

Teil 2: Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ von IGiB StimMT

## Über die Sonnen- und Schattenseiten bei Großprojekten

Bei der Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ von IGiB StimMT, die Ende letzten Jahres stattfand, wurden in drei Workshops zum einen die „Ökonomische Dimensionen der Ambulantisierung“ (Teil 1, MVF 06/20), zum anderen die „Evaluation komplexer Interventionen“ (wird in MVF 02/21 publiziert) und zum Dritten die „Sonnen- und Schattenseiten bei der Führung von Großprojekten des Innovationsfonds“ thematisiert. Diesem Thema widmet sich dieser Teil der Berichts-Triologie.

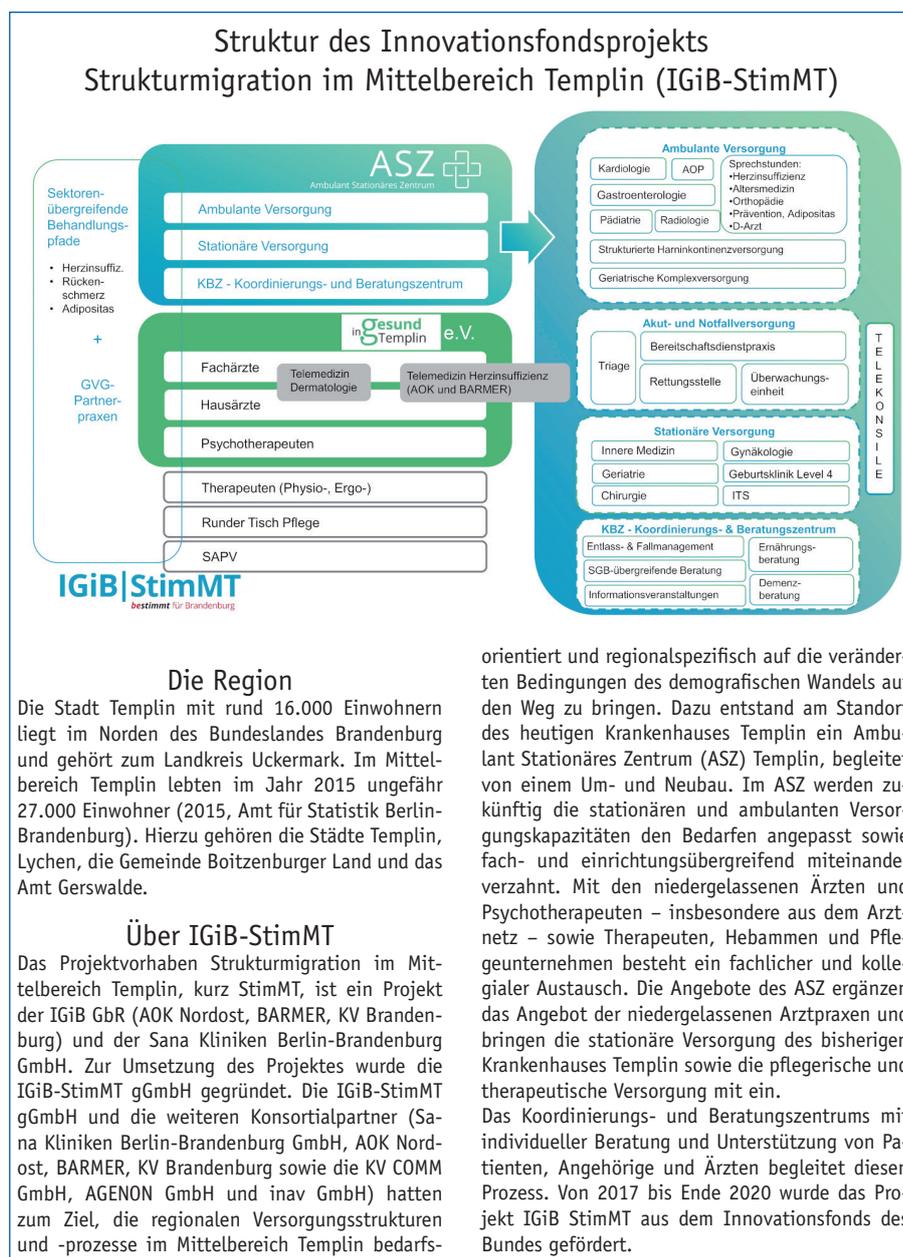
>> „Das Templiner Projekt ist ein sehr lebhaftes Projekt.“ Mit diesen Worten begann MUDr./CS Peter Noack, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg seinen durchaus sehr persönlichen Rückblick auf die letzten knapp vier Jahre, in denen er mitverantwortlich war für das Innovationsfondsprojekt „Strukturmigration im Mittelbereich Templin, kurz IGiB-StimMT. In diesen annähernd vier Jahren, in denen Noack die Verantwortung für die Führung der KV Brandenburg (und damit auch des Großprojekts) von seinem Vorgänger Dr. med. Hans-Joachim Helming übernommen hatte, wurden für dieses eine Innovationsfondsprojekt wöchentliche Jour Fixe des Führungskreises (Gesamtleitung und Projektkoordination), eine 14-tägige Teilprojektleiterrunde (Projektkoordination und Teilprojektleiter) sowie viele Sitzungen des Lenkungsgremiums (KVBB/BARMER/AOK Nordost/Sana/AGENON – davon mehrere inklusive hochrangigen Vertretern des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, kurz MSGIV) durchgeführt. Darauf rückblickend – so Noack – „habe ich versucht, aus diesem Leben ein paar Schlüsse zu ziehen und Informationen darüber zu geben, wo in diesem Projekt die Sonnen- oder Schattenseiten zu finden waren“.

Noack: „Sehr erfolgreich ans Netz gebracht“

Derlei Schattenseiten gab es viele. Doch gab es dazwischen im Laufe der Zeit auch etwas Sonne. Zu den Schattenseiten zählte Noack als erstes die Probleme, die durch die Förderstruktur und eine damit einhergehende hohe Bürokratielast aufkamen, wie etwa den verspäteten Projektstart durch eine verspätete Auszahlung der Fördergelder, die lange Bearbeitungszeit von Änderungsanträgen und Genehmigungen durch den Projektträger DLR sowie die vielen durch diesen geforderten Zwischenberichte und Statusmeldungen. Er nannte aber

auch ehrlicherweise eigene Problemfelder, so zum Beispiel den Wechsel der Gesamtprojektleitung (von Helming auf den heutigen IGiB-StimMT-Geschäftsführer Lutz O. Freiberg und ihn), die durchaus (und gewiss nicht verwunderlich) diversen Interessenlagen im Konsortium und das, was eigent-

lich alle großen Innovationsfondsprojekte gleichermaßen betrifft: die langwierige und überhaupt nicht triviale Teambildung in derartigen Großprojekten. Das Ganze oben- und drein garniert durch externe Problemfelder, vor allen Dingen die rasante Entwicklungen der Digitalisierung sowie auf der Bundes-



### Die Region

Die Stadt Templin mit rund 16.000 Einwohnern liegt im Norden des Bundeslandes Brandenburg und gehört zum Landkreis Uckermark. Im Mittelbereich Templin lebten im Jahr 2015 ungefähr 27.000 Einwohner (2015, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg). Hierzu gehören die Städte Templin, Lychen, die Gemeinde Boitzenburger Land und das Amt Gerswalde.

### Über IGiB-StimMT

Das Projektvorhaben Strukturmigration im Mittelbereich Templin, kurz StimMT, ist ein Projekt der IGiB GbR (AOK Nordost, BARMER, KV Brandenburg) und der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH. Zur Umsetzung des Projektes wurde die IGiB-StimMT gGmbH gegründet. Die IGiB-StimMT gGmbH und die weiteren Konsortialpartner (Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH, AOK Nordost, BARMER, KV Brandenburg sowie die KV COMM GmbH, AGENON GmbH und inav GmbH) hatten zum Ziel, die regionalen Versorgungsstrukturen und -prozesse im Mittelbereich Templin bedarfs-

orientiert und regionalspezifisch auf die veränderten Bedingungen des demografischen Wandels auf den Weg zu bringen. Dazu entstand am Standort des heutigen Krankenhauses Templin ein Ambulant Stationäres Zentrum (ASZ) Templin, begleitet von einem Um- und Neubau. Im ASZ werden zukünftig die stationären und ambulanten Versorgungskapazitäten den Bedarfen angepasst sowie fach- und einrichtungsübergreifend miteinander verzahnt. Mit den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten – insbesondere aus dem Arztnetz – sowie Therapeuten, Hebammen und Pflegeunternehmen besteht ein fachlicher und kollegialer Austausch. Die Angebote des ASZ ergänzen das Angebot der niedergelassenen Arztpraxen und bringen die stationäre Versorgung des bisherigen Krankenhauses Templin sowie die pflegerische und therapeutische Versorgung mit ein. Das Koordinierungs- und Beratungszentrum mit individueller Beratung und Unterstützung von Patienten, Angehörige und Ärzten begleitet diesen Prozess. Von 2017 bis Ende 2020 wurde das Projekt IGiB StimMT aus dem Innovationsfonds des Bundes gefördert.

ebene inklusive der entsprechenden Gesetzgebungsverfahren, die zur elektronischen (seit Januar dieses Jahres endlich gestarteten) Patientenakte geführt haben. All das hat das eigene Teilprojekt mit dem geplanten Aufbau einer eigenen IT-Plattform und einem dazu gehörenden Clinical Data Repository nicht nur weit überholt, sondern auch unnötig gemacht.

Doch trotz all dieser Problemfelder und Schwierigkeiten ist das Projekt nach Noacks Sicht „sehr erfolgreich ans Netz gebracht“ worden, sprich aktiv als Koordinierungs- und Beratungszentrum mit einer für Deutschland ganz neuen Struktur, die durch ein auf Patienten und deren Bedarfe ausgerichtetes Ambulant-Stationäres Zentrum gebildet wird. Noack: „Das Zentrum ist von Patienten sehr gut angenommen worden.“ Das habe dazu beigetragen, dieses Projekt in der Öffentlichkeit positiv darstellen zu können; doch ausschlaggebend sei der Fakt gewesen, dass damit „eine neue Struktur aufgebaut wurde, die der Bevölkerung wirklich von Nutzen ist“.

Doch gleichermaßen auch für die ambulant tätigen Ärzte vor Ort, die „sich neu zusammengefunden“, unter anderem ein Ärztenetz gegründet und „sehr aktiv an dem Projekt mitgearbeitet“ hätten. Aber eben nicht wie früher jeder für sich allein, sondern in eine neue Struktur eingebunden, die Kontakte zu den stationär tätigen Kollegen nicht nur vorsieht, sondern tatsächlich auch strukturiert bietet. Noack: „So sind wir guter Hoffnung, dass sich unser Ambulant-Stationäres Zentrum in der ärztlichen Versorgung, die dann in ärztlicher Hand ist, verstetigen wird und sehr zukunftssicher gestaltet ist.“ Immerhin sind über das Projekt aktuell 10.439 Patienten aufgeklärt, was nicht nur circa 40 Prozent der Einwohner des Mittelbereiches Templin entspricht, sondern auch rund 80 Prozent der tatsächlich zu behandelnden Population (12.998 Personen).

### Matthesius: „Der Rechtsrahmen schränkt den Innovationsgeist ein“

Auch Dr. Gregor Matthesius, der für den Konsortialpartner BARMER zuständige und im Projekt stark involvierte Leiter Verträge der zuständigen Landesvertretung Berlin/Brandenburg, wusste von allerlei Schattenseiten zu berichten. Er nannte hier ähnlich wie Noack einen „enormen administrativen Aufwand bei der Kommunikation mit dem Förderer, was unter anderem zu zeitlichen Verzögerungen führen würde. Doch dann

gleich den zur Umsetzung derartiger Projekte bestehende Rechtsrahmen, die nicht nur den Innovationsgeist, sondern auch die mögliche Überführung in die Regelversorgung einschränke. Denn, so Matthesius: „Innovation muss nicht immer bedeuten, wir machen etwas komplett neu, sondern auch Bestehendes anders“. Innovativ könne es auch sein, „dass man Sachen, die es schon gibt, neu kombiniert und neu aufstellt und miteinander verzahnt“, wie es eben gerade beim Projekt der Strukturmigration in Templin der Fall sei.

Erschwerend komme jedoch hinzu, dass die Definition der Regelversorgung und deren Abgrenzung keinesfalls klar sei. Matthesius: „Das ist etwas, das wir lernen mussten: Es ist alles andere als einfach, vielversprechende oder auch gut funktionierende Projektbestandteile umzusetzen, einfach weil es Beschränkungen hinsichtlich der Förderfähigkeit gibt, die es schier unmöglich machen, einzelne Komponenten, die sinnvoll und auch umsetzbar wären, in die Praxis zu überführen.“

Matthesius sprach in seinem Vortrag aber auch ein ganz grundlegendes, in vielen derartiger Projekte zutage tretendes Problemfeld an: Generell sei von vorneherein die Anlaufzeit unterschätzt worden. Das ist etwas, was der BARMER-Manager gut beurteilen kann: Immerhin ist seine Kasse an insgesamt 83 Innovationsfondsprojekten beteiligt, davon 49 Projekte, die den Neuen Versorgungsformen zuzurechnen sind, ergänzt durch 34 Projekte im Bereich der Versorgungsforschung. Dass ein Projekt aufgrund oft verspätet eintreffender Förderzusagen später als geplant starten könne, sei nicht das Schlimme. Problematisch sei jedoch, dass der Förderer damit nicht gleichzeitig die Förderzeit verlängere. „Wir sehen bei vielen

Projekten, dass das am Ende dazu führt, dass die Zeit knapp wird.“ Dies betreffe vor allem die Einschreibezahlen, die man benötige, um zu den prognostizierten Ergebnissen zu kommen. Diese wären in der veranschlagten Projektzeit grundsätzlich möglich, aber nicht in einer verkürzten. Gleiches gelte für die Zeit der tatsächlichen Intervention. Laut Matthesius gäbe es bei einzelnen Projekten zwar die Möglichkeit, die Projektlaufzeit zu verlängern, doch sei die Förderdauer insgesamt reglementiert. Insbesondere bei Projekten, bei denen Strukturen verändert werden müssen, sei es mittlerweile offenkundig, dass diese Zeit zu kurz getaktet sei, um zum gewünschten Ziel zu kommen; insbesondere dann, wenn – wie beim Projekt der Strukturmigration Templin – es sich nicht nur um eine komplexe Intervention handele, sondern auch um eine, die „an die Grenzen der manifestierten sektorierten Welt“ komme. Einer dieser Grenzpfiler ist die „sektorübergreifende Vergütung“, die laut Matthesius in einigen der Innovationsfondsprojekte, an der seine Kasse beteiligt sei, eine große Rolle spiele. Doch gebe es hier „noch keine Lösungen, derer es aber bedarf“.

Als weitere Großbaustelle nannte der BARMER-Manager das Thema der Finanzierung, nicht nur im Verlauf eines Projekts, sondern ganz speziell im Anschluss an ein Projekt. Hier gebe es drei Lücken. Die erste entstehe schon in dem Moment, an dem im Rahmen eines Projektes die fondsseitige Finanzierung des Einschlusses der Versicherten in die entsprechenden Prozesse endet. Ab diesem – oft recht frühen – Zeitpunkt, könne dieser Part „im Prinzip über Fondsgeld nicht mehr gefördert“ werden. Die zweite Lücke schließt sich Matthesius Worten zufolge gleich nach Beendigung des Projektes an. Zu diesem Zeitpunkt sei zwar das Projekt offi-

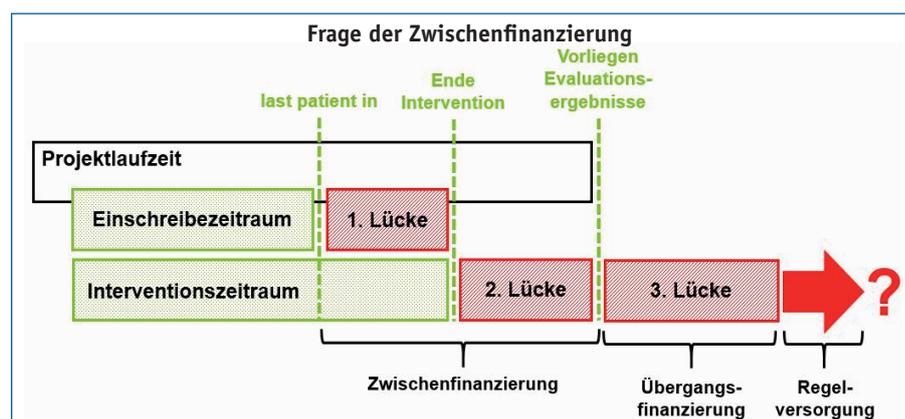


Abb. 1: Frage einer Zwischenfinanzierung. Aus Vortrag: Matthesius, gehalten anlässlich der Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ der IGIB StimMT gGmbH.

ziell abgeschlossen, doch laufe ab hier die Evaluation, die dann auch noch beim Fördermittelgeber eingereicht werden müsse. Die dritte Lücke schließe sich an, wenn die Evaluation vorliegt, aber die vom Innovationsausschuss zu treffende Entscheidung, ob das Projekt in die Regelversorgung überführt wird oder nicht, andauert. Dieser Zeitablauf sei bei der Konstruktion und der Implementierung des Innovationsfonds nicht beachtet worden, spiele aber in der Praxis bei all ihm bekannten Projekten eine große Rolle. Daher lautete seine Forderung, dass der hier sichtbar werdende grundlegende Konstruktionsfehler, insbesondere beim Thema der Zwischenfinanzierung, angegangen werden müsse.

Auch sei die Frage der Überführung in die Regelversorgung zu lösen; ganz besonders dann, wenn „es keine Möglichkeit mehr gibt, die Regelversorgung alter Art

und die neue Versorgung nebeneinander zu führen“, weil durch ein Projekt die Versorgungsstruktur derart verändert worden sei, dass es im Prinzip nur noch die neue Versorgung gibt. Matthesius:

„Das ist dann eben die neue Regelversorgung, wobei es keine Möglichkeit mehr gibt, sie abzuwählen.“ Diese neue Regelversorgung müsse ebenso für alle Versicherten der GKV oder allen Patienten in einer Region zugänglich sein, was sich mit selektivvertraglichen Lösungen kaum mehr abbilden lasse, weil dies zu einer enormen Mehrbelastung führen würde.

**Hildebrandt: „Ist das Verfahren, das mit dem Innovationsfonds gewählt wurde, das richtige Verfahren?“**

Das weiß niemand besser als Dr. h.c. Helmut Hildebrandt. Der Vorstandsvorsitzende der OptiMedis AG sieht Innovation im Schumpeterschen\* Sinne nicht nur als etwas revolutionär Neues, sondern auch „als ein Stück Zerstörung bestehender, oft nicht effizienter Strukturen“, die durch neue erfolgreichere Produktionsfunktionen ersetzt werden, die besser in der Lage seien, den gesellschaftlichen Anforderungen zu genügen.

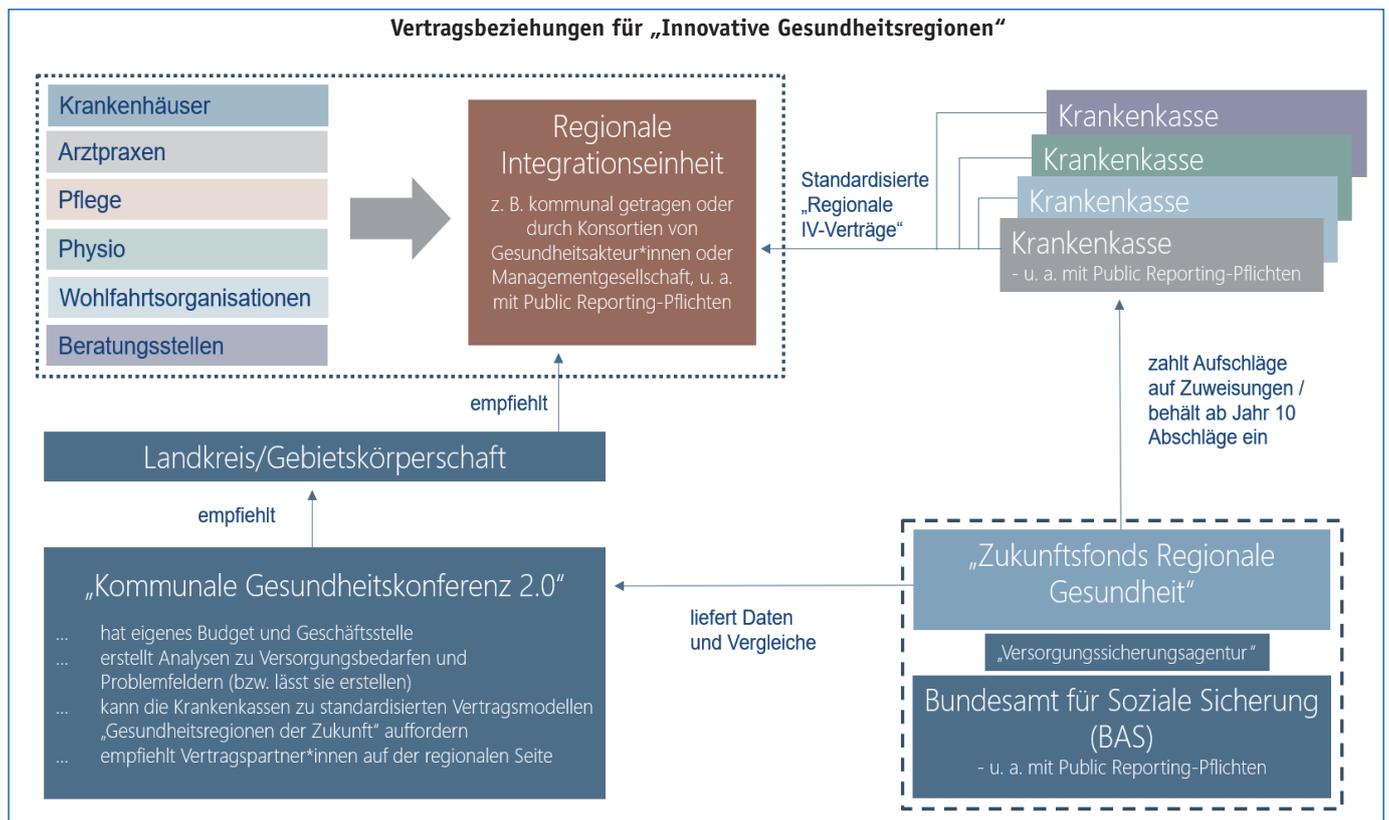
Hildebrandt hat zwar mit der Templiner Strukturmigration an sich nichts zu tun, steuert und implementiert aber mit seinem Unternehmen diverse größere, zum Teil auch ähnlich geartete innovative Projekte (seit 2005 im Kinzigtal, seit

2017 in Billstedt/Horn und Nijkerk in den Niederlanden, seit 2019 im Werra-Meißner-Kreis und im britischen Hampshire sowie ab 2020 im Schwalm-Eder-Kreis), weshalb er auch zur IGiB-Veranstaltung geladen war. In seinem Vortrag „Gegen den Strom: Nutzung des Innovationsfonds zur Transformation des Gesundheitswesens“ betonte er, dass der Innovationsfonds nicht auf Innovation (im Schumpeterschen Sinne) ziele, sondern „auf eine komplementäre Ergänzung zur klassischen Regelversorgung“. Dies sei auch den im deutschen Gesundheitswesen seit Jahren herausgebildeten und verfestigten Strukturen und – so Hildebrandt – „Pfadabhängigkeiten, wie ein Wirtschaftswissenschaftler sagen würde“, geschuldet. Da dadurch jedoch das Gesundheitswesen „sehr stark, aber auch sehr behäbig“ sei, wäre die Frage, ob „das Verfahren, das mit dem Innovationsfonds gewählt wurde, das richtige Verfahren ist, um zu wirklichen Innovationen zu kommen?“

Darum sei es überhaupt nicht verwunderlich, dass meist genau die Projekte vom Innovationsfonds gefördert würden, die der klassischen Regelversorgung ein kleines Add-on aufsetzen, um so eine gewisse Optimierung und Verbesserung zu erzeugen. Das aber widerspreche dem politischen

**\* Joseph Alois Schumpeter**

(\*8. Februar 1883, † 8. Januar 1950) war ein österreichischer Nationalökonom und Politiker. Er gilt als einer der herausragenden Ökonomen des 20. Jahrhunderts.



**Abb. 2:** Vertragsbeziehungen für „Innovative Gesundheitsregionen“. Aus Vortrag: Hildebrandt, gehalten anlässlich der Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ der IGiB StimMT gGmbH.

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Über die Sonnen- und Schattenseiten bei Großprojekten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/21), S. 14-19; doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2271>

Auftrag des G-BA, der selbst auf seiner Webseite darstellen würde, dass es beim Innovationsfonds darum geht, „über die bisherige Regelversorgung hinausgehende Projekte zu entwickeln, die zur Verbesserung der bestehenden Versorgung geeignet sind“. Dies endete in der berühmten und vielfältig diskutierten Aussage, dass der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss bei der Förderung Neuer Versorgungsformen nach Abschluss der geförderten Vorhaben einen Beschluss mit Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung fassen würde. Hildebrandts rhetorische Frage: „Was machen wir denn, wenn die sektoral getrennte Regelversorgung das eigentliche Problem ist?“ Und weiter: „Reichen die Bedingungen und Strukturen des Innovationsfonds dafür aus? Oder die des ganz normalen Lebens? Hildebrandt: „Reales Leben ist sperrig, ist widerspenstig. Das zeigt sich gerade darin, dass das, was heute gedacht wird, in drei Jahren eventuell schon gar nicht mehr hundertprozentig richtig ist.“

Wenn man all das zusammennehme, erkenne man, dass nicht nur die Entscheidungsstruktur ein Problem sei, sondern auch, dass die Vertreter der heutigen Sektoren mit über die Projektanträge entscheiden. Damit bleibe ein Projektantrag, der sektorenübergreifend denkt und etwas in der Gefahrenzone entwickelt, das die Interessen der jeweiligen Sektorenvertreter tangiert, „gar nicht ankommen kann“. Anders gesagt: „Die Entscheidungsträger müssten über ihren eigenen Schatten und ihre eigenen Interessen hinweg das Gemeinwohl nach vorne stellen, und das ist eine sehr hohe Anforderung.“

Als Problemfelder bezüglich der Umsetzungsprojekte bezeichnete Hildebrandt zusammenfassend folgende Punkte:

- Entscheidungsstruktur: Die Vertreter der Sektoren entscheiden mit über die Projektanträge
- Krankenkassen: Pflicht zur Beantragung mit mindestens einer Krankenkasse/Beteiligung weiterer Krankenkassen?
- Studienart/Forschungsmodell: Evaluiert wird auf der Basis des Antragskonzepts
- aufwändige Beantragungsverfahren bei Veränderungen
- Zu kurze Dauer: Evaluation als Voraussetzung der Beurteilung (d. h. Projektende vor Beurteilung)
- Überführung in Regelversorgung: Konflikt mit den Fehlanreizen der Regelversorgung => Fortsetzung der Fehlanreize

Aus all diesen Punkten, besonders durch ihr Zusammenspiel, folgerte er, dass wirkliche Innovationen, die zum Teil auch erst im Konflikt und der Weiterentwicklung gegenwärtiger Strukturen entwickelt werden könnten, notwendigerweise eher einem Suchprozess folgten und im Real-Life auch mal Umwege fahren müssten, eben „fast nur über Umwege möglich“ seien.

Genau darum geht der OptiMedis-Gründer bei einigen seiner Projekte einen Sonderweg. „Das ist nicht ganz einfach, aber es gibt sie“, erklärte Hildebrandt und verwies dabei auf ein Projekt in Nordhessen namens „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“. Dieses Projekt wird explizit nicht über den Innovationsfonds finanziert, sondern über Banken und stille Gesellschafter organisiert. Das sind meist regional ansässige Unternehmen, die ein positives Interesse an der Gesundheit der Mitarbeiter und deren Familien haben. Ergänzend dazu gebe es die Möglichkeiten einer Impact-Finanzierung, ergänzend aber auch Sozialinvestitionen und Wandelanleihen.

„Wenn wir aus der Forschungsdenke hinaus in eine Finanzierungsdenke gehen“, berichtete Hildebrandt aus eigener Erfahrung, „dann riskieren wir zwar etwas, weil wir für unser Tun auch haften müssen, doch können solche Modelle eine gute und auch notwendige Lösung sein, um zu einem Investment in die Versorgungstransformation und Nachhaltigkeit zu kommen“.

### Jäger: „Das Projekt vor dem Großprojekt“

Ähnliche Erfahrungen macht auch Dr. Carsten Jäger, der Gründer und Geschäftsführer der Jäger Gesundheitsmanagement GmbH (JGM), der ebenfalls zum IGiB-StimMT-Workshop geladen war. Er berichtete in seinem Impulsreferat über das „Projektmanagement im Innovationsfondsprojekt IdA“ (Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung – sektorübergreifend).

Im Fokus dieses vom Innovationsfonds geförderten Projekts stehen Menschen mit akut behandlungsbedürftiger somatischer Erkrankung und kognitiven Einschränkungen mit der Nebendiagnose Demenz. Ziel ist die Optimierung der stationären Versorgung unter systematischer Vernetzung mit der ambulanten Versorgung. Dabei ging er gar nicht so sehr auf das Projekt selbst ein, und auch nicht auf die Mammutaufgabe, dass die geplante Patientenversorgung ab Mai 2020 coronabedingt zwingend ver-

schohen werden musste, sondern auf „das Projekt vor dem Großprojekt“. Seine Aufzählung der des von ihm dokumentierten Zeitaufwands vor Förderbeginn sollte so manchen nachdenklich werden lassen, der sich mit derartigen Großprojekten befassen will: Alleine vor der Förderung seien laut Jäger bei ihm rund 1.230 „Personenstunden“, umgerechnet 154 „Personentage“ angefallen:

- Erste Gespräche Ende 2016 (Einreichung am 19.03.2018)
- Förderbeginn zum 01.07.2019 (Verschiebung auf 01.10.2019)
- Begleitung der Konzeptionierung und Antragstellung durch AGENON und JGM
- 12 Arbeitsgruppensitzungen mit je 8-10 Teilnehmern zu je 3-4 Stunden
- Diverse Unterarbeitsgruppensitzungen und Telkos
- 6 Lenkungsgremiumssitzungen mit je 12-14 Teilnehmern zu je 2-3 Stunden

„Das macht ungefähr den Arbeitsaufwand eines Dreivierteljahrs einer Vollzeitstelle aus, den man benötigt, um eine Konzeptidee antragsreif in die Strukturen des Innovationsfonds zu bringen“, rechnete Jäger vor. Dann aber geht es erst los. Um Großprojekte managebar zu halten, plädierte er dafür, dass nicht mehr als sieben bis neun Partner in ein Projekt aufgenommen werden. Das ist ungefähr die Zahl der Hauptakteure, die bei IdA und bei IGiB-StimMT aktiv sind, doch – so Jäger – „viel mehr sollten es nicht werden“. Generell sei eine klar kommunizierte Aufgaben- und Rollenverteilung im Management das A und O – „jeder muss wissen, was er zu tun hat“. Dies müsse dann nachgehalten, terminiert und protokolliert werden, damit alle Detail-schritte und Entscheidungen nachvollziehbar sind. „Dann kann auch ein Großprojekt funktionieren“, sagte Jäger, der aber auch weiß, dass man dazu neben einer hohen Frustrationstoleranz „auch ein gewisses Vertrauen in die Kompetenzen der einzelnen Partner“ haben müsse, die im Laufe der Zusammenarbeit entstehen könne – „und die wir in unserem Konsortium mittlerweile auch haben“. Sein Fazit lautete daher: „Innovative Großprojekte im Gesundheitswesen mit zwei bis drei oder auch vier Millionen Euro Jahresumsatz benötigen (wie ganz normale wirtschaftliche Unternehmen auch) klare Organisationsstrukturen und müssen professionell gemanagt werden, um erfolgreich zu sein.“ <<

von: MVF-Chefredakteur  
Peter Stegmaier