

Beschluss

des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt *IGiB-StimMT* (01NVF16001)

Vom 01. April 2022

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 01. April 2022 zum Projekt *IGiB-StimMT - Strukturmigration im Mittelbereich Templin* (01NVF16001) folgenden Beschluss gefasst:

- I. Der Innovationsausschuss spricht auf Basis der Ergebnisse des Projekts *IGiB-StimMT* folgende Empfehlung zur Überführung von Ansätzen der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung aus:
 - a) Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden an die Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen - GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses) - 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 Bundesministerium für Gesundheit 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.

Begründung

Das Projekt hat neue Versorgungsstrukturen und sektorenübergreifende Behandlungspfade, die an die Wohnbevölkerung, die demografischen und epidemiologischen Veränderungen der Region Mittelbereich Templin angepasst sind, implementiert und evaluiert.

Diese neue Versorgungsform bestand aus fünf Teilprojekten, von denen vier erfolgreich in die vorhandene Versorgungsstruktur integriert wurden oder eine Migration von Versorgungsstrukturen darstellen. 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 Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. In diesem Rahmen wurden unter anderem eine ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP), eine Decision Unit (DU) sowie ein Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) aufgebaut, die räumlich am Sana Krankenhaus Templin angesiedelt sind. Daneben erfolgte die Implementierung der sektorenübergreifenden Behandlungspfade Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas sowie einer strukturierten Harninkontinenzversorgung.

Die wissenschaftliche Evaluation der neuen Versorgungsform erfolgte mittels verschiedener, übergreifender und komponentenspezifischer Fragestellungen. Es wurde eine Struktur- und Prozessevaluation, eine Ergebnisevaluation einzelner Versorgungsmodule und eine Gesundheitsökonomische Evaluation durchgeführt. Insgesamt waren die Methoden zur Beantwortung der Fragestellungen der Struktur- und Prozessevaluation angemessen. Sie wurden adäquat umgesetzt, so dass die diesbezüglichen Ergebnisse als valide betrachtet werden können.

Bei der Evaluation wurden die Beratung im KBZ und das Casemanagement, die ÄBP und die DU als positiv bewertet. Die niedrigschwellige, sozialesleistungsträgerübergreifende Beratung am KBZ und das Casemanagement zur Versorgungssteuerung wurden 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. Das KBZ wurde zum Großteil von Patientinnen und Patienten im Seniorenalter in Anspruch genommen, die überwiegend körperlich und teilweise auch in Bezug auf ihre sozialen Kontakte eingeschränkt waren. Bei dieser Patientenklientel bestand insbesondere Beratungsbedarf zu den Themen Versicherungen, Pflege und Patientenverfügung/Vollmacht sowie Demenz.

Auch die ÄBP wurde von den Patientinnen und Patienten gut angenommen. Die Inanspruchnahme der ÄBP war im Projektzeitraum durchgehend hoch. Durch die Verschiebung der Behandlungsfälle hin zur ÄBP als Anlaufstelle zur Akutversorgung der Patientinnen und Patienten sank die Inanspruchnahme der Leistungen der Rettungsstelle und des Fahrdienstes. Mit der Etablierung der ÄBP wurde die Akut- und Notfallversorgung im Mittelbereich Templin neu organisiert, wodurch die Rettungsstelle entlastet und das Potenzial der ambulanten Akutversorgung erschlossen werden konnte.

Die Einführung einer DU, auf der Patientinnen und Patienten mit unklaren Diagnosen, Verdachtsdiagnosen oder Versorgungserfordernissen, die über die ambulanten Möglichkeiten hinausgehen, versorgt werden, führte wie angestrebt zu einer Senkung der Hospitalisierungsrate und ermöglichte somit die Steuerung der Patientinnen und Patienten in eine bedarfsgerechte Versorgung. Auch in der Stakeholder-Befragung wurde ein besonderer Mehrwert der DU für die überörtliche Versorgung gesehen.

Die Ergebnisevaluation der einzelnen Versorgungsmodule erfolgte in Form einer prospektiven, einarmigen Beobachtungsstudie mittels quantitativer Längsschnittdaten. Es wurden Primär- und Sekundärdaten analysiert.

Die sektorenübergreifenden Behandlungspfade zeigten heterogene Ergebnisse in der Effektevaluation. Zwar konnten im Prä-Post-Vergleich teilweise statistisch signifikante Änderungen der untersuchten Zielparameter gezeigt werden, die Validität der Ergebnisse ist in Hinblick auf einen Interventionseffekt designbedingt aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe jedoch gering. Insbesondere die Ergebnisse zu den Parametern der Inanspruchnahme von Versorgung und Kosten sind eingeschränkt aussagekräftig, da sie nicht direkt patientenrelevant und ohne den Vergleich mit einer Kontrollgruppe schwer interpretierbar sind. Zudem ist die Aussagekraft des Vorher-Nachher-Vergleichs durch den kurzen Nachbeobachtungszeitraum, die teils geringen Fallzahlen sowie die hohe Drop-out-

Rate limitiert. Dabei ist anzumerken, dass die geringe Teilnehmerzahl insbesondere auf Probleme bei der Entwicklung und Etablierung der Behandlungspfade im Projektverlauf zurückzuführen ist.

Die Gesundheitsökonomische Evaluation wurde auf Basis von Sekundärdaten (Zeitreihenanalyse über 4 Jahre) mittels Vergleich der Interventionsregion mit einer gematchten Gruppe aus einer ländlichen Kontrollregionen durchgeführt. Zwar konnten auch hier teilweise statistisch signifikante Änderungen der untersuchten Zielparameter gezeigt werden, allerdings bestanden bereits vor Interventionsbeginn strukturelle Unterschiede zwischen den Gruppen und auch in den Zielvariablen. Hinzu kommt, dass die Hauptanalysen auf dem Pandemie-Jahr 2020 basieren, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Zudem basieren die Kosten über die Jahre auf unterschiedlichen Datenquellen. Die Gesamtkosten beinhalten nicht die Interventionskosten sowie die Kosten aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder aufgrund von Pflegeleistungen.

Insgesamt konnte das Projekt zeigen, dass eine bedarfsgerechte Anpassung von Versorgungsstrukturen unter Einbindung aller relevanten Akteure möglich ist. Gleichwohl wurde die Vielfältigkeit der Herausforderungen bei komplexen Versorgungsstrukturereformen deutlich. Die Implementierungserfahrungen zeigten, 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. Letztendlich ist es dem Projekt gelungen, eine neue Versorgungsform mit ausgewählten Versorgungsmodulen zu implementieren, deren Ansätze einen sinnvollen Beitrag zur Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung leisten können. Entsprechend sollen die Projektergebnisse an die Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen - GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Träger des Gemeinsam Bundesausschusses) - weitergeleitet werden. 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.

Um 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, eine sichere, bundesweit einheitliche, rechtliche Grundlage zu schaffen, wird das Bundesministerium für Gesundheit 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.

Es wird zudem angeregt, dass bei der Prüfung die Konzepte und Erkenntnisse weiterer in Deutschland erprobter Modellansätze zur Stärkung einer bedarfsgerechten wohnortnahen Gesundheitsversorgung einbezogen werden.

- II. Dieser Beschluss sowie der Ergebnisbericht des Projekts *IGiB-StimMT* werden auf der Internetseite des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter www.innovationsfonds.g-ba.de veröffentlicht.
- III. Der Innovationsausschuss beauftragt seine Geschäftsstelle mit der Weiterleitung der gewonnenen Erkenntnisse des Projekts *IGiB-StimMT* an die unter I. a) und I. b) genannten Institutionen.

Berlin, den 01. April 2022

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss
gemäß § 92b SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken