

Agenda 2030: Primärversorgung gestalten

Strategien für ein patientennahes und resilientes Gesundheitssystem

OptiMedis

Nuklei der Primärversorgung: Populationsorientierte Versorgungsnetze

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, 28.Nov.25, Berlin

AGENDA

1 Unser gewohnter Blickwinkel: Die Krisen

2 Krisen gebären Optionen: Was tut sich?

3 Wir haben es in der Hand: Was können wir tun?

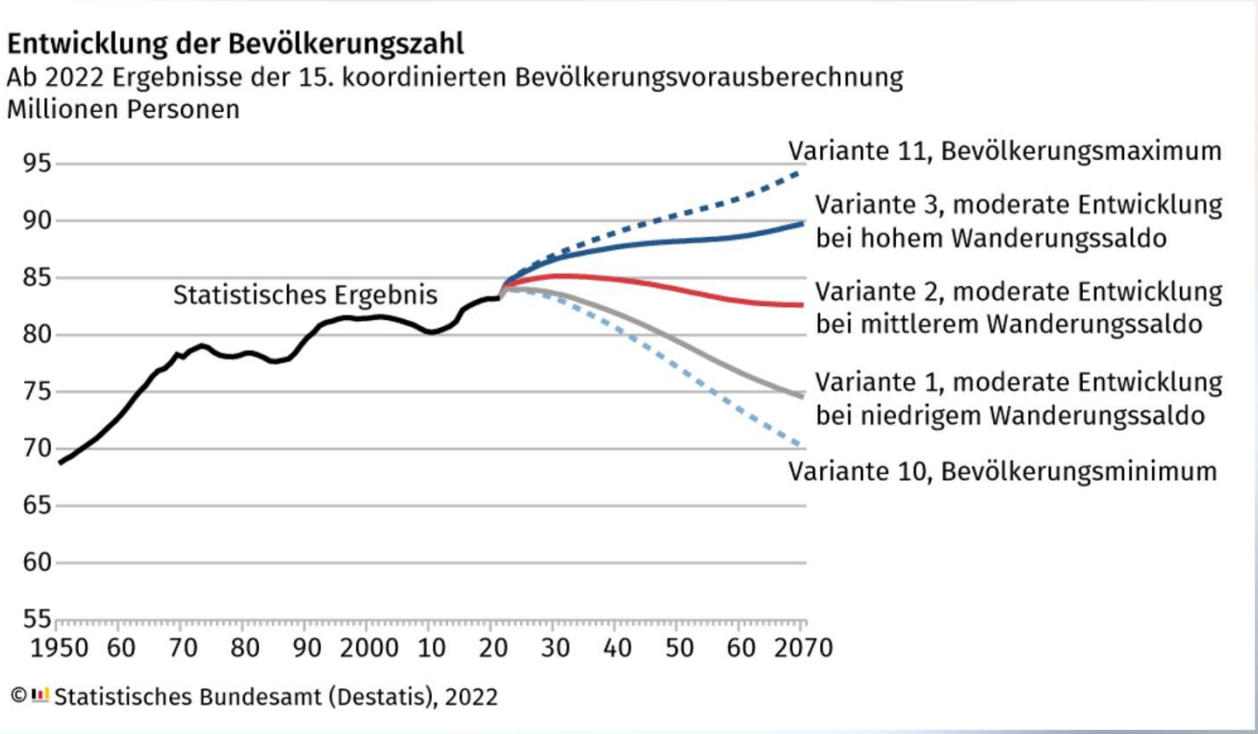
OptiMedis

Mehr Ältere bei weniger Erwerbstätigen

Die Zahl der Menschen im Alter ab 67 Jahren stieg bis 2021 auf 16,4 Mio. Bis Ende der 2030er-Jahre wird diese Zahl um weitere 4 Mio bis 5 Mio auf mind. 20,4 Mio wachsen.

Das Erwerbspersonenpotenzial wird je nach Nettozuwanderung um 1,6 bis 4,8 Mio abnehmen.

Die Bevölkerungszahl in den Stadtstaaten steigt, in den ostdeutschen Flächenländern ist mit einem Absinken zu rechnen.



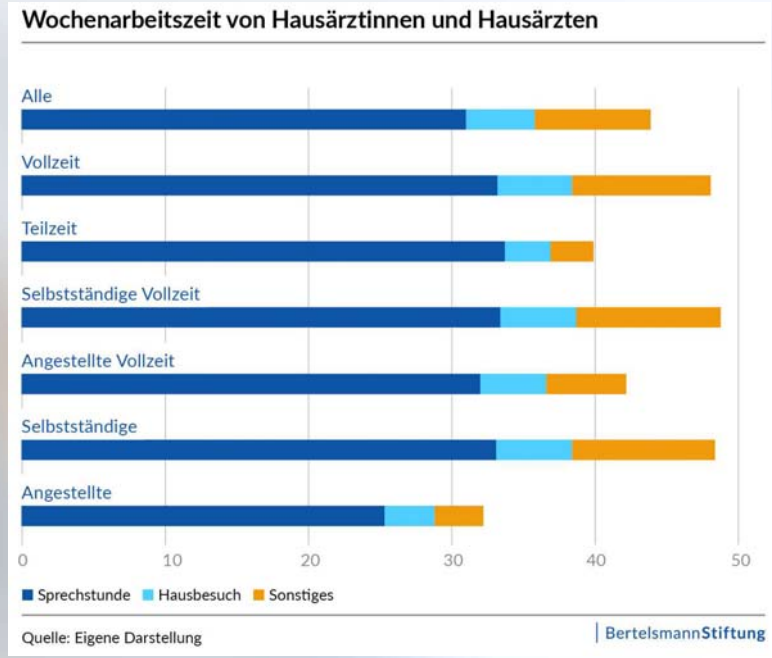
50% mehr Pflegebedürftige und weniger Pflegende

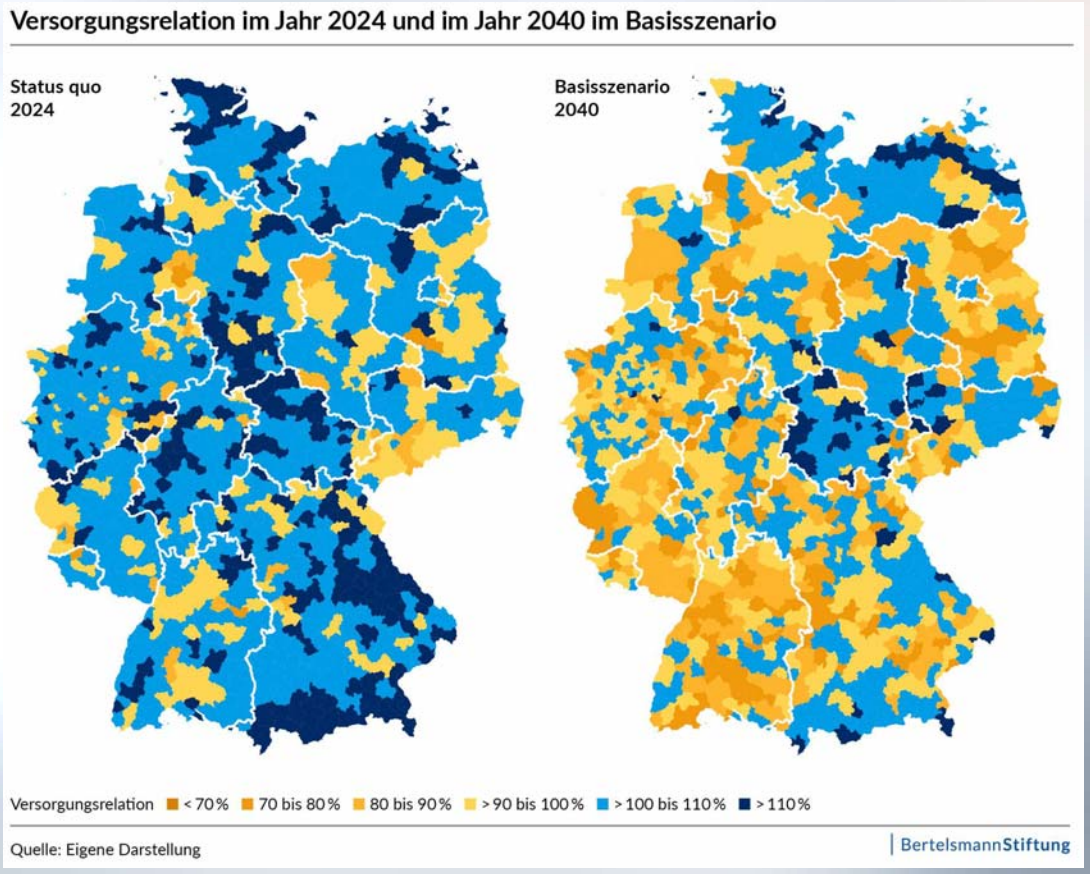
PFLEGEREPORT 2030

Die Versorgungslücke in der Pflege wächst

Der Pflegereport der Bertelsmann Stiftung prognostiziert, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um 50 Prozent steigt. Zugleich nimmt die Zahl derjenigen ab, die in der Pflege arbeiten. Demnach werden fast 500.000 Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen, wenn sich die derzeiten Trends fortsetzen.

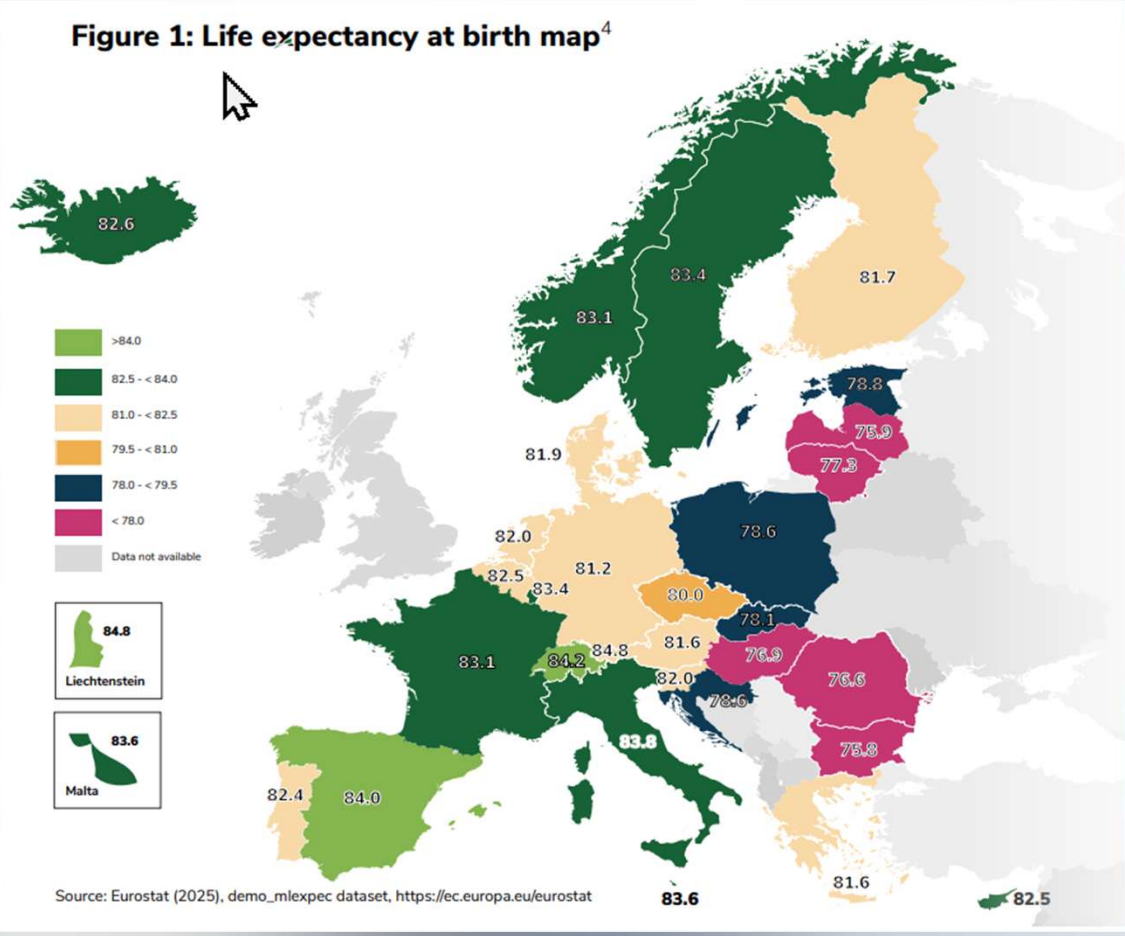
Werden wir morgen noch hausärztlich versorgt? Neue Studie von BARMER und Bertelsmann Stiftung





Ambulante Versorgung in Deutschland und Gezielte Hausarztplanung kann Versorgung in den Regionen bis 2040 sichern

Unsere Lebenserwartung liegt mit 81,2 Jahren unterhalb der LE der westeuropäischen Staaten



Lebenserwartung bei Geburt:



Liechtenstein	84,8
Schweiz	84,2
Spanien	84,0
Schweden	83,4
Frankreich	83,1

Nur die osteuropäischen Länder haben eine noch geringere Lebenserwartung. Alle west- und nordeuropäischen Länder (inkl. Griechenland, Slowenien) liegen höher

Ein zentrales Problem: Die hohe Anzahl chronischer Erkrankungen: Bereits 70% der über 70-Jährigen haben 3 oder mehr chron. Erkrankungen

Auswertung der Daten von 67 Mio Versicherten in Deutschland (2014) aus dem Forschungsdatensatz der GKV

Die schwarze Linie gibt die Prävalenz der Multimorbidität (≥3 chron. Erkrankungen) pro Altersgruppe an

Schmitz M-T, Just J M, Weckbecker K, Schmid M, Münster E. (2023) Multimorbidität in Deutschland und ihre Bedeutung für die Versorgung der Zukunft – eine Sekundärdatenanalyse basierend auf 67 Mio. Versichertendaten. Gesundheitswesen. Georg Thieme Verlag DOI 10.1055/a-2011-5423

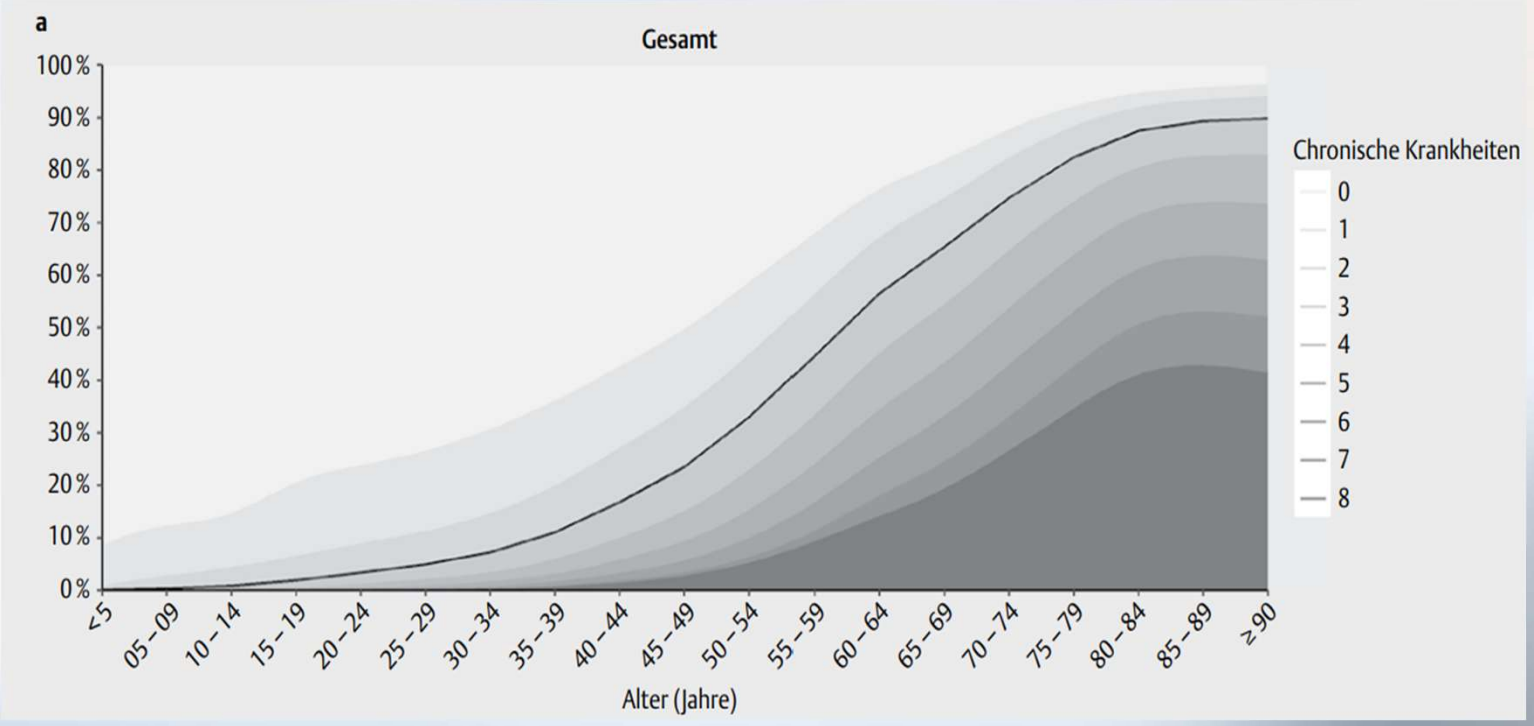


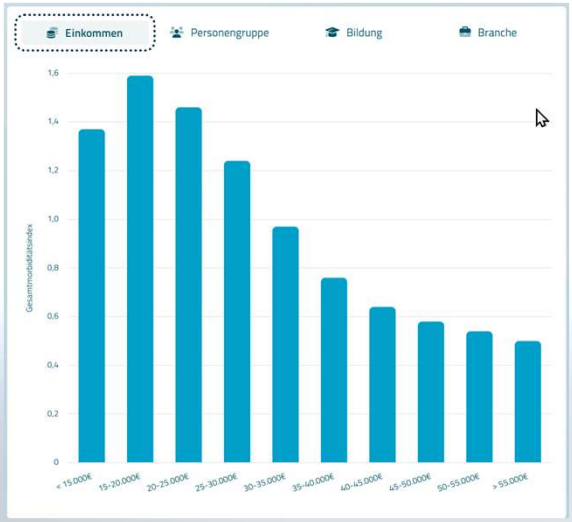
Abb. Relativer Anteil an chronischen Krankheiten (keine, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, oder ≥8) pro Altersgruppe. Die schwarze Linie gibt die Prävalenz der Multimorbidität (≥3 chron. Erkrankungen) pro Altersgruppe an.

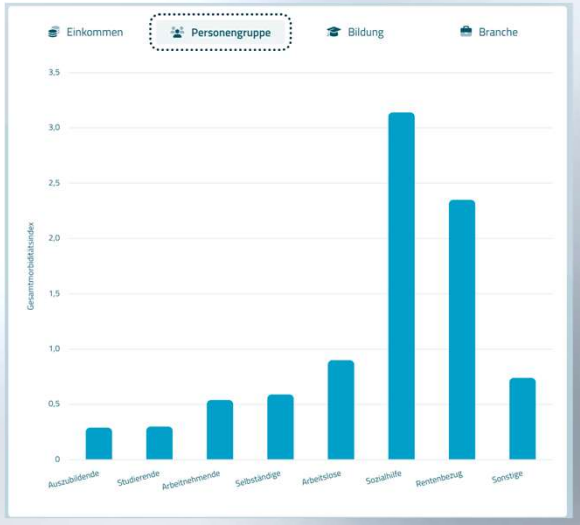
Die altersstandardisierte Krankheitslast schwankt sehr nach und in den Bundesländern



Und in Hamburg … wie überall in Deutschland gilt:

Einkommensschwache Bevölkerungsgruppen sind 3x so häufig krank und
Sozialhilfeempfangende 6x so häufig krank wie Arbeitnehmende





Die Kosten steigen – aber die Bevölkerung sieht die Versorgung als zunehmend gefährdet

- In 2025 hat der Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz die Schwelle von 40 Prozent schon mit 41,9% überschritten – und die Tendenz für 2026 steigt
- Lebenserwartung: Bei einem Ranking unter 16 Ländern in Westeuropa erreicht die Bundesrepublik bei den Männern Platz 15, bei den Frauen Platz 14 (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung - BiB)
- Adipositas + Bewegungsmangel + Medikamentenüberkonsum führen zu einer Krankheitslast, die unsere überproportionalen Gesundheitsausgaben zukünftig noch weiter steigern
- Gleichzeitig erleben wir heute schon einen massiven Fachkräftemangel in Pflege, Praxen und Krankenhäusern … bei weiter steigender Krankheitslast schafft das einen sozialen Sprengsatz, geeignet für Populisten aller Couleur

Das Problem: Das aus der Vergangenheit immer weiter entwickelte Geschäftsmodell im Gesundheitswesen

- Jedes einzelne Unternehmen „verdient“ an der Reaktion auf entstandene Krankheiten und Probleme
- Je mehr Krankheit … umso mehr Behandlungsmöglichkeiten = Verdienstmöglichkeiten
- Die richtige Prävention + die richtige Vermeidung einer Fortentwicklung von Erkrankungen wird nicht belohnt

Wir brauchen ein neues Geschäftsmodell, das die Produktion von Gesundheit belohnt

- Die Herausforderung: Wir haben eine Vielzahl lokaler, kleinster freiberuflicher und z.T. mittelständische und größere kommunaler-, kirchlicher-, privater Unternehmen
- Gesundheitsproduktion erfordert zahlreiche unterschiedliche Professionen, daneben aber auch Ehrenamtlichkeit, Vereinsleben, Betriebe, Kommunen
- Das geht nur mit Koordination + Initiative + Investment heute, um in Zukunft dann weniger Gesundheitsausgaben tätigen zu müssen

- Wer kann diese Zusammenführung und dieses Investment erbringen ?? Ist das Konzept der Primärversorgung dazu in der Lage?

AGENDA

1 Unser gewohnter Blickwinkel: Die Krisen

2 Krisen gebären Ideen: Was tut sich bereits?

3 Wir haben es in der Hand: Was können wir tun?

OptiMedis

Wann entstehen disruptive Innovationen / Sprunginnovationen ?

„Unten“, „an der Basis“ müssen genügend Menschen unzufrieden sein, die „alte“ Technologie, das „alte“ System muss überkomplex geworden sein	**Unzufriedenheit**
Es braucht die Innovatoren, die das „Neue“ in die Welt bringen und dafür braucht es eine überlegene Technologie und die Entwicklung von Geschäftsmodellen	**Entwicklung**
Es braucht ein Wertschöpfungsnetzwerk, das sich gegenseitig in der neuen disruptiven Ökonomie verstärkt	**Neue Ökonomie**
Es braucht eine Rahmenordnung, die sich in Verbindung mit dem Aufstieg der disruptiven Innovation entwickelt, um die neuen Regulierungen und Standards zu generieren.	**Rahmen**

Quellen: Christensen, C. M. (1997). The Innovator’s Dilemma: When new technologies cause great firms to fail. Harvard Business Review Press: Boston.
Hildebrandt, H. (2014). Sprunginnovationen in der Organisation der Versorgung — Monitor Versorgungsforschung (Report), 01/2014, 29-33. Link
Hildebrandt, H., Gröne, O.: „Regionale Versorgung: Auf Landesebene Weichen stellen – vor Ort gestalten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 40-42. http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2367

Um die Jahrtausendwende entwickelte sich eine Chance

In der Ärzteschaft hatte sich aus Unzufriedenheit mit der Bürokratie die Bewegung der Ärztenetze entwickelt.

Einzelne Netze und Krankenkassen probierten sich an neuen Vertragsformen.

Und parallel wurde mit dem Gesundheitsreform-gesetz 2000 zwar der Start von Verträgen zur Integrierten Versorgung ermöglicht, aber als Insellösungen „Selektivverträge“ und damit Teil des Wettbewerbs der Krankenkassen und nicht als Systemlösung.

Unzufriedenheit ✓

Entwicklung ✓

Neue Ökonomie ?

Rahmen ?

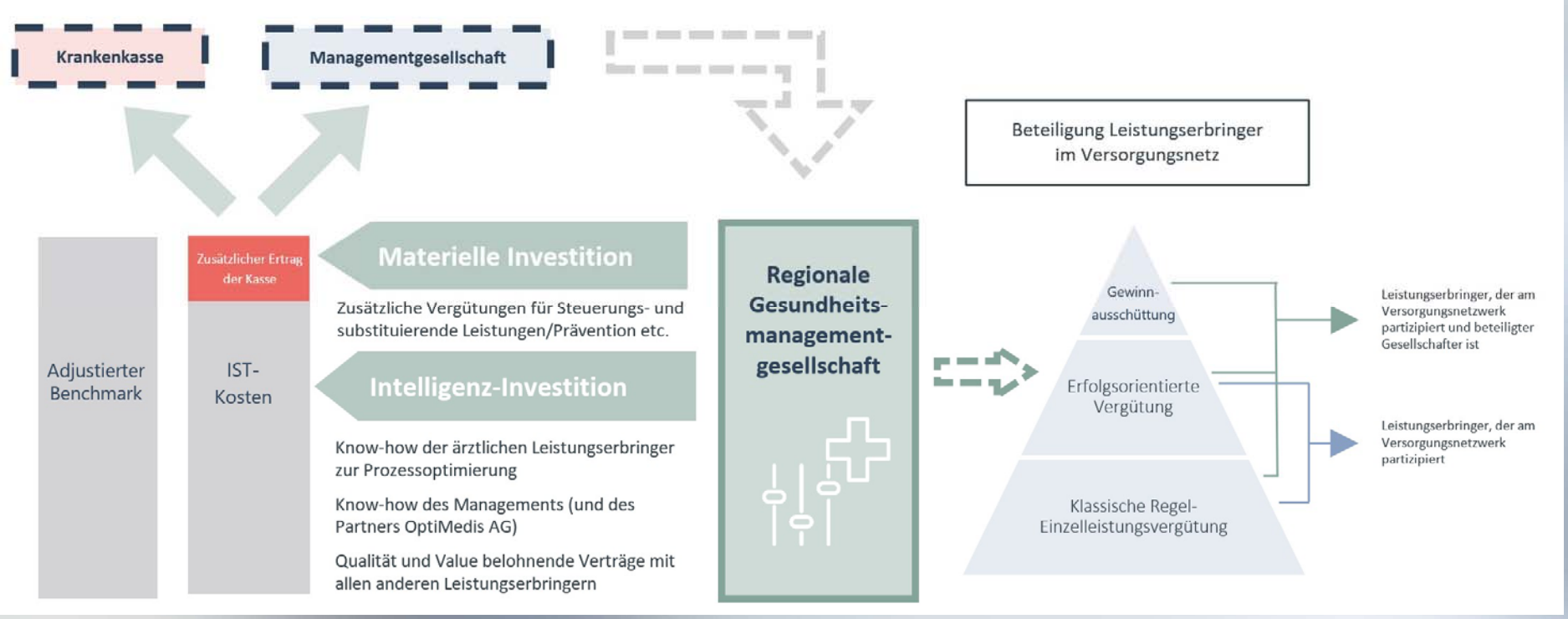
Es fehlte die überlegene Technologie, ein Business Modell und eine bestärkende Rahmenordnung



Andrea Fischer Bild: DPA

2005: Gründung von Gesundes Kinzigtal GmbH

Eine regionale Gesundheits-Managementgesellschaft als Integrator und Innovator investiert und profitiert von ihrem Erfolg.



20 Jahre konkrete Umsetzungserfahrung bei Aufbau und Management regionaler und nationaler Versorgungsmodelle



OptiMedis

2005
GESUNDES KINZIGTAL
* 2005 - 2018

2016-2019
Gesundheit für Billstedt/Horn
* 2016 - 2018

2018
GESUNDER WERRA-MEIßNER-KREIS*

2020
GESUNDER SCHWALM-EDER-KREIS+ *

2022
GESUNDES LANDLEBEN*

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM VOGELSBERG *

2023
Parkinson Netzwerke Deutschland e.V. *

2024
International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services *

2025
WATgesund
Gesundheitskiosk in Bochum-Wattenscheid *

* Geschäftsführung durch OptiMedis

Ein Baukasten von Interventionen jeweils angepasst auf Zielgruppen, Themenfelder - mit dem Ziel: Gesundheitsförderung

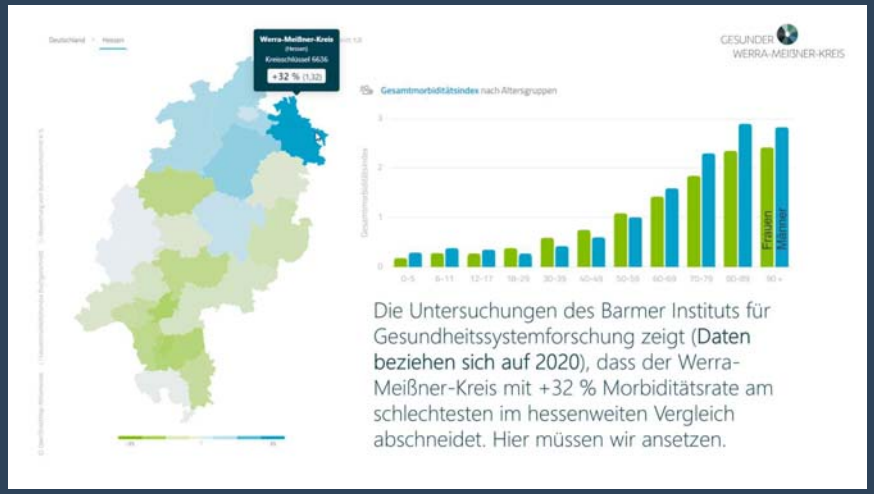
... und daraus entstehender Verminderung von Inanspruch-nahmen, höherer Arbeitszufrie-denheit, verringerten GKV-Kosten und Attraktivitätssteigerung für die jeweilige Region



OptiMedis

Weitere Beispiele aus lfd. Arbeiten





Drohende Unterversorgung in Hildburghausen

- **Versorgungsgrad im hausärztlichen Mittelbereich:**
  - 89,42 % (Stand: 2022)
- **Offene hausärztliche Niederlassungs-möglichkeiten:**
  - 10 im Mittelbereich Hildburghausen (Stand: 2024)

Hausärztliche Versorgung	10
Kinderärztliche Versorgung	1,5
Augenärzte	0,5
Chirurgen und Orthopäden	0
Frauenärzte	1
Hautärzte	0
HNO-Ärzte	0
Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie	0
Anästhesisten	0
Kinder- und Jugendpsychiater	3,5
Fachärztlich tätige Internisten	0
Radiologen	0

Quellen: Aktuelle Zulassungsmöglichkeiten, Bedarfsplanung

OptiMedis

Die Ausgaben des Landkreises für die Hilfe zur Pflege steigen kontinuierlich seit 2022

Die „Hilfe zur Pflege" Belastung für den LKOS steigt von 2024 auf 2025 plangemäß um 8%. Ein Anstieg ggüb. 2022 von ca. 67%. Hintergrund: Zu viele von uns werden zu früh chronisch krank: über 70% der über 70-Jährigen haben mindestens drei chronische Erkrankungen.

Übernahme von ungedeckten Heimpflegekosten (gemäß Produkthaushalt LKOS-2024)

Anzahl	Plan 2025	Plan 2024	Ergebnis 2023	Ergebnis 2022
Sozialhilfeberechtigte Heimbewohnende		1.250	1.200	984
Aufwendungen	-19.334.200 €	-17.378.200 €	-15.667.032 €	-11.354.592 €
Erträge	15.984.000 €	14.276.400 €	12.991.770 €	9.347.370 €
311-08 Hilfe zur Pflege (Ergebnis)	-3.350.200 €	-3.101.800 €	-2.685.262 €	-2.007.222 €

Das Ziel muss lauten: Möglichst gesundes Altwerden in der eigenen Häuslichkeit und inmitten einer sorgenden Gemeinschaft

Quelle: Landkreis Osnabrück: Produkthaushalt 2024

Opti

Projekte Regionale Versorgungszentren

Krummhörn

- **Ausgangslage:** Gemeinde sieht sich nicht in Lage, ein kommunales MVZ zu gründen (fehlende Ressourcen: Finanzen, Expertise)
- **Lösung:** Aufbau RVZ auf Basis niedergelassener Hausärzte
- **Konzept:** Hausärzte als Kern, ergänzt durch weitere Heilberufe und soziale Anbieter

Soltau

- **Ausgangslage:** Schließung Heidekreis-Klinikums, Gefahr von Versorgungs-lücken in haus- und fachärztlicher Versorgung
- **Lösungsidee:** Prüfung Regionales Gesundheits-zentrum als „Family Health Center"
- Option „Pflegehotel" als ergänzendes Angebot

Meinersen

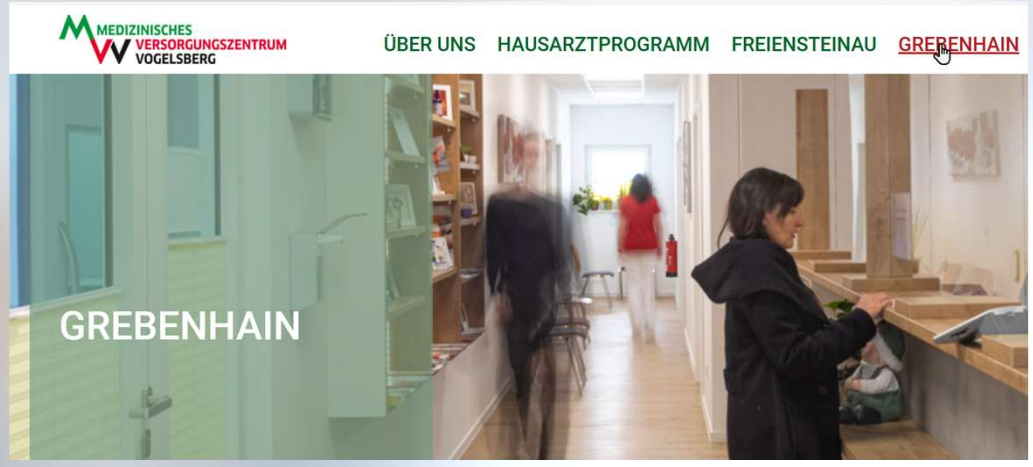
- **Ausgangslage**: drohende Unterversorgung (hausärztlicher Versorgungsgrad 88 %, 15 offene Sitze)
- **Besonderheit:** Einbettung in bestehende Netzwerke (Gesundheitsregion Gifhorn)
- Prüfung verschiedener Trägerschafts- und Rechtsformen, inkl. kommunales MVZ

Pellworm

- **Ausgangslage:** Insel mit 1.200 Einwohnern, stark touristisch
- Hausärztliche Versorgung nur durch kommunales MVZ mit zwei halben Sitzen; keine Fachärzte
- **Besonderheit:** Prüfung innovativer Modelle (Community Health Nurse, Kurzliegerstation, Telenotarzt)

REGIONALE VERSORGUNGSZENTREN IN NIEDERSACHSEN

Vom Medizinischen Versorgungszentrum zur Gesundheitsregion



Gestartet, weil Arztpraxen nicht nachbesetzt werden konnten. Zwei Gemeinden und der Landkreis sind Gesellschafter der gGmbH, OptiMedis stellt die Geschäftsführung.

Inzwischen 4,5 Arztstellen in zwei Standorten, insgesamt 26 Mitarbeitende, darunter 4 NÄPAs. Erfolgreiche Ansiedlung von Facharztpraxen in der Nähe.

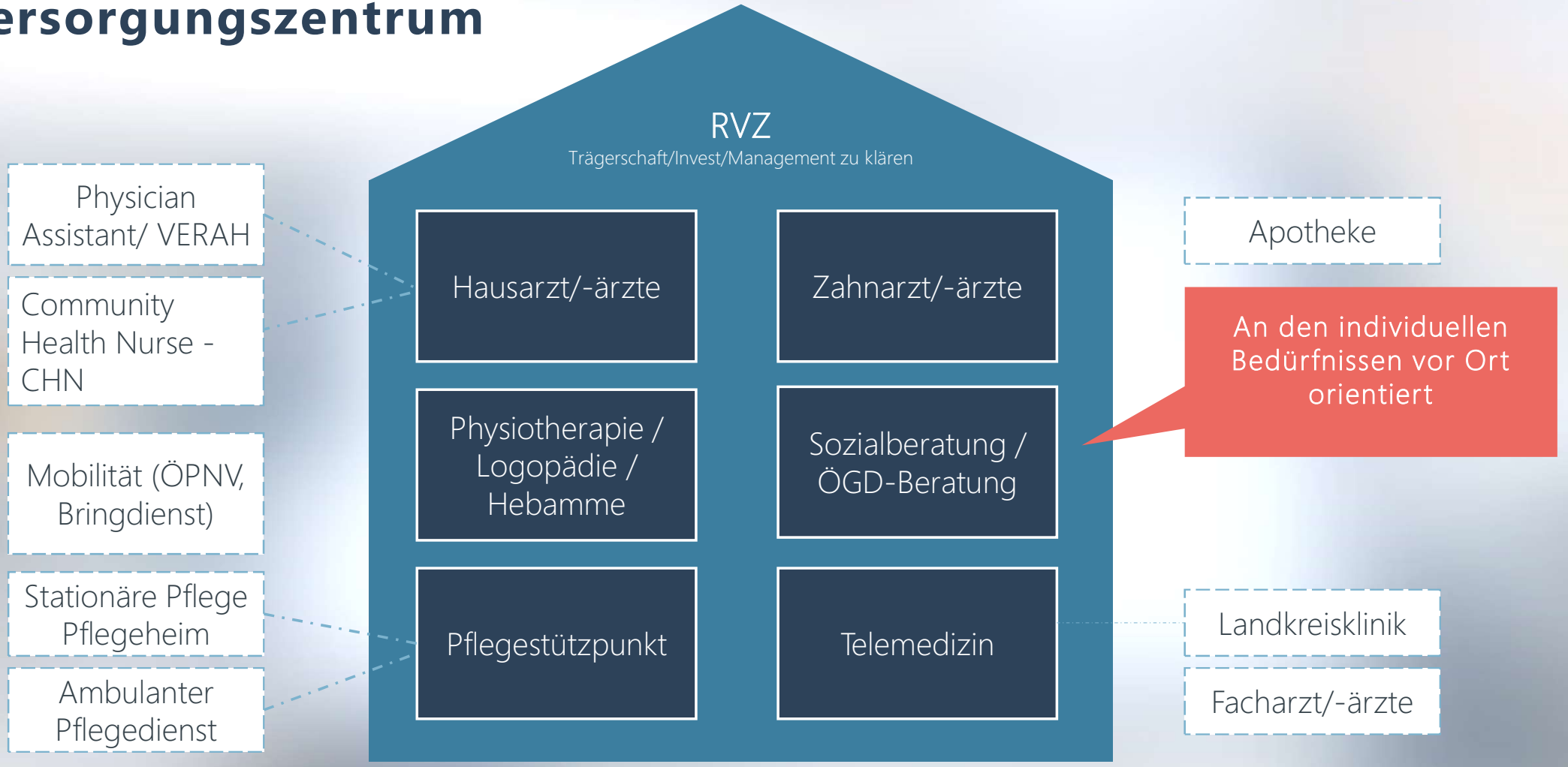
Online-Rezeption, digitaler Telefonassistent, Videosprechstunde, NÄPA-Hausbesuche

CHN als Gemeindeschwester im Einsatz und im regelmäßigen Austausch mit dem MVZ, angestellt beim Landkreis

In Planung:

Einsatz von Physician Assistants zur Entlastung der Ärzt:innen, Nutzung von digitalen Assistenzlösungen in Pflegeheimen, Unterstützung des Landkreises bei der gesundheitlichen Versorgung der Geflüchteten, Regionale Vernetzung der Gesundheitsakteure.

Beispielhaftes Konzept für ein Regionales Versorgungszentrum

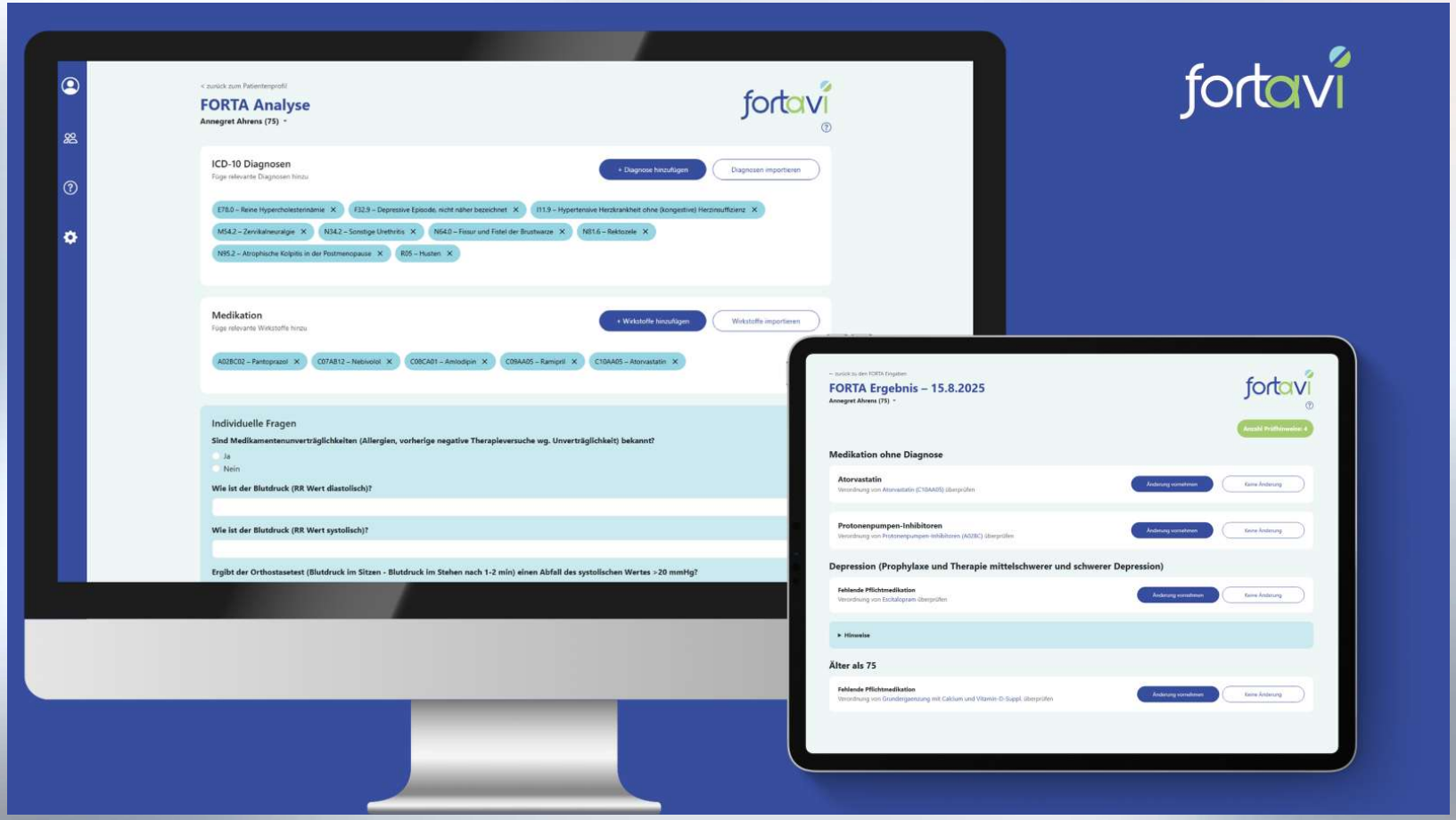


Überlegene Technologien sind inzwischen auf dem Markt … PVS / KIS / DIGA / Assistenzlösungen / FDZ

Hier nur ein Beispiel einer von uns selber entwickelten Technologie zur Unterstützung der Medikationsoptimierung bei multimorbiden älteren Patienten

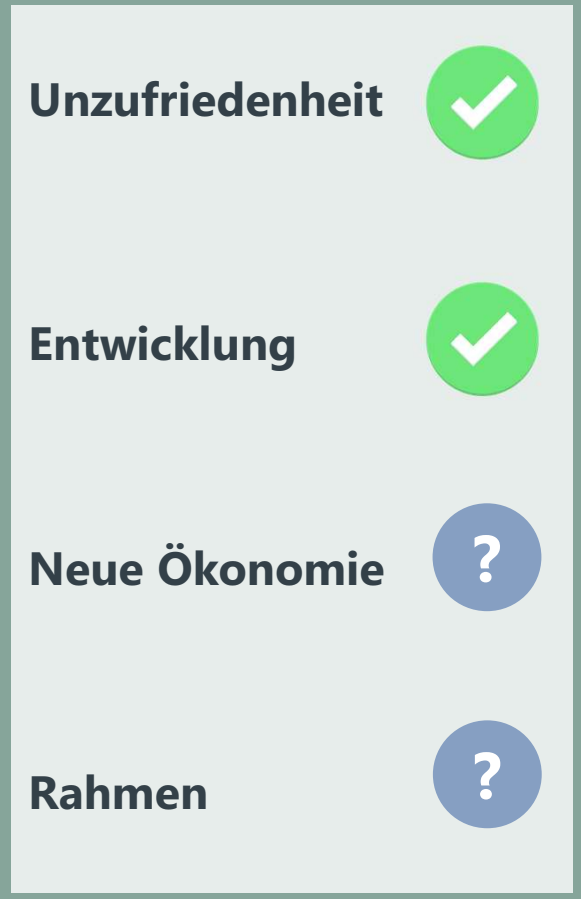
(Nutzung der FORTA-Klassifikation einer Expertengruppe von Gerontopharmakologen)

Fortavi-Lösung für Ärzte, Apotheken, Kranken-häuser und Patienten (Prototypentwicklung)



Stand 2025

- Die Unzufriedenheit ist gewachsen: Zusätzlich zu den Ärztenetzen engagieren sich die Therapeuten, die Pflege und ganz wichtig … die Kommunen … auch Industrie, Verbände, Wohlfahrt
- Das Wissen um Verbesserungsoptionen hat sich erweitert, durch Innovationsfonds, Versorgungsforschung etc. Die technologische Entwicklung ist weit fortgeschritten.
- Problem 1: Transsektorales Denken wird schwer gemacht … politisch wird weiter sektoral gedacht, nicht in Geschäftsmodellen
- Problem 2: Die Fragmentierung der Population durch die Krankenkassen und deren wettbewerbliche Ausrichtung durch den Gesetzgeber und den Morbi-RSA



AGENDA

1 Unser gewohnter Blickwinkel: Die Krisen

2 Krisen gebären Optionen: Was tut sich?

3 Wir haben es in der Hand: Was können wir tun?

OptiMedis

Und es geht doch: Wissen und Fähigkeiten zusammen-gelegt – Gesundheitskiosk in Wattenscheid

AOK NordWest

Vertrag
Hälftige
Finanzierung

Trägergesellschaft

AWO Unterbezirk Ruhr-Mitte & OptiMedis

WATgesund gGmbH

Stadt Bochum

Vertrag
Hälftige
Finanzierung

Gesundheitskiosk

Beratung, Information, Unterstützung der Klient:innen in gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen; Systemmanagement mit Netzwerk-akteur:innen

Grundlage: Netzwerkaufbau

Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, u.a. ambulante und stationä
Versorger, Sozial- und Bildungseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Sport- und
Kulturvereine, Hochschulen (z.B. hsg), ggf. weitere Krankenkassen

Unser neu gegründeter Gesundheitskiosk befindet sich in einem benachteiligten Stadtteil von Bochum und bietet Unterstützung in mehreren Sprachen an

WATgesund Gesundheitskiosk







Unterstützte Sprachen: Albanisch, Arabisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch, Türkisch

Sektorenübergreifende Lösungen

PSK
Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle

Bei besserer Ausstattung und den unten beschriebenen Veränderungen könnten fast 35% aller Hospitalisationen aus Pflegeheimen vermieden werden

Problem:

Zu häufig werden Pflegeheimbewohnende hospitalisiert. Hochgerechnet für Deutschland könnten etwa 2,6 Milliarden Euro an Krankenhauskosten eingespart werden.

Mehr Informationen unter:
https://www.pflegeheim-sensitive-krankenhausfaelle.de/

Handlungsempfehlungen:
PSK-Handlungsempfehlungen_A4_E08.indd



Sektorenübergreifende Lösungen

Telemedizinische Versorgung von Pflegeheimen durch Arztpraxen

Problem:

Viele Pflegeheime berichten von Problemen, Ärzte (Haus-/Fach-) und Zahnärzte zu sich in das Heim zu bekommen.
Für Ärzte ist es oft ein erheblicher Zeitaufwand.

Telemedizinische Verknüpfung erspart Zeitaufwände und reduziert Unsicherheit

Thüringen: Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung unterstützt vom Land Thüringen

„Telemedizin im Heim“

- Förderzeitraum: 3 Jahre, Projektstart am 01.07.2025
- Projektziele: Überflüssige Verlegungen in Krankenhäuser vermeiden, effizientere Versorgung anbieten, bessere Erreichbarkeit
- Bisher sind sechs Pflegeheime beteiligt
- Monatliche Förderung: 600 € netto pro Pflegeheim für Technik / EBM Vergütung

Sektorenübergreifende Lösungen

Telemedizinische Versorgung von Pflegeheimen durch Krankenhäuser

Bei nicht lebensbedrohlichen Notfällen berät künftig die Notaufnahme des Asklepios Klinikums Hamburg-Harburg teilnehmende Pflegeeinrichtungen mit Hilfe eines Telekonsils zu passenden Behandlungsmöglichkeiten. Im Anschluss an die Beratung übernehmen speziell für den Fall geschulten Pflegekräfte oder eine ambulante Weiterbehandlung durch eine haus- oder fachärztliche Praxis.

§ 140 a Vertrag zwischen AOK RH, IKK classic und TK mit dem Asklepios Klinikum sowie dem Pflegeheimbetreiber PFLEGEN & WOHNEN.



© Asklepios

Telemedizinische Betreuung durch medizinisches Fachpersonal in der Zentralen Notaufnahme des Asklepios Klinikum Harburg

Sektorenübergreifende Lösungen

Digitale Vernetzung von Dorfkümmerern, Pflegediensten und Praxen, Sozialarbeit etc.

Problem:

Häufig existieren in einem Landkreis nur Broschüren mit Adressen der unterschiedlichen Akteure. Diese veralten schnell, sind nur schwer nutzbar.

Hinzu kommt der Bedarf der Weiterleitung von Informationen, Vielfalt der Ansprechpartner

OptiMedis hat dafür den DIGILO entwickelt



Sektorenübergreifende Lösungen

Integriertes Entlassungsmanagement von ambulanten Fällen in Zentralen Notaufnahmen

Problem:

- Ältere Patient:innen werden nach ambulanter ZNA-Behandlung nach Hause entlassen.
- Pflegende An-/Zugehörige fühlen sich überfordert mit Versorgung & Pflege.
- Am Folgetag bringen sie die Patient:innen erneut in die ZNA – aus Unsicherheit und Überlastung.

- **Frühzeitige & digitale Erfassung** medizinischer, pflegerischer und sozialer Bedarfe (z. B. durch strukturierte Assessments oder standardisierte digitale Tools)
- **Rechtzeitige Organisation** der Weiterversorgung: Hausärzt:innen, Pflegedienste, Heil- und Hilfsmittel, Reha etc.
- **Digitale Kommunikationswege** zur sektorenübergreifenden Abstimmung – z. B. sicherer Datentransfer, digitale Übergabebögen, abgestimmte Plattformen
- **Aktive Einbindung** aller Beteiligten: Klinikteams, Hausärzt:innen, ambulante Dienste, Patient:innen & An-/Zugehörige

Sektorenübergreifende Lösungen

Ausstattung von Pflegeheimen mit mobilen Röntgengeräten

Problem:

Zu häufige Krankentransporte zu einer Radiologie/Krankenhaus zur Prüfung bzw. im Anschluss nach einer OP wiederum bzgl. Kontrolle

Stress / Aufwand für Patienten
Stress / Aufwand für Pflegende
Stress / Aufwand für Krankenhaus

Lösung:

Einsatz eines mobilen C-Bogens (Schweiz)

13 x genutzt. 12 verhinderte Spitalein-weisungen:



- Vermeidung von Stresssituationen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen
- Reduktion von Ambulanzfahrten
- Entlastung der oft überfüllten Notfallabteilungen in den Spitäler
- Gesamtkostenreduktion zwischen 36'000.- bis 60'000.- pro Jahr!

Sektorenübergreifende Lösungen

Regionalverantwortung und Regionalbudgets

Problem:

Uns fehlt der Gesamtblick auf die Bevölkerung. Wir behandeln diejenigen, die sich aktiv melden. Aber wir bräuchten auch ein aktives Zugehen auf diejenigen, die sich nicht melden.

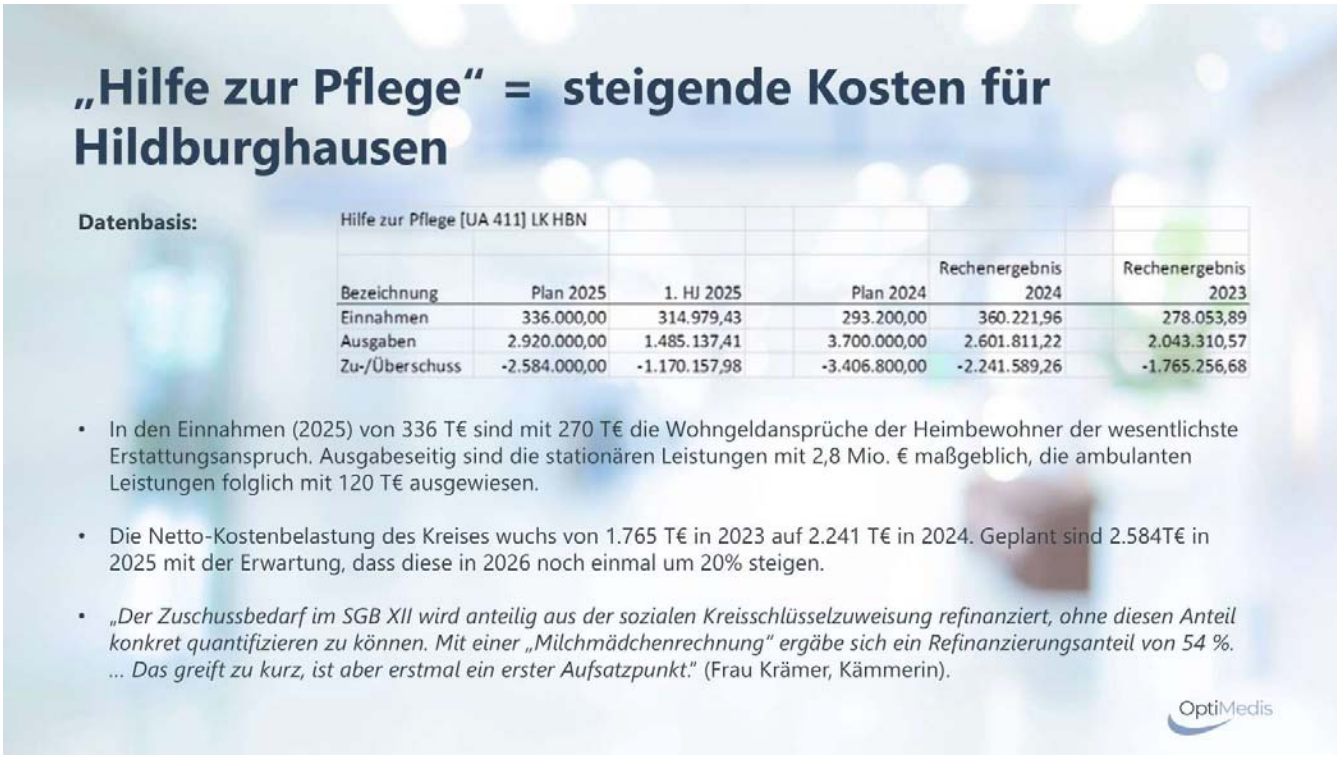
Wir bräuchten dazu ein Interesse an der Förderung von Gesundheit und der Verhinderung der Progression von Erkrankungen.



Immer auch an die Landkreise / Kommunen denken

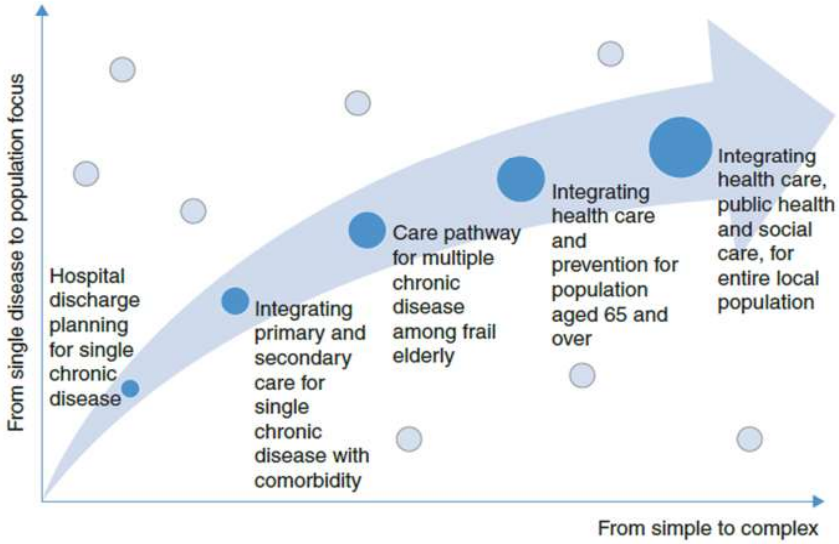
Bei den Landkreisen / Kommunen kommt der Protest der Bürger und letztendlich auch relevante Kosten an

Hier ein Beispiel aus einem Landkreis in Südthüringen, wo wir zurzeit mit dem kommunalen Krankenhaus und dem Landkreis an einer umfassenden Strategie für eine Gesundheitsregion arbeiten.

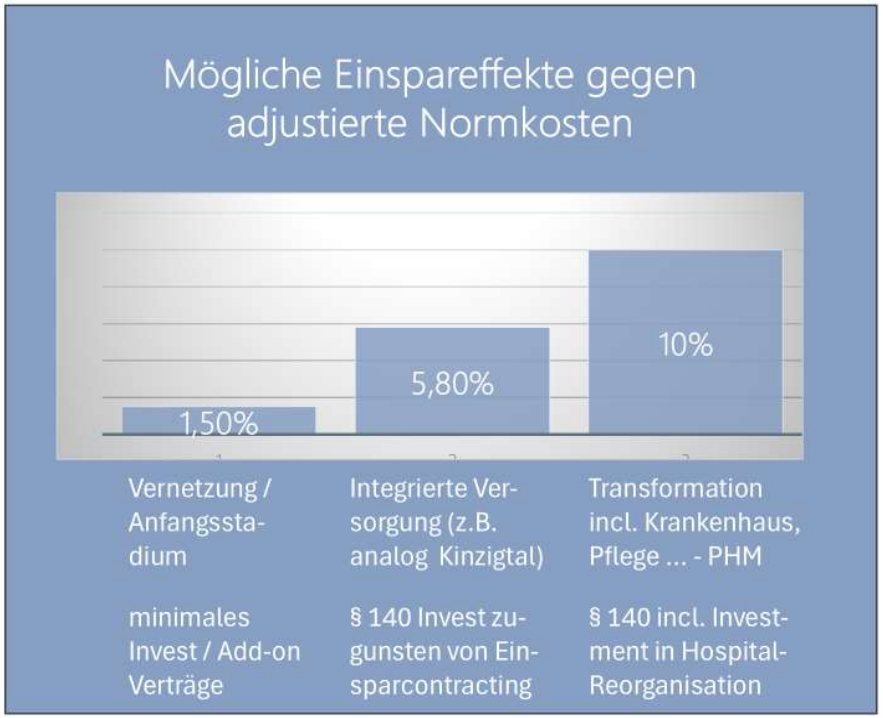


Je höher die Integration, je höher der Effekt

Je intensiver integriert und auf die gesamte Population ausgerichtet und je größer das Startinvestment, umso größer auch die Effekte

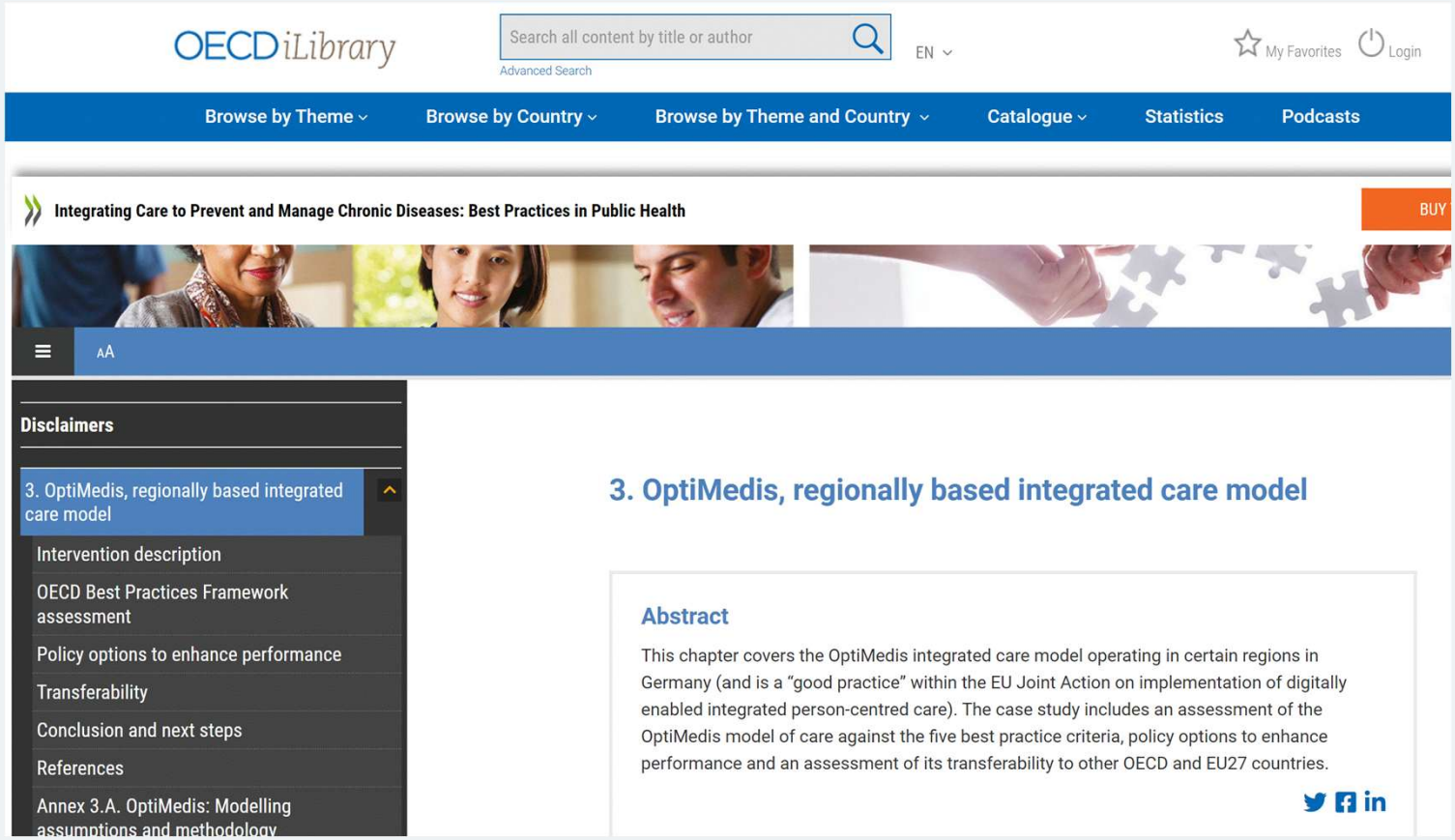


Groene O et al. The role of integrated care and population health. In: Aase K et al (ed): researching quality in care transitions: international perspectives. Palgrave, 2017



OptiMedis

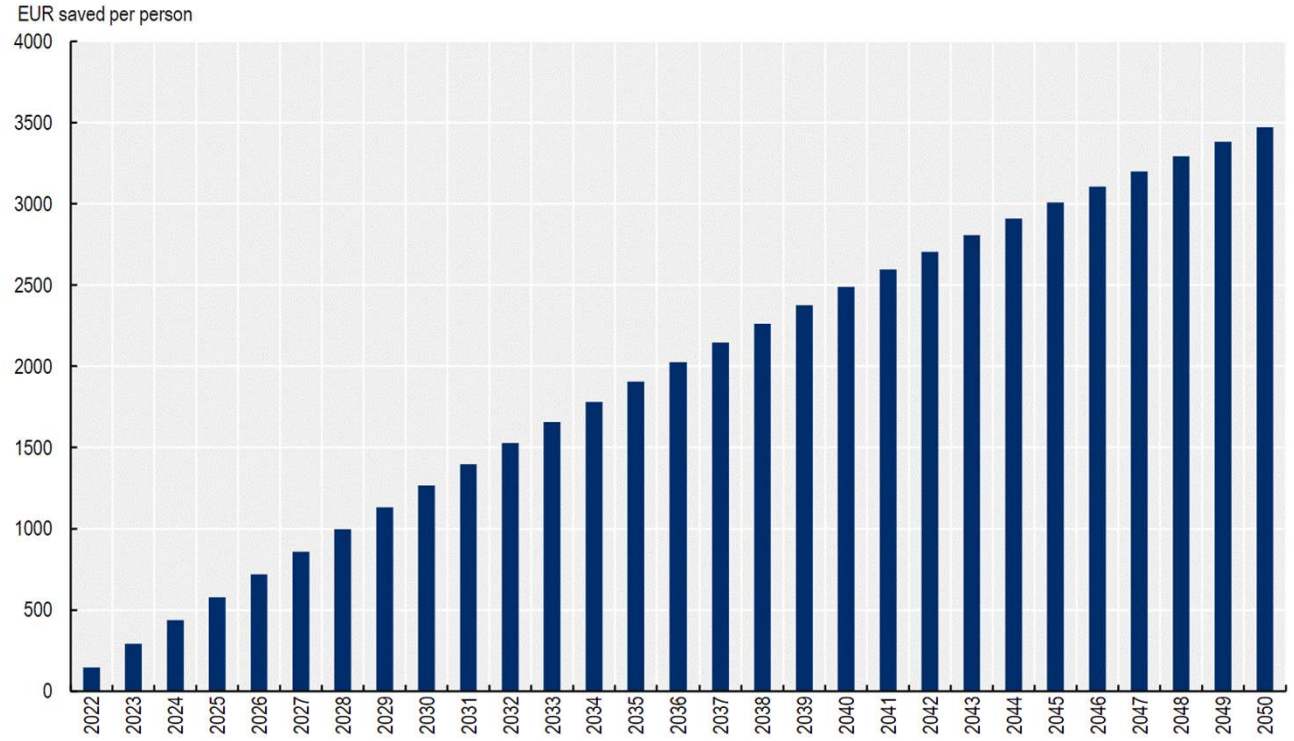
Mai 2023: Bestätigung unserer Arbeit durch die OECD



Hier ist der Link zu dem OECD-Case Report:

Modellierung der kumulierten Einsparungen für die Gesundheitssysteme: 3.500 € p. Kopf

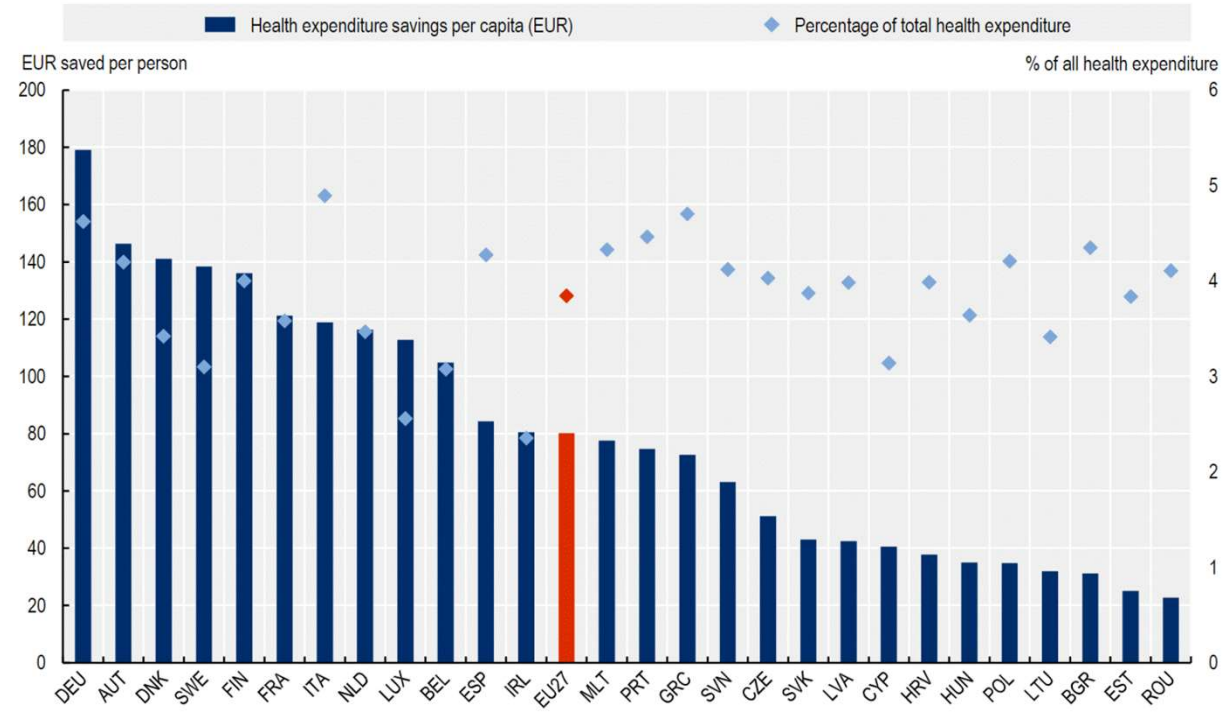
Figure 3.4. Cumulative health expenditure savings per person, EUR, 2022-50 – OptiMedis, Germany



Source: OECD analysis based on neural networks and OECD's SPHeP-NCD microsimulation model.

OECD: Pro Kopf ließen sich im Schnitt 179€ (=4,6%) in den Jahren 2022 – 2050 in Deutschland einsparen

Figure 3.5. Health expenditure (HE) savings as a percentage of total HE and per capita (EUR), average 2022-50 – OptiMedis, EU27 countries



Note: Per capita costs reflect the population aged 20 years and over.
Source: OECD analysis based on neural networks and OECD's SPHeP-NCD microsimulation model.

Für 2025 würde dies bei den ca. 341 Mrd € Gesundheitsausgaben der GKV 15,7 Mrd. € ausmachen:

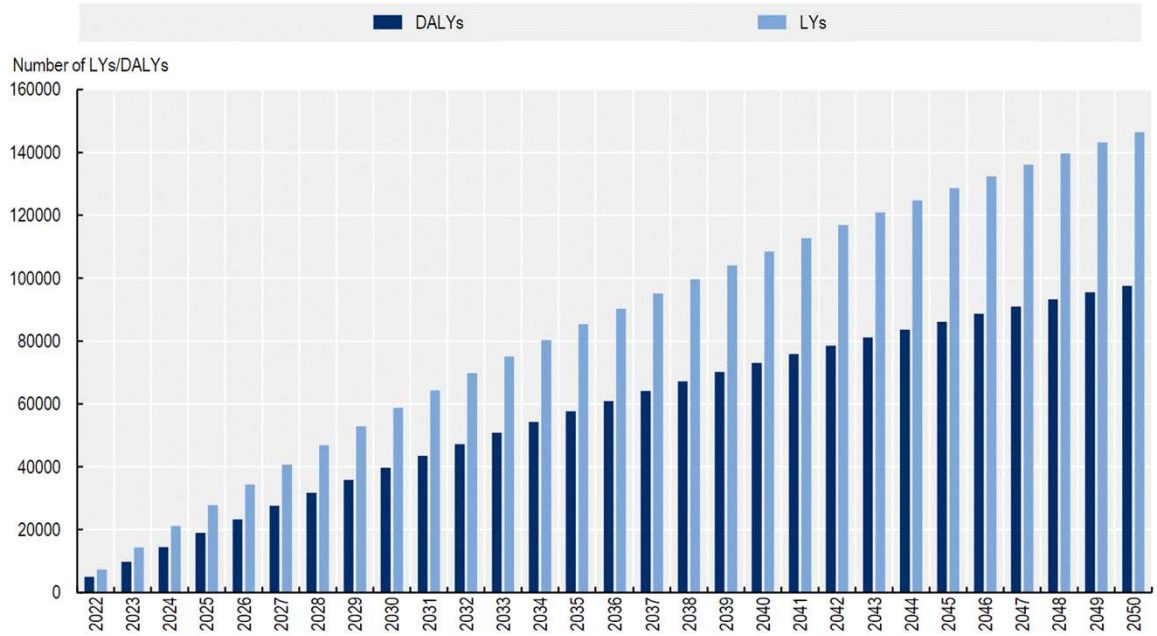
Weitere Vorteile:

- Senkung des Gesamtsozial-versicherungsbeitragssatzes
- Senkung des Fachkräfte-mangels
- Senkung der Kosten „Hilfe zur Pflege" für die Land-kreise

Modellierung der geretteten Lebensjahre (146 TY) und der Lebensjahre ohne Beeinträchtigungen (97 TY) in DE bei der Anwendung des OptiMedis-Modells

Implementing the OptiMedis integrated care model across Germany is estimated to lead to an additional 146 441 life years (LYs) and 97 558 disability-adjusted life years (DALYs) by 2050.

Figure 3.2. Cumulative number of LYs and DALYs gained, 2022-50 – OptMedis, Germany



Source: OECD analysis based on neural networks and OECD's SPHeP-NCD microsimulation model.

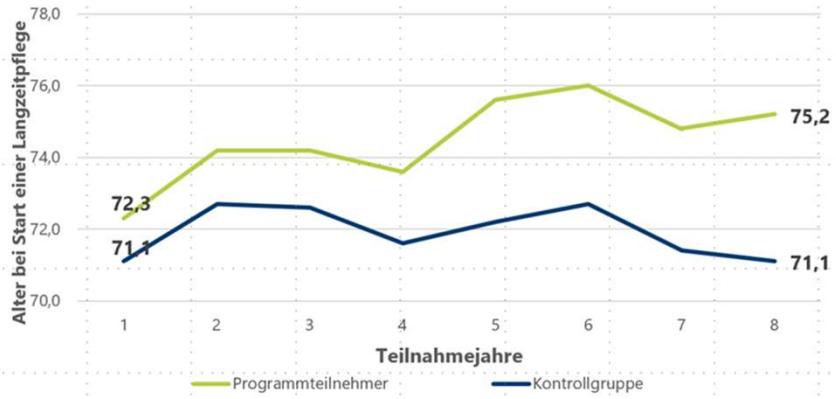
Regionale Lösungen und Einsparungen – auch im Bereich der Pflegeversicherung + „Hilfe zur Pflege“

Einer der Gründe für den Effekt: Verschiebung des Eintritts von Erkrankungen, hier: Startzeitpunkt Langzeitpflege

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.

Und das trotz intensiver Aufklärung und vielen Veranstaltungen zusammen mit dem Pflegestützpunkt

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



Quelle: Eigene Darstellung, Auswertung OptiMedis AG

OptiMedis

Was können wir / Sie mitnehmen ?



Wir stehen der älter werdenden Gesellschaft und der Personalknappheit nicht ohnmächtig gegenüber



Primärversorgung ist mehr als eine Hausarztpraxis mit Überweisungsvorbehalt. Jetzt haben wir die Chance. Sie sollte von vornherein erweitert geplant werden, incl. weiterer Berufsgruppen und in Richtung Public Health … virtuelle Regionalbudgets sind dafür förderlich



Pilotlösungen gibt es, jetzt stellt sich die Frage nach dem Business Modell und einem förderlichen Rahmen … sonst droht eine neuerliche Kostensteigerung mit fragl. Nutzen

OptiMedis – Regionale Lösungen, Digitale Transformation, Management, Forschung & Analytik in DE und EU



REGIONALE LÖSUNGEN

- Aufbau innovativer Gesundheitsnetzwerke
- Regionale Analysen
- Gesundheits- & Versorgungsmanagement
- Projektinitiierung & Fördermittelakquise
- Versorgungsforschung & Evaluation
- Kommunikation, Vernetzung & Akquise
- Digitalisierung & Innovationsförderung



FORSCHUNG & INNOVATION

- Initiierung & Management von Forschungsprojekten
- Entwicklung und Evaluation von Versorgungsprogrammen
- Angewandte Versorgungsforschung und gesundheitsökonomische Studien
- Bewertung & Pilotierung von Innovationen
- Begleitung digitaler Transformationsprozesse
- Entwicklung, Pilotierung und Implementierung Fragebögen (PREMs und PROMs)



DATENANALYTIK

- Bestimmung von Versorgungsbedarfen & Strukturen
- Analyse ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK)
- Analyse Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK)
- Auswertung von Daten nach §21 KHEntgG
- Routinedatenanalysen
- Fragebogenentwicklung (technische Umsetzung)

OptiMedis

Ihr Ansprechpartner



DR. H. C. HELMUT HILDEBRANDT

Vorstand

E-Mail: h.hildebrandt@optimedis.de

Telefon: +49 40 22621149-0

Mobil: +49 172 4215165

Netzwerk Deutsche GesundheitsRegionen e.V.

Weitere Informationen über uns

OptiMedis

Das Buch zum Thema



medhochzwei-verlag.de

LinkedIn-Gruppe „Zukunft Gesundheit - regional, vernetzt, patientenorientiert



www.linkedin.com/groups/9029235

Newsletter OptiMedium



www.optimedis.de/newsletter