

IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin (StimMT): zukunftsfähige Gestaltung regionaler Versorgung

LUTZ O. FREIBERG

Lutz O. Freiberg ist Geschäftsführer der IGiB GbR und IGiB StimMT GmbH in Potsdam

IGiB – StimMT ist mehr als ein Projekt. Es ist ein Ansatz, aus den Prävalenzen in der Region Templin – eine Prognose auf Erkrankungen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu geben und daraus Schlüsse zu ziehen, wie die Versorgungsstrukturen in der Zukunft auszusehen haben, um ein zukunftsfähiges, bedarfssadäquates und damit passgenaues regionales Versorgungsangebot durch stationär-ambulante Strukturmigration unter Einbeziehung von Pflege, Heilmittelerbringung etc. zu schaffen. Templin wird somit Blaupause für die nachhaltige medizinische Versorgung ländlicher Regionen in Deutschland. Der Beitrag skizziert dieses Projekt.

Einleitung

Die Gesundheits- und Daseinsfürsorge wird bereits in den nächsten 10 bis 15 Jahren vor große Herausforderungen gestellt: Eine stark alternde Bevölkerung, die durch Multimorbidität und entsprechenden Versorgungsbedarf gekennzeichnet ist; kleine Krankenhäuser der Grundversorgung insbesondere in strukturschwachen, ländlichen Regionen, denen aufgrund defizitärer Strukturen die Schließung droht; ein Fachkräftemangel im medizinischen Bereich und die überkommene strikte Trennung von ambulantem und stationärem Sektor, Pflege und Rehabilitation.

Zwischen den Projektträgern des Projektes StimMT, der IGiB GbR und der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH (als Betreiber des Krankenhauses in Templin) besteht Einvernehmen,

dass unter Nutzung des medizinisch-technischen Fortschritts die ambulante Versorgung im Interesse von Erreichbarkeit und Nachhaltigkeit zu stärken ist sowie die stationäre Versorgung unter den Aspekten ‚wohnortnah erforderlich‘ und ‚wohnortfern möglich‘, nicht zuletzt auch aus qualitativen Gründen, zu restrukturieren ist.

Im Gegensatz zum bisherigen Nebeneinanderstellen von Krankenhaus, MVZ und Arztpraxen steht hier die Idee eines Ambulant-Stationären Zentrums im Fokus, welches aufbauend auf einem integrierten ambulant-stationären Konzept in seiner Endkonsequenz für die Überwindung der Sektorengrenzen und der Umsetzung des Grundsatzes ‚so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig‘ steht. Das zu etablierende Koordinierungs- und Beratungszentrum unterstützt und berät Ärzte, Leistungser-

bringer, Patienten und Angehörige und managt an den diversen Schnittstellen der Versorgung. Entsprechend bedarf es neuer Formen von Trägerschaften, Abrechnungssystemen und Leistungsbewertungen. In den kommenden Jahren werden in Templin gänzlich neue Versorgungsstrukturen erprobt, die eine bundesweite Übertragung auf vergleichbare Settings und Regionen möglich machen sollen.

Ausgangslage im Mittelbereich

Der Mittelbereich Templin liegt im Norden des Landes Brandenburg und umfasst die amtsfreien Gemeinden Templin, Lychen, Boitzenburger Land und das Amt Gerswalde. Urbanes Zentrum ist die Stadt Templin mit 16.000 Einwohnern (Stand: 31.12.2014). Templin ist der Fläche nach die größte Stadt in der Uckermark, in Bezug auf die Einwohnerzahl ist sie nach Schwedt und Prenzlau die drittgrößte Stadt des Landkreises. Der Landkreis ist mit diversen Strukturdefiziten belastet. Aktuelle Analysen zur Bevölkerungsstruktur des Mittelbereiches Templin prognostizieren bis zum Jahr 2030 einen Bevölkerungsrückgang um ca. 17% und gleichzeitig eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur. Demnach wird der Anteil der ab 65-Jährigen um 40 % (von ca. 6.700 auf ca. 9.400 Ew.) zunehmen (Landesamt für Bauen und Verkehr 2015). In der Folge wird sich die Nachfrage nach ambulanten, stationären, pflegerischen, sozialen und therapeutischen Leistungen verändern und weitreichende Anpassungen von Versorgungsstrukturen, -angeboten und -prozessen erforderlich machen. Einer älter werdenden und somit häufig chronisch kranken und multimorbidem Bevölkerung steht eine sinkende Anzahl jüngerer Menschen gegenüber. Bestandsaufnahmen (Bohm et al. 2015; KV COMM 2015) haben ergeben, dass die Grundversorgung in der Region noch nicht hinreichend auf die Versorgungsbedürfnisse einer zunehmend älteren, multimorbidem Bevölkerung eingestellt ist, wie dies auch allgemein vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) festgestellt wurde (SVR-G: Gutachten von 2009, 2014).

Empirische Analysen zeigen außerdem, dass von einem hohen Anteil ‚ambulant-sensitiver Krankenhausfälle‘ (Sundmacher et al. 2015) ausgegangen werden kann: in der Projektregion 2014 deutlich über 30%

(Bohm et al. 2016). Fallzahnrückgänge bei insgesamt rückläufiger Bevölkerung erzwingen zudem die Anpassung der stationären Versorgungskapazitäten. In diesem Zusammenhang müssen Alternativlösungen für Patientengruppen entwickelt werden, die in absehbarer Zeit aufgrund ihres abnehmenden Anteils an der Gesamtbevölkerung unter wirtschaftlichen und kapazitiven Gesichtspunkten nicht mehr in der tradierten Form versorgt werden können. Hierzu zählt u. a. die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Die Methoden der modernen Versorgungsforschung ermöglichen eine sehr genaue regionale Betrachtung nach Alter, Geschlecht, Morbidität und Mortalität, um so die tatsächliche und die zu erwartende Leistungsdichte zu beschreiben. Die drei häufigsten Krankheitsbilder im Mittelbereich sind kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Hypertonie), endokrine Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-

In den kommenden Jahren werden in Templin neue Versorgungsstrukturen erprobt, die eine Übertragung auf vergleichbare Regionen möglich machen sollen.

Systems (z. B. Rückenschmerzen, Rheuma). Auf Basis von Prävalenzen werden so aus den real existierenden Erkrankungen zukünftige Versorgungsbedarfe für die Region ableitbar. Mit dieser Herangehensweise wird ein grundsätzlicher Paradigmenwechsel bei der Planung medizinischer Bedarfe eingeleitet. Von einem ausschließlich auf Basis klassischer Leistungs- und Abrechnungsdaten ermittelten Versorgungsbedarf, d.h. nachfrageinduziert, erfolgt hier eine konkrete Betrachtung der heutigen regionalen Krankheitslast und deren zukünftiger Entwicklung.

Warum Templin?

Der Mittelbereich Templin ist durch besondere räumliche und strukturelle Gegebenheiten charakterisiert und bietet damit für ein so komplexes Projekt und dessen Evaluation nahezu ideale Voraussetzungen. Templin liegt räumlich separiert. Die Autobahnen 10, 11 und 19 führen mit ei-

nigem Abstand südlich, östlich und westlich daran vorbei und grenzen so zu den Nachbarregionen ab. Wege und Angebote sind im Mittelbereich daher stark auf die Stadt Templin ausgerichtet und sorgen für wenig Migration der Bevölkerung in angrenzende Regionen. Um ergänzende Versorgungsangebote in Nachbarregionen und -städten zu erreichen, sind relativ große Wegstrecken zurückzulegen. Im Hinblick auf medizinische Versorgungsstrukturen bietet die Region einen idealen Ausgangspunkt für das Projekt. Das Krankenhaus der Grundversorgung sowie fast alle Haus- und Fachärzte des Mittelbereiches konzentrieren sich bereits in der Stadt Templin.

Ebenfalls sehr positiv ist das starke Interesse der regionalen Ärzte zu bewerten, sich auf die demographische Entwicklung einer zunehmend älteren und multimorbidem Bevölkerung einzustellen, sich zu engagieren, zu vernetzen und sich gemeinsam den zukünftigen Herausforderungen zu stellen. Hier kann auf ein bereits vor einigen Jahren

initiiertes Projekt zum Aufbau eines ambulant-stationären Arztnetzes aufgesetzt werden. Die in der Region ambulant bzw. stationär tätigen Ärzte sind umfassend in das Projekt IGIB – StimMT eingebunden und geben wertvolle Anregungen zur Weiterentwicklung desselben. Sie sind motiviert, sich mit der demografischen Entwicklung ihrer Patienten, aber auch ihrer Kollegen auseinanderzusetzen. Bereits heute ist jeder vierte Arzt in Templin 63 und älter – in nur 15 Jahren wird es bereits jeder Zweite sein.

Ziel der Strukturmigration im Mittelbereich Templin

Ziel von IGIB – StimMT ist die Gestaltung einer gleichwertigen medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen im Mittelbereich Templin. Die beschriebenen Veränderungen der Bevölkerung in Anzahl und Struktur sowie die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten werden im Bereich des Gesundheitswesens insgesamt eine stark veränderte Nachfrage erzeugen und weitreichende Anpassungsprozesse der Versorgungsangebote nach sich ziehen müssen. Nachwuchssorgen im stationären und ambulanten Sektor, aber auch im Bereich Pflege, Rehabilitation und Therapie, stellen weitere Herausforderungen dar,

denen sich das Projekt durch verstärkte Koordination und den sektorenübergreifenden Versorgungsansatz stellt. Ausgehend vom realen quantitativen und qualitativen Versorgungsbedarf der im Einzugsbereich heute und morgen zu versorgenden Population, ist eine entsprechende zukunftsfähige interdisziplinäre, interkollegiale und multiprofessionelle Versorgungsstruktur zu schaffen, die Sektorengrenzen überwindet.

Anforderungen an die Politik

Insbesondere in strukturschwachen Regionen tragen das Land, die Landkreise und die Kommunen eine besondere Verantwortung. Die Schaffung der Voraussetzungen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ist eng mit der Verantwortung für die Daseinsvorsorge verbunden, also eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Begleitung und Beteiligung des Brandenburger Landesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie im Rahmen der Mitarbeit im erweiterten Lenkungsgremium des Projektes ist darüber hinaus im Kontext eines notwendigen Umbaus der vor Ort und den anliegenden Regionen vorhandenen Krankenhausstrukturen erforderlich. Dieser muss sich letztlich auch in der Landeskrankenhausplanung niederschlagen.

Die Einbeziehung aller vor Ort handelnden Akteure des Gesundheitswesens ist im Hinblick auf die zu schaffende bedarfsorientierte und wirtschaftlich tragfähige Angebotsstruktur angezeigt. Die einzelnen Angebote und Akteure sind gefordert, in einer kooperativen und koordinierten Prozess- und Kommunikationsstruktur zu agieren.

IGiB-StimMT – Initiatoren und Partner

Die Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB GbR) – ein Think-tank und bundesweit einmaliges Joint Venture bestehend aus KV Brandenburg, AOK Nordost und BARMER – entwickelt innovative Lösungen für sich ändernde Versorgungssituationen mit einem starken Fokus auf Nutzen und Nachhaltigkeit. Wichtigster StimMT-Partner der IGiB GbR, Mitinitiator und damit vertreten im Lenkungsgremium des Projektes, ist die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH.

Das Projekt „IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin / IGiB – StimMT“ wird von 2017 – 2020 mit insgesamt 14,5 Millionen Euro aus dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss verwalteten Innovationsfonds gefördert. Für die Umsetzung des Projektes wurde die IGiB-StimMT gGmbH, eine 100%ige Tochtergesellschaft der IGiB GbR, gegründet, die als Konsortialführer gemeinsam mit den Konsortialpartnern des Projektes die einzelnen Teilprojekte umsetzt. Hierbei übernimmt die AGENON GmbH (Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH) die Koordinierung der Teilprojekte, die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH die Teilprojektleitung für den Aufbau eines Ambulant-Stationären Zentrums, die KV COMM GmbH (KV Consult- und Managementgesellschaft mbH) die Teilprojekte Aufbau eines regionalen Ärztenetzes sowie die Umsetzung sektorübergreifender Behandlungspfade sowie die Unterlegung des Projektes mit einer modernen Informations- und Kommunikationstechnologie. Die inav GmbH (Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH) verantwortet die Evaluation des Gesamtprojektes.

Umsetzung des Vorhabens

Zunächst werden in einem ersten Teilprojekt die Grundversorgung aus- und ein Arztnetz aufgebaut. Angelehnt an die so genannten „Primärversorgungspraxen“ (SVR-G 2009, Textziffer 1152 ff.) bilden die niedergelassenen Hausärzte die „Grundversorgungsgemeinschaft“ Templin (GVG). Deren charakteristische Merkmale sind abgestimmte Prozesse und Arbeitsstrukturen, auch in der Zusammenarbeit mit Fachärzten, Krankenhäusern, regionalen Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen sowie unter Einbeziehung der im Koordinations- und Beratungszentrum Templin (KBZ) tätigen Fachkräfte für die Übernahme delegationsfähiger Leistungen und das Case Management (agnes^{zwei}) (Schmiedhofer et al. 2015; van den Berg et al. 2009). Die GVG nutzt aktiv die im Projekt geschaffene elektronische Informations- und Kommunikationsinfrastruktur (IT-Plattform) und gewährleistet eine verbesserte zeitliche Verfüg- und Er-

reichbarkeit durch abgestimmte Dienst- und Praxiszeiten. Im nächsten Schritt erfolgt die Erweiterung des Arztnetzes um die ambulant tätigen Fachärzte der Region.

Die Anpassung und der Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten erfolgt schrittweise. Hierbei kann auf die Erfahrungen beim Aufbau des KV RegioMed Zentrums Templin zur ambulanten ärztlichen und therapeutischen geriatrischen Versorgung im Zusammenwirken mit der stationären Geriatrie vor Ort seit der Eröffnung am 04.09.2014 zurückgegriffen werden (KVBB, PM vom 04.09.2014). Der Aufbau einer ambulant-

Ausgehend vom realen Versorgungsbedarf der heute und morgen zu versorgenden Population, ist eine Versorgungsstruktur zu schaffen, die Sektorengrenzen überwindet.

stationären intersektoralen Brückenstruktur in Form des KV RegioMed Zentrums ist allein allerdings nicht ausreichend, um die Versorgungsstrukturdefizite vor Ort gänzlich zu beheben und die Sektorengrenzen aufzulösen. Vielmehr bedarf es hierfür weitergehender struktureller Maßnahmen. Auch der Bereich der pflegerischen Versorgung muss in die Betrachtungen einbezogen werden, ebenso wie die Möglichkeiten ehrenamtlicher Unterstützung der Patienten, die Einbindung kommunaler Angebote der Daseinsvorsorge sowie moderner Informations- und Kommunikationstechnologien in den Behandlungsprozess. Die Multiprofessionalität ist ein Element, um dem künftigen Versorgungsbedarf gerecht zu werden.

Das im Projekt aufzubauende Ambulant-Stationäre Zentrum Templin (zweites Teilprojekt) steht für ein integriertes ambulant-stationäres Konzept. Folgerichtig sind in Überwindung der Sektoren und SGB-Grenzen auch neue Formen von Trägerschaften, Abrechnungssystemen und Leistungsbewertungen zu entwickeln (Freiberg L 2016). Personelle und infrastrukturelle Ressourcen müssen gebündelt werden. Mittels eines abgestimmten Schnittstellenmanagements ist

eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung zu gestalten.

In Templin wird bei der Planung dieses Zentrums zum ersten Mal überhaupt betrachtet, was für die in dieser Region wohnende Bevölkerung im Hinblick auf Versorgung benötigt wird – ambulant wie stationär. Das klingt zunächst selbstverständlich, ist aber bei der Versorgungsplanung, im Speziellen bei der Krankenhausplanung, bisher nirgendwo sonst der Fall. Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung stehen die heutige Bedarfsplanung und die Regularien der Zulassung der tatsächlichen Nachfrage der Wohnbevölkerung an ambulanter fachärztlicher Versorgung unter Berücksichtigung der medizinisch technischen Möglichkeiten gegenüber.

Aus heutiger medizinischer, aber auch ökonomischer sowie struktureller Sicht stellt sich immer häufiger die Frage, ob bestimmte Erkrankungen nicht besser ambulant behandelt werden können. Das gilt zum Beispiel für diagnostische Leistungen, die heute noch oft mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind, aber im Hinblick auf den medizinisch-technischen Fortschritt inzwischen ambulant erfolgen könnten. Man spricht von ambulant-sensitiven Leistungen. Um deren Potential zu heben, werden diese Leistungen soweit möglich im zukünftigen Ambulant-Stationären Zentrum wohnortnah ambulant erbracht. Gleichzeitig werden am Standort des Sana Krankenhauses Templin stationäre Überkapazitäten abgebaut, da sich nachfragebedingt die stationären Auslastungsprobleme in den kommenden Jahren weiter drastisch verschärfen werden.

Überdies werden im zukünftigen Ambulant-Stationären Zentrum die ärztlichen und weiteren personellen sowie technischen Ressourcen gebündelt. Ärzte, medizinisches Fachpersonal und Therapeuten werden sowohl ambulant als auch stationär tätig sein. Ein wichtiger Schritt, um auch der zunehmenden Herausforderung des Fachkräftemangels entgegenzuwirken.

Die neuen erweiterten ambulanten Versorgungs- und Leistungsangebote sowie die Einrichtungen zur Akutversorgung werden im heutigen Gebäude des Krankenhauses auf bislang stationär genutzten Flächen angesiedelt. Schwerpunkte sind fachärztliche internistische und ggf. neurologische Versorgungsangebote, die integrierte ambulant-stationäre

Versorgung für Kinder- und Jugendliche, die Etablierung einer GVG-Praxis als Anlaufpraxis für die Region, insbesondere zur Akutversorgung und damit verbundener Entlastung der Rettungsstelle. Für Patienten mit unklarer Symptomatik oder Überwachungserfordernis nach erfolgter Intervention wird die Möglichkeit der übergangsweisen Unterbringung in einer räumlich am Standort etablierten Unit geschaffen.

Die Etablierung eines Koordinations- und Beratungszentrum Templin (KBZ) bildet das dritte Teilprojekt. In dem am Standort einzurichtenden KBZ sind Fachkräfte für das Case- und Entlassungsmanagement sowie Fachkräfte für die übergreifende Koordination und Beratung von Ärzten, Leistungserbringern, Patienten und Angehörigen zusammengefasst. Die im KBZ angesiedelten Fachkräfte sind eng in das Versorgungssystem integriert und werden in definierten Fallkonstellationen frühzeitig in die Versorgung der Patienten eingebunden. Zum Angebot gehört auch eine SGB-übergreifende Beratung und die weiterführende Vermittlung von Unterstützungs-, Versorgungs- und Da-seinsfürsorgeangeboten Dritter.

Das vierte Teilprojekt bildet die Unterstützung einer systematischen fach- und berufsgruppen- sowie sektorenübergreifende Abstimmung und Koordination durch Behandlungspfade. Inhalt dieses vierten Teilprojektes ist die Adaption nationaler und internationaler evidenzbasierter Leitlinien an die lokalen Bedingungen durch die Ärzte vor Ort (Hellmann et. al. 2009, Eble et. al. 2013). Zunächst wird sich auf Krankheiten des Kreislaufsystems sowie auf Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen konzentriert. Nach den vorliegenden Untersuchungen finden sich in beiden Krankheitsgruppen zugleich die größten Potenziale für die Vermeidung stationärer Behandlungen. Es werden zudem Kriterien für den Einsatz von Case Managements erarbeitet und soweit angezeigt, nichtärztliche Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Pflege, etc.) in die Erarbeitung einbezogen. Es erfolgen Festlegungen zur Information und Kommunikation über die Datenaustausch-Plattform.

Um die Ziele des Projektes zu erreichen, müssen Akteure einrichtungs- und sektorenübergreifend zusammenarbei-

ten. Dabei kommt dem effizienten und vor allem schnellen Austausch von Informationen über die in der Regel von mehreren Fachdisziplinen und Einrichtungen nebeneinander versorgten Patienten eine Schlüsselrolle zu. Entsprechend geht es im fünften Teilprojekt um eine zeitgemäße Umsetzung der entstehenden Kommunikationsanforderungen, die ohne eine leistungsfähige IT-Plattform nicht auskommen wird und, die es Ärzten und Leistungserbringern erlaubt, unabhängig von ihrer organisatorischen oder sektoralen Zuordnung eine gemeinsame Dokumentation zu den Patienten der Region

In Templin wird bei der Planung zum ersten Mal überhaupt betrachtet, was für die Bevölkerung im Hinblick auf Versorgung benötigt wird.

zu führen. Vor dem Hintergrund langer Wegstrecken und geringer Frequenzen des öffentlichen Personennahverkehrs sollen für das Projekt zudem die Möglichkeiten von eHealth genutzt werden, z. B. durch Tele-Monitoring von Risikopatienten und Video-Sprechstunden bei Fachärzten. Hierzu sollen bestehende Produkte und Angebote integriert werden. Die technische Realisierung von IT-Plattform und CDR (Clinical Data Repository) erfolgt unter Berücksichtigung ihrer Migrationsfähigkeit in die Telematik-Infrastruktur. Aufgrund der durchgängigen Nutzung von Standards und die flexiblen Anbindungsmöglichkeiten von Nutzern an die Plattform, können die Kernbausteine der Lösung ohne Anpassungen in weiteren Settings/Regionen genutzt werden.

Als ein versorgungsforschungsrelevantes Projekt dieser Größenordnung ist es von hoher Relevanz, eine umfassende, projektbegleitende Evaluation – hier federführend verantwortet durch die inav GmbH – durchzuführen. Das Versorgungskonzept IGiB – StimMT ist durch die Merkmale einer sog. komplexen Innovation charakterisiert (Craig et al. 2008), die sich dadurch auszeichnet, dass es eine Vielzahl interagierender Komponenten gibt, in der Bevölkerungsgruppen angesprochen und unterschiedliche Outcomeparameter betrachtet werden

müssen. Das Konzept wird fortlaufend angepasst und es besteht ein hoher Einfluss kontextueller und individueller Faktoren. In diesem Sinne muss die Evaluation sowohl formativ als auch summativ erfolgen. Die zentrale Fragestellung der Evaluation von IGiB – StimMT ist daher: Kann die komplexe Intervention die Versorgungsstrukturen und -prozesse im Mittelbereich Templin bedarfsorientiert an bestehende Herausforderungen anpassen? Um diese Fragestellung zu beantworten, wird IGiB – StimMT auf drei Ebenen evaluiert: Prozessanalyse der Strukturmaßnahmen, Effektevaluation und Zufriedenheitsanalyse der Ärzte, Leistungserbringer und Patienten. Eine Einflussnahme seitens der Konsortialpartner auf das methodische Vorgehen zur Ergebnisaufbereitung, -darstellung und insbesondere Ergebnisveröffentlichung wird ausgeschlossen – die Verbindung der evaluierenden Institution zu den Konsortialpartner ist insofern monodirektional.

Herausforderung Fachkräftemangel

Insbesondere die ländlichen Regionen Deutschlands, so auch die Uckermark, sind vom Fachkräftemangel betroffen. Bei der Betrachtung der rückläufigen Bevölkerungszahlen ist eine gewisse Reduzierung der Arztzahlen in einer

derartigen Region unvermeidlich, dies vor dem Hintergrund, dass in absehbarer Zeit die Morbiditäts- durch die Mortalitätsentwicklung eingeholt wird. Mit Blick auf die Multimorbidität von heute und die zu erwartende demographische Entwicklung ist das Versorgungsangebot so zu konstruieren und umzusetzen, dass zukünftig auch mit insgesamt weniger Ressourcen eine gleichwertige Betreuung der Wohnbevölkerung gewährleistet werden kann.

Im Zuge der Strukturmigration im Mittelbereich Templin sind die intersektorale Verzahnung regionaler Ressourcen sowie die bedarfsorientierte Anpassung der regionalen Leistungsangebote in Planung. Für alle Beteiligten bedeutet dies ein Mehr an notwendiger Zeit und ein Mehr an erreichbarer Versorgung; und all dies bei geringeren Kosten und gleichzeitiger Wahrung der Qualität.

Nächste Schritte und Ausblick

IGiB – StimMT startete am 01.01.2017 mit projektvorbereitenden Maßnahmen und Projektorganisation. Projektbeteiligte Gremien, Teams und Projektgruppen werden etabliert und strukturiert sowie erste Arbeitspakte formuliert.

Zur Realisierung der geplanten projektrelevanten Strukturen und Inhalte bedarf es am Standort des Sana Kranken-

hauses Templin größerer baulicher Veränderungen. Der gesamte Eingangsbereich des Hauses sowie das Erdgeschoss sind entsprechend anzupassen und die heute stationär genutzten Bereiche zu verlegen. Ferner steht die Akquise geeigneten Fachpersonals, z. B. für das Case Management sowie deren Ausbildung im Vordergrund. Das Beratungs- und Koordinierungszentrum als Anlaufpunkt für Patienten und Angehörige wird bis Fertigstellung der Umbaumaßnahmen zunächst in Übergangsräumen etabliert. Die Projektgruppe zu den sektorenübergreifenden Behandlungspfaden, der Vertragsentwicklung und begleitenden Evaluation haben ihre Arbeit aufgenommen. Die IT-Ausschreibung wird derzeit vorbereitet.

Bezogen auf das Umsetzungspotential in anderen Regionen werden bereits aus dem Projektverlauf heraus Vorschläge formuliert werden können, welche Anpassungen in den einschlägigen Rechtsvorschriften, untergesetzlichen Normen und Vergütungsordnungen sowie in der gegenwärtigen Praxis von Landeskrankenhaus- und vertragsärztlicher Bedarfsplanung bis hin zu Anpassungen in der Organisation der Versorgung (z.B. Akut- und Notfallversorgung im ländlichen Raum, Einsatz von Telemedizin, Case Management) erforderlich sind, um eine verbreitete Realisierung möglichst reibungsfrei zu ermöglichen. ■

Literatur

Bohm S, Dressler C, Lehmann B, Schmidt D. (2015) Machbarkeitsstudie zu den Bedingungen für den Aufbau einer sektorenübergreifenden Versorgungskette in der Altersmedizin am Standort Templin. Endbericht. Berlin

Bohm S, Nölke L, Priess HW (2016) Vorstudie zum Projekt Strukturmigration im Mittelbereich Templin. Empirische Analysen zur Epidemiologie, zu Behandlungsanlässen und zur Versorgung im Mittelbereich Templin im Auftrag der AOK Nordost und der BARMER GEK. Berlin

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M (2008). Developing and evaluating complex interventions. The new Medical Research Council guidance. BMJ.2008, 337, a1655

Eble S, Rampoldt T (2013) Versorgungssteuerung und Management kooperativer Gesundheitsnetzwerke. Schmerz 27 (2) 135-140. doi 10.1007/s00482-013-1304-3

Hellmann W, Eble S (Hrsg.) (2009) Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade. Konzepte, Umsetzung, Praxisbeispiele. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (2014)

Gemeinsam ältere Menschen aktivieren und stabilisieren – Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eröffnet KV RegioMed Zentrum Templin. Pressemeldung vom 04.09.2014. URL: <http://www.kvbb.de/pressemitteilungen/newsdetail/article/gemeinsam-aeltere-menschen-aktivieren-und-stabilisieren/507/> (abgerufen am 15.06.2016)

KV COMM – KV Consult Management GmbH (2015)

Experteninterviews mit Ärzten und Psychotherapeuten im Mittelbereich Templin. Zusammenfassender Bericht (unveröffentlicht). Potsdam

Landesamt für Bauen und Verkehr (2015)

Bevölkerungsvorausschätzung 2014 bis 2030. Ämter und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg. Berichte der Raumbeobachtung. Hoppegarten

Freiberg L (2016) Vom Populations- zum Standortbezug, ergänzt durch Interviews mit Dr. med. H.-J. Helming (KVBB), Lutz O. Freiberg (KVBB/IGiB) und Dr. Dominik Graf von Stillfried (Zf Berlin), Monitor Versorgungsforschung 02/16, S. 30-34.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009)

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, BT-Drucksache 16/13770

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014)

Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, BT-Drucksache 18/1940

Schmidhofer MH, Brandner S, Kuhlmeier A (2015)

Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte. Der Versorgungsansatz agneszwei in Brandenburg – eine qualitative Akzeptanzanalyse. Gesundheitswesen. Doi 10.1055/s-0035-155943

Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C (2015)

Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Fachbereich Health Service Management. Ludwig-Maximilians Universität München. München

van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T et. Al (2009) AGnES. Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter.

Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. Dtsch Ärztebl Int106 (1-2): 3-9. Doi 10.3238/ärztebl.2009.0003