

Nicht nachsenden!
OptiMedis AG | Burchardstraße 17 | 20095 Hamburg

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
Frau Vorsitzende Katja Rathje-Hoffmann
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

OptiMedis AG
Burchardstraße 17
20095 Hamburg
Tel.: +49 40 22621149 - 0
Fax: +49 40 22621149 - 14
E-Mail:
h.hildebrandt@optimedis.de
www.optimedis.de

Vorstand
Dr. h. c. Helmut Hildebrandt
(Vorsitzender)
Prof. Dr. Oliver Gröne

Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Hajo Hessabi

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/1462**

Durchwahl: +49 40 22621149 - 0

E-Mail: h.hildebrandt@optimedis.de

16.05.2023

Stellungnahme zur Anhörung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags für die beiden Anträge

Stabile und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend weiterentwickeln: Antrag der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN // Drucksache 20/718

Patientenzentriert versorgen - Gesundheitsmodellregion einrichten – Sektorenverbindend handeln statt reden: Alternativantrag der Fraktionen von FDP, SPD und SSW // Drucksache 20/733

Sehr geehrte Vorsitzende des Sozialausschusses, Frau Katja Rathje-Hoffmann,

sehr geehrte Mitglieder des Sozialausschusses,

in Verbindung zu der Stellungnahme des 6K KlinikVerbundes und aufgrund unserer langjährigen Arbeiten in Schleswig-Holstein (aktuell u.a. im Auftrag der Stadt Lübeck zur Weiterentwicklung des Marienkrankenhauses) nehmen wir sehr gern zu den beiden o.g. Anträgen Stellung. OptiMedis steht für Management, Analytik & Forschung im Gesundheitswesen und hat sich auf den Aufbau und den Betrieb innovativer medizinischer Versorgungssysteme im regionalen Kontext spezialisiert. Dabei setzen wir gemeinsam mit Leistungserbringern, Landkreisen, Krankenhäusern und Krankenkassen auf maßgeschneiderte Lösungen für die Integrierte (Voll-)Versorgung ganzer Populationen und setzt dabei auf kooperative Vernetzung, Prävention und nachhaltige Finanzierbarkeit.

Wir sehen die beiden Anträge nicht als gegensätzliche Vorschläge sondern sehen sie auch in der Folge der Plenardebatte als unterschiedliche Nuancierungen und beschreiben deshalb im Folgenden Überlegungen zur Weiterentwicklung und Umsetzung einer „sektorenübergreifenden“ bzw. „sektorenverbindenden Versorgung“ und die Entwicklung einer „patientenzentrierten Gesundheitsversorgung“. Zum Abschluss gehen wir auf die aktuellen gesetzgeberischen Planungen ein und skizzieren einen Entwurf einer regionalen Umsetzungsstrategie. Gern stellen wir uns für eine Diskussion zur Verfügung.

1. Zunächst wird eine Einigung über das **Zielbild** benötigt, was erreicht werden soll. Wir schlagen vor, dass damit für das Land Schleswig-Holstein und seine Bürgerinnen und Bürger eine regional für alle erreichbare, **vorsorgende, bürger:innenorientierte, bezahlbare und damit auch nachhaltige Gesundheitsversorgung** sichergestellt werden soll.

Das heißt dann damit aber auch, dass Prävention und Gesundheitsförderung konstituierende Bestandteile einer solchen Versorgung sein müssen, um eine die folgenden Generationen überfordern Überlastung mit Morbidität und Krankheitslasten (und damit einhergehend einer Überforderung bzgl. der Anzahl benötigter Fachkräfte) zu vermeiden. Bürger- statt patientenorientierte Gesundheitsversorgung, da ja die Bürger auch schon vor der Patientensituation angesprochen werden sollen (die WHO spricht deshalb auch inzwischen von „people-centered health care“ statt von patient-centered care).

2. Allzu häufig wird sektorenübergreifende bzw. sektorenverbindende Versorgung in der öffentlichen Diskussion verkürzt auf die Verbindung des ambulanten Sektors (und dann wird darunter oft auch nur noch einmal verkürzt die ambulante ärztliche Versorgung verstanden) und die des stationären Sektors. Wenn man den „Lebenszyklus“ und die Gesteigungs- bzw. Weiterentwicklungsbedingungen von Erkrankungen und ihre Verbindung mit den sozialen Lebenszusammenhängen ansieht, dann wird allerdings schnell deutlich, dass diese Darstellung deutlich zu kurz greift. D.h. es geht insgesamt um die **Orientierung auf Gesundheit**, wobei die möglichen **Beiträge der zivilgesellschaftlichen Organisationen** wie auch **aller Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen** gefragt sind und nicht nur auf die Behandlung der schon eingetretenen Erkrankungen allein im Vordergrund stehen darf. Wer mag, kann Letzteres mit der zugunsten der „integrierten Umwelttechnologien“ aufgegebenen Verkürzung auf „End-of-the-pipe-Technologien aus der Umweltschutzdiskussion vergleichen.

3. Die Entwicklung einer oder mehrerer **Gesundheits-Modellregionen** bietet hierfür eine zielführende Perspektive, da die Zahl der Akteure in einem regionalen Setting noch eher überschaubar und managebar ist, allerdings auch schon auf der Ebene eines Landkreises mehrere Hundert Partner umfasst. Neben einer regionalen „Koalition der Willigen“ ist hier die Koordinierung und Verknüpfung herüber zur kommunalen Ebene und damit zur bürgerschaftlichen Legitimierung benötigt und machbar. Da die Entwicklung einer Gesundheits-Modellregion ein äußerst anspruchsvolles Vorhaben ist und mit zahlreichen Stolpersteinen verbunden sein kann, schlagen wir vor, statt mit einer eher **mit drei derartigen Modellregionen zu beginnen** und dadurch untereinander auch Lernerfahrungen weitergeben zu können. So hat z.B. die ausbleibende Vermehrung entsprechender weiterer Modellregionen unser Projekt im südbadischen Kinzigtal sehr belastet. Zum Einen hätten weitere Erfahrungen in anderen Regionen die Netzwerkpartner positiv stimulieren und unterstützen können und auch etwas aus der alleinigen (und durchaus auch mühsamen) Vorreiterrolle entlasten können, zum Anderen wären möglicherweise Blockaden aufgrund der Zufälle der persönlichen Beziehungen, Alterszusammensetzungen, Praxisaufgaben, Krankenhausveränderungen in einer Region leichter ausgeglichen werden können.

4. Auf welcher **Datenlage** kann aufgebaut werden? Noch ist die Datenlage bzgl. der Gesundheitslage dafür etwas unbefriedigend. Einzelne Krankenkassen haben in letzter Zeit begonnen, ihre Routinedaten auf regionaler Ebene der öffentlichen Diskussion zur Verfügung zu stellen, so etwa die Barmer mit ihrem Morbiditäts- und Sozialatlas 2022 (Barmer, 2022) und das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) mit ihrem Gesundheitsatlas Deutschland (<https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/>). Leider nur etwas höher aggregiert, auf der Ebene von Raumordnungsregionen, stellt die so genannte Burden of Disease-Studie des Robert Koch-Instituts auf der Basis von AOK-Routinedaten und weiteren Datenquellen, wie u. a. der Todesursachenstatistik, Unfallstatistik, Befragungsdaten und Umweltdaten, die vermeidbare Krankheitslast dar (Robert-Koch-Institut, 2022). Ziel einer regionalen Gesundheitsplanung muss es sein, die Zahl der vorzeitig verlorenen und der mit krankheitsbedingten Einschränkungen belasteten Lebensjahre für eine Region möglichst zu minimieren, um den Bürgern ein möglichst langes und beschwerdefreies Leben zu ermöglichen. Für die Versorgungsplanung ist die Datenlage deutlich umfangreicher, so kann auf die Daten der Gesundheitsberichterstattung und die Sozial- und Regionaldaten sowie

die Krankenhausstatistik zurückgegriffen werden. Auch bzgl. der Pflege und der von den Kommunen zu zahlenden „Hilfe zur Pflege“ liegen Daten vor. Eine datengestützte Leitplanung ist damit grundsätzlich möglich.

5. Für die Organisation der gesundheitlichen Versorgung bietet sich eine **gestufte Organisation** an, die jeweils pro Bedarfsebene die dafür beste angemessene Versorgung arrangiert. Hier steht die gegenwärtige nach Sektoren und auf Leistungen ausgerichtete Vergütungsform entgegen. Belohnt wird mit bürokratisch akribischer Kontrolle das Ausmaß und die Anzahl der Leistungen, anstatt der herbeigeführte Nutzen, also die Gesundheit der Patienten möglichst lange zu erhalten. Generell und damit für rund 95% der für 2023 zu antizipierenden Leistungsausgaben der GKV von knapp 10,5 Milliarden € für die Versicherten in Schleswig-Holstein ist die Einzelleistungsvergütung mit kleinen Versuchen der Budgetierung das zentrale Geschäftsmodell. Damit läuft der inhärente betriebswirtschaftliche Anreiz aller Akteure auf Leistungsausweitung und nicht auf die erfolgreichste Gesunderhaltung einer regionalen Bevölkerung in der Gesamtkette von Präventions- und Versorgungskooperationen (*Menge statt Nutzen, „volume“ statt „value“*) hinaus.

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. Die Zufälligkeit ihrer Patientenschaft, die Möglichkeiten der bewussten oder unbewussten Selektion und die sozialen Determinanten der Möglichkeiten von Gesunderhaltung machen eine auf das Gesundheitsergebnis bezogene Vergütung für den einzelnen Therapeuten heute noch unmöglich, das ist aus der Debatte um Qualität im Gesundheitswesen hinreichend bekannt.

6. Mit der Einführung einer (finanziellen) Metaebene auf der Ebene der Region oberhalb der einzelnen Leistungserbringer im Sinne eines **„virtuellen Regionalbudgets“** lässt sich dieser Herausforderung begegnen (und mit dem Psychiatrie-Budget liegen in Schleswig-Holstein auch erste Erfahrungen dafür vor). Auch wenn die 195.000 Menschen eines Landkreises (dies entspricht ungefähr dem Durchschnitt der Einwohnerzahl der deutschen Landkreise) sich untereinander dennoch im Einzelnen unterscheiden, können auf die Gesamtheit der Population bezogen z. B. durchschnittliche Verschiebungen des Eintrittsalters von bestimmten chronischen Erkrankungen, von häuslicher oder stationärer Pflegebedürftigkeit, von Dialysepflichtigkeit und Ereignissen wie Schlaganfällen, Oberschenkelhalsbrüchen etc. erfasst werden. Hierzu dienen Routinedaten der Krankenkassen zu Morbidität, zur Nutzung des Gesundheitssystems und zum Alter, Daten aus der Sozialstatistik und Matching-Algorithmen auf der Basis der heutigen IT. (vgl. auch Geraedts et al, 2022). Nicht zu vergessen sind die Gesamtkosten der Krankenkassen für die Patienten als Folge der Morbidität und die Nutzung des kassenübergreifenden Ausgleichssystems mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als weiteren Maßstab.

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 einer regionalen Vertragsgemeinschaft vorzugsweise von regionalen Leistungserbringern in Verbindung mit der kommunalen Gebietskörperschaft. Diese Vertragsgemeinschaft übernimmt nach diesem Konzept die Verantwortung für die Gesamtkostenentwicklung beispielsweise für die Gesamtheit der GKV-Versicherten eines Landkreises). Die Belohnung entsteht aus dem erreichten Gesundheitsgewinn in Form niedrigerer notwendiger Gesamtkosten der Krankenkassen für die Population in dieser Region in den nächsten zehn Jahren. Der einzelne Arzt, das MVZ, die Apotheke, die Therapiepraxis, der Pflegedienst oder das Krankenhaus würden erst einmal weiterhin nach den bundesweiten Regelungen entlohnt. Der erreichte Gesundheitsgewinn würde wiederum von den Krankenkassen mit der regionalen Vertragsgemeinschaft geteilt.

7. Landkreise bzw. Bezirke in den Großstädten mit ihren (GKV-)Versicherten als Bezugspunkt zu nutzen, hat neben der besseren Möglichkeit einer bereits heute schon möglichen Ergebnismessung auch noch andere Gründe. Gleichzeitig sind **Landkreise** bzw. entsprechend große kommunale **Gebietskörperschaften** auch die Leidtragenden von nicht funktionierender Prävention und Versorgung, sei es über notwendige Aufwände bzgl. der Hilfen bei Pflegebedürftigkeit oder über den Ärger der Bürger angesichts nicht mehr funktionierender Versorgungsstrukturen, den sie bei den Kommunalverwaltungen abladen.

In Regionen solcher Größenordnung können durch eine aktive Unterstützung von Gesundheitskompetenz, Bewegungsförderung, regionaler Ernährungsoptimierung und dem Zusammenwirken der verschiedenen Akteure in der Versorgung Veränderungen der Morbidität, des Eintrittsalters bestimmter Erkrankungen und der Pflegebedürftigkeit bzw. der später einsetzende Bedarf an institutioneller Pflege in einem Ergebniswettbewerb zu anderen Regionen induziert werden. Hinzu lassen sich Effekte vorstellen aus der klügeren Kooperation der Leistungserbringer untereinander, der Transformation und Weiterentwicklung von stationären Standorten sowie der besseren digitalen Verknüpfung und Optimierung der der Versorgung.

Nicht zuletzt gibt es auch eine demokratiethoretische Begründung für den Rückgriff auf die kommunale Ebene, im Rahmen der Daseinsvorsorge hat sie letztlich eine **Sicherstellungsverantwortung**, auch wenn diese für den Bereich der ambulanten ärztlich-psychotherapeutischen GKV-Versorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen delegiert ist.

Eine besondere Rolle in der Initiierung einer sektorenübergreifenden“ bzw. „sektorenverbindenden Versorgung“ kann insofern kommunalen Klinikträgern wie auch anderen Klinikträgern mit einer auf das Gemeinwohl ausgerichteten Selbstverpflichtung zukommen. Sie haben Versorgungs-Knowhow, Managementkompetenz, stehen in Verbindung mit den regionalen Gesundheitsakteuren und genießen zumeist ein besonders hohes Vertrauen der lokalen Bevölkerung. In diesem Sinne verstehen wir auch die Stellungnahme der **6K Klinikverbundes**.

8. Dass für eine Region von der Größe eines Landkreises durchaus **relevante Transformationsbudgets** aus derartigen Optimierungen erzielt werden können, zeigt folgende Darstellung:

Fallbeispiel Durchschnittslandkreis in Deutschland

Eckdaten:

- 195.000 Einwohner in der Region
- Gesamtausgaben GKV: Durchschnittlich 800 Mio. € (ohne Pflegeversicherung)
- Ausgaben des Landkreises „Hilfe zur Pflege“: zirka 25 Mio. €
- Theoretisch verfügbares Transformationsbudget = Einsparpotenzial GKV: 5-7% -> zirka 48 Mio. € (bei Hochrechnung der Erfahrungen aus dem Projekt Gesundes Kinzigtal, Hildebrandt H et al, 2023)
- Zusätzlich denkbare Budget seitens des Landkreises – mögliche Einsparung bei Hilfe zur Pflege durch bessere Unterstützung in der Häuslichkeit und Verringerung von Krankheitslast: gerechnet mit 10% => 2,5 Mio. €

Eine Herausforderung stellt der z.T. mehrjährige Zeitverzug dar zwischen dem Zeitpunkt des notwendigen Investments in die Transformation und der Ergebniserzielung anhand der verminderten Gesundheitsausgaben sowie ihrer Messbarkeit bei den Krankenkassen. Für ein Bundesland, das regionale Gebietskörperschaften und

Leistungserbringer sowie Vertragsgemeinschaften dazu bewegen will, derartige Entwicklungen anzugehen, stellt sich insoweit die Frage nach entsprechender Zurverfügungstellung von **Startfinanzierungen**. Eine Erfahrung der bisherigen Modelllösungen in Deutschland ist überdies die Notwendigkeit der **Einbindung aller Krankenkassen** in diese Lösungen, damit die Irritation der Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen bzgl. eines unterschiedlichen Verhaltens gegenüber den Versicherten der Kasse A+B und der Kassen B-X vermieden werden kann.

9. International ist die Diskussion zu neuen **populationsorientierten Versorgungslösungen** intensiv zugange, Begriffe wie Value-based Healthcare, Accountable Care, Alternative Payment Systems, Health Maintenance Organisations und Capitation sind Ausdruck einer Suche nach nachhaltigen Steuerungs- und Finanzierungssystemen, wie sie auf den G 7- wie G 20-Runden und zuletzt wieder beim World Economic Forum in Davos (WEF 2023) diskutiert wurden. Unter Obama hat sich in den USA dafür eine ganze vielfältige Industrie entwickelt, eine Industrie, die zunehmend auch in andere Länder ausstrahlt und **ihren wirtschaftlichen Erfolg aus dem Wissen um die bestmögliche Gesundheitserhaltung** bezieht. Mit der Einführung der „Integrierten Versorgung“ (§140 SGB V) im Jahre 2000 wurde zwar auch in Deutschland eine Öffnung entwickelt und neue Vertragsformen erprobt, aber viel zu selten auch wirklich so ausgerichtet, dass die relative Verbesserung des Gesundheitsstatus einer Region wirtschaftlich belohnt wurde. Die Anreizveränderungen für Leistungserbringer wie Krankenkassen waren nicht ausreichend, der Selektivvertragsansatz jeweils nur für die Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen hat sich als Hindernis herausgestellt. Nur wenige Lösungen mit wirklichem Populationsbezug konnten beweisen, dass solche Geschäftsmodelle erfolgreich funktionieren und sogar internationale Aufmerksamkeit erlangen können (vgl. Siemens Healthineers, 2021). Im Grunde ist dies nur in Anteilen zwischen Krankenkassen und einigen Arztnetzen sowie in den Regionen passiert, die von dem speziell für diesen Zweck gegründeten Unternehmen OptiMedis in ihrer Entwicklung angeleitet bzw. organisiert werden, seit 2005 im südbadischen Kinzigtal mit der AOK Baden-Württemberg und der SVLFG (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, bis 2021), vorübergehend in einem Vertrag mit der AOK Nordrhein-Hamburg in den zwei Stadtteilen Billstedt und Horn und seit 2019 bzw. 2020 in den zwei nordhessischen Landkreisen Werra-Meißner und Schwalm-Eder mit zwei Betriebskrankenkassen (BKK Werra-Meißner und BKK B. Braun-Aesculap).

10. Häufig wird zunächst überlegt, **Regionalbudgets für Teilsegmente der Versorgung** einzuführen, so auch die Stellungnahme des 6K Klinikverbundes. So naheliegend diese Überlegung erscheint, könnte man doch erwarten, damit eine Komplexitätsreduktion zu bekommen, so problematisch erweist sich diese Strategie bei der Umsetzung und Ergebniskontrolle. Gerade chronische Erkrankungen sind in einem so hohen Maße miteinander verbunden, dass der Versuch einer getrennten Betrachtung, einer speziellen Interventionsplanung und die Berechnung der einer Erkrankung zuzurechnenden Interventionen und der daraus entstehenden Kosteneffekte entweder extrem aufwändig wird wenn nicht sogar notwendigerweise scheitert – man nehme zum Beispiel Chronische Nierenerkrankungen und betrachte diese ohne die zugrundeliegenden Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes Typ 2 etc. und die jeweiligen Progressionsstufen und Interaktionen dieser **Co-Morbiditäten**. Das gleiche gilt auch für spezifische Patientengruppen, seien es die Kinder oder die Seniorinnen und Senioren oder die Menschen mit Behinderungen. Auch für diese müssen sich die Interventionen jeweils ganzheitlich auf das Bündel ihrer Erkrankungen und Beeinträchtigungen ausrichten, monofaktorielle Strategien erfassen damit nicht die Komplexität der Problematik für die Patienten und ihr Erleben ihrer Erkrankungen. Das heißt jetzt nicht, dass wir im Sinne von Lernstufen uns einer solchen segmentellen Strategie verweigern (aktuell haben wir z.B. selber das Management regionaler Parkinson-Netze in Deutschland übernommen), wir möchten nur auf die damit verbundenen Schwierigkeiten eines solchen Ansatzes aufmerksam machen. Um die ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Akteure für eine patientenzentrierte Arbeit begeistern zu können und die Patientinnen und Patienten als Co-Akteure der Veränderung gewinnen zu können, ist eine gesamthafte Verbesserung des Geschehens die glücklichere und erfolgsversprechendere Strategie, d.h. wir schlagen vor, lieber doch mit einem **regionalen Gesamtansatz** für

eine **vorsorgende, bürger:innenorientierte, bezahlbare und damit auch nachhaltige Gesundheitsversorgung in einer (bzw. besser drei) Regionen** zu beginnen.

Aktuelle gesetzgeberische Planungen und Entwurf einer regionalen Umsetzungsstrategie

Für den Herbst 2023 ist seitens des Bundesministeriums für Gesundheit ein Gesetzentwurf angekündigt, der die Entwicklung von „Gesundheitsregionen“ mit größeren Freiräumen für regionale Gestaltungen ermöglichen, zusätzlich für vulnerable Bevölkerungsgruppen „Gesundheitskioske“ bzw. lokale „Gesundheitstreffpunkte“ zur Verfügung stellen will und ihre Finanzierung sicherstellen soll. Übersetzt auf die Entwicklung einer „Gesundheitsregion Kreis XY“ könnte hiermit das Ziel angestrebt werden, eine Infrastruktur für eine nachhaltige, regionale, vorsorgende und am Bürger orientierte Gesundheitsversorgung im Kreis XY sicherzustellen und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Vorausgesetzt, dass in Schleswig-Holstein im Kreis XY 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:

- Aus der Landesperspektive bietet es sich an, ein **wettbewerbliches Verfahren** zu entwickeln, das Landkreise bzw. kommunale Gebietskörperschaften in einer Größenordnung von etwa 100.000 Einwohnern (+/- 25.000) dazu auffordert, sich für eine Modell-Gesundheitsregion zu bewerben. Hilfreich wäre es, ein solches Verfahren zweistufig zu machen, d.h. zunächst könnte aufgefordert werden, eine Skizze mit Lols wichtiger lokaler Sozial- und Gesundheitsakteure und der kommunalen Gebietskörperschaft einzureichen.
- Aus diesen Skizzen könnten dann in einem Bewertungsverfahren die **fünf vielversprechendsten Regionen** ausgewählt werden, die dann vom Land ein **Entwicklungsbudget für eine umfangreichere Konzeptionsausarbeitung** erhalten. Mit diesem Entwicklungsbudget sollten diese Regionen dann folgende Maßnahmen vornehmen:
 - o Zusammenstellung einer initialen Regionalanalyse bzgl. der Versorgungs- und Gesundheitssituation
 - o 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 / zusätzlich Entwicklung von Beteiligungsformaten für eine Auswahl von lokalen Bürgern und Vertretern von Patienteninteressen
 - o Gründung eines Initiativkreises für eine "Gesundheitsregion Kreis XY" mit einer Festlegung des Ziels und der ersten Arbeitsschwerpunkte (entweder durch den Landkreis bzw. die kommunale Gebietskörperschaft oder durch regionale Gesundheitsakteure aber im Kontakt mit dem Landkreis)
 - o Vertiefende „Integrierte Gesundheits- und Versorgungsanalyse“ und entsprechende Transformationsplanung mithilfe der regionalen Daten und Akteure
 - o Konkrete Umsetzungsplanung bis hin zur Gründung einer Trägergesellschaft und der Aufnahme von Verhandlungen mit den durch die Gesetzgebung vorgesehenen Partnern auf der Seite der Krankenkassen und der Kommunen bzgl. der Finanzierung, ggfls. auch unter Nutzung der Planungen bzgl. der sog. „Gesundheitskioske“ als initiale Vernetzungs- und Unterstützungsstruktur

- o 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.
- Erfahrungsgemäß muss für einen solchen Prozess mindestens ein **Zeitraum von ein bis eineinhalb Jahren** und ein nicht unerheblicher Investitionsaufwand gerechnet werden. Deshalb wäre es sinnvoll, diesen landesseitig mit einem Entwicklungsbudget zu unterstützen. Danach könnte wiederum eine Bewertung vorgenommen werden an dessen Ende dann je nach den parallel zwischen Gesundheitsministerium und Krankenkassen erfolgten Vereinbarungen drei bis ggfls. auch fünf Modell-Gesundheitsregionen gestartet werden könnten.

Der **Nutzen einer solchen Entwicklung** sollte dann **auf mehreren Ebenen** erwartet werden können:

- Ein **Nutzen zugunsten der lokalen Bevölkerung** – durch Sicherstellung einer guten und optimierten Versorgung, einem Mehr an Gesundheit und einer relativ geringeren Steigerung der Beitragssätze.
- Ein **Nutzen zugunsten der lokalen Akteure im Gesundheitswesen** – durch eine aufwandärmere Kooperation, besser vorbereitete Patienten und ausreichenden Nachwuchs an Fachkräften.
- Ein **Nutzen zugunsten kommunaler Finanzen** – aufgrund einer Verminderung der Kosten „Hilfe zur Pflege“.
- Ein **Nutzen zugunsten der regionalen Arbeitgeber** – aufgrund einer gesünderen Bevölkerung und geringeren Lohnzusatzkosten.
- Ein **Nutzen zugunsten der regionalen Krankenkassen** – aufgrund geringerer Kostensteigerungen und Senkung zukünftiger Krankheitslast.
- Ein **wirtschaftspolitischer Nutzen für das Land Schleswig-Holstein**, indem sich Wissen, lokale Start-Ups und Kompetenzträger in Sachen Gesundheitsverbesserungen in Schleswig-Holstein entwickelt haben, die dann auch ihre Leistungen in andere Bundesländer und die EU tragen können.

OptiMedis steht gerne bereit, sich an der Entwicklung dieser Lösungen zu beteiligen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG

Literatur:

Barmer 2022. [Morbiditäts- und Sozialatlas - bifa](#)

Geraedts M, Bierbaum T, Groene O, Härter M, Hildebrandt H, Hoffmann W, Klinkhammer-Schalke M, Köberlein-Neu J, Schmitt J. (2022). Methoden und Indikatorensets für die Evaluation regionaler sektorverbindender Versorgungsmodelle. Gesundheitswesen 2022; 84(06): 484-488

Gesunde Städte Netzwerk. <https://gesunde-staedte-netzwerk.de/>

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

Eine Langfassung des Artikels findet sich auch open access unter: https://optimedis.de/wp-content/uploads/2020/08/Buch_Auftaktartikel_Integrierte_Versorgung_Jetzt_Entwurf.pdf

Helmut Hildebrandt. Erwiderung zu bisher erschienenen Beiträgen zum Diskurs „Integrierte Versorgung als regionale Regelversorgung“, Observer Gesundheit, 15.2.2021. [„Down to earth“ – von der „gutmütigen Utopie“ zur realen Welt - Observer Gesundheit \(observer-gesundheit.de\)](https://www.observer-gesundheit.de/2021/02/down-to-earth-von-der-gutmuetigen-utopie-zur-realen-welt-observer-gesundheit/)

Hildebrandt, H., Löschmann, C., Haase, N. (2023). Integrierte, transsektorale und interdisziplinäre Versorgungskonzepte nach dem Beispiel „Gesundes Kinzigtal“ In: Nieper, Ekkernkamp, Glöckner (Hrsg.) Innovative Versorgungsmodelle im Krankenhausbereich. MVV-Verlagsgesellschaft, Berlin (erscheint in 2023)

WEF – World Economic Forum (2023). The Moment of Truth for Healthcare Spending: How Payment Models can Transform Healthcare Systems. https://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Moment_of_Truth_for_Healthcare_Spending_2023.pdf (letzter Zugriff 20.2.23)

Robert Koch-Institut (2022): Ergebnisdatensatz BURDEN 2020 – Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen, Berlin:Zenodo. DOI: 10.5281/zenodo.7323766 [Burden 2020 – RKI](https://zenodo.org/record/7323766/files/Burden_2020_-_RKI.pdf) (Zugriff 5.3.2023)

Siemens Healthineers (2021). How population health management can transform care delivery. Insights Series, issue 25: An ounce of prevention is worth a pound of cure. [Siemens Healthineers · Insights Series S4 portrait · Template \(siemens-healthineers.com\)](https://www.siemens-healthineers.com/insights-series/s4-portrait-template)