



# Dokumentation der Rückmeldungen

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

Bei geförderten Vorhaben zu neuen Versorgungsformen berät der Innovationsausschuss den jeweiligen Evaluationsbericht und berücksichtigt dabei den jeweiligen Schluss- und Ergebnisbericht. Er beschließt jeweils spätestens drei Monate nach Eingang der jeweiligen bewertbaren Berichte eine Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform oder Teile aus einer neuen Versorgungsform in die Regelversorgung. Der Innovationsausschuss konkretisiert in den jeweiligen Beschlüssen, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll. Zudem stellt er fest, welche Organisation der Selbstverwaltung oder welche andere Einrichtung für die Überführung zuständig ist. Empfiehlt der Innovationsausschuss, eine neue Versorgungsform nicht in die Regelversorgung zu überführen, begründet er dies.



## **A. Beschluss mit Begründung**

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 1. 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, sozialleistungsträgerübergreifende 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.

**B. Dokumentation der Rückmeldungen**

Nachfolgend aufgeführt die zur Veröffentlichung freigegeben Rückmeldungen der einzelnen Adressaten:

Adressat	Datum	Inhalt
Mecklenburg-Vorpommern Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport	19.05.2022	<p><i>„vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme zum vorgenannten Beschluss. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern begrüßt die Ergebnisse des Projekts und die damit verbundenen Möglichkeiten.</i></p> <p><i>Die im Projekt entwickelten Lösungen sollten auch in Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen der Regelversorgung umsetzbar sein. Die in Templin dargestellte Versorgungslage ist durchaus mit Settings in Mecklenburg-Vorpommern vergleichbar, sodass die konkreten Lösungsansätze auch hier im Land tragfähig sein können. Unter anderem hat die Enquete Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ auch auf vergleichbare Problemfelder hingewiesen und entsprechende Lösungsvorschläge erarbeitet.</i></p> <p><i>Die Beratung im Koordinierungs- und Beratungszentrum hat den Patienten die Möglichkeit gegeben, hochwertige Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen zu erhalten. Solche oder ähnliche Versorgungsstrukturen werden von der Enquete-Kommission in mehreren Punkten der Handlungsempfehlungen gefordert.</i></p> <p><i>Durch Lotsen oder Case Manager kann eine hohe Patientensouveränität gewährleistet und Sektorengrenzen überwunden werden. Weitere Punkte der Handlungsempfehlungen sind die Verzahnung der unterschiedlichen Bereiche der ambulanten und stationären Versorgung, sowie die Entlastung und Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung. Auch hier gibt das Projekt durch die Decision Unit und die Ärztliche Bereitschaftspraxis gute Beispiele für eine Umsetzung der Empfehlung. Beide Teile des Projekts haben bewiesen, wie eine Entlastung der Rettungsstelle, sowie die Senkung der Hospitalisierungsrate mit einer gleichbleibend hohen Versorgungsqualität einhergehen und dabei zugleich eine hohe Patientenzufriedenheit als Outcome haben. Zusammenfassend ist das</i></p>

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>Projekt IGiB-StimMT mit den beschriebenen Teilen aus Sicht der Fachabteilung aufgrund der hohen Übereinstimmung mit den Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission, der starken Überschneidung mit den demografischen Gegebenheiten der Regionen sowie der deutlichen Empfehlung und positiven Bewertung des Innovationsausschuss als positiv für M-V zu bewerten.“</i></p>
Deutsche Krankenhausgesellschaft	11.07.2022	<p><i>„Der Innovationsausschuss hat am 01.04.2022 eine Transferempfehlung zu dem Projekt IGiB-StimMT - Strukturmigration im Mittelbereich Templin - beschlossen mit der auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft gebeten wurde zu prüfen, 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.</i></p> <p><i>Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat mit Interesse das Projektvorhaben verfolgt und auch die Transferempfehlung des Innovationsausschuss unterstützt. Die im Projekt erfolgte Umstrukturierung eines Krankenhauses in ein Ambulant Stationäres Zentrum in einem regionalen Versorgungsnetzwerk, welches am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet wurde, ist ein Beispiel für die Nutzung von Krankenhausstrukturen zur Ambulantisierung und Weiterentwicklung der örtlichen Versorgung. Als integrierte Dienstleistungszentren bringen Krankenhäuser selbst oder in Kooperation und Koordination mit anderen Leistungsanbietern geeignete Voraussetzungen mit, um eine am Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Steuerung der Behandlungsabläufe vorzunehmen. Im Projekt IGiB-StimMT wurde dies in Ansätzen beispielhaft durch die Etablierung eines Koordinierungs- und Beratungszentrum, dem Aufbau einer Decision Unit und einer ärztlichen Bereitschaftspraxis sowie die Implementierung von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden umgesetzt.</i></p>

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>Die Einbindung der Krankenhäuser in regionale Netzwerkstrukturen und die Zuordnung von Versorgungszuständigkeiten sollten in erster Linie über das eigenverantwortliche Zusammenwirken der Krankenhäuser in den Regionen erfolgen. Soweit erforderlich, obliegen die Definition von Versorgungsregionen und die Aufgabenzuordnungen der Krankenhausplanung der Länder. Sie sind somit im Konfliktfall letztverantwortlich und stehen in der Pflicht, bestehende Versorgungsnetzwerke zu stärken und die Bildung neuer regionaler Netzwerke durch bedarfsgerechte Versorgungsaufträge und die Zielvorgabe einer versorgungsstufenübergreifenden partnerschaftlichen Zusammenarbeit aktiv zu befördern. Trägervielfalt und die Aufrechterhaltung von Leistungsqualitätswettbewerb sind dabei zu beachten. Bundesweite Vorgaben können der regionalen Lösungsfindung besser als Orientierungsrahmen denn als unabänderliche, strikte Vorschrift dienen.</i></p> <p><i>Des Weiteren wird der derzeitige politische Prozess der Förderung der Ambulantisierung durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt und unterstützt. Eine erfolgreiche Ambulantisierungsstrategie muss aus Sicht der DKG folgende Punkte berücksichtigen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>• Der Prozess muss in einen Transformationsprozess eingebettet sein, der es den Krankenhäusern ermöglicht, die ambulanten Versorgungsstrukturen aufzubauen und neue ambulante Prozesse wie am Beispiel IGiB-StimMT zu etablieren.</i></li> <li><i>• Es müssen finanzielle Anreize gesetzt werden, sodass die Umwandlung bisher vollstationärer Leistungen wirtschaftlich attraktiv ist und auch die erforderlichen Investitionen in Infrastruktur und Prozesse abgedeckt werden.</i></li> <li><i>• Im Interesse einer gesicherten und risikobasierten Patientenbehandlung müssen grundlegende Strukturanforderungen definiert werden.</i></li> </ul>



Adressat	Datum	Inhalt
		<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Es müssen wirksame Maßnahmen ergriffen werden, die verhindern, dass durch „Rosinenpickerei“ wirtschaftliche Vorteile einseitig zu Lasten anderer Leistungserbringer und/oder der Patientinnen und Patienten entstehen</i></li> </ul> <p><i>Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat zur Unterstützung des Prozesses ein Positionspapier zur Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich erarbeitet, welches zur Information als Anlage beigefügt ist. Darüber hinaus wurden die Mitglieder der DKG und darauf aufbauend die Krankenhäuser über das Projekt sowie über den Beschluss des Innovationsausschuss informiert.“</i></p> <p><i>Anlage als Link:</i>  <a href="https://www.dkqev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.3_Politik/Positionen/DKG_Positionspapier_Foerderung_der_Ambulantisierung_Juni2022.pdf">https://www.dkqev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.3_Politik/Positionen/DKG_Positionspapier_Foerderung_der_Ambulantisierung_Juni2022.pdf</a></p>
GKV-Spitzenverband	23.01.2023	<p><i>„Projekte mit dem Ziel der Transformation peripherer Räume zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung sind für Akteure der Selbstverwaltung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels von besonderem Interesse. Der GKV-Spitzenverband begrüßt den zugrundeliegenden Ansatz des Projektes IGiB-StimMT, in welchem die konkrete Umstrukturierung der Gesundheitsversorgung in Templin, einer Stadt im Landkreis Uckermark im Norden Brandenburgs, begleitet wurde.</i></p> <p><i>Im Projekt standen die Struktur- und Prozessevaluation der regionalspezifischen Transformation im Vordergrund. Dabei wurde die besondere Komplexität einer strukturellen und regionalen Anpassung der Versorgungslandschaft und die Herausforderung der Berücksichtigung lokaler Besonderheiten deutlich. Die Erkenntnisse der Struktur- und Prozessevaluation sind deshalb nicht ohne Weiteres auf andere Regionen übertragbar. Die Übertragbarkeit der Erkenntnisse der Ergebnis- und gesundheitsökonomische Evaluation einzelner Komponenten der neuen Versorgungsform ist durch methodische Limitationen des Studiendesigns eingeschränkt. Die Generalisierbarkeit</i></p>

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>und damit Weiterentwicklungsimplicationen für eine bedarfsgerechte Versorgung in einem bundesweit einheitlichen Rahmen sind dadurch erheblich begrenzt.</i></p> <p><i>IGiB-StimMT hat sinnvolle Komponenten zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen identifiziert und erprobt, wie zum Beispiel die Vernetzung ambulanter Leistungserbringer, den Ärztlichen Bereitschaftsdienst und ambulant-stationäre Versorgungszentren. Zentrale Ansätze der Versorgungsform sind mittlerweile größtenteils bereits im Rahmen der Regelversorgung umsetzbar oder Bestandteil von Beratungen der Selbstverwaltung. So wird beispielsweise die Vernetzung ambulanter Leistungserbringung bundesweit bereits in zahlreichen Praxisnetzen umgesetzt, die Vorhaltung einer Beobachtungseinheit (bis zu 24 h) ist bereits in der Notfallstufen-Regelung enthalten und die Übergangspflege im Krankenhaus im Falle unzureichender Anschlussversorgung inzwischen im Leistungsumfang von GKV und PKV enthalten. Die Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung wird voraussichtlich 2023 in Kraft treten. Ärztliche Bereitschaftspraxen, KV-Notfallpraxen und MVZ etablieren sich längst auch in räumlicher Nähe zu Krankenhäusern. Der gemeinsame Tresen von Krankenhaus und ambulantem Bereitschaftsdienst ist Bestandteil gesundheitspolitischer Diskussion.</i></p> <p><i>Die im Projekt umgesetzten Ideen, die über die Regelversorgung hinausgehen, sind also bereits Bestandteil des Diskurses auf Bundesebene. Die Projektergebnisse von IGiB-StimMT wurden den Mitgliedern des GKV-Spitzenverbandes als Fallbeispiel einer regionalspezifischen Restrukturierung bekannt gemacht und werden vom GKV-Spitzenverband und seinen Mitgliedern entsprechend bei Beratungen zur Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen berücksichtigt.“</i></p>