



**Dr. Ulrich Stößel, Dr. Achim Siegel**

ABTEILUNG FÜR MEDIZINISCHE SOZIOLOGIE  
ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT FREIBURG  
HEBELSTR. 29, D - 79104 FREIBURG I.BR.

MEDIZINISCHE FAKULTÄT  
ABTEILUNG MEDIZINISCHE SOZIOLOGIE  
Leiter: Prof. Dr. med. J.v.Troschke

Telefon Sekretariat (+49) 0761/2035518  
Fax (+49) 0761/2035516  
Durchwahl (+49) 0761/2035520 bzw. 2035528  
e-mail: ekiv@medsoz.uni-freiburg.de  
internet: <http://www.medsoz.uni-freiburg.de>

20.12.06

## **Call for Evaluation *Integrierte Versorgung „Gesundes Kinzigtal“*** **„Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“**

Sehr geehrte

in Zusammenarbeit von AOK Baden-Württemberg, Gesundes Kinzigtal GmbH und Abt. f. Medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg wurde ein Evaluationskonzept für die Integrierte Versorgung „Gesundes Kinzigtal“ entwickelt.

Im Rahmen der Gesamtevaluation des IV-Projektes ist vorgesehen, wesentliche Fragestellungen des Evaluationsdesigns durch die Vergabe von Auftragsforschungsprojekten in Form von Evaluationsmodulen bearbeiten zu lassen.

Dieses bis 2015 angelegte IV-Projekt soll mindestens für die ersten vier Jahre wissenschaftlich begleitet werden. Die Evaluation verfolgt wesentlich Fragestellungen, die sich an den allgemeinen Zielen des IV-Projektes orientieren und für die jeweils verschiedene Evaluationsmodule zur Ausschreibung gelangen werden. Folgende Fragestellungen stehen dabei im Mittelpunkt:

- Inwieweit trägt eine solche Versorgungsform zur stärkeren Patientenaktivierung und Beteiligung an Entscheidungsprozessen in Prävention, Kuration und Rehabilitation und zur Stärkung von Selbsthilfeinitiativen bei?
- **Inwieweit eignet sich eine solche Versorgungsform, Unter-, Fehl- und Überversorgung entsprechend der Definition des BMGS und des Sachverständigenrates zu identifizieren und durch geeignete Interventionen auf personaler (personenbezogen) und struktureller Ebene (versorgungsbezogen) abzubauen? (aktuelles Ausschreibungsmodul)**
- Trägt eine solche Versorgungsform zu einer Qualitätssteigerung der Versorgungsstrukturen innerhalb der Sektoren und sektorenübergreifend bei?

- Verändern sich Berufszufriedenheit bei Ärzten und die Patientenzufriedenheit im Sinne einer effektiven und effizienten Nutzung von Versorgungsangeboten?
- Erzeugt eine solche Versorgungsform ein höheres Wirtschaftlichkeitspotential ohne Einbußen an Qualität der Versorgung und Zufriedenheit bei den Versorgern und Patienten?
- Verbessert eine solche Versorgungsform die fachliche Kooperation der Gesundheitsberufe untereinander?
- Lassen sich auf der Ebene der gesundheitlichen Outcomes bei den Patienten im präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereich Indikatoren identifizieren und messen, die einen Vergleich der Outcomes mit Vergleichspopulationen und -regionen ermöglichen?
- Lassen sich durch die Verknüpfung von GKV-Routinedaten mit Daten aus Primärerhebungen Erkenntnisse generieren, die für Integrierte Versorgungssysteme eine bessere Entscheidungsgrundlage erlauben?
- Welchen Einfluss haben mögliche Gesetzesänderungen auf die Ausgestaltung und den Ablauf dieser Versorgungsform?
- Lässt sich der gesamte Implementationsprozess dieser Versorgungsform im Sinne einer Fallstudie evaluieren?
- Welcher Unterstützungsstrukturen (z.B. Supervision der Netzwerkakteure und Kooperationspartner) bedarf es, um eine solche Versorgungsform erfolgreich in die Regelversorgung zu implementieren?

Die Kooperationspartner möchten Ihnen hiermit einen ‚**Call for Evaluation**‘ zur Kenntnis geben und Sie bitten, uns bei Interesse Ihrerseits bis zum 29.01.2006 eine Angebotsskizze zur Vorbegutachtung zukommen zu lassen. Die näheren Details entnehmen Sie bitte dem Ausschreibungs-Modul auf den Folgeseiten.

Über Ihr Interesse an einer wissenschaftlichen Mitarbeit an unserem in dieser Form in der Bundesrepublik einmaligen Projekt würden wir uns freuen.

Sollten Sie kein Interesse an einer Bewerbung haben, geben Sie uns doch eine kurze unverbindliche Rückmeldung, damit wir Sie nicht unnötig mit weiteren Anfragen behelligen.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Dr. A. Siegel, MPH

Anhang:

Ausschreibungsmodul „Identifizierung von Unter-, Fehl- und Überversorgung sowie Status-Quo-Analyse des Gesundheitszustands von Versicherten anhand von AOK-Routinedaten für die Versicherten des Kinzigtals in den Jahren 2002 bis 2006 und begleitend für die Jahre 2007 bis 2009“

## **Ausschreibungs-Modul:**

**Erhebung von Unter-, Fehl- und Überversorgung sowie Status-Quo-Analyse des Gesundheitszustands von Versicherten anhand von AOK-/LKK-Routinedaten für die Versicherten des Kinzigtals in den Jahren 2002 bis 2006 und begleitend für die Jahre 2007 bis 2009**

### **Ziel der Erhebung**

Identifizierung von Unter-, Fehl- und Überversorgung (entsprechend der Definition des BMGS und des Sachverständigenrats) sowie Status-Quo-Analyse des Gesundheitszustands von Versicherten im Kinzigtal in Relation zu vorhandenen bzw. im Zugriff der Anbieter befindlichen Vergleichsdaten oder zu einer vom Anbieter näher zu definierenden Vergleichsgruppe AOK-Versicherter; Untersuchung der Frage, ob und in welchem Maße unter den Bedingungen der IV im Kinzigtal Zustände der Unter-, Fehl- und Überversorgung durch geeignete Interventionen auf personaler Ebene (personenbezogen) wie struktureller Ebene (versorgungsbezogen) abgebaut werden können.

### **Stichproben**

Die Untersuchung soll anhand einer Stichprobe erwachsener AOK- und LKK-Versicherter des Einzugsgebietes Gesundes Kinzigtal durchgeführt werden. Sofern methodisch nicht anders machbar,<sup>1</sup> kann eine Vergleichsstichprobe AOK-/LKK-Versicherter in Baden-Württemberg gezogen werden. Diese Stichproben bilden auch die Kohorten, die bei den späteren Analysen in den Folgejahren zur Verfügung stehen. Die Stichprobengrößen sind so zu bestimmen, dass die Versichertenstruktur der Modellregion hinsichtlich soziodemographischer Merkmale auch in der Vergleichsgruppe abgebildet sein soll. Die Stichproben sind zudem anhand des Routinedatensatzes der AOK so zu bestimmen, dass mit ausreichender statistischer Power auf die Grundgesamtheit der AOK-Versicherten in der Region Kinzigtal rückgeschlossen werden kann. Die Zahl der Versicherten in der Region Kinzigtal, die seit 2004 (und früher) bei der AOK versichert sind, liegt bei knapp 30.000, die Zahl der bei der AOK Baden-Württemberg insgesamt Versicherten bei ca. 4.000.000.

Die Zahl der Versicherten in der Region Kinzigtal, die seit 2004 (und früher) bei der LKK Baden-Württemberg versichert sind, liegt bei knapp 2000, die Zahl der LKK-Versicherten insgesamt bei ca. 200.000.

Wegen der relativ kleinen Stichprobe LKK-Versicherter im Kinzigtal können die für diese Teilpopulation gewonnenen Ergebnisse in der Auswertung mit den Daten der AOK-Versicherten im Kinzigtal gepoolt werden, sofern dadurch keine Verzerrungen der separaten AOK-Ergebnisse zu erwarten sind.

Die Versicherten der Vergleichsgruppe sollten aus einer Region mit vergleichbarer wirtschaftsgeographischer Infrastruktur und vergleichbarer medizinischer Versorgungsstruktur stammen, wobei nach Möglichkeit in der Vergleichsregion keine ähnlich intensiven strukturellen Interventionen einer lokalen Integrierten Versorgung vorgesehen sein sollten. Für die Stichprobenziehung können wie oben angedeutet die

---

<sup>1</sup> Die anbietenden Forschungsinstitute werden gebeten, gründlich zu untersuchen, ob sich geeignete Verfahrensweisen finden lassen, nur gegen Routinedaten bzw. schon laufende andere Panel-Untersuchungen, Regionalanalysen oder bundesweite Stichproben / Surveys sowie Datensätze anderer Krankenkassen zu vergleichen und auf eine ohnehin zum einen nicht einfache und zum zweiten nicht in ihrer Veränderung kontrollierbare Vergleichsstichprobe zu verzichten.

Mitgliederdateien der AOK (bzw. auch der LKK) Baden-Württemberg unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen in pseudonymisierter Form genutzt werden.

### **Untersuchungsmethode**

Die Begriffe „Unter-“, „Fehl-“ und „Übersversorgung“ sind synonym mit den Definitionen des BMGS und des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu verwenden (siehe z.B. SVR: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001, S. 31-33 und S. 221 ff.).

*Der Sachverständigenrat (SVR) sieht bei allen untersuchten Krankheitsgruppen einen erheblichen Bedarf zur Verbesserung der Versorgungskette und darüber hinaus ein bedeutsames, nicht ausgeschöpftes Potenzial an Primär-, teilweise auch an Sekundär- und Tertiärprävention (ebd., S. 14).*

*Bei der Versorgung von Diabetikern liegt laut SVR eine zumindest partielle Fehlsteuerung bzw. Fehlversorgung vor (S. 14, 77ff); zu einem ähnlichen Urteil kommt der SVR angesichts der weit verbreiteten Duldung des sog. „grauen“, nicht-qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings (S. 14). Eine erhebliche Unter- und Fehlversorgung bei der Primär- und Sekundärprävention wird für den Bereich der Koronarerkrankungen festgestellt (S. 14, 86-97). Zu demselben Schluss kommt der SVR auch bei der Primärprävention von zerebrovaskulären Erkrankungen, und insbesondere bei Schlaganfallpatienten gebe es Mängel vor allem auch im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention (S. 14f, 98-107). Ein Zustand der Unterversorgung herrsche auch bei der Sekundärprävention von Asthma und anderen chronischen Lungenerkrankungen; bei der Pharmakotherapie dieser Erkrankungen gibt es nach Ansicht des SVR ein „Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung als Ausdruck von Mängeln der ärztlichen Weiter- und Fortbildung“ (S. 15, 108-117). Im Bereich der Krebstherapie regt der SVR nicht nur konsequentere primärpräventive Maßnahmen an, sondern z.B. auch eine breite Etablierung einer leitliniengerechten Schmerztherapie (S. 15, 166-168). Bei der Behandlung von Rückenleiden (Kreuzschmerzen) sieht der Rat eine deutliche Übersversorgung mit bildgebenden diagnostischen sowie invasiv-therapeutischen Verfahren; eine Unterversorgung wird hingegen im aktivierenden Management von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen festgestellt, und zu demselben Schluss – Unterversorgung – kommt der SVR auch in Hinsicht auf sekundär- und tertiärpräventive Rückenschulen sowie betriebliche Gesundheitsförderungsansätze (S. 15, 118-134). Vielfältige Verbesserungspotenziale sieht der SVR auch bei der Versorgung depressiv Erkrankter (S. 15, 169-181).*

(Eine Zusammenstellung der vom SVR benannten dringlichsten Handlungsempfehlungen findet sich auf den S. 224-231 des Bd. III).

Es sollte grundsätzlich geprüft werden, wie aussagefähig die GKV-Routinedaten für die Bestimmung von Unter-, Fehl- und Übersversorgung sind. In diesem Kontext ist auch zu benennen, welche Datensätze für die Beantwortung der Fragestellung zwingend und welche optional benötigt werden.

In seinem Gutachten zur ‚Koordination und Qualität im Gesundheitswesen‘ (2005) führt der SVR zudem im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln aus,

dass sich „unbeschadet vorhandener Defizite, die sich auch weiterhin in Über-, Unter- und Fehlversorgung manifestieren, innerhalb der letzten Jahre die medikamentöse Versorgung in einigen Bereichen (z.B. Reduktion der Verordnung umstrittener Arzneimittel oder von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotential) nachweisbar gebessert hat“. (S. 67) Die vom SVR aufgezeigten Möglichkeiten einer längsschnittlichen Betrachtung von verknüpften Diagnose- und Verordnungsdaten erlaube eine valide Einschätzung zur Über-, Unter und Fehlversorgung mit Arzneimitteln (S. 87). In einem ausführlichen Gutachten für den Verband forschender Arzneimittelhersteller (VFA) aus dem Jahr 2004 stellte die Fricke & Pirk GmbH jedoch noch immer Defizite in der Arzneimittelversorgung bei zahlreichen Indikationen fest.<sup>2</sup>

### **Ergebnispräsentation**

Die Ergebnisse der Jahre 2002 bis 2006 sind in Form eines (Zwischen-)Berichts vorzulegen, der einen Vergleich der Ergebnisse mit eventuellen späteren Analysen der Jahre 2007ff im Längsschnitt ermöglicht. (Dies ist von Krankenkassen und Gesundes Kinzigtal GmbH als Option vorgesehen, aber noch nicht definitiv vereinbart.)

In den Berichten sollten mindestens folgende Punkte enthalten sein:

a) eine deskriptive Zusammenstellung der Daten für die einzelnen Beobachtungszeiträume und Versichertenkollektive (Modellregion und Vergleichsregion) für die Bereiche ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, AU-Geschehen, vor-/nachstationäre Leistungen, etc.;

b) die Ableitung von Kennzahlen zur Berechnung von Raten, Anteilen und anderen Indikatoren des Leistungsgeschehens, und zwar jeweils differenziert nach Geschlecht, Alter und weiteren versorgungsrelevanten soziodemographischen Merkmalen;

c) ein Abgleich der Ergebnisse mit anderen Sekundärdatenquellen etwa des WIdO, des Statistischen Bundesamts, des RKI, der Deutschen Rentenversicherung, der Kassenärztlichen Vereinigungen, des Deutschen Krankenhausinstituts oder ggf. des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen u.a. – dabei sollten eventuelle Versorgungs-Auffälligkeiten beim Versichertenklientel der AOK im Kinzigtal herausgearbeitet werden;

d) optionale Angebote für begleitende und die Aussagekraft erhöhende Detail-Untersuchungen anhand einzelner Indikationen bzw. Inanspruchnahmen bzw. gesondert durchzuführender Erhebungen etwa im Sinne der HEDIS-Kriterien.

Im Sinne der Prozessevaluation sollte der Bericht auch diskutieren, ob aus dem Datenmaterial Faktoren ableitbar sind, die den Implementationsprozess der IV-Versorgung Gesundes Kinzigtal erklären helfen.

Die Berichte sollten auch dem Vorschlag des SVR Rechnung tragen, „im Sinne des § 142 ABS. 2 SGB V zu generalisierenden Versorgungsurteilen für definierte Ziel-

---

<sup>2</sup> Fricke & Pirk GmbH (2004): Gutachten „Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland.“ Nürnberg, Gutachten für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

gruppen bzw. Versichertenpopulationen oder, unter Berücksichtigung des hohen GKV-Versicherungsgrades der deutschen Bevölkerung, auf Verwaltungsregionen innerhalb Deutschlands oder die gesamte Bundesrepublik (zu) gelangen.“ (SVR Gutachten 2000/01, S. 33ff.

Am Ende der Untersuchungsperiode ist dem Auftraggeber ein Abschlussbericht in gedruckter und elektronisch weiterverarbeitbarer Form zu übergeben. Sofern durch die Evaluationsgruppe auch Primärdaten erhoben werden, sind auch diese am Ende der Untersuchungsperiode dem Auftraggeber in einer weiterverarbeitbaren Form zu überlassen, so dass die Daten für etwaige ergänzende bzw. Folgebefragungen genutzt werden können. Zwischenberichte sind jeweils zum Ende eines Kalenderjahres vorzulegen; sie sollten die Daten des jeweils vorhergehenden Kalenderjahrs in ihrer Berichtsstruktur (z.B. in den Tabellenteilen) berücksichtigen.

### **Publikation der Ergebnisse**

Die Gesundes Kinzigtal GmbH und die AOK Baden-Württemberg sind gleichermaßen an der Publikation von Forschungsergebnissen in Zeitschriften und Büchern sowie auf Tagungen interessiert. Gleichwohl bedarf eine Publikation von Untersuchungsergebnissen des Einvernehmens mit der AOK Baden-Württemberg und der Gesundes Kinzigtal GmbH. Das Einvernehmen über die Publikation von Ergebnissen orientiert sich deshalb einerseits am Neutralitätsinteresse der Forscher und andererseits am Schutzwürdigkeitsinteresse der AOK Baden-Württemberg und der Gesundes Kinzigtal GmbH. In bestimmten Fällen können mögliche Publikationslösungen etwa durch eine hinreichende Anonymisierung der IV-Beteiligten (AOK Baden-Württemberg und Gesundes Kinzigtal GmbH) gesucht werden.

Sofern Vorbehalte gegen eine derartige Regelung zur Publikation von Ergebnissen bestehen, sollte der Anbieter des Evaluationsangebotes einen Alternativvorschlag unterbreiten.

### **Datenschutz**

Die in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellten Routinedaten unterliegen besonderen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Im Angebotsdesign ist auszuweisen, wie die Anbieter den Datenschutz handhaben werden. Vorbehaltlich einer abschließenden Klärung mit der zuständigen Datenschutzstelle sind die Teilnehmer an zusätzlichen Befragungen (Primärerhebungen) gesondert darauf hinzuweisen, dass Ihre Angaben ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken erhoben werden. Eine Weitergabe solcher Verknüpfungsdaten an die Krankenkasse, die die Routinedaten bereitstellt, ist nicht vorgesehen.

### **Arbeitsplan**

Ihr auf die Gesamtlaufzeit ausgelegter Arbeitsplan sollte eine Zuordnung der verschiedenen Arbeitsschritte in graphischer Darstellungsform bieten. Das gesamte Projekt – einschließlich der optionalen Analysen der Jahre 2007ff – muss bis zum 30. 09. 2010 abgeschlossen sein.

### **Kostenkalkulation**

Ihre Kostenkalkulation sollte sich an der tabellarischen Darstellungsform orientieren, wie sie in Anhang 1 abgebildet ist.

### **Ergänzungsfinanzierung**

Anbieter sollten grundsätzlich die Möglichkeiten ausloten, ggf. ergänzende finanzielle Fördermöglichkeiten in einem einschlägigen Forschungsschwerpunktprogramm zu beantragen.

Daneben sollten auch potentielle **EU-Fördermöglichkeiten** eruiert und auf mögliche Schnittstellen hin benannt werden.

### **Voraussetzungen der Anbieter bzw. Anbieterkonsortien**

Die Anbieter sollten einschlägige Erfahrungen und Kenntnisse in der Planung, Durchführung und Auswertung von empirischen Studien bei GKV-Versicherten haben. Diese Kenntnisse sind durch eine entsprechende Dokumentation der Forschungs- und Publikationsleistungen auszuweisen. Besonders erwartet werden einschlägige Kenntnisse in der Sekundäranalyse von Routinedaten der GKV.

Die Anbieter müssen glaubhaft machen können, dass sie in der Lage sind, die geplanten Untersuchungen im vorgesehenen Erhebungszeitraum durchführen zu können.

Ebenso bedarf es des Nachweises einer ausreichenden EDV-Infrastruktur mit der Möglichkeit der Konvertierung von Datenbankformaten und der Zusicherung, dass geeignete Möglichkeiten der Speicherung sensibler Patientendaten gegeben sind.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen können kooperierende Forschergruppen auch einen gemeinsamen Antrag stellen, in dem Sie die jeweiligen Projekt- und Arbeitsteile im Arbeits- und Kostenplan ausweisen. In diesem Falle ist auch die rechnungsführende Stelle und die wissenschaftliche Leitung zu benennen.

Bitte teilen Sie in Ihrem Angebot auch die Rechtsform Ihrer Einrichtung und deren umsatzsteuerrechtliche Behandlung (incl. Angabe der prozentualen Veranlagung) mit.

### **Begutachtungsverfahren**

Nach Sichtung und Vorbegutachtung der eingegangenen Angebote durch die Evaluations-Koordinationsstelle an der Universität Freiburg (EKIV) und die anschließende Beratung mit der AOK Baden-Württemberg und der Gesundes Kinzigtal GmbH werden wir die Anbieter benachrichtigen.

Ihre aussagefähige **Angebotsskizze im Umfang von maximal 10 Seiten** sollte bis zum 29.01.2006 an folgende Adresse in Papier- und elektronischer Form gesendet werden:

Abt. Medizinische Soziologie  
Evaluationskoordinationsstelle  
Integrierte Versorgung - EKIV  
z.Hd. Dr. A. Siegel, MPH  
Hebelstr. 29  
D 79104 Freiburg

Nähere Informationen zum Konzept der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal finden Sie auf der Homepage <http://www.gesundes-kinzigtal.de> sowie in dem in der *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 5-6/2006 erschienenen Aufsatz *„Das Modell „Gesundes Kinzigtal“ – Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontracting‘* (Hermann et al.), der Ihnen auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden kann.  
Die Evaluationskoordinationsstelle EKIV wird demnächst auch ein Wissenschafts-Portal auf der Homepage Gesundes Kinzigtal einrichten, zu dem die beteiligten Forschungsgruppen einen passwortgeschützten Zugang erhalten.

## Muster Kostenplan

Personalkosten <sup>(1)</sup>	Berechnungs- grundlage	Kosten/ Monat	Pers.- Mon.	Total €
	<sup>2)</sup>			
t	)			
externe Dienstleistungen (1)				
<b>Zwischensumme Personalkosten</b>				
<b>Sach und Reisekosten</b>				
Reisen zu Projektpartnern				
<b>Zwischensumme Sach- und Reisekosten</b>				
<b>Gesamtkosten des Vorhabens (ohne MWSt.)</b>				
<i>Eigenmittel für Personal, Sach-/Reisekosten</i>				
<b>beantragte Finanzierung durch Dritte (GK)* – netto <sup>(4)</sup></b>				
+16% MWSt				
<b>beantragte Finanzierung durch Dritte (incl. MwSt)</b>				
<b>Wenn Mischfinanzierung aus anderem Förderprogramm, Beantragte Finanzierung: (2)</b>				
<b>Wenn Mischfinanzierung aus anderen Förderprogrammen: Bereits gewährte Finanzierung: (2)</b>				

Erläuterungen:

- (1) Externe Dienstleistungen: Bitte auflühren, um welche Kosten es sich handelt (Labor-, EDV-, Probandenhonorare, Interviewerkosten etc.) und Angabe der Kosten pro Einheit
- (2) Bei Angeboten, die eine C-Finanzierung durch andere Drittmittelgeber vorsehen, bitte Angabe der beantragten bzw. gewährten Drittmittel machen