

OptiMedium

Newsletter
Ausgabe November 2021



Editorial

Aus den Regionen

Regionale Politik will Leistungen vom Gesunden Werra-Meißner-Kreis ausbauen

Durchatmen, trotz COPD – Gesunder Werra-Meißner-Kreis und Klinikum kooperieren bei Chroniker-Programm

Dr. Löschmann: „Kinzigal lebt und zeigt positive Effekte bei Langzeitpflege, Sterbealter und Wirtschaftlichkeit“

Hessen fördert Gemeindepfleger – Ausbildung durch Gesunder Schwalm-Eder-Kreis+

Greifswald als IV-Region? OptiMedis erarbeitet Studie für Universitätsmedizin

Aus Wissenschaft und Forschung

Innovationsfonds-Projekt zur Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle präsentiert Ergebnisse

EU-Projekt SCIROCCO: Mit Logikmodellen Prozesse in der Integrierten Versorgung verbessern

Dr. Gröne: „Fehlende Datenbasis und zu kleine Interventionsgruppen erschweren Forschungsprojekte“

Aus Politik und Verbänden

Veranstaltungsbericht: Von „volume“ zu „value“ – auf den konkreten Nutzen für Patienten kommt es an!

„Das Ergebnis zählt“: Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen

Buchvorstellung: Die Zukunft ist regional, vernetzt und patientenorientiert

Dr. Gottfried Roller: „Wir brauchen ein Versorgungsmodell, das regional angepasst wird“

Dr. Kloepfer: „Ambulante Kompetenzen und Potenziale bitte nicht vergessen“ – ein Diskussionsbeitrag

Internationales

Deutschsprachige Gemeinschaft Belgien setzt auf populationsorientierte Versorgung

Schweiz: Auf dem Weg zu einem regionalen Gesundheits-Ökosystem

Neues von OptiMedis

Expansionsstrategie: Weiteres Investment ermöglicht Skalierung innovativer Gesundheitsversorgung

Helmut Hildebrandt im Beirat von Health.AI!

Erfolgreiche Abschlussveranstaltung der innovativen BGM-Fortbildungsreihe für Akteure aus Gesundheitseinrichtungen

Schlaglichter

Patientenbriefe steigern die Gesundheitskompetenz: Studie empfiehlt Übernahme in die Regelversorgung
Workshop von Hashtag Gesundheit und OptiMedis: Versorgungsforschung zum Anfassen

Lesetipps

Veranstungskalender

Presseschau

Publikationen

Gleichberechtigung ist uns sehr wichtig. Damit unsere Texte im OptiMedium aber besser lesbar sind, verzichten wir auf geschlechterspezifische Formulierungen bei personenbezogenen Wörtern. Entsprechende Begriffe sind im Sinne der Gleichberechtigung für alle Geschlechter zu verstehen.

Editorial mit Kommentar zum Ergebnispapier der Koalitions-AG Gesundheit und Pflege

Liebe Leserin, lieber Leser,

das Ergebnis der Gesundheits-Verhandler von SPD, Grünen und FDP ist vorzeitig bekannt geworden. Gleich im Einleitungssatz beschreiben sie das gemeinsame Ziel: *„Wir wollen einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik und ziehen Lehren aus der Pandemie, die uns die Verletzlichkeit unseres Gesundheitswesens vor Augen geführt hat.“* Auf Seite vier folgen dann konkrete Festlegungen, die einige der von uns in den vergangenen Monaten veröffentlichten Empfehlungen aufgreifen:

- › *„Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen.“*
- › *„Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken.“*
- › *„In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 %) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z. B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention.“*
- › *„Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen aus.“*
- › *„Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.“*

Auch bei zahlreichen weiteren Vereinbarungen, etwa zum Ausbau, zur Verbesserung und Aufwertung der Pflege wie auch der anderen Heilberufe und der Einführung eines Heilberufegesetzes finden sich Überschneidungen mit dem von uns vorgestellten Konzept [„Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert“](#).

Der Reformwille ist erkennbar

In einem Punkt – der elektronischen Patientenakte – gibt es eine entscheidende Änderung zu bisherigen Plänen der alten Regierung: Sinnvollerweise wird entsprechend der Empfehlungen des Sachverständigenrats ein Wechsel von der „Opt-in“- zur „Opt-out“-Variante vereinbart. An anderer Stelle scheint auch die Einführung eines Gesetzes zur Gesundheitsdatennutzung vorgesehen zu sein. Viele weitere Punkte, so zum Beispiel die berufsgruppenübergreifende Veränderung der Ausbildungen inklusive der ärztlichen Approbationsordnung, die Gründung eines Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit, die regelhafte Ermöglichung telemedizinischer Leistungen, die Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen, die Erweiterung des Konzepts der „pharmazeutischen Dienstleistungen“, die Reformierung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung sowie der Bund-Länder-Pakt für eine Neuorganisation der Krankenhausversorgung und -vergütung lassen einen umfassenden Reformwillen erkennen. Insofern kann den Verhandlern der drei Parteien schon einmal die Anerkennung ausgedrückt werden, zentrale Baustellen im Gesundheitswesen aufgenommen zu haben.

Die Schwächen liegen auf der Hand

Aber: Viele der anderen darin erwähnten Festlegungen sind haushaltsrelevant und insofern noch Gegenstand letzter Beratungen der Haupt-Verhandler. Insofern ist Vorsicht angebracht, bis in den nächsten Tagen die endgültige Fassung im Zusammenhang mit der Besetzung der Ministeriumsleitung bekannt gegeben wird. Und hier wird eine Schwäche des Papiers deutlich. Statt sich mutig an die Veränderung der Rahmenbedingungen für die Akteure im Gesundheitswesen zu machen und dann aber deren Engagement und Investment in die regionale Optimierung herauszufordern, scheint das Papier eher von der Annahme geprägt, dass der Staat der beste Planer sei und er über die nächsten Jahre und Jahrzehnte über ausreichend Finanzen verfüge, die Bedarfe jeweils „add-on“ zu decken. Gleich im zweiten Absatz steht dazu die Formulierung *„Grundlage für all dies ist eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege“*. Aber die Herausforderungen, vor denen die künftige Ampel-Koalition im Gesundheitswesen steht, gehen über die Sicherung der Versorgung, die weitere Digitalisierung und die Verbesserung der Bedingungen für das ärztliche wie das pflegerische Personal – alles Punkte die im Papier aufgegriffen werden – hinaus. Die Koalition wird auch Vorsorge für die Verringerung der Krankheitslast in den kommenden Jahren treffen müssen. Das ist mit der Betonung von Prävention und den Festlegungen hier zwar angerissen, aber die Konkretisierung ist noch offen:

- › *„Wir entwickeln das Präventionsgesetz weiter und stärken die Primär- und Sekundärprävention. Dem Leitgedanken von Vorsorge und Prävention folgend stellen wir uns der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zielgruppenspezifisch und umfassend.“*
- › *„Wir unterstützen die Krankenkassen und andere Akteure dabei, sich gemeinsam aktiv für die Gesunderhaltung aller einzusetzen.“*
- › *„Wir schaffen einen Nationalen Präventionsplan sowie konkrete Maßnahmenpakete z. B. zu den Themen Alterszahn Gesundheit, Diabetes, Einsamkeit, Suizid, Wiederbelebung und Vorbeugung von klima- und umweltbedingten Gesundheitsschäden.“*

Krankenkassen sollen Versorgungsqualität offenlegen

Positiv ist, dass die Verhandler den von uns mit der B. Braun-Stiftung sowie weiteren Experten aus dem Gesundheitswesen veröffentlichten ["Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen"](#) in ihrem Papier aufgenommen haben. Sie haben dort vereinbart:

- › *„Die gesetzlichen Krankenkassen sollen ihre Service- und Versorgungsqualität zukünftig anhand von einheitlichen Mindestkriterien offenlegen.“*

Krankenkassen haben über die Auswahl ihrer Vertragspartner und die Gestaltung ihrer Verträge wie aber auch über ihre eigenen Leistungen durchaus die Möglichkeit, die Versorgungsqualität in Form der Gesundheitsergebnisse für ihre Versicherten zu beeinflussen. Eine Offenlegung der Veränderung der Krankheitslast ihrer Versicherten, z. B. der Veränderung des Zeitpunkts des durchschnittlichen Eintritts von chronischen Erkrankungen bzw. von Pflegebedürftigkeit, würde den Bürgern eine neue Möglichkeit jenseits des Zusatzbeitrags und der Zusatzleistungen geben, die Qualität von Krankenkassen zu beurteilen. Krankenkassen kämen damit in einen Wettbewerb um Ergebnisqualität.

Mehr Patientennutzen und marktwirtschaftliche Effizienz – ein Erfolgskonzept für die neue Koalition

In den nächsten Tagen wird sich zeigen, ob die Partner der Koalitionsvereinbarung die Vereinbarungen auch ökonomisch durchhalten bzw. ob sie das von uns und den „Brückenköpfen“ vorgeschlagene Konzept der „White Bonds“ übernehmen und wer von ihnen die Leitfunktion übernehmen wird, um die heutigen Bremsen und Hindernisse im Dschungel des überkomplexen Regelwerks des Gesundheitswesens zu lockern. Sie vereinbarten dazu immerhin: *„Wir durchforsten das SGB V und weitere Normen nach auch durch technischen Fortschritt überholten Dokumentationspflichten. Durch ein Bürokratieabbaupaket bauen wir Hürden für eine gute Versorgung der Patienten ab.“*

Auf der Seite der Gesundheitsakteure vor Ort gibt es genügend Partner, die bereit sind, mit bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen eine gemeinwohlorientierte Verantwortung für die Entwicklung des Gesundheitswesens mitzutragen. Das reicht von den Ärztenetzen, den Therapeuten, der Pflege und den sozialen Organisationen über die Kliniken, die kommunalen Gebietskörperschaften, die Hochschulen bis hin zu den Krankenkassen.

Viel Freude bei der aktiven Gestaltung der nächsten vier Jahre wünscht



Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender OptiMedis

Aus den Regionen

Regionale Politik will Leistungen vom Gesunden Werra-Meißner-Kreis ausbauen

Regionale Politiker im Werra-Meißner-Kreis wollen die Zusammenarbeit mit dem Gesunden Werra-Meißner-Kreis ausweiten. Auf Basis eines gemeinsamen Antrags von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke hin im Gesundheitsausschuss soll zusammen mit dem regionalen Klinikum, den Krankenkassen und dem Kreisausschuss beraten werden, wie die bestehenden Angebote des Gesundheitsnetzwerks ausgebaut und in enger Abstimmung mit dem Masterplan Gesundheit und allen damit befassten Akteuren umgesetzt werden können.

„Win-Win-Situation für alle“



Hans-Jürgen Müller, Dr. Rainer Wallmann, Felix Martin, Steven Renner und Kai Klose (v.l.n.r.). Foto: Gesunder Werra-Meißner-Kreis

„Das Eschweger Team um Dr. Helmut Hildebrandt hat einen spannenden Versorgungsvertrag mit der Krankenkasse BKK geschlossen“, betonte Felix Martin, Landtagsabgeordneter der Grünen und Gesundheitsausschussvorsitzender im Kreistag, in einer Pressemitteilung. „Während die Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH versucht, durch gezielte Maßnahmen die Menschen im Kreis gesünder zu machen, spart die Krankenkasse durch gesündere Kunden Geld ein. Mit dem eingesparten Geld bezahlt sie wiederum die Präventionsarbeit der GmbH. Es entsteht also eine Win-Win-Situation für

alle, denn für beide Unternehmen ist der Vertrag wirtschaftlich und was viel wichtiger ist: die Menschen im Kreis leben gesünder, länger und besser.“

Der SPD-Fraktionsvorsitzende Thomas Eckhardt ergänzte: „Oberste Zielsetzung all dieser wichtigen Aktivitäten in unserem Landkreis muss es sein, die Sicherstellung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung und der bestehenden Gesundheitsangebote in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Gesundheitsanbieter zu garantieren und die finanziellen Mittel hierfür zu bündeln. Und auch Bernhard Gassmann, Die Linke, hält den Ausbau für wichtig: „Basierend auf den Ergebnissen der Ausschussberatungen soll erreicht werden, weitere wichtige Partner aus Politik, Gesundheit, Kliniken sowie Medizin in dieses Netzwerk einzubinden, um die Kräfte kreisweit zu bündeln und mögliche Parallelstrukturen zu vermeiden.“

Das Interesse der Politik am Gesunden Werra-Meißner-Kreis ist auch über die Region hinaus groß. Im Vorfeld einer Veranstaltung der Grünen in Hessisch Lichtenau konnte sich der Geschäftsstellenleiter vom Gesunden Werra-Meißner-Kreis, Steven Renner, mit dem Hessischen Sozialminister Kai Klose, Felix Martin sowie dem

hessischen Landtagsabgeordneten Hans-Jürgen Müller und Dr. Rainer Wallmann, Erster Kreisbeigeordneter des Werra-Meißner-Kreises, über die Arbeit des Netzwerks austauschen (siehe Bild).

Durchatmen, trotz COPD – Gesunder Werra-Meißner-Kreis und Klinikum kooperieren bei Chroniker-Programm

Gemeinsam mit der BKK Werra-Meissner und dem Klinikum Werra-Meißner hat der Gesunde Werra-Meißner-Kreis ein Programm für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) entwickelt – Durchatmen, trotz COPD. „Unser gemeinsames Ziel ist es, die Selbstfürsorge der Patienten zu verbessern und akute Verschlechterungen zu verhindern“, sagt Dr. Klaus Schild, Chefarzt der Abteilung Pneumologie am Klinikum Werra-Meißner. Das Programm ist eine niedrigschwellige Ergänzung zur Versorgung durch den Hausarzt und soll unter anderem Ambulant-sensitive Krankheitsfälle (ASK) vermeiden.

Beratung und Betreuung durch Lungenlotsen

„Die Patienten bekommen ein handliches Taschen-Spirometer, mit dem sie täglich anstatt wie bisher quartalsweise, ihre Lungenfunktion messen können. Die Entwicklung der Lungenfunktion behalten sowohl unsere speziellen Lungenlotsen sowie die Pneumologen vom Klinikum Werra-Meißner im Blick“, erklärt Fritz Arndt, Gesundheitsmanager beim Gesunden Werra-Meißner-Kreis. Einmal im Quartal können die Teilnehmer des Programms außerdem mit einem Lungenlotsen sprechen. So sollen sie ihre Gesundheitskompetenz verbessern, um künftig z. B. auch selbst ihre Kortison-Therapie anpassen zu können.



Die Lungenfunktion mit digitalen Lösungen im Blick behalten. Grafik: Gesunder Werra-Meißner-Kreis

Hoffnung für die Therapie von COPD-Patienten

Aktuell gibt es 29 Teilnehmer im Werra-Meißner-Kreis. Ziel ist die Betreuung von bis zu 100 Teilnehmern durch einen Lungenlotsen in Vollzeit. Die Technologie stammt aus Schweden und wird in vielen Gesundheitssystemen aktuell auf die Verwendbarkeit als Regelleistung geprüft, etwa in den USA und England. Eine Evaluation des Programms ist für 2022 geplant. Gesundheitsmanager Arndt: „Wir gehen davon aus, dass diese Technologie, ähnlich der mittlerweile möglichen, täglichen Blutzuckermessung für Diabetes-Patienten, die Therapie von COPD-Patienten revolutionieren wird. Schon jetzt können wir sagen, dass das Programm durch die Regelmäßigkeit der Messung die Differentialdiagnose von COPD-Asthma-Overlay sowie Herzinsuffizienz erleichtert, was weitreichende Implikationen für die hausärztliche Betreuung hat. Zusätzlich sehen wir, dass es ein Interventionsfenster von zwei bis fünf Tagen zu geben scheint, in dem die Lungenmesswerte (FEV1, FVC, PEF) sich objektiv verschlechtern, der menschliche Körper aber kompensiert, sodass der Patient nichts merkt.“ Dieses Interventionsfenster könne über die tägliche Messung auch von Patienten identifiziert werden, die dann durch ihre Schulungen in der Lage seien, selbst frühzeitig gegenzusteuern.

Ebenfalls positiv: Aus dem Programm „Durchatmen, trotz COPD“ ist mittlerweile eine Selbsthilfegruppe hervorgegangen, an deren Gründung GWMK aktiv mitgewirkt hat.

Hoher Anteil COPD-Patienten in Nordhessen

In Nordhessen liegt die Zahl der Menschen mit COPD mit 5,04 %-Punkten höher als der Bundesdurchschnitt von 4,66 %. Außerdem nehmen im Werra-Meißner-Kreis unterdurchschnittlich weniger COPD-Patienten an einem Disease-Management-Programm teil. Fünf von sechs Betroffenen fehlt damit u. a. eine regelmäßige jährliche Patientenschulung.

Dr. Löschmann: „Kinzigal lebt und zeigt positive Effekte bei Langzeitpflege, Sterbealter und Wirtschaftlichkeit“



Dr. Christoph Löschmann. Foto: Gesundes Kinzigal

Herr Dr. Löschmann, Sie sind Geschäftsführer der Gesundes Kinzigal GmbH, an der OptiMedis sowie das Medizinische Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigal (MQNK) beteiligt sind. Im Sommer wurde berichtet, dass der Vertrag mit Gesundes Kinzigal von der AOK Baden-Württemberg gekündigt wurde. Was steckt dahinter?

Diese Kündigung ist ein ganz normaler Prozess. Wir arbeiten seit längerer Zeit schon mit der AOK daran, unsere Zusammenarbeit an die sich verändernden Rahmenbedingungen anzupassen. Da die Laufzeit

des Vertrages unbefristet war, hat die AOK ihn in Absprache mit uns vorsorglich gekündigt, aber auch bereits gesagt, dass es „erklärtes Ziel“ sei, den Vertrag weiterzuführen. Kinzigal „lebt“ also genauso weiter wie bisher. Die AOK schätzt unsere Arbeit, die Patienten sind begeistert dabei, die Kommunen und Betriebe aus dem Kinzigal arbeiten mit uns sehr gut zusammen und für die Kassenärztliche Vereinigung und den Kreis sind wir die erste Anlaufstelle rund um die Pandemie. Wir investieren weiter in die IT, entwickeln neue Versorgungsprogramme und evaluieren den Outcome.

Die Evaluationsstudien der ersten zehn Jahre von Gesundes Kinzigal vor allem auf Prozessindikatoren ausgerichtet. Langfristig wollen Sie sich aber stärker auf Ergebnisindikatoren fokussieren. Warum?

Zu den Prozessindikatoren gehören beispielsweise die Zufriedenheit von Patienten und Akteuren oder die Übereinstimmung der Arzneimitteltherapie mit Leitlinien. Sie waren für die Evaluationen der ersten Jahre durchaus nützlich, weil die Wirkung der Integrierten Versorgung bei vielen Indikatoren erst mit einer Zeitverzögerung von mehreren Jahren eintritt. Wir haben es aber im Hinblick auf das gewünschte Outcome einer Integrierten populationsorientierten Versorgung – nämlich der verbesserte Gesundheitszustand bei effizientem Einsatz der Ressourcen – immer mit komplexen Wirkmechanismen zu tun. So kann beispielsweise eine Integrierte Versorgung mit Schwerpunkt auf Aktivierung der Patienten hin zu gesünderem Verhalten und mehr Bewegung bei dem Prozentsatz der mit Betablockern behandelten Hypertoniepatienten möglicherweise

schlechter abschneiden als eine vergleichbare Regelversorgung ohne Unterstützung eines Cardio-Bewegungstrainings. Die positiven Effekte auf den Gesundheitsstatus von Patienten lassen sich mit eindimensionalen Kriterien, wie beispielsweise den Medikationsquotienten bei vorhandener Morbidität, nicht valide abbilden.

Und wie wollen Sie die Gesundheitsergebnisse valider messen?

Für die Gesamtbeurteilung einer Integrierten Versorgung aus dem Blickwinkel von Patienten, Akteuren, Krankenkassen und Kommunen halten wir einen Indikator für besonders interessant und vergleichsweise einfach zu messen – den Startzeitpunkt einer Langzeitpflegebedürftigkeit. Das heißt: Bei welchem Lebensalter wird den Versicherten zum ersten Mal ein Pflegebedürftigkeitsgrad attestiert? In den GKV-Routinedaten wird dieser Indikator erfasst und durch den Medizinischen Dienst wird er über ein Begutachtungsverfahren vergeben – er ist relativ manipulationsresistent für die Partner eines Integrierten Versorgungssystems, wenn die Informationen bezüglich der Möglichkeit der Beantragung von Pflegebedürftigkeit wie im Kinzigtal über neutrale Pflegestützpunkte gleichmäßig gestreut werden.

Der besondere Vorteil liegt darin, dass sich in dem Alterszeitpunkt auch ein Ergebnis der direkten wie auch indirekten Effekte darstellt, die aus der Etablierung von Versorgungsprogrammen für chronische Erkrankungen, aus der Behandlungsintensität, dem Medikationsverhalten der Ärzte sowie auch aus der Stärkung von Selbstmanagement, Gesundheitskompetenz und Aktivierung sowie aus dem verstärkten Einsatz von Bewegungsempfehlungen, Ernährungsunterstützung oder Raucherentwöhnung resultieren. Ziel vieler Aktivitäten im Kinzigtal war und ist – neben der verbesserten Vernetzung und Information der Partner in der Behandlungskette – die allgemeine Gesundheitsförderung und die Optimierung der Versorgung bei schon aufgetretenen chronischen Erkrankungen und damit im Endeffekt die zeitliche Verschiebung des Auftretens bzw. der Progression von Erkrankungen. Um diese Effekte mit einer Nachhaltigkeit zu versehen, setzen wir u.a. ein aktives Case-Management ein. Das Case-Management wirkt dabei in zwei Richtungen, zum einen entlastet es die Praxen bei der Führung ihrer Patienten, zum anderen stellt es für die Patienten Zeit und Raum zur Verfügung, um an Themen wie der Gesundheitskompetenz, den persönlichen Gesundheitszielen, der Krankheitsverarbeitung oder der Compliance zu arbeiten. Ein Erfolg dieser Maßnahmen würde sich dann zum einen in einer zeitlichen Verschiebung des Eintretens der Langzeitpflege, gegebenenfalls auch des Renteneintrittsalters und als Endpunkt in einem späteren Sterbealter widerspiegeln. Beides haben wir für Gesundes Kinzigtal evaluiert.

Mit welchen Ergebnissen?

Wir haben in einer Analyse Versicherte, die an den Programmen von Gesundes Kinzigtal teilgenommen haben, mit ähnlich alten und kranken Versicherten verglichen, die im Kinzigtal wohnten, aber nicht in Gesundes Kinzigtal eingeschrieben waren. Das durchschnittliche Alter der Personen, die im ersten Jahr nach Teilnahme an einem Versorgungsprogramm eine Langzeitpflege (=Pflegestufe/-grad von mindestens 1) erhielten, lag bei den Programmteilnehmern bei 72,3 Jahren. Die Nicht-Teilnehmer von Gesundes Kinzigtal waren beim Start einer Langzeitpflege mit durchschnittlich 71,1 Jahren 1,2 Jahre jünger. Während das durchschnittliche Alter bei Start einer Langzeitpflege bei Programmteilnehmern acht Jahre nach erstmaliger Teilnahme an einem Versorgungsprogramm um 2,9 Jahre auf 75,2 Jahre zunahm, blieb das durchschnittliche Alter der Nicht-Teilnehmer, mit Schwankungen in den Jahren dazwischen, konstant bei 71,1 Jahren. Aus epidemiologischer Sicht ist also

eine Morbiditätskompression erzielt worden, die sich sowohl positiv auf die Gesundheitswahrnehmung als auch auf die Kostenentwicklung auswirkt.

Eine weitere Kennzahl für das erzielte Gesundheitsergebnis liegt in der vorzeitigen bzw. verringerten Sterblichkeit. Hierzu haben wir schon vor einiger Zeit Ergebnisse veröffentlicht. Das durchschnittliche Sterbealter lag bei Teilnehmern von Gesundes Kinzigtal bei 79,9 Jahren, wobei Nicht-Teilnehmer im Durchschnitt mit 77,1 Jahren starben. Insgesamt starben in den sechs Folgejahren nach Einschreibung 126 Teilnehmer von Gesundes Kinzigtal weniger als in der Kontrollgruppe, dadurch lag ihr Sterberisiko um 19 Prozent niedriger als bei den Nicht-Teilnehmern.

Gleichzeitig haben wir für das Jahr 2019 übrigens auch wieder positive wirtschaftliche Ergebnisse – sie wurden von der AOK allein vor kurzem mit 4,3 Millionen Euro veröffentlicht.

Die AOK erhebt ja auch regelmäßig Indikatoren, die für „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ stehen. Wegen seiner überdurchschnittlichen Ergebnisse erhielt das MQNK, das seine Arbeit in Gesundes Kinzigtal organisiert und steuert, das Prädikat in Silber. In welchen Bereichen haben Sie gut abgeschnitten?

Der QuATRo-Bericht von 2021 analysiert 15 Qualitätsaspekte wie etwa die leitliniengerechte Versorgung der behandelten Patienten mit Medikamenten oder die Verhinderung von Krankenhaus-Aufenthalten. Auch Aspekte der Patientensicherheit, wie die Verordnung von potenziell inadäquaten Medikamenten im höheren Lebensalter, spielen eine Rolle.

Wir haben dabei in mehreren Bereichen sehr gut abgeschnitten. Zum Beispiel wurden im Versorgungsgebiet von Gesundes Kinzigtal zirka sieben Prozent weniger stationäre Aufenthalte als im Landesdurchschnitt verzeichnet. Und auch bei der Influenza-Impfrate, der Verordnung von Betarezeptorenblockern für Patienten mit Herzinsuffizienz, von oralen Antikoagulantien bei Vorhofflimmern und von inhalativen Corticosteroiden bei Asthma liegen wir deutlich über dem Landesdurchschnitt.

Darüber hinaus nutzen wir die Erkenntnisse aus QuATRo auch für das netzinterne Qualitätsmanagement, indem wir Best Practice-Ansätze identifizieren und netzintern teilen bzw. Handlungsfelder für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ableiten. So konnte beispielsweise im laufenden Jahr in unserem Versorgungsgebiet ein struktureller Versorgungseingpass bei der Augenhintergrund-Untersuchung bei Diabetikern durch organisatorische Maßnahmen zwischen den Leistungspartnern behoben werden.

Weitere Details zu den Auswertungen finden Sie [online auf der OptiMedis-Webseite](#) und in dieser Publikation: Gröne, O., Langenberger, B., Catalá, E., Wendel, P., Hildebrandt, H. (2021) Erfolgspotenziale durch ein optimiertes Versorgungsmanagement. In: Hildebrandt, Stuppardt (Hrsg.). Zukunft Gesundheit – regionalisiert, vernetzt, patientenorientiert. medhochzwei Verlag Heidelberg.

Hessen fördert Gemeindepfleger – Ausbildung durch Gesunder Schwalm-Eder-Kreis+

Das Land Hessen fördert im Rahmen der Offensive „Land hat Zukunft – Heimat Hessen“ den Einsatz von Gemeindepflegern im Schwalm-Eder-Kreis. Sie sind bei der Gesunden Schwalm-Eder-Kreis+ GmbH angestellt, werden dort ausgebildet und schließen die Lücke zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung. Insbesondere die ältere Bevölkerung soll von dem zusätzlichen Angebot profitieren.

Unterstützung im eigenen Zuhause

Die Gemeindepfleger suchen ältere Menschen in ihrem eigenen Zuhause oder im Pflegeheim auf, verschaffen sich einen Überblick über die Situation und unterstützen sie dabei, bestehende Angebote zu nutzen. Die erste Gemeindepfleglerin, Sabine Gipper, startete bereits am 1. Oktober 2021. Sie erklärt, worauf es bei ihrer Arbeit ankommt: „Wir versuchen in Gesprächen die Lebenssituation der Menschen zu erfassen und arbeiten gemeinsam die Bedürfnisse heraus. Dann sind wir der Vermittler zwischen den älteren Menschen und Angeboten wie etwa Pflegestützpunkt, Pflegedienst oder Hauswirtschaftsdienst. Besonders wichtig ist mir, dass wir die Menschen auch über eine längere Zeit begleiten.“ Pflegeleistungen übernehmen die Gemeindepfleger nicht. „Unser Ziel ist es, dass die Menschen durch diese Unterstützung möglichst lange gut versorgt zu Hause leben können“ erklärt Johann Hirsch, Geschäftsstellenleiter vom Gesunden Schwalm-Eder-Kreis+.



Die Gemeindepfleger erfragen Bedarfe und vermitteln bestehende Angebote. Foto: iStock.com/Fred Froese

Für den Schwalm-Eder-Kreis sollen insgesamt drei Gemeindepfleger als Vollzeitstellen bzw. sechs als Teilzeitstellen zum Einsatz kommen. Bewerbungen nimmt der Gesunde Schwalm-Eder-Kreis+ noch bis 30. November entgegen. Weitere Informationen zur Stellenausschreibung gibt es auf der Webseite vom Gesunden Schwalm-Eder-Kreis+ unter www.gesunder-sek-plus.de/ueber-uns/.

Greifswald als IV-Region? OptiMedis erarbeitet Studie für die Universitätsmedizin

Im Auftrag der Universitätsmedizin Greifswald arbeitet OptiMedis an einer Machbarkeitsstudie für ein integriertes Versorgungsnetz in der Region Greifswald und Umgebung. Hintergrund ist die Arbeit der vom Landtag Mecklenburg-Vorpommern eingerichteten Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“. Unter den Handlungsempfehlungen wird explizit empfohlen „... die medizinische Versorgung für eine Cluster-Region modellhaft zu entwickeln und zu erproben. Dies beinhaltet auch die Entwicklung neuer sektorenübergreifender Finanzierungsformen. Dabei sollte mehrstufig vorgegangen werden. Zunächst sollte ein Ausschnitt des Clusters für eine solche modellhafte Erprobung ausgewählt werden. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang der Einzugsbereich Greifswald/Wolgast/Usedom“. Die Ergebnisse der Studie sollen Mitte Januar öffentlich vorgestellt werden.



Blick auf Greifswald. Foto: istockphoto.com/SilvanBachmann

Aus Wissenschaft und Forschung

Innovationsfonds-Projekt zur Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle präsentiert Ergebnisse



Viele Einweisungen ins Krankenhaus wären durch frühzeitige Versorgung im Pflegeheim vermeidbar. Foto: istock.com/halfpoint

Wenn ältere Patienten aus dem Pflegeheim ins Krankenhaus kommen, besteht immer die Gefahr, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert – sei es durch die psychische Belastung, Infektionen oder zu lange Immobilisation. Viele Einweisungen wären durch eine effektive und frühzeitige Versorgung im Pflegeheim vermeidbar. Welche das sind und wie Strukturen angepasst werden könnten, erarbeiten die Partner in dem vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projekt „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle“.

Alle Informationen finden Sie auf der Webseite zum Projekt unter www.pflegeheim-sensitive-krankenhausfaelle.de.

Jetzt anmelden: Online-Symposium am 9. Dezember

Die Projektpartner haben analysiert, mit welchen Diagnosen Pflegeheimbewohner am häufigsten eingewiesen werden und welche vermeidbar wären. Auf Grundlage der Daten wurden ein Katalog von Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen (PSK), Fallbeispiele sowie Ansätze und Interventionen entwickelt, um diese in Zukunft vorzubeugen. Diese Ergebnisse werden in Kürze ebenfalls auf der Webseite veröffentlicht. Sie lesen dort auch, mit welchen Methoden im Projekt gearbeitet wird und welche Experten beteiligt waren. Anfang Dezember werden die Ergebnisse auch auf einem Online-Symposium vorgestellt:

Vom Pflegeheim ins Krankenhaus – viele Einweisungen sind vermeidbar, aber wie? Analysen und Ansätze zur Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK)

9. Dezember 2021 von 16:30 bis 18 Uhr

Anmeldung per E-Mail: psk@uni-wh.de

Programm: [Download als PDF-Datei](#)

Die Konsortialführung des Projekts liegt bei Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Inhaberin des Lehrstuhls für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Universität Witten/Herdecke. Das Projekt wird gemeinsam mit den Verbundpartnern OptiMedis AG, dem Forschungs- & Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e.V. sowie dem Pflege e.V. durchgeführt. Dieses Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF18026 gefördert.

EU-Projekt SCIROCCO: Mit Logikmodellen Prozesse in der Integrierten Versorgung verbessern

OptiMedis hat für das EU-Forschungsprojekt SCIROCCO Exchange mit verschiedenen Ländern Logikmodelle entwickelt. Logikmodelle werden auch vom Expertenbeirat des Innovationsfonds als eine Form des Wirkmodells einer Intervention zur Nachbildung angenommener Kausalketten in komplexen Projekten empfohlen ([weitere Informationen](#)). Sie helfen dabei, die Prozesse hin zu einer Integrierten Versorgung zu verbessern, können konzeptionelle Lücken aufzeigen und generell zu einem besseren Verständnis führen, wie und unter welchen Rahmenbedingungen



*Logikmodelle helfen dabei, ein gemeinsames Verständnis der Akteure zu schaffen.
Foto: [istockphoto.com/kupicoo](https://www.istockphoto.com/kupicoo)*

beobachtbare Effekte in Interventionsprojekten entstehen. Im Rahmen von SCIROCCO Exchange werden neun europäische Regionen bei der Weiterentwicklung regionaler integrierter Versorgungssysteme unterstützt. Jede Region hat sich in den vergangenen zwei Jahren mit Blick auf zwölf Dimensionen, die als entscheidend für die

erfolgreiche Umsetzung von Integrierter Versorgung festgelegt wurden, selbst eingeschätzt. Durch diesen Prozess waren die Regionen in der Lage, leistungsschwache Bereiche zu identifizieren, die sie in der nächsten Phase priorisieren möchten.

Logikmodelle helfen in jeder Planungsphase

OptiMedis hat mit jeder Region ein auf sie abgestimmtes Logikmodell entwickelt, das als Leitfaden für den Verbesserungsprozess dient. Es ermöglicht den Überblick über ein Projekt und umreißt sowohl das Gesamtziel als auch die Aktivitäten und angestrebten Ergebnisse. In einer frühen Planungsphase lassen sich so Aktivitäten steuern, in der Umsetzungsphase erleichtert es die Überwachung und in der Abschlussphase die Bewertung.

„Integrierte Versorgungssysteme scheitern oft an einem mangelnden gemeinsamen Verständnis der Akteure. Hier ist ein Logikmodell zum Beispiel hilfreich, da es die kausalen Zusammenhänge zwischen Aktivitäten und gewünschten Ergebnissen aufzeigt und gleichzeitig als Kommunikationsinstrument für alle Beteiligten dient“, erklärt Dr. Oliver Gröne, Vorstandsvorsitzender von OptiMedis.

Dr. Gröne: „Fehlende Datenbasis und zu kleine Interventionsgruppen erschweren Forschungsprojekte“

Seit 2019 arbeiten elf Konsortialpartner in Deutschland, Polen, Schweden, Dänemark, Spanien, Schottland und Israel an dem [EU-Projekt ADLIFE](#) (Integrated personalized care for patients with **AD**vanced chronic diseases to improve health and quality of **life**). Es zielt darauf ab, die Umsetzbarkeit von personalisierten, integrierten und digitalen Versorgungslösungen zu evaluieren, die es älteren Patienten mit fortgeschrittener chronischer Krankheit länger erlauben soll, in ihrem eigenen Zuhause zu leben. OptiMedis leitet in dem Projekt das Arbeitspaket „Business Exploitation“ und erarbeitet mit den sieben Pilotstandorten Kommerzialisierungsstrategien für die nationalen Lösungen. Außerdem stellt OptiMedis mit dem Gesunden Werra-Meißner-Kreis den deutschen Pilotstandort. Mit Dr. Oliver Gröne, stellvertretender Vorstandsvorsitzender von OptiMedis, und Fritz Arndt, Gesundheitsmanager beim Gesunden Werra-Meißner-Kreis, sprechen wir über die Ziele des Projekts und die Herausforderungen bei der Umsetzung in Deutschland.

Herr Dr. Gröne, worum geht es bei dem ADLIFE-Versorgungsprojekt?



Dr. Oliver Gröne. Foto: OptiMedis

Oliver Gröne: Es geht darum, Patienten zu mehr Adhärenz und Compliance im Hinblick auf ihre Therapie und ihre Ziele zu motivieren. Dies geschieht zum einen über Shared Decision Making (SDM) mit dem Hausarzt, zum anderen über Shared Action Planning (SAP) mit einem Fallmanager. Die Verbindlichkeit der Therapieziele soll über die Visualisierung in einer Patientenapp gesteigert werden. Außerdem gibt es neben der App weitere digitale Lösungen, eine Plattform zur Ziel- und Aktionsdefinition durch die Behandelnden sowie ein System, um die Entscheidungsfindung zu unterstützen. Es schlägt auf Basis konsolidierter digitalisierter Leitlinien u. a. Therapien und Ziele vor, die der Arzt übernehmen kann, wenn er möchte.

Herr Arndt, welchen Herausforderungen stehen Sie bei der Umsetzung im Gesunden Werra-Meißner-Kreis gegenüber?

Fritz Arndt: Ein großes Problem ist die fehlende Datenbasis. Weder ambulante Akteure noch das kommunale Krankenhaus sind aktuell in der Lage, Patientendaten über standardisierte Prozesse zur Verfügung zu stellen. Im ambulanten Bereich werden die verschiedensten Praxisverwaltungssysteme genutzt, während das Krankenhaus die Daten im Patientendatenmanagementsystem verwaltet. Dieses ist aber nicht mit dem Krankenhausinformationssystem verbunden, weshalb ein Export ohne Auftrag an den Monopolanbieter nicht möglich ist. Und auch über die elektronische Patientenakte können relevante medizinische Daten momentan nicht strukturiert zusammengeführt werden. Das macht die Umsetzung des ADLIFE-Systems sehr schwer.



Fritz Arndt. Foto: OptiMedis

Oliver Gröne: Ein weiteres Problem ist, für die Interventionen die passenden Patienten zu finden, da dies von Krankenkassenzugehörigkeit, Morbidität des Patienten sowie Vertragszugehörigkeit des Arztes und des Pflegedienstes abhängig ist. Praktisch bedeutet dies: Von 23.000 Menschen im Gesunden Werra-Meißner-Kreis mit nach IV-Vertrag passender Krankenkassenzugehörigkeit, passen nach Krankheitsdiagnose nur ungefähr 3.400 Menschen in das Projekt. Nach Schweregradberücksichtigung bleiben von den 3.400 noch zirka 700 potenzielle Teilnehmer.

Fritz Arndt: Gleichzeitig ist die Zielgruppe für digitale Lösungen noch nicht offen genug. Mit der Zielgruppe COPD und/oder Herzinsuffizienz inkl. Multimorbidität (Angst, Depression, Diabetes Typ 2, Niereninsuffizienz) spricht das Projekt eher ältere Patienten ab 60 Jahre aufwärts an. Diese Altersgruppen sind immer offener dafür, digitale Lösungen für ihr Gesundheitsmanagement zu nutzen. Jedoch gehen wir aktuell aus unserer Praxiserfahrung heraus von einem Verlust von über 50 Prozent passender Teilnehmer aus, wenn wir erwähnen, dass der regelmäßige Smartphone- oder PC-Gebrauch Teil des Projektes ist.

Was bräuchte ein Projekt dieser Art also als Grundvoraussetzung?

Fritz Arndt: Um Skaleneffekte effizient zu nutzen, müssen wir die gesamte Bevölkerung einer Region mit unseren Interventionen ansprechen können. Deswegen wäre es sinnvoll, wenn es eine lokale Integrationseinheit gäbe, die die Versorgung organisiert und auch mit möglichst allen Krankenkassen zusammenarbeitet. Außerdem brauchen wir eine einheitliche Datenbasis für die Therapieentscheidung und die elektronische Patientenakte muss flächendeckend genutzt werden. Hier steckt ein großes Potenzial, die Gesundheit der Menschen zu verbessern.

Oliver Gröne: Es wäre sinnvoll, wenn die Algorithmisierung von klinischen Leitlinien weiterhin zentral angetrieben wird, wie dies auch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften bereits erkannt. Dies ist wichtig, um die Inhalte der Leitlinien leichter in digitale klinische Entscheidungsunterstützungssysteme zu übertragen.

Was sind die nächsten Schritte im Gesunden Werra-Meißner Kreis?

Fritz Arndt: Zurzeit fließt noch viel Arbeit der Konsortialpartner in die Entwicklung der digitalen Plattform. Parallel bereiten wir mit den Partnern in der Region die Umsetzung vor. Dazu gehören die Prüfung der

datenschutzrechtlichen Grundlagen, die Etablierung einer regionalen IT-Serverstruktur und nicht zuletzt viel Arbeit, um den Partnern in der Region den Nutzen des Projektes zu kommunizieren und somit die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rekrutierung von Ärzten, Pflegeern und Patienten zu schaffen.

Aus Politik und Verbänden

Veranstaltungsbericht: Von „volume“ zu „value“ – auf den konkreten Nutzen für Patienten kommt es an!



Vertreter aus Politik, Praxis & Wissenschaft haben in Berlin gemeinsam einen Blick auf die Frage geworfen, wie wir das Gesundheitssystem in dieser Legislatur stärker auf Ergebnisorientierung ausrichten können. Foto: OptiMedis

Value-based healthcare, ein nutzenbasiertes Gesundheitssystem – das forderten am 28. Oktober 2021 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin die Teilnehmer der Veranstaltung „Das Ergebnis zählt“. Eingeladen hatten die B. Braun Stiftung und die OptiMedis AG. Im Anschluss veröffentlichten sie gemeinsam mit zahlreichen Experten aus dem Gesundheitswesen den „Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen“ (Details dazu unter www.optimedis.de/berlineraufruf).

Diskrepanz zwischen Input und Outcome im Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitssystem gilt weltweit als eines der besseren. Tatsächlich bescheinigt die OECD der Bundesrepublik in ihrem jüngsten Report „Health at a Glance“ eine hohe Versorgungsdichte: Auf 1.000 Einwohner kommen 4,3 Ärzte (Platz 5) und 13 Pflegekräfte (Platz 5 bzw. Platz 2 in der Europäischen Union). Bei den Krankenhausbetten ist Deutschland mit 8 auf 1.000 sogar Spitzenreiter. Doch, obwohl Deutschland 11,7 Prozent seines Bruttoinlandsproduktes ins Gesundheitssystem steckt – nur die USA und die Schweiz geben noch mehr aus –, belegt es bei der Lebenserwartung mit 81 Jahren nur den 17. Platz und ist damit EU-Durchschnitt. Zudem werden die Menschen in Deutschland kränker alt als beispielsweise in Schweden: 65 Jahre alte Frauen haben im Schnitt 12,2 Jahre ohne gesundheitliche Einschränkungen vor sich. Gleichaltrige Schwedinnen können sich über weitere 15,8 gesunde Jahre freuen. Bei Männern sieht es ganz ähnlich aus. Darüber hinaus ist bei einigen Krankheiten, etwa bei Diabetes-Typ-2 oder der Koronaren Herzkrankheit, die Sterblichkeit in Deutschland höher als anderswo.

Die Gründe für die Diskrepanz zwischen Input und Outcome des Gesundheitswesens waren bei der Plenumsveranstaltung von der B. Braun-Stiftung und OptiMedis am 28. Oktober 2021 schnell ausgemacht: Zum einen setzten die Vergütungsstrukturen falsche Anreize, indem sie sich an den Fallzahlen erbrachter

medizinischer Leistungen ausrichten, statt an der jeweils erzielten Ergebnisqualität. Zum anderen würden die Potenziale der Digitalisierung nicht ausgeschöpft. Zwar lägen Versorgungsdaten in ausreichender Menge vor, doch weder könne auf sie zugegriffen werden noch würden sie in die Qualitätsbewertung medizinischer Leistungen ausreichend einfließen.

Neue Wege einschlagen

„Solange wir Anreize setzen, die sich an der Menge orientieren, laufen wir in die falsche Richtung“, stellte Dr. h.c. Helmut Hildebrandt fest, Vorstandsvorsitzender von OptiMedis. Angesichts des demografischen Wandels sei mit einer völlig neuen Morbiditäts- und Belastungsstruktur zu rechnen. Reformen müssten sich vor allem am Nutzen für Patienten orientieren, betonte Professor Dr. Alexander Schachtrupp, Geschäftsführer der B. Braun-Stiftung. „Gemeinsam wollen wir erreichen, dass alle Akteure im Gesundheitswesen inklusive der Kostenträger diesen Nutzen auch nachweisen müssen.“ Es müssten Indikatoren entwickelt werden, die für die Patienten relevante und möglichst aggregierte Outcomes widerspiegeln, ergänzte Schachtrupp. Außerdem sollten auch die Betroffenen selbst ihre Erfahrungen und Präferenzen in einer national standardisierten Form einbringen können.

Von „Volume“ zu „Value“

Namhafte Experten untermauerten die Forderung nach mehr Patientennutzen mit Hintergründen und Fakten. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin, legte dar, wie Deutschland weg vom „Volume“ im Gesundheitswesen hin zu mehr „Value“ kommen könnte ...

[Weiterlesen – hier kommen Sie zum ausführlichen Bericht zu der Tagung, den einzelnen Workshops und den Präsentationen der Referenten!](#)

„Das Ergebnis zählt“: Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen



Auch weitere Unterstützer können den Aufruf unterzeichnen. Grafik: OptiMedis

Mit dem "Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen" haben sich die B. Braun-Stiftung, OptiMedis sowie weitere Experten aus dem Gesundheitswesen an die Politik gewandt. Sie fordern eine sehr viel stärkere Fokussierung auf die Messung und Bewertung von Leistungen hinsichtlich ihres Nutzens für die Bevölkerung. Der Aufruf wurde bei der Veranstaltung „Das Ergebnis zählt“ am 28. Oktober 2021 im Berliner Langenbeck-Virchow-Haus verabschiedet. Auch andere Akteure haben die Möglichkeit, sich dem Berliner Aufruf anzuschließen. Unter www.optimedis.de/berlineraufruf gibt es eine Liste der Unterzeichnenden, die laufend aktualisiert wird.

Der Nutzen für Patienten muss nachgewiesen werden

Prof. Dr. Alexander Schachtrupp, Geschäftsführer der B. Braun-Stiftung betonte: „Was im Gesundheitswesen zählt, ist doch das Ergebnis der Interventionen, also der Nutzen für den Patienten. Gemeinsam wollen wir daher erreichen, dass alle Akteure im Gesundheitswesen inklusive der Kostenträger diesen Nutzen auch nachweisen müssen.“ Es müssten Indikatoren entwickelt werden, die für den Patienten relevante und möglichst aggregierte Outcomes widerspiegeln, ergänzte Schachtrupp. Außerdem sollten auch die Patienten selbst ihre Erfahrungen und Präferenzen in einer national standardisierten Form einbringen können.

„Auf Grundlage dieser Daten können die knappen Ressourcen viel effizienter eingesetzt werden“, sagte Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender von OptiMedis. „Und nur so haben die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem den Anreiz, noch stärker für den Patientennutzen zusammenzuarbeiten und Prävention und Gesundheitsförderung zu fördern. Gleichzeitig werden durch eine Vergleichbarkeit und durch transparente Anforderungen auch die Grundlagen für langfristige und substanzielle Investitionen in Innovationen gegeben.“

Zusammenschluss für ein zukunftsicheres Gesundheitswesen

Die Unterzeichnenden des Aufrufs gehen davon aus, dass diese Ausrichtung einen entscheidenden Beitrag dazu leisten wird, das Gesundheitswesen für die nächsten Jahrzehnte patientenzentrierter, finanzierbar, solidarisch und offen für Innovationen zu halten. Sie werden sich in ihren Organisationen dafür einsetzen.

Alle Informationen zum Berliner Aufruf finden Sie unter www.optimedis.de/berlineraufruf.

Buchvorstellung: Die Zukunft ist regional, vernetzt und patientenorientiert

Wie wird integrierte, nachhaltige Gesundheitsversorgung – von zahlreichen Experten und Politikern schon lange gefordert – endlich Realität? Wie kann die Kooperation über alle Behandelnden und Berufsgruppen hinweg zugunsten von Patientinnen und Patienten verbessert werden? Und wie lassen sich die finanziellen Herausforderungen der nächsten Jahre besser in den Griff bekommen? Um diese Fragen, die die Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode bestimmen werden, geht es in dem gerade erschienenen Herausgeberband „Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert“.

Das umsetzungsorientierte Werk, das am 1. September 2021 bei einer Online-Veranstaltung vorgestellt wurde, bündelt die Diskussion rund um die Perspektiven der Gesundheitsversorgung für alle, die sich auf den Weg zu einer Neugestaltung machen. Viele namhafte Autorinnen und Autoren haben ihre Expertise beigesteuert – aus den Bereichen Wissenschaft, angewandte Medizin, Pflege, Pharmazie, Krankenkassen, Patientensicherheit, Gesundheitskompetenz, E-Health und Digitalisierung.

Hildebrandt/Stuppardt (Hrsg.)

Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert



Coverbild "Zukunft Gesundheit". Foto: medhochzwei Verlag

Es fehlt an Integrations-, Kooperations- und Vernetzungsstringenz

„Schon lange ist klar, dass wir uns eine auf Sektoren fokussierte Versorgung nicht mehr leisten können“, sagt Rolf Stuppardt, einer der Herausgeber des Buches. „Erfolgreiche gesundheitliche Versorgung hat sich konsequent und durchlässig am Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten, nicht an dem der Organisationen, Institutionen und Einrichtungen. Noch fehlt es an Integrations-, Kooperations- und Vernetzungsstringenz, das wollen wir mit unseren Vorschlägen ändern.“

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, ebenfalls Herausgeber des Buches und Vorstand von OptiMedis, einem Unternehmen für Management, Analytik und Forschung im Gesundheitswesen, sieht gute Chancen, die Gesundheitsversorgung grundlegend umzugestalten: „Viele Entscheiderinnen und Entscheider im Gesundheitswesen sind überzeugt davon, dass wir eine neue Form der Regelversorgung brauchen, die vernetzt, patienten- und ergebnisorientiert ist. Sie fordern ein starkes politisches Signal in Richtung einer Regionalisierung von Gesundheitsentwicklung und -verantwortung, wie es auch Bündnis 90/Die Grünen in ihrem Wahlprogramm haben. In unserem Buch liefern wir Ideen und Konzepte, wie diese Forderungen umgesetzt werden können.“

„Ein Paradigmenwechsel, der Schlüssel zu integrierten Versorgungslösungen sein kann“

Birgit Fischer, Staatsministerin a.D., ehemalige Vorstandsvorsitzende der BARMER und ehemalige Hauptgeschäftsführerin des vfa, sagte bei der Vorstellung des Buches: „Expertinnen und Experten aus allen Praxisbereichen geben reflektiert und zukunftsgerichtet Hinweise, um Entwicklungschancen in unserem Gesundheitssystem für eine stärkere Patientenorientierung, größere Berufszufriedenheit und besser Versorgungsqualität aufzuzeigen. Dabei werden die Lösungswege übereinstimmend, trotz unterschiedlicher Sichtweisen, mit einer stärkeren Verantwortung der Regionen für Gesundheit verknüpft, um individuelle und passgenaue Lösungen zu organisieren. Ein Paradigmenwechsel, der endlich der Schlüssel zu integrierten Versorgungslösungen sein kann. Aus Fischers Sicht ist das Buch „ein MUSS für Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitiker sowie Praktikerinnen und Praktiker, die in der neuen Legislaturperiode etwas bewegen wollen.“

Dr. Hans-Albert Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, betonte bei der Buchvorstellung, die Patientenorientierung sei seit jeher ein bedeutender Teil des ärztlichen Handelns. „Um die Qualität der Patientenversorgung zu steigern, haben sich Ärztinnen und Ärzten in zahlreichen Versorgungsnetzwerken zusammengesetzt. Hierbei ist besonders der regionale Aspekt zu beachten. Leider ist der politische Wille, solche Netzstrukturen in Regelversorgung zu überführen, nicht so stark ausgeprägt wie es wünschenswert wäre.“

Gerade für den Einstieg in die notwendige politische Diskussion gibt das Buch aus Sicht von Gehle einen wichtigen und notwendigen Impuls. Es liefere zahlreiche Denkanstöße, auch wenn die Ärzteschaft in manchen angesprochenen Punkten anderer Meinung sei. Gehle betonte: „Alle wichtigen Punkte sind in dem Werk aufgegriffen und so kann das Buch eine bedeutende Diskussionsgrundlage in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung sein.“

[Zusammenfassung einzelner Autoren-Beiträge als PDF-Datei](#)

[Inhaltsverzeichnis zum Buch](#)

[Das Buch „Zukunft Gesundheit“ können Sie hier bestellen!](#)

[Link zur Aufzeichnung der Buchvorstellung](#)

Dr. Gottfried Roller: „Wir brauchen ein Versorgungsmodell, das regional angepasst wird“

Dr. Gottfried Roller ist seit 2002 im öffentlichen Gesundheitsdienst aktiv und leitet seit Februar 2021 das Landesgesundheitsamt in Baden-Württemberg. Seine Rückkehr auf die Landesebene – er hatte zwischen 2004 und 2006 bereits mehrere Jahre im Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gearbeitet – betrachtet der Tübinger Arzt voller Motivation: „Nach 12 Jahren in einem wunderschönen Landkreis Reutlingen unter Leitung eines herausragenden Landrats Thomas Reumann und tollen Gestaltungsmöglichkeiten u.a. auch bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen gibt es jetzt neue und andere Baustellen zu bewältigen. Durch personelle Aufstockung im Rahmen des Pakts für den ÖGD haben wir die Möglichkeit nachhaltig den Öffentlichen Gesundheitsdienst zukunftsorientiert aufzustellen und damit auch Prävention und Gesundheitsförderung strukturell zu verankern und an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mitzuwirken.“ Im Interview mit Jonah Grütters, Dualer Student im Bereich Research & Innovation bei OptiMedis, konkretisiert er seine Pläne und stellt klar, was in der Zukunft passieren muss.



Dr. Gottfried Roller. Foto: M. Fuchs, Remseck

Herr Dr. Roller, erstmal etwas Grundlegendes vorab: welche Funktion hat ein Gesundheitsamt im Bereich der medizinischen Versorgung?

Bei uns in Baden-Württemberg übernehmen die Gesundheitsämter die Aufgabe der Gesundheitsplanung. Auch die Geschäftsstellen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen sind in fast allen Stadt- und Landkreisen bei den Gesundheitsämtern verortet. In einigen Kommunalen Gesundheitskonferenzen werden auch Versorgungsthemen behandelt. Dabei wird Gesundheitsversorgung in einem Stadt- oder Landkreis qualitativ und quantitativ analysiert und bei der darauffolgenden Interpretation wird Rücksicht auf die lokalen Gegebenheiten und die subjektiven Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger genommen. Am Ende ist aber immer die Bedarfsorientierung und nicht die subjektiven Bedürfnisse entscheidend. Darüber hinaus sollte jedes Gesundheitsamt an der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mitwirken. Denn Gesundheit ist Daseinsvorsorge und damit auch ein wichtiger Standortfaktor.

Wichtig ist: Die Gesundheitsämter sind Akteure, die keine Individualinteressen haben. Das populationsbezogene Denken steht daher immer im Vordergrund. Dies kommt auch bei den kommunalen Gesundheitskonferenzen zu tragen, die nach einer gesetzlichen Vorgabe in Baden-Württemberg in jedem Stadt- und Landkreis etabliert wurden. Hier sitzt nicht nur die „klassische“ Medizin, sondern auch viele andere Akteure mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst an einem Tisch und diskutiert u.a. auch über die Gesundheitsversorgung vor Ort.

Wie könnten die Gesundheitsämter eine integrierte, regionale Versorgung, z. B. nach dem Modell Gesundes Kinzigtal oder Gesunder Werra-Meißner-Kreis, unterstützen?

Durch das regionale Knowledge ist das Gesundheitsamt vor Ort ein wichtiger Partner – auch für integrierte Versorgung. Dabei profitiert eine Region vor allem dadurch, dass der öffentliche Gesundheitsdienst ein Akteur ist, der sich mit den politischen Rahmenbedingungen durch den Bund am auskennt und dies auch bei der

Umsetzung vor Ort berücksichtigen kann. Gesundheit wird zwar meist auf Bundes- und Landesebene entschieden, die Versorgung findet aber vor Ort statt. Disparitäten in der Gesundheitsversorgung vor Ort werden schließlich auch immer zunächst an die Verantwortlichen in Stadt- und Landkreis herangetragen. Wenn der Kittel bei der hausärztlichen Versorgung brennt, sind Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, Landrätinnen und Landräte und der Öffentliche Gesundheitsdienst gefragt. Der Bürgerin oder dem Bürger ist es egal, wer welche Zuständigkeiten hat. Entscheidend ist: Die Gesundheitsversorgung muss bürgernah weiterentwickelt werden.

Während meiner Arbeit in Reutlingen konnte ich feststellen, dass es keinen Akteur gab, der einen kompletten Überblick über die Gesundheitsversorgung in der Region (inkl. deren Probleme) hatte. Hier hat das Gesundheitsamt durch die Interaktion mit vielen verschiedenen Playern einen Vorteil und kann aus einer Art Helikopterperspektive heraus sich diesen Überblick verschaffen. Dadurch ist es für den ÖGD auch am einfachsten darzustellen, wie die Versorgungssituation aussieht. Auf dieser Basis lässt sich die Gesundheitsversorgung mit allen relevanten Partnern zukunftsorientiert ausrichten. Dafür muss sich der ÖGD aber weiterentwickeln und kreativ werden!

Welches Interesse hat der ÖGD an Integrierter Versorgung?

Unsere gemeinsame Schnittstelle ist die verbesserte gesundheitliche Versorgung, die man ganzheitlich betrachten muss. Denn zur gesundheitlichen Versorgung gehören für mich neben der klassischen Versorgung ebenso Prävention und Gesundheitsförderung, Pflege, Rehabilitation u.v.m. Regionen mit Integrierter Versorgung haben das verstanden und bieten somit versorgungstechnisch eine Verbesserung gegenüber den bestehenden Systemen an. In einer solchen Umgebung ist es für den ÖGD natürlich viel leichter, präventive Konzepte „nebenbei“ strukturell zu etablieren. Und gerade die aktuelle COVID-19-Pandemie zeigt, wie wichtig eine sektorenübergreifende und vernetzte Versorgung ist.

Was spricht für die regionalisierte Versorgung?

Ein populationsorientierter Ansatz ist hier entscheidend. Durch diesen erreiche ich nicht nur einige Versicherte, sondern kann die Gesundheitslage der ganzen regionalen Bevölkerung verbessern. Hier können dann präventive und ökonomische Konzepte durch ein vereinfachtes Management deutlich schneller als bisher etabliert werden. Darüber hinaus können so auch Menschen, die durch das soziale Netz fallen, noch besser aufgefangen werden. Nicht zuletzt ermöglicht eine regionale Versorgung eine bessere Partizipation der Kommunen und der Bürgerinnen und Bürger, nach dem Motto „Wo steht ihr und wo soll es hingehen?“. Hier könnte ich mir vorstellen, dass das wiederum zu einer höheren Identifikation mit neu geschaffenen Strukturen führt. Wichtig ist jedoch, dass Partizipation tatsächlich stattfindet. Und das Wichtigste ist, dass es kein Einheitsmodell gibt, sondern angepasste Modelle für jede Region.

Und wer sorgt für eine Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes?

Zum einen braucht es klare und nachhaltige Impulse aus der Politik. Auch wenn durch die Pandemie die Gesundheitsämter in den Fokus der medialen Berichterstattung gelangt sind, darf der Gesundheitsschutz nicht ihre alleinige Daseinsberechtigung sein. Hier wünsche ich mir klare, weitreichende Rahmenbedingungen, um vor Ort Veränderungen bewirken zu können. Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss meiner Meinung nach eine stärkere Rolle bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen spielen. Gesundheit ist

Daseinsvorsorge und darf ebenso wenig wie Bildung rein ökonomisch betrachtet. Zur Stärkung der Primärversorgung braucht es einen vernetzenden Partner und da bietet sich der ÖGD idealerweise an. Dies bedeutet aber auch mehr Machtbefugnisse, um in der Zukunft Dinge noch stärker verändern zu können.

Wer Versorgung verbessern will, braucht Daten. Dies stellt die die Gesundheitsämter aber vor Probleme, wie Dr. Frank Renken in einem Interview mit OptiMedis berichtete. Wie kommen Sie an die notwendigen Daten?

Wir müssen den Datenschutz neu denken und im Vordergrund muss auch stehen, wie wir Datenpotenziale nutzen können. Es muss eine engere Kooperation beim Datenaustausch zwischen ÖGD und anderen Akteuren wie KV, Sozialversicherungsträger etc. geben. Als wir im Landkreis Reutlingen die hausärztliche Versorgung bereits im Jahr 2010 analysieren wollen, hat uns der Datenschutz einen Strich durch die Rechnung gemacht. Die Daten erhielten wir von der KV aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht, weil anhand der kleinräumigen Datenauswertung Rückschlüsse auf einzelne Ärzte und Gemeinden möglich waren. Daraufhin haben wir alle Hausärztinnen und Hausärzte im Rahmen eines Telefoninterviews befragt (u.a. nach ihrem Alter, geplanter Abgabe der Praxis, Nachfolgeregelung u.v.m.). Faszinierend war: alle haben mitgemacht. Das war ein unheimlicher Aufwand, der sich aber am Ende gelohnt hat. Diese Datenerhebung war Grundlage für unsere Versorgungsplanung und so sind auch die ersten Gesundheitszentren im Landkreis Reutlingen entstanden.

In einem anderen Modellprojekt (zur sektorenübergreifenden Versorgung) haben die Gesundheitsämter mit universitären Partnern mit Förderung des Sozialministeriums zwischen 2016 und 2018 neue Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung entwickelt. Die Landkreise Reutlingen, Biberach und Ravensburg bildeten die Modellregion Südwürttemberg und erarbeiteten über die Kreisgrenzen hinweg Lösungen für eine sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Im Rahmen dieses Projekts wurden von den Sozialversicherungsträgern und der KV Daten zur Verfügung gestellt, die Basis dieses Projekts waren.

Abschließend möchte ich noch festhalten, dass man vor allem im öffentlichen Gesundheitsdienst oft einen langen Atem braucht. In vielen Sachen haben wir klein angefangen und Pionierarbeit leisten müssten. Der Erfolg am Beispiel des Landkreises Reutlingen gibt uns aber recht. Wir sind auf dem Weg zu einer Primärversorgungsregion und wollen dabei nicht nur die Gesundheitszentren, sondern alle anderen ambulanten Akteure einbinden und mit dem stationären Bereich vernetzen. Sektorenübergreifende Versorgung soll gelebt werden und damit eine Versorgung aus einem Guss.

Dr. Kloepfer: „Ambulante Kompetenzen und Potenziale bitte nicht vergessen“ – ein Diskussionsbeitrag

Bei einigen jetzt veröffentlichten Positionspapieren wird zu sehr von einem Bereich (dem stationären) in den anderen (ambulanten) hineingedacht, meint Dr. Albrecht Kloepfer vom Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung (iX).

Die Positionspapiere häufen sich, in denen eine grundsätzliche Neuordnung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen an der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär gefordert wird. Tatsächlich steht dieser Punkt buchstäblich seit Jahrzehnten auf der politischen Agenda – durchschlagende Erfolge waren den bisherigen Modellen allerdings nicht beschieden, denn sie versuchten mit kleinteiligen Ausnahmeregelungen ein grundsätzliches Problem in den Griff zu bekommen. Entweder wettbewerblich durch Selektivverträge (vor allem §140a SGB V) oder durch eher exotische Versorgungsfelder auf der Grundlage von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§116b beispielsweise).

Die neuen Ansätze und Papiere versuchen eher, ambulant und stationär durch einen intermediären Bereich der gemeinsamen Leistungserbringung zu verbinden, der dann als Teil der Regelversorgung für alle Beteiligten (Leistungserbringer wie Kostenträger) Gültigkeit hat. Diese Idee ist grundsätzlich richtig und wurde auch an dieser Stelle – Stichwort „Hybridversorgung“ – schon häufiger in Ansätzen skizziert und zur weiteren Bearbeitung als Modell empfohlen. Allerdings fällt bei den jetzigen Papieren auf, dass sie zu weiten Teilen nur von einem Bereich (dem stationären) in den anderen (ambulanten) hineingedacht werden: In der Regel – so auch im Parteiprogramm der SPD – sollen nämlich die Krankenhäuser befähigt werden, auch ambulante Leistungen zu erbringen und über EBM abrechnen zu können. Kaum in Erwägung gezogen wird dagegen die Möglichkeit, dass verstärkt auch die Vertragsärzteschaft Modelle entwickeln könnte und sollte, entweder stationäre Leistungen zu ersetzen oder auch selbst stationäre Leistungen anzubieten. Solche Überlegungen scheinen bei den Autoren der aktuellen Positionspapiere kaum Resonanz zu finden.

Gemeinsame Organisationseinheiten von ambulant und stationär

Warum eigentlich nicht? Es ist nicht nur denkbar, sondern wird bereits praktiziert, dass große vertragsärztlich geführte Versorgungseinheiten in belegärztlicher Verantwortung ganze Krankenhausabteilungen übernehmen und medizinisch-wirtschaftlich leiten. Warum auch nicht? Aus dem Belegarztwesen ist schließlich die gesamte Genese der Krankenhäuser erwachsen, die ja zu Beginn ihrer Historie in der Regel rein pflegerische Einrichtungen gewesen sind. Dass eine große, unternehmerisch geführte vertragsärztliche Praxis mit ihrem Team also eine stationäre fachärztliche Krankenhausabteilung abdecken kann, sollte nicht verwundern – und wird, wie gesagt, auch schon praktiziert. Aber auch eine andere Möglichkeit ist denkbar: Warum sollte nicht ein potentes regionales Arztnetz in seinen Besitz ein Krankenhaus übernehmen und fachlich-wirtschaftlich führen? Oder warum gründen nicht Arztnetz und Krankenhaus eine gemeinsame Organisationseinheit (beispielsweise als GmbH) und teilen sich die ambulant-stationäre Versorgungsverantwortung? Auch hierfür gibt



Dr. Albrecht Kloepfer vom Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung. Foto: privat

es bereits Beispiele. Es ist also schlicht töricht, die ambulanten Kompetenzen und Potentiale bei der Entwicklung intermediärer Versorgungsmodelle bzw. Hybridversorgungsansätzen einfach zu „vergessen“.

Eines ist dafür aber auch klar: Die Vertragsärzte müssen ihre Grundhaltung zur Investitionsfinanzierung und zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit der Einzelpraxis grundlegend überdenken. Denn die stationäre „Konkurrenz“ entwickelt ihre Modelle natürlich auf genau diesem grundsätzlich anderen Fundament. Erst also, wenn vertragsärztlich neu gedacht wird, kann auch mit Recht (und dann bitte vehement) eine auch vertragsärztlich geführte Neuorganisation der Leistungserbringung an der Sektorengrenze gefordert und in die Diskussion eingebracht werden. Es wird höchste Zeit, dass KVen und unternehmerisch denkende Vertragsärzte hier gemeinsam den Aufbruch organisieren – sonst ist es zu spät!

Der Text stammt aus den iX-Highlights vom 11. Oktober 2021 (www.ix-media.de).

Internationales

Deutschsprachige Gemeinschaft Belgien setzt auf populationsorientierte Versorgung



*Dr. Manfred Zahorka, Dr. Eva Catalá-Lehnen, Gesundheitsminister Antonios Antoniadis, Dr. Oliver Gröne, Dr. Stephan Förster und Guillaume Paquay (v.l.n.r.).
Foto: OptiMedis*

Wie ist die Umsetzung einer nachhaltigen, populationsorientierten integrierten Versorgung für die deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens möglich? Zu dieser Frage erarbeitet OptiMedis eine Machbarkeitsstudie im Auftrag der belgischen Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben (DSL). Neben einer regionalen Versorgungsanalyse soll auch die Bereitschaft der relevanten Kostenträger, der lokalen Gesundheitsakteure sowie der Lokalpolitik für das Versorgungsmodell ermittelt werden.

Darauf aufbauend soll ein Konzept für die Gründung einer Managementgesellschaft der Integrierten Versorgung mitsamt eines initialen Businessplans zur Umsetzung ausgearbeitet werden. Ziel ist es, erste Ergebnisse schon im Dezember 2021 zu präsentieren und die Grundlagen für einen langfristigen Versorgungsansatz zu schaffen. Ein Treffen mit den Partnern der DSL, Dr. Stephan Förster und Guillaume Paquay, dem Gesundheitsminister Ostbelgiens, Antonios Antoniadis, und Vertretern der Krankenkassen fand im September in Eupen statt.

Schweiz: Auf dem Weg zu einem regionalen Gesundheits-Ökosystem

OptiMedis und das inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung unterstützen seit einiger Zeit gemeinsam die Schweizer Krankenversicherung SWICA bei der Entwicklung eines zukunftsfähigen, populationsorientierten Versorgungsmodells. Nach einer Literaturrecherche, einer Best Practice-Auswertung und Stakeholder-Interviews wurde ein „Big Picture“ für die mögliche Umsetzung von value-basierten Versorgungskonzepten in der Schweiz skizziert. Zusammen mit zentralen Stakeholdern einer gemeinsam ausgewählten Region wurde in einem Businessplan das „Big Picture“ für ein mögliches Gesundheits-Ökosystem skizziert und konkretisiert. Auf Basis der vorhandenen regionalen Versorgungsdaten der Krankenversicherung wurden Potenzialanalysen durchgeführt und als Grundlage für die Definition erster integrierter Versorgungsprodukte genutzt. Darüber hinaus wurden mögliche Finanzierungsansätze entwickelt sowie die Governance- und Organisationsstrukturen für eine pilothafte Umsetzung mit ausgewählten Leistungspartnern konzipiert.

Erkenntnisse aus Best Practice-Analyse für innovative Versorgungsmodelle

In der Schweiz gibt es bereits umfangreiche Erfahrungen mit neuen Steuerungs- und Finanzierungsformen, einerseits zusammen mit Gruppierungen im Bereich der niedergelassenen Ärzte, zum anderen über die Entwicklung unterschiedlicher Tarife mit teilweise auch telemedizinischen Eintrittsformen. Insgesamt haben diese Versuche allerdings noch nicht zu einer umfassenden sektorenübergreifenden, regionalen Leistungskoordination und -erbringung geführt, die internationalen Erfahrungen gerecht wird und auch die Gesunderhaltung einer Population belohnt.

Die Erkenntnisse aus der Best Practices-Analyse sind für SWICA – genauso wie für andere Akteure bei der Entwicklung eines innovativen Versorgungsmodells – relevant. Hier ein kleiner Auszug:

1. Neue Versorgungssysteme müssen in Einklang mit den heutigen Ansprüchen der Gesundheitsakteure an eine unternehmerische Tätigkeit und die Work-Life-Balance gebracht werden. Die Vergütung sollte daher vermehrt den Nutzen anstatt Leistungsmenge honorieren.
2. Die Veränderungen hin zu einer Integrierten Versorgung sind ausgesprochen komplex. Daher müssen sich die Modelle und ihre Governance-Strukturen auf größere Populationskollektive beziehen, eine Vielzahl von Berufsgruppen mit ihren teils gegenläufigen Interessen einbeziehen und dadurch ausreichend robust sein, Auseinandersetzungen auszuhalten.
3. In überwiegend privat organisierten Gesundheitssystemen entwickeln sich häufiger regionale „Healthcare Ecosystems“, die entweder auf der Ebene einiger Berufsgruppen und Indikationen oder über ganze Populationen und ihre Erkrankungen hinweg Vertragspartner für Kostenträger werden. Es erscheint sinnvoll, einen Teil der regionalen Leistungserbringer in die Governance-Gremien – Strukturen einzubinden.
4. Die Beispiele zeigen, dass derartige regionale „Healthcare Ecosystems“ mit Populationsgrößen zwischen 20.000 und 200.000 experimentieren. Sinnvoll erscheint es, einen möglichst großen Anteil an der Gesamtbevölkerung der ausgewählten Region einzuschließen, da es auch für die teilnehmenden lokalen Gesundheitsakteure wichtig ist, einen möglichst großen Anteil ihrer Patienten im Rahmen des neuen integrierten Versorgungsansatzes zu betreuen, damit die Prozesse effektiv und nachhaltig umgesetzt werden können.
5. Digitale Innovationen wie etwa die Einführung von Telemedizin oder einer übergreifenden Patientenakte sind in vielen Best Practices Grundlage für die Umsetzung effizienterer Versorgungspfade. Sie

unterstützen bei der gemeinsamen Festlegung von Standards und Leitlinien für die Kommunikation und Zusammenarbeit der Akteure.

6. Alle betrachteten Best Practices setzen vermehrt auf Prävention, d. h. auf eine frühzeitigere Intervention im ambulanten Kontext, insbesondere, um die Patientenzufriedenheit zu erhöhen, aber auch um kostenaufwändigere Krankenhausbehandlungen einzusparen. Die intelligente Nutzung von Versorgungsdaten und die Risikostratifizierung der Population ermöglichen die Identifizierung der relevanten Risikogruppen und somit eine frühzeitigere und zielgenauere Ansprache der betroffenen Populationen. Berufsübergreifende Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen wie auch die stärkere Verzahnung von Gesundheit und Sozialsystem nehmen dabei auch eine wichtige Rolle ein.

Neues von OptiMedis

Expansionsstrategie: Weiteres Investment ermöglicht Skalierung innovativer Gesundheitsversorgung

OptiMedis hat mit einer Wandelanleihe erneut einen hohen sechsstelligen Betrag erhalten und wird nun die Aktivitäten im Bereich innovativer Versorgungssysteme und -konzepte weiter ausbauen und das Team erweitern. Geplant ist ein Roll-Out des populationsorientierten OptiMedis-Modells in weiteren Regionen Deutschlands, so u. a. in Bochum-Wattenscheid, in Brandenburg, in Bayern und in der Pfalz sowie in den europäischen Nachbarländern, wie in Ostbelgien. Außerdem wird der Bereich Innovationsförderung erweitert, damit künftig smarte, digitale Lösungen im regionalen Versorgungskontext eine reale Unterstützung werden.

Jochen Herdrich, Partner des Münchener Impact-Investors BonVenture, der an OptiMedis beteiligt ist, betont: „Die Zeit ist reif für den Wandel der fragmentierten, auf Krankheiten ausgerichteten Gesundheitsversorgung von heute hin zu einem echten Gesundheitswesen, in dem Ärzte und Gesundheitsdienstleister zusammen mit der lokalen Bevölkerung Gesundheit generieren und daran gemessen werden.“ Das OptiMedis-Modell verbessere die Gesundheit der Bevölkerung, fördere Prävention und Patientenzufriedenheit und senke nicht zuletzt die Gesundheitskosten. Herdrich: „OptiMedis ist in diesem Feld Marktführer in Deutschland und der nachgewiesene Social Impact überzeugt uns sowohl von der Qualität als auch von der finanziellen Nachhaltigkeit der regionalen Lösungen.“



Jochen Herdrich. Foto: BonVenture

Ziel bleibt die Entwicklung eines nachhaltigen und patientengerechten Gesundheitswesens

Wie sehr das Thema Gesundheit alle Bereiche unserer Gesellschaft, des Zusammenlebens und auch der Wirtschaft bestimmt, hat die Corona-Pandemie den Verantwortlichen zuletzt noch einmal deutlich ins Gedächtnis gerufen: Entscheidungsträger, z. B. von Krankenhausträger-, Kommunen- oder Ärztenetzseite, suchen – ebenso wie die politisch Verantwortlichen – nach überzeugenden Konzepten für eine zukunftsfeste Gesundheitsversorgung.

OptiMedis lebt in den regionalen Netzwerken wie Gesundes Kinzigtal, Gesunder Werra-Meißner-Kreis oder Gesunder Schwalm-Eder-Kreis bereits vor, wie es funktionieren kann – und bringt sich mit seinem Know-how in die politische Diskussion ein. „Wir wünschen uns in dieser Legislatur endlich den Wandel in Richtung sektorverbindendes, patientenorientiertes Gesundheitswesen und setzen uns tagtäglich dafür ein“, betont Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender von OptiMedis. Wie die Zukunft der Gesundheit aussehen soll, hat er zuletzt gemeinsam mit vielen renommierten Experten in einem Konzept zusammengetragen, das schon viel Anstoß für spannende Diskussionen gegeben hat, und das im August in Form des Herausgeberbandes „Zukunft Gesundheit“ im medhochzwei Verlag publiziert wurde. Mehr dazu lesen Sie im [Artikel „Buchvorstellung: Die Zukunft ist regional, vernetzt und patientenorientiert“](#) weiter oben.

Extrainfo: Impact Investing

„Unter Impact Investing (dt. Wirkungsorientiertes Investieren) versteht man Investitionen in Unternehmen, Organisationen und Fonds, mit der gezielten Absicht, neben einer positiven finanziellen Rendite messbare, positive Auswirkungen auf die Umwelt oder die Gesellschaft zu erzielen. Die soziale bzw. ökologische Wirkung ist Teil der Investmentstrategie und wird gemessen. Damit unterscheidet sich Impact Investing sowohl von klassischen, rein renditegetriebenen Anlagen als auch von Spenden, d.h. Impact Investing schließt die Lücke zwischen renditeorientierten Investitionen und Spenden für soziale Zwecke. Der entscheidende Unterschied zum Social Responsible Investing sind die explizite Festlegung von Wirkungszielen und die Messung der Wirkung des Investments.“ (Quelle: Gabler Wirtschaftslexikon 2021, abrufbar unter <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/impact-investing-120058>).

Helmut Hildebrandt im Beirat von Health.AI!

OptiMedis-Vorstand Helmut Hildebrandt ist neu im Beirat von Health.AI!, einem Zusammenschluss vieler Innovationsakteure entlang der Saar, der sich zum Ziel gesetzt hat, als multidisziplinäres Partnernetzwerk den bereits begonnenen regionalen Strukturwandelprozess zu verstärken und zu beschleunigen. Als eines von 44 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderprogramms „WIR! - Wandel durch Innovation in der Region“ finanzierten Innovationsbündnisse verbindet Health.AI die beiden Innovationsfelder „Gesundheit“ und „KI“ in einem regionalen Innovationsnetzwerk.



Abbildung 1 Dr. h.c. Helmut Hildebrandt. Foto: OptiMedis

Gesundheit und Medizin in Health.AI!

Im Gesundheitsbereich können Fehler und Fehlentwicklungen schwerwiegende Folgen für die Gesundheit der Patienten haben. Mit der zunehmenden Einbindung neuer Technologien in die Versorgung führen der oft sensible Charakter der Gesundheitsdaten sowie die Hürden bei der Implementierung, speziell neuer Technologien, mitunter zu großen Verunsicherungen. Health.AI wird den organisatorischen und gestalterischen Rahmen für seine Netzwerkpartner schaffen, um die Chancen der digitalen Gesundheitsanwendungen zu nutzen, bei gleichzeitiger Beachtung aller Risiken und Schwierigkeiten. In Health.AI werden Anwendung mit Technologie sowie Produktidee mit Entwicklungsexpertise zusammengebracht.

Erfolgreiche Abschlussveranstaltung der innovativen BGM-Fortbildungsreihe für Akteure aus Gesundheitseinrichtungen



Innovativ, interaktiv und praxisbezogen – die neue Fortbildung „Auf dem Weg zum nachhaltigen BGM“ für Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen war ein großer Erfolg. In den ersten zwölf Wochen lernten die Teilnehmenden in einer modular aufgebauten theoretischen Fortbildungsphase beispielsweise, welche betrieblichen Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) wichtig sind, wie Beschäftigte zu einem gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil motiviert werden oder worum es beim „Gesunden Führen“ geht. Am 14. und 15. Oktober fand die Abschlussveranstaltung statt, bei der dann erste eigene Projekte vorgestellt und diskutiert wurden.

Entwickelt und umgesetzt wurde die Fortbildungsreihe von der OptiMedis AG und dem Deutschen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e. V. (DNGfK). Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat das Projekt mit seiner BGM-Expertise unterstützt, finanziell gefördert und im Rahmen des Angebotes MEHRWERT:PFLEGE inhaltlich mitbegleitet.

Die Teilnehmer der BGM-Fortbildung bei der Abschlussveranstaltung. Foto: OptiMedis

Professionelle fachliche Unterstützung und Erfahrungsaustausch in der Gruppe

Aufgrund der Covid-19-Pandemie fanden Lehrveranstaltungen ausschließlich digital statt; durch den geplanten Blended Learning-Ansatz bestand dafür mit der von OptiMedis entwickelten eLearning-Plattform eine gute Grundlage. In der zweiten Phase der Fortbildung, der darauffolgenden fünfmonatigen Implementierungsphase, haben die Teilnehmenden eigene Teilprojekte im BGM in ihrer Einrichtung geplant und umgesetzt. Zu den angestoßenen Projekten zählten u. a. die Einführung von Firmensport, die Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation, die Stärkung der Rückengesundheit oder der Strukturaufbau bzw. die Strategieentwicklung für ein systematisches BGM.

Erfahrene Experten und Expertinnen aus dem Bereich BGM standen den Teilnehmenden beratend und unterstützend zur Seite. Monatliche Reflexionstreffen sicherten den gegenseitigen Erfahrungsaustausch und förderten das Lernen durch Peers. Dabei kam die Methode der Quality Improvement



Dr. Oliver Gröne und Prof. Dr. Bernhard Badura (rechts im Bild). Foto: OptiMedis

Collaboratives (QIC) zum Einsatz, eine Methode der Qualitätsverbesserung, bei der sich Organisationen und Initiativen beim Veränderungsprozess gegenseitig unterstützen und motivieren.

BGM ist in Gesundheitseinrichtungen besonders wichtig

Prof. Dr. Bernhard Badura unterstützte das Fortbildungsteam bei der Abschlussveranstaltung mit seiner langjährigen Expertise. Die von ihm präsentierten Forschungsergebnisse betonten die Wichtigkeit eines nachhaltigen BGM für Führung und Mitarbeitende: „Probleme in der Führung und im Team lassen sich mit Geld allein nicht bewältigen, sondern nur durch bedarfsgerechte Projekte zur Organisations- und Personalentwicklung.“

Das Fortbildungsprojekt wird mit Abgabe des Evaluations- und Projektberichtes im Dezember 2021 durch OptiMedis abgeschlossen werden. Die externe Evaluation erfolgt durch das Hamburg Center for Health Economics. Die Ergebnisse werden 2022 erwartet. Auf Basis der Evaluationsergebnisse und der gesammelten Erfahrungen prüfen die Kooperationspartner, ob und in welcher Form das Fortbildungsangebot in Zukunft interessierten Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen angeboten werden kann.

Schlaglichter

Patientenbriefe steigern die Gesundheitskompetenz: Studie empfiehlt Übernahme in die Regelversorgung

Die Gesundheitskompetenz von Patienten lässt sich durch automatisiert erstellte Patientenbriefe signifikant steigern. Das zeigen die Ergebnisse des Forschungsprojekts „Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ der „Was hab' ich?“ gGmbH, zu deren Beirat OptiMedis-Vorstand Dr. h. c. Helmut Hildebrandt gehört. Das Projekt wurde durch den Innovationsfonds der Bundesregierung gefördert, am Herzzentrum Dresden Universitätsklinik durchgeführt und durch die Technische Universität Dresden evaluiert. Jetzt liegt der Evaluationsbericht vor – mit der Empfehlung, automatisiert erstellte Patientenbriefe in die Regelversorgung zu übernehmen.



Grafik: „Was hab' ich?“ gemeinnützige GmbH

Bereits seit 2017 hat das Sozialunternehmen „Was hab' ich?“ an dem Forschungsprojekt zur Wirkung automatisiert erstellter Entlassbriefe gearbeitet, die Patientenbrief-Software entwickelt und tausende leicht verständliche Textbausteine geschrieben. Von Juni 2019 bis Juni 2020 konnte die Software dann produktiv eingesetzt werden, Pati-

enten der Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik erhielten nach ihrem Krankenhausaufenthalt laienverständliche Entlassbriefe. Das Besondere: Die Patientenbriefe wurden nicht vom medizinischen Klinikpersonal geschrieben, sondern mittels der von „Was hab' ich?“ entwickelten Software vollautomatisiert erstellt.

Patientenbriefe können effektiv in das Entlassmanagement integriert werden

Die Wirkung der Patientenbriefe untersuchte der Bereich Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden in einer randomisierten kontrollierten Studie mit 738 Patienten. Die Evaluation belegt, dass sich Patientenbriefe signifikant positiv auf die Gesundheitskompetenz auswirken. Die Studie zeigt außerdem, dass Patientenbriefe von den meisten Patienten ausführlich gelesen (93 %) sowie als verständlich (95 %), informativ (93 %) und hilfreich (93 %) bewertet werden. Die Wissenschaftler der TU Dresden empfehlen daher eine Übernahme von automatisiert erstellten Patientenbriefen in die Regelversorgung.

Gleichzeitig hat das Forschungsprojekt durch den Einsatz der Patientenbriefe an der Pilotklinik den Nachweis erbracht, dass Patientenbriefe effektiv in das Entlassmanagement von Kliniken integriert werden können. Die Patientenbrief-Software setzt die Patientenbriefe individuell auf Basis der in der Klinik vorliegenden Diagnose- und Prozeduren-Codes zusammen. Dafür greift sie auf über 20.000 ärztlich erstellte, qualitätsgeprüfte Textbausteine zu. Durch die Komplett-Automatisierung konnten die verständlichen Entlassbriefe ohne zusätzlichen Zeitaufwand für das medizinische Personal erstellt werden. Damit könnten die Patientenbriefe zukünftig auch im großen Maßstab eingesetzt werden.

[Zum vollständigen Ergebnisbericht](#)

[Weitere Informationen zu Patientenbriefen](#)

Workshop von Hashtag Gesundheit und OptiMedis: Versorgungsforschung zum Anfassen

Versorgungsforschung greifbar machen und gemeinsam neue Ideen entwickeln, das war das Ziel eines Workshops mit Mitgliedern von [Hashtag Gesundheit](#), einem Verein von jungen Berufseinsteigern und Studierenden aus Pflege, Medizin und Ökonomie, deren Ziel es ist, die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten. Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Paula Zietzsch und Jonah Grütters von OptiMedis konnten zeigen, dass die Antwort auf die Frage "Was könnte in der Gesundheitsversorgung besser gemacht werden?" mithilfe von Qualitätsindikatoren konkret und messbar in der Versorgung umgesetzt werden kann. Gemeinsam wurde ein Plakat entwickelt.

Autor: Jonah Grütters

Die (messbare) Zukunft der Gesundheitsversorgung

Gemeinsamer Workshop von OptiMedis & Hashtag Gesundheit

Gemeinsam für eine bessere Zukunft: „Es gibt noch viel zu tun“ ist das Ergebnis des Workshops vom 02.10.21, bei dem 40 Hashtag Gesundheit-Mitglieder neue Ideen für Qualitätsindikatoren in der Versorgung gesammelt haben. Das Entwicklungspotenzial wird bei unterschiedlichen Leistungserbringern gesehen. Unterstützt wurde der Workshop von OptiMedis.

PROZESSINDIKATOREN

Qualitätsaspekt	Qualitätsziele	Qualitätsindikator
Kapazitäten der Intensivstationen (ITS)	Zeitrahe Verlegung nach ITS-Pflichtigkeit	Anzahl Tage (Verweildauern)
Gesundheitskompetenz von Patient*innen	Hohe Nutzung von Präventionsangeboten	Teilnahmerate an Präventions-Angeboten
Datenübermittlung für Reha-Versorgung	Reduktion von Zeit- und Informationsverlust	Vollständigkeit des Datensatzes nach Entlassung in Prozent
Medikation in Pflegeheimen (nach KH-Aufenthalt)	Medikationsfehler reduzieren	Zeit bis aktueller Medikationsplan vorliegt
Terminmanagement in der Arztpraxis	Optimale Praxisauslastung	Terminausfallquote in Prozent

ERGEBNISINDIKATOREN

Qualitätsaspekt	Qualitätsziele	Qualitätsindikator
Gesundheitsförderung nach einer Operation	Verringerung Liegezeit	Anzahl an präoperativen Schulungen
Gesundheitskompetenz bei Patient*innen	Verringerung der Komorbiditätsrate	Anzahl an Diagnosen pro 100 Patient*innen
Evaluation einer Rehabehandlung im Sinne der Lebensqualität	Steigerung der Lebensqualität der Patient*innen	Berechnung von QALY
Prävention der Patient*innen	Impfquote unter Patient*innen erhöhen	Impfquote in Prozent
Zufriedenheit bei Pflegekräften	Steigerung der Zufriedenheit	Net Promoter Score

Kontakt
 OptiMedis AG
 Burchardstraße 17
 20095 Hamburg
 www.optimedis.de
 office@optimedis.de
 Hashtag Gesundheit e.V.
 Wilhelm-Leichum-Str. 49
 63263 Neu-Isenburg
 www.hashtag-gesundheit.de
 info@hashtag-gesundheit.de

Lesetipp

Neustart Gesundheit: Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens



Bernadette Klapper und Irina Cichon präsentieren in ihrem Buch auf 627 Seiten die Ergebnisse der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ und setzen damit Impulse für ein neues Fundament und die Aufgaben der Politik im Gesundheitsbereich. Auch OptiMedis ist mit einem Beitrag in dem Buch vertreten: „Gesundheitsregionen – warum die regionale Verankerung so wichtig ist“ von OptiMedis-Vorstand Dr. h. c. Helmut Hildebrandt.

Eine Leseprobe steht zum Download auf der Webseite der Robert Bosch Stiftung zur Verfügung: [Download PDF-Datei!](#)

Cover "Neustart". Foto: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Die junge Ärztegeneration zeigt Flagge – Vorschläge zu Studium, Weiterbildung und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Dreizehn Medizinstudierende und angehende Ärzte und Gesundheitsmanager aus dem Umkreis der Bundesvertretung der Medizinstudierenden (BVMD) haben sich zusammengetan und Anforderungen und Wünsche der Generation Y an das Krankenhaus, an die Führungskultur, die digitalen Innovationen, die Weiterbildung und das zentrale Thema „Kooperation“ formuliert. Intra- und interprofessionelle Kooperationsbeziehungen werden von ihnen, insbesondere im Beitrag von Tobias Henke und Julian Beier, nicht als lästige Pflichten zusätzlich zur eigentlichen Arbeit am Patienten gesehen, wie dies häufig noch von älteren Vertretern des Berufsstandes interpretiert wird, sondern als Kernbestandteil professioneller Arbeit im Gesundheitswesen.

Vom rein kurativ tätigen Mediziner zum Gesundheitsmanager

Aus der demografischen Entwicklung leiten sie die Notwendigkeit einer Effizienzsteigerung her. „Traditionelle, kooperationsarme Versorgungskonzepte (Einzelarztpraxen, kleine ländliche Krankenhäuser)“ werden von ihnen als „nicht mehr tragfähig“ eingeschätzt, gleichzeitig fordern sie, in die Richtung „Netzwerkmedizin und integrierte Versorgungskonzepte“ zu gehen. Sie sehen dabei eine Veränderung der Rolle des Arztes „weg vom rein kurativ tätigen Mediziner hin zum bevölkerungsmedizinisch tätigen Gesundheitsmanager, der auch stärker präventive Aufgabenstellungen übernimmt“. Folgerichtig sehen sie die Ausübung von Gesundheitsförderung und -beratung „als wichtigen und integralen Bestandteil in einer zukunftsfähigen Primärversorgung“.



Cover "Die junge Ärztegeneration zeigt Flagge". Foto: Kohlhammer Verlag

Durch alle Beiträge des Buches zieht sich eine gemeinsame, optimistische und der Zukunft positiv zugewandte Grundhaltung, sodass es eine Freude ist, das Buch zu lesen. Der Politik wie aber auch den heutigen Manager und Führungskräften ist das Buch dringend zu empfehlen und es macht Hoffnung auf eine zugewandte, kooperationsfreudige und patientenorientierte Medizin inklusive einer vorsorgenden Vermeidung unnötiger Krankheits- und Pflegeereignisse.

Mit Beiträgen von:

Aulenkamp, Jana / Beier, Julian / Chabiera, Peter Jan / Grütters, Jonah / Hellmann, Wolfgang / Henke, Tobias / Kaufmann, Matthias / Krapp, Nicolas / Leikeim, Lisa / Lieder, Pauline / Rall, Marcus / Schmidt, Jeremy / Schmieding, Malte / Schmitz, Lisa / Siech, Carolin

[Werfen Sie einen Blick ins Buch!](#)

Veranstaltungskalender

Vom Pflegeheim ins Krankenhaus – viele Einweisungen sind vermeidbar, aber wie?, 9. Dezember 2021, virtuell

Bei einem Online-Symposium am 9. Dezember 2021 von 16:30-18:00 Uhr stellen die Partner im Innovationsfonds-Projekt „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle“, an dem OptiMedis beteiligt ist, Analysen und Ansätze zur Reduktion von PSK vor.

Datum: 9. Dezember 2021 von 16:30 bis 18 Uhr:

Titel: Vom Pflegeheim ins Krankenhaus – viele Einweisungen sind vermeidbar, aber wie? Analysen und Ansätze zur Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK)

Anmeldung per E-Mail: psk@uni-wh.de

Programm: [Download als PDF-Datei](#)

Wenn Sie am Symposium teilnehmen möchten, melden Sie sich gerne an. Ende November werden wir Ihnen dann den Zoom-Link zuschicken. Wir freuen uns über Ihre Teilnahme!

Weitere Details zum Projekt: www.pflegeheim-sensitive-krankenhausfaelle.de

Zukunft Gesundheit 2022, 16. Februar 2022, Wiesbaden

Session „In Zukunft vernetzt“, 16:30-17:30 Uhr

Thema: Regionale Versorgungsnetzwerke mit Krankenhäusern – ein Modell für nachhaltige Gesundheitsversorgung in Hessen

Moderation: Felix Martin, MdL, Obmann der Fraktion B90/Die Grünen im Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss im Hess. Landtag, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Kreistag Werra-Meißner

Neue Rollen für Krankenhäuser in bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen „Gesundheitsregionen“ – welche Chancen bringt die Neuausrichtung?

Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender OptiMedis Hamburg, Geschäftsführer Gesunder Werra-Meißner Kreis GmbH

Telemonitoring von der Klinik bis nach Hause – Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten und regionaler Gesundheitsgesellschaft am Beispiel COPD

Dr. med. Klaus Schild, Chefarzt Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin, Klinikum Werra-Meißner GmbH

Fritz Arndt, Versorgungsmanager, Gesunder Werra-Meißner Kreis GmbH

Kooperation mit einer regionalen Gesundheitsgesellschaft – Nutzen und Herausforderungen aus Sicht eines Krankenhauses im Werra-Meißner-Kreis

Christoph Rolf Maier, Geschäftsführer Gesundheitsholding Werra-Meißner GmbH

Das Team von OptiMedis ist außerdem mit einem Stand dabei – wir freuen uns über Ihren Besuch! Wenn Sie schon vorab einen Termin mit einem unserer Kollegen vereinbaren möchten, melden Sie sich bitte per E-Mail an kommunikation@optimedis.de.

Weitere Informationen und Anmeldung

[Bitte klicken Sie hier!](#)

Presseschau

Soziale Teilhabe sichern und gesundheitlichen Risiken vorbeugen

nh24.de 06.11.2021

[Link](#)

Gesundheitswirtschaft fordert Dekade des Umbaus

Ärztezeitung, 15.10.2021

[Link](#)

Sollen Kommunen eine stärkere Rolle bei der Gesundheitsversorgung spielen?

Gesundheitsstadt Berlin, 27.09.2021

[Link](#)

Erfolgreiche Expansionsstrategie: OptiMedis erhält weitere Wachstumsfinanzierung

German Health Alliance, 22.07.2021

[Link](#)

OptiMedis erhält weitere Wachstumsfinanzierung

Gesundheitsprofi, 13.07.2021

[Link](#)

Erfolgreiche Expansionsstrategie: OptiMedis erhält weitere Wachstumsfinanzierung

E-HEALTH-COM, 13.07.2021

[Link](#)

Gesundheit regional vernetzen

Transformation Leader, 19.07.2021

[Link](#)

Neues Versorgungspaket für Schwangere im Norden

Ärztezeitung, 16.07.2021

[Link](#)

Sozialinvestor steigt erneut bei OptiMedis ein

Ärztezeitung, 14.07.2021

[Link](#)

„Echtes Gesundheitssystem“ statt „Krankensystem“

Ärztezeitung, 18.06.2021

[Link](#)

Gesundes Kinzigtal: Bisheriges Vertragsmodell ist für die AOK tot

Ärztezeitung, 09.06.2021

[Link](#)

Publikationen

Hildebrandt, H. (2021). Gesundheitsregionen – warum die regionale Verankerung so wichtig ist. In: Klapper, Cichon (Hrsg.). Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. [Link](#)

Die regionale Verantwortungsübernahme für die Gesundheitsversorgung wurde in den vergangenen Jahren als nachrangig angesehen. Eine gute und vorsorgende Gesundheitspolitik, die überproportionale Kostensteigerungen in den nächsten Jahrzehnten vermeiden will, muss aber heute lokale, regionale und nationale Verantwortlichkeiten in eine gute Balance bringen, schreibt Helmut Hildebrandt in seinem Beitrag für Neustart. Er stellt ein Konzept vor, mit dem Innovative Gesundheitsregionen in ganz Deutschland aufgebaut werden könnten.

Hammer, A., Arah OA, Mannion R., Groene O., Sunol R., Pfaff H., Choi KE. (2021) Measuring social capital of hospital management boards in European hospitals: A validation study on psychometric properties of a questionnaire for Chief Executive Officers. BMC Health Serv Res. 21. [Link](#)

Das Engagement von Krankenhausmanagern spielt eine Schlüsselrolle bei Entscheidungen über Investitionen in die Qualitätsverbesserung und die Implementierung von Qualitätsverbesserungssystemen. Doch wie kann dieses soziale Kapital messbar gemacht werden? Die vorliegende Studie von Hammer et al geht genau dieser Frage nach.

Hildebrandt, H., Trojan, A. (2021). BZgA Leitbegriffe: Gesundheitsförderung und integrierte Versorgung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 21.09.2021. [Link](#)

In der Veröffentlichung der BZgA zu ihren Leitbegriffen beschreiben Helmut Hildebrandt und Alf Trojan die Bedeutung von Gesundheitsförderung und integrierter Versorgung anhand des integrierten Chronic Care-Modells und gehen dabei auf die Ebenen der verschiedenen Akteure ein.

Hildebrandt, H. (2021). Gesundheit 2021: Die Zukunft ist vernetzt und regional. Climedo Health. 20.09.2021. [Link](#)

Dieser Gastbeitrag von Helmut Hildebrandt in dem Onlineportal Climedo Health befasst sich mit der Fragestellung, wie sich eine nachhaltige, patientenorientierte und integrierte Gesundheitsversorgung in Deutschland aufbauen lässt.

Hildebrandt, H. (2021). „Weiter so“ und alles wird gut?. Observer Gesundheit. 02.08.2021. [Link](#)

Helmut Hildebrandts Replik „Weiter so“ und alles wird gut?“ ist eine Antwort auf Dr. Christopher Hermanns Veröffentlichung „Schöne neue grüne Versorgungswelt durch ‚Gesundheitsregionen‘“, in der Hildebrandt begründet, weshalb die regionale integrierte Versorgung in der neuen Legislatur zum Standard weiterentwickelt werden muss.

Hildebrandt, H. (2021). Gesundheit regional vernetzen. Transformation Leader. [Link](#)

In seiner Veröffentlichung in Transformation Leader thematisiert Helmut Hildebrandt die Dringlichkeit eines neuen Geschäftsmodells im Gesundheitswesen, das die Verantwortlichen vor Ort zunehmend befähigt und stärkt. Hierzu führt er Lösungsansätze auf, die zukünftig Anreizsysteme umkehren auch von der neuen Legislatur verstärkt gefördert werden könnten.

Hildebrandt, H. (2021): Versorgung neu denken: regional und zukunftsorientiert. In: Sozialrecht + Praxis 6/21. Sozialverband VdK Deutschland e. V. (Hrsg.), S. 365-379. [Link](#)

Als Teil der 6. Ausgabe der Fachzeitschrift „Sozialrecht + Praxis“ der VdK wird in dieser Publikation aufgezeigt, was für Gefahren unser aktuelles Gesundheitsmodell birgt, die eine neue Ausrichtung unseres Gesundheitssystems unumgänglich machen. Es wird das Modell der Integrierten Versorgung aufgeführt und abgewogen, inwieweit dieser Ansatz zu einem bestmöglichen Gesundheitsergebnis des Patienten führen kann.

Hildebrandt H., Stuppardt, R. (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. medhochzwei Verlag. [Link](#)

Vom Gesundheitswirtschaftskongress 2021 als Buchtipps empfohlen bündelt der Herausgeberband „Zukunft Gesundheit“ die Debatte um die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Diverse Autoren steuern ihre Expertise und Perspektive bei und geben Antworten auf verschiedene Fragen, die die Diskussion rund um die Zukunft

der Gesundheitsversorgung bewegen. Das Buch richtet sich dabei nicht nur an Gesundheitspolitiker, sondern auch an all diejenigen, die in unserem bislang zu stark fraktionierten Gesundheitssystem Verantwortung tragen.

Larrain, N., Groene, O. (2021). Simulation modeling to assess performance of integrated healthcare systems: Literature review to characterize the field and visual aid to guide model selection. PLoS ONE 16(7): e0254334. [Link](#)

Wie lassen sich der Einsatz und die Akzeptanz von Simulationsmodellen im Bereich der Leistungsbewertung von integrierten Gesundheitssystemen charakterisieren? Dieser Frage gehen Nicolas Larrain und Oliver Gröne in ihrem Research Article nach. Es wurde dargestellt, wie Simulationsmodelle die Leistung eines Versorgungssystems bewerten können, dabei die komplexen Beziehungen zwischen den Komponenten hervorheben und die Anpassungsfähigkeit des Systems an Veränderungen in kurz- oder langfristigen Bewertungen verstehen. Diese Vorteile machen sie zu einem nützlichen Instrument zur Ergänzung der Leistungsbewertung von integrierten Gesundheitssystemen bei der Verfolgung des "Triple Aim".

Orrego, C., Ballester, M., Heymanns, M., Camus, Groene, O., E., Niño de Guzman, E., Pardo-Hernandez, H., Sunol, R., COMPAR-EU Group (2021). Talking the same language on patient empowerment: Development and content validation of a taxonomy of self-management interventions for chronic conditions. In: Health Expect. 2021;00:1–13 [Link](#)

Die Vergleichbarkeit von Literatur im Bereich von Langzeiterkrankungen ist selten gegeben. Um die Forschung in diesem Bereich voranzutreiben, befassen sich die Autoren mit der Erstellung, Prüfung und Optimierung einer Self-Management-Interventions-Taxonomie für Langzeiterkrankungen. Die Taxonomie unterstützt den Aufbau eines gemeinsamen Rahmens des Selbstmanagements von Patienten und kann dazu beitragen, die Eigenverantwortung zu stärken und die vergleichende Wirksamkeitsforschung zu SMI zu erleichtern.

Hildebrandt, H., Bahrs, O., Borchers U, Glaeske, G., Griewing, B., Härter, M., Hanneken, J., Hilbert, J., Klapper, B., Klitzsch, W., Köster-Steinebach, I., Kurscheid, C., Lodwig, V., Pfaff, H., Schaeffer, D., Schrappe, M., Sturm, H., Wehkamp, K-H., Wild, D. (2021). Ein Vorschlag: Integrierte Versorgung - jetzt! In: Hildebrandt, Stuppardt (Hrsg.). Zukunft Gesundheit – regionalisiert, vernetzt, patientenorientiert. medhochzwei Verlag Heidelberg. [Link](#)

Als ein Appell an die Politik für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems ist die zentrale Fragestellung dieser Arbeit, wie eine besser koordinierte, sektorenübergreifende Integrierte Versorgung zugunsten der Bevölkerung, der Patienten und eines effizienten Gesundheitssystems erreicht werden kann. Die Autoren präsentieren dafür umfassend den Lösungsansatz einer integrierten Gesundheitsversorgung und diskutieren mögliche Outcomes.

Grütters, J. (2021). Technische Innovationen – Bedeutung und Vorschläge zur Umsetzung. In: Hellmann, W. (Hrsg.): Die junge Ärztegeneration zeigt Flagge: Vorschläge zum Studium, Weiterbildung und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (S. 95-102). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. [Link](#)

Technische Innovationen werden ein immer alltäglicherer Teil in der Gesundheitsversorgung. Doch wie können technische Innovationen zukünftig optimal genutzt werden? Das diskutiert Jonah Grütters, ehemaliger Medizinstudent und dualer Student bei OptiMedis im Bereich Healthcare Management, in seiner Veröffentlichung im Buch „Die junge Ärztegeneration zeigt Flagge: Vorschläge zum Studium, Weiterbildung und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“.

Redaktionelle Verantwortung

Britta Horwege und Indra Rojahn, Corporate Communications OptiMedis AG

Tel.: +49 40 22621149-52, E-Mail: kommunikation@optimedis.de