

## **Ergebnisse des aus dem Innovationsfonds geförderten Projektes Strukturmigration im Mittelbereich Templin – IGiB-StimMT**

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF16001 gefördert.

### **Vorbemerkung/Einleitung**

Der Mittelbereich Templin steht mit einem aufgrund der demografischen Entwicklung veränderten Versorgungsbedarf, Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung freierwerdender Arztsitze und -stellen und Fachkräftemangel in der Pflege Herausforderungen gegenüber, mit der sich viele ländliche Regionen nicht nur in Brandenburg, sondern bundesweit konfrontiert sehen. Übergeordnetes Projektziel war die Schaffung einer an die regionalen Bedarfe der Wohnbevölkerung und die demografischen und epidemiologischen Veränderungen angepassten Versorgungsstruktur. Krankenhausaufenthalte sollten so weit als möglich durch bereits bestehende und neu zu schaffende sowie erweiterte ambulante Versorgung vermieden werden (ambulant vor stationär). Gleichzeitig sollte die wohnortnahe medizinische Versorgung verbessert werden, um sie in Bezug auf die Grundversorgung möglichst gleichwertig zu Ballungsräumen zu gestalten (wohnortnah statt wohnortfern).

Um dieses Zielbündel zu erreichen, wurden im Ergebnis der gemeinsamen Projektentwicklung der Konsortialpartner fünf Teilprojekte festgelegt:

- Teilprojekt 1: Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) und Arzt- und Psychotherapeuten-netz
- 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
- Teilprojekt 5: Informations- und Kommunikationstechnologie: IT-Plattform und Clinical Data Repository (CDR)

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 als Tochtergesellschaft die IGiB-StimMT gGmbH 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.

Nach vierjähriger Laufzeit des Projektes (vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2020) liegen als wichtigste Ergebnisse vor:

***Aufbau einer hausärztlichen Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) in der ersten Stufe und Überführung in ein Arzt- und Psychotherapeutennetz in der zweiten Stufe***

Im Projekt IGiB-StimMT ist die Gründung einer hausärztlichen Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) in der ersten Stufe und mit dem Arzt- und Psychotherapeutennetz Gesund in Templin e.V. (GiT) die Überführung in ein Arzt- und Psychotherapeutennetz in der zweiten Stufe erfolgt. Noch im Projektzeitraum ist die Professionalisierung der Geschäftsführung und in Verbindung damit die Gründung einer Projektgesellschaft (GiT - Gesundheit in Templin Projekt GmbH) erfolgt.

Damit konnte im Projekt IGiB-StimMT eine organisatorische Einheit geschaffen werden, die dazu beiträgt, dass

- die Versorgung auf der Versorgungsebene erfolgt, die dem Krankheitsbild angemessen ist
- Auswirkungen struktureller Anpassungen in der stationären Versorgung substituiert werden können
- die angestrebte Vermeidung stationärer Fälle erreicht werden kann

Mit dem Arzt- und Psychotherapeutennetz besteht zugleich eine elementare Voraussetzung

- für die Verstetigung und den weiteren Ausbau der sektoren-, einrichtungs-, fach- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung im Mittelbereich Templin
- perspektivisch für die Übernahme von medizinischer und ökonomischer Verantwortung für die gesamte Versorgung der regionalen Bevölkerung
- für die Niederlassung oder die Anstellung von Ärzt:innen in Form einer attraktiven Alternative zu dem stark auf den eigenen Sektor fokussierten Arbeiten

***Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung***

Mit dem Projekt konnten die Strukturen für die Akut- und Notfallversorgung im ASZ zielgerichtet um die folgenden Angebotsmodule erweitert werden:

- Aufbau und Betrieb einer Ärztlichen Bereitschaftspraxis (ÄBD)
- Einführung einer Expertensystem-gestützten Triage
- Aufbau und Betrieb einer Überwachungseinheit/Decision Unit (DU; nachgelagert zur Rettungsstelle)
- Einbindung der umliegenden Hausarztpraxen in die Akutversorgung wochentags zu Sprechstundenzeiten (entsprechend Dienstplan eine Praxis, fußläufig gut erreichbar)

Es wurden folgende Ergebnisse erzielt:

- Die Entlastung der Rettungsstelle hat sich bis zum Ende der Förderung der ÄBP (am 31.12.2019) in den letzten drei Quartalen des Jahres 2019 auf gut 200 Inanspruchnahmen weniger pro Quartal bzw. auf einen Rückgang um ca. 20% gegenüber dem jeweiligen Quartal vor Eröffnung der ÄBP eingependelt.
- Beim Fahrdienst ist die Zahl der Einsätze von 647 Einsätzen (2016) auf nur noch 146 Einsätze (2019) zurückgegangen, entsprechend einer Verminderung um gut 77%.
- Die DU hat zu deutlichen Rückgängen bei den Kurzliegerfällen geführt, die als Notfallpatienten über die Rettungsstelle aufgenommen wurden.

Zusammengefasst konnte mit der beschriebenen Neuordnung nicht nur die Allokation der (knappen) Ressourcen für die Versorgung optimiert werden. Auch die Steuerung der Patient:innen in die für sie medizinisch am besten geeignete Versorgungsebene wurde verbessert und insbesondere konnten Aufnahmen in die stationäre Versorgung vermieden werden.

### ***Neuordnung der pädiatrischen Versorgung***

Ein typisches Grundproblem von Krankenhäusern im ländlichen Raum mit stationärer Pädiatrie ist die Finanzierung der erforderlichen Vorhaltungen, die vielfach in keinem wirtschaftlich vertretbaren Verhältnis zur Anzahl behandelter Patient:innen und den damit verbundenen Erlösen stehen.

Im Projekt konnte eine zum Wegfall der stationären Pädiatrie (ab 01/2020) substituierende Angebotsstruktur aufgebaut werden, bestehend aus

- einem Ausbau der ambulanten Kapazitäten für die kinderärztliche Versorgung im Umfang eines halben Versorgungsauftrages (im Rahmen der Eigeneinrichtung der KV Brandenburg nach § 105 Abs. 1c SGB V), abgedeckt durch die bis dato stationär tätigen Kinderärzt:innen in Räumlichkeiten der umgebauten „Villa“ auf dem Campus
- der Schaffung teilstationärer pädiatrischer Behandlungsmöglichkeiten
- der Erweiterung der Versorgungsmöglichkeiten von Akut- und Notfällen in der Überwachungseinheit/Decision Unit (DU) auf Kinder- und Jugendliche mit 24/7-Unterstützung im Rahmen von Telekonsilen mit umliegenden stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin. In der DU wurden bis zum Ende der Förderung 199 Kinder- und Jugendliche wohnortnah versorgt, von denen eine Patient:in stationär weiterbehandelt werden musste.

Trotz Abbau stationärer Kapazitäten konnte auch die pädiatrische Unterstützung von Geburten und Erstuntersuchungen aufrechterhalten werden.

Schließlich konnte den bislang stationär tätigen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin eine berufliche Perspektive am Standort geboten werden.

### ***Stationersetzende kardiologische und gastroenterologische Versorgung***

Der Aus- und Aufbau stationersetzender Strukturen in den Bereichen Kardiologie und Gastroenterologie konnte im Projekt aufgrund nicht gegebener Fördermöglichkeiten nicht weiter vorangetrieben werden. Vor Ort (im Krankenhaus) zwar verfügbare kardiologische und gastroenterologische Expertise ist damit weiterhin ambulant auf die Umfänge der bestehenden KV RMZ-Versorgungsaufträge begrenzt.

### ***Strukturierte Harninkontinenzversorgung***

Im Rahmen des Projekts konnten Patientinnen mit Harninkontinenz in der strukturierten Harninkontinenzversorgung versorgt werden, die ohne das Angebot unbehandelt geblieben wären. Das von den Ärzt:innen vor Ort aktiv vorangetriebene Versorgungsangebot erfordert aus deren Sicht auf Grund der bislang naturgemäß noch geringen Teilnehmer:innenzahl weitergehende Analysen.

### ***Koordinierungs- und Beratungszentrum Templin (KBZ)***

Die Angebote des KBZ fanden breite Resonanz bei Ärzt:innen, Pflegediensten und Einwohner:innen. Die Planzahlen konnten sowohl im Bereich Casemanagement als auch im Bereich SGB-übergreifende Beratung deutlich übertroffen werden. In der im Rahmen der Evaluation durchgeführten Stakeholder-Befragung wurde das KBZ von einigen Stakeholdern als das erfolgreichste Versorgungsmodul im Projekt IGiB-StimMT bewertet. Auch im Ergebnis der teilnehmenden Beobachtung wurden die konkreten Beratungen und die Bearbeitung der persönlichen Anliegen durchweg positiv bewertet [1]. Die Etablierung eines derartigen Beratungsangebotes ist auch für die Einbindung der Bevölkerung und die Akzeptanz eines strukturverändernden Projektes von Bedeutung. Eine besondere Stärke wird in der Breite des „aus einer Hand“ abgedeckten Beratungs- und Unterstützungsspektrums gesehen. Vor diesem Hintergrund sind übergreifende Sozialberatungsstellen erforderlich, die die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten ganzheitlich berücksichtigen.

### ***Sektorenübergreifende Behandlungspfade (SÜ-BHPF)***

Mit der grundlegenden konzeptionellen Bearbeitung zum Pfadverständnis und zur Pfadentwicklung (Pfadkonzept, Pfadhandbuch) konnten neue Aspekte wie u.a. Aufbau von multiprofessionellen Strukturen, Stärkung der Gesundheitskompetenz und Einbindung des Casemanagements entwickelt und umgesetzt werden. Die Etablierung eines sektorenübergreifenden Organisationsrahmens führte zu mehr Sicherheit und Verbindlichkeit. Vor dem Hintergrund sich verändernder Versorgungsstrukturen im Mittelbereich Templin wurden die SÜ-BHPF zudem dynamisch angelegt und waren Teil des gesamten Migrationsprozesses (Einbindung in die im Projektverlauf entstandenen Strukturen des KBZ und ASZ).

Bis einschließlich 31.12.2019 konnten insgesamt 277 Patient:innen in einen der SÜ-BHPF Herzinsuffizienz (175 Patient:innen), Rückenschmerz (45) und Adipositas (57) eingeschlossen werden. Im Ergebnis der Evaluation konnten mit den SÜ-BHPF Verbesserungen erreicht werden:

- Für Teilnehmende am SÜ-BHPF Herzinsuffizienz konnten Verbesserungen der am NHYA-Stadium gemessenen Leistungsfähigkeit sowie der linksventrikulären Ejektionsfraktion (bei 37,1% der Patient:innen) erzielt werden. Ferner konnte eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte nachgewiesen werden.
- Für Teilnehmende am SÜ-BHPF Rückenschmerz mit Teilnahme am Bewegungsprogramm konnte trotz zwischenzeitlicher Unterbrechung aufgrund der geltenden Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie das Schmerzniveau der Patient:innen von 7,3 Punkte auf 5,2 Punkte gesenkt werden und bei Patient:innen mit Empfehlung einer alternativen Therapie nach Assessment von 7,7 Punkten auf 3,8 Punkte.
- Mit dem SÜ-BHPF Adipositas wurde das Ziel verfolgt, gemäß der Leitlinie zur Prävention und Therapie von Adipositas eine Gewichtsreduktion von 5-10% zu erreichen. Dieses Ziel wurde von 23,5% der Patient:innen erreicht. Daneben reduzierten weitere 21,6% der teilnehmenden Patient:innen ihr Gewicht, wenn auch nicht um 5%. Die Gewichtsabnahme führte dazu, dass der BMI im Interventionszeitraumes bei 65,6% der Patient:innen reduziert und auch der Adipositasgrad bei 25% der Teilnehmenden verbessert werden konnte [1].

Nicht zuletzt aufgrund der auch durch die Pandemie bedingten hohen Drop-out-Quoten beruhen diese Ergebnisse allerdings auf sehr kleinen Fallzahlen, was den Nachweis statistisch signifikanter Effekte schwierig macht.

Ferner konnten bei den Pfadteilnehmenden verschiedentlich Steigerungen der Gesundheitskompetenz und der Lebensqualität registriert werden. Die Pfadteilnehmenden waren außerdem weit überwiegend mit der Kompetenz der Behandler:innen, der Qualität der Behandlung, der Information und der Praxisorganisation zufrieden bis sehr zufrieden [1].

### ***Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation***

Den Ergebnissen der Evaluation des IGiB-StimMT-Projektes folgend, haben in der aus Versicherten der AOK Nordost und der BARMER mit Wohnort im Mittelbereich Templin gebildeten Interventionsgruppe (IG) gegenüber einer strukturgleichen Kontrollgruppe (KG)

- die vollstationären Fallzahlen im Vergleich der Jahre 2020 und 2016 mit -14,4% deutlich stärker abgenommen (KG: -7,2%);
- die vollstationären Fallzahlen für Versicherte der IG im Krankenhaus Templin mit einem Rückgang von knapp -26% erwartungsgemäß noch deutlich stärker abgenommen;
- die ambulant-sensitiven vollstationären Krankenhausfälle (ASK-Fälle) im Zeitraum 2020 gegenüber 2016 ebenfalls stärker in der IG als in der KG abgenommen (-10,3% gegenüber -2,8%);
- sich die Notfallaufnahmen im Vergleich der Jahre 2020 und 2016 nur geringfügig verändert (IG: +1,4%, KG: -1,8%).
- Für den Standort Templin gilt, dass sich nach Inbetriebnahme der DU eine Senkung der Hospitalisierungsrate bei vollstationären Kurzliegerfällen ergeben hat, die als Notfallpatient:innen über die Rettungsstelle aufgenommen wurden.
- Die GKV-Ausgaben pro Kopf haben im Zeitraum im Zeitraum 2020 gegenüber 2016 in der IG um 9,6% und damit weniger stark zugenommen als in der KG mit 12% [1].

Aufgrund des Sondereffektes „Pandemie“ – die Verschiebung planbarer Eingriffe und die ergriffenen Quarantänemaßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie – ist der Vergleich zwischen IG und KG mit dem Jahr 2020 als jüngstem Jahr nicht unproblematisch, weshalb auch 2019 mit 2016 verglichen werden sollte.

- Im Vergleich 2019 gegenüber 2016 zeigt sich bei der IG bei den vollstationären Krankenhausfällen keine Zunahme, während die Fallzahlen in der KG um 13,5% angestiegen sind.
- Bei den ASK-Fällen verläuft die Entwicklung bei der IG gegenüber der KG im Vergleich der Jahre 2019 gegenüber 2016 mit einer Zunahme um 5,6% deutlich moderater als in der KG mit 14,2%.
- Im Vergleich der Jahre 2019 und 2016 ergibt der Vergleich zwischen IG und KG bei den Notfallaufnahmen nahezu identische Zuwächse (IG: +15,2%, KG: +14,9%).
- Die Zunahme bei den vollstationären Ausgaben pro Kopf fällt im Vergleich der Jahre 2019 und 2016 mit einem Zuwachs in der IG um gut 33% deutlich niedriger aus als in der KG mit gut 51%.
- Im Vergleich 2019 gegenüber 2016 haben die Pro-Kopf-Ausgaben in der IG mit einem Zuwachs von knapp 31% weniger stark zugenommen als in der KG mit 37%.

Aus zwei Gründen dürften die im Vergleich zur KG günstigeren Entwicklungen in der IG unterschätzt werden:

- Zum einen ist die aus Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI ableitbare Morbidität in der IG im Beobachtungszeitraum deutlich stärker gestiegen ist als in der KG. Damit ist vorliegenden Studien [2] folgend eine höhere Inanspruchnahme mit entsprechend höheren GKV-Ausgaben verbunden.
- Die in der IG deutlich höheren Arzneimittelausgaben werden maßgeblich durch eine deutlich höhere Anzahl von Hochkostenfällen getrieben, die durch das Projekt nicht beeinflusst werden konnten.

### **Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung**

Die im Projekt realisierten Lösungen beinhalten in ihrer Gesamtheit mögliche Ansätze für andere Gesundheitsstandorte.

- 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 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 SÜ-BHPFs 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 Leitfadens zur Pfadentwicklung verwendet werden.
- Für die SHIV liegt im Ergebnis der Projektarbeiten ein Konzept vor, das als Aufsatzpunkt für Konzepte in anderen Regionen verwendet werden kann.
- Das 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.

## Überführung in die Regelversorgung und nächste Schritte

### **Überführung des ASZ als neue Versorgungseinrichtung**

Ein ASZ in der im IGiB-StimMT-Projekt entwickelten und umgesetzten Form kann wie folgt charakterisiert werden:

- Es vereint bedarfsgerechte stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungsangebote sowie bedarfsadäquat ausgestaltete SGB-übergreifende Unterstützungs- und Beratungsangebote unter einem Dach.
- Es unterhält – auch digital in verschiedener Form unterstützte – vertraglich abgesicherte Kooperationsbeziehungen zu Ärzt:innen und Leistungserbringern vor Ort wie auch wohnortfern insbesondere zu spezialisierten Partner:innen und sorgt so für einen bedarfsgerechten Zugang der Bevölkerung zu gleichwertiger Versorgung im ländlichen Raum.
- Übergeordnetes charakteristisches Merkmal ist es, dass in einem ASZ Ärzt:innen, Therapeut:innen und Pfleger:innen bedarfsabhängig in der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung tätig sind und die vor Ort verfügbaren sachlich-technischen Kapazitäten unabhängig von der Versorgungsform (ambulant/teilstationär/stationär) genutzt werden.

Im vierten Kapitel des SGB V sind Versorgungseinrichtungen mit diesen Merkmalen neben Vertragsarztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäusern etc. bislang nicht vorgesehen. Um Ambulant Stationäre Zentren als feste Bestandteile der Versorgung vor allem im ländlichen Raum zu etablieren, sind verschiedene Änderungen im Rechtsrahmen erforderlich, insbesondere bezogen auf

- ihre Einbettung in eine sektorenübergreifende regionalbezogene Planung einschließlich notwendiger struktureller Bereinigungen und Weiterentwicklungen in den Sektoren
- die Ausgestaltung ihres Versorgungsauftrages (im Regionalbezug)
- ihre Zulassung
- die für eine Trägerschaft zulässigen Partner (bspw. ein breiterer Kreis der an der Versorgung beteiligten und Kommunen, Landkreise etc.)
- ihre Finanzierung und Vergütung (SGB- und sektorenübergreifende Finanzierung aller Leistungsbestandteile, insbesondere SGB V und XI sowie ambulant, erweitert ambulant, teilstationär und stationär, anreizkonforme Vergütung), wobei ein mindestens kostendeckender Betrieb (Finanzierung von Vorhaltekosten) zur Erfüllung des übertragenen ambulanten und stationären Versorgungsauftrages gesichert werden muss
- die Qualitätssicherung

Ferner wird die Umstrukturierung bzw. der Aufbau eines ASZ ohne finanzielle Förderung vielfach nicht gelingen, so dass die oben angesprochenen rechtlichen Änderungen von Fördermaßnahmen flankiert werden müssten. Bezogen auf die Trägerschaften der Versorgungsangebote eines ASZ sind Kooperationen der regional Beteiligten (Krankenhausträger, Arzt-/Praxisnetz, Kommune, KV) anzustreben. Die Realisierung setzt bedarfsgerechte und nachhaltige Versorgungsaufträge sowie gesicherte Finanzierungsgrundlagen des ASZ voraus.

### **Überführung einzelner Versorgungsmodule des Projektes IGiB-StimMT**

Zur Überführung einzelner Versorgungsmodule in die Regelversorgung kann festgehalten werden:

- 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. 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 [1]. Bis dahin empfiehlt er, „Selektivverträge fortzuführen bzw. neu abzuschließen [1].
- 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 [1]. Auch hier stellt sich die Anforderung, entsprechende Rahmensetzungen zu schaffen.

#### **Literaturhinweise:**

[1] inav (2021): IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin. Noch unveröffentlichter Evaluationsbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF).

[2] Matzk S, Tsiasioti C, Behrendt S, Jürchott K, Schwinger A (2021): Pflegebedürftigkeit in Deutschland, in: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2021: 234-270; [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-63107-2\\_17](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-63107-2_17), zuletzt abgerufen am 24.08.2021