



FOCUS

# INTEGRIERTE VERSORGUNG

## AM PARADEBEISPIEL GESUNDES KINZIGTAL

**Das Gesunde Kinzigtal in Deutschland gilt als Parademodell für die integrierte Versorgung. Könnte dieses Modell auch in Österreich Schule machen?**

Anja Klose, Managerin Projekt & Versorgungsmanagement bei OptiMedis, und Daniel Dröschel, Leiter Innovative Versorgungslösungen & Geschäftsentwicklung bei OptiMedis, erzählen im Interview mit PULS vom Gesunden Kinzigtal und den Chancen, die sich für ähnliche Modelle in Österreich bieten würden.

**„Integrierte Versorgung“ – was wird darunter verstanden?**

**Was macht integrierte Versorgung in Deutschland aus?**

Integrierte Versorgung (IV) in Deutschland bezieht sich auf eine koordinierte und umfassende Gesundheitsversorgung. Daher ist multisektorale Vernetzung und Kooperation Kernaufgabe von integrierter Versorgung. Sie sollte auf vorhandenen lokalen Netzwerken aufbauen, das heißt, als Brücke konzipiert werden, die den Zugang zu bestehenden bedarfsbezogenen Angeboten bilden – zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegediensten, kommunalen Sozialdiensten, Quartiersmanagement, etc. Dies sollte verbindlich und systematisch sichergestellt

werden und erfordert ausreichend Zeit und flexible Finanzierungsmodelle, die dem multisektoralen Ansatz gerecht werden.

Unserer Erfahrung nach findet integrierte und nachhaltige Gesundheitsversorgung idealerweise vor allem auf regionaler Ebene statt. Die Angebote der IV sollten auf das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell nach Lebenslagen und Lebensphasen ausgerichtet sein und sich an den spezifischen Bedarfen der verschiedenen Altersgruppen in der Region orientieren. Die regionale Einbettung einer guten Gesundheitsversorgung wurde dabei nicht zuletzt schon durch die Ottawa-Charta der WHO in den Fokus gerückt (WHO-Europa, 1986) und sollte sich konzeptionell in einer „Gesundheits- und Versorgungsplanung“ auf die Bevölkerung einer Region beziehen.

Als Region nutzen wir dabei die typische Durchschnittsgröße der Landkreise in Deutschland mit etwa 195.000 Einwohnerinnen und Einwohnern – für die Großstädte müsste man insofern eher an Stadtteil- bzw. Bezirksgrößen denken. Die Umsetzung der IV erfolgt in der Regel durch Verträge zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen. Diese Verträge können Leitlinien oder Behandlungspfade enthalten, die den Leistungserbringern vorgeben, wie sie bestimmte Erkrankungen oder Krankheitsbilder behandeln sollen.

Das Leistungsportfolio muss sich an sozialräumliche und sektorenübergreifende Strukturen und Bedarfe anpassen und lokal entsprechend unterschiedlich ausgestaltet werden. Dafür bedarf es eines kleinräumigen und regelhaften Gesundheitsmonitorings. Anhand dessen zeigt sich, wie wichtig die regionale Perspektive auf die Produktion von Gesundheit ist.

### Wo laufen die Fäden zusammen – wer koordiniert die integrierte Versorgung etwa im Kinzigtal?

Um das gemeinsame Ziel zu erreichen, müssen zunächst alle Akteure auf Augenhöhe und gleichwertig zusammenarbeiten und es braucht auch eine Art „Kümmerer“ bzw. einen Integrator und Motivator, der die Netzwerkstrukturen aufbaut, die Akteure aktiv einbindet und das Netzwerk weiterentwickelt. Im Gesunden Kinzigtal haben wir erstmals diese Versorgungsform umgesetzt. Die Versorgung wird dort vor Ort durch die Gesundes Kinzigtal GmbH koordiniert und organisiert. Die Gesellschaft wird anteilig durch das Ärztenetzwerk MQNK e.V. und durch die OptiMedis AG getragen. Mittlerweile arbeiten über 800 Menschen, mehr als 40 Leistungspartner und mehr als 100 Kooperationspartner direkt oder indirekt gemeinsam an einem gemeinschaftlichen Ziel: der bestmöglichen, besonderen Gesundheitsversorgung.



Daniel Dröschel  
Leiter Innovative Versorgungslösungen & Geschäftsentwicklung bei OptiMedis



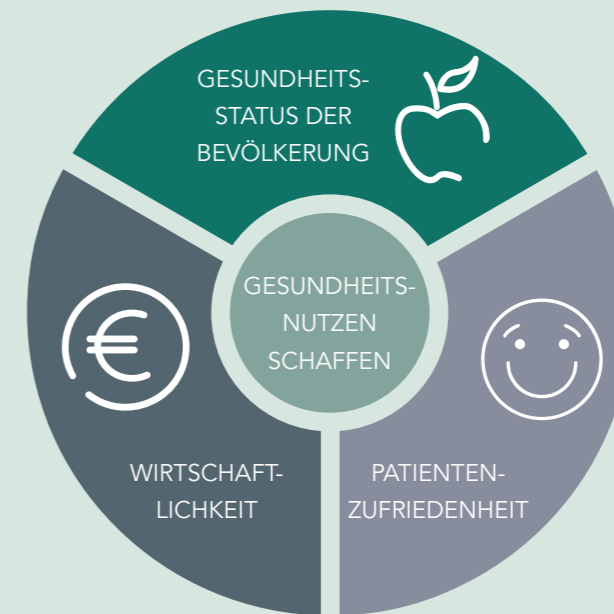
Anja Klose  
Managerin Projekt & Versorgungsmanagement bei OptiMedis

## GESUNDHEITSNUTZEN FÜR ALLE SCHAFFEN –

### Beispielsergebnisse von Gesundes Kinzigtal

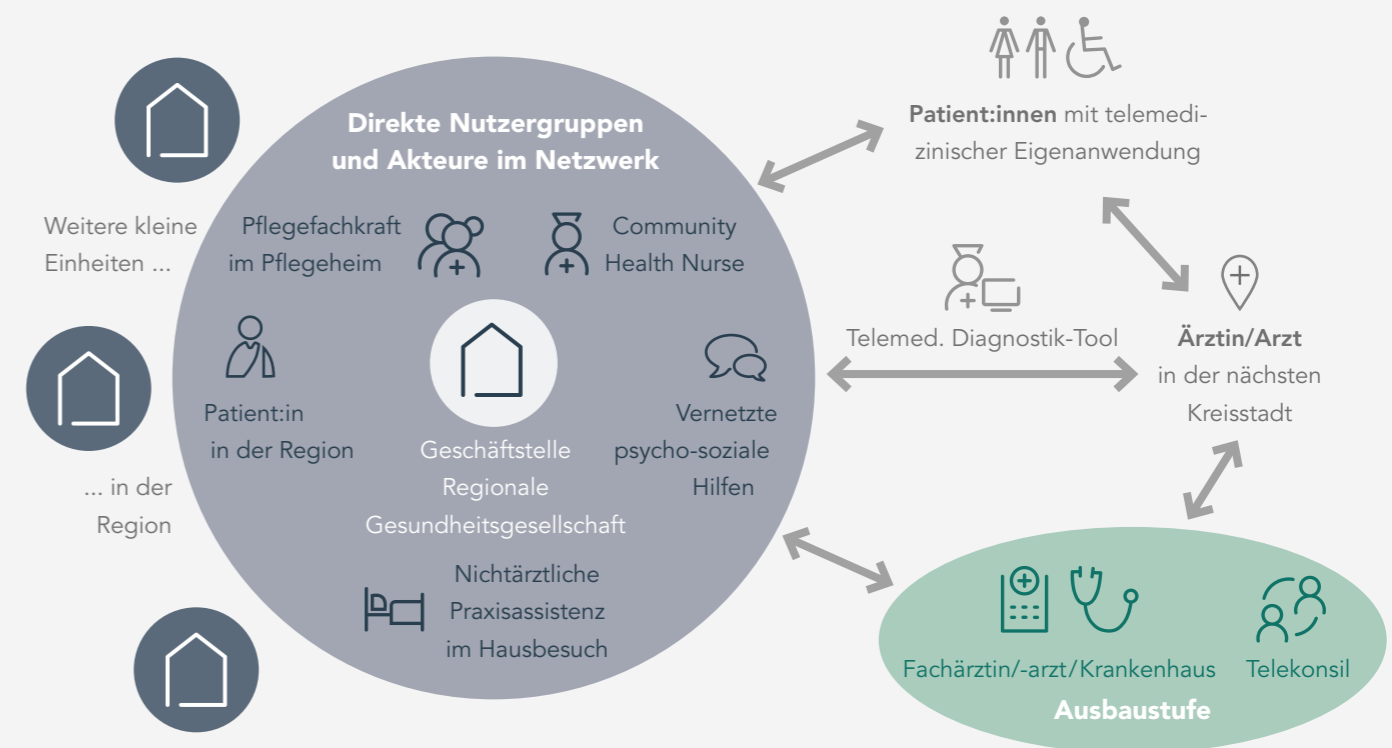
Das **Sterberisiko** ist bei Mitgliedern von Gesundes Kinzigtal um **19% niedriger** als bei Nicht-Mitgliedern und eine **Pflegebedürftigkeit tritt** bei Teilnehmern an Programmen **später ein (um 4,1 Jahre!)**.

Von 2007 bis 2020 gab es insgesamt **66,7 Mio. EUR** brutto Ergebnisverbesserungen für die beteiligten Krankenkassen.



**45% der Mitglieder** fühlen sich „etwas besser“ oder „deutlich besser“ gesundheitlich betreut als vor der Einschreibung, die **Weiterempfehlungsbereitschaft** ist mit **90%** sehr hoch.

## REGIONALE INTEGRIERTE VERSORGUNGSEINHEIT





# CHANCEN UND RISKEN

## Was sind Ihrer Ansicht nach die wichtigsten Vorteile der integrierten Versorgung – vor allem für Ärztinnen und Ärzte? Wie werden sie entlastet?

Die Vorteile einer integrierten Versorgung sollten richtig ausgerichtet und incentiviert für sämtliche Akteure mittel- bzw. vor allem langfristig erkennbar sein. Durch die Zusammenarbeit der vielen Akteure in einem Verbund können Anreizsysteme für die Erbringung von Gesundheitsleistungen positiv verändert und die bisherigen Sektorengrenzen überwunden werden. Dafür lässt sich ein Nutzen einer solchen Entwicklung auf mehreren Ebenen parallel erwarten:

- zugunsten der lokalen Bevölkerung – durch Sicherstellung einer guten und optimierten Versorgung, einem Mehr an Gesundheit und einer relativ geringeren Steigerung der Beitragssätze
- zugunsten der lokalen Akteure im Gesundheitswesen – durch eine aufwandärmere Kooperation, besser vorbereitete Patientinnen und Patienten, ein Mehr an Zeit,

sich um multikomplexe Behandlungspfade ihrer Patientinnen und Patienten nach ihrem Qualitätsanspruch kümmern zu können, die Vereinbarkeit von Beruf und Familienleben, einer höheren Zufriedenheit mit der Qualität ihrer Versorgung und vor allem durch einen guten Wissenstransfer und Netzwerkaustausch und ausreichenden Nachwuchs an Fachkräften

- zugunsten kommunaler Finanzen – aufgrund einer Verminderung der Kosten „Hilfe zur Pflege“ (Leistung der deutschen Sozialhilfe)
- zugunsten der regionalen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber – aufgrund einer gesünderen Bevölkerung und geringeren Lohnzusatzkosten
- zugunsten der regionalen Krankenkassen – aufgrund geringerer Kostensteigerungen und Senkung zukünftiger Krankheitslast.

Was brauchen wir für ein auf Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgungsoptimierung ausgerichtetes regionales System?



## Gibt es auch Nachteile oder Hürden?

Die Herausforderung für die positive und nachhaltige Entwicklung von integrierter Versorgung in einer bestimmten Region liegt zum einen in den falsch gesetzten Anreizsystemen, die durch das Gesundheitssystem an die Akteure weitergegeben werden. Für die Entwicklung einer integrierten, populationsorientierten Versorgung müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

**1** Eine konsequente Gesundheitsplanung setzt an den Entstehungsbedingungen von Gesundheit an. Ausgehend von der Frage, welche Möglichkeiten der Einflussnahme auf der regionalen Ebene bestehen, um den Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung bestmöglich zu unterstützen, braucht es eine regionale Gesundheits- und Versorgungsplanung. Bisher war die Datenlage dafür immer unbefriedigend. Ziel einer regionalen Gesundheitsplanung ist es insofern, die Krankheitslast für eine Region zu minimieren, um den Bürgerinnen und Bürgern ein möglichst langes und beschwerdefreies Leben zu ermöglichen.

**2** Für die Koordination der medizinischen Versorgung bietet sich eine gestufte Organisation an, die jeweils pro Bedarfsebene die dafür beste angemessene Versorgungsform arrangiert. Hier steht die gegenwärtige, nach Sektoren und auf Leistungen ausgerichtete Vergütungsform entgegen. Belohnt werden mit bürokratisch akribischer Kontrolle das Ausmaß und die Anzahl der Leistungen, anstatt der herbeigeführte Nutzen, also die Gesundheit der Patientinnen und Patienten möglichst lange zu erhalten. Das Ziel müsste ein neues Geschäftsmodell sein, das das breite Feld der Akteure und Einrichtungen im Gesundheitswesen –

„digital – ambulant – stationär – rehabilitativ/pflegerisch“ – in Verfolgung ihrer wirtschaftlichen Interessen auf neue Arbeits- und Versorgungsformen ausrichtet, nämlich auf das Ziel, die Gesundheit der regionalen Bevölkerung zu verbessern und so auf einer übergeordneten Gesamtebene einen betriebswirtschaftlichen Erfolg zu erzielen. Derartige Vergütungsveränderungen sind auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer praktisch unmöglich.





## NOTWENDIGE RESSOURCEN UND AUFGABEN

### Wie sieht die Finanzierung aus? Wer übernimmt die Kosten?

Die Frage, die wir uns stellen müssen: Wie kann jetzt der Wechsel von einer sektoralen, auf die einzelne Leistung hin abzielenden Vergütung zu einer auf die Gesundheit einer Population ausgerichteten Vergütung erfolgen? Die Lösung: Einführung eines virtuellen Gesamtbudgets oberhalb der einzelnen Akteure, also auf der Ebene der Vertragsgemeinschaft bzw. der Managementgesellschaft, die nach diesem Konzept die Verantwortung für die Gesamtkostenentwicklung übernimmt – beispielsweise für eine Gruppe von 195.000 Menschen.

Der Erfolg entsteht aus dem erreichten Gesundheitsgewinn in Form niedrigerer notwendiger Gesamtkosten für

die Population in dieser Region. Die einzelne Ärztin oder der einzelne Arzt, das multidisziplinäre Versorgungszentrum, die Apotheke, die Therapiepraxis, der Pflegedienst oder das Krankenhaus würden erst einmal weiterhin nach den bundesweiten Regelungen entlohnt.

### Wie lange hat es gedauert, um die integrierte Versorgung im Kinzigital zu etablieren?

Erfahrungsgemäß muss für einen solchen Initiierungsprozess mit mindestens einem Zeitraum von zwei bis zweieinhalb Jahren und einem nicht unerheblichen Investitionsaufwand gerechnet werden. Allerdings haben solche Projekte immer eine langfristige Perspektive. Mehr als 15 Jahre nach seiner Gründung im Jahr 2005 ist das regio-

nale, populationsorientierte, besondere Modell „GESUNDES KINZIGITAL“ Vorbild und Vorlage für viele Gesundheitsversorger und -regionen auf der ganzen Welt.

Seit Anfang 2017 baut die Regionale Managementgesellschaft Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) ein patientenorientiertes Gesundheitsnetzwerk in den beiden Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn auf. Im Rahmen des Innovationsfondsprojektes INVEST Gesundheit für Billstedt-Horn hat die OptiMedis AG neben der regionalen Vernetzung und dem Einbezug des Sozialraums den bundesweit ersten Gesundheitskiosk nach finnischem Vorbild (mit-) entwickelt. Gesundheit für Billstedt/Horn wurde über die ersten drei Jahre (2017–2019) durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses im Gesundheitswesen gefördert. Inzwischen hat das Bundesgesundheitsministerium ein Eckpunktepapier für ein Versorgungsgesetz zum flächendeckenden Aufbau von Gesundheitskiosken vorgelegt. Hier wurde aus einem Modellversuch ein neues innovatives Versorgungsangebot.

Jüngere Beispiele sind die integrierte Versorgung Gesunder Werra-Meißner-Kreis, die seit Anfang 2019 als Netzwerk aufgebaut wurde, und die 2021 gegründete Gesunder Schwalm-Eder-Kreis+ GmbH. Für beide Regionen sind BKK Krankenkassen die Vertragspartner.

### Welche Herausforderungen sind damit für die IT/Arztsoftware verbunden?

Die Digitalisierung kommt einer Regionalisierung der Versorgung grundsätzlich entgegen und bringt zunächst viele Chancen mit sich. Dabei geht es nicht nur um Video- oder Online-Sprechstunden, sondern auch um Point-of-Care-Diagnostik und telemedizinische Anbindung live und „on demand“. Das bedeutet zum Beispiel, dass die Patientinnen und Patienten nicht mehr regelmäßig live in der Arztpraxis vorstellig werden müssen, räumliche Distanzen und Zeitverlust können dabei umgangen werden. Vor allem für chronisch Erkrankte stellt dies oft eine Erleichterung dar und ermöglicht eine genauere Verlaufskontrolle. Dennoch stellt das Potenzial der Digitalisierung nicht die Lösung für alles dar und auch wenn eher ländliche Regionen stark davon profitieren können, so liegt hier die größere Herausforderung in der Anbindung an die telemedizinischen Möglichkeiten durch zu geringen Breitbandausbau und in mangelnder Akzeptanz sowie geringer digitaler Gesundheitskompetenz.

“ Die Digitalisierung kommt einer Regionalisierung der Versorgung grundsätzlich entgegen und bringt zunächst viele Chancen mit sich. Das bedeutet zum Beispiel, dass Patient:innen nicht mehr regelmäßig live in der Arztpraxis vorstellig werden müssen, räumliche Distanzen und Zeitverlust können dabei umgangen werden. “



# WAS KANN ÖSTERREICH VON DEUTSCHLAND LERNEN?

## Gibt es auch in Österreich brauchbare Ansätze für eine integrierte Versorgung?

Ja, in Österreich gibt es gute Ansätze für integrierte Versorgung. Beispielsweise wurde in Schladming jüngst gemeinsam mit der Forschungsgesellschaft Joanneum Research an einer österreichischen Pilotregion „MOVE Styria“ für innovative und integrierte Gesundheitsversorgung gearbeitet, die in der Steiermark die einzelnen Versorgungssektoren besser miteinander vernetzt. „Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ ist ein Projekt zur Stärkung der Primärversorgung, das mit umfangreichen Fördermitteln die Attraktivität der Tätigkeit in der Primärversorgung erhöhen, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung gezielt und nachhaltig stärken und innovative Versorgungsmodelle unterstützen will.

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) entwickelt Konzepte zu indikationsbezogener Versorgung, beispielsweise integrierte Diabetesversorgung (DMP), integrierte Versorgung von multimorbiden Personen, Kindern und Jugendlichen, chronische Herzinsuffizienz (CHI) und Demenz oder das österreichische Brustkrebs-Früherkennungs-

programm (BKFP) etc. Zudem hat die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) den für die integrierte Versorgung in Österreich sehr vielversprechenden Ansatz des sogenannten Social Prescribing entwickelt. Dessen Elemente eignen sich gut für die Vernetzung der Primärversorgung, da „für alle Patientinnen und Patienten mit nicht-medizinischen – aber gesundheitsrelevanten – Bedürfnissen und Belastungen“ ein Nutzen entsteht und auch die Primärversorgerinnen und -versorger davon profitieren, da es als entlastend erlebt wird zu wissen, dass sich jemand dieser Bedürfnisse annimmt. In Deutschland wird dieser Ansatz unter dem Modell des Gesundheitskiosk bereits in Modellen umgesetzt und soll nun in einem aktuellen Gesetzgebungsverfahren in der Regelversorgung umgesetzt werden.

## Kann ein Modell wie das Kinzigtal auch in Österreich etabliert werden? Wenn ja, woran scheitert es bisher?

Ja, grundsätzlich ist das möglich, denn in Österreich gibt es einen gesetzlichen Rahmen für die integrierte Versorgung im Gesundheitswesen. Das Hauptinstrument hierfür sind das

„Gesundheitsreformgesetz 2013“ (GRG 2013) und eine Reihe weiterer Gesetze und Verordnungen, die seither folgten, mit dem Ziel, eine bessere und effizientere Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu schaffen. Das Gesetz sieht unter anderem die Einrichtung von „integrierten Versorgungsmodellen“ wie etwa MOVE Styria vor, die eine koordinierte und patientenzentrierte Versorgung gewährleisten sollen.

In Niederösterreich gibt es zudem bereits fünf Gesundheitsregionen, welche die Steuerung der regionalen Gesundheitsversorgung auf Basis von fünf Organisationsgesellschaften übernommen haben. Als wichtige Drehscheiben nutzen die Regionen wesentliche Instrumente, um die verlässliche Versorgung zu gewährleisten – etwa durch gemeinsames Steuern und Koordinieren aller Gesundheitseinrichtungen der Landes- und Universitätskliniken sowie der Pflege-, Betreuungs- und Förderzentren.

Das erfordert von den regionalen Akteuren erheblichen Mut und eine hohe Investitionsbereitschaft, verbunden mit einem gewissen Risiko. Gleichzeitig verlangt es ihnen aber auch sehr viel Professionalität ab. Sie müssen wissen, wo die Fehlanreize in



**Gesundheitsreformgesetz**  
Das GRG 2013 sieht eine bessere und effizientere Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung vor, unter anderem mit Einrichtung von „integrierten Versorgungsmodellen“.

den Sektoren liegen, welche Probleme dadurch in der Versorgung entstehen und wie sie vermieden werden können.

### **Was bräuchte es in Österreich, damit auch hier die integrierte Versorgung mehr Vorschub erhält?**

Begünstigen würde das ein gesetzgeberischer Rahmen, der größere Freiräume für regionale Gestaltungen ermöglicht und eine Finanzierung sicherstellt, die zudem die „Produktion“ von Gesundheit belohnt. Übersetzt auf die Entwicklung einer „Gesundheitsregion XY“ könnte hiermit das Ziel angestrebt werden, eine nachhaltige, regionale, vorsorgende und an den Bürgerinnen und Bürgern orientierte Gesundheitsversorgung sicherzustellen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. ■

# 28

Vorausgesetzt, dass ein grundsätzlicher Bedarf an einer regionalen Entwicklung gesehen wird und ein gewisses Engagement relevanter Akteure aus der regionalen Politik und von den regionalen Gesundheitsakteuren gegeben ist, soll prototypisch hier aus unseren Erfahrungen ein konkreter Vorgehensvorschlag formuliert werden:



Zusammenstellung einer initialen Regionalanalyse bezüglich der Versorgungs- und Gesundheitssituation



Durchführung regionaler Entwicklungsworkshops mit den regionalen VIPs auf der Seite der Leistungserbringer, der gesundheitsnahen Akteure und der Verantwortlichen auf der kommunalen Ebene sowie Zusammenfassung regionaler Handlungsbedarfe und -interessen



Gründung eines Initiativkreises für eine „Gesundheitsregion XY“ mit einer Festlegung des Ziels und der ersten Arbeitsschwerpunkte



Vertiefende „Integrierte Gesundheits- und Versorgungsanalyse“ und entsprechende Transformationsplanung mithilfe der regionalen Daten und Akteure



Konkrete Umsetzungsplanung bis hin zur Gründung einer Trägergesellschaft und der Aufnahme von Verhandlungen mit den durch die Gesetzgebung vorgesehenen Partnern bzgl. der Finanzierung



Organisation einer hinreichenden Kapitalausstattung für die Startphase und das in dieser Phase benötigte Investment, Einbeziehung der regionalen Partner mit den dafür notwendigen Transformationen und Vereinbarungen