



Kurzbericht

**zur Evaluation der
Integrierten Versorgung
*Gesundes Kinzigtal***

2010

Dr. Achim Siegel
Dr. Ulrich Stößel

Evaluations-Koordinierungsstelle
Integrierte Versorgung (EKIV)

an der Abteilung für Medizinische Soziologie
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hebelstr. 29
79104 Freiburg
ekiv@medsoz.uni-freiburg.de
<http://www.ekiv.org>

im Auftrag der Gesundes Kinzigtal GmbH
in Zusammenarbeit mit AOK BW und LKK BW

Vorbemerkung

Mit dem Kurzbericht zur Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* – kurz: EKIV-Evaluationsbericht – geben wir einen Überblick zum aktuellen Stand der Projekte, mit denen die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) evaluiert wird. In diesem Bericht fassen wir die unseres Erachtens wichtigsten Zwischenergebnisse jener Projekte zusammen und resümieren die Ergebnisse im Hinblick auf die übergreifenden Fragestellungen der IVGK-Evaluation.

Wir danken allen, die durch ihr produktives Feedback dazu beigetragen haben, dass der Bericht in der jetzigen Form entstanden ist. Dazu gehören insbesondere Helmut Hildebrandt und Dr. Monika Roth (*Gesundes Kinzigtal GmbH*), Gisela Daul und Karin Gaiser (*AOK Baden-Württemberg*), Yvonne Stütze und Gerhard Adis (*LKK Baden-Württemberg*), Dr. Thomas Maack (*Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal – MQNK*), Dr. Ingrid Schubert (*PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln*), Eva Mnich und Kerstin Hofreuter-Gätgens (*Abteilung für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*), Dr. Matthias Nübling (*Gesellschaft für empirische Beratung, Denzlingen*) und Lars Hölzel (*Sektion für Epidemiologie und Versorgungsforschung, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg*). Gleichwohl verantworten wir, die beiden Autoren, den folgenden Bericht.

Über Rückmeldungen jeglicher Art zum Bericht freuen wir uns sehr – Ihre Email an die Adresse ekiv@medsoz.uni-freiburg.de beantworten wir gerne.

Freiburg, im Januar 2011

Achim Siegel & Ulrich Stößel

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	2
Inhaltsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	4
1 Fragestellungen der Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK)	5
1.1 Hauptziele der IVGK	5
1.2 Der Stellenwert der Evaluation	5
1.3 Leitfragen der Evaluation und ihre Untersuchung in Evaluationsmodulen	5
2 Das SDM-Projekt: Erhebung und Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared Decision-Making (SDM)	6
2.1 Fragestellung, Material und Methoden des SDM-Projekts	6
2.2 Wichtige Zwischenergebnisse	7
2.3 Diskussion	10
3 Das ÜUF-Projekt: Identifizierung und Abbau von <u>Über</u> -, <u>Unter</u> - und <u>Fehl</u> - Versorgung und Erhebung des Gesundheitszustands der Versicherten – Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten	12
3.1 Fragestellung, Material und Methoden des ÜUF-Projekts	12
3.2 Wichtige Zwischenergebnisse der Beobachtungsjahre 2004-2007	14
3.2.1 Globale Kennziffern und Qualitätsindikatoren	14
3.2.2 Indikationsspezifische Kennziffern und Qualitätsindikatoren	16
3.2.3 Entwicklung der administrativen Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen	21
3.3 Diskussion	21
4 Das PeGL-Projekt: <u>P</u> rozesse <u>u</u> valuation aus Sicht der <u>G</u> K- <u>L</u> istungspartner	23
4.1 Fragestellung, Material und Methoden des PeGL-Projekts	23
4.2 Ausgewählte Zwischenergebnisse	24
4.3 Diskussion	25
5 Das AGil-Projekt: <u>A</u> ktive <u>G</u> esundheitsförderung bei alten Menschen <u>i</u> m Kinzigta <u>l</u> – Prozess- und Ergebnisevaluation eines Interventionsprogramms im Kontext der Integrierten Versorgung von AOK-Patienten	26
5.1 Fragestellung, Material und Methoden des AGil-Projekts	26
5.2 Ausgewählte Zwischenergebnisse	27

5.3 Diskussion	28
6 Zwischenresümee.....	28
7 Literaturverzeichnis.....	29

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Evaluationsprojekte zur Bearbeitung der Leitfragen der IVGK-Evaluation.....	6
Tab. 2: AOK-Versicherte mit längerfristiger Verordnung von Benzodiazepinen (>20 DDD)	15
Tab. 3: Anteil der Patienten mit >75 DDD an NSAR in mindestens einem Quartal des Jahres an allen Empfängern dieser Wirkstoffe (nur AOK-Versicherte).....	16

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Beteiligung der Patienten an Therapieentscheidungen beim letzten Hausarztbesuch in der T0- und T2-Befragung (Instrument: PEF-FB)	8
Abb. 2: Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung in der T0- und T2-Befragung (Instrument: ZAV, Wertebereich 0 – 100)	9
Abb. 3: Körperliche Lebensqualität (Instrument: SF-12, Wertebereich 0 – 100) in der T0- und T2-Befragung	9

1 Fragestellungen der Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK)

1.1 Hauptziele der IVGK

Die Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) verfolgt Fragestellungen, die sich aus den Zielen der IVGK ableiten. Hauptziel der IVGK ist, in der Region Kinzigtal in Südbaden eine ökonomischere Gesundheitsversorgung bei mindestens gleich bleibender Versorgungsqualität – möglichst aber bei steigender Versorgungsqualität – zu erreichen (vgl. Hermann et al. 2006, Hildebrandt et al. 2010). Bei der sektorenübergreifenden Koordination der Versorgung arbeitet die Managementgesellschaft *Gesundes Kinzigtal GmbH* eng mit den Vertragspartnern AOK Baden-Württemberg und LKK Baden-Württemberg zusammen. Die beiden Kassen haben für ihre im Kinzigtal wohnenden Versicherten mit der *Gesundes Kinzigtal GmbH* langfristige Versorgungsverträge abgeschlossen. Die Verträge laufen bis mindestens 30. Juni 2015 (AOK Baden-Württemberg) bzw. 31. Dezember 2015 (LKK Baden-Württemberg); in beiden Fällen besteht die Option einer Vertragsverlängerung.

Bislang scheint es, als könne das Teilziel einer wirtschaftlicheren Gesundheitsversorgung im Kinzigtal erreicht werden, denn die finanziellen Ergebnisse für die ersten zweieinhalb Jahre (01.07.2006 – 31.12.2008) nach erfolgtem Strukturaufbau zeigen, dass es bereits in diesem Zeitraum gelungen ist, die Gesundheitsversorgung der AOK-Versicherten im Kinzigtal zunehmend wirtschaftlicher zu gestalten als vor dem Start der IVGK (vgl. Daul 2009, Rabatta 2009, Optimedix AG 2011).

1.2 Der Stellenwert der Evaluation

Angesichts dieses doppelten Ziels der IVGK kommt der wissenschaftlichen Evaluation die wichtige Aufgabe zu, Aspekte der Versorgungsqualität im Kinzigtal und in der IVGK zu erheben und zu bewerten. Von Beginn an lag den Gründern und Vertragspartnern der IVGK viel daran, besonders die Qualitätsaspekte der Versorgung im Kinzigtal gründlich und von unabhängigen Forschungsinstituten untersuchen zu lassen. Dafür haben sie nicht nur beträchtliche Summen für die Durchführung der Evaluation zur Verfügung gestellt, sondern auch beachtliche Kapazitäten u. a. für ein umfangreiches Datenmanagement. All dies hat dazu geführt, dass die Evaluation der IVGK einmalig ist in der Geschichte der Integrierten Versorgung in Deutschland, denn nirgendwo sonst existiert für Projekte der Integrierten Versorgung eine derart umfangreiche und unabhängige Evaluation.

1.3 Leitfragen der Evaluation und ihre Untersuchung in Evaluationsmodulen

Tab. 1 gibt die Leitfragen wieder, die in der Evaluation der IVGK untersucht werden. Wie Tab. 1 auch zeigt, werden diese Leitfragen in einem oder mehreren Evaluationsprojekten („Evaluationsmodulen“) thematisiert. Die Evaluation der IVGK ist also modular aufgebaut. In den anschließend folgenden Kapiteln stellen wir die einzelnen Evaluationsprojekte einschließlich ihrer bisherigen Ergebnisse genauer dar.

Tab. 1: Evaluationsprojekte zur Bearbeitung der Leitfragen der IVGK-Evaluation

Leitfragen	werden untersucht im...
1) Gelingt es in der IVGK, die Patienten stärker zu aktivieren und an Therapieentscheidungen zu beteiligen?	SDM-Projekt
2) Wie entwickelt sich die Zufriedenheit der Versicherten mit der IVGK im Vergleich?	SDM-Projekt
3) Wie entwickelt sich die Gesundheit der Versicherten im Kinzigtal im Vergleich?	ÜUF-Projekt, SDM-Projekt, AGil-Projekt
4) Gelingt es, im Kinzigtal die Versorgungsqualität im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung zu erhöhen und Phänomene der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren?	ÜUF-Projekt
5) Wie entwickelt sich die Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte und anderer Leistungserbringer mit der IVGK?	PeGL-Projekt
6) Entwickelt sich eine intensivere fachliche und interdisziplinäre Kooperation der Leistungserbringer in der IVGK?	PeGL-Projekt
7) Ist die neue Versorgungsform wirtschaftlicher – ohne Qualitätseinbußen?	finanzielle Ergebnisrechnung, ÜUF-, SDM-, AGil-, PeGL-Projekt

2 Das SDM-Projekt: Erhebung und Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared-Decision-Making (SDM)

2.1 Fragestellung, Material und Methoden des SDM-Projekts

Das SDM-Projekt wird von Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Universitätsklinikum Freiburg) geleitet und von seinem Freiburger For-

schungsteam durchgeführt. Mittels einer dreiarmligen kontrollierten Kohortenstudie untersucht das Projektteam in erster Linie die Frage, ob es im Kontext eines integrierten Versorgungssystems nach Art der IVGK sowie durch spezifische Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte gelingt,

- die in der IVGK eingeschriebenen Patienten stärker an Therapieentscheidungen zu beteiligen als in der herkömmlichen Versorgung und
- zu einer höheren Zufriedenheit der Versicherten mit der Versorgung beizutragen.

Das Projektteam untersucht diese Forschungsfragen in Anlehnung an das heuristische Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF); dieses ist gleichbedeutend mit dem Modell des Shared Decision-Making (SDM). Dabei wird von folgenden Hypothesen ausgegangen: Eine gelungene Beteiligung des Patienten an den Therapieentscheidungen des Arztes führt zu einer höheren Entscheidungskonfidenz (Entscheidungssicherheit) des Patienten, d.h. der Patient begreift die partizipativ getroffene Therapieentscheidung als eine informierte und wohl abgewogene Entscheidung. Ist die Entscheidungssicherheit des Patienten hoch, so ist auch die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Patient die getroffene Behandlungsentscheidung umsetzt. Weiterhin wird im PEF-Modell angenommen, dass eine hohe Entscheidungssicherheit zu einer hohen Zufriedenheit des Patienten mit dem behandelnden Arzt beiträgt. Im Idealfall führt eine stärkere Beteiligung des Patienten an Therapieentscheidungen somit zu einer höheren Therapietreue des Patienten und zu einem besseren Behandlungserfolg. Dieser wiederum bewirkt idealerweise und unter sonst gleichen Bedingungen eine höhere Lebensqualität des Patienten (vgl. Härter et al. 2008: 7f).

Im SDM-Projekt werden – in Anlehnung an das heuristische PEF-Modell – neben der Patientenbeteiligung an Therapieentscheidungen und der Patientenzufriedenheit weitere Ziel-Parameter erhoben wie z.B. die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Versicherten, ihre Beteiligungs- und Informationspräferenz sowie ihre Entscheidungskonfidenz (Entscheidungssicherheit).

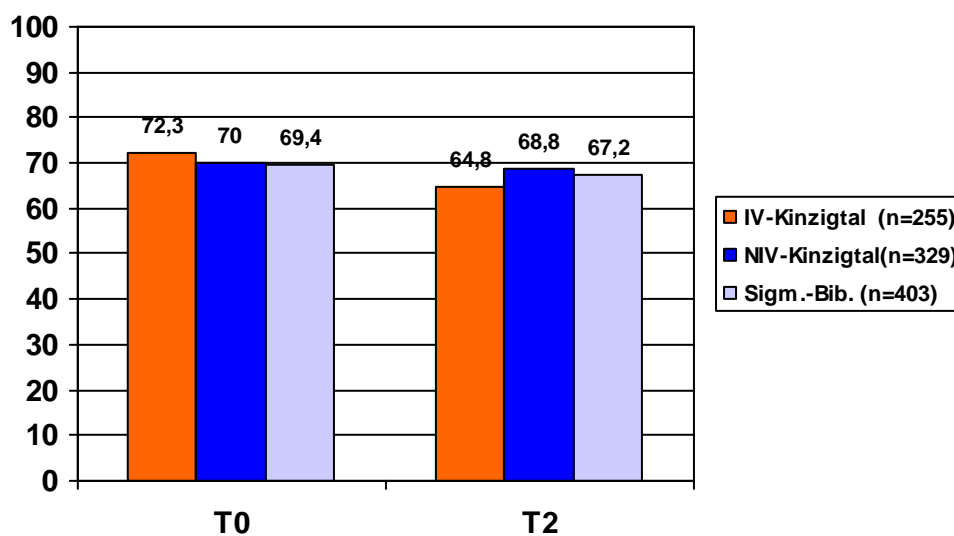
Die Forschungsfragen des SDM-Projekts werden auf Basis einer dreiarmligen kontrollierten Kohortenstudie untersucht. Als Interventionskohorte („Gruppe IV“) wurden bei der ersten Erhebung 1.153 AOK- und 40 LKK-Versicherte eingeschrieben, die sich bis März 2007 in die IVGK eingeschrieben hatten (Vollerhebung der damaligen IVGK-Versicherten). Als erste Kontrollstichprobe („Stichprobe NIV“) wurden 2.523 AOK- und 115 LKK-Versicherte eingeschrieben, die im Kinzigtal wohnten, aber bis März 2007 nicht in die IVGK eingeschrieben waren. Als zweite Kontrollstichprobe („Stichprobe S-B“) wurden 2.596 AOK- und 115 LKK-Versicherte eingeschrieben, die in der Region um Sigmaringen und Biberach ihren Wohnsitz hatten. Die beiden Kontrollstichproben waren hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht, Versichertenstatus und GKV-Kosten im Jahr 2006 nach Maßgabe der Interventionskohorte stratifiziert aus der Grundgesamtheit gezogen worden, damit eine möglichst gute Vergleichbarkeit der drei Kohorten gegeben war.

2.2 Wichtige Zwischenergebnisse des SDM-Projekts¹

Bislang fanden im SDM-Projekt drei Befragungen (T0-, T1- und T2-Befragung) im Abstand von jeweils einem Jahr statt. Nach der T0-Erhebung waren die Fragebögen von insgesamt 2.351 Probanden auswertbar (Antwort-Rate: 36%), nach der T2-Befragung immerhin noch 1.205 Fragebögen (Antwort-Rate bzgl. der zu T0 angeschriebenen Versicherten: 18,4%). Die Antwort-Rate war in der IV-Gruppe signifikant höher als in den beiden Kontrollstichproben.

Die Daten der zweiten Befragung (T1-Befragung) erwiesen in Bezug zur Erstbefragung (T0-Befragung) keinerlei Interventionseffekt. Bei der dritten Befragung (T2-Befragung) zeigte sich bezüglich der T0-Befragung lediglich bei einer der insgesamt neun Zielvariablen ein Interventionseffekt, d.h. eine signifikant unterschiedliche Entwicklung der Zielvariablen in den drei Studiengruppen: Das Ausmaß der erlebten Beteiligung an Therapieentscheidungen ging bei allen drei Studiengruppen im Zeitverlauf zurück, aber entgegen den Erwartungen war der Rückgang in der Gruppe der IV-Versicherten (IV-Gruppe) signifikant stärker als in den beiden Kontrollgruppen. Dieses Ergebnis ist in Abb. 1 graphisch dargestellt.

Abb. 1: Beteiligung der Patienten an Therapieentscheidungen beim letzten Hausarztbesuch in der T0- und T2-Befragung (Instrument: PEF-FB, Wertebereich 0 – 100)

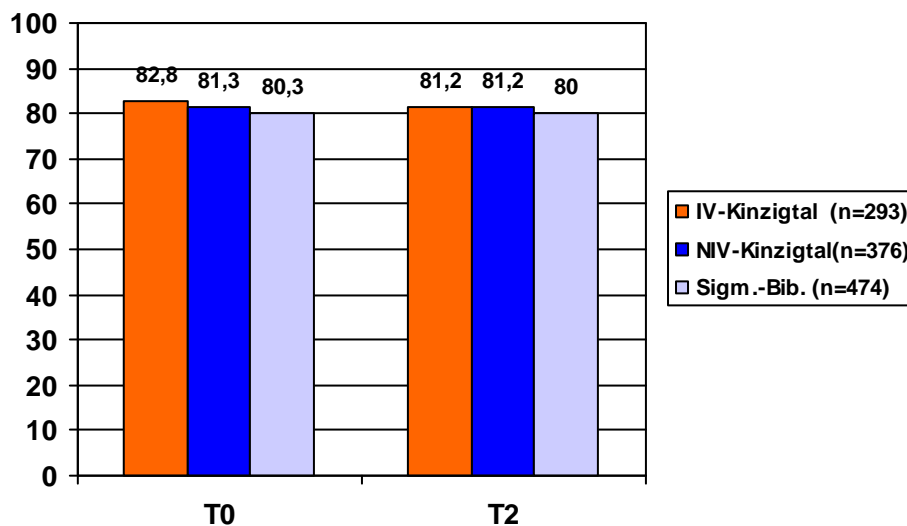


Die signifikant stärker zurückgehende erlebte Beteiligung der Patienten in der IV-Gruppe schlug sich jedoch nicht bedeutsam in der Zufriedenheit der Versicherten mit der hausärztlichen Versorgung insgesamt nieder: Die Entwicklung der Zufriedenheitswerte in den drei Studiengruppen im Zeitverlauf unterschied sich nicht signifikant voneinander (Abb. 2). In der IV-Gruppe ging zwar der Durchschnittswert von 82,8 auf

¹ Die im Folgenden referierten Ergebnisse sind den Projektberichten zur T0-Erhebung (Härter et al. 2008) und zur T2-Erhebung (Härter et al. 2010) entnommen.

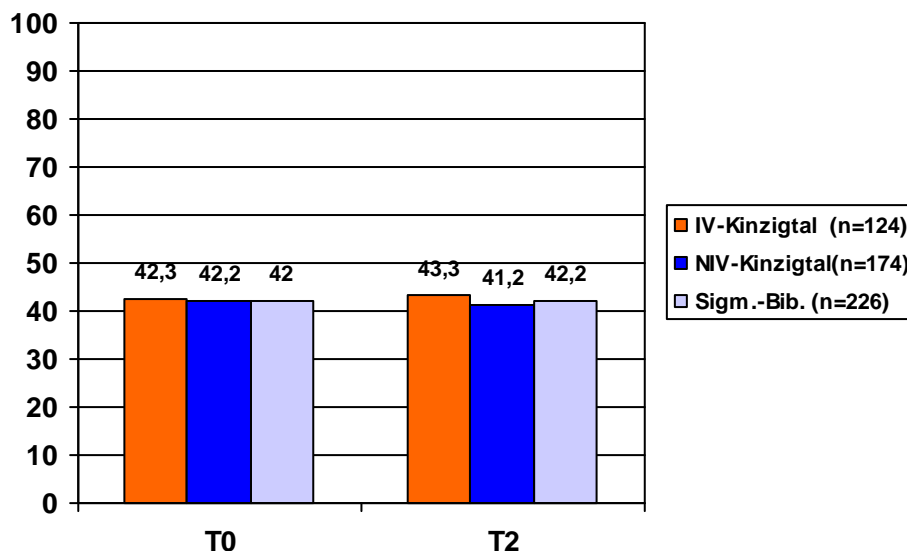
81,5 Punkte zurück, wie Abb. 2 zeigt; dieser Wert wurde zum Zeitpunkt T2 dennoch von keiner der anderen Studiengruppen übertroffen.

Abb. 2: Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung in der T0- und T2-Befragung (Instrument: ZAV, Wertebereich 0 – 100)



Hinsichtlich der körperlichen Lebensqualität (Abb. 3) zeigten sich zwar ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Werten der drei Stichproben; ein statistisch signifikanter Interventionseffekt wurde aber nur knapp verfehlt ($p=0.07$): Wie in Abb. 3 zu sehen ist, stieg der durchschnittliche Indexwert der körperlichen Lebensqualität in der IV-Gruppe um einen Prozentpunkt an, während der entsprechende Wert in der NIV-Gruppe zurückging und in der S-B-Gruppe ungefähr konstant blieb.

Abb. 3: Körperliche Lebensqualität (Instrument: SF-12, Wertebereich 0 – 100) in der T0- und T2-Befragung



2.3 Diskussion

Während die körperliche Lebensqualität (Abb. 3) und die psychische Lebensqualität (ohne Abb.) in den drei Studiengruppen sich immerhin tendenziell in der erwarteten Richtung veränderten – ohne dass jedoch dieser Interventionseffekt statistisch signifikant war –, ergab sich bei der von den Befragten erlebten *Beteiligung an Therapieentscheidungen* in den drei Studiengruppen ein statistisch signifikantes Ergebnis entgegen den Erwartungen: Das Ausmaß der erlebten Beteiligung verringerte sich bei den in die IVGK eingeschriebenen Patienten signifikant stärker als bei den übrigen Probanden. Zwar erscheint das Ausmaß des „übermäßigen“ Rückgangs der erlebten Beteiligung bei den IV-Versicherten substantiell nicht dramatisch, d.h. klinisch noch „nicht relevant“ (Härter et al. 2010: 29), aber es ist dennoch ein signifikantes Ergebnis entgegen den Erwartungen. Obwohl die gesunkene erlebte Beteiligung bei den IV-Versicherten sich bislang offenkundig nicht auf deren Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung niedergeschlagen hat, halten wir die zurückgegangene erlebte Beteiligung der IV-Versicherten für erklärungsbedürftig. Grundsätzlich sehen wir drei Möglichkeiten, dieses Ergebnis zu erklären:

(1) Im vergleichenden Hinblick auf ein analoges Studienergebnis aus der Schweiz (Busato et al. 2010) ist prinzipiell folgendes Erklärungsmuster denkbar: Da Netzwerkpraxen in der Regel stärker als Einzelpraxen auf Basis strukturierter und evtl. sogar sektorenübergreifender strukturierter Behandlungspfade arbeiten, erscheinen den Patienten von Netzwerkpraxen die möglichen Behandlungsoptionen in stärkerem Ausmaß vorgegeben als den Patienten von Einzelpraxen. In Einzelpraxen können die Behandlungsoptionen den Patienten in stärkerem Ausmaß als „selbständig bestimmt“ und „aushandelbar“ erscheinen, da dort die Arzt-Patient-Dyade weniger stark in ein übergreifendes (Behandlungs-)Netz eingebunden ist als in Netzwerkpraxen mit ihrer Vielzahl an strukturierten Behandlungsprogrammen. Dieses Erklärungsmuster impliziert, dass in der zurückgehenden „*erlebten* Beteiligung“, die bei den IV-Versicherten im Kinzigtal gemessen wurde, eine *objektiv* sinkende Patientenbeteiligung ihren Niederschlag gefunden hat.

(2) Abweichend von der zuletzt genannten Annahme kann man aber auch davon ausgehen, dass in den Wahrnehmungen und Situationseinschätzungen der IV-Probanden sich nicht nur eine (möglicherweise) *objektiv* verringerte Patientenbeteiligung widerspiegelt, sondern dass sich in der zurückgehenden *erlebten* Beteiligung zumindest *auch* ein Erwartungseffekt ausgewirkt hat: Die in die IVGK eintretenden AOK- und LKK-Versicherten haben sich offenkundig in die IVGK eingeschrieben, weil sie vom Argument der höheren Versorgungsqualität und stärkeren Patientenorientierung überzeugt wurden. (Finanzielle Anreize für einen Eintritt – wie z.B. eine reduzierte Praxisgebühr – gab es für die AOK-Versicherten *nicht*.) Bereits dies wird sich in der IV-Gruppe in höheren Erwartungen an Versorgungsqualität und Patientenbeteiligung ausgewirkt haben. Zudem waren die umfangreichen Eingangsuntersuchungen, Befra-

gungen und Therapiezielvereinbarungen, die bei allen IV-Versicherten unmittelbar nach deren Eintritt in die IVGK anstanden, zweifellos geeignet, bei den IV-Versicherten besonders hohe Erwartungen an die IVGK zu wecken – Erwartungen, die im Behandlungsalltag der folgenden Monate und Jahre vermutlich so nicht eingelöst werden konnten. Die mutmaßlich folgende „Ernüchterung“ führte dann folgerichtig – so kann man annehmen – bei den IV-Versicherten zu einer etwas kritischeren Sichtweise des ärztlichen Beteiligungsverhaltens.

Den gerade beschriebenen Erwartungseffekt zu unterstellen, erfordert nicht unbedingt, eine objektiv sinkende Patientenbeteiligung – worauf das Erklärungsmuster (1) fokussiert – zu negieren. Denn man kann unterstellen, dass beide Effekte wirksam waren, d.h. dass sowohl die Patientenbeteiligung in der IVGK objektiv zurückging als auch der beschriebene Erwartungseffekt auftrat. Unmöglich ist es jedoch, die relative Stärke der beiden Effekte mit Verweis auf empirische Daten zu bestimmen, da die im SDM-Projekt eingesetzten Messinstrumente etwaige „objektive“ Effekte nicht separat messen, sondern stets nur als *von den Versicherten wahrgenommene objektive Effekte*, in der die Eigendynamik der Wahrnehmungsschemata der Versicherten immer enthalten ist.²

(3) Wenn man grundsätzlich unterstellt, dass *auch* ein Erwartungseffekt der oben beschriebenen Art stattgefunden hat und man aber beide Effekte – nämlich den „reinen“ Erwartungseffekt und den Effekt einer objektiv veränderten Beteiligungsrealität – nicht vergleichend quantifizieren kann, dann ergibt sich noch ein drittes mögliches Erklärungsmuster: Man könnte unterstellen, dass sich die Patientenbeteiligung in der IVGK *objektiv* sogar etwas *erhöht* hat, da ja entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für die Ärzte sowie die mit Patienten abgeschlossenen Zielvereinbarungen auch eine beteiligungsfördernde Wirkung hinterlassen haben müssten. Verträte man ein solches Argument, dann müsste man dennoch anerkennen, dass der mutmaßliche Anstieg der „objektiven“ Patientenbeteiligung so gering war, dass er von dem beschriebenen Erwartungseffekt dominiert, d.h. überkompensiert wurde, denn der Gesamteffekt steht ja zweifelsfrei fest: Die von den Patienten *wahrgenommene* Patientenbeteiligung ging in der IVGK signifikant stärker zurück als in den Kontrollgruppen.

Wir verfügen nicht über empirische Daten, die uns verlässliche Hinweise darauf geben könnten, welche der drei Erklärungsmöglichkeiten die Realität am besten trifft. Angesichts neuester – eher ernüchternder – Literatur-Reviews (z.B. Légaré et al. 2010) zur Frage, welche Arten von SDM-Interventionen zu einer objektiv größeren Patientenbeteiligung führen, halten wir Erklärungsmuster (3) jedoch für wenig plausibel. Da wir auf der anderen Seite einen Erwartungseffekt in der geschilderten Art für wahrscheinlich halten, scheint uns Erklärungsmuster (2) am plausibelsten. Wie dem

² Dass es einen solchen Erwartungseffekt gegeben hat, lässt sich nicht zuverlässig nachweisen – dies liegt in der Natur des im SDM-Projekt angewandten Studiendesigns. Derartige Erwartungseffekte lassen sich im Grunde nur mithilfe einer randomisierten kontrollierten Studie (Doppelblind-Studie) verhindern bzw. zuverlässig kontrollieren. Ein solches Studiendesign war jedoch im SDM-Projekt nicht anwendbar.

auch sei: Bisher müssen wir jedenfalls die Forschungsfrage verneinen, ob ein Versorgungssystem wie die IVGK zu einer – aus Patientensicht – stärkeren Patientenbeteiligung an Therapieentscheidungen führt.

Ungeachtet dieses Teilergebnisses ist die Zufriedenheit der IVGK-Patienten mit der hausärztlichen Versorgung insgesamt weiterhin sehr hoch, und sie wird auch von den Zufriedenheitswerten der Kontrollgruppen nicht übertroffen. Letzteres gilt auch für die Indexwerte der körperlichen und psychischen Lebensqualität.

3 Das ÜUF-Projekt: Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung und Erhebung des Gesundheitszustands von Versicherten – Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten

3.1 Fragestellung, Material und Methoden des ÜUF-Projekts

Das ÜUF-Projekt soll Antworten auf zwei entscheidende Fragen liefern: Entwickelt sich die Gesundheit der Versicherten in der IVGK und in der Region Kinzigtal – gemessen an der administrativen Prävalenz verschiedener Erkrankungen – seit Beginn des IVGK-Projekts günstiger als im übrigen Baden-Württemberg? Gelingt es im Zuge des Ausbaus der IVGK, Phänomene der Über-, Unter- und Fehlversorgung (nach der Definition des Sachverständigenrats) im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg zu reduzieren und so die komparative Versorgungsqualität im Kinzigtal zu erhöhen?

Das ÜUF-Projekt wird durchgeführt von der PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln unter der Leitung von Frau Dr. Ingrid Schubert. Das Projekt folgt dem Design einer bevölkerungsbezogenen quasi-experimentellen kontrollierten Studie. Dabei bilden die im Kinzigtal wohnenden AOK- und LKK-Versicherten die Interventionsgruppe; zum Vergleich wird eine für das übrige Baden-Württemberg repräsentive Zufallsstichprobe aller volljährigen AOK- und LKK-Versicherten herangezogen. Bei Populationsvergleichen werden die Ergebnisse der baden-württembergischen Vergleichsgruppe stets standardisiert auf die im Kinzigtal vorgefundene Alters- und Geschlechtsverteilung der volljährigen AOK- und LKK-Versicherten.

Die in der Studie analysierten Daten sind die sektorübergreifenden pseudonymisierten GKV-Routinedaten der beteiligten Versicherten. Die Interventionsgruppe geht grundsätzlich in Form einer Vollerhebung in die Studie ein (ca. 31.000 Versicherte), während für die Vergleichsgruppe eine Zufallsstichprobe gezogen wurde, die etwa 12,5% der Grundgesamtheit beträgt (ca. 500.000 Versicherte). Da bei den Auswertungen grundsätzlich nur die Daten der jährlich durchgängig Versicherten sowie der unterjährig Verstorbenen berücksichtigt werden – und folglich z.B. die Daten von Kassenwechslern im Jahr ihres Kassenwechsels unberücksichtigt bleiben –, reduziert

sich die Anzahl der auszuwertenden Datensätze noch einmal geringfügig: So sind z.B. für das Jahr 2007 die Daten von insgesamt 27.865 AOK-Versicherten und 1.672 LKK-Versicherten im Kinzigtal auszuwerten, während in der Vergleichsgruppe die Daten von insgesamt 483.557 AOK-Versicherten und 15.206 LKK-Versicherten berücksichtigt werden.

Als Basisjahr der Studie gilt das Jahr 2004, da es das letzte interventionsfreie Kalenderjahr darstellt; alle darauf folgenden Beobachtungsjahre (2005 bis 2011) sind dementsprechend Jahre mit einer sukzessive zunehmenden Interventionsintensität, wobei die ersten Interventionen vermutlich erst im letzten Quartal 2005 zur Geltung kamen.

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit die IVGK zur Verringerung von Über-, Unter- und Fehlversorgung beiträgt, sind spezifische Indikatoren der Versorgungsqualität erforderlich. Gegenwärtig gibt es in Deutschland noch kein extern validiertes Indikatorenset, das für ein Monitoring der Versorgungsqualität nutzbar wäre; für die ambulante Versorgung erproben zurzeit die AOK und das AQUA-Institut in Göttingen mit dem QiSA-Indikatorenset, die KBV mit dem AQUIK-Projekt einige Indikatoren und Kennziffern. Die PMV forschungsgruppe verwendet daher in ihren Evaluationsberichten Indikatoren, die zum einen international gebräuchlich sind, zum anderen von evidenzbasierten Leitlinien oder Behandlungspfaden abgeleitet sind. Zuweilen werden die verwendeten Indikatoren und Kennziffern auch aus dem oben genannten Sachverständigenratsgutachten abgeleitet.

Die PMV forschungsgruppe unterscheidet globale Kennziffern und Qualitätsindikatoren von indikationsspezifischen Indikatoren:

Die meisten *globalen Kennziffern*, über welche die PMV forschungsgruppe berichtet – wie z.B. die Kennziffern zu Multimorbidität, Multimedikation und verschiedenen Inanspruchnahmeparametern –, dienen als Hintergrundinformationen und nicht als Zielparame-ter der Versorgungsqualität. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung werden globale Kennziffern zur Verordnung von Generika und Analogpräparaten ausgewiesen. Zwei weitere globale Kennziffern beschreiben die Häufigkeit von Risikosituationen, nämlich die längerfristige Verordnung von (a) Benzodiazepinen und (b) nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR).

Indikationsspezifische Kennziffern und Qualitätsindikatoren werden gebildet, damit die Reduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei relevanten Erkrankungsgruppen beurteilt werden kann. Zu den relevanten Erkrankungsgruppen, die auf der Basis solcher indikationsspezifischen Indikatoren untersucht werden, zählen die folgenden Indikationen: Koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes, affektive Störungen (einschließlich Depression), Osteoporose und Rückenschmerzen.

3.2 Wichtige Zwischenergebnisse der Beobachtungsjahre 2004-07³

Die bislang vorliegenden Zwischenergebnisse beruhen auf einer Analyse des Zeitraums 2004-2007. Den Untersuchungen zur Versorgungsqualität, die die PMV forschungsgruppe mittels Qualitätsindikatoren und anderen Kennziffern analysiert, ist zu entnehmen, dass die Versorgungsqualität im Kinzigtal und in der IVGK alles in allem als relativ hoch einzuschätzen ist und sich im Zeitraum 2004-07 insgesamt vergleichsweise positiv entwickelt hat.

Zu beachten ist bei diesen Ergebnissen, dass die Interventionsintensität bis Ende 2007 in Bezug auf die Gesamtheit der im Kinzigtal wohnenden AOK- und LKK-Versicherten noch relativ gering war: Ende 2007 waren gerade einmal 2.000 Versicherte als aktive Mitglieder in die IVGK eingeschrieben, und viele der spezifischen IVGK-Gesundheitsprogramme wurden erst im Lauf des Jahres 2007 initiiert.

3.2.1 Globale Kennziffern und Qualitätsindikatoren

Im Hinblick auf mehrere globale Kennziffern war die Versorgung im Kinzigtal bereits im Basisjahr 2004 dem übrigen Baden-Württemberg überlegen. So gab es bereits im Jahr 2004 im Kinzigtal eine höhere Generikaquote als in der baden-württembergischen Vergleichsgruppe (AOK-Versicherte: 75,9% vs. 74,1%; LKK-Versicherte: 76,6% vs. 74,9%). Zudem wurden im Kinzigtal seltener Arzneimittel verordnet, die ein hohes Risiko für die Patienten bergen; dies trifft z.B. für die längerfristige Verordnung von Benzodiazepinen (hohes Risiko einer körperlichen Abhängigkeit) oder von nicht-steroidalen Antirheumatika zu (Risiko einer Ulkuserkrankung). Bezogen auf diese Bereiche lässt sich also behaupten, dass im Kinzigtal bereits im Basisjahr ein geringeres Niveau an Fehlversorgung bestand.

Dieser „Vorsprung“ des Kinzigtals in jenen Bereichen konnte im Zeitraum 2005-07 weitgehend gehalten werden. So war im Jahr 2007 die Generikaquote – bei insgesamt steigender Tendenz – im Kinzigtal noch immer merklich höher als im übrigen Baden-Württemberg (AOK-Versicherte: 84,2% vs. 81,5%; LKK-Versicherte: 85,4% vs. 82,3%). Der Vorsprung des Kinzigtals aus dem Basisjahr konnte auch bei den Kennziffern gewahrt werden, die die relative Größe einer Risikopopulation wiedergeben. Dies lässt sich gut an den folgenden beiden Beispielen erkennen, nämlich dem Anteil der Versicherten mit einer längerfristigen Verordnung von Benzodiazepinen (Tab. 2) und dem Anteil der Versicherten mit langfristigen bzw. hoch dosierten Verordnungen nichtsteroidaler Antirheumatika (NSAR; Tab. 3).

Wie anhand von Tab. 2 zu sehen ist, kommen bei den AOK-Versicherten im Kinzigtal längerfristige Benzodiazepin-Verordnungen (>20 DDD) in jedem der vier Beobachtungsjahre deutlich seltener vor (2,5% in jedem der vier Jahre) als in der Ver-

³ Die im Folgenden referierten Ergebnisse sind den aktuellen Projektberichten der PMV forschungsgruppe entnommen (Köster et al. 2010a; Köster et al. 2010b).

gleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg (4,0% im Jahr 2004; 3,8% im Jahr 2007). Auch bei den LKK-Versicherten (ohne Tabelle) finden sich im Kinzigtal in allen betrachteten Jahren deutlich seltener längerfristige Benzodiazepin-Verordnungen zu Lasten der GKV als im übrigen Baden-Württemberg (2007: 2,9% im Kinzigtal, 4,1% im übrigen Baden-Württemberg; vgl. Köster et al. 2010b: 91).

Diese Verordnungskennziffern berücksichtigen allerdings nur Benzodiazepine, die zu Lasten der GKV verordnet wurden – Verordnungen auf Privatrezept werden in GKV-Routinedaten grundsätzlich nicht erfasst. Dies begrenzt die Inhaltsvalidität der Kennziffer.

Tab. 2: AOK-Versicherte mit längerfristiger Verordnung von Benzodiazepinen (>20 DDD)

Jahr	Versicherte mit Benzodiazepinen (> 20 DDD)										
						Alter >= 18 Jahre					
	IV		Kinzigtal		Gesamt	Kinzig- tal (A)	Anteil [%] Stand. BW* (B)		Differenz (A-B)	Veränderung Indexjahr 2004 = 100	
	Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]	Anteil [%]					Kinzig- tal	Stand. BW*
2004	33	1,7	533	2,1	2,0	2,5	4,0	-1,5		100	100
2005	31	1,6	559	2,1	2,1	2,5	4,0	-1,5		100	100
2006	43	2,1	537	2,0	2,0	2,5	3,9	-1,4		100	98
2007	43	2,2	535	2,1	2,1	2,5	3,8	-1,3		100	95

Population: AOK-Versicherte

© PMV 2010

*) »Stichprobe BW« standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Population »Kinzigtal« des jeweiligen Jahres;

Benzodiazepine und Derivate: N05BA, N05CD, N05CF, N03AE

In Tab. 3 (siehe folgende Seite) ist der Anteil der Versicherten mit NSAR-Verordnungen abgebildet, der in mindestens einem Quartal des Jahres mehr als 75 NSAR-Tagesdosen erhalten hat.

Tab. 3: Anteil der Patienten mit >75 DDD an NSAR in mindestens einem Quartal des Jahres an allen Empfängern dieser Wirkstoffe (nur AOK-Versicherte)

Jahr	Patienten mit NSAR-Verordnung: davon mit > 75 DDD in mindestens einem Quartal					Alter >= 18 Jahre				
	IV		Kinzigtal		Gesamt	Kinzig- tal (A)	Anteil [%]		Veränderung Indexjahr 2004 = 100	
	Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]			Stand. BW*	Differenz (A-B)	Kinzig- tal	Stand. BW*
2004	68	8,8	432	6,9	7,1	7,8	11,2	-3,4	100	100
2005	68	8,5	414	6,6	6,8	7,7	9,7	-2,0	99	87
2006	73	8,9	398	6,2	6,5	7,4	9,8	-2,4	95	88
2007	80	9,2	407	6,1	6,4	7,5	10,1	-2,6	96	90

Population: AOK-Versicherte

© PMV 2010

*) »Stichprobe BW« standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Population »Kinzigtal« des jeweiligen Jahres; NSAR: M01)

Bei Patienten, die hohe Tagesdosen an NSAR einnehmen oder NSAR längerfristig einnehmen, besteht ein erhöhtes Risiko einer Ulkuserkrankung. Tab. 3 zeigt in allen vier Jahren einen deutlich niedrigeren Wert im Kinzigtal im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg.

3.2.2 Indikationsspezifische Kennziffern und Qualitätsindikatoren

Die ersten Zwischenergebnisse zu indikationsspezifischen Indikatoren lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Im Zeitraum 2004-07 wurde im Kinzigtal die Versorgungsqualität absolut gesehen in zahlreichen Bereichen verbessert (absolute Verbesserung). Dabei konnten in vielen Fällen die Indikatorwerte auch im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg verbessert werden (absolute und komparative Verbesserung der Versorgung im Kinzigtal). In einigen anderen Versorgungsbereichen wurden deutliche Optimierungspotentiale für das Kinzigtal identifiziert. Nur in sehr wenigen Bereichen muss der Versorgung im Kinzigtal unseres Erachtens ein vergleichsweise negatives Ergebnis bescheinigt werden. Ein solches „negatives Ergebnis“ betrachten wir dann als gegeben, wenn nicht nur das aktuelle Versorgungsniveau im Kinzigtal im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg auf einem als weniger gut zu bewertenden Niveau liegt, sondern wenn sich dieses Niveau im Kinzigtal im Zeitraum 2004-07 auch noch weniger günstig entwickelte als im übrigen Baden-Württemberg.

Im Folgenden fassen wir die unseres Erachtens wichtigsten Ergebnisse zu indikationsspezifischen Indikatoren zusammen. Dabei referieren wir nur die Ergebnisse zu den AOK-Versicherten; unter den LKK-Versicherten ergeben sich bei indikationsspezifischen Indikatoren meist zu geringe Fallzahlen für eine sinnvolle Interpretation.

Patienten mit chronischer KHK: Bei Patienten mit chronischer koronarer Herzkrankheit (KHK) nahm im Kinzigtal der *Anteil der mit Betablockern behandelten Patienten* im betrachteten Zeitraum (2004-07) um etwas mehr als 10% zu, ähnlich wie im übrigen Baden-Württemberg auch. Dabei lag der Anteil im Kinzigtal stets etwas über dem entsprechenden (alters- und geschlechtsstandardisierten) Anteil der Vergleichsgruppe (2007: 67,4% vs. 65,0%). Der Anteil unter den IV-Versicherten im Kinzigtal war deutlich höher; im Jahr 2007 belief er sich auf 76,6% (*nicht* alters- und geschlechtsstandardisiert!).

Sehr deutlich nahm im Zeitraum 2004-07 der *Anteil der mit Statinen behandelten KHK-Patienten* im Kinzigtal zu (Steigerung um 28%). Hier konnte eine offenkundige Unterversorgung der KHK-Patienten mit Statinen – 2004 erhielten nur 38,5% aller KHK-Patienten Statine – merklich reduziert werden (2007: 49,2%). Dennoch lag die Verordnungsprävalenz von Statinen bei KHK-Patienten im Kinzigtal im Jahr 2007 noch unter der entsprechenden Prävalenz der Vergleichsgruppe (2007: 53,0%), in der die Verordnungsprävalenz im Zeitraum 2004-07 ebenfalls stark gestiegen war, nämlich um 27%. Unter den IV-Versicherten betrug 2007 der Anteil der mit Statinen behandelten KHK-Patienten 56,3% (*nicht* alters- und geschlechtsstandardisiert!). In Bezug auf diesen Indikator gibt es im Kinzigtal insgesamt also noch ein deutliches Optimierungspotential.

Im Kinzigtal stark erhöht hat sich der *Anteil der KHK-Patienten mit Koronarangiographie, bei denen eine nachfolgende Intervention (z.B. Stent, Bypass-Operation) dokumentiert war*. Während dieser Anteil im Jahr 2004 noch bei 41% lag – d.h. eine deutliche Mehrheit aller Koronarangiographien hatte keine (zeitnahen) therapeutischen Konsequenzen –, war er im Jahr 2007 auf 68% gestiegen. Diese Entwicklung kann als Rückgang einer Überversorgung mit evtl. nicht indizierten Koronarangiographien interpretiert werden. In der Vergleichsgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg verharrte der entsprechende Anteil während des gesamten betrachteten Zeitraums auf Werten zwischen 55% und 60%.

Patienten mit Herzinsuffizienz: Der *Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten mit einer leitliniengemäßen Medikation* (Behandlung mit ACE-Hemmern, AT1-Antagonisten und/oder Betablockern) erhöhte sich im Zeitraum 2004-07 in beiden Populationen ungefähr gleichermaßen stark, nämlich um 8% im Kinzigtal und um 7% in der Vergleichsgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg. Dennoch liegt der Anteil im Kinzigtal im Jahr 2007 noch etwas unter dem Anteil in der Vergleichsgruppe (77,3% vs. 79,0%). Der Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten mit leitliniengemäßer Medikation ist unter den IV-Versicherten im Kinzigtal mit 83,2% (*nicht* alters- und geschlechtsstandardisiert!) höher als unter den Nicht-IV-Versicherten.

Leitlinien verweisen auf die Notwendigkeit einer *kardiologischen Diagnose-sicherung und einer jährlichen Untersuchung der linksventrikulären Pumpfunktion*. Nimmt man dies als Maßstab, so zeigt sich eine Unterversorgung im Hinblick auf den

Anteil der Herzinsuffizienzpatienten mit dieser kardiologischen Abklärung, denn nur rund ein Fünftel aller Herzinsuffizienz-Patienten beider Populationen (Kinzigital: 21,1% vs. 20,4% in der Vergleichsgruppe) weist einen jährlichen Kontakt mit einem Kardiologen auf. Bei den IV-Versicherten im Kinzigital liegt dieser Anteil mit 26,5% etwas höher (*nicht* alters- und geschlechtsstandardisiert).

Die Kennziffer *Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt mit einer Herz-Kreislauf-Diagnose als Hauptentlassungsdiagnose* hatten, signalisiert, inwiefern es durch eine gute ambulante Routineversorgung gelingt, Komplikationen und Krankenhausaufenthalte von Patienten mit Herzinsuffizienz zu verringern. Im Jahr 2007 lag dieser Anteil im Kinzigital etwas höher (20,1%) als in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe (17,5%). Zudem stieg der Anteil im Kinzigital im Zeitraum 2004-07 mit 16% etwas stärker an als in der Vergleichsgruppe mit 14%. Dies ist aus Kinzigital-Sicht als vergleichsweise negatives Ergebnis zu werten. Interessant ist jedoch, dass der Anteil unter den IV-versicherten Herzinsuffizienz-Patienten im Kinzigital im Jahr 2007 nur bei 15,3% lag (*nicht* alters- und geschlechtsstandardisiert!).

Patienten mit Diabetes mellitus: Im Zeitraum 2004-07 stieg im Kinzigital der *Anteil der Diabetiker mit KHK und/oder Fettstoffwechselstörungen, die Statine verordnet bekamen*, um 32%, nämlich von 34,2% im Jahr 2004 auf 45,3% im Jahr 2007. Dies ist als deutlicher Rückgang einer Unterversorgung zu werten. Auch in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe stieg der entsprechende Anteil von 39,6% (2004) auf 48,2% (2007). Mit 22% fiel der Anstieg in der Vergleichsgruppe geringer aus als im Kinzigital. Dennoch liegt der Anteil im Kinzigital auch im Jahr 2007 noch etwas unter dem Anteil der Vergleichsgruppe.

Sehr deutliches Optimierungspotential besteht für die Diabetiker beider Populationen im Hinblick auf Augenhintergrunduntersuchungen, die laut einschlägiger Leitlinien bei Diabetikern einmal pro Jahr erfolgen sollten. Im Kinzigital fand eine *jährliche Augenhintergrunduntersuchung* im Jahr 2007 nur bei einem Drittel aller Diabetiker (33,4%) statt, in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe bei 38,8%. Im Kinzigital insgesamt war die diesbezügliche Unterversorgung bis 2007 also noch ausgeprägter als im übrigen Baden-Württemberg. Von den IV-versicherten Diabetikern erhielten 2007 immerhin 46,6% eine Augenhintergrunduntersuchung (*nicht* alters- und geschlechtsstandardisiert!).

Im Kinzigital zeigte sich im Zeitraum 2004-07 ein starker Rückgang des *Anteils der Diabetiker, die wegen ihres Diabetes stationär behandelt wurden*: Der Anteil verringerte sich von 3,7% im Jahr 2004 auf 2,8% im Jahr 2007, d.h. er sank um 24%. Demgegenüber verringerte sich der entsprechende, d.h. alters- und geschlechtsstandardisierte Anteil in der Vergleichsgruppe nur um 12%, nämlich von 4,0% (2007) auf 3,5% (2004). Dies kann als erster Hinweis auf eine geringere Rate an Entglei-

sungen oder Komplikationen der Erkrankung im Kinzigtal gewertet werden (absolute und komparative Verbesserung im Kinzigtal).

Patienten mit affektiven Störungen: Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen einer Arbeitsunfähigkeit. Ein wichtiges Ziel einer besseren Betreuung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist die Verringerung der Tage mit Arbeitsunfähigkeit. Bei Patienten mit affektiven Störungen, von denen die Patienten mit unipolarer Depression den weitaus größten Anteil ausmachen, wurde daher der *Anteil derjenigen Patienten berechnet, bei denen mehr als 20 AU-Tage pro Jahr* dokumentiert waren. Im Kinzigtal konnte der Anteil der Patienten mit affektiven Störungen, die mehr als 20 AU-Tage pro Jahr unabhängig von der konkreten AU-Diagnose aufwiesen, von 38,4% (2004) auf 32,1% (2007) verringert werden. In der baden-württembergischen Vergleichsgruppe verringerte sich der entsprechende Anteil etwas weniger stark, nämlich von 40,3% (2004) auf 35,7% (2007). Zählt man hingegen nur diejenigen AU-Tage, die wegen affektiver Störungen als AU-Diagnose entstanden, so belief sich der entsprechende Anteil im Kinzigtal auf 13,2% im Jahr 2004 und auf 10,5% im Jahr 2007. In der Vergleichsgruppe lagen die entsprechenden Anteile bei 9,7% (2004) bzw. 10,7% (2007). Diese Zahlen lassen also eine absolute und komparative Verbesserung im Kinzigtal in diesem Bereich erkennen.

Ein deutliches Optimierungspotenzial für das Kinzigtal zeigt sich hingegen bei einem anderen Indikator zur Versorgung von Patienten mit affektiven Störungen, nämlich bei der *Kontinuität der (medikamentösen) Antidepressiva-Therapie*. Die Nationale Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression (S3-Leitlinie NVL Unipolare Depression 2009) empfiehlt – sofern eine medikamentöse Therapie begonnen wird – eine mindestens 4-9 Monate dauernde Einnahme von Antidepressiva nach Abklingen einer erstmalig aufgetretenen depressiven Symptomatik. Als Richtwert gilt eine *sechsmontatige Einnahmedauer nach Remission* (vgl. ebd.: 100). Im Fall einer rezidivierenden Depression wird eine noch wesentlich längere – nämlich *mindestens zweijährige* – Medikationsdauer empfohlen. In Anlehnung an den Richtwert wurde in einer Kennziffer abgebildet, wie hoch der Anteil der Versicherten mit Antidepressiva-Verordnungen ist, welche pro Jahr mehr als 180 definierte Tagesdosen (DDD) umfassen. Diese Kennziffer kann als ein erstes, orientierendes Mindestmaß für die Kontinuität der medikamentösen Therapie affektiver Störungen angesehen werden. Die Ergebnisse zeigen nun, dass im Jahr 2007 die so gemessene Mindestkontinuität einer medikamentösen Therapie affektiver Störungen im Kinzigtal seltener erreicht wurde (47,1%) als in der baden-württembergischen Vergleichsgruppe (50,6%). Zudem stieg der Wert der Kennziffer im Kinzigtal im Zeitraum 2004-07 geringer an als in der Vergleichsgruppe (16% vs. 22%). Dieses Resultat ist aus Kinzigtal-Sicht als „negatives Ergebnis“ zu werten; es verweist auf ein deutliches Optimierungspotential. Selbst unter den IV-Versicherten im Kinzigtal erreicht die Kennziffer für das Jahr 2007 nur einen Wert von 42,0% (*nicht alters- und geschlechtsstandardisiert!*).

Vor diesem Hintergrund erscheint es konsequent, dass das IVGK-Management in der zweiten Jahreshälfte 2010 das Programm „Besser gestimmt – die Depression im Griff“ implementierte. Dieses hat – unter anderem – die Zielsetzung, die Kontinuität der Antidepressiva-Therapie bei Patienten mit affektiven Störungen zu steigern.

Als Qualitätsindikatoren zur Identifizierung einer möglichen Unterversorgung wurde der Anteil an Diabetes- bzw. KHK-Patienten herangezogen, bei denen ein *Screening auf Depression* erfolgte, welches in Form der EBM-Ziffern zur Erhebung eines psychopathologischen Status dokumentiert war. Hier zeigten sich bislang keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Populationen.

Patienten mit Demenz: Zur Beschreibung der Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen wurden mehrere Kennziffern gebildet. Davon können zwei als aussagekräftige Qualitätsindikatoren herangezogen werden; beide dokumentieren eine spezifische Fehl- bzw. Überversorgung: Nicht empfohlen wird in evidenzbasierten Leitlinien eine *Nootropika-Behandlung bei Patienten mit Alzheimer-Demenz*; dasselbe gilt für eine *Behandlung mit Antidementiva bei Patienten mit vaskulärer Demenz*. Im Zeitraum 2004-07 ging der Anteil von Demenzpatienten mit diesen beiden Arten der Fehl- bzw. Überversorgung im Kinzigtal sehr deutlich zurück. Das Ausmaß des Rückgangs war dabei wesentlich höher als in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg.

Demenzpatienten mit längerfristiger Psycholeptika-Verordnung (mehr als 180 definierte Tagesdosen) pro Jahr stellen in jedem Fall eine Risikopopulation dar, und zwar unabhängig von der Frage, ob eine Psycholeptika-Behandlung therapeutisch indiziert ist. Der entsprechende Anteil an allen Demenzpatienten ist im Kinzigtal mit 7,2% (2007) deutlich geringer als in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe mit 11,1% (2007).

Als weitere Risiko-Kennziffer wurde der *Anteil der Demenzpatienten mit Hinweis auf eine Fraktur* ausgewiesen. Dieser Anteil lag im Kinzigtal wie auch in der Vergleichsgruppe im Jahr 2007 bei rund 15%.

Patienten mit Osteoporose: Der *Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur (an allen Patienten mit Osteoporose)* sowie die Entwicklung dieses Anteils im Zeitverlauf zeigt die Effektivität der Frakturprävention bei Osteoporose-Patienten. Dieser Anteil war im Jahr 2007 im Kinzigtal mit 22,9% deutlich niedriger als in der Vergleichsgruppe mit 28,7%. Zudem blieb der Anteil im Kinzigtal über den gesamten Zeitraum 2004-07 im Wesentlichen konstant, während er in der Vergleichsgruppe um 10% stieg. Hier wird weiter zu beobachten sein, ob dieser Trend – der auf eine effektivere Frakturprävention im Kinzigtal verweist – anhält.

Betrachtet man die *Behandlung dieser Osteoporose-Patienten (mit Fraktur) mit der in Leitlinien empfohlenen spezifischen Therapie (Bisphosphonate, Hormonersatztherapie, SERM)*, so zeigt sich in beiden Populationen seit 2004 eine etwa gleich

starke Zunahme des Anteils; dabei liegt die Behandlungsprävalenz im Kinzigtal im Jahr 2007 mit 45,2% etwas über der Prävalenz der Vergleichsgruppe mit 42,9%.

Patienten mit Rückenschmerzen: Im Hinblick auf die Behandlung von Rückenschmerzen hatte der Sachverständigenrat vor einigen Jahren eine generelle Überversorgung mit bildgebender Diagnostik festgestellt (Sachverständigenrat 2001, S. 12). In beiden Populationen ging der *Anteil der Rückenschmerzpatienten mit mindestens einem bildgebenden Verfahren pro Jahr* zurück. Dabei war der Rückgang im Kinzigtal mit rund 6% (Rückgang von 37,3% auf 34,9%) etwas stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe mit rund 4% (Rückgang von 38,0% auf 36,3%).

Im Kinzigtal ist jedoch der *Anteil der Rückenschmerzpatienten, die pro Jahr mehr als 14 AU-Tage wegen Rückenschmerzen* aufweisen, leicht angestiegen, nämlich von 10,0% im Jahr 2004 auf 10,8% im Jahr 2007. In der Vergleichsgruppe ist der Anteil leicht zurückgegangen. Dies ist eine Entwicklung, die das IVGK-Management im Auge behalten muss.

3.2.3 Entwicklung der administrativen Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen

Hinsichtlich der zweiten großen Forschungsfrage des ÜUF-Projekts, nämlich inwieweit es im Kinzigtal gelingt, die Morbidität der Bewohner im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg zu reduzieren, können nach rund zwei Jahren Interventionszeit noch keine verlässlichen Antworten gegeben werden.

Zwar sind die administrativen Prävalenzen im Zeitraum 2004-2007 im Kinzigtal bei den weitaus meisten Indikationen in geringerem Ausmaß gestiegen – bzw. stärker zurückgegangen – als die alters- und geschlechtsstandardisierten Prävalenzen im übrigen Baden-Württemberg; dennoch scheint uns selbst eine vorläufige Trendaussage verfrüht. Die Gründe, warum hier zumindest noch einige weitere Beobachtungsjahre abgewartet werden sollten, erläutern wir im folgenden Abschnitt etwas genauer.

3.3 Diskussion der bisherigen Ergebnisse

Generell ist angesichts der Zwischenergebnisse des ÜUF-Projekts zu bedenken, dass der bisher betrachtete Zeitraum nur vier Jahre beträgt, wobei die ersten Interventionen des IVGK-Managements erst im letzten Quartal des Jahres 2005 einsetzten. Schon allein deshalb sollten die bisher erkennbaren Trends mit Vorsicht interpretiert werden. Es bedarf eines deutlich längeren Beobachtungszeitraums, damit man von stabilen Trends sprechen kann.

Dieser Vorbehalt gilt besonders im Hinblick auf die Forschungsfrage, ob die Morbidität im Kinzigtal – im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg – im Verlauf des IV-Projekts reduziert werden kann und die Gesundheit der Versicherten im Kin-

zigtal und in der IVGK sich günstiger entwickelt als im übrigen Baden-Württemberg. Zwar lässt sich bislang erkennen, dass in dem bisher betrachteten Zeitraum 2004-07 die administrativen Prävalenzen der weitaus meisten untersuchten Ziel-Indikationen wie auch die Multimorbiditätsprävalenz im Kinzigtal langsamer anstiegen (bzw. deutlicher zurückgingen) als im übrigen Baden-Württemberg – was zweifellos ein erfolgreiches Zwischenergebnis im Sinne der von der IVGK verfolgten Ziele ist. Jedoch sollte man sich stets drei methodische Vorbehalte vor Augen führen, bevor man Schlüsse im Hinblick auf die genannte Forschungsfrage zieht:

Zum ersten sind es bisher – wie bereits erwähnt – lediglich vier Beobachtungsjahre, in denen sich ein solcher Trend zeigt. Das ist sicher ein noch zu kurzer Zeitraum, damit ein Trend verlässlich bestimmbar ist. So ist beispielsweise bei einigen Indikationen zu sehen, dass es vor allem vom Jahr 2004 zum Jahr 2005 überdurchschnittlich deutliche Zäsuren bei den ermittelten Prävalenzen gibt; dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese *auch auf besondere Kodier-Effekte im Jahr 2004 zurückzuführen sind*. Analog hierzu ist nicht auszuschließen, dass z.B. in den GKV-Routinedaten des Jahres 2009 – dem ersten Jahr des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – sich Kodier-Effekte zeigen werden, die unsere heutigen vorläufigen Schlussfolgerungen als überholt erscheinen lassen könnten.

Zum zweiten sind die auf Basis von GKV-Routinedaten ermittelten Prävalenzen stets *administrative* Prävalenzen; das bedeutet, dass diese nur die im Versorgungssystem gleichsam „aktenkundig werdende“ Krankheitslast widerspiegeln. Bei manchen Indikationen ist jedoch bekannt, dass die entsprechenden Krankheiten – wie z.B. Depressionen bzw. affektive Störungen – häufig nicht erkannt, somit „unterdiagnostiziert“ und folglich unterbehandelt sind, weswegen die administrativen Prävalenzen die realen Prävalenzen unzureichend widerspiegeln. Wird dann in einer bestimmten Region (wie etwa dem Kinzigtal) ein darauf bezogenes Interventionsprogramm implementiert – z.B. mit der Absicht, Depressionen besser zu diagnostizieren, um sie möglichst frühzeitig behandeln zu können –, dann ist es denkbar, dass die administrative Prävalenz zunächst einmal ansteigt, obwohl Diagnostik und Behandlung effektiver werden.

Zum dritten sind *Prävalenz*-Kennziffern (und ihre Veränderung im Zeitverlauf) grundsätzlich weniger aussagekräftig als es z.B. *Inzidenz*-Ziffern sind, die die Häufigkeit *neu auftretender* Erkrankungen in einem bestimmten Zeitraum und in einer definierten Population messen. Inzidenzen und Inzidenzunterschiede zwischen Interventionsregion und Vergleichsregion können jedoch zum jetzigen Zeitpunkt im ÜUF-Projekt für viele interessierende Krankheitsbilder (z.B. neu auftretende Herzinfarkte oder Re-Infarkte; bestimmte Folgeerkrankungen bei Diabetikern, etc.) noch nicht verlässlich bestimmt werden. Hierfür ist es nötig, deutlich längere Zeiträume zu berücksichtigen, damit mehr neu auftretende Fälle als bisher beobachtet werden können.

Ein zentraler Bestandteil der ÜUF-Berichte sind Kennziffern und Indikatoren zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei ausgewählten Erkrankungen. Hierbei ist zu bedenken, dass nicht alle prinzipiell interessierenden Qualitätsindikatoren mittels

GKV-Routinedaten abgebildet werden können. Von herausragendem Interesse im Hinblick auf die übergeordneten Forschungsfragen sind einerseits der Vergleich der Indikatorwerte im Kinzigtal mit den entsprechenden Werten einer alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg, zum anderen die Entwicklung der Indikatorwerte im Zeitverlauf (auch im Populationsvergleich). Unsere Zusammenfassung der indikationsspezifischen Qualitätsindikatoren zeigte zum einen, dass sich die meisten Indikatoren im Kinzigtal in absoluten Werten verbesserten. Zum anderen waren aber auch die für das Kinzigtal zu verzeichnenden *komparativen Verbesserungen* – d.h. Verbesserungen gemessen an der Entwicklung der Vergleichsgruppe – häufiger als komparative Verschlechterungen. In den nächsten Berichten wird sich zeigen, ob sich die bislang feststellbaren positiven Trends verstärken und nachhaltig über säkuläre Entwicklungstrends hinausgehen.

4 Das PeGL-Projekt: Prozesseevaluation aus Sicht der GK-Listungspartner

4.1 Fragestellung, Material und Methoden des PeGL-Projekts

Das dritte Evaluationsprojekt ist die „Prozesseevaluation aus Sicht der GK-Listungspartner“ (kurz: PeGL-Projekt). Das Projekt wird seit 2008 in Form einer jährlich stattfindenden Befragung der IVGK-Leistungspartner durchgeführt und von Dr. Matthias Nübling (Gesellschaft für empirische Beratung, Denzlingen) geleitet. Der dabei eingesetzte teilstandardisierte Fragebogen enthält insgesamt 94 offene und geschlossene Fragen. Bisher haben drei Befragungen im Abstand von jeweils einem Jahr (2008, 2009 und 2010) stattgefunden; ausgewertet sind bisher die Daten der ersten beiden Befragungen. Das Projekt folgt dem Design einer Kohorten- bzw. Trendstudie.⁴

Von diesem Projekt erhoffen wir uns vor allem Antworten auf die folgenden anfangs genannten Leitfragen (vgl. Abschnitt 1.1):

- Wie entwickelt sich die Zufriedenheit der Ärzte und anderer Leistungspartner mit dem IVGK-Projekt und ihrer Zugehörigkeit zur IVGK?
- Entsteht im Zuge des Aufbaus der IVGK eine intensivere Kooperation zwischen Vertretern verschiedener medizinischer Disziplinen und verschiedener anderer Gesundheitsberufe?

⁴ Da die Anzahl der GK-Leistungspartner jedes Jahr wächst, wächst auch der Umfang der zu Befragenden. Wenn in die Datenauswertung die Angaben aller befragten Leistungspartner jedes Jahres eingehen, ist die Studie als Trendstudie zu interpretieren. Wird die Auswertung der Daten aus den Folgejahren 2009 und 2010 auf die Probanden der Erstbefragung eingeschränkt, ist die Studie als Kohortenstudie zu interpretieren.

Darüber hinaus werden die IVGK-Leistungspartner zu folgenden weiteren Themen befragt:

- eigene Motive für den Eintritt in die IVGK als Leistungspartner
- mögliche Bedenken gegen einen Eintritt in die IVGK als Leistungspartner
- Bewertung der Geschäftsstelle der Gesundes Kinzigtal (GK) GmbH in Haslach
- Bewertung der beiden Krankenkassen AOK Baden-Württemberg und LKK Baden-Württemberg sowie Bewertung des Ärztlichen Beirats/des Ärztenetzes MQNK
- Kenntnis der GK-Krankheitsmanagement- bzw. Präventionsprogramme
- Häufigkeit der Vermittlung der Patienten in jene Programme
- Einschätzung der Beliebtheit der Programme bzw. der Nachfrage seitens der Patienten
- Bewertung der Gesundheits- und Präventionsprogramme
- Bewertung des bisherigen Verlaufs der IVGK
- Erwartungen und Wünsche für die Zukunft sowie
- Vorschläge und Anmerkungen zu verschiedenen anderen Fragen.

Bei der Erstbefragung – im Mai/Juni 2008 – wurde der T1-Fragebogen an insgesamt 50 Leistungspartner ausgegeben. Von diesen schickten 35 einen ausgefüllten Fragebogen an das auswertende Institut zurück (Antwortrate: 70%). Im Mai/Juni 2009 wurde der T2-Fragebogen an insgesamt 59 Leistungspartner verteilt, von denen 34 an der Befragung teilnahmen (Antwortrate: 58%). Die Drittbefragung wurde im Juni 2010 durchgeführt und wird zurzeit ausgewertet. Die im Folgenden referierten Zwischenergebnisse berücksichtigen also nur die Daten aus der Erst- und Zweitbefragung.

4.2 Ausgewählte Zwischenergebnisse⁵

Auf die erste der oben genannten Leitfragen geben die bisherigen Ergebnisse des PeGL-Projekts eine affirmative Antwort: Die Zufriedenheit der GK-Leistungspartner mit dem IVGK-Projekt war bereits bei der ersten Befragung im Jahr 2008 sehr hoch und ist bei der zweiten Befragung 2009 weiter gestiegen: So würden alle im Jahr 2009 befragten Leistungspartner auch anderen Kollegen „die Mitgliedschaft in GK empfehlen“, denn 25 Personen antworteten auf die betreffende Frage mit „sicher ja“, 9 Personen mit „eher ja“, niemand antwortete mit „eher nein“ oder „sicher nein“. Des Weiteren würden alle im Jahr 2009 befragten Leistungspartner – bis auf einen Befragten, der keine Angabe machte – „wieder Mitglied in GK“ werden, wenn sie noch einmal vor der Wahl stünden: Hier antworteten 22 Befragte „sicher ja“, 11 Befragte „eher ja“, und niemand antwortete „eher nein“ oder „sicher nein“. Bei der Erstbefragung im Jahr 2008 waren die eindeutig affirmativen Antworten („sicher ja“) auf diese beiden Fragen noch deutlich seltener; zudem wurden 2008 auch vereinzelt Antworten gegeben, die eine negative Tendenz („eher nein“) zum Ausdruck brachten.

⁵ Die Ergebnisse sind den beiden bisherigen Projektberichten entnommen (Nübling 2008; Nübling 2009).

Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Zufriedenheit unter den Leistungspartnern mit der IVGK insgesamt bislang sehr hoch und im Jahr 2009 weiter gestiegen ist.

Auch das Hauptziel der IVGK, komparative Einsparungen ohne Abstriche bei der Versorgungsqualität zu realisieren, wird von einer – im Zeitverlauf wachsenden – Mehrheit der befragten Leistungspartner für erreichbar gehalten: Im Jahr 2008 antworteten noch 11 von 35 Befragten auf die entsprechende Frage mit „sicher nein“ oder „eher nein“; 24 Befragte antworteten affirmativ („eher ja“ oder „sicher ja“). Im Jahr 2009 hingegen antworteten nur noch 4 von 34 Befragten negativ („eher nein“), ein Befragter machte keine Angabe. Die übrigen 29 Befragten antworteten „eher ja“ oder „sicher ja“. Dieses Ergebnis zeigt eine im Zeitverlauf wachsende Zuversicht der IVGK-Leistungspartner, dass das Hauptziel der IVGK erreichbar ist.

Hinsichtlich der zweiten oben genannten Leitfrage lassen sich mit einer gewissen Vorsicht immerhin einige „positive“ Tendenzen erkennen: Beispielsweise hat sich aus Sicht einer – allerdings recht knappen – Mehrheit der Befragten die „Kooperation und der Informationsaustausch mit anderen Praxen und Leistungserbringern seit Beginn der IVGK vorteilhaft entwickelt“ (Zustimmung von 56% der Befragten); zudem werde nun „stärker mit anderen Praxen/Leistungserbringern kooperiert“ (Zustimmung von 53% der Befragten). Bei diesen beiden Fragen scheint es auch für die IVGK noch Entwicklungspotential zu geben, denn bei der Befragung im Jahr 2009 verneinten immerhin 30% bzw. 41% ausdrücklich die zugrund liegenden Aussagen („trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“). Zudem lässt sich für diese beiden Aussagen bei der Zweitbefragung *keine* gegenüber der Erstbefragung steigende Zustimmung erkennen.

4.3 Diskussion

Obwohl es also hinsichtlich der praxen- und disziplinübergreifenden Kooperation in der IVGK noch Entwicklungspotential gibt, sind die Ergebnisse der ersten beiden Befragungen der IVGK-Leistungspartner aus den Jahren 2008 und 2009 für die IVGK insgesamt sehr ermutigend: Nicht nur im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der IVGK insgesamt und die wahrgenommene Erreichbarkeit des Ziels, komparative Einsparungen ohne Abstriche bei der Versorgungsqualität zu realisieren, ist ein deutlich positiver Entwicklungstrend zu verzeichnen, sondern auch hinsichtlich vieler einzelner Aspekte des IV-Projekts und des Projektverlaufs, die hier nicht dargestellt werden konnten. Die Stimmung unter den IVGK-Leistungspartnern ist demnach als gut bis sehr gut einzuschätzen, wobei insgesamt ein positiver Entwicklungstrend vom Jahr 2008 ins Jahr 2009 zu verzeichnen ist.

Ein Schwerpunkt der – gegenwärtig laufenden – Auswertung der dritten Befragung wird es sein, die Antworten der mittlerweile zahlreicher gewordenen nicht-ärztlichen Leistungspartner mit denen der niedergelassenen Ärzte zu vergleichen. Damit soll dann auch Aufschluss darüber gewonnen werden, wie die nicht-ärztlichen

Leistungspartner das IV-Projekt beurteilen und wie sich die praxen- und disziplinübergreifende Kooperation aus ihrer Sicht entwickelt hat.

5 Das AGil-Projekt: Evaluation des Programms „Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal“

5.1 Fragestellung, Material und Methoden des AGil-Projekts

Das AGil-Programm im Kinzigtal hat das Ziel, Senioren ab 60 Jahren zu einer möglichst gesunden Ernährung, zu körperlicher Aktivität und sozialer Teilhabe zu befähigen. Dies soll zum einen durch eine halbtägige Veranstaltung erreicht werden, die sowohl Informations- und Beratungskomponenten als auch Kleingruppenarbeit umfasst, sowie zum anderen durch einen Empfehlungsbrief mit individuellen Tipps zu gesunder Ernährung und zur Steigerung körperlicher Aktivität, den alle Programmteilnehmer zwei Wochen nach der Veranstaltung erhalten (vgl. von dem Knesebeck und Trojan 2006).

Das AGil-Evaluationsprojekt wird von Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf geleitet. Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierte Evaluationsprojekt hat die Aufgabe, das AGil-Programm im Kinzigtal zu evaluieren, und zwar in Form einer Prozessevaluation wie auch einer umfangreichen Ergebnisevaluation. Bei letzterer werden Effektivität und Effizienz des AGil-Programms untersucht; dabei soll die dreifache Frage beantwortet werden, ob das AGil-Programm in einer ländlichen Gegend wie dem Kinzigtal geeignet ist,

1. den Programmteilnehmern zu einem besseren Gesundheitszustand zu verhelfen,
2. bei den Programmteilnehmern ein anderes Verhalten bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu stimulieren und
3. die Versorgungskosten der Programmteilnehmer im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern zu verändern.

Zur Beantwortung der letzten beiden Fragen werden die Primärdaten der Programmteilnehmer mit deren pseudonymisierten GKV-Routinedaten verknüpft und mit den GKV-Routinedaten einer Kontrollgruppe retrospektiv verglichen (retrospektive kontrollierte Kohortenstudie). Die pseudonymisierten GKV-Routinedaten werden von der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt. Bei der Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens mittels GKV-Routinedaten kooperiert das Hamburger Forschungsteam mit dem Team von Dr. Enno Swart (Universität Magdeburg), bei der Analyse der gesundheitsökonomischen Effekte mit dem Forschungsteam von Prof. Heinz Rothgang (Universität Bremen).

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage werden im Wesentlichen Primärdaten herangezogen, die durch die Befragung der Programmteilnehmer mittels teilstandardisierter Fragebögen gewonnen wurden. Diese erste Forschungsfrage wird

in Form eines Vorher-Nachher-Vergleichs der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Programmteilnehmer und verschiedener Aspekte ihres Gesundheitsverhaltens samt ihrer gesundheitsrelevanten Einstellungen zu beantworten versucht (Kohortenstudie). Dabei werden die Teilnehmer zu vier Messzeitpunkten befragt: unmittelbar vor Intervention (T0), ein halbes Jahr nach Intervention (T1), ein Jahr nach Intervention (T2) und eineinhalb Jahre nach Intervention (T3).

5.2 Ausgewählte Zwischenergebnisse⁶

Am AGil-Programm im Kinzigtal nahmen bis März 2009 468 Versicherte teil; davon beteiligten sich 361 Personen (76% der Programmteilnehmer) auch an der Evaluation und damit an der T0-Befragung. Von den insgesamt 1577 Nicht-Programmtteilnehmern nahmen später 450 Personen (29%) an einer kurzen standardisierten Befragung teil. Weitere 733 Nicht-Teilnehmer konnten telefonisch kontaktiert werden; dabei wurden immerhin ihre Ablehnungsgründe erhoben.

Bislang liegen uns Ergebnisse zu den soziodemographischen Merkmalen der Programmtteilnehmer vor sowie vorläufige Ergebnisse der Prozessevaluation des AGil-Programms.

Die Mehrheit der 468 Programmtteilnehmer waren Frauen (59%). Das Durchschnittsalter bei beiden Geschlechtern betrug 71 Jahre. Drei Viertel der Teilnehmer sind verheiratet und leben mit dem Ehepartner zusammen; die überwiegende Mehrheit der Programmtteilnehmer (86,9%) hat einen Volksschul- oder Hauptschulabschluss.

Die vorläufigen Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass die Programmtteilnehmer im Kinzigtal die AGil-Intervention ein halbes Jahr nach der Veranstaltung sehr positiv beurteilten: Der Aussage „ich würde die Veranstaltung jederzeit weiterempfehlen“ stimmten zwei Drittel der teilnehmenden Frauen „voll zu“, während es bei den teilnehmenden Männern etwas mehr als die Hälfte waren (55,5%). Nur rund 2% aller befragten Teilnehmer stimmten dieser Aussage „weitgehend nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu.

Erstaunlich viele befragte Programmtteilnehmer – nämlich etwas mehr als drei Viertel – gaben bei der T1-Befragung zudem an, dass sie die AGil-Empfehlungen zu gesunder Ernährung „bereits umsetzen konnten“; bei den AGil-Empfehlungen zur Steigerung der körperlichen Aktivität waren es immerhin gut zwei Drittel. Weitere 15% der Befragten wollten „demnächst mit der Umsetzung beginnen“ (gesunde Ernährung und Steigerung körperlicher Aktivität). Bemerkenswert war hierbei, dass die jeweiligen Anteile sich bei Frauen und Männern kaum unterschieden.

⁶ Die Zwischenergebnisse, über die wir im Folgenden berichten, wurden uns freundlicherweise von den beiden Projektmitarbeiterinnen Eva Mnich und Kerstin Hofreuter-Gätgens (Uniklinikum Hamburg-Eppendorf) zur Verfügung gestellt.

5.3 Diskussion

Angesichts dieser positiven vorläufigen Ergebnisse der Prozessevaluation darf man gespannt sein, zu welchen Resultaten die AGil-Ergebnisevaluation kommen wird. Diese wird voraussichtlich Ende Februar 2011 abgeschlossen sein. Freilich ist nicht auszuschließen, dass die Antworten der Programmteilnehmer bei der Prozessevaluation zumindest in Teilen dem Prinzip der „sozialen Erwünschtheit“ folgten; in diesem Fall würden die Auswirkungen des Programms auf das Gesundheitsverhalten der Teilnehmer überschätzt, wenn man lediglich die Primärdaten der Prozessevaluation als Maßstab nähme – dies lässt die Ergebnisevaluation jedoch um so interessanter erscheinen.

Mit entscheidend für die Validität der Ergebnisevaluation dürfte sein, inwieweit es gelingt, zwei Problemen zu begegnen, die sich aus dem Studiendesign ergeben: Zum einen ist die Möglichkeit eines Selbstselektions-Bias auf Seiten der AGil-Programmteilnehmer nicht auszuschließen. Es ist also mit der Möglichkeit zu rechnen, dass unter den AGil-Programmteilnehmern überdurchschnittlich häufig solche Versicherten sind, die z.B. wegen ihres Lebensstils und ihres Gesundheitsverhaltens von vornherein – also auch ohne AGil-Intervention – eine bessere gesundheitliche Prognose haben als der Durchschnitt der Nicht-Teilnehmer. Dieses Phänomen ist in der Literatur unter dem Terminus „healthy-user-“ oder „healthy-adherer-Effekt“ bekannt. Berücksichtigte man diesen Effekt nicht, würde die Effektivität des Programms vermutlich überschätzt.

Zum anderen ist damit zu rechnen, dass nicht wenige AGil-Programmteilnehmer auch an anderen IVGK-Präventionsprogrammen teilnehmen oder teilgenommen haben. Es ist bei einem Teil der AGil-Teilnehmer also mit multiplen Programmeffekten zu rechnen; in diesem Fall wäre die AGil-Interventionsbedingung – technisch gesprochen – zumindest partiell „kontaminiert“. Auch das könnte zu einer Überschätzung der Effektivität des AGil-Programms führen.

6 Zwischenresümee

Aus den vier Evaluationsprojekten ergibt sich in unseren Augen bisher eine insgesamt recht positive Zwischenbilanz für die IVGK: Die meisten Kennziffern und Indikatoren zeigen eine relativ hohe und im Zeitverlauf zunehmende Versorgungsqualität im Kinzigtal. Dabei haben sich zahlreiche Indikatoren im Kinzigtal stärker verbessert als im übrigen Baden-Württemberg, das zum Vergleich herangezogen wurde. Hingegen können wir bislang keine ernstzunehmenden Anzeichen für eine Verschlechterung der Versorgungsqualität im Kinzigtal erkennen. In den kommenden Jahren muss sich

zeigen, ob sich diese positiven Entwicklungen weiter verstärken und nachhaltig über säkuläre Entwicklungstrends hinausgehen.

Dass die bisherigen Ergebnisse im SDM-Projekt eine etwas zurückgehende erlebte Beteiligung von IV-Patienten an Therapieentscheidungen zeigen – siehe Abschnitte 2.2 und 2.3 –, stört das bislang recht positive Gesamtbild unseres Erachtens nur wenig, zumal die Zufriedenheit der IV-Versicherten mit der Versorgung nach wie vor sehr hoch ist. Zu diesem insgesamt positiven Bild passt die hohe und im Zeitverlauf steigende Zufriedenheit der Leistungspartner mit dem IV-Projekt.

7 Literaturverzeichnis

Busato A, Künzi B & Berchtold P (2010): Die Arzt-Patienten-Beziehung, ein Vergleich von Einzel- und Netzwerkpraxen. Vortrag auf dem Jahreskongress 2010 des Forum Managed Care. (http://www.fmc.ch/uploads/tx_templavoila/W14_Busato.pdf.)

Daul G (2009): Herausforderungen der strategischen Steuerung einer populationsbezogenen Integrierten Versorgung und erste finanzielle Ergebnisse der Jahre 2006 und 2007. Vortrag auf dem 8. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung am 30.09.-01.10.2009 in Heidelberg.

Härter M, Hölzel L, Kriston L, Ababneh M, Chung BY, Engert I & Heizmann S (2008): T0-Erhebung zur Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared Decision-making (SDM). Freiburg: uv. Ms.

Härter M, Hölzel L, Seebauer L, Kriston L & Chung BY (2010): T2-Untersuchung zur Ermittlung der Effekte des Projekts „Gesundes Kinzigtal“ auf Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit und Partizipativer Entscheidungsfindung. Freiburg: uv. Ms.

Hermann C, Hildebrandt H, Richter-Reichhelm M, Schwartz FW & Witzenrath W (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. *Gesundheits- und Sozialpolitik* (5-6): 11-29.

Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, Richter-Reichhelm M, Siegel A & Witzenrath W (2010): Gesundes Kinzigtal Integrated Care: Improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care* 10, 23 June 2010: 1-15.
(<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/539/1051>.)

Knesebeck Ovd & Trojan A (2006): Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal (AGil). Prozess- und Ergebnisevaluation eines Interventionsprogramms im Kontext der Integrierten Versorgung von AOK-Patienten. Forschungsförderantrag beim Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Hamburg: uv. Ms.

Köster I, Ihle P & Schubert I (2010a): Zwischenbericht 2004-2007 für Gesundes Kinzigtal GmbH, hier: AOK-Daten. Evaluationsmodul der Integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“: „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“, hier: Zwischenbericht mit Status-Quo-Daten des Jahres 2004 sowie Analyse der Jahre 2005-2007. Köln: uv. Ms.

Köster I, Ihle P & Schubert I (2010b): Zwischenbericht 2004-2007 für Gesundes Kinzigtal GmbH, hier: LKK-Daten. Evaluationsmodul der Integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“: „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“, hier: Zwischenbericht mit Status-Quo-Daten des Jahres 2004 sowie Analyse der Jahre 2005-2007. Köln: uv. Ms.

Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchenko J, Gravel K, Graham ID & Turcotte S (2010): Interventions for improving the adoption of shared decision making by health-care professionals (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 5.

Nübling M (2008): Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal, Evaluationmodul 4: Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer. Bericht zur ersten Befragung der Leistungserbringer 2008. Denzlingen: uv. Ms.

Nübling M (2009): Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal, Evaluationmodul 4: Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer. Bericht zur zweiten Befragung der Leistungserbringer 2009. Denzlingen: uv. Ms.

Optimedis AG (2011): Gesundes Kinzigtal: Neue wirtschaftliche Daten belegen effiziente Gesundheitsversorgung. Pressemitteilung vom 24. Januar 2011. http://www.optimedis.de/images/docs/pressemitteilungen/pm_ergebnisdaten_gesundes_kinzigtal_20110124.pdf.

Rabatta S (2009): Integrierte Versorgung: Kooperation im Kinzigtal spart Kosten. *Deutsches Ärzteblatt* 106 (20): A966-A968.

S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (2009): Langfassung, Version 1.0. (<http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/s3-nvl-unipolare-depression-lf.pdf>)

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bundestagsdrucksache 14/6871 (31.08.2001).