Februar 2020).

(8.) https://www.scirocco-project.eu/maturitymodel/; aufgerufen am 20. März 2020.

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

JA CHRODIS-Kriterien

Kriterium 1: Praxisgestaltung:

- Die Praxisziele, Zielsetzungen und Methoden wurden klar festgelegt. Das Design stützt sich auf relevante Daten, Theorie, Kontext, Evidenz, frühere Praxis einschließlich Pilotstudien. Struktur, Organisation und Inhalt der Praxis wurden definiert und zusammen mit der Zielpopulation festgelegt.
- Es gab eine klare Beschreibung der Zielpopulation (d.h. Ausschluss- und Einschlusskriterien und die geschätzte Anzahl der Teilnehmer)
- Die Praxis beinhaltet eine angemessene Schätzung des Personal-, Material- und Haushaltsbedarfs in klarer Beziehung zu den übertragenen Aufgaben
- Es gab eine klare Beschreibung der Zielbevölkerung, der Betreuer und der spezifischen Rolle der Fachkräfte
- Bei der Gestaltung werden relevante Dimensionen der Gleichberechtigung angemessen berücksichtigt und gezielt angegangen (d.h. Geschlecht, sozioökonomischer Status, ethnische Zugehörigkeit, ländlich-urbaner Raum, gefährdete Gruppen)

Kriterium 2: Befähigung der Zielbevölkerung

- Die Praxis fördert aktiv die Befähigung der Zielbevölkerung durch den Einsatz geeigneter Mechanismen (z.B. Unterstützung der Selbstverwaltung, gemeinsame Entscheidungsfindung, Aufklärung über Bildung oder Werte, aktive Teilnahme am Planungsprozess und an der Berufsausbildung).
- Die Praxis berücksichtigte alle Bedürfnisse der Interessengruppen in Bezug auf die Verbesserung/Erwerb der richtigen Fähigkeiten, Kenntnisse und Verhaltensweisen, um die Befähigung der Zielbevölkerung zu fördern (Zielbevölkerung, Pflegekräfte, Gesundheits- und Pflegefachkräfte, politische Entscheidungsträger usw.).

Kriterium 3: Bewertung

- Die Evaluationsergebnisse waren mit Maßnahmen zur Förderung des kontinuierlichen Lernens und/oder der Verbesserung und/oder zur Neugestaltung der Praxis verbunden.
- Evaluationsergebnisse und Monitoring wurden unter den relevanten Interessengruppen ausgetauscht
- Die Evaluationsergebnisse waren mit den angegebenen Zielen und Vorgaben verknüpft
- Die Evaluation berücksichtigte soziale und wirtschaftliche Aspekte sowohl aus der Perspektive der Zielbevölkerung als auch aus der Perspektive der formellen und informellen Pflegepersonen

Kriterium 4: Umfassender Charakter der Praxis

- Die Praxis hat relevante Beweise zur Wirksamkeit, Kostenwirksamkeit, Qualität, Sicherheit usw. berücksichtigt.
- Die Praxis hat die wichtigsten kontextabhängigen Indikatoren berücksichtigt
- Die Praxis hat die zugrunde liegenden Risiken der Zielpopulation berücksichtigt (d.h. validierte Instrumente zur individuellen Risikobewertung)

Kriterium 5: Bildung und Ausbildung

- Es werden erzieherische Elemente in die Praxis einbezogen, um das Befähigung der Zielbevölkerung zu fördern (z.B. Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz, Selbstmanagement, Stressbewältigung... usw.)
- Einschlägige Fachleute und Experten werden geschult, um die Befähigung der Zielbevölkerung zu unterstützen

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

- TrainerInnen/AusbilderInnen sind qualifiziert in Bezug auf Wissen, Techniken und Ansätze

Kriterium 6: Ethische Erwägungen

- Die Praxis wird gerecht (d.h. proportional zum Bedarf) umgesetzt
- Die Ziele und Strategie der Praxis sind für die Zielbevölkerung und die beteiligten Akteure transparent.
- Potenzielle Belastungen durch die Praxis (d.h. psychosoziale Belastungen, Erschwinglichkeit, Zugänglichkeit usw.) werden angesprochen und es besteht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Nutzen und Belastung
- Das Recht der Zielbevölkerung, informiert zu werden, über ihre Versorgung zu entscheiden, sich zu beteiligen und Fragen der Vertraulichkeit zu klären, wurde respektiert und gestärkt.

Kriterium 7: Governance

- Die Praxis beinhaltete organisatorische Elemente, die die notwendigen Maßnahmen zur Beseitigung rechtlicher, verwaltungstechnischer und finanzieller oder fachlicher Barrieren aufzeigten
- Der Beitrag der Zielbevölkerung, der Betreuer und Fachleute wurde angemessen geplant, unterstützt und mit Ressourcen ausgestattet
- Die Praxis bietet ein Modell für effiziente Führung
- Diese Praxis schafft Eigenverantwortung bei der Zielbevölkerung und mehreren Interessengruppen, die gegebenenfalls multidisziplinäre, multi-/intersektorale Partnerschaften und Allianzen in Erwägung ziehen.
- Es gab eine definierte Strategie, um die Anreize und die Motivation des Personals mit den Zielen der Praxis in Einklang zu bringen
- Die beste Evidenz und Dokumentation zur Untermauerung der Praxis (Leitlinien, Protokolle usw.) war für die relevanten Interessengruppen (z.B. Fachleute und Zielgruppen) leicht zugänglich.
- Der multidisziplinäre Ansatz für Praxen wird von den entsprechenden Interessengruppen (z.B. Berufsverbänden, Institutionen usw.) unterstützt.
- Die Praxis wird durch verschiedene Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützt (z.B. Krankenblattsystem, spezielle Software zur Unterstützung der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen, soziale Medien usw.).
- Es gab eine definierte Politik, um die Akzeptanz der Informationstechnologien bei den Benutzern (Fachleute und Zielgruppe) zu gewährleisten, d.h. ihre Einbeziehung in den Veränderungsprozess zu ermöglichen

Kriterium 8: Interaktion mit regulären und relevanten Systemen

- Die Praxis war in das reguläre Gesundheits- und Pflegesystem und/oder weitere relevante Systeme integriert oder interagierte vollständig mit diesen
- Die Praxis ermöglicht effektive Verbindungen zwischen allen relevanten Entscheidungsträgern und Interessengruppen
- Die Praxis verbessert und unterstützt die Fähigkeit der Zielgruppen, effektiv mit den regulären, relevanten Systemen zu interagieren.

Kriterium 9: Nachhaltigkeit und Skalierbarkeit

- Die Fortführung der Praxis wurde durch die institutionelle Verankerung und/oder die Eigenverantwortung der relevanten Interessengruppen oder Gemeinschaften sichergestellt

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

- Die Nachhaltigkeitsstrategie berücksichtigte eine Reihe von Kontextfaktoren (z.B. Gesundheits- und Sozialpolitik, Innovation, kulturelle Trends und allgemeine Wirtschaft, epidemiologische Trends).
- Es gibt breite Unterstützung für diese Praxis bei denjenigen, die sie umgesetzt haben. Die potenziellen Auswirkungen auf die Zielbevölkerung (bei einer Skalierung) werden bewertet.

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

Mitwirkende und Danksagungen

Kernschreibgruppe: Denis Oprešnik (NIJZ), David Somekh (EHFF), Ljudmil Ninov (EPF), Jelka Zaletel (NIJZ)

Leiter des WP7: ISS (Istituto Superiore di Sanità): Marina Maggini, Bruno Caffari, Angela Giusti, Flavia Pricci, Emanuela Salvi, Marika Villa.

WP7 Co-Leiter: NIJZ (Nationales Institut für öffentliche Gesundheit, Slowenien): Jelka Zaletel, Denis Opresnik, Dejan Bahc.

Partner mit Pilotaktionen: BULGARIEN: NCPHA (Nationales Zentrum für öffentliche Gesundheit und Analysen): Plamen Dimitrov, Mirela Strandzheva, Doroteya Velikova. KROATIEN: CIPH (Kroatisches Institut für öffentliche Gesundheit): Verica Kralj, Mario Šekerija, Maja Silobrčić Radić, Tamara Poljicanin, Marijan Erceg, Ivana Brkić Biloš, Ivan Pristaš, Marko Brkić, Domina Vusio, Marija Švajda; MoH (Gesundheitsministerium, Kroatien): Dunja Skoko Poljak, Sanja Kiš; CHIF (Kroatische Krankenversicherungskasse): Dunja Skoko Poljak, Sanja Kiš; CHIF (Kroatische Krankenkasse): Tatjana Bekić; KoHOM (Koordination der kroatischen Hausärzte): Tatjana Bekić; KoHOM (Koordination der kroatischen Hausärzte): Vjekoslava Amerl Šakić; DNOOM (Kroatische Vereinigung von Lehrern für Allgemeinmedizin/ Familienmedizin): Valerija Bralić Lang; HSDU (Kroatische Vereinigungen von Diabetespatienten): Zrinka Mach. GRIECHENLAND: CERTH (Zentrum für Forschung und Technologie - Hellas): Zrinka Mach: Konstantinos Votis, Vassilis Koutkias, Dimitrios Tzovaras, Eleftheria Polychronidou; AUTH (Aristoteles-Universität Thessaloniki, AHEPA-Universitätsklinik): Christos Savopoulos, Ilias Kanellos, Georgia Kaiafa, Paraskevi Leonida, Panagiotis Skantzis, Elena Matopoulou, Spyros Fotiadis, Dimitris Konstantinidis, Addo Tesfaye, Triantafyllos Diddagelos, Mariam Jaber, Elena Fotiadou, Dimitris Konstantinidis, Parthena Giannoulaki, Maria Kourbeti, Nikolaos Tsokos, Konstantina Stavropoulou, Apostolos Hatzitolios; IHU - ATEIT (Internationale Griechische Universität - Alexander Technologisches Bildungsinstitut von Thessaloniki): Dimitrios Theofanidis, Antigoni Fountouki; TDGHS (Allgemeines Krankenhaus für Thoraxkrankheiten in Sotiria): Angellos Vontetsianos, Theodoros Vontetsianos, Dimitra Gennimata; EUC (Europäische Universität von Zypern): Ioannis Patrikios, Ilias Kanellos, Konstantinos Lampropoulos, Georgios Papaioannou; NHA (Marinekrankenhaus Athen): Spyros Papaioannou, Nikolaos Papaioannou; TGHP (Tzaneio Allgemeines Krankenhaus von Pireus): Stylianos Handanis; KGH (Allgemeines Krankenhaus von Kozani): Stylianos Handanis; KGH (Allgemeines Krankenhaus von Kozani): Stefanos Poulios, Stylianos Lampropoulos, Stamatios Sofoulis, konstantinos Stokos, Eirini melidou. DEUTSCHLAND: UHREG(Universitätsklinikum Regensburg): Patrick Neff, Jorge Simões, Winny Schlee; OVGU (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg): Myra Spiliopoulou, Miro Schleicher, Vishnu Unnikrishnan, Yash Shah, Sachin Nandakumar; UULM (Universität Ulm): Rüdiger Pryss, Johannes Schobel, Michael Winter, Manfred Reichert. FINNLAND: THL (Finnisches Institut für Gesundheit und Wohlfahrt): Idil Hussein, Jaana Lindström, Katja Wikström, Eeva Virtanen. SERBIEN: UBEO (Medizinische Fakultät der Universität Belgrad, Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechselkrankheiten, Klinisches Zentrum Serbiens: Nebojša Lalić, Katarina Lalic, Aleksandra Jotić, Ljiljana Lukić, Tanja Milicić, Marija Macešić, Jelena Stanarčić Gajović, Milica Stoiljkovic; (Medizinische Fakultät der Universität Belgrad, Institut für Sozialmedizin): Vesna Bjegovic Mikanovic, Jovana Todorovic, (Zentrum für internationale Zusammenarbeit, Medizinische Fakultät) Natasa Ognjanovic, MoH (Gesundheitsministerium der Republik Serbien): Ljubica Pakovic; IPHS (Institut für öffentliche Gesundheit der Republik Serbien): Verica Jovanović, Darija Kisić Tepavcević, Ivana Rakočević, Natasa Mickovski Katalina; PHCC (Zentrum für primäre Gesundheitsfürsorge Palilula) Aleksandar Stojanović; (Zentrum für primäre Gesundheitsfürsorge Stari Grad): Vesna Janjušević; (Zentrum für primäre Gesundheitsfürsorge Savski venac); (Zentrum für primäre Gesundheitsfürsorge Savski venac): Dubravka Miljuš; (Zentrum für primäre Gesundheitsfürsorge Zemun): Aleksandra Cvetković; (Zentrum für primäre Gesundheitsfürsorge Rakovica) Dobrila Vasić; (Zentrum für primäre Gesundheitsfürsorge Uzice): Danijela Marinković, (Zentrum für primäre Gesundheitsfürsorge Novi Sad): Veselin Bojat; (Zentrum für primäre Gesundheitsversorgung Kragujevac); (Zentrum für primäre Gesundheitsversorgung Kragujevac): Vasilije Antić; DAS (Diabetes-Vereinigung Serbiens): Aleksandar Opačić. SLOWENIEN: SBNM (Allgemeines Krankenhaus Novo mesto): Milivoj Piletič, Ljubinka Počrvina, Marjan Matešič, Sabina Klemenčič, Miloš Potkonjak, Marjetka Matoh, Andreja Žnidaršič, Milanka Markelič, Simona Volf; ZDNM (Gemeindegesundheitszentrum Novo mesto): Alenka Simonič, Mila Mršič, Jana Mrvar, Darja Brudar, Sonja Seničar, Nastja Florjančič Lobe, Elizabeta Grill, Katja Šinkovec, Breda Cetina; DDNM (Patienten-Diabetes-Vereinigung Novo mesto): Dušan Jukič; NIJZ (Nationales Institut für öffentliche Gesundheit Sloweniens): Radivoje Pribaković Brinovec, Branko Gabrovec; MZ RS (Gesundheitsministerium der Republik Slowenien): Radivoje Pribaković Brinovec, Branko Gabrovec; MZ RS (Gesundheitsministerium der Republik Slowenien): Vesna Kerstin Petrič. SPANIEN: CSC (Consejeria de Sanidad de Cantabria) und SCS (Servicio Cantabro de Salud): Carlos Fernández-Viadero, Abraham Delgado Diego, Verónica García Cernuda, Patricia Rodríguez Fernández, Iñaki Lapuente Heppe, Marta López Cano, Concha Sastre García, Jose Antonio García del Río; Asociación Cántabra de Diabéticos und Federación Española de Diabetes (FEDE).

Andere Partner: DCHE (Dänisches Komitee für Gesundheitserziehung), Charan Nelander, Lars Münter; EHFF (Europäisches Komitee für Gesundheitserziehung), Charan Nelander, Lars Münter; EHFF

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union

Zukunftsforum): David Somekh, Basia Kutryba, Ales Bourek, Rui Louriero; EPF (Europäisches Patientenforum): Ljudmil Ninov, Valentina Strammiello; Kronikgune (Forschungsinstitut für das Gesundheitswesen Kronikgune): Ane Fullaondo, Jon Txarramendieta, Esteban de Manuel Keenoy.

Externe Unterstützung: Mirca Barbolini.

Die Arbeit steht im Einklang mit den JA CHRODIS PLUS-Richtlinien für die Vor-Implementierungs-, Implementierungs- und Nach-Implementierungsphase, die von KRONIKGUNE in Zusammenarbeit mit allen JA CHRODIS PLUS-Partnern entwickelt und von WP7-Leiter, WP7-Co-Leiter und anderen WP7-Partnern für die Verwendung in WP7 angepasst wurden.

Kofinanziert vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union