

Hintergrundartikel zur Evaluation Integrierter Versorgung

Prävention von Pflegebedürftigkeit und vorzeitigem Versterben sowie weitere Outcome-Kriterien für den Erfolgsnachweis einer populationsorientierten, integrierten Versorgung – am Beispiel Gesundes Kinzigtal

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Dr. Christoph Löschmann, Dr. med. Dörte Tillack, Dr. Oliver Gröne

Es gibt viele Möglichkeiten, den Erfolg von Integrierter Versorgung zu evaluieren. Üblicherweise wird zwischen formativen und summativen Evaluationsansätzen unterschieden. Bei formativen Evaluationsansätzen steht die Optimierung der Prozesse, die zu den gewünschten Ergebnissen einer Intervention (hier der medizinische Outcome der Integrierten Versorgung) führen sollen, im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Die Analyse der Prozesse wird anhand von Prozessindikatoren durchgeführt und ist der summativen Evaluation vorgeschaltet. Sie dient der Kalibrierung der Prozesse auf der einen und der harten Ergebnisindikatoren der summativen Evaluation auf der anderen Seite. Aus diesem Grund – und auch weil die Wirkung der Integrierten Versorgung bei vielen Indikatoren erst mit einer Zeitverzögerung von mehreren Jahren eintritt – waren die Evaluationsstudien in den ersten 10 Jahren nach Einführung der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) vornehmlich auf Prozessindikatoren ausgerichtet. Dazu zählen die Zufriedenheit der Patient:innen, die Zufriedenheit der Leistungserbringer:innen, die Übereinstimmung der Arzneimitteltherapie mit den veröffentlichten Leitlinien und manchmal auch schon die Kosten der Versorgung. Die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) hat zu all diesen Prozessindikatoren seit ihrem Start im Jahr 2006 als Experimentierlabor gedient und über die Jahre viel Entwicklungsarbeit produziert¹.

Stärkerer Fokus auf Ergebnisindikatoren und verschiedene Zieldimensionen

Das langfristige Evaluationskonzept der IVGK sieht deshalb vor, dass neben den Prozessindikatoren in Zukunft stärker auf **Ergebnisindikatoren** fokussiert wird. Auch wenn es plausibel ist, dass eine hohe Zufriedenheit der Patient:innen und der Akteur:innen Indikatoren für ein mögliches positives Ergebnis einer Intervention darstellen, und der Annahme Raum gegeben werden kann, dass bei der Arzneimitteltherapie die veröffentlichten Behandlungsleitlinien berücksichtigt wurden, haben wir es im Hinblick auf den Outcome einer Integrierten Versorgung doch immer mit komplexen hypothetischen Wirkmechanismen zu tun. So kann z. B. eine Integrierte Versorgung, die sich auf eine stärkere Aktivierung der Patienten und ihre Motivierung zu mehr Bewegung ausrichtet, bei dem Prozentsatz der mit Betablockern behandelten Hypertoniepatienten möglicherweise schlechter scores als eine vergleichbare Regelversorgung ohne Unterstützung eines Kardio-Bewegungstrainings. Dies wird in der Betrachtung noch komplizierter, wenn Pharmakotherapie und Bewegungstraining interagieren. Die positiven Effekte auf den Gesundheitsstatus von Patient:innen lassen sich

¹ vgl. Veröffentlichungen rund um die Ergebnisse unter www.optimedis.de/publikationen

mit eindimensionalen Kriterien, wie beispielsweise die Medikationsquotienten bei vorhandener Morbidität, nicht valide abbilden. Hierzu bedarf es multipler Ergebniskriterien, die methodisch gesehen nur mit multivariaten Statistikmodellen überprüft werden können.

Interessant ist dabei die Frage, was eigentlich die **Zieldimension** von Integrierter Versorgung ist. Hierbei sind die verschiedenen Perspektiven der Beteiligten zu beachten.

- › Aus Patientensicht ist das Erleben einer besseren Kooperation der behandelnden Akteure und ein guter, flüssiger Informationsaustausch dieser Akteure untereinander sicherlich schon ein wichtiges Ziel. Allerdings ist dies nur dann ausreichend, wenn die optimale Gesundheit und die aus Patientensicht präferierte Therapie damit einhergeht – also das Ergebnis stimmt und der/die Patient:in entsprechend gefragt und in den Therapieprozess mit den zugehörigen Entscheidungen integriert wurde („Shared decision making“).
- › Aus ärztlicher Sicht und Sicht der anderen Gesundheitsakteur:innen ist ebenfalls der Informationsfluss über die Berufsgruppen und Behandelnden hinweg ein wichtiger Indikator für die Arbeits- und Berufszufriedenheit, ebenso wie die gemeinsame therapeutische Ausrichtung – natürlich auch einhergehend mit der Fairness der Honorierung. Und Patient:innen erfolgreich bei der (Wieder-)Herstellung von Gesundheit bzw. der besseren Bewältigung von Erkrankungen geholfen zu haben, ist ohnehin das Grundmotiv der eigenen Berufstätigkeit.
- › Für die Krankenkassen (aus ihrer Vertretungsrolle für die Solidargemeinschaft der Versicherten betrachtet) rückt eine andere Ausrichtung in den Vordergrund. Hier stellt sich die Frage nach der Effizienz der Versorgung: Führt die Versorgung bei geringstmöglichen Kosten zu einem qualitativen Ergebnis, das zunächst im laufenden Jahr (und auch in der absehbaren Zukunft) keine unnötigen Kosten produziert und für den/die Patient:in keinen Anlass zur Beschwerde gibt oder sogar zu einem Krankenkassenwechsel führt.
- › Für die kommunale Gebietskörperschaft kommt bei populationsorientierter Integrierter Versorgung noch verstärkend ein anderes Interesse hinzu, das sich um die Frage rankt, wie gut und sicher die Versorgung vor Ort ist – also die lokale Bevölkerung zufrieden und die Attrahierung von Unternehmen und Arbeitskräften durch eine gesicherte Versorgung gewährleistet ist und gleichzeitig ein hoher Gesundheitsstatus der Bevölkerung die Region in einem positiven Licht erscheinen lässt.

In einer Gesamtbetrachtung ist das erwirkte Gesundheitsergebnis für die lokale Bevölkerung (aus Sicht der Patient:innen, der Akteur:innen und der Kommunen möglichst für alle Menschen in der Region, für die Krankenkassen aktuell noch begrenzt auf die eigenen Versicherten) also ein verbindendes Glied für die unterschiedlichen Interessen. Es stellt sich somit zusammenfassend die Frage, wie dieses Gesundheitsergebnis valider gemessen werden kann, als dies mit einer Vielzahl an Einzelkriterien möglich ist.²

² vgl. hierzu den methodischen Ansatz und die Ergebnisse der INTEGRAL-Studie: Schubert, I. et al. (2021). 10-Jahres-Evaluation der populationsbezogenen integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Aufbau- und Konsolidierungsphase, Innovationsfonds. Abgerufen 9. Juli 2021 von https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/24/2020-12-18_INTEGRAL_Ergebnisbericht.pdf

Spätere Pflegebedürftigkeit und gewonnene Lebensjahre als Spiegel optimierter Versorgung

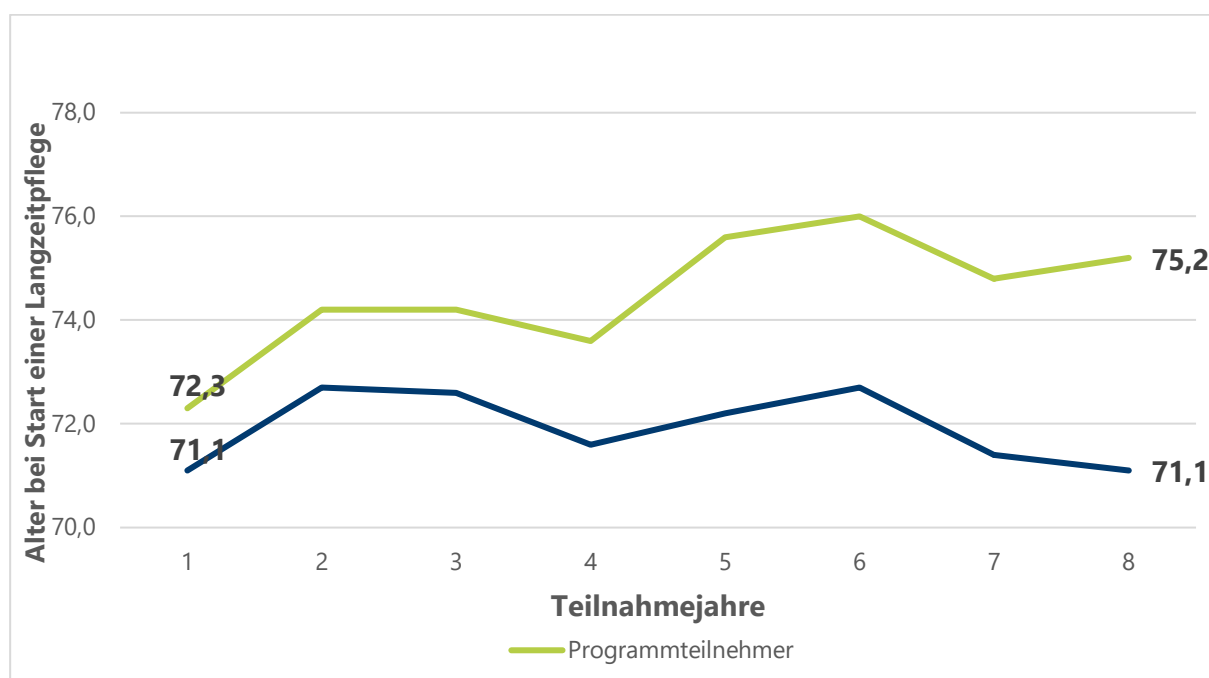
Im Zuge der ersten Evaluation von Gesundes Kinzigtal durch die pmv-Forschungsgruppe³ wurden wir auf einen Indikator aufmerksam, der zunächst Überraschung auslöst. Der **Startzeitpunkt einer Langzeitpflegebedürftigkeit**. Das heißt: Bei welchem Lebensalter wird den Versicherten zum ersten Mal ein Pflegebedürftigkeitsgrad attestiert? In den GKV-Routinedaten wird dieser Indikator erfasst und durch den Medizinischen Dienst wird er über ein Begutachtungsverfahren vergeben – er ist relativ manipulationsresistent für die Partner eines Integrierten Versorgungssystems, wenn die Informationen bzgl. der Möglichkeit der Beantragung von Pflegebedürftigkeit wie im Kinzigtal über neutrale Pflegestützpunkte gleichmäßig gestreut wird. Und der besondere Vorteil drückt sich darin aus, dass sich in dem Alterszeitpunkt auch ein **Ergebnis der direkten wie auch indirekten Effekte** darstellt, die sich aus der Etablierung von Versorgungsprogrammen für chronische Erkrankungen, aus der Behandlungsintensität, dem Medikationsverhalten der Ärzte, wie auch aus der Stärkung von Selbstmanagement, Gesundheitskompetenz und Aktivierung sowie aus dem verstärkten Einsatz von Bewegungsempfehlungen, Ernährungsunterstützung, Raucherentwöhnung etc. resultieren. Ziel vieler Aktivitäten im Kinzigtal war – neben der verbesserten Vernetzung und Information der Partner in der Behandlungskette – die allgemeine Gesundheitsförderung und die Optimierung der Versorgung bei schon aufgetretenen chronischen Erkrankungen und damit im Endeffekt die zeitliche Verschiebung des Auftretens bzw. der Progression von Erkrankungen⁴. Ein Erfolg dieser Maßnahmen würde sich dann zum einen in einer zeitlichen Verschiebung des Eintretens der Langzeitpflege, gegebenenfalls auch des Renteneintrittsalters und als Endpunkt in einem späteren Sterbealter widerspiegeln. Zwei Beispiele zeigen, dass genau dieser Erfolg in Gesundes Kinzigtal (GK) eingetreten ist.

So wurden in einer Analyse Versicherte, die an den Programmen von Gesundes Kinzigtal teilgenommen haben, mit ähnlich alten und kranken Versicherten verglichen, die im Kinzigtal wohnten, aber nicht in Gesundes Kinzigtal eingeschrieben waren. Das durchschnittliche Alter der Personen, die im ersten Jahr nach Teilnahme an einem Versorgungsprogramm eine Langzeitpflege (=Pflegestufe/-grad von mindestens 1) erhielten, lag bei den Programmteilnehmern bei 72,3 Jahren. Die Nicht-GK-Teilnehmer waren beim Start einer Langzeitpflege mit durchschnittlich 71,1 Jahren 1,2 Jahre jünger. Während das durchschnittliche Alter bei Start einer Langzeitpflege bei Programmteilnehmern acht Jahre nach (erstmaliger) Teilnahme an einem Versorgungsprogramm um 2,9 Jahre auf 75,2 Jahre zunahm, blieb das durchschnittliche Alter der Nicht-GK-Teilnehmer (mit Schwankungen in den Jahren dazwischen) konstant bei 71,1 Jahren. Aus epidemiologischer Sicht ist eine Morbiditätskompression erzielt worden (Fries 1989, Seaman et al 2020).

³ vgl. Schubert I, Siegel A, Köster I, Ihle P. [Evaluation of the population-based 'Integrated Health Care System Gesundes Kinzigtal' (IHGK). Findings on health care quality based on administrative data]. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen 2016 Nov;117:27-37, doi: 10.1016/j.zefq.2016.06.003. [der vollständige Bericht ist auf Anfrage bei den Autoren erhältlich]

⁴ vgl. Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulte, T., Hermann, C., Riedel, H., Schubert, I., Köster, I., Siegel, A. & Wetzels, M. (2015). Triple-Aim-Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. Bundesgesundheitsblatt, 4-5/2015, 383-392. [Link](#)
und: Stunder, J., Schmitt, G., Auel, M., Hildebrandt, H., Merck, P. (2019). Unterstützung von Selbstmanagement und Patient-Empowerment – ein zwingender Bestandteil erfolgreicher Integrierter Versorgung. Das Beispiel Gesundes Kinzigtal. In: Seidel, G., Meierjürgen, R., Melin, S., Krug, J., Dierks, M.-L. (Hrsg.): Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen, Baden-Baden 2018, Nomos Verlagsgesellschaft, 131-147. [Link](#)

Abbildung 1: Alter bei Start einer Langzeitpflege in Gesundes Kinzigtal im Kontrollgruppenvergleich (Pflegestufe /-grad von ≥ 1)



Quelle: Eigene Darstellung, Auswertung OptiMedis AG⁵

Unterstützt wird diese Interpretation durch eine interne Regionalauswertung zum Thema Pflege im Kinzigtal. Diese hat gezeigt, dass die durchschnittlichen jährlichen Pflegekosten der sozialen Pflegeversicherung pro Pflegebedürftigem im Kinzigtal zwischen den Jahren 2014 und 2016 um 14 % unter dem bundesdeutschen Durchschnitt lagen. Auch die durchschnittliche Anzahl an Krankenhausfällen pro 100 Pflegebedürftigen in einem Jahr war im Kinzigtal im selbem Beobachtungszeitraum rund 15 % niedriger als im bundesdeutschen Durchschnitt, was sich auch im Vergleich der durchschnittlichen jährlichen Krankenhauskosten pro Pflegebedürftigem im Durchschnitt signifikant ausgewirkt hat⁶.

Eine weitere Kennzahl für das erzielte Gesundheitsergebnis liegt in dem beobachteten **Sterbealter** bzw. in der Differenz der eigentlichen Lebenserwartung minus dem realen Sterbealter, also der **vorzeitigen bzw. verringerten Sterblichkeit**. Wir nutzen dafür die Kennziffer "Year of potential life lost or gained (YPLLG)". Auch diese Kennziffern sind manipulationsresistent, in ihr manifestieren sich ebenfalls die langfristigen Effekte von Gesundheitsförderung und Patientenaktivierung. Konnten Schubert u. a.⁷ sowie Pimperl u. a.⁸ schon eine Reduktion des allgemeinen Sterblichkeitsrisikos nachweisen, so zeigen neuere Analysen einen Fortbestand dieses Befunds nach Adjustierung des Baseline-Risikos in der Interventions- und Kontrollgruppe. Mithilfe von Entropy-Balancing-Matching-Verfahren, die gegenüber den etablierten Propensity-Score-Matching-Verfahren Vorteile bei der Generierung der Kontrollgruppe bieten und allgemein in einer geringeren

⁵ Preprint. Eine wissenschaftliche Publikation ist für 2021 in Arbeit.

⁶ Analyse durch die OptiMedis AG im Auftrag von Gesundes Kinzigtal

⁷ Schubert u. a.: Evaluation der populationsbezogenen ‚Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal‘ (IVGK). In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 117/2016, S. 27–37.

⁸ Pimperl u. a.: Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health. In: Population Health Management 3/2017, S. 239–248.

Verzerrung der Schätzwerte resultieren,^{9,10} kann auf eine größere Stichprobe zurückgegriffen werden (da weniger Versicherte aufgrund fehlender Zwillinge verlorengehen) und die statistische Power erhöht wird. Jeder gestorbene GK-Teilnehmer hatte nach dieser Analyse im Durchschnitt zu den schon 15,9 im Saldo gegenüber ihrer „normalen“ Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahren noch einmal 3,9 Lebensjahre mehr dazugewonnen gegenüber den Nichtteilnehmern an Gesundes Kinzigtal¹¹. Durchschnittlich starben die GK-Teilnehmer:innen mit 79,9 Jahren, während die acht Jahre vorher nach dem Entropy-Balancing-Matching Verfahren als Kontrollgruppe gefundenen Nicht-GK-Teilnehmer:innen im Durchschnitt mit 77,1 Jahren starben. Insgesamt starben in den sechs Folgejahren nach Einschreibung 126 GK-Teilnehmer:innen weniger als in der Kontrollgruppe (Nicht-GK-Teilnehmer:innen, Matched Pairs). Dadurch liegt das Sterberisiko bei GK-Teilnehmern um 19 % niedriger als bei Nicht-GK-Teilnehmern.

Tab. 1: Entropy Balancing von Mortalitätskennziffern in „Gesundes Kinzigtal“

Nach 6 Jahren	GK-Teilnehmer (N = 8.314)	Nicht-GK-Teilnehmer (N = 8.314)	Differenz (GK – Nicht-GK)
Anzahl Verstorbener	501	627	-126
Year of potential life lost and gained (YPLLG) (Lebenserwartung – Sterbealter)	9.908,9	9.978,1	3,9 pp
Durchschnittliches Sterbealter	79,9	77,1	2,8

Quelle: Eigene Darstellung, Analyse OptiMedis AG¹²

Herausforderungen und Ausblick: Nutzung von Routinedaten für die Qualitätssicherung in der Integrierten Versorgung

Eine Herausforderung der hier beschriebenen Ergebnisindikatoren ist, dass sie erst über längere Zeitabschnitte gesehen messbar werden. Insofern bleiben integrierte Versorgungslösungen auch weiterhin auf kurzfristige Prozessindikatoren angewiesen. Die AOK arbeitet daran u. a. mit der Erhebung der QuATRo-Indikatoren, die für „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ stehen. Die methodische Grundlage für QuATRo liefert das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA). Der Vorteil der zügigeren Betrachtung (im Schnitt erfolgt die Datenlieferung an die Netze ungefähr 14 Monate nach dem Ablauf eines Behandlungsjahres) geht allerdings auch mit einer Begrenzung der Auswertungen einher. In diesem Fall beziehen sich die Daten jeweils nur auf die behandelten Patient:innen der AOK der jeweilig an dem Netz beteiligten Ärzt:innen: Da sich am QuATRo-Projekt der AOK deutschlandweit 43 Arztnetze beteiligen, liegen insgesamt Vergleichswerte für rund 27 Millionen AOK-Versicherte vor. Der QuATRo-Bericht von 2021 (Bezugsrahmen: AOK-Routinedaten bis 2019) analysiert 15 Qualitätsaspekte wie die leitliniengerechte Versorgung der behandelten Patient:innen mit Medikamenten oder die Verhinderung von Krankenhaus-

⁹ Parish u. a.: Using entropy balancing to strengthen an observational cohort study design. In: Health Services and Outcomes Research Methodology 1/2018, S. 17–46.

¹⁰ Matschinger u. a.: A Comparison of Matching and Weighting Methods for Causal Inference Based on Routine Health Insurance Data, or: What to do If an RCT is Impossible. In: Gesundheitswesen S 02/2020, S139–S150.

¹¹ Rechnungsweg: GK-Teilnehmer: $9.908,9 / 501 = 19,8$ gewonnene Jahre pro Person, Nicht GK-Teilnehmer: $9.978,1 / 627 = 15,9$ gewonnene Jahre pro Person

¹² Wissenschaftliche Veröffentlichung in Arbeit für 2021

Aufenthalten. Ebenfalls eine Rolle bei der Auswertung spielen Aspekte der Patientensicherheit, wie die Verordnung von potenziell inadäquaten Medikamenten im höheren Lebensalter.

Besonders gut abgeschnitten hat Gesundes Kinzigtal in folgenden Bereichen, in denen die Versorgungsqualität über dem Landesdurchschnitt liegt:

- › Stationäre Aufenthalte: Der Indikator gibt an, wie groß die Zahl der stationären Aufenthalte je Netzteilnehmer ist. Im GK-Versorgungsgebiet wurden ca. 7 % weniger stationäre Aufenthalte als im Landesdurchschnitt verzeichnet. Damit gehört Gesundes Kinzigtal zu den niedrigsten 25 % der Netz-Werte.
- › Influenza-Impfrate: Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der über 60-jährigen Netzteilnehmer ist, die eine Influenza-Impfung erhalten haben. Vor allem ältere Menschen können ihr Risiko, an einer Influenza zu erkranken, im Mittel durch die Impfung in etwa halbieren. Die Influenza-Impfung stellt daher eine wesentliche Präventionsmaßnahme bei älteren Menschen dar. Durch die guten Informationsangebote und den guten Arzt-Patientenkontakt sowie eine eigene Impf-Arbeitsgruppe der Ärzte ist im Kinzigtal fast jeder zweite über-60-jährige geimpft (47,46 %)
- › Betarezeptorenblocker: Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der Netzteilnehmer mit Herzinsuffizienz und Verordnung von Beta-Rezeptorenblockern mit nachgewiesenem Zusatznutzen an allen zu versorgenden Netzteilnehmern mit Herzinsuffizienz ist. Mit einer Quote von 73,74 % liegt Gesundes Kinzigtal hier mehr als 9 %-Punkte über dem Landesdurchschnitt.
- › Orale Antikoagulantien bei Vorhofflimmern: Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der Netzteilnehmer ab 65 Jahren mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern mit Verordnung von oralen Antikoagulantien, an allen zu versorgenden Netzteilnehmern ab 65 Jahren mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern ist. Für Patienten mit Vorhofflimmern (ca. 15–30 % aller Patienten mit Herzinsuffizienz) ist der Nutzen einer oralen Antikoagulation bereits in den 90er Jahren durch eine Metaanalyse über 5 RCT belegt (Atrial Fibrillation Investigators, 1994). Zur Verhinderung eines thromboembolischen Ereignisses sollten alle Patienten mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern mit mittlerem Thromboembolierisiko (CHA2DS2-VASc-Score von 2 oder mehr) bei fehlenden Kontraindikationen oral antikoaguliert werden. Bei Gesundes Kinzigtal ist dies bei 92,9 % der Patienten (Landesdurchschnitt: 88,1%) der Fall.
- › Inhalative Corticosteroide: Da Asthma bronchiale auf eine Entzündungsreaktion der Bronchialschleimhaut zurückzuführen ist, stellt die anti-entzündliche Therapie den entscheidenden Therapiebaustein dar. An vorderster Stelle steht hierbei die Gabe von inhalativen Corticosteroiden. Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der Netzteilnehmer mit Asthma und Verordnung von inhalativen Corticosteroiden (ICS) an allen zu versorgenden Netzteilnehmern mit Asthma ist. Bei Gesundes Kinzigtal liegt der Wert bei 53,37 und damit mehr als 5 %-Punkte über dem Landesdurchschnitt.

Gesundes Kinzigtal nutzt die praxisspezifischen Auswertungen auch für das netzinterne Qualitätsmanagement. Praxen mit besonders guten Ergebnissen teilen dabei in regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkeln ihr „Best-Practice“-Wissen mit den Netzpartnern. Dadurch lässt sich die Versorgungsqualität sukzessive verbessern, was den Patient:innen zugutekommt und letztendlich in signifikanter Weise Kosten spart. Im laufenden Jahr 2021 wurden bei Gesundes Kinzigtal zusammenfassend bereits folgende Maßnahmen initiiert:

- › Steigerung der **Patientenbefähigung** und **Gesundheitskompetenz** durch Patient:innenschulungen vor allem im Bereich von chronischen Krankheiten wie z. B. Diabetes mellitus.

- › **Sensibilisierung** von Ärzt:innen und Patient:innen im Hinblick auf das Thema Depressionen: Fokus liegt hier auf der verbesserten Identifikation der Krankheit und deren Schweregradbestimmung durch die **Ärzteschaft**, die anschließende Festsetzung der bestmöglichen Behandlungsstrategie und der Entgegenwirkung einer Chronifizierung und Verschlechterung der Krankheit. Zur Stärkung des Selbstmanagements wird des Weiteren ein Infotag für **Patient:innen** geplant.
- › Ärztliche Thematisierung der Medikation (Polymedikation) vor allem bei Patienten über 65: Ein eigens mit Prof. Dr. Martin Wehling (Klinischer Pharmakologe, Universitätsmedizin Mannheim) bereits seit mehreren Jahren halbjährlich durchgeführtes Arzneimittelkonsil dient der Qualitätssicherung der pharmakologischen Therapie durch Überprüfung der Medikationspläne anhand von Behandlungsleitlinien wie auch der Fortbildung der Netzärzte. Aufgeklärt wird hier unter anderem zu den Themen Dauermedikationen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und dem klinischen Nutzen unterschiedlicher Medikamente. Gegenstand des Konsils sind auch neu auftretende Erkrankungen und deren Behandlung. So stand 2019 (vor der Ausbreitung des SARS-COV-2 Virus) auch das Thema Zoonosen auf dem Programm.

Zusammenfassend kommen wir noch einmal auf den Indikator Eintrittsalter von Pflegebedürftigkeit zurück. Für die Gesamtbeurteilung einer Integrierten Versorgung aus dem Blickwinkel von Patient:innen, Gesundheitsakteur:innen, Krankenkassen und Kommunen halten wir diesen Indikator für einen der interessantesten und auch vergleichsweise einfach und kostengünstig zu messenden Ergebniswert. Gerade seine Herkunft aus der Pflegeversicherung und damit einer benachbarten Sozialversicherung, aber nicht der Krankenversicherung selber, macht ihn u. E. nach besonders geeignet zur Ergebnismessung von Integrierter Versorgung – über die direkten wie indirekten Effekte hinweg. Dass er damit gleichzeitig auch ein ausgesprochen relevantes Problem der Qualität und der Versorgungs- und Finanzierungsfähigkeit der Zukunft trifft (bzgl. des Bedarfs an Pflegekräften, siehe das aktuelle Urteil des Bundesarbeitsgerichts zum Mindestlohn für Pflegekräfte und die Annahmen bzgl. der Kostensteigerung der Pflegeversicherung in den nächsten Jahren), macht die Verwendung noch umso interessanter.

Wir sind sehr an Kommentaren und einer Diskussion interessiert! Rückmeldungen gerne an:

Gesundes Kinzigtal GmbH

Dr. Christoph Löschmann, Geschäftsführer

c.loeschmann@gesundes-kinzigtal.de

Tel: +49 7831 96667-109

OptiMedis AG

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender

h.hildebrandt@optimedis.de

Telefon: +49 40 22621149-0