10 Jahre Gesundes Kinzigtal

Qualität, Ethik und Wirtschaftlichkeit sind vereinbar

Während AOK-Chef Dr. Christopher Hermann bei der Vorstellung der aktuellen HZV-Evaluation die Hausarztzentrierte Versorgung als „Alternative Regelversorgung" bezeichnete, stimmte er mit Prof. Dr. Gerd Glaeske (Uni Bremen/Socium) darin überein, dass das „Gesunde Kinzigtal" ein „Entwicklungslabor für neue Versorgungselemente im deutschen Gesundheitssystem" sei – so auch sein gleichnamiger Vortragstitel anlässlich eines von der Gesundes Kinzigtal GmbH, MQNK e.V. und der OptiMedis AG als verantworlichen Managementpartner veranstalteten Parlamentarischen Abends, mit dem der 10-jährige Geburtstag des Kinzigtals in der Berliner Landesvertretung von Baden-Württemberg feierlich begangen wurde. Eine Dekade „Gesundes Kinzigtal" – allemal ein guter Grund, zurück und vor allem nach vorne zu blicken.

>> Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), so die Diagnose Glaeskes, weise trotz eines hohen Standards nach wie vor Schwächen in der Kooperation, Koordination und Kommunikation auf, was Auswirkungen auf das Outcome habe. Und ebenso sei in vielen Bereichen immer noch eine Über-, Unter- und Fehlversorgung festzustellen, was er am Beispiel Chronischer Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz festmachte. So hätte es gerade bei Typ-2-Diabetes trotz DMP kaum Verbesserungen gegeben, was mit rund 40.000 Fußamputationen sowie 2.000 Dialysen und Erblindungen p.a. deutlich zu beobachten sei. Auch bei der Herzinsuffizienz gäbe es vor allem im höheren Alter (>75) mit circa 2,7 Millionen stationären Wiedereinweisungen kaum Verbesserungen.

Dafür macht er Defizite bei der „Chronic Care"-Versorgung verantwortlich, hauptsächlich aber eine mangelnde Kooperation bei der Behandlung chronischer Erkrankungen vor allem im Alter. Hier sei ein breiter Professionenmix im Rahmen abgestimmter Behandlungsabläufe als notwendige Basis bei der Versorgung älterer Menschen notwendig.

Ziele einer guten Versorgung in Gesellschaften längeren Leben seien als Aufgaben der GKV daher:

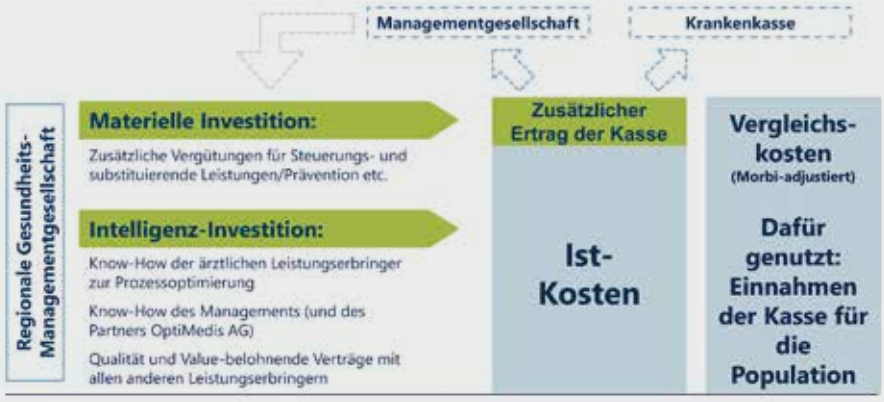
- **Qualitativ hochwertige „Primärversorgung"** (Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten) als Fundament; entscheidend: Koordination der Gesundheitsversorgung
- **Patientenzentrierte Versorgung** (person centred) mit Ausrichtung an Bedürfnissen bzw. Bedarf individueller, insbesondere chronisch Kranker (mehr integrierte Versorgung)
- **Regionale bzw. lokale Adaptation:** Anpassung an existierende Versorgungsstrukturen und lokale Erfordernisse/Präferenzen
- **Weiterentwicklung der Vergütungs-/Honorierungssysteme** (payment mix): kontaktunabhängig kombiniert mit qualitätsbezogenen Anreizen
- **Umfassende, horizontal + vertikal (sektorenübergreifend) koordinierte Grundversorgung aus einer Hand** (comprehensive, coordinated care) – Kontinuierliche Versorgung (long-term continuity)
- **Informationsverluste und diskontinuierliche Betreuung** (v.a. bei älteren chronisch Kranken) vermeiden
- **Gute Zugänglichkeit/Zugangsgerechtigkeit** (available, accessible, equitable): niedrigschwellige Erreichbarkeit nach objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen für alle Bevölkerungsgruppen
- **Auf Selektionsgefahren achten** (z.B. bei qualitätsorientierter Honorierung), daher Stärkung der Transparenz und der Patientenrechte

Ebenso sei aber auch eine enge „Verzahnung" mit der fachärztlichen Sekundärversorgung unabdingbar. Dazu gehöre die Fachärztliche Versorgung mit dem Ziel optimaler Koordination, was auch eine Änderung der bisherigen Organisations- und Honorarstrukturen bedinge, die für eine Überwindung der bisherigen ineffizienten sektoralen Konkurrenz zwischen der primären und der sekundärfachärztlichen Versorgung ausschlaggebend sei. Aber auch eine Neubestimmung der Position und Aufgabenstellung aller beteiligten Bereiche sei nötig, wie sie im „Gesunden Kinzigtal" vorexerziert werde, in dem der wichtige Schritt von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung sowie von der Fragmentierung zu einer gemeinsamen und durchlässigen Struktur bereits gegangen sei.

Und das mit inzwischen nachweisbarem Erfolg. So machte Bärbl Mielich, die neue Staatssekretärin im baden-württembergischen Ministerium für Soziales und Integration, in ihrem Grußwort vor den rund 200 Gästen deutlich: „Das Sozial- und Integrationsministerium steht hinter dem Modell Gesundes Kinzigtal." Sie sieht darin für ganz Baden-Württemberg ein Vorbild für eine regionale Übernahme von Versorgungsverantwortung, da das „Gesunde Kinzigtal" mit seinem Konzept einer gesundheitlichen Versor-

Ein neues Geschäftsmodell für die handelnden Akteure

- **Die Gesundes Kinzigtal GmbH** ist eine Gemeinschaftsgründung der OptiMedis AG und des Medizinischen Qualitätsnetzes Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK). Sie koordiniert und steuert die medizinische Gesamtversorgung für 33.000 Versicherte der Region Kinzigtal, für alle medizinischen Diagnosen und über alle Leistungserbringer hinweg. Grundlage ist ein im Jahr 2005 mit der AOK Baden-Württemberg abgeschlossener Vertrag zur Integrierten Versorgung. Diesem Vertrag hat sich die SVLFG (vormals LKK Baden-Württemberg) ein Jahr später angeschlossen.
- **Das Medizinische QualitätsNetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V. (MQNK)** ist ein Zusammenschluss von Haus- und Fachärzten und Psychotherapeuten im Kinzigtal. MQNK beschäftigt sich seit seiner Gründung 1993 mit innovativen, sektorübergreifenden Versorgungsfragen und hat 2005 zusammen mit der OptiMedis AG die Gesundes Kinzigtal GmbH gegründet. Die KVBW hat MQNK 2014 als erstes baden-württembergisches Praxisnetz nach § 87b Abs. 4 SGB V anerkannt (Basis-Stufe). 2015 erfolgte dann – als deutschlandweit erstes Praxisnetz – die Anerkennung nach Stufe II.
- **Die OptiMedis AG** ist eine Management- und Beteiligungsgesellschaft, die sich auf den Aufbau und den Betrieb innovativer Versorgungssysteme spezialisiert hat. Gemeinsam mit Leistungsanbietern und Krankenkassen entwickelt sie maßgeschneiderte Lösungen für die Integrierte (Voll-)Versorgung ganzer Populationen und setzt dabei auf enge Vernetzung, Prävention und erfolgsabhängige Vergütung. Zusätzlich betreibt die OptiMedis AG datengestützte Real-Life-Versorgungsforschung und macht sie für Integrierte Versorgungsmodelle nutzbar. Die OptiMedis AG ist Gesellschafter der Gesundes Kinzigtal GmbH



gung, die ganzheitlich, sektorenübergreifend, interprofessionell und innovativ ist, einen neuen Weg beschritten habe, der auf eine umfassende Versorgung setze und gleichzeitig die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten stärke. Mielich: „Für uns ist das ein erfolgreiches Zukunftsmodell."

Auch Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, bezeichnete das Kinzigtal als Entwicklungslabor; aber nicht nur für innovative Versorgungselemente, sondern auch für die „Neuausrichtung der wirtschaftlichen Anreize zugunsten eines vermehrten Patientennutzens". So trage die nunmehr über zehnjährige Intervention im Kinzigtal zu einer medizinisch und wirtschaftlich besseren Versorgung der Versicherten bei, was aber beileibe nicht nur in dieser Region möglich sei. „Wir wollen unser Versorgungsmodell auch mithilfe des Innovationsfonds auf weitere ländliche und städtische Regionen übertragen", gab Hildebrandt bekannt, geht gar eine Erfolgswette darauf ein: „Qualität, Ethik und Wirtschaftlichkeit lassen sich zusammen erbringen." Gezielte und optimierte Behandlung bei guter Einbeziehung eines bestmöglich informierten Patienten in einem „health literate"- Versorgungssystem führe zu einer Verbesserung des Gesundheitsstatus – dafür gebe es nicht nur international viel Evidenz, sondern nun mit den eben vorgelegten 10-Jahres-Ergebnissen auch welche aus Deutschland.

Die AOK Baden-Württemberg, die den Vertrag mit der Gesundes Kinzigtal GmbH Anfang des Jahres auf unbefristete Zeit verlängerte, prüft nun Hildebrandts Anliegen, das Modell Kinzigtal zu skalieren. So betonte ihr Vorstandsvorsitzender, Dr. Christopher Hermann, bereits im Vorfeld der Veranstaltung: „Wir sind davon überzeugt, dass unsere Erfahrungen aus der hausarztzentrierten Versorgung bestens mit der im Kinzigtal gelebten Versorgungspraxis harmonieren." Das Gesunde Kinzigtal habe sich als innovatives Modell für die Versorgung bewährt, daher plane die AOK die Ausschreibung eines weiteren Versorgungsansatzes nach dem Kinzigtaler Vorbild auch in anderen baden-württembergischen Regionen. Auch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), die beim Kinzigtal als Juniorpartner aktiv ist, sei an einem Ausrollen des Modells interessiert: „Für unsere Versicherten sind angesichts ihrer Arbeitsbedingungen die maßgeschneiderten Angebote besonders wertvoll. Es ist wünschenswert, diese Vorteile auch in andere Regionen anzubieten", erklärte Reinhold Knittel, Vorsitzender der Geschäftsführung der SVLFG. <<

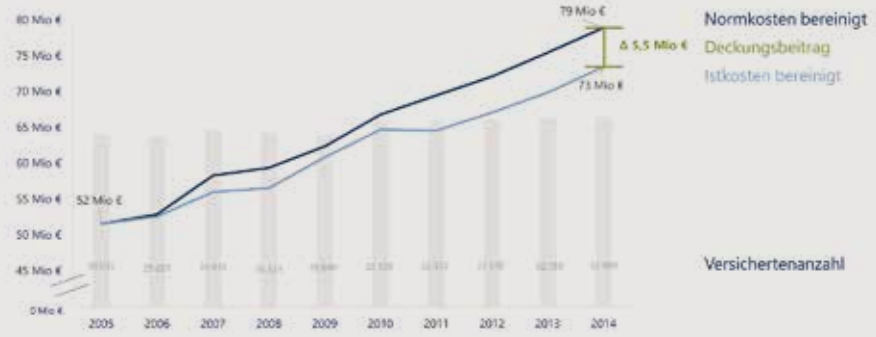
Nach 5 Jahren: 617 weniger verlorene Lebensjahre in der IV Gesundes Kinzigtal

Betrachtung relativ zum Zeitpunkt der Einschreibung (Kontrollgruppenteilnehmer erhalten Einschreibedatum des Matched Pairs)		Risikoadjustierte Kontrollgruppe (A) (n = 6.482) Anzahl	Mittelwert	Summe	IVGK-Eingeschriebene (B) (n = 6.482) Anzahl	Mittelwert	Summe	Δ B-A Anzahl	Mittelwert	Summe	Signifikanz (0,05) Chi-Quadrat	t-Test
Versicherte & Ø-Alter												
Zeitpunkt der Einschreibung	männlich	3.041	42,7		3.041	42,8		0	0,1			
	weiblich	3.441	47,7		3.441	47,7		0	0,0			
Verstorbene & Potential Years of Life Lost (YPLL) nach V2 (Stat. BA)												
+182 Tage		31	-9,5	-294,6	15	-11,0	-165,4	-16	-1,5	+129,2		
+1 Jahr (ohne +182 Tage)		34	-10,3	-351,7	20	-10,1	-202,8	-14	+0,2	+148,8		
+2 Jahre		73	-11,7	-853,1	61	-8,6	-521,9	-12	+3,1*	+331,3		0,032
+3 Jahre		89	-10,5	-921,0	73	-7,8	-568,9	-16	+2,7*	+352,1		0,029
+4 Jahre		71	-8,9	-631,2	79	-8,4	-661,3	+8	+0,5	-30,1		
+5 Jahre		80	-6,8	-541,1	87	-8,3	-726,0	+7	-1,6	-184,9		
Gesamt (+5 Jahre ohne +182 Tage)		347	-9,6	-3.298,1	320	-8,4	-2.680,9	-27	+1,2*	+617,2		0,045

Frauen scheinen von der IV Kinzigtal wesentlich stärker zu profitieren

Betrachtung relativ zum Zeitpunkt der Einschreibung (Kontrollgruppenteilnehmer erhalten Einschreibedatum des Matched Pairs)		Risikoadjustierte Kontrollgruppe (A) (n = 6.482) Anzahl	Mittelwert	Summe	IVGK-Eingeschriebene (B) (n = 6.482) Anzahl	Mittelwert	Summe	Δ B-A Anzahl	Mittelwert	Summe	Signifikanz (0,05) Chi-Quadrat	t-Test
Versicherte & Ø-Alter												
Zeitpunkt der Einschreibung	männlich	3.041	42,7		3.041	42,8		0	0,1			
	weiblich	3.441	47,7		3.441	47,7		0	0,0			
Verstorbene & Potential Years of Life Lost (YPLL) nach V2 (Stat. BA)												
+182 Tage		31	-9,5	-294,6	15	-11,0	-165,4	-16	-1,5	+129,2		
+1 Jahr (ohne +182 Tage)		34	-10,3	-351,7	20	-10,1	-202,8	-14	+0,2	+148,8		
+2 Jahre		73	-11,7	-853,1	61	-8,6	-521,9	-12	+3,1*	+331,3		0,032
+3 Jahre		89	-10,5	-921,0	73	-7,8	-568,9	-16	+2,7*	+352,1		0,029
+4 Jahre		71	-8,9	-631,2	79	-8,4	-661,3	+8	+0,5	-30,1		
+5 Jahre		80	-6,8	-541,1	87	-8,3	-726,0	+7	-1,6	-184,9		
Gesamt (+5 Jahre ohne +182 Tage)		347	-9,6	-3.298,1	320	-8,4	-2.680,9	-27	+1,2*	+617,2		0,045
Versicherte & Ø-Alter												
Zeitpunkt des Todes	männlich	156	76,9		157	77,4		-1	+0,6			
	weiblich	191	81,9		163	83,7		28	+1,8*			0,025

Entwicklung der Normkosten, Istkosten, Deckungsbeitrag und Versichertenanzahl



Hypothetische Kalkulation: Was würde das Solidarsystem sparen?



Abb. 1-3: Aus Vortrag „Gesundheitsoutcomes der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK)" und „Wie wirtschaftlich ist die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal" und „Gesundes Kinzigtal als Entwicklungslabor für neue Versorgungselemente im deutschen Gesundheitssystem", gehalten auf dem Parlamentarischen Abend, 6. Juni 2016, in der Vertretung des Landes Baden-Württemberg, Berlin.