

Integrierte Versorgung „Gesundes Kinzigtal“: Niedrigere Sterberate und geringere Kosten

Helmut Hildebrandt, 20. Juni 2014, Stoos



OptiMedis AG & Gesundes Kinzigtal GmbH
Borsteler Chaussee 53, D – 22453 Hamburg
Tel: +49 40 514 855-11, Fax: +49 40 514 855-14
e-mail: h.hildebrandt@optimedis.de

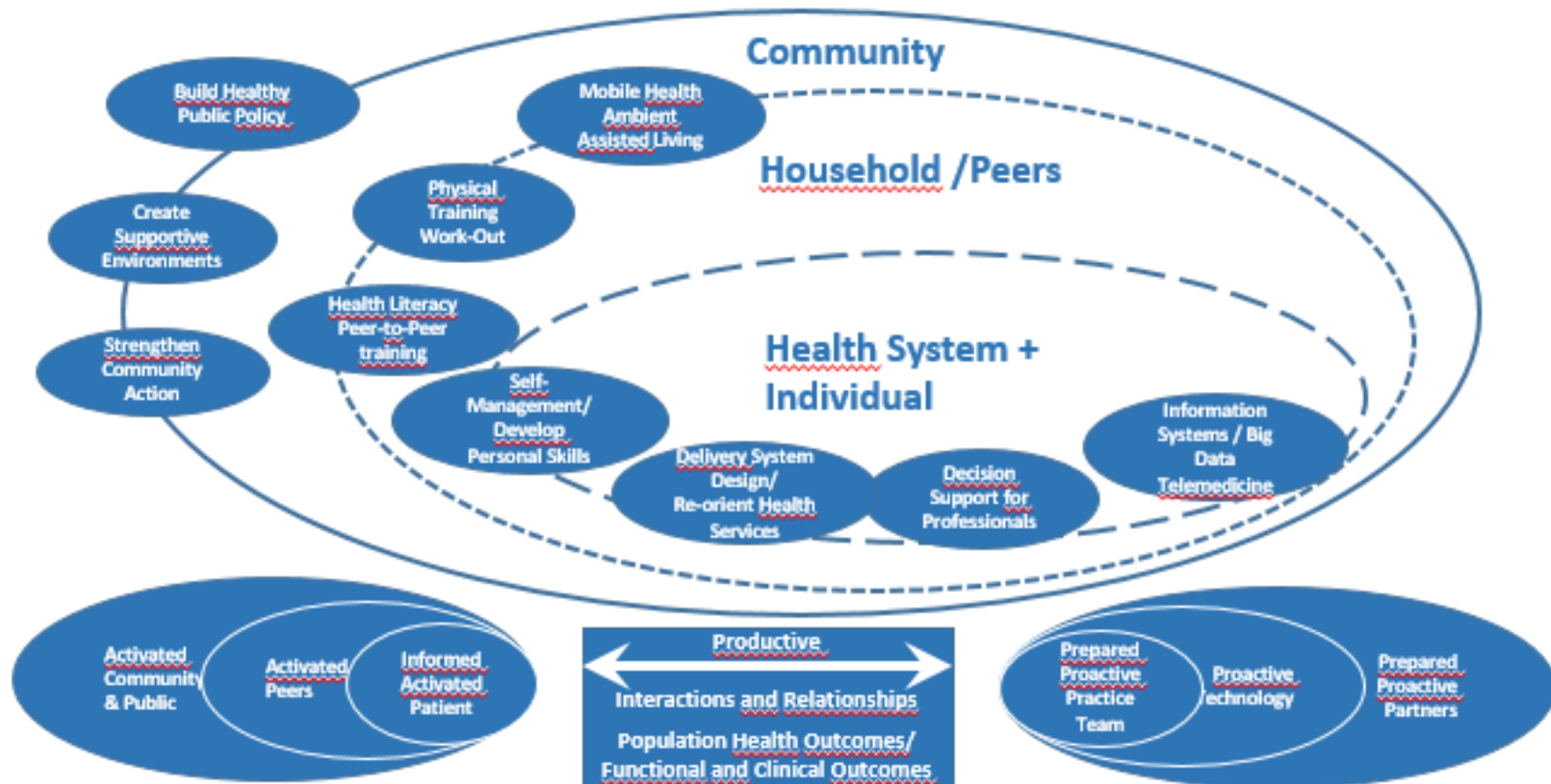
* Schweizerische Diabetes-Gesellschaft SDG ASD, Arbeitsgemeinschaft Osteoporose Schweiz OsteoSwiss, Konferenz der Kantonalen Ärzte Gesellschaften KKA/CCM, Ärzte mit Patientenapotheke ApA, H+ Die Spitäler der Schweiz, Zurich Heart House, Interpharma und Merck Sharp & Dohme-Chibret AG

Integrated Chronic Care Model[©]

- ✓ Den Patienten zum Selbstmanager seiner Erkrankung machen, Angehörige und soziales Umfeld aktivieren, Arzt und multidisziplinäres Team als Coach / Unterstützer
- ✓ Gesundheitskompetenz „Health Literacy“ erzeugen / „Peer-to-peer“ Ansätze aufbauen – systemische Intervention auf eine gesamte Region (und mit der Region, den Kommunen, Betrieben, Vereinen)
- ✓ Sport/Training und MobileHealth Lösungen - so weit wie möglich und solange Kosten-Nutzen Verhältnis überzeugt - nutzen und in den Therapieprozess integrieren
- ✓ „Big Data“ nutzen zum gezielten Einsatz und zum Lernen der Teams + laufenden Therapieoptimierung

© Hildebrandt / Goodwin 2014

The Integrated Chronic Care Model



Created by: Helmut Hildebrandt + Nick Goodwin (© 2014). Adopted and advanced from: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts & Darlene Ravensdale (2002) The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Itself advancing: Ed Wagner, B Austin and M von Korff (1996) Organizing Care for Patients with Chronic Illness

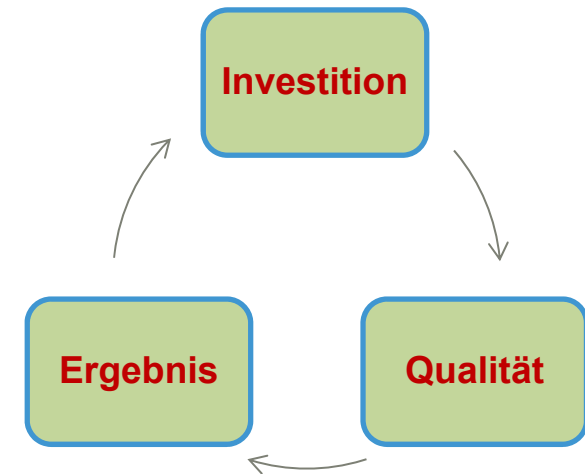
1. Wie können wir auf der Seite der Leistungserbringer ein ökonomisches Interesse an einer Umsetzung des „**Integrated Chronic Care Model**®“ entwickeln?
2. Wie können wir die überholte Trennung von „Public Health“ und „HealthCare“ (sowie Pflege / Sozialem) aufheben?
3. Welche ökonomische Systemumgebung ist dafür erforderlich, damit beides mit möglichst geringer Veränderung unserer bekannten Strukturen möglich wird ? Und wer wäre dafür ein möglicher Partner ?

- ✓ Seit 2000 (und zunehmend durch die Gesetzgebung unterstützt) gibt es in Deutschland die Möglichkeit der „Integrierten Versorgung“
- ✓ Ermöglicht (relativ) freie Verträge zwischen Krankenkassen und Gesundheitsnetzwerken
- ✓ Anfang 2006 starteten wir mit den mutigen Partner des Projekts – AOK Baden-Württemberg und LKK (jetzt LVLFG) – und der Gründung der Gesundes Kinzigtal GmbH (2/3 MQNK e.V. und 1/3 OptiMedis AG) einen solchen speziellen Langzeitvertrag für das Kinzigtal
- ✓ Bezug: Ca. 33.000 Versicherte der AOK und LKK, davon aktuell eingeschrieben als „Mitglieder“ ca. 9.600



- ✓ Qualität, Ethik und Wirtschaftlichkeit lassen sich zusammen erbringen !!!

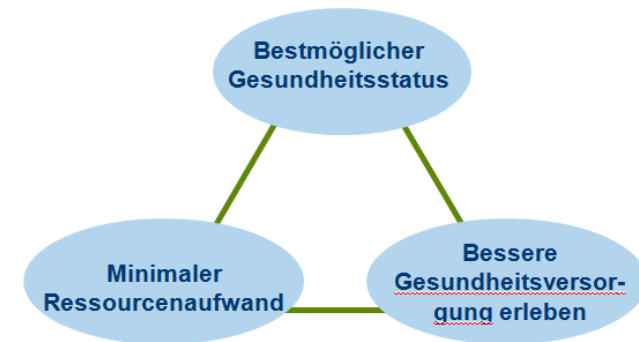
Die gezielte **Investition** in die Gesundheit und bessere Krankheitsbehandlung einer Population führt zu einer **Qualitätsverbesserung**, die ihrerseits wiederum zu einem besseren wirtschaftlichen **Ergebnis** für die Krankenkassen führt.



- ✓ Es gibt international so viel Evidenz, dass gezielte und optimierte Behandlung bei guter Einbeziehung des aufgeklärten und bestmöglich informierten Patienten zu einer Gesundheitsstatusverbesserung führt, dass wir es wagen, auf reiner Erfolgsbasis zu arbeiten.

- ✓ Vertragliche und konkrete Vernetzung von über 270 Leistungs- und Kooperationspartner und rund 500 Personen
- ✓ Ca. 58% der ärztlichen Kollegen der Region als Partner dabei
- ✓ Keine Beschränkung der freien Arzt-, Krankenhaus-, Pflegewahl
- ✓ Vergütung – balanciert: klassische Vergütung und gezielte Zusatzvergütung durch Gesundes Kinzigtal
- ✓ Ziel: Integration von Public Health, Gesundheitsförderung und verbesserter Versorgung
- ✓ Hypothese: Letztendlich müsste dies zu erhöhter Qualität und mittelfristig zu geringeren Gesamtkosten führen

„Triple Aim“ = Zieletrias eines verantwortlichen Gesundheitssystems

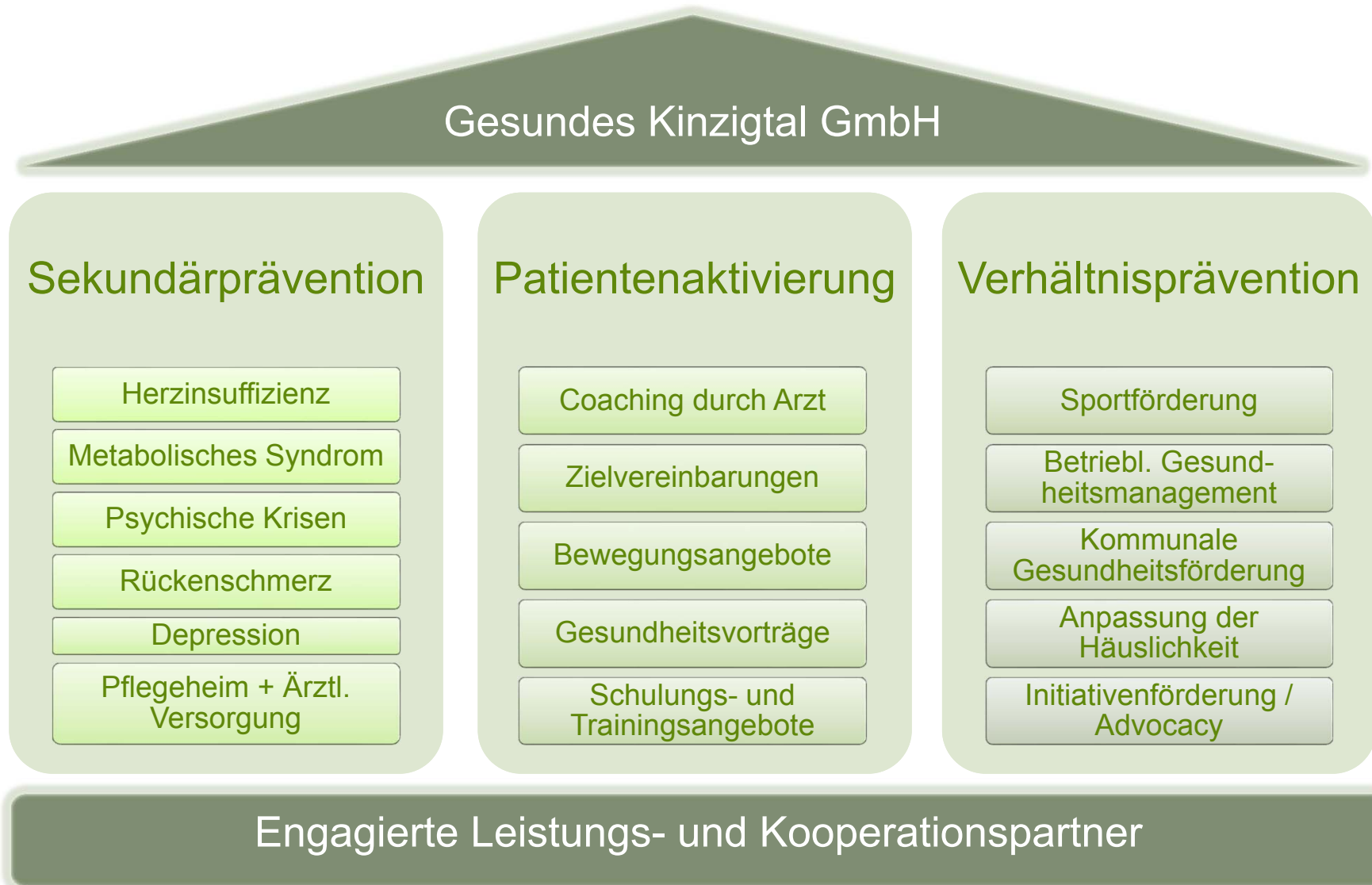


Triple Aim - better health, better health care and lower health care costs
© Hildebrandt 2012, in Anlehnung an Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. (2008).
The triple aim: care, health, and cost. Health Affairs 2008 May/June;27(3): 759-69.

Erfolgsfaktor: Ökonomie = Finanzierung nur über einen Anteil des Erfolgs

(nach einer eineinhalbjährigen Anschubphase)

- ✓ Die Gesundes Kinzigtal GmbH finanziert ihre laufenden Arbeiten zu ca. 85% aus den Einnahmen aus dem IV-Vertrag mit aktuell AOK und LKK (SVLFG), der Rest aus Drittmitteln von BMBF, Stiftungen, EU, Forschungsprojekten
- ✓ Die Einnahmen aus dem IV-Vertrag sind wiederum vollständig erfolgsabhängig, d.h. sie entstehen nur, wenn sich der Überschuss der beiden Krankenkassen für die Versicherten dieser Region gegenüber einem indexierten Zustand vor Projektstart erhöht hat. GK erhält in diesem Fall einen Anteil des zusätzlichen Überschusses.
- ✓ GK hat deshalb einen ständigen Anreiz zur weiteren Verbesserung von Versorgung und Gesundheit der Population.
- ✓ Adjustierung: In dem Überschuss der Krankenkassen drücken sich aufgrund der Systematik des Morbi-RSA/Gesundheitsfonds bereits die morbiditätsadjustierten Durchschnittskosten aller Krankenkassen aus.



- ✓ Herausforderung Erfolgsmessung im Gesundheitswesen

- ✓ Wir nutzen ein ganzes Bündel von Wegen:
 - Externe wissenschaftlicher Evaluation
 - Ökonomische Evaluation der Krankenkassen
 - Interne ökonomische Evaluation pro Programm aber auch für Eingeschriebene vs. Kontrollgruppe
 - Patientenzufriedenheit



**Evaluation der Integrierten Versorgung
„Gesundes Kinzigtal“
Über-, Unter-, Fehlversorgung
Berichtszeitraum 2004-2011**

Ingrid Schubert, Ingrid Köster, PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln

Generalversammlung 21. Mai 2014, Haslach im Kinzigtal

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- a) Durch die IV-Versorgung fand **keine Risikosektion** gesunder Versicherter statt, sondern es haben sich im Vergleich zu den Nicht-IV-Versicherten deutlich kränkere Versicherte eingeschrieben.
- b) Die **Kostenentwicklung** seit 2004 war mit Ausnahme der Heilmittel im Bereich der analysierbaren Sektoren: **Arzneimittel, stationäre Versorgung und Hilfsmittel günstiger als in der Vergleichsgruppe.**
- c) Eine aus dem anglosächsischen Raum gelegentlich berichtete bzw. befürchtete Negativentwicklung der Versorgungsqualität ist für die Region Kinzigtal nicht zu erkennen, stattdessen ist **mehrheitlich ein Rückgang von Über-, Unter- und Fehlversorgung und damit verbunden eine Qualitätssteigerung zu beobachten.**



Tab. 76

Kinzigal- und Vergleichspopulation (≥20 Jahre): Anteil der Versicherten mit Arbeitsunfähigkeit nach Beobachtungsjahr

Jahr	Anteil [%]		Arbeitsunfähigkeit			Veränderung Indexjahr 2004 = 100	
	Kinzigal [A]	Stand. BW* [B]	Differenz [A-B]	Odds ratio	95%-KI	Kinzigal	Stand. BW*
2004	51,2	51,4	-0,2	0,99	0,95-1,03	100	100
2005	51,9	52,3	-0,4	0,99	0,95-1,03	101	102
2006	49,2	50,6	-1,4	0,95	0,92-0,99	96	98
2007	51,6	53,3	-1,7	0,94	0,91-0,98	101	104
2008	52,7	55,0	-2,3	0,92	0,88-0,95	103	107
2009	51,6	54,2	-2,6	0,91	0,87-0,94	101	105
2010	49,7	53,1	-3,4	0,88	0,84-0,91	97	103

Population: AOK-Versicherte eingeschränkt auf Pflichtversicherte, Versicherte nach §155 AFG und freiwillig Versicherte

© PMV 2014

*) Standardisierung: jahresweise nach Altersgruppen und Geschlecht, Referenzpopulation: »Kinzigal«

Odds ratio: Referenz: Vergleichspopulation (≥20 J.), Adjustierungsvariablen: Geschlecht, Alter

AU-Daten für 2011 nicht verfügbar



Tab. 139

Kinzigtal- und Vergleichspopulation (≥ 20 Jahre): Anteil der Demenzpatienten mit Fraktur nach Beobachtungsjahr

Jahr	Demenz: Epidemiologisch sichere Fälle davon mit Frakturdiagnose						Frakturdiagnose Odds ratio	
	Anteil [%]		Differenz [A-B]	Veränderung des Anteils Indexjahr 2004 = 100				
	Kinzigtal [A]	Stand. BW* [B]		Kinzigtal	Stand. BW*			
2004	19,0	14,7	+4,3	100	100			
2005	14,6	14,4	+0,2	77	98	1,03	0,80-1,32	
2006	13,7	14,7	-1,0	72	100	0,92	0,71-1,18	
2007	14,6	14,8	-0,2	77	101	1,00	0,78-1,27	
2008	14,6	14,9	-0,3	77	101	0,98	0,77-1,25	
2009	16,4	15,4	+1,0	86	105	1,09	0,87-1,37	
2010	16,3	15,5	+0,8	86	105	1,08	0,86-1,36	
2011	14,8	15,7	-0,9	78	107	0,94	0,74-1,18	

Population: AOK-Versicherte

*] Standardisierung: jahresweise nach Altersgruppen und Geschlecht, Referenzpopulation: »Kinzigtal«

Odds ratio: Referenz: Vergleichspopulation (≥ 20 J.), Adjustierungsvariablen: Geschlecht, Alter, Charlsonscore im Vorjahr, Multimorbidität im Vorjahr

ICD: Fraktur S22, S32, S42, S62, S72, T10, T12, T14.2

© PMV 2014



Tab. 153

Kinzigtal- und Vergleichspopulation (≥20 Jahre): Anteil der Patienten mit affektiven Störungen, die einen Krankenhausaufenthalt wegen affektiver Störungen (ICD F30-F39) hatten, nach Beobachtungsjahr

Jahr	Affektive Störungen: Epidemiologisch sichere Fälle						Stationäre Diagnose ICD F30-F39	
	davon mit stationärer Diagnose ICD F30-F39			Veränderung des Anteils		Odds ratio	95%-KI	
	Anteil [%]		Differenz [A-B]	Indexjahr 2004 = 100				
Kinzigtal [A]	Stand. BW* [B]			Kinzigtal	Stand. BW*			
2004	4,1	2,9	+1,2	100	100			
2005	3,3	2,8	+0,5	80	97	1,16	0,89-1,52	
2006	3,8	2,8	+1,0	93	97	1,35	1,05-1,73	
2007	4,2	3,0	+1,2	102	103	1,41	1,11-1,78	
2008	4,1	3,0	+1,1	100	103	1,34	1,06-1,69	
2009	3,9	2,9	+1,0	95	100	1,33	1,05-1,68	
2010	3,4	2,7	+0,7	83	93	1,26	0,99-1,59	
2011	3,1	2,9	+0,2	76	100	1,06	0,83-1,37	

Population: AOK-Versicherte

© PMV 2014

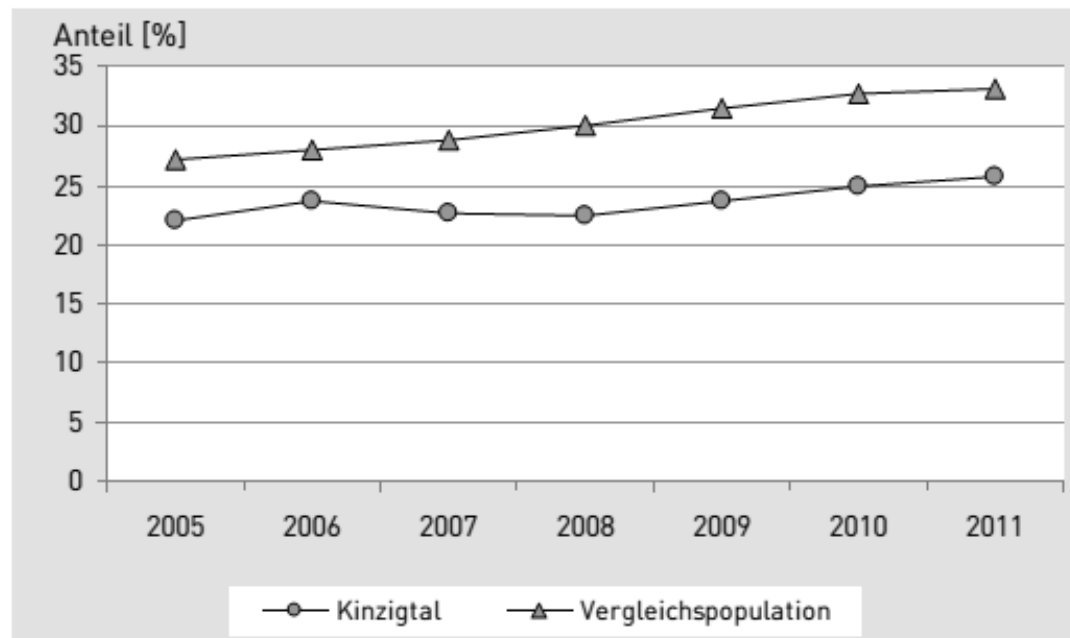
*] Standardisierung: jahresweise nach Altersgruppen und Geschlecht, Referenzpopulation: »Kinzigtal«

Odds ratio: Referenz: Vergleichspopulation (≥20 J.), Adjustierungsvariablen: Geschlecht, Alter, Charlsonscore im Vorjahr, Multimorbidität im Vorjahr

Es wurden stationäre Aufnahme- und/oder Hauptentlassungsdiagnosen berücksichtigt.

Outcome: Vermeidung von Frakturen bei Osteoporose

Kinzigtal- und Vergleichspopulation (≥ 20 Jahre): Anteil der Patienten mit Fraktur unter den bekannten Osteoporosepatienten nach Beobachtungsjahr



Im Kinzigtal von 22,0 auf 25,8%
In BaWü von 27,1 auf 33,2%

Population: AOK-Versicherte; bekannte Osteoporosepatienten:
Osteoporosepatienten im Beobachtungsjahr mit Dokumentation einer
Osteoporose im Vorjahr

*) Standardisierung: jahresweise nach Altersgruppen und Geschlecht,
Referenzpopulation: »Kinzigtal«
Fraktur: ICD s. Tab. 22 ohne Zusatz A/V

© PMV 2014

Abb. 18, Tab. 220, seit 2005 signifikant niedriger

Population:

- **Patienten mit erhöhtem Osteoporose-Risiko**

Ziele:

- **Prävention von Frakturen**
- **Lebensqualität erhöhen**

Methode:

- **Auffälligkeitsprüfung mittels Befragung und ggf. Knochendichtungsmessung per DXA**
- **Gestuftes Bewegungsprogramm u.a. bei Physiotherapeuten oder im Sportverein**
- **Individualisierte Medikation + Ernährungsberatung**
- **Beratungs- und Betreuungsangebot für Patienten / Angehörige**

Programmentwicklung: 2007

Programmteilnehmer: 790



- ✓ Propensity Score Matching über 4 Jahre nach Einschreibung, nicht Berücksichtigung des ersten Halbjahres (Vermeidung eines evtl. Einschreibungsbias):
- ✓ In der Interventionsgruppe verstarben danach **207 Versicherte gegenüber 240 Versicherten** in der Kontrollgruppe.
- ✓ Das durchschnittliche Alter zum Todeszeitpunkt liegt bei den IV Eingeschriebenen mit **78,9 Jahren** über dem Durchschnittsalter zum Todeszeitpunkt bei den Nicht-IV-Eingeschriebenen mit **77,5 Jahren**, d.h. eine **Verschiebung des Todeszeitpunktes um 1,4 Jahre**
- ✓ Die **5.396** hier erfassten und gematchten **Interventionsteilnehmer** haben insgesamt **636 Lebensjahre relativ zur Kontrollgruppe gewonnen**.

Es verstarben weniger Versicherte in der Interventionsgruppe (und sie verstarben durchschnittlich um 1,4 Jahre später)

Verstorbene Versicherte je Jahr nach Einschreibung	Gruppe				Chi-Quadrat Test nach Pearson
	Zwillinge (5.411)		Untersuchung (5.411)		Chi-Quadrat Sig.
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
+ ½ Jahr	26	0,48%	15	0,28%	0,085
+ 1 Jahr (ohne ½ Jahr)	31	0,58%	18	0,33%	0,063
+ 2 Jahre	68	1,29%	50	0,94%	0,096
+ 3 Jahre	76	1,46%	68	1,29%	0,502
+ 4 Jahre	65	1,26%	71	1,37%	0,605
Gesamt (ohne ½ Jahr)	240	4,46%	207	3,84%	0,111
Durchschnittsalter	77,50		78,89		

Tabelle 15: Anzahl verstorbener Individuen relativ zum Einschreibzeitpunkt

Auswertung der Mortalität – GK- eingeschriebene Mitglieder vs. Kontrollgruppe

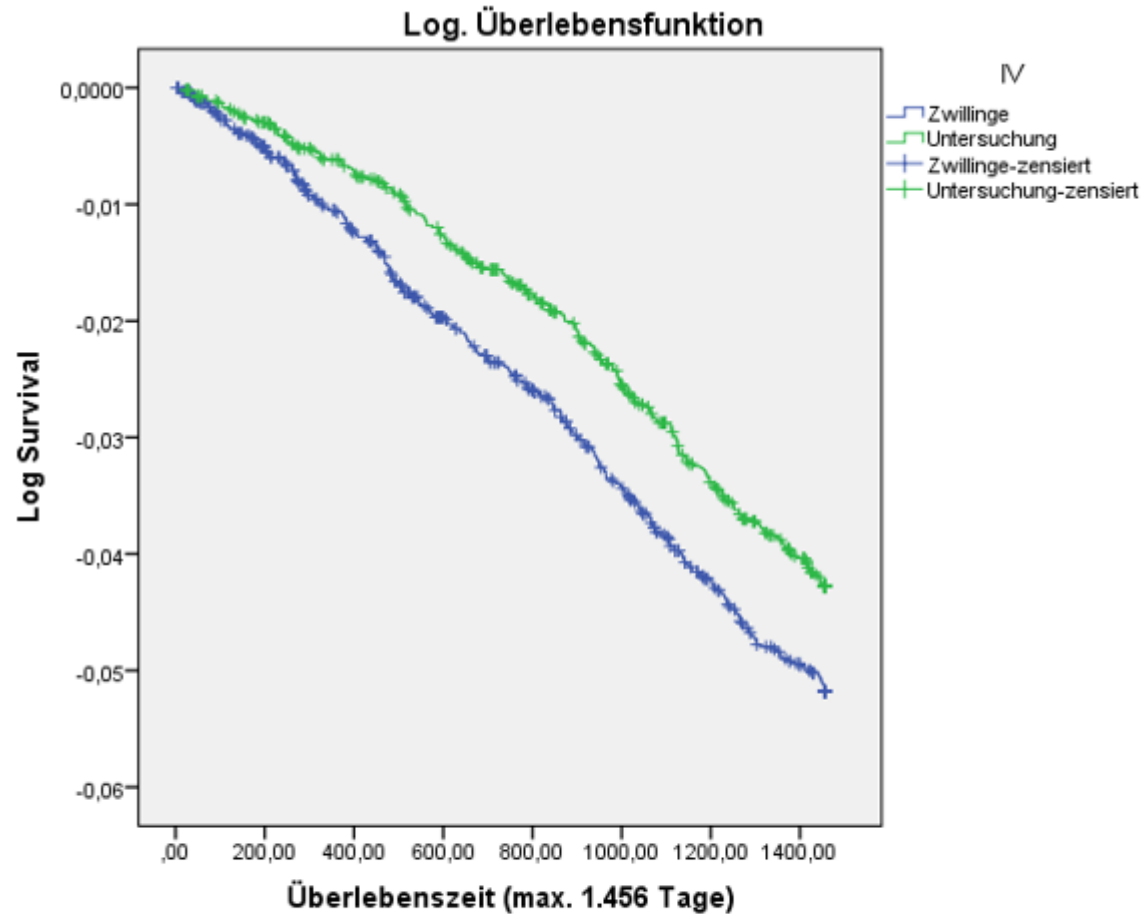


Abbildung 4: Log. Überlebensfunktionen IV-Untersuchungs- vs. IV-Kontrollgruppe
(log. skaliert; Zeit in Tagen; max. 1.456 Tage; Zensierung Versicherte mit unvollständiger Versiche-
renzeit, ohne Vermerk eines Todesdatum & Verstorbene 1. HJ)

Verstorbene Versicherte je Jahr nach Einschreibung	Gruppe				Chi-Quadrat Test nach Pearson
	Zwillinge (5.411)		Untersuchung (5.411)		T-Test Sig. p<,05
	Anzahl	Lebenserw. V2 - Alter bei Tod	Anzahl	Lebenserw. V2 - Alter bei Tod	
+ ½ Jahr	26	-	15	-	
+ 1 Jahr (ohne ½ Jahr)	31	-303,08	18	-264,37	
+ 2 Jahre	68	-865,48	50	-414,97	*
+ 3 Jahre	76	-916,75	68	-725,16	
+ 4 Jahre	65	-556,07	71	-601,29	
Summe		-2.641,38		-2.005,79	*
Differenz verl. Jahre	635,59				

Tabelle 18: Vergleich der Differenz Lebenserwartung (Trend V2) und tatsächliches Alter bei Tod

GEKIM – Gesundes Kinzigtal Mitgliederbefragung

Dr. Achim Siegel, Dr. Ulrich Stöbel
Dipl.-Psych. Eva Zerpies,
Bereich Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Medizinische Fakultät der
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hebelstraße 29
79104 Freiburg

**UNI
FREIBURG**

- ✓ Die Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg hat über eine Befragung die Zufriedenheit der Mitglieder von Gesundes Kinzigtal mit der Integrierten Versorgung und den Leistungspartnern untersucht.
- ✓ Ziel der Untersuchung war, die Patientenzufriedenheit in dem Integrierten Versorgungssystem darzustellen und anhand der Ergebnisse die Arbeit der Ärzte und die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal insgesamt weiter zu optimieren.
- ✓ 91,1 Prozent aller befragten, momentan eingeschriebenen Versicherten würden sich bestimmt oder wahrscheinlich wieder einschreiben

„Ich lebe jetzt insgesamt gesünder“ Positive Antwort korreliert mit der Intensität der Mitwirkung und der Intensität der Interventionen von GK („GEKIM“-Befragung Universität Freiburg – Mitgliederbefragung GK)

Alle Befragten:

26,1 %



GEKIM-Bericht zur Mitgliederbefragung 2012/13

Chronisch Kranke

31,7 %

Teilnehmer an GK-Programmen

37,6 %

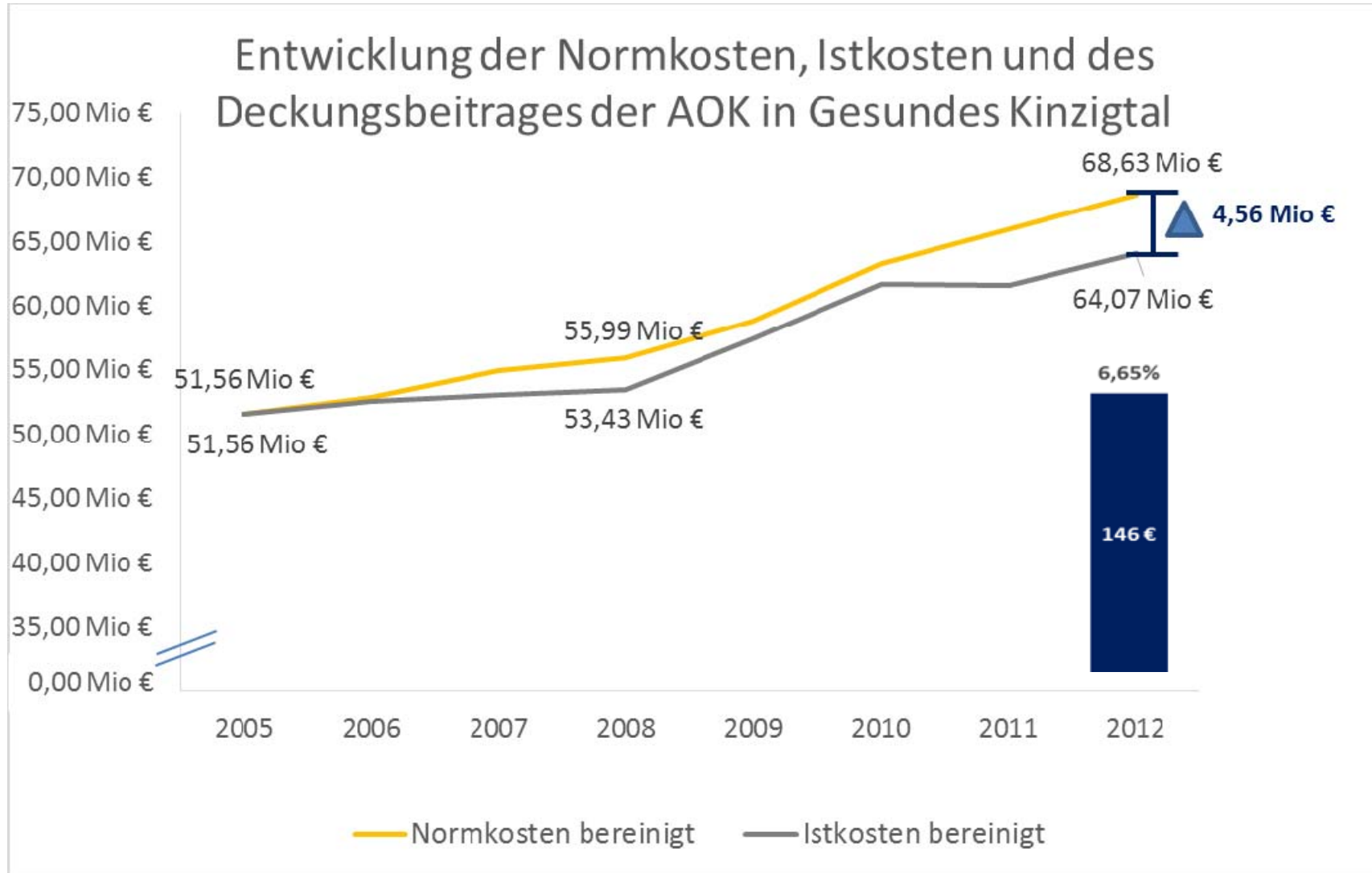
	Programmteilnehmer: Prozent (Häufigkeit)
Ich lebe jetzt insgesamt weniger gesund	0,6 (N=2)
Ich lebe nicht anders als vorher	59,8 (N=202)
Ich lebe jetzt insgesamt gesünder	37,6 (N=127)
Gesamt (gültige Antworten)	97,9 (N=331)
Keine Angabe	2,1 (N=7)
Gesamt	100,0 (N=338)

Patientenbefragung: Hohe Bereitschaft zur Weiterempfehlung insbes. wenn Ziele vereinbart waren

- ✓ Von den 26,9 Prozent der Befragten, die mit ihren Ärzten individuelle Gesundheitsziele zur Verbesserung ihres gesundheitlichen Zustandes (Zielvereinbarungen) abgeschlossen haben, würden sogar **98,8 Prozent** Gesundes Kinzigtal weiterempfehlen.
- ✓ Der Abschluss von Zielvereinbarungen geht auch einher mit der Angabe, sich besser betreut zu fühlen (**28,4%** zu 9,7%).
- ✓ Gleiches gilt auch für die Angabe, ob sie jetzt insgesamt gesünder leben: **45,4 %** derjenigen, die Ziele vereinbart haben, leben jetzt gesünder, während dies nur (allerdings immerhin auch noch) 19,7 % derjenigen angaben, die sich nicht an den Abschluss von Zielvereinbarungen erinnerten.

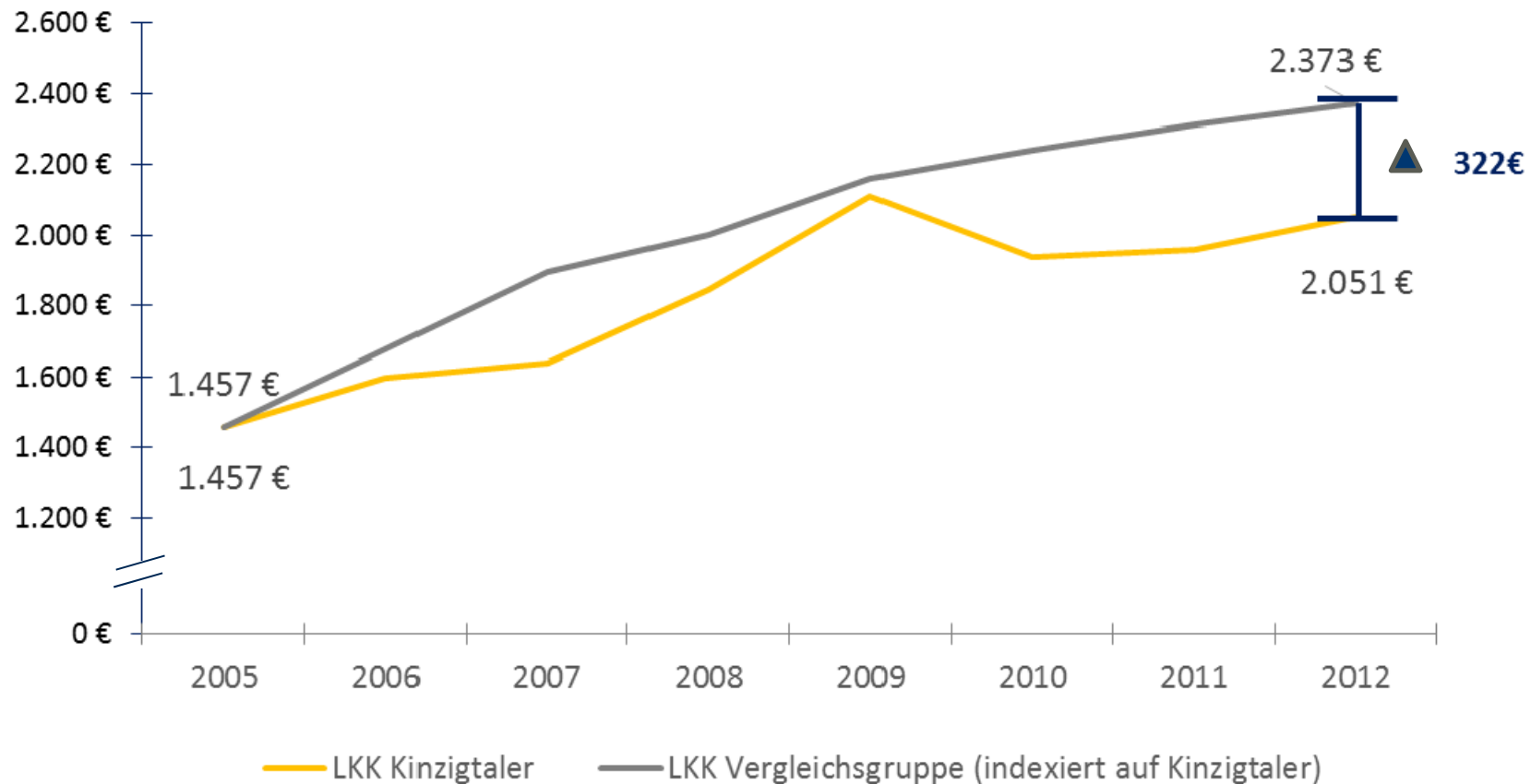
- ✓ Mit der Behandlung durch ihren „Arzt des Vertrauens“ in Gesundes Kinzigtal sind die befragten Versicherten zufrieden, das spiegelt sich durch die hohe Zustimmung auf der Zufriedenheitsskala wider.
- ✓ **17.2%** bezeichnen ihren „Gesamteindruck“ von ihrem „Arzt des Vertrauens“ sogar als „**ausgezeichnet**“, weitere **43.8%** antworteten auf diese Frage mit „**sehr gut**“.
- ✓ **Qualität der Arztkommunikation** spielt für die Gesamtzufriedenheit mit dem Arzt die wichtigste Rolle: Die Empathie ist dabei am wichtigsten („der Arzt geht auf meine Fragen, Sorgen und Ängste einfühlsam ein“), kurz darauf folgt der Aspekt, dass der Arzt Diagnosen, Ursachen und Behandlungsmethoden so erklärt, dass der Patient sie versteht.

Stetig bessere Ergebnisse gegenüber auf 2005 indexierten Normkosten - AOK



LKK / SVLFG: Mit 322 € pro Kopf für 2012 wurde eine noch höhere Differenz erarbeitet

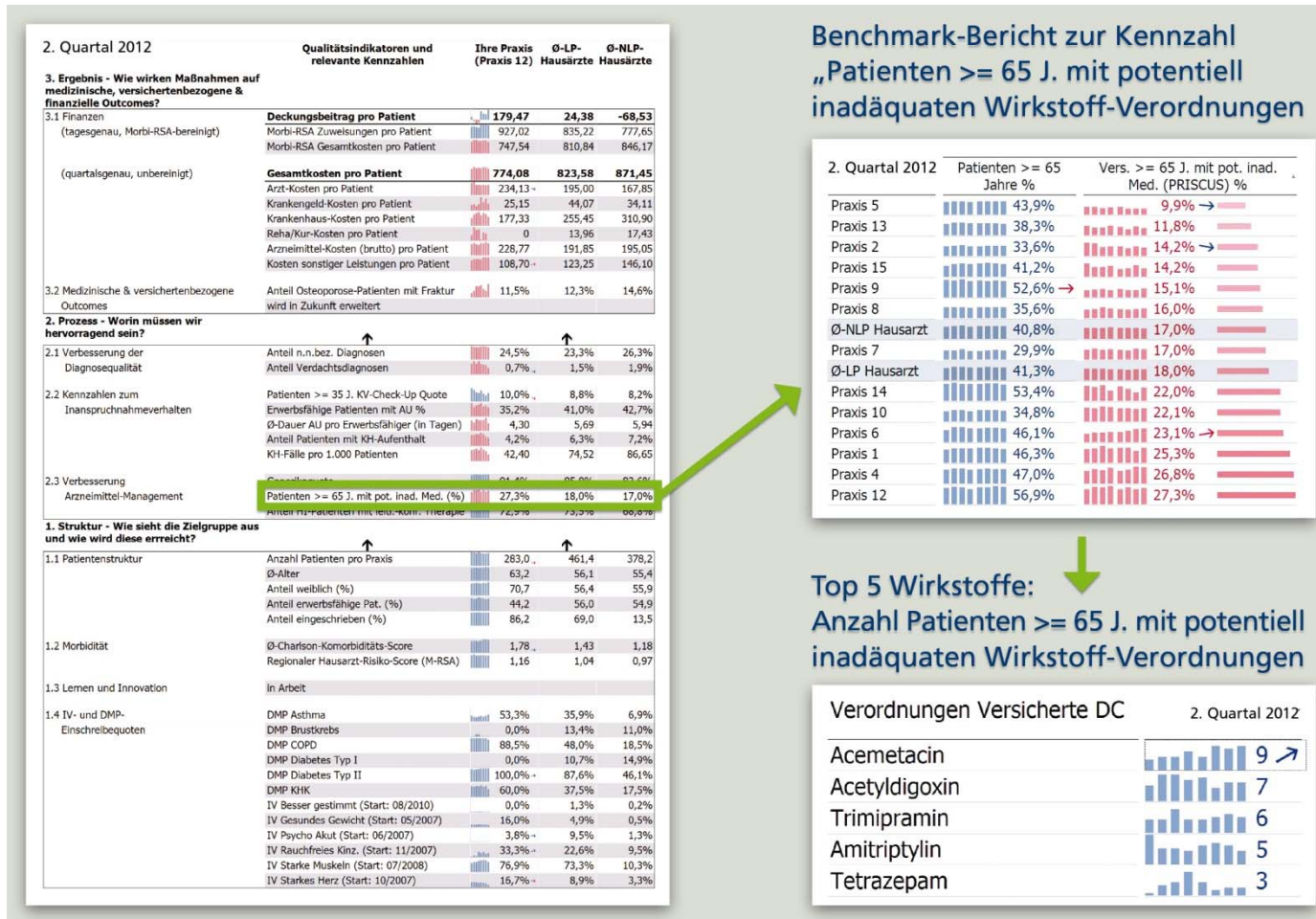
Entwicklung der Istkosten p. Versicherten und Jahr - LKK Kinzigtaler vs. Vergleichsgruppe



- ✓ Eine **Hochrechnung** des bei der AOK verbliebenen verbesserten Ergebnisses **auf die gesamte GKV** in Deutschland und deren Gesamtkosten in den Jahren 2009-2012 ergäbe:
- ✓ Ergebnisverbesserung von **11 Milliarden Euro** auf die Gesamtkosten von 667,25 Milliarden Euro der GKV in diesen vier Jahren
 - nur für 2012 ergäbe dies 2,82 Milliarden Euro auf die Gesamtkosten von 173,15 Milliarden Euro
- ✓ Die **Einsparungsmöglichkeit betrüge insofern 1,66%**.

- ✓ Die enge und auf Dauer ausgerichtete Zusammenarbeit eines Praxisnetzes MQNK e.V. mit einem gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Unternehmen OptiMedis AG = auch gesellschaftsrechtliche Verflechtung und Geschäftsführung
- ✓ Alle Partner investieren in die Zukunft – d.h. sie beziehen nur eine Aufwandsentschädigung heute, dafür Invest in Patienten, Praxen, Daten, Analysen ... entsprechend einem auf Dauer angelegten Unternehmen
- ✓ 10-Jahres-Vertrag + Datenlieferung der Kassen aller GKV-Routinedaten
- ✓ Qualitätsorientierung (und nicht primär Kostensenkungsorientierung)

Versorgungscockpit (Benchmark und Steuerung von Praxen)



- ✓ Ein nachhaltig auf die „richtige“ Versorgung und die optimale Förderung des Gesundheitsstatus bei kostengünstigster Produktion ausgerichtetes regionales Gesundheitssystem funktioniert ... es braucht dazu:
 - ❖ Integration der Disziplinen
 - ❖ Integration der Professionen
 - ❖ Ausbalancierung von Mehrleistungs- und Minderleistungsanreizen
 - ❖ Integration von ehrenamtlichen und professionellen Ressourcen
 - ❖ Investment in Health / Integration von moderner Technologie
 - ❖ Einen längeren Zeithorizont – eher 10 als 5 Jahre
 - ❖ Population statt „Eingeschriebene“ als Maßstab

Eine kluge Vertragsgestaltung, orientiert auf „Integrated Chronic Care“ und das „Triple Aim“ mit der Möglichkeit, selber zu investieren und Daten zu analysieren, führt zu Erfolgen

„But: there is no free lunch“:
Regional Integrierte Vollversorgung und die Wiederintegration von Public Health, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung braucht eine Menge an Investment und Mut

... .. aber die Gesundheitswissenschaften liefern auch viel Input dafür und diese Arbeit macht viel Freude, schafft wieder einen Stolz auf die eigene Professionalität + generiert reale Werte für die Gesellschaft

Wir freuen uns auf Kommentare, Kritik
und ggfls. Zusammenarbeit



**Helmut Hildebrandt, Vorstand,
OptiMedis AG, Borsteler Chaussee 53,
D – 22453 Hamburg
Tel: +49 40 514 855-11
e-mail: h.hildebrandt@optimedis.de
www.optimedis.de**

Siehe Video + website

www.gesundes-kinzigtal.de

Die OptiMedis AG ist eine Management- und Beteiligungsgesellschaft mit gesundheitswissenschaftlichem Hintergrund. Gemeinsam mit Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen entwickelt sie maßgeschneiderte Lösungen für die Integrierte (Voll-)Versorgung ganzer Regionen.

Das Ziel: OptiMedis sieht erhebliche Mängel in der aktuellen Organisation der Versorgung. Durch eine Verbesserung der Strukturen und Abläufe im Gesundheitswesen und damit auch der Qualität und der Effizienz der Versorgung will OptiMedis einen zusätzlichen und messbaren Gesundheitsnutzen schaffen

OptiMedis ist eine kleine Aktiengesellschaft in familiärem Besitz. Sie beschäftigt zurzeit 11 Mitarbeiter/innen mit Gesundheitsökonomie, Management und IT-Hintergrund.

Umsatzvolumen p.a. ca. 1 Million €. Einkünfte aus Management und Datenanalyse für Kinzigtal, Datenanalysen, Drittmittelprojekten und einzelnen Beratungsprojekten.

Für den Aufsichtsrat haben sich hoch angesehene Persönlichkeiten des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt, darunter der ehemalige Vorsitzende des Sachverständigenrats.

Ein medizinischer Beirat wird geleitet durch die Internistin, Prof. Dr. Andrea Morgner-Miehlke.

Über einen „Fachbeirat“ wird der Kontakt zu den mit OptiMedis verbundenen Vorständen der Ärztenetze gehalten.



www.optimedis.de

Aufsichtsrat der OptiMedis AG

Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm,
Vorsitzender



Dr. Hans Jürgen Ahrens,
Rechtsanwalt



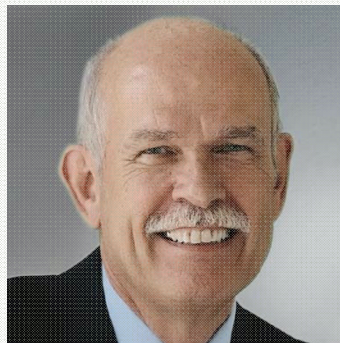
Prof. Dr. rer. nat Gerd Glaeske



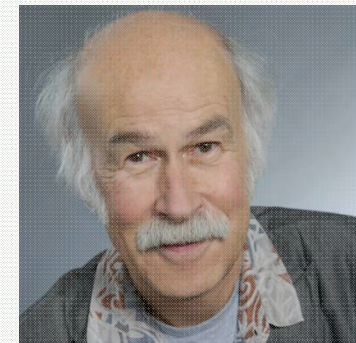
Dr. med. Hans-Nikolaus Schulze-Solce



Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille



Prof. Dr. med. Dr. phil. Alf Trojan



Informationen zum Einsatz von Qualitätsindikatoren und Versorgungscockpits von OptiMedis unter:

Qualitätsindikatoren in der Integrierten Versorgung

Feedback-Berichte als Instrument der Qualitäts- und Effizienzmessung am Beispiel Gesundes Kinzigtal



sforschung.de www.m-vf.de 01/13 6. JAHRGANG
**VERSORGUNG
FORSCHUNG**
schrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



OptiMedis AG
"Anforderungen statistischer Risikomodelle" (Haupt)
"Managementinstrumente für Versorgungs- und Überleitungsmanagements" (Jung)
"Balanced Scorecard-Ansatz - Kinzigtal" (Pimperl)

FOKUS:
I.V.

forschung.de www.m-vf.de 06/12 5. JAHRGANG
**VERSORGUNG
FORSCHUNG**
schrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



"Balanced Scorecard-Ansatz zur Umsetzung" (Veit)
"Balanced Scorecard-Ansatz als Managementinstrument" (Hildebrandt)
"Balanced Scorecard-Ansatz zur Umsetzung" (Veit)

FOKUS:
PAP / IV

- Kraft A, Fischer A, Schulte T, Pimperl A. Qualitätsindikatoren in der Integrierten Versorgung, Whitepaper OptiMedis AG 2013; im Internet: www.optimedis.de/aktuelles
 - Pimperl A, Schulte T, Daxer C, Roth M, Hildebrandt H. Der Balanced-Scorecard-Ansatz als Managementinstrument für Netzwerke im Gesundheitswesen. Monitor Versorgungsforschung 2012; 5 (6): 31-35
 - Pimperl A, Schulte T, Daxer C, Roth M, Hildebrandt H. Balanced Scorecard-Ansatz: Case Study Gesundes Kinzigtal. Monitor Versorgungsforschung 2013; 6 (1): 26-30