

Positive Empfehlung zur Übernahme in die Regelversorgung für das Innovationsfondsprojekt Projekt IGiB-StimMT

Templin: „Vom Pilotprojekt zum Vorzeigemodell“

In Anwesenheit von Michael Zaske, Leiter der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, öffnete das Ambulant-Stationäre Zentrum (ASZ) am 30. März 2022 am Standort des Sana Krankenhauses in Templin offiziell seine Pforten. Der feierliche Akt kennzeichnete den Beginn einer neuen Ära regional gedachter, erprobter und mit vielen Partnern umgesetzter gesundheitlicher Versorgung, die im Rahmen des Innovationsfondsprojekts „IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ sowie mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2020 aufgebaut und seit dem Juli 2021 mit Hilfe eines Konsortialvertrags zwischen den Sana Kliniken Berlin-Brandenburg, dem Ärztenetzwerk „Gesund in Templin“, der Stadt Templin und der KV Brandenburg weitergeführt wird. Fast zeitgleich wurde das Projekt zudem durch den beim G-BA angesiedelten Innovationsausschuss auch anderen Regionen Deutschlands in einer positiven Empfehlung zur Übernahme in die Regelversorgung ans Herz gelegt.

>> „Vom Pilotprojekt zum Vorzeigemodell: IGiB-StimMT in Templin bei ambulant-stationärer Versorgung zukunftsweisend“, titelte das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg nach dem positiven G-BA-Beschluss stolz in einer Pressemitteilung (1). „Templin stellt die Weichen für eine zukunfts-feste ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“, setzte Gesundheitsministerin Ursula Nonnemacher anlässlich des Festakts der ASZ-Eröffnung dazu.

Das Strukturmigrations-Projekt Templin wurde über vier Jahre mit insgesamt rund 14,5 Millionen Euro vom Innovationsausschuss gefördert, dazu kamen für die nötige Umbaumaßnahme des aktuell eröffneten Ambulant-Stationären Zentrums (ASZ) am Sana Krankenhaus Templin Fördermittel des Krankenhausstrukturfonds in Höhe von weiteren 10 Millionen Euro, davon entfiel je 50% aus Landesmitteln und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Nonnemacher weiter: „Inzwischen ist IGiB-StimMT deutschlandweit bekannt und dient nun auch offiziell als Blaupause für nachhaltige medizinische Versorgung in ländlichen Regionen – darauf sind wir sehr stolz.“ Denn die demografische Entwicklung besonders in ländlichen Regionen stelle Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte vor große Herausforderungen, hier seien neue Wege gefragt. „Dabei spielt die Kooperation mit dem ambulanten Bereich eine immer größere Rolle. Templin zeigt, wie es gehen kann“, erklärte die Brandenburger Gesundheitsministerin (siehe dazu auch MVF 06/20 (2)).

Da der Innovationsausschuss zum Projekt IGiB-StimMT einen positiven Beschluss gefasst habe, sei damit der „Erfolg und der bundesweite Modellcharakter für ein Leuchtturmprojekt made in Brandenburg“ bestätigt. „Auf Basis des gefassten Beschlusses wer-

den alle zentralen Akteure des deutschen Gesundheitswesens aufgefordert zu prüfen, wie die in Templin entwickelten und umgesetzten Ansätze zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in ländlichen, strukturschwachen Regionen genutzt werden können“, fügte die Ministerin hinzu.

Damit wird klar, dass es weder eine generelle 1:1-Umsetzung des positiv evaluierten Projekts, noch eine einfache und zügige Überführung in die Regelversorgung der Erkenntnisse, so positiv sie auch sein mögen, geben wird. Dies wird mehr als deutlich, wenn man im Beschluss (3) des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt IGiB-StimMT (01NVF16001) die Eingangs-Passiv liest, bei denen zwar auf Basis der Ergebnisse eine Empfehlung zur Überführung von Ansätzen der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung ausgesprochen, aber erklärt wird:

a) Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden an die Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen – GKV-Spitzenverband, Dt. Krankenhausgesellschaft, KZBV und KBV (Träger des G-BA) – weitergeleitet. Die Institutionen bzw. deren Mitglieder werden um Prüfung gebeten, inwiefern Ansätze der neuen Versorgungsform zur Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen genutzt werden können und inwiefern dies in einem bundesweit einheitlichen Rahmen erfolgen kann. Ergänzend werden die im Projekt erzielten Erkenntnisse zur Information an die Gesundheits- und Sozialministerien der Länder sowie die

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände weitergeleitet.

b) Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden an das BMG weitergeleitet. Dieses wird gebeten zu prüfen, ob im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren rechtliche Anpassungen zur Erleichterung der Umsetzung bedarfsgerechter, wohnortnaher und sektorenübergreifender Versorgungsansätze in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen vorgeschlagen werden können.

Der Innovationsausschuss erklärt in seinem Beschluss auch, warum er diese Einschränkung vornimmt. Insgesamt hätte das Projekt zeigen können, dass eine bedarfsgerechte Anpassung von Versorgungsstrukturen unter Einbindung aller relevanten Akteure möglich ist. Gleichwohl sei aber die Vielfältigkeit der Herausforderungen bei komplexen Versorgungsstrukturereformen deutlich geworden. Originalzitat des Beschlusses:

„Die Implementierungserfahrungen zeigen, dass hierfür ein iteratives Vorgehen geboten ist und Lösungen nur unter Anpassung an die konkreten regionalen Gegebenheiten umgesetzt werden können. Im Projektverlauf mussten mehrere Ansätze und Versorgungsmodule adaptiert oder sogar verworfen werden. Weitere Ansätze erwiesen sich als im Projektrahmen nicht umsetzbar.“



Feierliche Eröffnung des Ambulant-Stationären Zentrums (ASZ) am Standort Templin.

© Sana Kliniken / Maria Seehafer

Von daher dürfte der Passus unter Punkt a), nach dem „Erkenntnisse zur Information an die Gesundheits- und Sozialministerien der Länder sowie die **Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände** weitergeleitet“ werden sollen, von durchaus besonderer Bedeutung in diesem Beschluss sein. Zwar kann hier durchaus zumindest ein wenig (ordnungspolitisch) argumentiert worden sein, dass es sich bei Gesundheit/Gesundheitsversorgung um ein lokales/regionales Gut handelt, doch könnte man ebenso annehmen, dass die vom Projekt „angeregten Veränderungen“ nach Ansicht des Innovationsausschusses und demzufolge auch des G-BA per se etwas „kommunales“ haben soll(t)en. In jedem Fall wird so angeregt, die Projektergebnisse dem Städtebund und damit im Endeffekt allen Landrät:innen und Bürgermeister:innen zur Kenntnis zu bringen, die vor ähnlichen Problemlagen stehen.

Hier wäre dann auch zu beachten, dass die in Templin evaluierte neue Versorgungsform aus fünf Teilprojekten bestand, von denen vier erfolgreich in die vorhandene Versorgungsstruktur integriert worden sind. Im Zentrum stand die Umstrukturierung des Sana Krankenhauses Templin zu einem Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ) mit einem breiten Spektrum von Versorgungsangeboten, die stärker am regionalen Bedarf der Patient:innen ausgerichtet waren.

In diesem Rahmen – so der Beschluss weiter – seien unter anderem eine ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP), eine Decision Unit (DU) sowie ein Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) aufgebaut worden, die räumlich am Sana Krankenhaus Templin angesiedelt sind. Daneben wäre die Implementierung der sektorenübergreifenden Behandlungspfade Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas sowie einer strukturierten Harninkontinenzversorgung erfolgt.

Bei der Evaluation seien laut Beschluss die Beratung im KBZ und das Casemanagement, die ÄBP und die DU als positiv bewertet worden. Die niedrigschwellige, sozial-leistungsträgerübergreifende Beratung am KBZ und das Casemanagement zur Versorgungssteuerung seien zudem von allen befragten Stakeholdern durchgehend positiv bewertet und insbesondere mit Blick auf die demografische Entwicklung als sinnvolle Ergänzung und Weiterentwicklung der Grundversorgung im Mittelbereich Templin gesehen worden.

Letztendlich sei es, so der Beschlusstext weiter, dem Projekt gelungen, eine neue Versorgungsform mit ausgewählten Versorgungsmodulen zu implementieren, deren An-

Faktenbox: ausgesuchte wichtige Ergebnisse des Evaluationsberichts (6)

- Stärkung der ambulanten Strukturen durch die Einführung einer ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP) mit geringeren Fallkosten von 21,78 Euro im Vergleich zur Rettungsstelle mit 35,54 Euro zu Bereitschaftsdienstzeiten (BD-Zeiten)
- Verhinderung von Krankenhausaufenthalten durch die Etablierung einer Decision Unit (DU) mit über 1.000 Fällen in rund zwei Jahren
- Reduktion der vollstationären Krankenhaüsälle im Mittelbereich Templin von 2016 zu 2020 um 14,4%
- Optimierung der Versorgung einer älterwerdenden Bevölkerung im ländlichen Raum mit rund 1.795 sozialgesetzbuchübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsleistungen im KBZ
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei 23,3% der Patient:innen mit ausgewählten, fallzahlintensiven Indikationen durch einen kontinuierlichen, interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlungspfad
- Steigerung der Zufriedenheit seitens der Patient:innen, aber auch der verschiedenen Gesundheitsberufe vor Ort durch die neuen Versorgungsstrukturen

sätze einen sinnvollen Beitrag zur Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung leisten könnten. Entsprechend seien die Projektergebnisse an die Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sowie die Gesundheits- und Sozialministerien der Länder weitergeleitet worden, die es nun in der Hand haben, wie sie mit den Ergebnissen weiter verfahren wollen. Dies aber nicht müssen, da – wie Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel und Prof. Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg in einem wissenschaftlichen MVF-Beitrag ausgeführt haben – „der Übergang von Forschungsprojekten in die Regelversorgung zurzeit keinem effektiven Rechtsschutz unterworfen“ ist (4).

Sicher auch deshalb wird das BMG im Beschluss gebeten, eine „sichere, bundesweit einheitliche, rechtliche Grundlage“ für die Umsetzung ähnlicher bedarfsgerechter, wohnortnaher und sektorenübergreifender Versorgungsansätze in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen, die nicht in den üblichen Strukturen der Regelversorgung und ggf. nicht über bestehende selektivvertragliche Regelungen erbracht werden können, zu schaffen. Ebenso soll das BMG prüfen, ob im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren rechtliche Anpassungen zur Erleichterung der Umsetzung bedarfsgerechter, wohnortnaher und sektorenübergreifender Versorgungsansätze in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen vorgeschlagen werden können.

Bisher gibt es nur ein Bundesland, das das – Stand heute – vorhat. Laut der Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes sollen „Regionale Gesundheitszentren“ (5) aufgebaut werden, die als „zentrale regionale Anlaufstelle für Patient:innen als alternative Versorgungsform zur Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung, in der verschiedene Leistungserbringende ihrer Tätigkeit interdisziplinär und interprofessionell nachgehen können“ dienen sollen – womit sich

das Land eng am Templiner Modell orientiert.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Diese landespolitische Absichtserklärung folgt ziemlich genau den Schlussfolgerungen des Evaluators des Projekts zur Strukturmigration im Mittelbereich Templin, der Berliner inav GmbH. In ihrem (ohne Anhänge) fast 300-seitigen Bericht (6) schreiben die Autoren, dass die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in ländlichen Regionen zunehmend als Herausforderung angesehen werden müsse. Beispielsweise könnten bereits seit einigen Jahren freie Arztstühle teilweise nicht oder nur unter großen Anstrengungen nachbesetzt werden, ebenso seien lokale Krankenhäuser häufig defizitär. Dies stellt nach Ansicht der Evaluator:innen „verschiedene Akteure – von Kommunen und Landkreisen bis hin zu Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen – vor die Aufgabe, neue Konzepte zu entwickeln und zu erproben“. Im besonderen Fokus stehe dabei die Herausforderung, die ambulanten und stationären Versorgungsangebote besser miteinander zu verzahnen sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen anhand ihrer Qualifikationen, Stärken und Potenziale zu fördern. Genau dies sei das Ziel des Innovationsfondsprojektes IGib-StimMT gewesen, indem verschiedenartige Lösungsstrategien für diese komplexen Herausforderungen entwickelt und umgesetzt worden seien.

Insgesamt handele es sich laut Meinung der Autor:innen um „einen Prototypen einer komplexen Intervention“ mit den entsprechenden evaluatorischen Herausforderungen und Limitationen, Ursachen und Wirkungen zuordnen zu können. Vor diesem Hintergrund sei ein Mixed-Methods-Ansatz mit quantitativer und qualitativer Forschung unabding-

Stegmaier, P.: „Templin: ‚Vom Pilotprojekt zum Vorzeigemodell‘“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 42-44. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2409>

bar und die Interpretation von Ergebnissen erfordere – in jede Richtung – eine fundierte weitere Betrachtung und Bewertung. Es handele sich dabei zudem „eher um ein Experiment“, bei dem „keine einfachen, monokausalen Konklusionen gezogen“ werden könnten. Auch würde die „schlichte Bewertung einzelner Module, der Komplexität des Gesamtprojekts nicht gerecht“ werden. Insbesondere das Konzept der ÄBP eignet sich nach Meinung der Evaluatoren „hervorragend als Blaupause“ für andere Regionen, die vor ähnlichen strukturellen Herausforderungen stünden. Auch erscheine die Übertragung in weitere Versorgungssettings plausibel. So könnten ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen etwa in städtischen Bezirken, die einen hohen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund aufweisen, ebenfalls zu einer effizienteren Versorgung führen, da in diesen Bezirken die Inanspruchnahme der Notfall-Ambulanzen kulturell bedingt besonders hoch sei.

Ebenfalls könne das Konzept der DU als Blaupause für die Einführung an anderen Standorten dienen. Dies gelte besonders – aber nicht nur – für schwer zu versorgende Regionen mit weiten Anfahrtswegen zum nächstgelegenen Krankenhaus. In der aktuellen Pandemie-Situation könnten DUs darüber hinaus einen wichtigen Beitrag leisten, um die personellen Kapazitäten in den Kliniken zu entlasten.

Ingesamt, so wird gelobt, hätte das Innovationsfondsprojekt IGiB-StimMT die Potenziale und Herausforderungen einer komplexen Strukturmigration aufgezeigt und auf eine Vielzahl von konkreten positiven Versorgungseffekten verweisen können, die im Evaluationsbericht detailliert dargestellt werden (6). Ebenso könnten auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse, sowohl aus der quantitativen wie aber auch insbesondere der qualitativen Forschung, einige erste Handlungsempfehlungen – sowohl für Templin als auch für andere Regionen mit vergleichbaren Versorgungs Herausforderungen – exemplarisch aufgezeigt werden:

- Die Evaluation zeigt, dass Strukturmigrationen ein sehr hohes Maß an Überzeugungsarbeit und Abstimmung zwischen unterschiedlichen Akteuren benötigen.

Vor diesem Hintergrund sollte unbedingt genügend Zeit für Vorbereitung und Umsetzung eingeplant werden.

- Generell ist ein modulares Vorgehen zu empfehlen, etwa der Start mit einem kleineren Angebot, das anschließend schrittweise um weitere Leistungen oder Indikationen erweitert werden kann.
- Von zentraler Bedeutung ist die Governance-Struktur in Projekten der Größenordnung/Komplexität von IGiB-StimMT. Aufbau und Führung derart komplexer Netzwerkstrukturen ist überaus anspruchsvoll.

Die Evaluation verdeutlicht ebenso, dass die im Mittelbereich Templin neu geschaffenen Strukturen sehr gut geeignet seien, um Patient:innen sinnvoll zu steuern und auf der richtigen Versorgungsstufe zu versorgen. Mehrere der im Projekt IGiB-StimMT umgesetzten Versorgungsmodule haben nach Ansicht der Evaluatoren sogar „Modellcharakter“, der auch auf andere Regionen und andere Versorgungssettings übertragen werden könne. Insofern erfülle das Projekt den Anspruch des Innovationsfonds, Ansätze zu erproben, die über die Regelversorgung hinausgehen, einen Erkenntnisgewinn für die Verbesserung der Versorgung leisten und das Potenzial haben, in die Regelversorgung überführt zu werden.

Schlussfolgerungen des Ergebnisberichts

„Die Ausgangslage und die anstehenden Herausforderungen stellen sich in anderen ländlich strukturierten Regionen in vielerlei Hinsicht vergleichbar zum Mittelbereich Templin dar.“ Das schreiben Steffen Bohm, Lutz O. Freiberg und Alicia Prinz in ihrem Ergebnisbericht (7). In – so die Autor:innen – etwas allgemeinerer Formulierung sei es das Ziel des Projekts gewesen, als „Beitrag zur Weiterentwicklung/Verbesserung der Versorgung Antworten und praxistaugliche Lösungen“ dafür zu liefern, wie vergleichbare regionale „Versorgungslandschaften“ so umgestaltet werden können, dass gegenwärtigen und anstehenden Herausforderungen durch eine zukunftsfähige und am Bedarf der Wohnbevölkerung orientierte intersektorale Versorgungsstrukturierung

begegnet werden könne. Hierbei spiele neben der Bedarfsfrage auch die Frage eine Rolle, was – auch mit Unterstützung durch Telemedizin – wohnortnah qualitätsgesichert und ökonomisch tragfähig mit den für die Versorgung vorhandenen Ressourcen geleistet werden könne.

In ländlichen Regionen wie dem Mittelbereich Templin hätten Krankenhäuser ihren Auftrag für die wohnortnahe medizinische Versorgung der Wohnbevölkerung, insbesondere in der Akut- und Notfallversorgung zu leisten, doch müsse, um Krankenhausfälle zu vermeiden, die ambulante Versorgung idealerweise so ausgerichtet werden, dass es gar nicht erst zu einer stationären Aufnahme komme; z.B. indem Patient:innen dabei unterstützt würden, dass sie entsprechend ihrer Krankheitsspezifika auf der für sie angemessenen Versorgungsebene behandelt werden. Darum müssen nach Meinung der Autor:innen des Ergebnisberichts die ambulanten Angebotsstrukturen derart ausgerichtet werden, dass „einem bestehenden Versorgungsbedarf, der zuvor mangels Alternativen stationär abgedeckt worden ist, präventiv begegnet“ werden und der Versorgungsbedarf ambulant bzw. in einer infrastrukturell, personell und technisch erweiterten ambulanten Versorgung abgedeckt werden könne.

Damit sei jedoch keineswegs gemeint, dass eine Doppelstruktur zu den im Krankenhaus verfügbaren Kapazitäten aufgebaut werde. Gemeint sei vielmehr, dass die vor Ort vorhandenen Kapazitäten je nach Bedarf in der stationären, teilstationären oder ambulanten Versorgung eingesetzt werden sollten. Vorzunehmende Anpassungen müssten aber auch berücksichtigen und idealerweise antizipieren, dass sich die Einwohnerzahl und die Bevölkerungsstruktur und mit ihnen die Anforderungen an die Versorgung in den kommenden Dekaden weiter und spürbar verändern werde. Zu guter Letzt schaffe die Digitalisierung neue Möglichkeiten, die gesundheitliche Versorgung zu unterstützen, was bei den vorzunehmenden Anpassungen respektive der erforderlichen Strukturmigration nicht unberücksichtigt bleiben dürfe. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

- 1: <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressemitteilungen/detail/~01-04-2022-positiver-beschluss-zum-pilotprojekt-igib-stimmt-in-templin>
- 2: <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/mvf-0620/Online-Fachtagung-IGiB-StimMT>
- 3: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/154/2022-04-01_IGiB-StimMT.pdf
- 4: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Kurzfassungen_2022/MVF_01-22/MVF01_22_Ruppel_van-den-Berg_Regelversorgung
- 5: https://www.landtag-niedersachsen.de/drucksachen/drucksachen_18_12500/10501-11000/18-10578.pdf
- 6: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/156/2022-04-01_IGiBStimMT_Evaluationsbericht.pdf
- 7: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/155/2022-04-01_IGiBStimMT_Ergebnisbericht.pdf