



EKIV-Newsletter 2/2010

Rundbrief der
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>

in Kooperation mit der Gesundes Kinzigtal GmbH,
AOK BW und LKK BW

Unsere Themen:

- Editorial
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*: Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten, Teil II: Kennziffern und Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Patienten mit Osteoporose
- Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*
- Kongresse und Konferenzen (September-Dezember 2010) mit Beiträgen zur Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*

Editorial

Im letzten EKIV-Newsletter (Nr. 1/2010) berichteten wir über neue, seit März 2010 vorliegende Zwischenergebnisse des Evaluationsprojekts „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung – Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal auf Basis von GKV-Routinedaten“. Das Projekt wird von der PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln durchgeführt und von Frau Dr. Ingrid Schubert geleitet. Die zentrale Fragestellung dieses Projekts lässt sich so formulieren: Entwickeln sich Morbidität, Inanspruchnahme des Versorgungssystems und die Versorgungsqualität im Kinzigtal und in der IVGK anders – und ggf. günstiger – als im übrigen Baden-Württemberg? Gegenstand unseres Berichts im EKIV-Newsletter 1/2010 waren globale – d.h. nicht-indikationsspezifische – Kennziffern und Qualitätsindikatoren wie z.B. der Anteil der Versicherten mit Multimorbidität und Multimedikation, die Generikaquoten im Kinzigtal und im übrigen Baden-Württemberg oder der Anteil der Versicherten mit problematischen Arzneimittelverordnungen wie z.B. längerfristigen Verordnungen von Benzodiazepinen.¹

Wie bereits im Editorial des letzten Newsletters erwähnt, enthält der neue Zwischenbericht der PMV forschungsgruppe aber auch indikationsspezifische Kennziffern und Indikatoren zur Versorgung von Patienten mit

- chronischer KHK,
- Demenz,
- affektiven Störungen/Depression,
- Diabetes,
- Herzinsuffizienz,
- Hypertonie,
- Osteoporose und Frakturen sowie
- Rückenschmerzen.

In diesem und den beiden nächsten Rundbriefen referieren wir Ihnen ausgewählte Ergebnisse zu indikationsspezifischen Kennziffern. Wir beginnen heute mit Indikatoren und Kennziffern zur Versorgung von Patienten mit *Osteoporose und Frakturen*. Osteoporose ist eine Erkrankung, die im Zuge der fortschreitenden „Alterung“ unserer Gesellschaft zukünftig an Relevanz zunehmen wird. Häufige Folgen der Osteoporose sind Knochenbrüche, die am häufigsten in Form von Wirbelkörper-Einbrüchen und hüftgelenksnahen Oberschenkelknochenbrüchen (v.a. Schenkelhalsfrakturen) auftreten.

Auf Seite 9 dokumentieren wir wieder aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK), und abschließend – auf Seite 10 – nennen wir Ihnen die wissenschaftlichen Konferenzen und Kongresse (September bis Dezember 2010), auf denen Beiträge zur Evaluation der IVGK vertreten sind.

Zusammen mit dieser Ausgabe des EKIV-Newsletter erscheint erstmals auch eine englischsprachige Version, die gegenüber der deutschsprachigen Originalausgabe leicht gekürzt ist. Falls Sie Kolleginnen und Kollegen kennen, die sich eventuell für die Themen unseres Newsletter interessieren und lieber Englisch als Deutsch lesen, haben wir eine Bitte an Sie: Senden Sie den EKIV-Newsletter bitte einfach weiter. Ein kostenloses Abonnement des Newsletters ist übrigens jederzeit auf unserer Homepage möglich unter <http://www.ekiv.org/de/newsletter.php>.

Wie immer ist uns Ihr Feedback zu einzelnen Artikeln oder zum EKIV-Newsletter als Ganzem willkommen. Ihre Email an uns (info@ekiv.org oder ekiv@medsoz.uni-freiburg.de) beantworten wir gerne.

Herzliche Grüße,
Achim Siegel & Ulrich Stößel

¹ Siehe EKIV-Newsletter 1/2010: http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2010-1.pdf.

Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal (IVGK)*:

Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten, Teil II: Kennziffern und Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Patienten mit Osteoporose

Aus dem jüngsten Zwischenbericht der PMV forschunggruppe wollen wir heute Kennziffern und Qualitätsindikatoren mit Bezug auf die Ziel-Indikation Osteoporose vorstellen. Grundlage sind GKV-Routinedaten aus den Beobachtungsjahren 2004-2007. Wie bereits erwähnt, wird das Evaluationsprojekt von der PMVforschungsguppe an der Universität zu Köln unter der Leitung von Frau Dr. Ingrid Schubert durchgeführt.

Ziele und Studiendesign des Evaluationsprojekts „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung (ÜUF-Projekt) – Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten“

Ziele und Studiendesign des ÜUF-Projekts haben wir bereits in vergangenen Ausgaben des EKIV-Newsletter ausführlich beschrieben.² Wir beschränken uns daher hier auf eine Zusammenfassung.

Ziel des Projekts ist die Erhebung von administrativen Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen, von Kennziffern der Inanspruchnahme sowie von Über-, Unter- und Fehlversorgung anhand von Indikatoren der Versorgungsqualität. Sämtliche Daten, die im ÜUF-Projekt analysiert werden, sind pseudonymisierte GKV-Routinedaten von Versicherten der AOK Baden-Württemberg (AOK BW) und der LKK Baden-Württemberg (LKK BW). Das Projekt folgt dem Design einer quasi-experimentellen kontrollierten Studie: Prävalenzen, Kennziffern und Qualitätsindikatoren, die für die Versicherten aus dem Kinzigtal ermittelt wurden (Interventionsgruppe), werden mit den Daten einer für ganz Baden-Württemberg repräsentativen Stichprobe volljähriger AOK- bzw. LKK-Versicherter verglichen, aus der Versicherte der Region Kinzigtal ausgeschlossen wurden (Vergleichsgruppe).

Bei vergleichenden Analysen zu globalen (nicht-indikationsspezifischen) Kennziffern und Prävalenzen wird die für das übrige Baden-Württemberg repräsentative Kontrollstichprobe („Stichprobe BW“) stets hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten aus der Region Kinzigtal. Bei indikationsspezifischen Qualitätsindikatoren und Kennziffern hingegen werden zu den Versicherten im Kinzigtal, die die betreffende Ziel-Indikation aufweisen (Fälle), jeweils fünf alters- und geschlechtsgleiche Paarlinge mit der betreffenden Ziel-Indikation aus der Stichprobe BW zufällig gezogen (Kontrollen). Das Matching-Verhältnis beträgt also 1:5. Bei allen Vergleichen im Zeitverlauf gilt das letzte interventionsfreie Kalenderjahr 2004 als Basisjahr; die darauf folgenden Beobachtungsjahre (2005ff) gelten hingegen als Jahre mit zunehmend intensiverer Intervention durch die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal (IVGK)*.

Ausgewählte Ergebnisse³ zu Kennziffern der Versorgung von Patienten mit Osteoporose und Frakturen

In die Untersuchung einbezogen wurden grundsätzlich nur AOK- bzw. LKK-Versicherte, die in den einzelnen Beobachtungsjahren 2004-07 durchgängig versichert waren bzw. verstarben; Kassenwechsler wurden also (im Jahr ihres Wechsels) nicht berücksichtigt. Da die Fallzahlen der LKK-Versicherten bei indikationsspezifischen Kennziffern sehr gering sind – zumal wenn noch nach IV-Versichertenstatus unterschieden wird –, referieren wir im Folgenden nur Ergebnisse, die sich auf die AOK-Versicherten beziehen. Für die Auswahl und Interpretation der hier referierten Ergebnisse sind die Autoren des EKIV-Newsletters verantwortlich.

² Siehe EKIV-Newsletter 1/2010 (http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2010-1.pdf), S. 3, und EKIV-Newsletter 3/2009 (http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_3-2009.pdf), S. 3f.

³ Die Ergebnisse sind dem folgenden Projektbericht entnommen: PMV forschunggruppe (2010): Evaluationsmodul der IVGK „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“. 1. Zwischenbericht für *Gesundes Kinzigtal GmbH*, hier: AOK-Daten“.

Administrative Prävalenz der Osteoporose

Tab. 1 zeigt zunächst die administrative Prävalenz der Osteoporose unter den AOK-Versicherten im Kinzigtal und in der Vergleichsgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg.

Tab. 1: Anteil der AOK-Versicherten mit Osteoporose

Jahr	Osteoporose: Versicherte mit Diagnosenennung								
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW*	Kinzigt.	stand.BW*
2004	225	11,4	1.376	5,3	5,7	7,0	7,4	100	100
2005	245	12,4	1.403	5,3	5,8	7,1	7,3	101	99
2006	263	13,1	1.405	5,3	5,8	7,1	7,4	101	100
2007	280	14,0	1.386	5,4	6,0	7,2	7,5	103	101

Jahr	Osteoporose: epidemiologisch sichere Fälle								
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW*	Kinzigt.	stand.BW*
2004	174	8,9	1.044	4,0	4,4	5,3	5,0	100	100
2005	190	9,6	1.090	4,1	4,5	5,5	5,0	104	100
2006	204	10,2	1.085	4,1	4,5	5,5	5,1	104	102
2007	226	11,3	1.099	4,2	4,8	5,8	5,2	109	104

*) „Stichprobe BW“ standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Population „Kinzigtal“ des jeweiligen Jahres.

Der erste Teil von Tab. 1 weist die Prävalenz aus, wie sie sich aus der bloßen Diagnosenennung ergibt: Sofern also zumindest einer der beiden ICD-10-Codes M80 (Osteoporose ohne pathologische Fraktur) oder M81 (Osteoporose mit pathologischer Fraktur) in den GKV-Routinedaten eines Versicherten dokumentiert war, wurde die betreffende Person im betreffenden Jahr als „Versicherter mit Osteoporose“ gezählt; auch Verdachtsfälle mit dem Diagnosezusatz „V“ wurden einbezogen. Dem zweiten Teil von Tab. 1 liegen hingegen nur epidemiologisch sichere Fälle zugrunde, d.h. es wurden bei der Ermittlung der Prävalenz nur solche Osteoporose-Codes gezählt, die nach einer internen Diagnose-Validierung noch immer als Osteoporose-Fälle galten. Als „epidemiologisch sichere“ Fälle wurden Versicherte gezählt, wenn sie mindestens eine der folgenden drei Bedingungen erfüllten:

- stationärer Aufenthalt mit einer Osteoporose-Diagnose als Hauptentlassungsdiagnose,
- eine Osteoporose-Diagnose in mindestens einem Quartal und zusätzlich mindestens eine Verordnung eines bei der Osteoporosebehandlung gebräuchlichen Arzneimittels⁴, verordnet durch den diagnostizierenden Arzt im Quartal der Diagnosenennung,
- eine Osteoporose-Diagnose in mindestens zwei Quartalen eines Jahres.

Eine logische Folge dieser Differenzierung der Osteoporoseprävalenz auf Basis der Diagnosenennung einerseits und der epidemiologisch sicheren Fälle andererseits ist, dass letztere eine Teilmenge der zuerst genannten darstellen. Die Prävalenz der epidemiologisch sicheren Fälle ist also stets geringer als die Prävalenz der Fälle, die auf Basis einer bloßen Diagnosenennung (einschließlich Verdachtsdiagnosen) gezählt wurden. Dementsprechend sind die Prävalenzen im ersten Teil von Tab. 1 durchweg höher als die entsprechenden Prävalenzen im zweiten Teil der Tabelle.

⁴ Folgende Wirkstoffe wurden einbezogen: Vitamin D (ATC-Code A11CC), Calcium (A12AA), Calcium + Vitamin D-Kombination (A12AX), Klimakteriumstherapeutika (G02CE), Hormonersatztherapeutika (G03CA, G03CB, G03FA, G03FB), SERM (G03XC), Bisphosphonate (M05BA) sowie Bisphosphonate + Calcium-Kombination (M05BB).

Bei den in Tab. 1 präsentierten Ergebnissen fällt auf, dass die Prävalenzen der volljährigen AOK-Versicherten im Kinzigtal geringer sind als die Prävalenzen der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsstichprobe, wenn man die Osteoporose-Prävalenz auf Basis der Diagnose-nennung ermittelt (2007: 7,2% im Kinzigtal vs. 7,5% im übrigen Baden-Württemberg). Zieht man aber nur die epidemiologisch sicheren Fälle heran, dann sind die Prävalenzen in allen vier Jahren im Kinzigtal höher als in der Vergleichsstichprobe (2007: 5,8% bei volljährigen Versicherten im Kinzigtal vs. 5,2% in der Vergleichsstichprobe).

Vergleicht man die in Tab. 1 abgebildete Prävalenz bei den IV-Versicherten mit der Prävalenz bei den Nicht-IV-Versicherten im Kinzigtal, so wird deutlich – wie bereits bei den im EKIV-Newsletter 1/2010 diskutierten Ergebnissen –, dass es der IVGK gelungen ist, vorrangig die älteren und „kränkeren“ Versicherten zur Einschreibung in die IVGK zu motivieren: Bei den IV-Versicherten ist die Osteoporose-Prävalenz durchgehend mehr als doppelt so hoch wie bei den Nicht-IV-Versicherten.

Tab. 2 veranschaulicht die Abhängigkeit der Osteoporose-Prävalenz (nur epidemiologisch sichere Fälle) vom Alter und Geschlecht der Versicherten. Wie in Tab. 2 gut zu sehen ist, nimmt die Prävalenz mit steigendem Alter stark zu, und die Prävalenz bei den Frauen ist um ein Vielfaches höher als bei den Männern (im Kinzigtal 9,8% bei den volljährigen Frauen vs. 1,1% bei den volljährigen Männern).

Tab. 2: Anteil der Versicherten mit Osteoporose nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2007

Alter / Geschlecht	Osteoporose: epidemiologisch sichere Fälle				
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre	
	IV-Vers. %	Nicht-IV-Vers. %	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW* %
<18 J.	0,0	0,0	0,0	-	-
18-49 J.	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
50-69 J.	8,1	4,9	5,2	5,2	4,9
>= 70 J.	23,1	16,4	17,3	17,3	15,4
Männer	1,9	0,8	0,9	1,1	1,1
Frauen	18,4	7,4	8,3	9,8	8,8
Gesamt	11,3	4,2	4,8	2,4	3,9

Population: AOK-Versicherte.

*) „Stichprobe BW“ standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Population „Kinzigtal“ des jeweiligen Jahres.

Frakturhäufigkeit bei Osteoporose

Ein wichtiges Erfolgskriterium der Osteoporoseprävention und –behandlung besteht in der Verhinderung von Frakturen bzw. in der Verringerung der Frakturhäufigkeit bei Personen mit Osteoporose. Voraussetzung für einen sinnvollen Vergleich der Frakturhäufigkeiten bei Osteoporose-Patienten in zwei zu vergleichenden Populationen ist, dass die allgemeine Frakturhäufigkeit in den zu vergleichenden Gesamtpopulationen annähernd gleich ist. Dies ist in unserem Fall gegeben: Der Anteil der AOK-Versicherten mit einer Frakturdiagnose im Jahr 2007 betrug im Kinzigtal 5,6%, in der (alters- und geschlechtsstandardisierten) Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg 5,7% (ohne Tabelle⁵).

Die folgende Tab. 3 zeigt den Anteil der Patienten mit Fraktur an allen Osteoporose-Patienten im Zeitraum 2004-07.

Tab. 3: Anteil der Patienten (in %) mit Fraktur unter den Osteoporose-Patienten

Jahr	Osteoporose: Versicherte mit Diagnosenennung: davon mit Fraktur								
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	Kontr.BW* %	Kinzigt.	Kontr.BW*
2004	28	12,4	316	23,0	21,5	21,5	24,0	100	100
2005	39	15,9	325	23,2	22,1	22,1	25,4	103	106
2006	46	17,5	320	22,8	21,9	21,9	25,7	102	107
2007	54	19,3	298	21,5	21,1	21,1	26,3	98	110

Jahr	Osteoporose: epidemiologisch sichere Fälle: davon mit Fraktur								
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW* %	Kinzigt.	Kontr.BW*
2004	25	14,4	258	24,7	23,2	23,2	26,1	100	100
2005	30	15,8	274	25,1	23,8	23,8	27,6	103	106
2006	39	19,1	273	25,2	24,2	24,2	28,0	104	107
2007	45	19,9	258	23,5	22,9	22,9	28,7	99	110

Population: AOK-Versicherte.

*) Kontrollen für „Kinzigtal“: volljährige alters- und geschlechtsgleiche Osteoporose-Patienten der „Stichprobe BW“ (Matching: 1:5).

Die in Tab. 3 dargestellten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: In allen hier betrachteten Jahren lag die Frakturhäufigkeit bei Osteoporose-Patienten im Kinzigtal mindestens um 10% unter der Frakturhäufigkeit bei alters- und geschlechtsgleichen Osteoporose-Patienten aus dem übrigen Baden-Württemberg. Vergleicht man den zeitlichen Verlauf der Prävalenz in beiden Populationen, so wird offenkundig, dass die Frakturprävalenz unter den Osteoporose-Patienten im Kinzigtal im Wesentlichen konstant blieb, wohingegen die Frakturprävalenz unter den Osteoporose-Patienten aus dem übrigen Baden-Württemberg von 2004 bis 2007 um rund 10% stieg. Dieses Ergebnis ist *unabhängig davon*, ob man die Osteoporose-Prävalenz auf Basis der bloßen Diagnosenennung (einschließlich Verdachtsdiagnosen) oder auf Basis der epidemiologisch sicheren Fälle bestimmt. Das Ergebnis scheint also darauf hinzudeuten, dass die Prävention von Frakturen bei Osteoporose-

⁵ Schubert et al. 2010 (vgl. Fußnote 3), S. 234f.

Patienten im Kinzigtal insgesamt etwas effektiver ist und sich zudem im Zeitraum 2004-07 etwas erfolgreicher entwickelt hat als im übrigen Baden-Württemberg.

Anteil der Patienten mit osteoporosespezifischer Therapie an allen Osteoporose-Patienten mit Fraktur

In Leitlinien wird bei manifester Osteoporose eine spezifische Therapie mit Bisphosphonaten, Strontiumranelat (ATC M05B), SERM (G03XC), Teripatid (H05AA02) oder Parathyroidhormon (H05AA03) empfohlen, sofern keine Kontraindikationen vorliegen.⁶ Die folgende Tab. 4 weist demgemäß pro Beobachtungsjahr den Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur aus, die eine solche osteoporosespezifische Therapie erhalten.

Tab. 4: Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur, die eine osteoporosespezifische Therapie erhalten

Jahr	Osteoporose: Versicherte mit Diagnosenennung: Patienten mit Fraktur: davon mit spezifischer Therapie								
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	Kontr.BW* %	Kinzigt. %	Kontr.BW* %
2004	17	60,7	103	32,6	34,9	34,9	33,4	100	100
2005	23	59,0	132	40,6	42,6	42,6	34,7	122	104
2006	29	63,0	122	38,1	41,3	41,3	36,6	118	110
2007	27	50,0	117	39,3	40,9	40,9	38,4	117	115

Jahr	Osteoporose: epidemiologisch sichere Fälle: Patienten mit Fraktur: davon mit spezifischer Therapie								
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	Kontr.BW* %	Kinzigt. %	Kontr.BW* %
2004	17	68,0	98	38,0	40,6	40,6	38,8	100	100
2005	22	73,3	128	46,7	49,3	49,3	39,7	121	102
2006	28	71,8	114	41,8	45,5	45,5	41,6	112	107
2007	25	55,6	112	43,4	45,2	45,2	42,9	111	111

Population: AOK-Versicherte.

*) Kontrollen für „Kinzigtal“: volljährige alters- und geschlechtsgleiche Osteoporose-Patienten mit Fraktur der „Stichprobe BW“ (Matching: 1:5).

Die in Tab. 4 dargestellten Ergebnisse verdeutlichen, dass der Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur, die eine spezifische Therapie erhalten, im Kinzigtal etwas höher ist als in der Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg: Im Fall der Osteoporose-Patienten mit Fraktur, denen lediglich eine mindestens einmalige Diagnosenennung (Osteoporose) zugrunde liegt, betragen die jeweiligen Anteile im Jahr 2007 rund 41% im Kinzigtal und rund 38% in der Kontrollgruppe. Im Fall der epidemiologisch sicheren Osteoporose-Patienten war die Differenz fast identisch: Im Jahr 2007 erhielten im Kinzigtal rund 45% der Osteoporose-Patienten mit Fraktur eine spezifische Therapie, während es in der Kontrollgruppe 43% waren. Auffällig ist der durchweg deutlich höhere Anteil mit spezifischer Therapie unter den IV-Versicherten im Kinzigtal. Allerdings ist hier ein valider Vergleich

⁶ DVO-Leitlinie 2009 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Erwachsenen. Langfassung, Dachverband Osteologie e.V., Version vom 15.12.2009. Letzter Zugriff: 14.09.2010. (http://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/dvo-leitlinie-2009).

der Indikatorwerte (IV-Versicherte vs. Nicht-IV-Versicherte) durch die fehlende Standardisierung beider Subpopulationen nicht ohne weiteres möglich.

Weiterhin geht aus Tab. 4 hervor, dass sowohl im Kinzigtal als auch im übrigen Baden-Württemberg die jeweiligen Anteile vom Jahr 2004 bis zum Jahr 2007 ungefähr gleichermaßen stark angewachsen waren: Im Fall der epidemiologisch sicheren Osteoporose-Patienten mit Fraktur stieg der Anteil mit spezifischer Therapie jeweils um 11%. Bei genauerer Betrachtung des Anstiegs in beiden Populationen fällt jedoch auch ein Unterschied ins Auge: Während der Anteil in der Kontrollgruppe im gesamten Zeitraum 2004-07 *stetig* anstieg (pro Jahr um 2 bis 5 Prozentpunkte), *schwankte* der Anteil im Kinzigtal *deutlich stärker*: Im Jahr 2005 z.B. war der Anteil im Vergleich zum Jahr 2004 um 21 Prozentpunkte angewachsen, bevor er in den beiden folgenden Jahren wieder zurückging. Ob und inwieweit die stetigere Entwicklung in der – um das Fünffache größeren Kontrollgruppe – in erster Linie auf die wesentlich höhere Fallzahl und damit auf eine geringere Schwankungsanfälligkeit zurückzuführen ist oder ob andere Faktoren ausschlaggebend sind, können wir nicht bestimmen.

Zusammenfassung und Fazit

Die Bestimmung der Osteoporose-Prävalenz in einer Population anhand der administrativen Prävalenz kann wegen Problemen der Diagnostik und der Kodierung der Erkrankung in den GKV-Routinedaten zu beträchtlichen Unschärfen führen. So erscheint die Osteoporoseprävalenz bei AOK-Versicherten im Kinzigtal etwas höher als in der Vergleichsstichprobe (2007: 5,8% im Kinzigtal vs. 5,2% in der Vergleichsstichprobe), wenn man nur die epidemiologisch sicheren Osteoporose-Fälle zugrunde legt. Zählt man hingegen auch Verdachtsdiagnosen und andere fragliche Osteoporose-Codes mit, so erscheint die Osteoporose-Prävalenz im Kinzigtal etwas niedriger (2007: 7,2%) als in der Vergleichsstichprobe (2007: 7,5%).

Eine erste Kennziffer, die den Anteil der Patienten mit Fraktur unter allen Osteoporose-Patienten ausweist (Tab. 3), gibt Hinweise auf die Effektivität der Frakturprävention bei Osteoporose-Patienten im Zeitraum 2004-07: Bereits im Jahr 2004 lag dieser Anteil im Kinzigtal um rund 10% unter dem entsprechenden Anteil in der Kontrollgruppe; zudem erhöhte sich der Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur im Kinzigtal im Zeitraum 2004-07 *nicht*, während er in der Kontrollgruppe um 10% stieg. Diese Ergebnisse sind *unabhängig davon*, ob die Osteoporose-Prävalenz auf Basis der epidemiologisch sicheren Fälle bestimmt wurde oder aufgrund einer bloßen Diagnosenennung (inkl. Verdachtsfälle). Daraus lässt sich schließen, dass Frakturen bei Osteoporose-Patienten im Kinzigtal im Zeitraum 2004-07 offenkundig wirksamer verhindert wurden als im übrigen Baden-Württemberg.

Abschließend referierten wir den Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur, die – in Übereinstimmung mit einschlägigen Leitlinien – eine osteoporosespezifische Therapie erhielten (Tab. 4). Dieser Anteil stieg im Zeitraum 2004-07 im Kinzigtal und im übrigen Baden-Württemberg vergleichbar stark an. Dabei war der Anteil im Kinzigtal im gesamten Zeitraum etwas höher als in der Kontrollgruppe.

Mit Spannung erwarten darf man die Kennziffern und Indikatoren zur Osteoporose aus den Jahren ab 2008, denn in diesem Jahr startete das IVGK-Gesundheitsprogramm „starke Muskeln, feste Knochen“, das in erster Linie auf eine verbesserte Osteoporoseprävention und –behandlung zielt. Bis Anfang September 2010 hatten sich bereits über 500 IVGK-Versicherte eingeschrieben. Damit ist dieses Programm eines der beliebtesten GK-Gesundheitsprogramme (vgl. hierzu auch S. 9 in diesem EKIV-Newsletter). Wir erwarten daher, dass sich dies in weiter verbesserten Kennziffern und Indikatoren im Kinzigtal ausgewirkt haben wird.

Achim Siegel, Ulrich Stöbel

Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (Stand: 23. 09. 2010)

Eingeschriebene Versicherte insgesamt	7059
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	6654
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	405

Anzahl der Risikopatienten	4586
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	4287
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	299

Teilnehmer an einzelnen IVGK-Gesundheitsprogrammen⁷ und an erweiterten Disease Management Programmen (DMPs)	Teilnehmer
AGil (Aktive Gesundheitsförderung älterer Menschen im Kinzigtal)	511
Rauchfreies Kinzigtal (Rauchentwöhnungsprogramm)	137
Starkes Herz (Behandlung/Prävention von Herzinsuffizienz)	68
Gesundes Gewicht (Programm zur Diabetes-Prävention)	136
Starke Muskeln – feste Knochen (Osteoporoseprävention)	512
Psychotherapie Akut (Programm zur Frühintervention bei psychischen Krisen)	153
Gesundheitspass	452
Ärzte plus Pflege (medizinische Versorgung von Senioren in Pflegeheimen)	41
Besser gestimmt (Depression; seit August 2010)	1
DMP Diabetes mellitus Typ II	878
DMP KHK	294
DMP Brustkrebs	15
DMP Asthma	108
DMP COPD	165

IVGK-Leistungspartner insgesamt	79
- Hausärzte ⁸	22
- Fachärzte ⁹	22
- Kinderärzte	5
- Psychotherapeuten	3
- Kliniken	6
- Physiotherapeuten	5
- Pflegeheime	11
- ambulante Pflegedienste	4
- sozialtherapeutische Dienste	1
IVGK-Kooperationspartner insgesamt	48
- Apotheken	14
- kooperierende Vereine	23
- Fitness-Studios	6
- Physiotherapeuten ¹⁰	5

⁷ Weitere Informationen zu den Gesundheitsprogrammen finden Sie unter http://patienten.gesundes-kinzigtal.de/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=39

⁸ Ein Hausarzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

⁹ Ein Facharzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

¹⁰ Diese Physiotherapeuten sind der IVGK als Kooperationspartner (ohne vertragliche Bindung) angegliedert.

Kongresse und Konferenzen (September – Dezember 2010) mit Beiträgen zur Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*

15.09.-18.09.2010: „Schnittstellen“: Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) in Gießen
(Programm und Abstracts erhältlich unter <http://www.dgmp-online.de/giessen2010/>).

Vortrag am 16.09.2010: Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal*: Höhere Versorgungsqualität bei geringeren komparativen Versorgungskosten? (Siegel A, Stößel U, Köster I, Schubert I, Hildebrandt H, Daul G, Gaiser K, Maack T, Roth M & Stütze Y)

30.09.-02.10.2010: 9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 5. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. in Bonn
(Programm und Abstracts erhältlich unter <http://www.dkvf2010.de/de/Thematische-Struktur.htm>).

Vortrag am 01.10.2010 in der Session „Zukunfts- und Best-Practice-Modelle der primärärztlichen Versorgung“: Reduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* – Zwischenergebnisse einer kontrollierten Kohortenstudie (Siegel A, Schubert I, Köster I, Hildebrandt H, Daul G, Gaiser K, Maack T & Stütze Y)

08.10.2010: 1. Tag der Versorgungsforschung an der Universität Freiburg

Vortrag am 08.10.2010: Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal* – Versorgung neu gedacht (Roth M & Maack T)

Vortrag am 08.10.2010: Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* – eine Zwischenbilanz (Siegel A & Stößel U)

10.12.2010: 10 Jahre Integrierte Versorgung in Deutschland. Fachgespräch der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen in Berlin

Vortrag am 10.12.2010: Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* – eine Zwischenbilanz (Siegel A & Stößel U)