



Inhalt

Editorial

Aus den Regionen

Hilfe in der Pandemie: Wer schnell handeln will, braucht gute Strukturen vor Ort

Die nächste integrierte Versorgungsregion mitten im Ruhrgebiet? OptiMedis entwickelt Konzept für „Bochum-Wattenscheid“

Neue Rolle für Apotheker in regionaler Integrierter Versorgung: „Das Potenzial ist groß“

Strukturwandel wegen Kohleausstieg – Chance für mehr Gesundheit in der Lausitz?

Aus Politik & Verbänden

Überraschende Weiterentwicklung in Sachen Integrierte Versorgung: Gesetzgeber macht Tür weiter auf, setzt aber auch einen Stolperstein

Albrecht Kloepfer: „Nichts wird sich ändern, wenn die Anreizsysteme so bleiben, wie sie sind“ – ein Kommentar

Wie das Gesundheitssystem in Frankreich regionalisiert und integriert wird

Aus Wissenschaft & Forschung

Blick in die Zukunft: MyForta prüft patientenindividuell Arzneimittelversorgung für ältere Patienten

Internationales

Frankreich: Eurometropole Straßburg will OptiMedis-Modell umsetzen

EU-Förderung: OptiMedis entwickelt Standard für umfassende digitale Regionalplattform – Start mit Patienten-Empowerment-Plattform im Werra-Meißner-Kreis

OptiMedis Belgien startet Projekt mit Amgen: Frühzeitig intervenieren bei kardiovaskulären Erkrankungen

Neues von OptiMedis

Neu im Team: Corinna, Martin, Teresa, Julia, Manfred, Keriin und Janika

...und wir suchen weitere Teammitglieder

Schlaglichter

Internationales Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser launcht neue Webseite

Stiftung Münch: Regionale Gesundheitsbudgets für eine ganzheitliche Versorgung?

Healthcare Performance Intelligence Professionals: OptiMedis richtete Trainingswoche in Hamburg aus
Lesetipp: Working to achieve better management of patients with type 2 diabetes

Termine

16. Gesundheitswirtschaftskongress, 22. und 23. September in Hamburg

Presseschau

Publikationen

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

und jetzt? Geht nach der aktuellen COVID-19-Pandemie alles weiter wie gehabt? Die Gesundheitsämter zwar mit etwas mehr Personal, ein paar Ärzte mit Online-Sprechstunden, die Pflege (hoffentlich) mit etwas Aufwind – aber sonst „business as usual“? Dies ist einer der seltenen Momente, in denen aus einer Krise auch relevante Veränderungen entstehen könnten: Hin zu einem koordinierten, digital vernetzten und widerstandsfähigen Versorgungssystem, das auch in Krisensituationen schnelles und abgestimmtes Handeln ermöglicht. Und das im Vertrauen auf und im Konsens mit den Bürgern sorgfältig Risiken abwägt und statt auf „Social Distancing“ auf „Physical Distancing“ bei gleichzeitiger sozialer Nähe setzt. Wie wir die Entwicklung dahin beschleunigen können, beschreibt die International Foundation for Integrated Care in ihrer aktuellen, sehr lesenswerten Publikation [„Realising the true value of integrated care: beyond COVID-19“](#).

Deutliche Folgen eines verspäteten Investments

Die Logik der Ökonomie lässt uns auf einen solchen Weg vertrauen: Das fragmentierte System ohne Koordination ist einfach zu teuer, als dass es ein Wegweiser für die bevorstehende Legislatur unter den Bedingungen von Ressourcenknappheit und Restrukturierung sein könnte. Der Fachkräftemangel ist nicht nur eine Frage des Geldes, sondern zwingt zu einer Neubestimmung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, damit die Berufe auch mit Stolz und Freude ausgeübt werden können. Die Gesundheitskompetenz der Bürger kann zwar noch deutlich verbessert werden, aber sie erlaubt schon heute mehr Einbeziehung und Vertrauen.

Die 34 Milliarden € Effizienzgewinn für Deutschland (12% der Gesamtkosten von 2018), die McKinsey angegeben hatte ([vgl. hier](#)), wurden zwar ohne hinreichende Berücksichtigung des dafür erforderlichen Investments gerechnet, zeigen aber trotzdem massive Einspar- und Verbesserungsmöglichkeiten einer „smarten“ Transformation durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz, Big Data und digitalen Applikationen.

Die enormen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Staatsverschuldung, die Zerstörung von unternehmerischen Existenzen und Lebensträumen sowie die verlorenen Lebensjahre der an Covid-19 oder durch die Auswirkungen Gestorbenen zeigen die Folgen eines verspäteten Investments in neue Strukturen nur allzu deutlich auf. Gemeinsam mit den Akteuren, mit Sozialleistungsträgern, Sozialinvestoren und privaten wie staatlichen Investoren müssen wir jetzt darauf hinarbeiten, dass die Regierungen in Europa die Lehren ziehen und den Kräften, die auf gegenwärtige Strukturen beharren, etwas entgegensetzen. In dem neuen französischen Großprojekt "Territoires de santé de demain", zu dem uns die Eurometropole Strasbourg hinzugezogen hat, kommen all diese Investoren zusammen. [Mehr darüber lesen Sie hier](#).

Neue Chance für die Integrierte Versorgung?

Aktueller Lichtblick ist ein Änderungsantrag der Fraktionen von Union und SPD zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, über den die [Ärzte Zeitung](#) Anfang Juni berichtet hatte.

Demnach will die Koalition die bisherigen Restriktionen für Integrierte Versorgungs-Verträge etwas lockern. Welche Elemente aus unserer Sicht positiv sind und wo es haken könnte, lesen Sie in unserem Beitrag [„Überschende Weiterentwicklung in Sachen Integrierte Versorgung: Gesetzgeber macht Tür weiter auf“](#).

Viel Spaß beim Lesen – wir freuen uns über Ihr Feedback!



Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender OptiMedis, und Manfred Zahorka, Senior Manager Project Development und verantwortlich für die Aufbauarbeit in Frankreich

Gleichberechtigung ist uns sehr wichtig. Damit unsere Texte im OptiMedium aber besser lesbar sind, nutzen wir die männliche Schriftform für personenbezogene Wörter. Entsprechende Begriffe sind im Sinne der Gleichberechtigung für alle Geschlechter zu verstehen.

Aus den Regionen

Hilfe in der Pandemie: Wer schnell handeln will, braucht gute Strukturen vor Ort

Eine Pandemie, wie wir sie zurzeit erleben, erfordert schnelles Handeln. Die Voraussetzung hierfür sind effiziente Strukturen, angepasst an die Bedürfnisse einer regionalen Bevölkerung. Gesundes Kinzigtal und Gesunder Werra-Meißner-Kreis, die regionalen Managementgesellschaften, an denen OptiMedis beteiligt ist, haben in dieser Krise schnell gehandelt und in kürzester Zeit verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Bevölkerung und das medizinische Personal in der Corona-Krise zu unterstützen. Die Maßnahmen variieren je nach dem Bedarf vor Ort. Sie zeigen, wie interventionsfähig eine Infrastruktur sein kann, die unabhängig von bürokratisch-langwierigen Entscheidungsprozessen, aber jeweils in Abstimmung mit dem ÖGD, den Kommunen, den Landkreisen, den Gesundheitsakteuren und den sozialen Einrichtungen tatsächlich handlungsfähig ist und auf das Gesundheitswohl der Bevölkerung ausgerichtet ist.

Gesundes Kinzigtal – Corona-Ambulanz, Abstrichstelle, telefonische Beratung



Auf dem Foto (von links): Thomas Geppert (Bürgermeister von Wolfach), Janina Stunder (Gesundes Kinzigtal), Dr. Stephan Ziehms (Notfallpraxisbeauftragter), Martin Wetzel (MQNK) und Dr. Christoph Löschmann (Gesundes Kinzigtal) in den Räumen der geplanten Corona-Ambulanz. Foto: Patrick Merck

In Gesundes Kinzigtal wurden in kurzer Zeit verschiedene Maßnahmen umgesetzt, um die Verbreitung des Virus zu unterdrücken, Ärzte zu unterstützen und Patienten zu helfen. So haben Gesundes Kinzigtal und das Ärztenetz MQNK gemeinsam mit den Notfallpraxisbeauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg für den Standort Wolfach den Aufbau und Betrieb einer Abstrichstelle und einer Corona-Ambulanz für potenzielle Covid-19-Patienten organisiert. In der speziell ausge-

statteten Corona-Ambulanz wurden Patienten mit Verdacht auf Atemwegsinfekten oder mit grippalen Symptomen nach Überweisung durch den Haus- oder Kinderarzt untersucht. Für ihre Leistungspartner hat die Geschäftsstelle zudem dringend benötigten Praxisbedarf wie Masken, Handschuhe, Schutzkleidung sowie Hände- und Flächendesinfektionsmittel beschafft und die Einrichtung einer Videosprechstunde unterstützt. Den Apotheken hat Gesundes Kinzigtal angeboten, Medikamentenfahrten zu übernehmen.

Mitglieder von Gesundes Kinzigtal und auch andere Interessenten hatten die Möglichkeit, am Telefon mit einer Ärztin über Sorgen, Ängste und Fragen bezüglich des Corona-Virus zu sprechen und Übungsvideos von den Trainern zu nutzen, während die Trainingsfläche der Gesundheitswelt geschlossen war.

Gesunder Werra-Meißner-Kreis – Videosprechstunde, Online-Kurse, Vermittlung von Hilfe

Der Gesunde Werra-Meißner-Kreis hat ein kostenloses Angebot für eine Videosprechstunde für Ärzte und andere Akteure im Gesundheitswesen verhandelt und allen Ärzten und Psychotherapeuten sowie anderen Netzwerkpartnern wie Hebammen oder Logopäden angeboten. Bei einer Gesundheitsberatungs-Hotline konnten sich sowohl Akteure aus dem Gesundheitswesen als auch die Bevölkerung informieren.

Veranstaltungen, Trainings und Kurse, z. B. für pflegende Angehörige, wurden digital angeboten und auch hier gab es wöchentliche Sportvideos zum Mitmachen und Rezepte für gesunde Snacks. Menschen, die Hilfe brauchten, und solche, die Hilfe anbieten wollten, konnten sich beim Gesunden Werra-Meißner-Kreis melden, und dort wurde die Hilfe koordiniert. Weil viele Menschen während der Pandemie von Einsamkeit betroffen sind, hat der Gesunde Werra-Meißner-Kreis Postkarten mit motivierender Grafik und Text verteilt, die z. B. an ältere Menschen (im Pflegeheim oder zu Hause) mit einem persönlichen Gruß verschickt werden konnten.

Ein anderes, wichtiges Anliegen war die Versorgung von ärmeren Menschen mit Lebensmitteln: Angesichts der Einstellung der „Tafel“-Angebote aus Sorge vor der Infektionsgefahr hat Gesunder Werra-Meißner-Kreis über einen gemeinnützigen Verein einen Antrag an die „Aktion Mensch“ gestellt und bewilligt bekommen, Lebensmittel einzukaufen und gemeinsam mit Freiwilligen an Bedürftige auszuliefern.

Weitere Informationen unter www.gesundes-kinzigtal.de und www.gesunder-wmk.de.

Die nächste integrierte Versorgungsregion mitten im Ruhrgebiet? OptiMedis entwickelt Konzept für „Bochum-Wattenscheid“

Wie lässt sich die städtebauliche Entwicklung mit einer sozialräumlich orientierten, gesundheitsfördernden und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung auf Quartiersebene verknüpfen? Das integrierte städtebauliche Entwicklungskonzept „Gesundes Wattenscheid“ machte im Gebiet der „Sozialen Stadt Wattenscheid“ den Anfang. Nun hat die Stadt Bochum OptiMedis beauftragt, im Rahmen einer Machbarkeitsstudie ein sozialmedizinisch ausgerichtetes „Gesundheitsbüro“ zu konzipieren. Es soll Teil einer Vernetzung über alle Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich Wattenscheids und nachhaltig finanzierbar sein. Vorbild ist der ebenfalls von OptiMedis konzipierte Hamburger Gesundheitskiosk, der in die Sozial- und Gesundheitslandschaft der Stadtteile Billstedt und Horn eingebunden ist.

Hoher Beratungsdarf aufgrund sozialer Situation

In Wattenscheid-Mitte leben – im Vergleich zum gesamten Stadtgebiet von Bochum – überdurchschnittlich viele Menschen, die in prekären Verhältnissen leben, einen Migrationshintergrund haben und von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status erkranken früher und häufiger an chronischen Erkrankungen als Menschen mit einem hohen Sozialstatus. Sie sind häufiger



Blick auf den Stadtteil Bochum-Wattenscheid. Foto: istock

Risikofaktoren ausgesetzt, haben oftmals eine niedrigere Gesundheitskompetenz und eine geringere Lebenserwartung. Gleichzeitig weisen sie einen hohen Aufklärungs- und Beratungsbedarf auf, der wegen fehlender personeller und zeitlicher Ressourcen der örtlichen Akteure in der Regel nicht im erforderlichen Umfang gedeckt werden kann.

Das Konzept von OptiMedis wird Maßnahmen und Leistungen, Personaleinsatz- und Qualifikation, Raum- und Nutzungskriterien, Vorschläge für einen möglichen Standort sowie nachhaltige Finanzierungsmöglichkeiten beinhalten. Im ersten Schritt werden Ärzte und Therapeuten, Senioren-Einrichtungen, Selbsthilfe-Organisationen und Sozialakteure einbezogen, um die Bedarfe zu ermitteln. Das Konzept entsteht in Zusammenarbeit mit einem lokalen "Arbeitskreis Gesundheitsbüro", bestehend aus Vertretern des Gesundheitsamtes, des Amtes für Stadtplanung und Wohnen, des Stadtteilmanagements Soziale Stadt Wattenscheid, des Medizinischen Qualitätsnetzes Bochum, der Bochumer Hochschule für Gesundheit, des Martin-Luther-Krankenhauses, der AWO-Mitte und des Instituts für Arbeit und Technik.

Neue Rolle für Apotheker in regionaler Integrierter Versorgung: „Das Potenzial ist groß“

Die klassische Arbeitsteilung zwischen Pharmazie und Medizin bricht immer mehr auf, interprofessionelle Kooperationen nehmen zu. Das Potenzial – vor allem in der Integrierten Versorgung – ist hoch. Welche Rolle Apotheker übernehmen könnten und wo bereits erste Schritte getan wurden, darüber haben wir mit OptiMedis-Vorstand Dr. h. c. Helmut Hildebrandt und dem hessischen Apotheker Stefan Göbel gesprochen.

Herr Hildebrandt, Sie wollen Apotheker künftig noch mehr in die Integrierte Versorgung einbeziehen. Welche Chancen sehen Sie?



*Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Apotheker und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet seit vielen Jahren an der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen und hat mehrfach regionale populationsorientierte Versorgungsmodelle aufgebaut.
Foto: OptiMedis*

Apotheker können eine wichtige Rolle übernehmen, nicht nur beim Medikamentenmanagement, sondern auch bei Gesundheitscoachings. Sie haben zum einen das nötige pharmazeutisch-gesundheitliche Knowhow, sie wissen um die Wechselwirkungen von Körper, Geist, Verhalten und Genetik in der Entwicklung von Krankheiten und Gesundheit und zum anderen kennen sie die Bedarfe ihrer Kunden gut. Außerdem ist der Zugang für die Patienten besonders niedrigschwellig.

Das Potenzial ist groß, sowohl für die Lebensqualität der Patienten als auch wirtschaftlich. So wird geschätzt, dass weltweit allein schon 3 bis 6 Prozent aller Krankenhauseinweisungen auf fehlerhaft eingesetzte Medikamente zurückzuführen sind. Würde man letztere Zahl auf die Europäische Union hochrechnen, gäbe es 1,25 Millionen ungeplante Einweisungen aufgrund von medikamentenbedingten Nebenwirkungen, von denen die Hälfte vermeidbar wäre. Und auch im Bereich der chronisch Kranken und der Prävention wäre durch eine gut abgestimmte verhaltensmedizinische

Unterstützung viel zu erreichen.

International gibt es bereits diverse erfolgreiche Ansätze. Erfahrungen aus den USA und Schottland zeigen beispielsweise deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustands in Projekten mit Einbezug von Apothekern.

Können Sie konkrete Beispiele nennen?

In den USA ist das seit 2019 laufende Community Pharmacy Enhanced Services Network ([CPESN](#)) zum Beispiel sehr erfolgreich: Ein integriertes Apothekennetzwerk mit über 2000 Apotheken. Sie bieten zum Beispiel Medikamentenüberprüfungen, Arzneimittelsynchronisation und Führung einer Medikationsakte an, unterstützen Opioid- oder HIV-Patienten, führen Impfungen durch und nehmen an Disease Management-Programmen teil. Die Effekte der Interventionen werden erfasst und darauf aufbauend ergebnisbezogene Vergütungen festgelegt.

Und in Schottland werden die Apotheker schon seit 2013 zusätzlich zu ihren klinischen Fähigkeiten geschult und als unabhängige Verschreiber ausgebildet, d. h. sie sind in der Lage, Arzneimittel für ihre Patientenpopulation zu verschreiben und zu ändern. Sie arbeiten zum Teil in Arztpraxen, sind aber auch in der Apotheke selbst die erste Anlaufstelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten im Hinblick auf Polypharmazie. Derzeit wird diese spezielle Art von Pharmaceutical Care weiter ausgearbeitet, beginnend mit dem Management einfacher Harnwegsinfektionen, der Unterstützung von Selbstmanagementplänen für COPD und der Behandlung von Impetigo.

Herr Göbel, welche Möglichkeiten sehen Sie aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus, Apotheker in die Integrierte Versorgung einzubeziehen und welche Vorteile könnten sich ergeben?

Ein großer Vorteil der öffentlichen Apotheke ist, dass viele Kunden ein sehr enges Vertrauensverhältnis zu uns haben. Das ist bei vielen Apothekern so, vor allem auf dem Land. Patienten erzählen uns Dinge, die sie mit ihrem Arzt selten besprechen würden, etwa, dass sie Medikamente nicht richtig einnehmen. Ein Beispiel: ASS 100 zur Prophylaxe von Schlaganfällen wird in der Regel mittags gegeben. Viele Patienten haben aber oft nur Medikamente, die sie morgens oder abends einnehmen und lassen die Mittags-Tablette dann häufiger einfach weg oder vergessen sie. In diesen Fällen sprechen wir ggf. mit dem Hausarzt und verlegen die Einnahme auf morgens. Das ist nur eine minimale Intervention, die aber viel bewirken kann. Oft ist den Patienten der Nutzen ihrer Medikation auch gar nicht klar. Wir als Apotheker können hier gut aufklären, Sicherheit geben und so die Adhärenz steigern. Neben dem medizinischen Aspekt für die Patienten liegt hier nämlich auch ein riesiges gesundheitsökonomisches Potenzial. Die Kosten der Non-Adhärenz für das deutsche Gesundheitssystem wurden von der ABDA und in gesundheitsökonomischen Publikationen auf rund 10 Milliarden Euro pro Jahr veranschlagt. [Einige Schätzungen gehen sogar von 15 bis 20 Milliarden Euro aus.](#)



Stefan Göbel leitet die Brücken-Apotheke in Heringen, beschäftigt sich mit fachübergreifendem Medikationsmanagement und ist als Dozent an der Universität Jena im Bereich der klinischen Pharmazie tätig. Foto: privat

Und ich sehe viele weitere Bereiche, in denen wir als Apotheker unseren niedrigschwelligen Zugang zu den Patienten nutzen können. Zum Beispiel, was die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln und frei verkäuflichen Medikamenten angeht. Viele Menschen nehmen mehrere Präparate ein, ohne zu wissen, dass sie die Wirkung ihrer verordneten Medikamente beeinflussen können. Und auch die psychosoziale Unterstützung halte ich für sehr wichtig. Oft merken wir, wenn es unseren Kunden schlecht geht. Dann ist allerdings die Frage, was wir ihnen raten, wohin wir sie schicken können. Hierfür braucht es ein regionales Netzwerk mit klaren Strukturen und niedrigschwelligen Angeboten.

Herr Hildebrandt, „Netzwerk“ ist das passende Stichwort. Wie läuft die Zusammenarbeit mit Apothekern in den regionalen Gesundheitsnetzwerken, an denen OptiMedis beteiligt ist?

In Gesundes Kinzigtal gab und gibt es mehrere innovative Ansätze, Apotheker mehr in die Integrierte Versorgung einzubeziehen, z. B. durch die kontinuierliche Teilnahme von Apothekervertretern der örtlichen Apotheken und des lokalen Schwerpunktkrankenhauses an einer Arzneimittelkommission und die Diskussion von Datenauswertungen zur Arzneimittelversorgung der betroffenen Bevölkerung. Hier haben sich aber auch die Herausforderungen gezeigt, um die klassischen Rollenbilder zwischen Ärzte- und Apothekerschaft aufzulösen.

Im 2019 gestarteten Gesunden Werra-Meißner-Kreis waren von Anfang an Apotheken als Partner dabei. Neben einem gemeinsamen Arzneimittelkonsil mit Ärzten und Apothekern sowie zielgerichteten Arzneimittel-Reviews durch ATHINA-qualifizierte Apotheker werden Pharmazeutisch-technische Assistenten und Apotheker zu Gesundheitslotsen ausgebildet. Sie beraten Patienten hinsichtlich Gesundheitsförderung, entwickeln mit ihnen Ziele und unterstützen sie in ihrem Selbstmanagement und ihrer Gesundheitskompetenz. Für die Zukunft ist eine verstärkte Qualifizierung im Bereich digitaler Anwendungen geplant. Hier sehe ich für die Zukunft noch viele weitere Möglichkeiten für Apotheken, sich zu „lokalen Health-Hubs“ zu entwickeln.

Gleichzeitig arbeiten wir daran, das polypharmazeutische Klassifikationsinstrument ["FORTA = Fit for the Aged" mittels Algorithmen und künstlicher Intelligenz weiterzuentwickeln](#). Es soll Ärzte und Apotheker künftig dabei unterstützen, bei mehrfach erkrankten Patienten die am besten geeigneten Medikamente einzusetzen.

Wie werden die Apotheker vergütet?

Die Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH sieht die zusätzlichen Arbeiten der Apotheker und Pharmazeutisch-technischen Assistenten als ein Investment in die Gesundheit der lokalen Bevölkerung. Da sie selbst auf Grundlage von Verträgen mit Krankenkassen von einer erfolgreichen Verbesserung des Gesundheitsstatus der Versicherten profitiert, vergütet sie den Apotheken beispielsweise die Beratung durch die Gesundheitslotsen, die Teilnahme an Schulungen etc. Zusätzlich werden die Apotheken später auch am Erfolg der GmbH beteiligt. Bezüglich der im engeren Sinne pharmazeutischen Beratung sind wir im Moment sehr gespannt auf die Ausführungsbestimmungen zu dem Apotheken-vor-Ort-Gesetz und den dort vorgesehenen Zusatzvergütungen. Wir würden uns dafür gern als ein Pilotmodell anbieten.

Herr Göbel, welche Pläne verfolgen Sie gemeinsam für die Werra-Kali-Region im Raum Nordhessen/Thüringen?

Unser Ziel ist es, in der Werra-Kali-Region ähnlich wie im Gesunden Werra-Meißner-Kreis ein integriertes Gesundheitsnetzwerk mit Akteuren aus dem medizinischen und sozialen Bereich aufzubauen, das auf unsere Region angepasste Maßnahmen anbietet und erfolgsorientiert vergütet wird. Und auch größere Unternehmen wollen wir einbeziehen, denn viele von ihnen haben ein Interesse daran, die Gesundheitsversorgung für eine Region, in der viele ihrer Mitarbeiter leben, nachhaltig zu verbessern. Im ersten Schritt haben wir den Verein „Gesundheit für die Werra-Kali-Region“ gegründet, eine Kick-off-Veranstaltung hat stattgefunden. Nun folgen Gespräche mit Krankenkassen und Unternehmen. Ich bin sicher, dass wir mit einem solchen Netzwerk sowohl die Lebensqualität und -erwartung der Menschen verbessern als auch gesamtgesellschaftlich Kosten einsparen können. Und aus einem Teil dieser Einsparungen können wir dann auch die Interventionen finanzieren. Ich selbst arbeite bereits mit vielen Ärzten der Region eng zusammen, nur machen wir vieles einfach on top. Die Maßnahmen, die ich weiter oben genannt habe, werden aktuell ja gar nicht vergütet. Und sie werden auch nicht evaluiert, was ich aber für sehr wichtig halte, um sich stetig weiter verbessern zu können. Hierfür wollen wir Lösungen finden.

Strukturwandel wegen Kohleausstieg – Chance für mehr Gesundheit in der Lausitz?

Die Lausitz, das zweitgrößte deutsche Braunkohleabbaugebiet, steht durch den geplanten Ausstieg aus der Kohleförderung vor einer ungewissen Zukunft. Es gibt viele Ideen für eine Neuausrichtung – die Gesundheitsversorgung soll ein Schwerpunkt werden. Denn das brandenburgische Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur plant den Aufbau einer „Modellregion Gesundheit Lausitz“ inklusive Gesundheitscampus und „Next Generation Hospital“, die ist im Koalitionsvertrag so vorgesehen.

OptiMedis entwickelt Konzept für „Modellregion Gesundheit Lausitz“



Blick auf den Senftenberger See: Senftenberg ist die Kreisstadt im Landkreis Oberspreewald-Lausitz mit seinen ländlich geprägten Ortsteilen. Foto: Pixabay

OptiMedis zeigt nun aktuell am Beispiel des Landkreises Oberspreewald-Lausitz, wie diese „Modellregion Gesundheit Lausitz“ aussehen könnte. Im Auftrag der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg entwickelte sie innovative und auf die Region abgestimmte Maßnahmen für eine umfassende Neustrukturierung in Richtung einer populationsorientierten Integrierten Versorgung. Hierzu gehören die Verknüpfung von medizinischem und sozialem Bereich, Gesundheitsförderung und Prävention, Versorgungs- und Gesundheitsmanagement, Digitalisierung sowie die Entwicklung von Forschung und Lehre.

Die Region soll durch die Angebote attraktiver für ihre Einwohner und besonders für Fachkräfte aller Gesundheits- und Pflegeprofessionen werden, um die Versorgung für die Zukunft zu sichern.

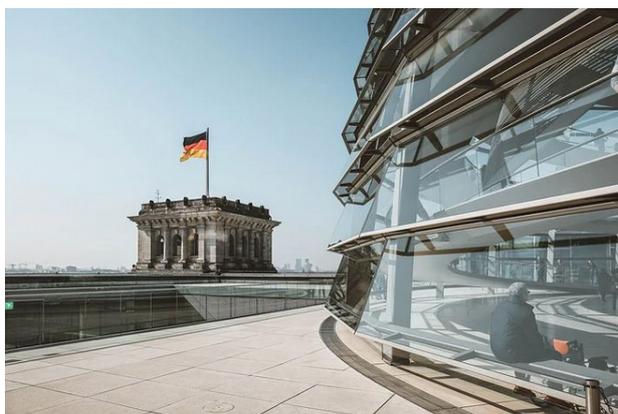
Auch auf andere Kommunen oder Landkreise in der Lausitz soll das exemplarisch für Oberspreewald-Lausitz beschriebene Konzept übertragbar sein.

Aus Politik & Verbänden

Überraschende Weiterentwicklung in Sachen Integrierte Versorgung: Gesetzgeber macht Tür weiter auf, setzt aber auch einen Stolperstein

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt skizziert und bewertet die aktuellen Pläne zur Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung.

**Nach Redaktionsschluss haben wir erfahren, dass der hier diskutierte Änderungsantrag seitens der Koalition zurückgezogen wurde. Rein formal waren es auch nur Formulierungshilfen seitens des BMG. Da sie aber ggf. später in ein anderes Gesetz eingebracht werden sollen, lassen wir die Kommentierung hier stehen.*



*Die Regierungsfractionen haben einen Änderungsantrag zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz vorgelegt, aus dem weitgehende Änderungen für die Integrierte Versorgung hervorgehen.
Foto: Pixabay*

Für die Integrierte Versorgung sind weitgehende Änderungen geplant, das geht aus einem Änderungsantrag (BT-Drs. 19/19368) der Regierungsfractionen zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) hervor. Neben einigen positiven Neuerungen wurde allerdings auch – wahrscheinlich unabsichtlich – ein Stolperstein eingebaut.

Insgesamt bleiben die Regierungsfractionen der Nomenklatur der letzten Reformierung des § 140 a treu und nennen es Reform der „besonderen selektivvertraglichen Versorgung“, womit sie weiterhin keinen Anspruch erheben, dass die Integrierte Versorgung mit der Zeit die althergebrachte sektorale

Logik der Regelversorgung überformen und ablösen soll, wie es der Gesetzgeber in 2000 und 2004 noch formulierte.

Dennoch lassen sich einige sinnvolle Elemente in dem Änderungsantrag finden:

- › Krankenkassen können Selektivverträge künftig auch gemeinsam abschließen und – mit Zustimmung der Vertragspartner – bestehenden Verträgen beitreten.
- › Besondere sektorenspezifische Versorgungsaufträge sollen auch mit nichtärztlichen Leistungserbringern in deren jeweiligen Versorgungsbereichen möglich sein (allerdings nur soweit nicht vom ärztlichen Verordnungsvorbehalt abgewichen wird).
- › Ausdrücklich wird die bis 2015 im Gesetz vorhandene Möglichkeit wiederhergestellt, dass sich die besondere Versorgung auf einzelne Regionen beschränken bzw. regionale Besonderheiten abweichend von der Regelversorgung abbilden kann. Damit werden Empfehlungen des Bundesrates für Regionale Versorgungsinnovationen aufgegriffen, u. a. auch angestoßen durch diverse Briefwechsel mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS, ehemals Bundesversicherungsamt) bzgl. unserer Vertragsentwürfe für die Gesundheit für Billstedt-Horn.
- › Vom Innovationsausschuss geförderte Innovationsfondsprojekte können als 140a-Verträge vereinbart bzw. fortgesetzt werden, die Anforderungen der Absätze 1 und 2 des § 140a gelten durch die Förderung als erfüllt.

- › Der bisher nach vier Jahren durch die Krankenkassen gegenüber dem BAS zu erbringende besondere Wirtschaftlichkeitsnachweis entfällt (allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot gilt weiterhin).
- › Bei Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen können sich Vertragspartner künftig unterstützen und auch Dritte (beispielsweise eine aufsuchende Beratung bei vulnerablen Personengruppen durch andere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter) beauftragen.
- › Versicherungsübergreifende Versorgungsformen (z. B. andere Sozialversicherungszweige und andere Sozialleistungsträger sowie Träger der Daseinsvorsorge) und eine Beteiligung an Versorgungsinnovationen anderer Träger wird ermöglicht (etwa kommunale Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe).
- › Die Kranken- und Pflegeversicherungen der PKV können sich an 140a-Verträgen beteiligen.
- › Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a (Entwickler digitaler Innovationen, die von Kassen gefördert werden) können in die Verträge aufgenommen werden.
- › Krankenkassen können Versorgungsprojekte von Leistungserbringern oder anderer Sozialleistungsträgern oder anderen Trägern der Daseinsvorsorge, die den Zielen einer besonderen Versorgung nach Absatz 1 entsprechen, aber nicht von den Krankenkassen initiiert und betrieben werden, z. B. durch finanzielle Zuschüsse zu den Kosten der Projektstrukturen oder durch besondere Vergütungsvereinbarungen fördern.
- › Die bisher ausschließlich schriftliche Form der Einwilligung des Versicherten wird um die elektronische
- › Form ergänzt, um die Kommunikation zwischen Versicherten und ihren Krankenkassen bei der Teilnahme an Modellvorhaben und besonderen Versorgungsformen zu vereinfachen.

Reichen die Anreize aus?

Unserer Einschätzung nach sind diese Änderungen positiv zu werten, sie „öffnen die Tür“. Wahrscheinlich entwickeln sie aber noch keine ausreichende Anreizwirkung, um damit eine neue Vielzahl von regionalen Verträgen zur Integrierten Versorgung in Gang zu setzen. Dazu müsste der Änderungsantrag mit einer dezierten Zielquote des Gesetzgebers verbunden werden, wie es die Gesetzgeber etwa in Großbritannien und unter Obama in den USA gemacht haben. In unserem [„5-Punkte-Sofortprogramm Grenzen überwinden – für eine populationsorientierte, sektorenübergreifende Versorgung“](#) hatten wir dazu Zielgrößen vorgeschlagen. So sollten bis zum Jahr 2025 10% und bis zum Jahr 2030 25% der deutschen Bevölkerung von entsprechenden regionalen populations- und outcomeorientierten Verträgen nach § 140 a SGB V profitieren können.

Zwei weitere Änderungen wären sinnvoll, um dem BAS eine Hilfestellung für die rechtliche und wirtschaftliche Interpretation zu geben. Gerade für regionale Verträge passen einige der Vorgaben nicht, die das BVA aus indikationsorientierten Verträgen leider auch auf regionale überträgt. So sollte ergänzt werden: „Das Wirtschaftlichkeitsgebot gebietet es nicht, in Verträgen nach § 140 a SGB V die freie Arztwahl oder die Rechte von Versicherten z. B. auf jederzeitige Kündigung einzuschränken bzw. Versicherte zu sanktionieren. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gebietet auch nicht, dass eine Vergütungsregelung sich nur auf Einsparungen oder nur auf teilnehmende Versicherte beziehen darf. Es ist vielmehr die Wirtschaftlichkeit der gesamten Vergütungsregelung zu würdigen und diese kann sich durchaus auch auf ganze Versichertenpopulationen etwa in einem regionalen Kontext beziehen.“

Eine der Unsicherheiten für die Krankenkassen (und mit eher restriktiver Interpretation durch das alte Bundesversicherungsamt) ist auch die Frage, ob sie ihre Routinedaten als anonymisierte Sozialdaten mit den Vertragspartnern nach § 140a teilen dürfen. Zur Analyse der Versorgungsherausforderungen und Problemstellen in der Versorgung sowie zur Planung von Verbesserungen und zu deren Nachverfolgung bzw. Evaluation ist es aber unabdingbar, dass die Vertragspartner und Krankenkassen diese Daten teilen dürfen. Insofern wäre

es gut und würde den Kassenvorständen mehr Sicherheit geben, wenn dies ausdrücklich vom Gesetzgeber so beschrieben würde.

Diesen Stolperstein kann der Gesetzgeber nicht wollen

Der wahrscheinlich ungewünscht in den Änderungsantrag gerutschte Stolperstein ist die Aufforderung, dass IV-Verträge nach dem (alten) § 140a neu abgeschlossen werden müssen oder zu beenden sind. Der Sinn dieser Vorschrift erschließt sich nicht. Wenn man absolut keine Verträge mehr will, die nach unterschiedlichen Vorschriften abgeschlossen wurden (aber was ist eigentlich das Problem dabei?), muss man mindestens lange Auslaufristen gewähren, denn sonst werden dadurch unnötige Transaktionskosten für alle Partner produziert bzw. statt einer Aufwertung der Integrierten Versorgung wird zunächst ein Sterben der Integrierten Versorgung produziert. Krankenkassen wird so unter Berufung auf den Gesetzgeber die Möglichkeit geboten, ihre Vertragspartner vor die Entscheidung zu setzen, sich einem Diktat zur Veränderung anzupassen oder den Vertrag beenden zu lassen. Dies kann der Gesetzgeber nicht wollen.

Dennoch: Für mutige und nach vorne schauende Krankenkassenvorstände, gerade auch solche, die der Aufsicht des BAS unterstellt sind und bisher mit dessen restriktiver Einstellung eher Schwierigkeiten hatten, öffnen diese Veränderungen jetzt die Tür für Verträge zur „besonderen selektivvertraglichen Versorgung“. Hoffen wir gemeinsam, dass in der nächsten Legislatur dann auch die Anreize dafür vergrößert werden, damit dann auch der Gang „durch die Tür hindurch“ besser belohnt wird als die Fortsetzung der bisherigen sektoralen Einzellogiken. An einem entsprechenden Konzept arbeiten wir zurzeit.

Albrecht Kloepfer: „Nichts wird sich ändern, wenn die Anreizsysteme so bleiben, wie sie sind“ – ein Kommentar

Welche Lehren sollten wir aus der Corona-Krise ziehen sollten, beschreibt Dr. Albrecht Kloepfer vom Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung (iX) in einem Kommentar.

Ob sich das chinesische Schriftzeichen für „Krise“ tatsächlich aus den Schriftzeichen für „Gefahr“ und „Chance“ zusammensetzt, mögen Sinologen oder andere Sprachkundige entscheiden. In jedem Fall aber gilt auf gut Italienisch: Si non è vero, è ben trovato. Denn natürlich bietet die Corona-Krise auch die Chance, nun auf erkennbare gesellschaftliche Fehlentwicklungen entschlossen und noch einigermaßen krisengeschüttelt zu reagieren. Der Autoverkehr in Großstädten beispielsweise ist so ein Problem, oder die Zustände in der Fleisch-Industrie, oder das Reiseverhalten von Urlaubstouristen.

Nichts aber wird sich ändern, wenn die Anreizsysteme so bleiben, wie sie sind. Dann ist zwar das aktuelle Erschrecken groß, doch nach spätestens zwei bis drei Jahren ist alles wieder so, wie es war. (Interessant übrigens, dass Fluggesellschaften genau damit rechnen, wenn sie betonen, dass sich der Flugverkehr erst in drei Jahren wieder „normalisieren“ werde. Na toll – oder anders gesagt: Normal war das nicht...) – Auch im Gesundheitswesen wird es jetzt Zeit, die lessons learned zu notieren, um sie spätestens, wenn wir wissen, dass eine zweite Corona-Welle uns hoffentlich verschonen wird, in konkrete Taten und Gesetze zur Überwindung



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

der in der Krise erkannten System-Probleme münden zu lassen. Dazu nachfolgend ein paar Überlegungen:

Erstens: Planung und Sicherheit in der Daseinsvorsorge – der in den letzten Jahren immer wieder erhobene Hinweis, Deutschland habe zu viele Krankenhäuser, mag nicht falsch sein, diese gefühlte oder tatsächliche Überversorgung dürfte aber einer der entscheidende Gründe dafür sein, dass Deutschland glimpflich aus der Krise hervorgegangen ist. Alles gut also: Keineswegs. Denn was wir nicht haben, ist ein Plan darüber, wie eine flächendeckende stationäre Versorgung aussehen könnte, die auch Sicherheitsreserven für Krisenfälle bereitstellt. Purer Zufall also, dass es geklappt hat, und vermutlich auch dem gut funktionierenden ambulanten Versorgungsnetz geschuldet. Das inzwischen fast zwanzig Jahre alte Gutachten des Sachverständigenrats zu „Unter-, Über- und Fehlversorgung“ wird dadurch jedoch vermutlich nicht falscher, aber die Antwort auf diese Strukturen kann nicht nur Wettbewerb sein. Der andere Teil ist Planung, in die eben auch der Notfall integriert werden muss.

Zweitens: Die Situation der Langzeitpflege – klar, „irgendwie“ wird’s schon gehen, aber strukturell ist die stationäre und ambulante Langzeitpflege trotz diverser Pflegestärkungsgesetze der letzten Jahre am Boden. Das liegt vor allem am chronischen Misstrauen, mit der die intrinsisch in der Regel hoch motivierten Pflegekräfte überzogen werden, es liegt aber auch an der mangelnden Wertschätzung, der dürftigen Bezahlung und einer kompletten Missachtung der medizinischen Kompetenz der Pflegekräfte. Daran wird auch eine „Anerkennungsprämie“ in egal welcher Höhe nichts ändern. Pflege – ob Kurz- oder Langzeit – muss zukünftig fachlich und finanziell grundlegend aufgewertet werden, wenn sie eine tragende Säule unseres Gesundheitssystems bleiben (oder werden) soll. Dazu müssen finanzielle, fachliche und digitale Lücken zur medizinischen Versorgung geschlossen werden. Pflege als gleichwertiger Partner in der Versorgung – der sie da facto ist – hat sonst keine Chance.

Drittens: Die Bereitstellung und Finanzierung des medizinischen Bedarfs – ob Arzneimittel, Tests, Masken oder Schutzkleidung, die Bereitstellung einer flächendeckenden Reserve ist nicht über die bisherigen rein monetären Wettbewerbsstrukturen zu gewährleisten. Damit wird man sich abfinden müssen (wir machen's ja bei der Feuerwehr auch nicht so). Und dann wird man intensiv mit dem Finanzminister sprechen müssen, dass die Vorhaltung eines großen Teiles dieser Sicherheitsreserven nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sein kann (die ja ihrerseits weitgehend wettbewerblich organisiert ist). Also, da werden wir uns einerseits um steuerfinanzierte Modelle kümmern müssen (bei präventiven Tests beispielsweise), andererseits könnte ein intelligenterer Wettbewerb auch Herstellungs- und Liefersicherheit – beispielsweise bei Arzneimitteln – mit integrieren.

In jedem Fall sollen wir die Hände nicht in den Schoß legen, sondern die Krise als Chance begreifen, einige Stellschrauben unseres Systems jetzt neu zu justieren!

Mit freundlicher Genehmigung aus den „iX-Highlights“ – weitere Informationen unter www.ix-media.de

Wie das Gesundheitssystem in Frankreich regionalisiert und integriert wird

Bereits seit 2009 regelt in Frankreich ein Gesetz die regionale Gesundheitsversorgung mit der Gründung „Regionaler Interdisziplinärer Vereinigungen“ von Angehörigen der Gesundheitsberufe. Das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz von 2016, „Loi de modernisation de notre système de santé“, hat die Grundlagen dafür geschaffen, dass diese Gesundheitsberufe nun auch unter einem Dach und gemeinsam in der Patientenversorgung tätig werden können. So genannte „Communautés Professionnelles Territoriales de Santé“ (Interdisziplinäre Gesundheitsnetze, CPTS) können nun durch eigene Finanzierung geschaffen werden. Ziel der CPTS ist es, durch die Verknüpfung ärztlicher, pflegerischer und sozialer Dienstleistungen Patienten wohnortnah und interdisziplinär zu begleiten und die Notfallversorgung zu verbessern, sodass die weniger komplexen Erkrankungen außerhalb der Krankenhäuser behandelt werden können.

Die Etablierung dieser Gesundheitsnetze hat derzeit noch vielerorts Projektcharakter und einige der Neugründungen stehen nur auf dem Papier. Kernbausteine des Aufbaus von CPTS in der Region Grand Est, der Region in der wir jetzt aktuell zusammen mit der Eurometropole Strasbourg arbeiten, sind: Die Regionalanalyse der Gesundheitsbedarfe, die Erarbeitung von konkreten CPTS-Projekten, die vertraglich mit der regionalen Gesundheitsbehörde (Agence Regional de Santé, ARS) und der Krankenkasse (CPAM) vereinbart werden, und die Evaluierung der Maßnahmen durch die regionale Vereinigung von Angehörigen der Gesundheitsberufe. Für die Regionalanalyse stehen die aggregierten Daten der Krankenkasse auf nationalem oder regionalem Niveau zur Verfügung.

Modernisierungsgesetz stärkt Prävention und Vernetzung

Weitere Themenbereiche des Modernisierungsgesetzes umfassen die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, die Verbesserung und Erleichterung der Entwicklung von Patienten-Behandlungspfaden sowie die Effizienzstärkung und Demokratisierung der regionalen gesundheitspolitischen Entscheidungen. Die verschiedenen Gesundheitsberufe werden bei ihrer Vernetzung durch regionale Plattformen unterstützt, zum Beispiel bei der Nutzung telemedizinischer Dienste, der Vernetzung von Allgemein- und Fachärzten, mit medizinischen und sozialen Dienstleistern und dem Austausch medizinischer Daten.



„Sport auf Rezept“ ist in Frankreich aus einer Kooperation zwischen Gesundheitsversorgung und dem Breitensport entstanden. Foto: Pixabay

Ein eigener Schwerpunkt besteht in Frankreich in der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsversorgung und dem Breitensport. Zahlreiche Projekte sind in den vergangenen Jahren unter dem Motto „Sport auf Rezept“ in Kooperationen zwischen den Gemeinden, der Ärzteschaft und dem Sport initiiert worden. Daneben lag ein Schwerpunkt bisher auf der Verbesserung der Behandlung von Krankheiten. Als Teil der Zukunftsstrategie der Regierung Macron soll dies jetzt durch präventive, die Bevölkerung einbeziehende Maßnahmen

mit dem Ziel eines besseren Gesundheitsstatus der gesamten regionalen Bevölkerung ergänzt werden. Die lokale digitale Vernetzung, die Wirtschaftsentwicklung, die Zusammenarbeit mit den Hochschulen und die Entwicklung von nachhaltigen Shared-Savings-Vertragsmodellen nach dem OptiMedis-Modell gehört mit dazu. Pilot für eine solche Weiterentwicklung ist die Eurometropole Strasbourg mit einem Großprojekt des

französischen Staates „Territoire de Santé“. Mehr dazu lesen Sie in unserem Text [Frankreich: Eurometropole Straßburg will OptiMedis-Modell umsetzen.](#)

Aus Wissenschaft & Forschung

Blick in die Zukunft: MyForta prüft patientenindividuell Arzneimittelversorgung für ältere Patienten

Dr. Friederike Jensen gibt für Ihre 78-jährige Patientin Caroline Meyer die neuesten Befunde in den Praxis-PC ein. Leider ist zu dem schon länger bestehenden Diabetes mellitus Typ 2, der Adipositas und dem Bluthochdruck noch eine Herzinsuffizienz hinzugekommen, die Patientin leidet unter Atemnot und Beinschwellungen. Mit der Eingabe der Indikation erhält Frau Dr. Jensen einen Hinweis ihrer Praxis-IT, welche Medikamente ihr das MyFORTA-Tool nach der FORTA-Klassifikation für diese Diagnose nach der Klasse A (= A-bsolutely) oder Klasse B (=B-eneficial) vorschlägt, und welche Medikamente nach den FORTA-Klassen C (=C-areful) und D (D-on't) nicht empfehlenswert sind. Aus der Kenntnis der Historie der Patientin und der Gesamtzusammensetzung der Medikation entscheidet sich Frau Dr. Jensen in diesem Fall hinsichtlich der Herzinsuffizienz für ein zusätzliches Medikament der Klasse A und eines der Klasse B. Ein anderes A-Medikament war aufgrund einer anderen Krankheit schon vorhanden. Ein weiteres, bei jüngeren Patienten eigentlich immer gegebenes Medikament, wird von FORTA nur mit C bewertet und daher für diese Patientin nicht empfohlen. Sie erklärt: „In 80% der Fälle folge ich der Empfehlung des MyForta-Tools. Für mich ist das eine wertvolle Entlastung, sie spart Zeit und gibt mir Sicherheit. Dennoch bin ich immer frei in meiner Entscheidung. Besonders hilfreich finde ich, dass MyForta mir auch die Begründung für die Empfehlung angibt. So lerne ich gleichzeitig indirekt anhand der Empfehlung.“



*Die Arzneimittelversorgung kann mit MyForta patientenindividuell geprüft werden.
Foto: Pixabay*

Das Beispiel zeigt, wie die Versorgung mit Arzneimitteln schon in naher Zukunft patientenindividuell gesteuert und Ärzte damit entlastet und in ihrer Entscheidung unterstützt werden können. OptiMedis arbeitet zurzeit zusammen mit Professor Dr. Martin Wehling an einem solchen Analysetool, ab Herbst/Winter 2020 soll ein Prototyp von „MyFORTA“ in ersten Regionen getestet werden. Interessenten sind herzlich eingeladen, sich zu melden. Weitere Forschungsprojekte zur Validierung sind ebenfalls geplant.

Verordnungen in Testregionen: Ein Drittel zu viel, zwei Drittel zu wenig

MyFORTA ist die Erweiterung des Algorithmus FORTA EPI, den OptiMedis und Prof. Wehling 2019 erstmals für die Analyse von großen Datenmengen von Krankenkassen und Forschungsprojekten vorgestellt hatten. Auf Basis der unter Federführung von Prof. Wehling zusammen mit weiteren Fachexperten entwickelten FORTA-Klassifikation (Fit fOR The Aged), bei der Wirkstoffe in Verbindung mit altersrelevanten Indikationen

hierarchisch von A (positiv) bis D (negativ) bewertet werden, kann der automatisierte Algorithmus die Arzneimittelversorgung auf Regions- oder Praxisebene bei multimorbiden älteren Patienten auf Über-, Unter- und Fehlversorgung prüfen.

Die Ergebnisse der Analysen mit dem Algorithmus ermöglichen es, die Versorgung entsprechend anzupassen. In zwei Testregionen zeigte sich zum Beispiel, dass ein Drittel der Patienten mindestens ein Arzneimittel erhielt, dass weniger geeignet war, und zwei Drittel umgekehrt Medikamente vorenthalten wurden, die für sie die angemessenere Hilfestellung geboten hätten. OptiMedis und Prof. Wehling arbeiten weiter an diesen Algorithmen. OptiMedis optimiert das IT-Tool für den Einbau in die Praxis-EDV. Für MyFORTA wird der Algorithmus nun dahingehend erweitert, dass er für einzelne Patienten genutzt werden kann und dass auch Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand in die Analyse mit eingehen.

Aktueller Artikel zum Thema: [The Fit fOR The Aged \(FORTA\) project and its clinical implications](#)

Internationales

Frankreich: Eurometropole Straßburg will OptiMedis-Modell umsetzen

OptiMedis weitet die Arbeit in Frankreich aus. Schon seit einiger Zeit unterstützen wir die Eurometropole Straßburg konzeptionell. Sie hatte bei dem nationalen Innovationswettbewerb „Territoires d'Innovation“ der französischen Regierung den Zuschlag für ein Großprojekt zur Verbesserung von Prävention und Versorgung in der Region als Pilotierung für eine generelle Weiterentwicklung des französischen Gesundheitssystems erhalten ([wir berichteten](#)). Nun hat die Eurometropole Strasbourg OptiMedis formal mit der Projektdurchführung beauftragt.

In den nächsten vier Jahren wird OptiMedis die Eurometropole mit Beratung, Datenanalysen, und der konzeptionellen Entwicklung regionaler Versorgungsformen nach dem OptiMedis-Modell begleiten und dann in die Umsetzung gehen. Aktuell in Arbeit ist eine Potentialanalyse, die den speziellen Kontext in der Partnerregion auf der Basis soziodemographischer und gesundheitsbezogener Daten beschreibt, Regionen mit besonderen Bedarfen und Entwicklungspotenzialen sowie relevante Akteure identifiziert. Eine ganz besondere Bedeutung kommt dabei der Datenzusammenführung zu, da bisher die stationären und die ambulanten Daten in Frankreich nicht zusammengebracht und damit auch nicht gemeinsam analysiert werden konnten.

Umsetzung in der Region Saverne und Straßburg angedacht

Die zweite Phase beginnt 2021. Dann werden wir auf der Basis der ermittelten Daten konkrete integrierte Versorgungsansätze für den französischen Kontext mit Schwerpunkten wie Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung, Case Management und primäre und sekundäre Präventionsstrategien entwickeln. Aus der Potentialanalyse heraus werden bestehende Versorgungsangebote optimiert und neue konzipiert. Dabei wird der Quadruple Aim-Ansatz in Anlehnung an Donald M. Berwick verfolgt mit den vier Zielen: Bestmöglicher Gesundheitsstatus, bessere Gesundheitsversorgung erleben, mehr Zufriedenheit der Akteure im Gesundheitswesen und höhere Wirtschaftlichkeit. Grundlage soll ein Organisationsmodell für ein lokales Gesundheitsunternehmen sein, das auf die regionalen Bedarfe abgestimmt und in die Partnerstrukturen eingebettet ist und dabei nach dem Shared Savings-Modell von OptiMedis nachhaltig die Gesundheit der Bevölkerung optimieren kann.

In der dritten Projektphase wird das Modell dann in der Region Saverne und in einem Stadtbezirk von Straßburg umgesetzt. Der französische Staat hat über seinen Beteiligungsfonds „Caisse d'Impots“ dazu bereits seine Bereitschaft zu einem Co-Invest in siebenstelliger Höhe für die Startphase avisiert.

EU-Förderung: OptiMedis entwickelt Standard für umfassende digitale Regionalplattform – Start mit Patienten-Empowerment-Plattform im Werra-Meißner-Kreis

Im Gesunden Werra-Meißner-Kreis wird digitale Vernetzung schon bald Realität sein. Das integrierte Gesundheitsnetzwerk in Nordhessen implementiert im Herbst die Online-Plattform „MIGO – Meine Gesundheit online“, auf der die Bevölkerung umfangreiche Informationen und Angebote zur Förderung von Gesundheit und zum Umgang mit ihrer Krankheit findet. Patienten können dort ihre Gesundheitsdaten aus verschiedenen APPs (wie Schritte pro Tag, Blutdruckwerte oder Informationen zum aktuellen Gesundheitszustand) automatisiert einpflegen lassen und sich mit Ärzten, Therapeuten sowie den speziell geschulten Gesundheitslotsen der Region per Chatfunktion und Telekonsultation austauschen und ihre gemeinsam vereinbarten Gesundheitsziele verfolgen.



Im Gesunden Werra-Meißner-Kreis wird eine digitale Plattform implementiert, die die Bevölkerung im Umgang mit Gesundheit und Krankheit stärkt. Foto: istock

Inhaltliche Unterstützung findet die Plattform durch das EU-Projekt ADLIFE (ADvanced chronic diseases to improve health and quality of LIFE). ADLIFE nutzt schon entwickelte digitale Lösungen um darauf aufbauend eine umfassende digitale Toolbox zu schaffen, die eine individuell ausgerichtete integrierte Versorgung von Patienten unter Einbezug aller Beteiligten ermöglicht und sich speziell an Patienten mit hochgradiger COPD bzw. hochgradiger Herzinsuffizienz richtet.

EU-Projekt ADLIFE fördert mehrere digitale Innovationen im Gesunden Werra-Meißner-Kreis

Die ADLIFE-Toolbox besteht im Wesentlichen aus drei digitalen Komponenten, die nach international anerkannten Standards der Datensicherheit erstellt und jeweils auch im Gesunden Werra-Meißner-Kreis umgesetzt werden. Eine „Personalised Care Plan Management Platform“, die an eine elektronische Patientenakte angeknüpft ist, soll dabei helfen, den Gesundheitsstatus eines Patienten und alle getroffenen Maßnahmen auf einen Blick zu sehen. Die Beteiligten können sich darüber bezüglich der Behandlung des Patienten abstimmen und so unter Einbeziehung des Patienten den bestmöglichen Versorgungsplan erstellen.

Die zweite Komponente, die „Clinical Decision Support Services“, sind an die „Personalised Care Plan Management Platform“ angeknüpft und unterstützen Leistungserbringer mit intelligenten Algorithmen und Warnfunktionen bei der Versorgung der Patienten. Die „Clinical Decision Support Services“ basieren auf aktuellen Behandlungsleitlinien und sind in der Lage, Abweichungen von Normwerten oder Leitlinien zu erkennen, darauf aufbauend zu warnen und Vorschläge zur Anpassung der Behandlung zu machen.

Dritter Bestandteil der ADLIFE Toolbox ist die „Patient Empowerment Platform“, im Gesunden Werra-Meißner-Kreis „MIGO“ genannt. Die dort eingegebenen Daten sollen mit in das „Clinical Decision Support Services“-System einfließen und dadurch eine noch individuellere Betreuung der Patienten ermöglichen.

Das ADLIFE-Projekt wurde unter Beteiligung von sieben Partnern aus sieben Ländern im Januar 2020 begonnen und ist für vier Jahre geplant.

OptiMedis Belgien startet Projekt mit Amgen: Frühzeitig intervenieren bei kardiovaskulären Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind immer noch die Todesursache Nummer eins in Europa. Etwa 45% aller Todesfälle werden durch kardiovaskuläre Erkrankungen verursacht, in Belgien sind es 29%. Die Krankheit hat dramatische Auswirkungen auf das Leben der Patienten und verursacht erhebliche direkte und indirekte Kosten. Doch obwohl es gute Behandlungsmöglichkeiten gibt, werden die Patienten häufig nicht optimal ver-



sorgt. Hier setzt OptiMedis Belgien gemeinsam mit dem Biotechnologieunternehmen Amgen an. Im Rahmen eines Projekts zur Primär- und Sekundärprävention entwickeln und implementieren die Partner ein „integriertes, kardiovaskuläres Risikomanagementsystem“.

Das IT-System ermöglicht es, Patienten mit erhöhtem Erkrankungsrisiko zu identifizieren, einen auf die Bedarfe abgestimmten, personalisierten Versorgungspfad einzurichten und nachzuverfolgen sowie Qualitätsindikatoren zu analysieren. „Unser Ziel ist, jetzt in Primär- und Sekundärprävention zu investieren und die Menschen im Umgang mit der Erkrankung zu schulen, um ihre Lebensqualität zu verbessern und hohe Folgekosten zu verhindern“, sagt die Geschäftsführerin von OptiMedis Belgien, Karin Stephanie Genoe.

Die Schlüsselprinzipien des integrierten Versorgungsansatzes im Überblick:

- › Frühe Identifizierung von Patienten auf der Grundlage von kardiovaskulären Risikofaktoren
- › Stratifizierung von Patienten und Verwendung einer digitalen Entscheidungshilfe, um individuelle Ziele festzulegen (z.B. für Blutdruck, LDL-C, HbA1c, Rauchen, Ernährung, Bewegung, medizinische Behandlung)
- › Coaching des Patienten durch integrierte Unterstützung
- › Nachsorge für Patienten und Leistungserbringer auf der Grundlage spezifischer Zielparameter
- › Datenerhebung zu Qualitätsindikatoren auf Bevölkerungsebene

Neues von OptiMedis

Neu im Team: Corinna, Martin, Teresa, Julia, Manfred, Keriiin und Janika

Das OptiMedis-Team ist in den vergangenen Monaten größer geworden, unsere neuen Kollegen stellen sich hier vor:

Dr. Corinna Gréa, PhD Health Sciences, M. Sc. Oecotrophologie



Als Project & Healthcare Manager beschäftige ich mich mit Gesundheitsförderung, Prävention und Forschungsmethodik und kümmere mich um die Netzwerkkoordination im [Innovationsfonds-Projekt M@dita](#). Zusätzlich arbeite ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Münster für das Projekt reges:BOR (regionale Gesundheitsförderung im Kreis Borken), das die Fachhochschule in Kooperation mit OptiMedis durchführt.

Ich bin Ökotrophologin und promovierte Gesundheitswissenschaftlerin und habe zuvor in der anwendungsorientierten Forschung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention gearbeitet.

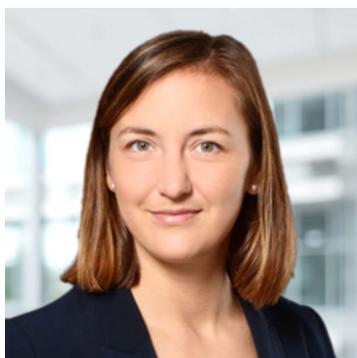
Martin Knüttel, M. A. Medizinmanagement für Mediziner, Gesundheitswissenschaftler

Ich bin Project & Healthcare Manager bei OptiMedis, meine Schwerpunkte sind Projektmanagement, Prozessmodellierung und MVZ- bzw. Praxismanagement. Als Dozent an der privaten Hochschule Medical School Hamburg unterrichte ich nebenbei Projektmanagement im Studiengang Arbeits- und Organisationspsychologie.

Nach meiner Ausbildung als Physiotherapeut habe ich Gesundheitswissenschaften (B.Sc.) und Medizinmanagement (M.A.) studiert. Mehrere Jahre habe ich bei der amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH in der Abteilung Program Office als zertifizierter Prince2-Projektmanager gearbeitet.



Teresa Mersmann, M. Sc. Health Care Management



Seit Mitte März bin ich bei OptiMedis als Vorstandsreferentin tätig und arbeite an der strategischen Weiterentwicklung sowie mehreren Projekten mit. Nach meinem BWL-Studium (Schwerpunkt Gesundheitswesen, B.A.) an der Hochschule Osnabrück habe ich zunächst zwei Jahre im Familienbetrieb (privater Träger von ambulanten und stationären Altenpflegeeinrichtungen im Münsterland) gearbeitet. Danach habe ich Health Care Management an der Hochschule Niederrhein studiert und den Master 2020 abgeschlossen.

Durch langjährigen Leistungssport habe ich viele Erfahrungen in Bezug auf Gesundheit und Prävention sammeln können und regelmäßig mit Ärzten, Physiotherapeuten, Athletiktrainern, Ernährungsberatern und Sportpsychologen zusammengearbeitet.

Julia Nolting, B. Sc. Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management

Anfang Mai bin ich zu OptiMedis gekommen und arbeite als Project & Healthcare Manager vorrangig für das Innovationsfonds-Projekt M@dita. Nach meiner Hebammenausbildung habe ich viele Jahre als Hebamme – sowohl klinisch als auch außerklinisch – gearbeitet. Als Familienhebamme auch in der Beratung und Begleitung vulnerabler Familien und dem Aufbau von Hebammenprojekten in den Frühen Hilfen. Zuletzt war ich als 2. Vorsitzende und Fortbildungsbeauftragte des Hebammen Verband Hamburg e.V. tätig. Von September 2016 bis März 2020 habe ich an der HAW Hamburg Interdisziplinäre Versorgung und Management studiert.



Dr. med. Manfred Zahorka, MPH



Als Senior Manager Project Development bei OptiMedis bin ich seit Mai 2020 verantwortlich für die Zusammenarbeit mit der Eurometropole Strasbourg. Ich arbeite gleichzeitig weiterhin für das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut in Basel, wo ich seit 2002 tätig bin, aktuell als Senior Public Health Expert. Im Rahmen dieser Arbeit leite ich internationale Projekte in Osteuropa und der Balkan-Region zur Versorgung chronisch Kranker und dem Aufbau von gemeindenahen integrierten Versorgungsstrukturen.

Seit mehr als 25 Jahren – nach 10jähriger klinischer Tätigkeit in Deutschland und West-Afrika – bin ich im Public Health-Bereich tätig. Ich bin Arzt für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Tropenmedizin, habe einen Master of Public Health und bin als Auditor von Qualitätssystemen akkreditiert bei der European Organisation for Quality (EOQ).

Keriin Katsaros, Master of Public Health

Bei OptiMedis bin ich seit Anfang April als Manager Research & Innovation zuständig für E-Learning und die Projektkoordination der beiden Netzwerke „International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services“ und „Deutsches Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“. Davor war ich in internationalen Gesundheitsprojekten tätig, zum Beispiel bei der Weltgesundheitsorganisation.

In den USA habe ich Kommunikationswissenschaften mit Nebenfächern Deutsch und Sozio-kulturelle Linguistik studiert, später habe ich den Master of Public Health mit Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung erworben. Ich bin ehemalige Stipendiatin der Bayer-Stiftung International Fellowship, des Fulbright-Programms und des Parlamentarischen Patenschaftsprogramms.



Dr. Janika Blömeke, PhD, M. Sc. Health Science



Seit Anfang Juni arbeite ich als Manager Research & Innovation bei OptiMedis und freue mich darauf spannende Projekte unterstützen zu können und aktiv an der patientenzentrierten Versorgung mitzuwirken. Nach meinem Masterstudium der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg, habe ich in der Arbeitsgruppe Lebensqualitätsforschung am Institut für medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf als wissenschaftliche Mitarbeiterin gearbeitet und dort auch promoviert. Im Rahmen meiner Dissertation habe ich mich mit der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von seltenen pädiatrischen Erkrankungen befasst. Neben meiner wissenschaftlichen Arbeit ist mir der direkte Patientenkontakt sehr wichtig und somit habe ich als gelernte Physiotherapeutin nebenbei auch immer praktisch im Gesundheitssystem gearbeitet.

...und wir suchen weitere Teammitglieder

Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt drei neue Kollegen für den Einsatzort Hamburg:

Junior Manager*in Finance & Accounting (m/w/d) in Vollzeit

Junior Manager*in Data Warehouse Development & System Administration (w/m/d) in Vollzeit

Werkstudierende*r Data Warehouse Development & System Administration (w/m/d) 20 Std./Woche

Details lesen Sie in unseren Stellenanzeigen unter www.optimedis.de/stellenangebote.

Schlaglichter

Internationales Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser launcht neue Webseite



Die neue Website des HPH erscheint jetzt im neuen Design und ist mit praktischen Funktionen ausgestattet. Bild: OptiMedis

Das "International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH)" unter der Leitung von OptiMedis hat einen neuen Webauftritt. Unter www.hphnet.org finden Interessierte und Mitglieder ab sofort umfassende und übersichtlich aufbereitete Informationen zu den Kompetenzen des Netzwerks für Gesundheitsförderung, den Leistungen und den Vorteilen für Mitglieder. Auf einer [interaktiven Karte](#) finden sich die Standorte aller Krankenhäuser, Gesundheitseinrichtungen und affilierten Mitglieder des HPH Netzwerkes.

Sie wollen sich auch mehr für Gesundheitsförderung einsetzen und Teil des Netzwerkes werden? [Hier finden Sie alle Informationen.](#)

Stiftung Münch: Regionale Gesundheitsbudgets für eine ganzheitliche Versorgung?

Die strikte Trennung der Vergütung von ambulant und stationär erbrachten Leistungen verhindert eine sektorenübergreifende Optimierung der Gesundheitsversorgung und damit auch eine Erhöhung der Effizienz des Gesamtsystems. Sollten regionale Gesundheitsbudgets als bessere Vergütungsform das DRG-System ablösen? Was sind die Voraussetzungen, damit sie funktionieren und wie können sie eingeführt werden? Darüber diskutierten die Teilnehmer des Luncheon Roundtables der Stiftung Münch, der vor kurzem zum ersten Mal online durchgeführt wurde. Details zur Diskussion lesen Sie auf der [Webseite der Stiftung Münch](#). Ebenfalls interessant dazu: [Ein Gespräch mit Prof. Boris Augurzky](#).



Helmut Hildebrandt war einer der Teilnehmer des Luncheon Roundtables der Stiftung Münch. Foto: Stiftung Münch

Healthcare Performance Intelligence Professionals: OptiMedis richtete Trainingswoche in Hamburg aus

Dreizehn Doktoranden aus ganz Europa, zwei von ihnen OptiMedis-Mitarbeiter, trafen sich im November in Hamburg zur dritten gemeinsamen Trainingswoche der Healthcare Performance Intelligence Professionals. Dr. Oliver Gröne, Timo Schulte und Laura Lange von OptiMedis präsentierten zu den Themen Leistungsbewertung integrierter Gesundheitssysteme, Real-Life-Datenanalytik und prädiktive Modellierung mit Hilfe von künstlicher Intelligenz. Dr. Torsten Hecke, Leiter des Bereichs Analytik und Insight bei der Techniker Krankenkasse einen inspirierenden Vortrag über die Rolle von Analytik, künstlicher Intelligenz und maschinellem Lernen im Kontext des Gesundheitswesens.

Bei dem Projekt „HealthPros“ (Performance Intelligence Professionals) handelt es sich um ein sogenanntes „Marie Skłodowska-Curie Training Network“. Ziel ist es, innerhalb eines speziell entwickelten Ausbildungsprogramms 13 internationale Doktoranden im Themenfeld „data science for health system performance assessment“ aus- und weiterzubilden. Sie sollen im Anschluss in der Lage sein, Gesundheitsdaten und strategische Planungsentscheidungen systematisch zu verknüpfen.

[Mehr dazu lesen Sie hier \(englisch\)!](#)



Das HealthPros-Programm bildet 13 internationale Doktoranden u. a. auf dem Gebiet der "Datenwissenschaft für die Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen" aus und befähigt die Kandidaten, fortgeschrittenes datenwissenschaftliches Wissen mit strategischer Entscheidungsfindung zur Verbesserung der Leistung von Gesundheitssystemen zu verbinden. Foto: privat

Lesetipp: Working to achieve better management of patients with type 2 diabetes

Das Health Service Journal berichtet über das Population Health Model für Menschen mit Typ-2-Diabetes, an dem OptiMedis-COBIC UK als Partner beteiligt ist. Lesen Sie, welche Vorteile die Interventionen für Patienten, die Gesundheit der Bevölkerung allgemein und die Leistungserbringer bringt und wie sich die Kosten entwickeln.

[Klicken Sie hier, um den Artikel auf der Webseite des Health Service Journals \(englisch\) zu lesen.](#)

Termine

4. DGA-Interventionskongress und 49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V., 10. bis 12. September 2020 in Kempten

Ausgewählte Vorträge

10. September 2020, 15:00 Uhr

"Weiterentwicklung der Medizin bedarf der transsektoralen Netzwerkbildung: Erfahrungsberichte, Forschungsergebnisse und mögliche Ansätze in der Gefäßmedizin"

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG

Weitere Informationen und Anmeldung

[Bitte klicken Sie hier!](#)

ICIC20 – 20th International Conference on Integrated Care, 9., 16., 23. und 30. September 2020 (virtuell)

Ausgewählte Vorträge

9. September 2020, 12:15-13:45 Uhr

Integration and quality of care – 10 years evaluation of the "Gesundes Kinzigtal" integrated care scheme in Germany: a workshop on background, methods and results.

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG

16. September 2020, 15:00-16:30 Uhr

Avoidance potential of hospitalisations of nursing home residents by improving intersectoral care

Timo Schulte, Advisor Health Data Analytics OptiMedis AG

16. September 2020, 15:00-16:30 Uhr

Integrating data for integrated care – a guideline for data linkage in health services research and beyond /

Data matters – no service integration without data integration: a transnational learning exercise

Ingo Meyer, Leitung PMV Forschungsgruppe, Universität zu Köln

Weitere Informationen und Anmeldung

[Bitte klicken Sie hier!](#)

Regionale Gesundheitskonferenz, 18. September 2020 in Wiesbaden

Ausgewählte Vorträge

10. September 2020, 15:00 Uhr

"Weiterentwicklung der Medizin bedarf der transsektoralen Netzwerkbildung: Erfahrungsberichte, Forschungsergebnisse und mögliche Ansätze in der Gefäßmedizin"

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG

Weitere Informationen und Anmeldung

[Bitte klicken Sie hier!](#)

16. Gesundheitswirtschaftskongress, 22. und 23. September in Hamburg

Ausgewählte Vorträge

„Akteure vernetzen, Patienten aktivieren – wie Gesundheitslotsen die Koordinierung in der Integrierten Versorgung verbessern können.“

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG

Weitere Information und Anmeldung

[Bitte klicken Sie hier!](#)

HBI 2020 – Facing the Wave Solutions for the ageing/co-morbidity crisis, 14. bis 16. Dezember 2020 in London

Ausgewählte Vorträge

Roundtables from around the world: Short presentations followed by small group discussions

"Integrated Healthcare and the OptiMedis Model ("Healthy Kinzigal")"

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG

Weitere Informationen und Anmeldung

[Bitte klicken Sie hier!](#)

Diverse Kongresse mit Beteiligung von uns wurden verschoben. Die neuen Termine finden Sie, sobald sie feststehen, unter www.optimedis.de/termine.

Presseschau

- › "Versorgungsmodell der Zukunft"
f&w Führen und Wirtschaften, Ausgabe 5/2020
[Link](#)
- › Mehr Spielraum bei Selektivverträgen erwünscht
Ärzte Zeitung, 3. Juni 2020
[Link](#)

Publikationen

Lange, L., Pimperl, A., Schulte, T., Gröne, O., Tanke, M. (2020). Hochkostenversicherte in Deutschland: Leistungs- und Kostenprofile. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Juni 2020, Elsevier. [Link](#)

Deutschland steht ähnlich wie andere entwickelte Länder vor der Herausforderung adäquate Interventionsansätze, die die speziellen Anforderungen von Hochkostenversicherten adressieren, zu entwickeln und zu implementieren. Ziel dieses Artikels ist es, die Leistungs- und Kostenprofile von Hochkostenversicherten zu analysieren, diese in einen internationalen Vergleich zu setzen und Ansatzpunkte für ein besseres Management abzuleiten. Die Analogien von Hochkostenversicherten in Deutschland und anderen Ländern verdeutlichen den Bedarf an länderübergreifenden Forschungs- und Interventionsansätzen zu diesem Thema.

Amelung, V. E., Eble, S., Sjuts, R., Ballast, T., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägel, R. Ex, P. (Hrsg.) (2020). Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen. BMC-Schriftenreihe Band VIII. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV). [Link](#)

In diesem neuen Buch werden die großen Strategie- und Handlungsfelder zur Gestaltung der zukünftigen Arbeitswelten im Gesundheitswesen beleuchtet. Experten aus allen relevanten Disziplinen geben dem Leser eine große Palette mit Tools und Instrumenten zur Hebung von Effizienzreserven mit dem Faktor Personal an die Hand. Dabei geht das Buch weit über die Kernthemen von „Personalarbeit“ hinaus und stellt die neuen Herausforderungen an das Führungs- und Gestaltungspersonal in den Kontext der zum Teil dramatischen Veränderungen von Technologie, Gesellschaft und Politik. Unter anderem gibt es ein Kapitel zum Thema Akademisierung der Gesundheitsberufe von Elisabeth Siegmund-Schulze und OptiMedis-Mitarbeiterin Dr. Katja Stahl.

Wang SY, Groene O (2020) The effectiveness of behavioral economics-informed interventions on physician behavioral change: A systematic literature review. PLoS ONE 15(6): e0234149. [Link](#)

Die Integration von Forschungsevidenz in die klinische Routine, um eine sichere und effektive Versorgung der Patienten zu gewährleisten und unnötige Ausgaben zu reduzieren, ist eine Herausforderung. Studien in den Vereinigten Staaten, den Niederlanden und Kanada haben gezeigt, dass 30% bis 40% der Patienten keine leitlinienkonforme Versorgung erhalten und dass mehr als 20% der geleisteten Versorgung unnötig oder potenziell negativ ist. Dementsprechend hat sich angesichts der Rolle der Ärzte als wichtige Entscheidungsträger im Gesundheitswesen ein verstärkter Fokus auf Verhaltensänderungen der Ärzte herauskristallisiert. Die Autoren haben die bisherige Literatur zum Einsatz und zur Wirksamkeit von Interventionen zur Veränderung des Arztverhaltens systematisch ausgewertet.

Geraedts, M., Mehl, C., Siegel, A., Graf, E., Stelzer, D., Farin-Glattacker, E., Ihle, P., Köster, I., Dröge, P., Günster, C., Haas, N., Gröne, O., Schubert, I. (2020). Entwicklung eines Indikatorensets zur Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal / Development of an indicator set for the evaluation of the population-based integrated healthcare model 'Gesundes Kinzigtal' (Healthy Kinzigtal). In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2020 May 25. [Link](#)

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fördert das Projekt „INTEGRAL–10-Jahres-Evaluation der populationsbezogenen Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“ (IVGK) (Förderkennzeichen 01VSF16002). Basis der Evaluation ist ein mit Routinedaten erfassbares Indikatorenset, mit dem zum einen die programmspezifischen, auf Prävention und Disease Management ausgerichteten IVGK-Programme beurteilt werden können. Zum anderen sollen mögliche negative Begleiterscheinungen der als „Shared-Savings-Vertrag“ angelegten IVGK überprüft werden, indem auch nicht vom IV-Vertrag erfasste Versorgungsbedarfe beobachtet werden. Da ein konsentiertes Indikatorenset für regionale Programme der integrierten Versorgung (IV) bisher nicht verfügbar ist, sollte ein geeignetes Indikatorenset entwickelt werden.

Löcherbach, P., Wendt, W. R. (Hrsg.): Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke, Kohlhammer Verlag, 2020. [Link](#)

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung ist zunehmend auf ein koordiniertes und kooperatives Vorgehen verschiedener beteiligter Einrichtungen, Fachstellen und Fachkräfte angewiesen. Auf der Individualebene ist deren Zusammenwirken eine Aufgabe des Case Managements, auf der Organisationsebene wird die Strukturierung und Prozessgestaltung von einem Care Management wahrgenommen und auf der (über-)regionalen Ebene entstehen durch eine gute Vernetzung der Akteure nachhaltige Care Strukturen. Die Beiträge des Bandes gehen auf die unterschiedlichen Bereiche stationärer, ambulanter und häuslicher medizinischer Behandlung, der Pflege und der Rehabilitation sowie deren Vernetzung ein. U. a. mit Beiträgen von Dr. Oliver Gröne und Dr. h. c. Helmut Hildebrandt.

Gröne, O.: Intersektorale Versorgung durch Digitalisierung: Wie können wir den Einsatz digitaler Tools besser am regionalen Nutzen ausrichten? In: KU Gesundheitsmanagement 3/2020. [Link](#)

Digitale Innovationen wie Health Apps oder On-line-Interventionen haben großes Potenzial. Wichtig dabei ist, dass sie sich an der regionalen Ausrichtung und an den Bedarfen von Patienten orientieren und nicht an den bisherigen Strukturen des deutschen Gesundheitssystems. An Beispielen wird gezeigt, wie sich die Sektorengrenzen überwinden lassen.

Ehmann, A.T., Gröne, O., Rieger, M.A., Siegel, A. (2020): The Relationship between Health Literacy, Quality of Life and, Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany. In: International Journal of Environmental Research and Public Health. No 17, Mar 2020. [Link](#)

Geringe Gesundheitskompetenz ist mit einer schlechteren Gesundheit und Lebensqualität verbunden. Hier wird die Frage diskutiert, ob ein regionales integriertes Gesundheitssystem, dessen Management bestrebt ist, seine Mitglieder in Gesundheitsfragen zu befähigen und zu stärken, zu einem höheren Niveau der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung beitragen kann. In einer Querschnittsstudie wurde eine Zufallsauswahl von Angehörigen eines integrierten Versorgungssystems in Südwestdeutschland befragt. Der standardisierte Fragebogen enthielt u. a. Fragen zur Gesundheitskompetenz und zur subjektiven Gesundheit.

Hildebrandt, H. Rautenberg, J., Renner, S. (2020): Patienten als Co-Produzenten von Gesundheit und ihre mögliche Unterstützung in einem optimierten System von Integrierter Versorgung. In: Bahrs, O. (Hrsg.): Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin. Heft 59, Verlag Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim. Feb 2020. [Link](#) ([Hier](#) die Zeitschrift "Der Mensch" bestellen)

Für heute vorherrschende Erkrankungen ist der Produktionsprozess von Gesundheit (und analog von Krankheitsminderung oder -heilung) nicht mehr einfach als mechanische Intervention im Sinne eines Reiz-Reaktions-Schemas zu verstehen, sondern erfordert eine kybernetische Sicht. Gesundheit gestaltet sich in der komplexen Interaktion des betreffenden Menschen, seiner biopsychosozialen und materiellen Umgebung sowie der Professionen des Gesundheitssystems, ihrer jeweiligen Haltungen und ihrer Professionalität. Für die optimale Wirksamkeitsentfaltung von Integrierter Versorgung muss deshalb gezielt auf die Entstehungsbedingungen von Gesundheit eingewirkt werden. Die Autoren beschreiben fünf Interventionsbeispiele im Kontext Integrierter Versorgung.

Ballester, M., Orrego, C., Heijmans, M., Alonso-Coello, P., Versteegh, MM., Mavridis, D., Groene, O., Immonen, K., Wagner, C., Canelo-Aybar, C., Sunol, R. (2020). Comparing the effectiveness and cost-effectiveness of self-management interventions in four high-priority chronic conditions in Europe (COMPAR-EU): a research protocol. In: *BMJ Open*. 2020 Jan 19. [Link](#)

Die Alterung der Bevölkerung und die zunehmende Belastung durch chronische Krankheiten haben das Interesse an innovativen Versorgungsmodellen geweckt. Während Selbstmanagement-Interventionen zunehmend Aufmerksamkeit erregen, basiert der Nachweis ihrer Wirksamkeit meist auf Metaanalysen, die in der Regel aus randomisierten kontrollierten Studien abgeleitet werden, in denen Interventionen mit Kontrollgruppen verglichen werden. Daher fehlen relevante Wirksamkeitsdaten für Vergleiche zwischen verschiedenen Selbstmanagement-Interventionen, die sich auf spezifische chronische Erkrankungen anwenden lassen. In dieser Arbeit werden Selbstmanagement-Interventionen für vier chronische Erkrankungen untersucht.

Stausberg, J., Maier, B., Bestehorn, K., Gothe, H., Groene, O., Jacke, C., Jänicke, M., Kostuj, T., Mathes, T., Niemeyer, A., Olbrich, K., Schmitt, J., Neugebauer, E. (2019). Memorandum Registry for Health Services Research: Update 2019. *Gesundheitswesen*. 2020 Feb 18. [Link](#)

Über Register können Fragestellungen zur Gesundheitsversorgung im Alltag untersucht werden. Sie sind daher eine wesentliche Methode der Versorgungsforschung. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) fördert die Qualität von Registern durch einen wissenschaftlichen Austausch, durch Fortbildungsangebote sowie durch Empfehlungen in Form eines Memorandums „Register für die Versorgungsforschung“. Die vorliegenden Empfehlungen stellen ein Update zur ersten Fassung des Memorandums von 2010 dar. Das Update beschreibt die Einsatzmöglichkeiten und Zielsetzungen von Registern in der Versorgungsforschung und stellt den aktuellen Stand zu allen Aspekten eines guten Designs und eines sachgerechten Betriebs von Registern dar.

Braithwaite, J., Clay-Williams, R., Taylor, N., Ting, HP., Winata, T., Arnolda, G., Sunol, R., Gröne, O., Wagner, C., Klazinga, NS., Donaldson, L., Downton, SB (2019). Bending the quality curve. In: *International Journal for Quality in Health Care*. 2019 Dec 10, 1-7. [Link](#)

*DUQuA ist ein Forschungsprogramm, das die Qualität in 32 großen Krankenhäusern in ganz Australien untersucht. Es basiert mit geeigneten Modifikationen und Erweiterungen auf dem Forschungsprogramm Deepening our Understanding of Quality improvement in Europe (DUQuE), das 2014 ebenfalls als Supplement im *International Journal for Quality in Health Care* veröffentlicht wurde. Die Autoren stellen u. a. die wichtigsten Daten zu Australien, der Gesundheit der Bevölkerung und dem Gesundheitssystem vor sowie eine Auswahl wichtiger interventioneller Studien und bisheriger politischer und institutioneller Initiativen vor.*

Siegel, A., Ehmann, AT., Meyer, I., Gröne, O., Niebling, W., Martus, P., Rieger, MA. (2019). PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019 Dec 3;16(23). [Link](#)

Patientenbefähigung bezieht sich im weitesten Sinne auf den Prozess oder das Ergebnis der Befähigung von Patienten, ihren Gesundheitszustand sowohl als Einzelpersonen als auch im Rahmen der Arzt-Patienten-

Beziehung kompetenter einzuschätzen und zu managen. Sie ist ein wichtiges Ziel der heutigen Gesundheitspolitik. *Ziel der Studie war es, ein deutschsprachiges Erhebungsinstrument zu entwickeln und psychometrisch zu testen, das die Patientenbefähigung generisch und detaillierter als bisherige Instrumente misst.*

Gröne, O., Sunol, R. (2019). Quality improvement is complex and contextual. In: BMJ. 2019 Oct 25. [Link](#)

Der Beitrag ist eine Antwort auf den Essay von Mary Dixon-Woods „How to improve healthcare improvement“ von Oktober 2019. Die Autoren fügen ihren Ausführungen weitere Punkte hinzu, u. a. zur wichtigen Rolle von Patientenbefähigung und Koproduktionen bei der Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung.

Kringos, DS., Groene, O., Johnsen, SP. (2019). Training the First Generation of Health Care Performance Intelligence Professionals in Europe and Canada. In: Academic Medicine. 2019 Jun;94(6):747-748. [Link](#)

In dem Beitrag geht es um das internationale Ausbildungsnetzwerk für Healthcare Performance Intelligence Professionals (HealthPros). Ziel ist es, innerhalb eines speziell entwickelten Ausbildungsprogramms 13 internationale Doktoranden im Themenfeld „data science for health system performance assessment“ aus- und weiterzubilden. Die Studierenden werden so ausgebildet, dass sie eine Reihe von erforderlichen Kompetenzen und multidisziplinären Fähigkeiten beherrschen, die in den bestehenden Forschungs- und Ausbildungsprogrammen nicht gut abgedeckt sind.

Redaktionelle Verantwortung

Britta Horwege & Indra Rojahn, Corporate Communications OptiMedis

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