

Erste Learnings aus dem Innovationsfonds-Projekt „IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“

„Ein Paradebeispiel für hohen Erkenntnisgewinn“

In den Bundestags-Wahlprogrammen der wichtigsten Parteien manifestiert sich im Bereich der Gesundheit mehr und mehr ein Gedanke: Versorgung ist regional. So wollen beispielsweise Bündnis90/Die Grünen ambulante und stationäre Angebote in Stadt und Land besser vernetzen und kommunale Gesundheitszentren aufbauen, während die Linke regionale Gesundheitszentren als Anlaufstelle für eine wohnortnahe Versorgung sieht, die eine ambulante und stationäre Versorgung gewährleisten sollen, die auch die FDP besser vernetzen möchte. Während die CDU/CSU lediglich eine stärkere vernetzte Zusammenarbeit der einzelnen Akteure fördern will, spricht sich die SPD dafür aus, dass es in Kommunen mehr medizinische Versorgungszentren geben soll und Krankenhäuser mehr ambulante Behandlungen anbieten sollen. Dieses für Parteien recht neue Gedankengut hat sich über Jahre entwickelt und ist wohl zu Teilen auch zwei Innovationsfonds-Projekten und deren Protagonisten zu verdanken: zum einen Billstedt/Horn der OptiMedis AG, zum anderen dem allerersten Innovationsfonds-Projekt mit der laufenden Nummer 001 von IGiB-StimMT (1), das sich die große Aufgabe einer „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ vorgenommen hat. In diesem sehr umfassenden und hyperkomplexen Projekt wurden so ziemlich alle genannten Schlagwörter der Wahlprogramme erprobt und evaluiert. Die Frage ist nun, wie und was zuerst der G-BA beschließt und was dann vor allen Dingen die Politik daraus macht.

>> „Um die Versorgung in Stadt und Land sicherzustellen, wollen wir, dass ambulante und stationäre Angebote in Zukunft übergreifend geplant werden und etwa regionale Versorgungsverbände mit enger Anbindung an die Kommunen gefördert werden.“ Das steht wortwörtlich im Wahlprogramm der Partei Bündnis90/Die Grünen, die perspektivisch sogar eine gemeinsame Abrechnungssystematik für ambulante und stationäre Leistungen fördern sowie die strikte Trennung der ambulanten Gebührenordnungen von EBM und GOÄ aufheben will. Auch soll – da die Versorgung von den Patienten aus gedacht werden soll – insbesondere die Einrichtung von gemeinwohlorientierten regionalen Gesundheitszentren unterstützt werden, in denen alle Gesundheitsberufe unter gemeinsamer Trägerschaft auf Augenhöhe

zusammenarbeiten. All das oder zumindest fast – weil die derzeit existenten gesetzlichen Rahmenbedingungen bisher nicht mehr zulassen – gibt es schon: in Templin.

Aktuell liegt nach dem Ende der vierjährigen Laufzeit zum 31.12.20 seit Ende Juni dieses Jahres dem G-BA die Evaluation vor, der nun vor der schwierigen Frage steht: Was beschließen? Bei den bisher beendeten Projekten der Neuen Versorgungsformen (NVF) sind die vom G-BA gefassten Beschlüsse zur Überführung in die Regelversorgung (siehe hierzu MVF 04/21) recht heterogen ausgefallen: Von den sechs derzeit beendeten NVF-Projekten sollen nach Willen des G-BA zwei (LandRettung, Telenotarzt Bayern) eindeutig in die Regelversorgung überführt werden, zwei (IpKiSuN, ViDiK) wurden angelehnt und bei zwei weiteren (RESIST, Telnet@NRW) gab

es ein „Ja, aber“. Die große Frage lautet nun, in welche Kategorie das Projekt „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ fallen wird und ob die im Projekt erprobten und durch die Evaluation bestätigten Versorgungspotenziale überhaupt erkannt werden.

Durch das Multimillionen-Projekt „Strukturmigration in Templin“ mit der Innovationsfonds-Fördernummer 001, damit sozusagen mit der „Lizenz zur regionalen Versorgung“, wurde eines klar: Wer etwas derart komplexes wie eine Strukturmigration zum Erfolg führen will, braucht nicht nur das Geld und die nötige Zeit, sondern auch den erklärten Willen zur Veränderung samt der richtigen Partner dafür.

Festmachen kann man das in Templin an einem kleinen Beispiel, das pars pro toto stehen mag: So wurde für die Pädiatrie eine



Vertreter der Akteure vor dem Ambulant-Stationären Zentrum in Templin, dem sichtbaren Nukleus einer Ambulantisierungs-Strategie (v.l.): Detlef Tabbert (Bürgermeister der Stadt Templin), Henryk Wichmann (Sozialdezernent und 2. Beigeordneter des Landkreises Uckermark), Harald Möhlmann (AOK Nordost), Karina Dörk (Landrätin des Landkreises Uckermark), John Jander (Direktor des Sana-Krankenhauses Templin), Ursula Nonnemacher (Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg sowie zweite stellvertretende Ministerpräsidentin), Dr. med. Annkathrin Möwius, Arztnetz „Gesundheit in Templin“, Marco Bohn (Geschäftsführer der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH), Albrecht Römpf (Arztnetz „Gesundheit in Templin“) und Lutz O. Freiberg (KV Brandenburg/IGiB).

Die Akteure

Für die Durchführung des Projektes und die Konsortialführung wurde von den in der ARGE „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ – IGiB GbR (Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V) zusammengeschlossenen Partnern die IGiB-StimMT gGmbH als Tochtergesellschaft gegründet. Die Partner der IGiB GbR sind die Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und die Barmer, die als Konsortialpartner selbst am Projekt teilgenommen haben. Weitere Konsortialpartner waren die KV Consult und Management GmbH (KV COMM GmbH), die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH und Agenon Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH. Die Evaluation des Projektes ist durch inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH erfolgt, das ebenfalls Partner im Konsortium war.

neue nichtstationäre Struktur geschaffen, was – so Steffen Bohm, Mitgeschäftsführer des Konsortialpartners Agenon und seit kurzem auch Geschäftsführer der IGiB-StimMT gGmbH, anderswo in Deutschland wohl zu heftigstem Widerstand in der Bevölkerung und anderer Gruppierungen geführt hätte, „vor Ort jedoch relativ geräuschlos“ abgelaufen sei.

Was zum großen Teil aber auch daran lag, dass das Gesamtkonzept zur Neuordnung der Pädiatrie und Geburtshilfe insbesondere die Eltern, Medien und Kommunalpolitiker davon überzeugen konnte. Vor allen Dingen darin, dass es weiterhin eine qualitativ hohe wohnortnahe Versorgung sowie eine 24/7-Akutversorgung für Kinder und Jugendliche im Mittelbereich Templin gibt und Geburten vor Ort weiter möglich sind, auch wenn es die Kinderstation im Krankenhaus nicht mehr gibt. „Auch war es wichtig, die bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich ambulant bzw. stationär tätigen Ärzte zu gewinnen und berufliche Perspektiven aufzuzeigen“, ergänzt Lutz O. Freiberg, Geschäftsführer der IGiB GbR (bis Ende 2020 auch Geschäftsführer der IGiB-StimMT gGmbH).

Anlass und Kernpunkt der Etablierung der neuen Versorgungsstruktur: Die stationäre kinderärztliche Versorgung war wie in vielen ländlichen Regionen so auch in Templin nicht zukunftsfähig. Für die Substitution der bislang stationären wohnortnahen Versorgung von Kindern- und Jugendlichen bedurfte es insbesondere eines über die ambulante Versorgungsangebots am Standort. Diese Aufgabe war von der gemäß Bedarfsplanung einzigen Vertragsärztin für Pädiatrie im Mittelbereich nicht leistbar.

Da es für die Neustrukturierung der wohnortnahen pädiatrischen Versorgung mit der Schließung der stationären Abteilung einer Erweiterung der ambulanten Kapazitäten bedurfte, hat laut Freiberg die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) kurzerhand bislang stationär tätigen Pädiatern einen Versorgungsauftrag im Rahmen der Eigeneinrichtung der KV erteilt, um ambulant tätig sein zu dürfen.“

Seitdem erbringt das Sana-Krankenhaus Templin im Auftrag der KVBB auch ambulante pädiatrische Leistungen für das KV RegioMed Zentrum Templin (2). Da der Finanzierungszeitraum – zunächst auf zwei Jahre angelegt – zum 31. Dezember 2021 ausläuft, muss nun eine darüber hinausgehende Finanzierung zwischen der regionalen Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der

Krankenkassen („GKV in Brandenburg“) und der KV Brandenburg verhandelt werden. Ergebnis: noch offen. Zusätzlich wurde vom Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) ein Versorgungsauftrag für teilstationäre Pädiatrie erteilt, ebenso besteht 24/7 die Möglichkeit, ein kinderärztliches Konsil telemedizinisch unterstützt einzuholen.

Es werden bereits Fakten geschaffen

Dieses kleine, aber für die Versorgung vor Ort wichtige Beispiel, zeigt eines ganz deutlich: Es ist mittels einer konzertierten Anstrengung möglich, dass stationär tätige Ärzte auch ambulant tätig sein dürfen, um so eine Ambulantisierung zum Erfolgsmodell zu machen. Problematisch wird es dann, wenn der Bevölkerung vermittelt werden müsste, dass diese neue Art der Versorgung, die in Templin de facto schon längst Regelversorgung geworden ist, eingestellt werden müsste, falls nach dem Ende des Förderzeitraums keine Einigung zur Fortführung erzielt werden kann.

Dies scheint jedoch unwahrscheinlich, da – wie der „Uckermark Kurier“ (4) titelte – bereits „vier Partner ohne Politik loslegen“, weil sie nicht warten wollen, „bis bei der Politik der Groschen fällt“. So haben das im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts erst gegründete und etablierte Ärztenetzwerk „Gesund in Templin“, die KVBB, die Sana-Klinken und die Stadt Templin einen Konsortialvertrag geschlossen, um das Modellprojekt nicht nur weiterzuführen, sondern auch weiterzuentwickeln – auch ohne den noch ausstehenden G-BA-Beschluss.

Die große Frage wird sein, nach welchen Kriterien ein derartiger Beschluss gefasst wird oder – ganz simpel, indes alles andere als trivial – wie und woran Erfolg gemessen wird: Sei es die Erreichung der Planzahlen einzuschließender Patienten, die durch Befragungen bestätigte Projekt-Bekanntheit in der Bevölkerung und/oder Zufriedenheit der betreuten Patienten, eine Entlastung der Rettungsstelle, eine geringere Inanspruchnahme des Fahrdiensts, Rückgänge bei den Kurzliegerfällen im stationären Bereich oder die Sen-

Die Uckermark

liegt im Nordosten Brandenburgs und ist mit einer Fläche von rund 3.000 km² der größte und gleichzeitig einer der am dünnsten besiedelten Landkreise Deutschlands. Etwa zwei Drittel der Bevölkerung leben in den vier Städten Schwedt, Prenzlau, Templin und Angermünde. Templin stellt dabei der



Fläche nach die größte Stadt in der Uckermark dar, in Bezug auf die Einwohnerzahl ist sie nach Schwedt und Prenzlau jedoch die drittgrößte Stadt des Landkreises. Der Landkreis ist mit diversen Strukturdefiziten belastet. Die wichtigsten Wirtschaftsfaktoren sind der Tourismus und die Naherholung.

Der Mittelbereich Templin

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.



kung ambulant-sensitiver Krankenhausfälle.

All das ist dem Innovationsfonds-Projekt Templin gelungen. Doch kommt es darauf wirklich an? „Man kann solch komplexen Projekten nicht gerecht werden, wenn man sie auf einen primären Endpunkt reduziert“, erklärt dazu Prof. Dr. Volker Amelung, Gründer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav), das als Konsortial- und Evaluationspartner in dieses Projekt seit Beginn an eingebunden ist. Seiner Erfahrung nach – und sein Institut betreut immerhin vier derartige Innovationsfonds-Projekte – handelt es sich bei dem Vorhaben einer Strukturmigration um eine sehr komplexe Intervention, in der unterschiedliche Instrumente und viele Partner und Leistungserbringer auf Basis diverser Rechtsgrundlagen intersektoral zusammenarbeiten.

Seitens einiger Evaluatoren wird die Logik solcher Komplexmodelle auf einen (oder wenige, was auch schon ein Widerspruch ist) primären Endpunkt reduziert. Entweder, weil es schlichtweg einfacher ist, oder weil es seitens der Auftraggeber und Konsortialführer erwartet wird. Vor allem aber, weil ein schlichter Endpunkt unter Zuhilfenahme von Routinedaten aus Kontrollgebieten oder -gruppen beweisbarer und auch ein möglicher Budget Impact darstellbar(er) ist. Auf

Mögliche Überführung einzelner Versorgungsmodulare des Projektes IGiB-StimMT

Dass ein derart umfassendes Projekt wie das einer Strukturmigration Licht- und Schattenseiten hat und auch nicht alles so geklappt hat, wie es zu Beginn im Förderantrag angedacht war, ist für jeden klar, der sich mit derartigen Komplexinterventionen auskennt. Trotz aller Schwierigkeiten konnten im Templiner Projekt verschiedene Lösungsansätze gefunden werden, die als Ansätze für andere Gesundheitsstandorte geeignet erscheinen:

- Die Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung hat auch im Ergebnis der Evaluation den Nachweis eines in sich stimmigen und praxistauglichen Gesamtkonzeptes erbracht und kann als Orientierung für die Neuordnung unter vergleichbaren Gegebenheiten dienen.
- Als gleichfalls erfolgreicher Baustein in der Akut- und Notfallversorgung hat sich die Decision Unit (DU) erwiesen. Sie wurde im Projektverlauf kontinuierlich weiterentwickelt, so dass zum Ende des Förderzeitraumes eine Indikationsliste zugeschnitten auf die Fachabteilungen im Sana-Krankenhaus Templin vorliegt, die auch als Aufsatzpunkt an anderen Standorten verwendet werden kann.
- Auch die Neuordnung der pädiatrischen Versorgung (unter Einschluss der Geburtshilfe) hat sich im Projekt als ein stimmiges und praxistaugliches Gesamtkonzept bewährt und erscheint als Ausgangspunkt für erforderliche Anpassungen in anderen Regionen geeignet.
- Zu den im Projekt entwickelten sektorenübergreifenden Behandlungspfaden (SÜ-BHPF) für Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas und der Frage ihrer Übertragbarkeit ist wie bei allen in hoher Kontextabhängigkeit entwickelten Konzepten in jedem Fall eine Anpassung an die konkreten Bedingungen vor Ort erforderlich. Dabei kann der im Projekt entwickelte Leitfaden zur Pfadentwicklung verwendet werden.
- Für die strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV) liegt im Ergebnis der Projektarbeiten ein Konzept vor, das als Aufsatzpunkt für Konzepte in anderen Regionen verwendet werden kann.
- Das Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) hat nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch von den Versorgungspartnern vor Ort eine zunehmend breitere Anerkennung und positive Resonanz erfahren. Auch im Ergebnis der Evaluation wird dem KBZ ein gutes Zeugnis ausgestellt. Es hat sich aber auch gezeigt, dass ein SGB-übergreifendes Unterstützungs- und Beratungsangebot wie das des KBZ in den gegenwärtigen Strukturen nicht ohne Weiteres umsetzbar ist.

Zur Überführung einzelner Versorgungsmodulare in die Regelversorgung wird zudem im Vorab-Ergebnisbericht festgehalten:

- Die Verzahnung der drei Säulen der Akut- und Notfallversorgung, die gerade in ländlichen Regionen aufgrund einer niedrigen Inanspruchnahme der Akut- und Notfallstrukturen sinnvoll ist, ist ohne die Anpassung geltenden Rechts nicht möglich.
- Für die Herzinsuffizienz-Sprechstunde in der mit dem Projekt etablierten Form gibt es aktuell kein Pendant in der Regelversorgung. Für den regelhaften Betrieb und die Finanzierung müssten zunächst die entsprechenden Voraussetzungen in den einschlägigen Richtlinien und in den Katalogen geschaffen werden, die den bundesrechtlichen Rahmen bestimmen und den regionalen Vergütungsverhandlungen zugrunde liegen.
- Auch für die Decision Unit gibt es in der mit dem Projekt etablierten Form aktuell kein Pendant in der Regelversorgung (Anm: Die Decision Unit ist jedoch nunmehr im neuen Krankenhausplan für das Land Brandenburg verankert.) Für den regelhaften Betrieb und die Finanzierung müsste – z. B. in Analogie zur teilstationären Versorgung – eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, die Basis für die Kalkulation der Vergütung und ihre Vereinbarung in den Budgetverhandlungen bildet. Dabei besteht allerdings die Herausforderung, Vorkehrungen dafür zu treffen, dass dieses Angebot auch tatsächlich auf Fallgruppen beschränkt bleibt, die ohne eine DU stationär aufgenommen worden wären.
- Für die SÜ-BHPFs kommt der Evaluator zu dem Schluss, „die Ergebnisse der verschiedenen indikationsspezifischen Versorgungskonzepte aus anderen Innovationsfondsprojekten sowie aus Selektivverträgen zusammenzuführen und daraus Best-Practice-Modelle abzuleiten.“ Bis dahin empfiehlt er, „Selektivverträge fortzuführen bzw. neu abzuschließen.“
- Mit Blick auf das KBZ in der im Projekt IGiB-StimMT etablierten Form werden im Ergebnis der Evaluation „vielmehr übergreifende Sozialberatungsstellen benötigt, die die Lebenssituation der Menschen vor Ort ganzheitlich berücksichtigen und diese ggf. an spezialisierte Beratungseinrichtungen wie Pflegestützpunkte oder Rechtsberatungsstellen weitervermitteln können.“ Auch hier stellt sich die Anforderung, entsprechende Rahmensetzungen zu schaffen.

jeden Fall beweisbarer als der einer Komplexintervention, bei der am Ende die Entscheidung – eher politisch, denn evident begründet – viel schwerer fällt: Daumen rauf oder Daumen runter!

Evaluationen derart komplexer Interventionen sind in den Augen Amelungs nicht mit Zulassungsstudien zu vergleichen, wie es kürzlich eine DNVF-Studie mit dem Titel „Charakteristika von durch den Innovationsfonds geförderten Interventionsstudien“ (5) tat und unter anderem monierte, dass das Fehlen registrierter Studienprotokolle bei 18 der 40 untersuchten Projekte zu mangelnder Transparenz führe. Amelung hält dagegen und sagt: „Bei den Innovationsfonds-Projekten handelt es sich häufig um Experimente, alternativ würde ich mir sogar wünschen, dass es gewagtere Experimente wären, bei denen der innovativere Impact dann womöglich größer ausfallen würde.“

Suche nach Goldkrümeln

Bei der Art hochkomplexer Projekte wie in Templin findet Amelung einen anderen, naturgemäß aufwändigeren Weg viel spannender. Man solle sich, so sein Rat, wirklich Gedanken darüber machen, welche Tools und Instrumente funktioniert oder auch nicht funktioniert haben. Und – vor allen Dingen

– welche Learnings aus einer neuen Art der Kooperation und Kollaboration verschiedenster Leistungserbringer und -arten zu ziehen sind. „Es ist sinnvoller, sich aus vielen, gleich oder zumindest ähnlich gelagerten Projekten quasi die Goldkrümel herauszupicken, als über die Translation eines Gesamtprojekts in die Regelversorgung entscheiden zu wollen“, sagt Amelung. Templin ist seiner Meinung nach geradezu ein Paradebeispiel dafür, wie man einen hohen Erkenntnisgewinn schaffen kann, wenn man dieses Projekt „filetiert, um an die besten Stücke zu kommen“.

Allerdings stellt, so wirft Freiberg ein, „Ambulantisierung und Strukturmigration eine komplexe Veränderung der Versorgung in einer Region“ dar, die zusammen gedacht und nachhaltig umgesetzt werden müsse. Dieses Gesamtkonzept könne nicht so einfach „auf einzelne Elemente reduziert werden, da jeder Baustein im Gesamtkontext seinen Beitrag leistet“.

Dies wird an einem Beispiel klar: der Entwicklung von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden. Dabei ging es nach Worten Freibergs „um mehr, als die Erprobung und Überführung eines Pfades in die Regelversorgung“. Der Pfad hätte vielmehr einen eignen Beitrag für die Versorgung in der richtigen Versorgungsebene und damit für ein Mehr an wohnortnaher ambulanter Versorgung und

weniger stationärer bzw. wohnortferner medizinischer und therapeutischer Versorgung geleistet.

Insofern versteht Freiberg das vorgeschlagene Identifizieren von „Nuggets“ eher als eine Suche nach Bausteinen über zahlreiche andere Projekte hinweg, die aufgrund „ihres Zusatznutzens in Strukturmigrationsprojekten nicht fehlen“ sollten.

Genau das versteht Amelung mit dem Begriff des Filetierens, mit dem er die recht aufwändige Suche nach genau jenen Elementen umschreibt, die für die Überführung in die Regelversorgung oder in andere Projekte geeignet sind – davon gebe es in Templin so einige (s. Kasten oben). Um diese „Nuggets“ statt irgendwelcher aggregierter Ergebnisse aus einem Förderprojekt – besser möglichst über alle Innovationsfonds- und sonstige Förderprojekte hinweg – identifizieren zu können, sollte man seiner Einschätzung nach lernen, „differenzierter mit den Ergebnissen umzugehen“. Dazu müsste man allerdings erst einmal das richtige Instrumentarium zur Verfügung haben, denn die bisherige Wissensbevorratung in Form einzelner PDFs, mit oft hunderten von Seiten regt nicht unbedingt zu Metaerkenntnissen gleich welcher Art an (siehe „Vorschlag für Wissensdatenbank Innovation“ in MVF 04/21).

Was ist kontextabhängig?

Ebenso unabdingbar ist das Know-how, das nötig ist um herauszufinden, welche dieser Amelung'schen Goldkrümel überhaupt für eine Überführung in die Regelversorgung in Frage kommen und welche nicht. „Viele Instrumente, die wir im Rahmen dieses Projekts entwickelt haben, sind stark, weniger oder auch gar nicht kontextgebunden.“ Das sagt Steffen Bohm, dessen Unternehmen die Strukturmigration Templin schon vor Projektbeginn in einer anderthalbjährigen Entwicklungsarbeit sehr intensiv betreut hat. Er weiß daher sehr genau, wo und vor allem welche „Hauptstellschrauben bedient werden müssen“, um eine praxistaugliche Neuordnung von ganzen Versorgungsbereichen hinzubekommen. Leider gibt es dafür kein einfaches Baukastensystem, das auch nur ansatzweise im Evaluations- oder Ergebnisbericht nachzulesen wäre.

Dieses Wissen gibt es nur in einigen wenigen Köpfen. Dass ist zum einen der von Steffen Bohm. Oder der seines Vorgängers bei IGiB-StimMT, Lutz O. Freiberg, der seinerseits die „IGiB – Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ mit Projekten wie KV Regio oder Agnes^{zwei} weiterführt. Doch sind auch die Evaluatoren des inav Wissensträger, da sie das Templiner Projekt als Konsortialpartner seit Beginn an begleitet und betreut haben. Dieser kleine Personenkreis ist in der Lage, andere Regionen dabei zu beraten, was an Detailergebnissen aus Templin andersorts in Projekte eingebracht werden könnte und welche Kontextanpassungen vorgenommen werden müssen.

Hier hilft wieder ein genauerer Blick in ein Beispiel: So wurde im Templiner Teilprojekt 4 „Sektorenübergreifende Behandlungspfade“ ein ebensolcher für Herzinsuffizienz entwickelt. Zum Versorgungsbereich Herzinsuffizienz gehört wiederum eine Herzinsuffizienzprechstunde mit einer definierten Bandbreite diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten.

Diese wird im Templiner Projekt von einem im Sana-Krankenhaus tätigen Kardiologen ambulant durchgeführt, weil es vor Ort keinen niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie gibt. Wie schon im Fall der Pädiatrie darf der Sana-Kardiologe an sich keine ambulanten Leistungen erbringen, weshalb es nun einerseits eine Herzinsuffizienzprechstunde im Krankenhaus als Teil der Pfadversorgung gibt, zum anderen das ergänzende Angebot einer telemedizinisch unterstützten Herzinsuffizienzversorgung, das wiederum auf einer selektivvertraglichen Basis mit den Konsortialpartnern AOK Nordost und Barmer beruht.

Wer an einem anderen Ort oder Projekt einen sicher sinnvollen und in Templin auch funktionierenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz einführen wollte, muss neben der Installation eines arbeitsfähigen Projektmanagements und der -koordination nach Ansicht von Bohm sehr genau wissen, welche Instrumente und Materialien zur Pfadumsetzung – unter anderem auch Printmaterialien zur Öffentlichkeitsarbeit sowie Patienteninformationen zur Ansprache und Überzeugung von Patienten – einzusetzen sind. Aber auch die bisherige Struktur der Leistungserbringer, der womöglich sich bereits gebildeten Netzwerke und der vorhandenen Selektivverträge kennen: Kontext eben, der ganz zwangsläufig über unterschiedliche regionale Versorgungssituationen zu jeweils unterschiedlichen Organisationsmodellen führt.

Doch Kontext ist immer und überall. Das müssen alle Parteien und das muss insbesondere Bündnis 90/Die Grünen wissen, wenn sie in ihrem Programm zur Bundestagswahl eine regional vernetzte Gesundheitsversorgung fordert. Und damit offenbar sogar auf Gegenliebe stößt, wie in einer Anhörung des Gesundheitsausschusses unter Leitung von Erwin Rüdell (CDU/CSU) Ende März 2021 (6) sichtbar wurde. Hier sprachen sich die anwesenden Abgeordneten dafür aus, dass bis zum Jahr 2025 schon zehn Prozent der Bevölkerung in Gesundheitsregionen ver-

sorgt werden sollten. Dazu sollen gesetzliche Regelungen für Gesundheitsregionen eine integrierte Versorgung mit regionalen Ärztenetzen oder anderen regionalen Akteuren ermöglichen und regionale Akteure zusammen mit den Ländern beim Aufbau von Gesundheitsregionen unterstützt werden.

Mit dabei bei der Anhörung waren als Einzel-Sachverständige unter anderen Dr. h.c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis, der zu diesem Thema bereits 2020 auf der Online-Fachtagung von IGiB-StimMT referiert hat – (7)) und eben Prof. Dr. Volker Amelung.

Eine Blaupause für Regionen

Vielleicht könnte aus den Templiner Erfahrungen so etwas wie eine Blaupause für andere Regionen werden, die beschreibt, wie eine Strukturmigrationen überhaupt aussehen muss und was es bedeutet, sich einem solch großen Thema zu nähern. Das würde, so Amelung, dazu führen, dass andere Regionen „im Prinzip die ersten Meilen schon hinter sich haben und nicht jeden Fehler selbst machen“ müssen. Da gelte ebenso für die bereits identifizierten „Nuggets“ wie die der ärztlichen Bereitschaftspraxis und der Decision Unit, die „absolut sinnvoll und richtig“ seien.

Im Endeffekt lande man Amelung zufolge immer wieder beim gleichen Grund-Thema, das da lautet: Wie kann man Sektorengrenzen aufbrechen, einbrechen oder zumindest die Schnittstelle ambulant-stationär aufweichen, und die zur Vor-Ort-Versorgung nötigen Versorgungsbereiche stärker verzahnen zu können? Genau das sei in Templin „sehr erfolgreich und sehr gut gemacht“ worden. Noch fehlen würde indes eine zweite Zukunftsbaustelle: die SGB-übergreifende Verzahnung des Gesundheits- und Sozialsystems. Amelung, der die WHO-Definition einer „People-centered Care“ im Blick hat: „Genau hier haben wir im Innovationsfonds Nachholbedarf, da gerade in ländlichen Regionen Gesundheitsversorgungs- fast immer auch Sozialthemen sind.“

Literatur

- 1: Konsortialpartner sind IGiB-StimMT gGmbH, Sana Kliniken Berlin Brandenburg GmbH, KV Consult- und Managementgesellschaft mbH (KV COMM), Agenon GmbH, inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, KV Brandenburg, AOK Nordost und Barmer
- 2: <https://www.nordkurier.de/uckermark/templin-bangt-um-kinderarztpraxis-2443632205.html>
- 3: Seit dem Projektstart am 1. Januar 2017 wurden durch die beteiligten Konsortialpartner fünf Teilprojekte festgelegt:
 - Teilprojekt 1: Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) und Arzt- und Psychotherapeutennetz
 - Teilprojekt 2: Anpassung und Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten im Ambulant Stationären Zentrum Templin (ASZ)
 - Teilprojekt 3: Koordinierungs- und Beratungszentrum Templin (KBZ)
 - Teilprojekt 4: Sektorenübergreifende Behandlungspfade (SÜ-BHPF)
 - Teilprojekt 5: Informations- und Kommunikationstechnologie: IT-Plattform und Clinical Data Repository (CDR)
- 4: „Uckermark-Kurier“; Sigrid Werner: „Vier Partner legen ohne Politik los“, Wochenendausgabe 10./11.7.21
- 5: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1448-2412.pdf>
- 6: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw12-pa-gesundheit-gesundheitsregionen-827276>
- 7: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/MVF_Serie-IGiB_StimMT

Die Qual der Wahl

Jenseits der Entscheidung des Landes Brandenburg, das in der Sitzung des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V am 11. November dieses Jahres über die Fortführung und Weiterentwicklung der Strukturmigration in Templin zu entscheiden hat, ist nun der G-BA gefordert. Der Bundesausschuss hat eine schwierige Aufgabe. Denn eigentlich gibt es vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Debatten, der in diversen Wahlprogrammen lauter werdenden Forderungen nach mehr regionaler Versorgung und der durchweg positiven Ergebnisse der Evaluation nur eine Möglichkeit – das Innovationsfonds-Projekt Templin dort einzuordnen, wo es hingehört: in die Riege der in die Regelversorgung zu überführenden. Zumindest aber einzelne, vom Evaluator hervorgehobene und empfohlene kontextunabhängige Versorgungsverbesserungen in die breite Translation zu geben. Dazu müsste es allerdings ein Translations-Manual und eine -Strategie geben, sowie eine Art experimenteller Forschungsförderung eines „Reallabors“ für zukunftsfähige Regional-Versorgungsmodelle.

Ebenso wichtig ist die Schaffung einer gesetzlichen Basis, um die Weiterführung des Strukturmigrations-Projekts mit dem eben gegründeten Konsortium vor Ort zu ermöglichen. Dazu müsste das BMG prüfen, welche nötigen Gesetzesänderungen sich unmittelbar aus den Ergebnissen des Templiner Projekts ableiten lassen. Zum Beispiel muss für zukünftige Projekte dieser Art gesetzlich geregelt werden, mit welcher gesetzlichen Basis eine Ambulantisierung erleichtert und damit gefördert werden kann. <<

von:
MVf-Chefredakteur Peter Stegmaier

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Ein Paradebeispiel für hohen Erkenntnisgewinn“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 16-20.
<http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2339>

„Um die Versorgung in Stadt und Land sicherzustellen, wollen wir, dass ambulante und stationäre Angebote in Zukunft übergreifend geplant werden und etwa regionale Versorgungsverbände mit enger Anbindung an die Kommunen gefördert werden.

Perspektivisch soll es eine gemeinsame Abrechnungssystematik für ambulante und stationäre Leistungen geben.“

„Außerdem heben wir die strikte Trennung der ambulanten Gebührenordnungen EBM und GOÄ auf.“

**Aus dem Bundestagswahlprogramm 2021
BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN**

„Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung kann am besten durch eine Neuordnung der Rollenverteilung zwischen ambulante und stationärem Sektor, durch eine Überwindung der Sektorengrenzen und eine gute Koordination und Kooperation der medizinischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Berufe gelingen. Wir brauchen darum eine stärkere Öffnung von Krankenhäusern für ambulante, teambasierte und interdisziplinäre Formen der Versorgung.“

**Aus dem Bundestagswahlprogramm 2021
SPD**

„Wir wollen, dass die Ziele einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Grund- und Regelversorgung in der Krankenhausplanung und insbesondere in der Krankenhausfinanzierung wesentlich stärker berücksichtigt werden, gerade mit Blick auf den ländlichen Raum.“

**Aus dem Bundestagswahlprogramm 2021
CDU/CSU**

„Wir wollen die künstliche Sektorenbarriere zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich konsequent abbauen und die Verzahnung und Vernetzung aller Versorgungsbereiche weiterentwickeln.“

„Integrierte Gesundheitszentren sollen dabei unterstützen, die regionale Grundversorgung mit ambulanten und kurzstationären Behandlungen zu sichern. Die Bedürfnisse des ländlichen Raums mit seiner besonderen Versorgungsstruktur sollen durch entsprechende Programme berücksichtigt werden.“

**Aus dem Bundestagswahlprogramm 2021
FDP**