



EKIV-Newsletter 1/2009

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>

Unsere Themen heute:

- Editorial
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*: T0- und T1-Erhebung zur Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared-Decision-Making (SDM)
- Umgekehrte Risikoselektion in der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* – Sozialstruktur und GKV-Kosten von eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten

Editorial

Die erste Ausgabe des *EKIV-Newsletter* ist da! Seit Beginn des Jahres 2006 gibt es im südbadischen Kinzigtal, das sich östlich von Offenburg bis weit hinein in den Schwarzwald erstreckt, eine integrierte Gesundheitsversorgung. Das seit mehr als einem Jahrzehnt bestehende Ärztenetz in der Region, das *Medizinische Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK)*, hatte zusammen mit der auf das Management integrierter Versorgungsformen spezialisierten *OptiMedis AG* aus Hamburg die *Gesundes Kinzigtal GmbH* gegründet, um im Kinzigtal eine „besser organisierte Gesundheitsversorgung“¹ zu schaffen. Im Jahr 2006 schlossen die AOK Baden-Württemberg (Januar 2006) und die Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg (November 2006) mit der *Gesundes Kinzigtal GmbH* Verträge gemäß § 140a ff SGB V, um ihren Versicherten die Teilnahme an dieser bundesweit einmaligen Form der Integrierten Versorgung zu eröffnen. Damit konnten die Krankenkassen das Projekt auch mit einer Anschubfinanzierung fördern. Durch die bis ins Jahr 2015 laufenden Versorgungsverträge fungiert die *Gesundes Kinzigtal GmbH* als Managementgesellschaft nach § 140b SGB V.

Eine Besonderheit der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal (IVGK)* besteht in deren Evaluation: Der *Gesundes Kinzigtal GmbH* und den beiden Krankenkassen war es ein Anliegen, das Versorgungsprojekt durch unabhängige wissenschaftliche Institute umfassend evaluieren zu lassen. Zudem wurde beschlossen, eigens für die Koordinierung der Evaluation eine Koordinierungsstelle zu schaffen: Es entstand die EKIV.

Mittlerweile liegen die Zwischenberichte erster Evaluationsprojekte vor, und in den kommenden Monaten des Jahres 2009 werden weitere folgen. Der vierteljährlich erscheinende *EKIV-Newsletter* möchte die Fachöffentlichkeit in erster Linie über wichtige Ergebnisse bzw. Zwischenergebnisse der Evaluation der IVGK informieren. Darüber hinaus soll nach und nach auch die Evaluation anderer integrierter Versorgungsprojekte thematisiert werden – insbesondere die Evaluation von Populationsmodellen. In diesem Zusammenhang kann es auch von Interesse sein, allgemeine methodologische Fragen der Evaluation komplexer Interventionen – wie es integrierte Versorgungsprojekte sind – zu erörtern.

In dieser ersten Ausgabe des *EKIV-Newsletter* finden Sie einen kurzen Zwischenbericht über eines der ersten IVGK-Evaluationsprojekte: das Projekt zur „Ermittlung der Einstellungen der Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared-Decision-Making (SDM)“. Im Rahmen dieses Projekts wurden bislang zwei Datenerhebungen im Abstand von einem Jahr durchgeführt (T0- und T1-Erhebung). Das Projekt wird von Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Universitätsklinikum Freiburg) geleitet. Ein weiteres Thema in dieser Ausgabe des *EKIV-Newsletter* bildet eine Analyse des IVGK im Hinblick auf einen wichtigen soziologischen Aspekt: Wie gelingt es der *Gesundes Kinzigtal GmbH*, bei der Einschreibung von Versicherten in die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal* eine Risikoselektion zu vermeiden? Diese Frage ist von hoher Relevanz, denn in anderen Ländern wie z.B. der Schweiz oder den USA leidet bis heute der Ruf von Managementgesellschaften, die integrierte Versorgungslösungen eingerichtet haben: Sie verhielten sich nämlich ausgeprägt risikoselektiv, d.h. sie konzentrierten sich auf die Einschreibung vorwiegend junger und relativ gesunder Patienten – so genannter „guter Risiken“.

Ein letzter Hinweis in eigener Sache: Schauen Sie doch gelegentlich auch einmal auf die Homepage der EKIV (<http://www.ekiv.org>). Sie hält Informationen rund um die Evaluation der IVGK bereit. Und nun wünschen wir Ihnen eine interessante und anregende Lektüre.

Herzliche Grüße,
Achim Siegel & Ulrich Stößel

¹ Hermann C., Hildebrandt H., Richter-Reichhelm M., Schwartz F.W. & Witzenrath W. (2006): Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 5-6, S. 11-29, hier S. 12.

Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*:

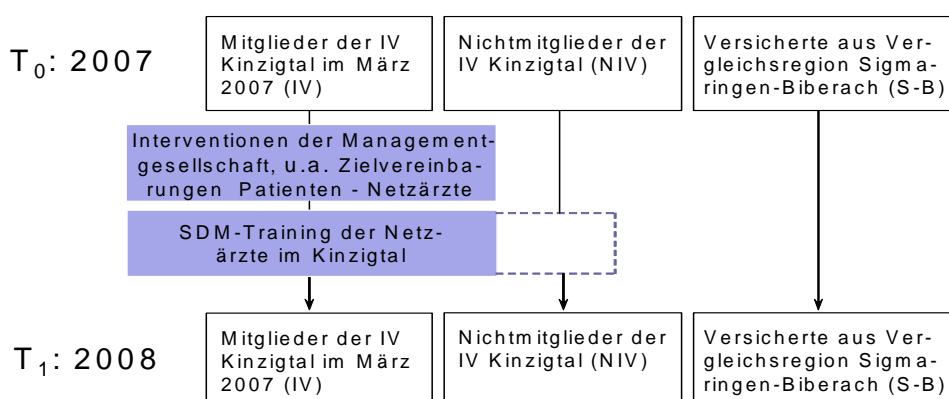
T0- und T1-Erhebung zur Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared-Decision-Making (SDM)

Hauptziel der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) in finanzieller Hinsicht ist eine ökonomisch günstigere Gesundheitsversorgung als die derzeitige Regelversorgung. Dieses Ziel soll aber gerade *nicht* auf Kosten der Versorgungsqualität erreicht werden, also gerade *nicht* durch Unter- oder Fehlversorgung. Dafür wurden verschiedene Vorkehrungen getroffen. Zum einen enthält bereits der Versorgungsvertrag zwischen Managementgesellschaft und Krankenkassen Elemente, die eine Unterversorgung bzw. das Aufschieben medizinisch notwendiger Leistungen von vornherein ausschließen, zumindest aber unwahrscheinlich machen (siehe den Artikel „Umgekehrte Risikoselektion“ in dieser Ausgabe des *EKIV-Newsletter*). Zum anderen wurde eine umfassende Evaluation der Versorgungsqualität durch unabhängige wissenschaftliche Institute in Auftrag gegeben. Die Evaluation ist in mehrere Module gegliedert; durchgeführt werden die einzelnen Evaluationsprojekte von verschiedenen, auf dem jeweiligen Themengebiet spezialisierten Forschungsinstituten. Koordiniert wird die gesamte Evaluation von der *Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung (EKIV)* an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Im Folgenden berichten wir über Zwischenergebnisse eines ersten Evaluationsmoduls, mit dem über eine Laufzeit von mehreren Jahren die Einstellung der Versicherten im Kinzigtal zum Shared-Decision-Making (SDM) und zur Versorgungsqualität ermittelt wird.

Das Evaluationsprojekt zur Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared-Decision-Making (SDM) – Studiendesign

Dieses Projekt – abgekürzt *SDM-Projekt* genannt – wird geleitet von Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Uniklinik Hamburg-Eppendorf und Uniklinik Freiburg). Prof. Härter und sein Mitarbeitersteam an der Sektion Epidemiologie und Versorgungsforschung der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg sind Experten u. a. für das Thema „Beteiligung von Patienten bei therapeutischen Entscheidungen“.

Abb. 1: SDM-Projekt – Design der Versichertenbefragung



Das Projekt folgt dem Design einer kontrollierten Längsschnittstudie; dabei werden drei Kohorten mittels eines standardisierten Fragebogens befragt (Abb. 1).

Eine erste Kohorte besteht aus Versicherten der AOK Baden-Württemberg sowie der LKK Baden-Württemberg, die ihren Wohnsitz im Kinzigtal haben und sich bis März 2007 in die IVGK einge-

schrieben hatten (Kohorte IV). Aus Gründen der statistischen Power wurde die Kohorte IV in Form einer Totalerhebung einbezogen (1.204 Versicherte). Für die beiden Vergleichsgruppen wurden jeweils Stichproben gezogen. Eine erste Vergleichskohorte wird von 2.765 Versicherten der AOK und LKK gebildet, die ebenfalls im Kinzigtal wohnen, aber bis März 2007 nicht in die IVGK eingeschrieben waren (Kohorte NIV). Die zweite Vergleichskohorte besteht aus 2.765 AOK- und LKK-Versicherten aus einer anderen Region innerhalb Baden-Württembergs, die hinsichtlich ihrer Wirtschafts- und Versorgungsstruktur dem Kinzigtal ähnlich ist, in der es aber keine der IVGK vergleichbare Intervention gibt. Hierfür wurde die Region um Sigmaringen und Biberach (mit Ausnahme von Biberach-Stadt) ausgewählt (Kohorte S-B). Die beiden Vergleichsstichproben wurden in Bezug auf die Kohorte IV stratifiziert (geschichtet), d.h. die Probanden der Kohorten NIV und S-B sind hinsichtlich wichtiger prognostischer Variablen (Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, GKV-Kosten im zurückliegenden Kalenderjahr) den Probanden der Kohorte IV vergleichbar. Zum Zweck der Stichprobenziehung und Stratifizierung wurden der durchführenden Forschungsgruppe von der AOK Baden-Württemberg und der LKK Baden-Württemberg Datensätze zur Verfügung gestellt, welche die pseudonymisierten Daten der Versicherten der betreffenden Gebiete enthielten. Die Kohorte IV unterscheidet sich von den beiden Vergleichskohorten primär dadurch, dass die Interventionen der IV-Managementgesellschaft sich direkt auf die eingeschriebenen Versicherten auswirken: So ist mit einer Einschreibung z.B. der Abschluss von Zielvereinbarungen der Versicherten mit ihren Vertrauensärzten verbunden, was u. a. die Eigenverantwortung der Patienten für ihre Gesundheit stärken soll. Darüber hinaus nehmen die Netzärzte im Kinzigtal – die ca. 60% aller niedergelassenen Ärzte in der Region stellen – an themenbezogenen Weiterbildungsmaßnahmen teil, die eine stärkere Patienteneinbindung bezwecken. So nahmen etwa drei Viertel der Netzärzte zu Beginn des Jahres 2008 an einer Schulung teil, die auf eine stärkere Entscheidungsbeteiligung der Patienten (shared-decision making) zielte. Da die Netzärzte im Kinzigtal aber nicht ausschließlich eingeschriebene, sondern auch nicht-ingeschriebene Patienten behandeln, muss davon ausgegangen werden, dass die Effekte solcher Schulungen sich nicht nur auf die eingeschriebenen, sondern auch auf manche der nicht-ingeschriebenen Patienten im Kinzigtal auswirken (dies wird durch die gestrichelte Linie in Abb. 1 illustriert).

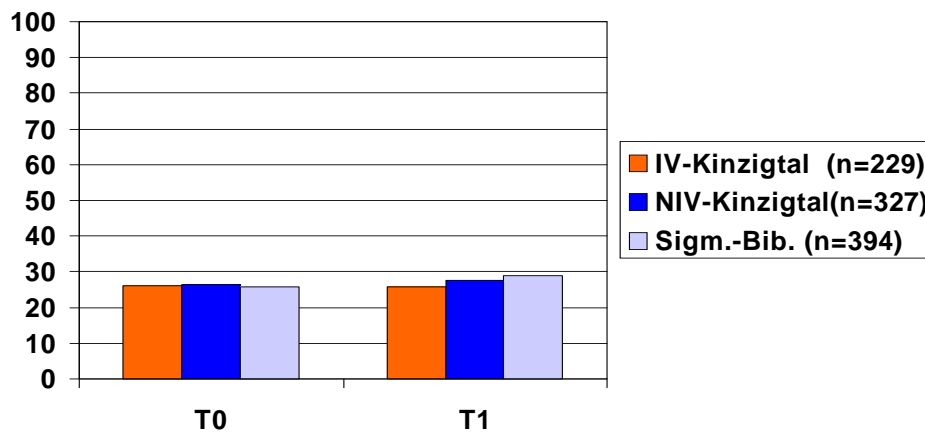
Die wichtigsten Ergebnisse der ersten beiden Befragungswellen (T0- und T1-Erhebung)²

Die erste Befragung (T0-Erhebung) in den drei Gruppen fand im Juli/August 2007 statt, die zweite Befragung (T1-Erhebung) im Juli/August 2008. Angeschrieben wurden im Juli/August 2007 insgesamt 6.542 Versicherte. Der Rücklauf bei der T0-Erhebung betrug mit 2.450 Fragebögen 37%; davon waren 2.351 Fragebögen auswertbar (d.h. mehr als 30% der Items waren ausgefüllt). Dabei waren die Probanden der drei Kohorten nicht nur hinsichtlich soziodemographischer Variablen sehr gut vergleichbar (Alter, Geschlechterverteilung, höchster Schulabschluss, Versichertenstatus, GKV-Ausgaben pro Person); auch im Hinblick auf die Zielvariablen unterschieden sich die drei Gruppen kaum voneinander. So gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich folgender Variablen: körperliche und psychische Lebensqualität, Bedürfnis nach Beteiligung an therapeutischen Entscheidungen, Bedürfnis nach Informationen im medizinischen Entscheidungsprozess, erlebte Entscheidungsbeteiligung sowie Entscheidungskonfidenz (d.h. Sicherheit, dass eine Therapieentscheidung nach Abwägung aller Alternativen und verfügbarer Informationen „richtig“ getroffen wurde). Lediglich die Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung war in der Kohorte IV geringfügig höher als in den beiden anderen Gruppen (Durchschnittswert Gruppe IV: 81,7 auf einer Skala mit Werten zwischen 0 und 100; Durchschnittswert Gruppe NIV: 79,3; Durchschnittswert Gruppe S-B: 79,1); dieser geringe Unterschied ist jedoch praktisch nicht relevant.

² Die Ergebnisse sind folgenden Projektberichten entnommen: Härter M. et al. (2008): T0-Erhebung zur Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared-Decision-Making (Projektbericht, uv. Ms.); Härter M. et al. (2009): T1-Erhebung zur Ermittlung der Effekte des Projektes „Gesundes Kinzigtal“ und einer Ärzteschulung in Partizipativer Entscheidungsfindung (Projektbericht, uv. Ms.).

Im Juli/August 2008 wurden die Responder der T0-Erhebung erneut befragt (T1-Erhebung). Der Rücklauf betrug rund 64% (n=1.407, davon waren 1.385 Fragebögen auswertbar). Wie bereits bei der T0-Erhebung war der Rücklauf auch bei der T1-Erhebung in der Kohorte IV mit 68,5% etwas höher als in den beiden Vergleichsgruppen (NIV: 61,3%, S-B: 62,1%). Die folgenden Ergebnisdarstellungen in den Zielvariablen beziehen sich auf die Antworten von insgesamt 1.129 Probanden, von denen sowohl für die T0-Erhebung als auch für die T1-Erhebung auswertbare Fragebögen vorliegen und die in den letzten sechs Monaten vor der T1-Erhebung mindestens einmal einen Arzt aufsuchten.

Abb. 2: Beteiligungspräferenz der Patienten
(Erhebungsinstrument: API; Wertebereich 0 – 100)



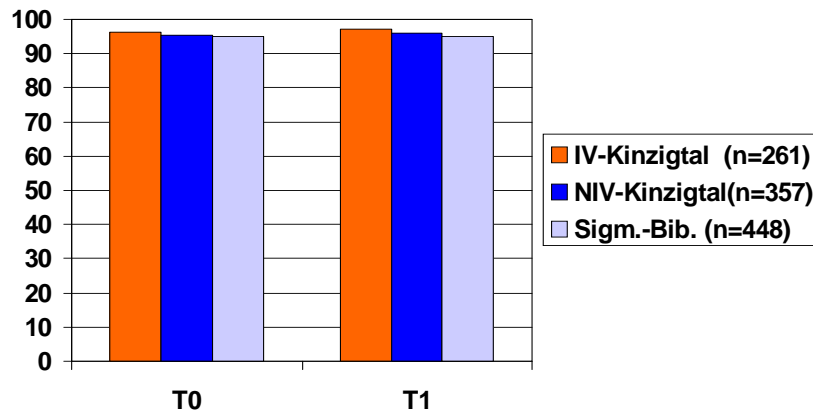
Das Bedürfnis der Versicherten, an therapeutischen Entscheidungen beteiligt zu werden (Beteiligungspräferenz), wurde mit dem Erhebungsinstrument *Autonomie-Präferenz-Index* (API) gemessen (Abb. 2). Die Werte der Beteiligungspräferenz unterscheiden sich weder zwischen den drei Gruppen noch zwischen den beiden Befragungszeitpunkten signifikant. Auch die geringfügigen Unterschiede, die es zwischen den Entwicklungsverläufen der drei Gruppen gibt – so steigt der Durchschnittswert für die Beteiligungspräferenz in der Kohorte S-B im Zeitverlauf leicht an, während der Durchschnittswert in der Kohorte IV nahezu konstant bleibt³, – sind nicht signifikant. Die in den drei Kohorten gemessenen Durchschnittswerte liegen sowohl bei der T0- als auch bei der T1-Erhebung auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. (Die bisher in deutschen Stichproben gemessenen Werte liegen üblicherweise auf einem Niveau zwischen 30 und 50 Indexpunkten.) Das kann in erster Linie mit dem relativ hohen Durchschnittsalter (64 Jahre) und dem unterdurchschnittlichen formalen Bildungsniveau der drei Untersuchungsgruppen erklärt werden: Erfahrungsgemäß ist die Beteiligungspräferenz umso höher, je höher das formale Bildungsniveau der Befragten und je geringer das Durchschnittsalter einer Stichprobe ist. Dementsprechend war in den drei hier untersuchten Kohorten die Beteiligungspräferenz bei jungen Probanden mit höherem Bildungsniveau tatsächlich auch am höchsten.

Das *Informationsbedürfnis* der drei Teilkohorten (Abb. 3) ist als vergleichsweise hoch einzustufen. Unabhängig vom Messzeitpunkt ist das Informationsbedürfnis in der Kohorte IV am größten (signifikanter Gruppeneffekt). Obwohl dieser Unterschied statistisch signifikant ist, ist er gleichwohl sehr gering: Der größte Unterschied zwischen Kohorte IV und Kohorte S-B beträgt lediglich 2 Indexpunkte.

³ Derartige Effekte werden in der Statistik als Interaktionseffekte (hier: Interaktionseffekt Zeit x Gruppe) bezeichnet.

Abb. 3: Informationsbedürfnis der Patienten

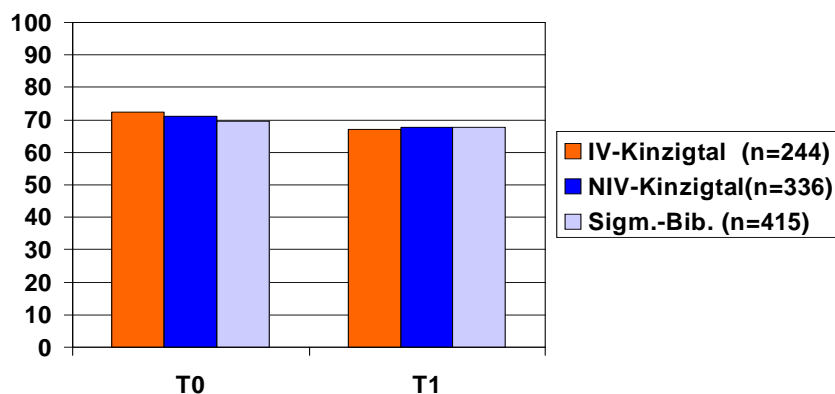
(Erhebungsinstrument: API; Wertebereich 0 – 100)



Die von den befragten Patienten erlebte Beteiligung wurde mit dem *Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung* (PEF-FB) gemessen (Abb. 4). Die erlebte Beteiligung war in allen drei Kohorten zum zweiten Messzeitpunkt geringfügig niedriger als beim ersten Messzeitpunkt – dieser Effekt war signifikant. Die Unterschiede zwischen den drei Kohorten – wie auch die geringfügigen Unterschiede im Entwicklungsverlauf der drei Gruppen (Interaktionseffekt Zeit x Gruppe) – erwiesen sich als nicht signifikant.

Abb. 4: erlebte Beteiligung der Patienten

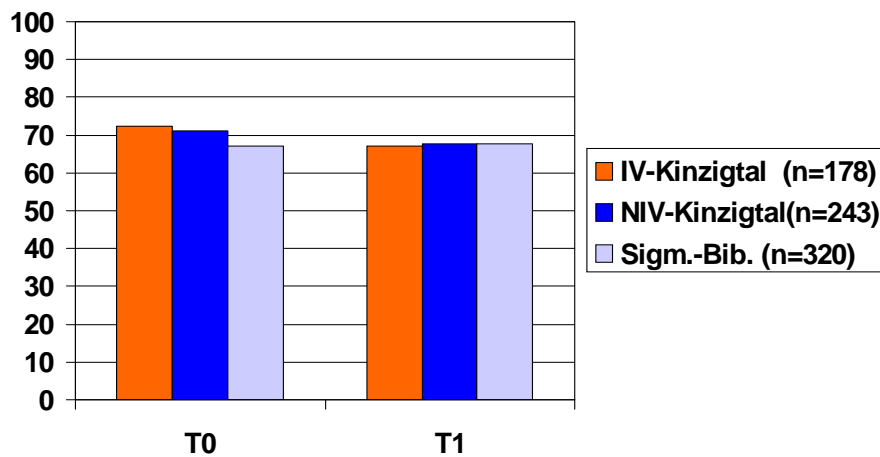
(Erhebungsinstrument: PEF-FB-R; Wertebereich 0 – 100)



Die Entscheidungskonfidenz, d.h. der Grad an Sicherheit der Patienten, dass nach reiflicher Überlegung und Abwägung der verfügbaren Informationen und Behandlungsalternativen die „richtige“ Therapieentscheidung getroffen wurde, wurde mithilfe der *Decisional Conflict Scale* (DCS) ermittelt (Abb. 5). Mithilfe der Entscheidungskonfidenz lässt sich relativ gut vorhersagen, wie wahrscheinlich die Umsetzung einer Therapieentscheidung durch den Patienten ist. Die Durchschnittswerte lassen in allen drei Gruppen eine relativ hohe Entscheidungskonfidenz erkennen. Die Werte der drei Kohorten liegen bislang auf einem vergleichbaren Niveau – es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen

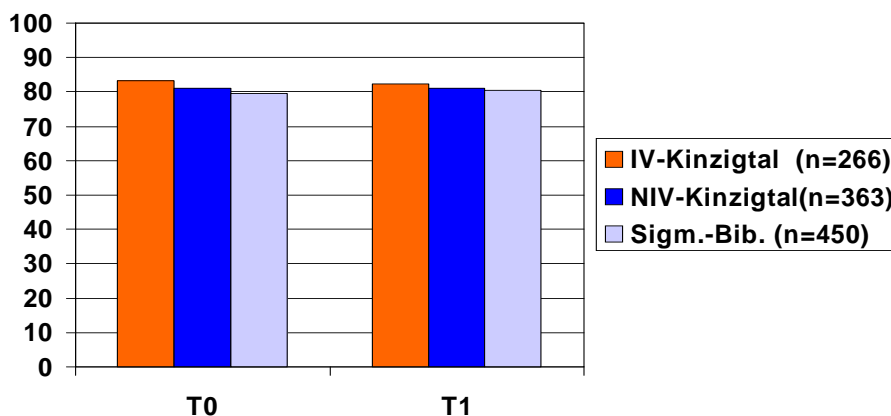
den Gruppen oder zwischen den beiden Messzeitpunkten oder zwischen den Entwicklungsverläufen der drei Gruppen (Interaktionseffekt Zeit x Gruppe).

Abb. 5: Entscheidungskonfidenz
(Erhebungsinstrument: DCS; Wertebereich 0 – 100)



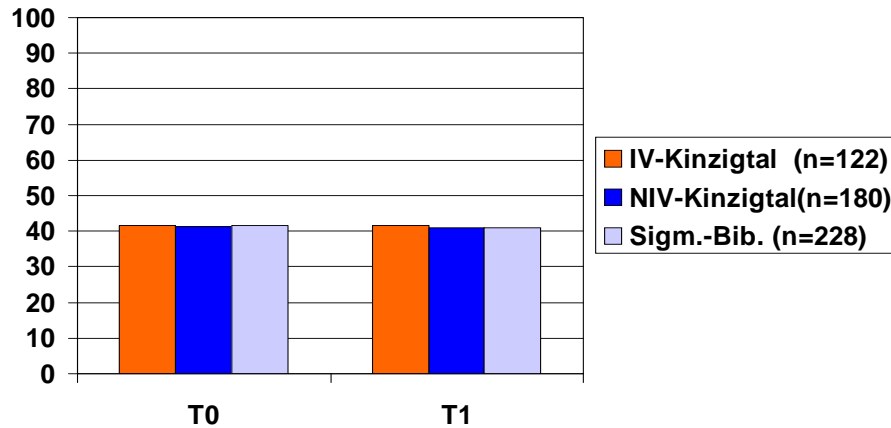
Die Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung (Abb. 6) wurde mit dem Fragebogen *Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung* (ZAV) gemessen, einer Kurzform des *ZAP-Fragebogens*. Die ermittelten Werte können als relativ hoch angesehen werden; signifikante Unterschiede gibt es hier weder zwischen den einzelnen Gruppen noch zwischen den Messzeitpunkten noch zwischen den Entwicklungsverläufen der drei Gruppen.

Abb. 6: Zufriedenheit mit der hausärztl. Versorgung
(Erhebungsinstrument: ZAV; Wertebereich 0 – 100)



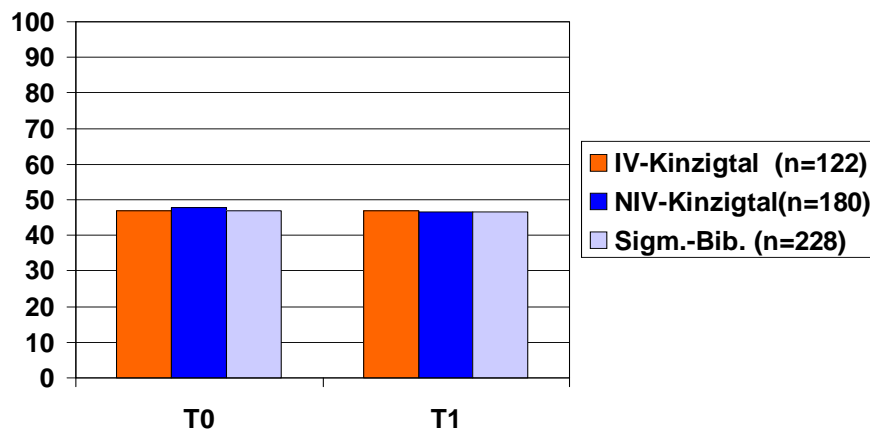
Die körperliche und die psychische Dimension der Lebensqualität wurden mithilfe des weit verbreiteten *SF-12-Fragebogens* gemessen, einer sehr gebräuchlichen Kurzform des *SF-36-Fragebogens* (Abb. 7 und Abb. 8). Auch hier konnten weder zwischen den einzelnen Kohorten noch zwischen den beiden Messzeitpunkten noch den Entwicklungsverläufen der Kohorten signifikante Unterschiede gefunden werden.

Abb. 7: körperliche Lebensqualität
(Erhebungsinstrument: SF-12; Wertebereich 0 – 100)



Dabei lagen die Durchschnittswerte für die körperliche Lebensqualität (Abb. 7) in den drei untersuchten Kohorten geringfügig unter dem Durchschnitt der 61-70Jährigen in der deutschen Allgemeinbevölkerung (dort liegt der Durchschnittswert bei 44,8 Indexpunkten).

Abb. 8: psychische Lebensqualität
(Erhebungsinstrument: SF-12; Wertebereich 0 – 100)



Die Durchschnittswerte für die psychische Lebensqualität (Abb. 8) lagen in den drei baden-württembergischen Kohorten deutlich unter dem Durchschnittswert der 61-70jährigen deutschen Allgemeinbevölkerung (53,2 Indexpunkte).

Diskussion der Ergebnisse und Zwischenresümee

Sowohl die T0- als auch die T1-Erhebung haben einen guten bis zufrieden stellenden Rücklauf erbracht, so dass für die noch geplanten Erhebungswellen (T2- und T3-Erhebung) in methodischer Hinsicht eine gute Ausgangsbasis geschaffen wurde. Die Stratifizierung der beiden Vergleichsstich-

proben (Kohorte NIV und Kohorte S-B) führte zu annähernd gleichen Verteilungen der prognostisch wichtigen Variablen *Lebensalter, Frauenanteil bzw. Männeranteil, Versichertenstatus* und *GKV-Ausgaben im zurückliegenden Kalenderjahr* in den drei Gruppen. Zudem förderte eine Drop-Out-Analyse keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Kohorten zutage, so dass bislang keine statistischen Korrekturen von Drittvariablen nötig waren.

Auch die Werte der oben referierten Zielvariablen (Abb. 2 bis Abb. 8) lagen in den drei Gruppen und zu den beiden bisherigen Messzeitpunkten weitgehend auf vergleichbaren Niveaus. Ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen konnte lediglich im Hinblick auf die Zielvariable *Informationsbedürfnis* (Abb. 3) gefunden werden: Hier waren die Werte in der Kohorte IV signifikant höher. Allerdings war dieser Unterschied unabhängig vom Messzeitpunkt, so dass dieses Ergebnis nicht auf die Intervention in Kohorte IV zurückgeführt werden kann.

Bei Planung der Erhebung ging die Forschungsgruppe um Prof. Härter davon aus, dass sich durch das Projekt der IVGK und durch Ärzteschulungen (vgl. Abb. 1) Interventionseffekte zeigen könnten, wobei freilich offen bleiben musste, wann diese eintreten würden. Nach der ersten Folgerhebung (T1-Erhebung) ließen sich – wie gezeigt – bei den Zielvariablen noch keine Interventionseffekte nachweisen. Dies kann mehrere Gründe haben: Erstens könnte es sein, dass sich der erwartete Einstellungswandel bei Patienten generell – und so auch bei den IVGK-Mitgliedern – nur sehr langsam entwickelt, so dass sich Interventionseffekte höchstens in langfristiger Perspektive zeigen. Zweitens ist denkbar, dass die in der IVGK angekündigte verstärkte Patientenbeteiligung zu schnell steigenden Erwartungen auf Seiten der IVGK-Mitglieder geführt hat, welche in der Realität nicht gleichermaßen rasch erfüllt werden konnten, weswegen sich per Saldo bislang keine Interventionseffekte (weder „positiver“ noch „negativer“ Art) zeigten. Drittens könnten bestimmte soziodemographische Merkmale der drei Untersuchungskohorten (relativ hohes Durchschnittsalter, unterdurchschnittliches formales Bildungsniveau) mit einer generell geringeren „Sensitivität“ derartiger Probandengruppen gegenüber Bemühungen um eine stärkere Patientenbeteiligung einhergehen, so dass die „eigentlich“ zu erwartenden Verhaltens- und Einstellungsänderungen von vornherein mehr Zeit in Anspruch nähmen. Diese drei – hier nur skizzierten – Erklärungsmuster schließen einander nicht notwendig aus, sondern können vielmehr als komplementäre Wirkmechanismen gesehen werden.

Der bisher fehlende statistische Beleg für Interventionseffekte zeigt jedoch im Umkehrschluss auch, dass im Hinblick auf das Thema Patientenaktivierung, Patientenbeteiligung und Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung keinesfalls von „negativ“ zu bewertenden Effekten der IVGK ausgegangen werden muss. Ob die ursprünglich erwarteten „positiven“ Interventionseffekte mittelfristig – d.h. in den nächsten beiden Jahren – bereits eintreten, werden die nächsten beiden Erhebungen zeigen, die 2009 und 2010 stattfinden.

Achim Siegel, Ulrich Stöbel

Umgekehrte Risikoselektion in der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* – Sozialstruktur und GKV-Kosten von eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten im Zeitverlauf

Die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) in Südbaden ist eines der wenigen integrierten Vollversorgungssysteme in Deutschland. Bei einem integrierten Vollversorgungssystem oder – synonym – einer populationsbezogenen Integrierten Versorgung umgreift die Integration alle oder fast alle Indikationen, d.h. die in der Normalversorgung übliche Sektorentrennung ist in Hinsicht auf Finanzierung und operative Steuerung aufgehoben. Bei einer indikationsbezogenen Integrationsversorgung hingegen bezieht sich die Integration nur auf eine oder einige wenige Indikationen – wie z.B. auf das Gebiet der Hüft- oder Kniegelenksendoprothetik oder auf herzchirurgische Interventionen und anschließende Rehabilitationsbehandlungen.

Die am längsten erprobten Vorbilder populationsbezogener Modelle gibt es in Gestalt des US-amerikanischen und schweizerischen Managed Care.⁴ Diese Systeme haben tendenziell dazu geführt, dass die Versorgungskosten pro Versichertem im Vergleich zur Normalversorgung gesenkt werden konnten. Allerdings scheinen derartige Systeme auch einen deutlichen Nachteil zu haben: Die dort üblicherweise praktizierten Finanzierungs- und Vergütungssysteme können im Kontext eines intensiven Wettbewerbs der Krankenversicherer und der Versorgungseinrichtungen problematische Auswirkungen haben: Zum einen wird eine Risikoselektion durch die im Wettbewerb stehenden Krankenversicherer und der von ihnen beauftragten Versorger begünstigt, sofern zwischen den Versicherern kein funktionstüchtiger morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich institutionalisiert ist. Zum anderen entstehen für die Leistungserbringer Anreize, die eine Unterversorgung zur Folge haben können, sofern die Versorgung durch Kopfpauschalen (capitation) vergütet wird.⁵

Die Gründer und Vertragspartner des integrierten Versorgungssystems „Gesundes Kinzigtal“ haben sich hingegen zum Ziel gesetzt, Risikoselektion und Unterversorgung zu vermeiden. Das Hauptziel in finanzieller Hinsicht bleibt gleichwohl eine im Vergleich zur Normalversorgung ökonomisch günstigere Gesundheitsversorgung bei zumindest gleich bleibender Versorgungsqualität. Im Folgenden wird skizziert, mit welchen Mechanismen die Organisatoren eine Risikoselektion und Unterversorgung vermeiden wollen und inwieweit dies bisher gelungen ist. Dazu werden ausgewählte pseudonymisierte Daten der Kinzigtal-Versicherten präsentiert.

Vertragliche und ökonomische Rahmenbedingungen zur Vermeidung von Risikoselektion und Unterversorgung in der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*

Im Einzugsgebiet der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* leben etwa 60.000 Menschen, davon sind gut die Hälfte – etwa 32.000 – bei der AOK oder der LKK krankenversichert. Die Versicherten haben seit 2006 die Gelegenheit, sich in das integrierte Versorgungssystem einzuschreiben.

Der Versorgungsvertrag zwischen der Managementgesellschaft *Gesundes Kinzigtal GmbH* und den beiden Krankenkassen läuft bis ins Jahr 2015. Die *Gesundes Kinzigtal GmbH* organisiert die

⁴ Preuß K.-J., Rübiger J., Sommer J.H. (Hrsg.) (2002): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA. Stuttgart; Berchtold P., Hess, K. (2006): Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Neuchatel; Jakobs K., Schulze S. (2006): Managed Care und integrierte Versorgung in den USA – Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland. In: Klauber J., Robra B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart, S. 81-97.

⁵ Vgl. Ellis R.P. (1998): Creaming, Skimping, and Dumping: Provider Competition on the Intensive and Extensive Margins. In: Journal of Health Economics 17: 537-555; Dalzell M. (2002): Has Capitation Weathered the Storm? In: Managed Care, July 2002: 18-26; Jakobs, Schulze a.a.O; Heinrich S., König H.H. (2006): Vergütungssysteme in der integrierten Versorgung – Auswahlkriterien, Kalkulation und Einsatzmöglichkeiten. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 1-2. Auf Jahresbasis neu verhandelte Vergütungen wiederum fördern eine Tendenz zur allgemeinen und rigorosen Preisminimierung ohne Rücksicht auf die langfristige Wirtschaftlichkeit quer über die Sektoren hinweg (vgl. Porter M.E., Teisberg E. (2006): Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. Boston).

Gesundheitsversorgung für sämtliche Indikationen mit Ausnahme des zahnmedizinischen Bereichs. Die finanziellen Ergebnisse des Vertrags werden in Form eines Einsparcontractings ermittelt; die Referenzgröße sind die bundesdeutschen RSA-Normkosten pro Versichertem zuzüglich eines Abschlags zur Berücksichtigung des ländlichen Charakters der Region Kinzigtal. Das primäre finanzielle Ziel der Gesundes Kinzigtal GmbH ist also, vereinfacht ausgedrückt, eine ökonomisch günstigere Gesundheitsversorgung im Kinzigtal als in der Regelversorgung. Dies soll erreicht werden durch

- (a) eine bessere Schnittstellenorganisation innerhalb und zwischen den Versorgungssektoren,
- (b) eine Verringerung der Morbidität vor allem bei chronischen Krankheiten,
- (c) günstigere Konditionen beim Einkauf externer Produkte (z.B. Medikamente).

Sofern das Einsparcontracting zu einer positiven Bilanz führt, werden die Ergebnisse zu vorab vereinbarten Anteilen zwischen Krankenkassen und Managementgesellschaft geteilt (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Schema des Einsparcontracting-Vertrags



Welche Mechanismen sollen verhindern, dass es angesichts der ökonomischen Interessen der Managementgesellschaft zu einer Risikoselektion kommt und dass medizinisch notwendige Leistungen aufgeschoben oder gar vorenthalten werden (weil dies eventuell zu Einsparungen führen könnte)?

- (1) Die Einschreibung in das System der integrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig; ein Austritt ist zum Ende eines Quartals möglich. Eingeschriebene Patienten erhalten kostenlose Zusatzleistungen (Gesundheitschecks; Präventionsleistungen etc.); im Übrigen gibt es für die AOK-Versicherten keinerlei finanzielle Anreize für eine Einschreibung.
- (2) Die freie Arzt- und Krankenhauswahl bleibt für alle Versicherten erhalten. Da die mit der IVGK kooperierenden niedergelassenen Ärzte nur einen Anteil von ca. 60% aller niedergelassenen Ärzte im Kinzigtal ausmachen, haben die Versicherten weiterhin die uneingeschränkte Wahl zwischen Integrierter Versorgung und Regelversorgung.

Bereits diese beiden Regelungen führen dazu, dass die Managementgesellschaft die Versicherten einzig mit einer höheren Versorgungsqualität für eine Einschreibung gewinnen kann; hingegen wäre eine Strategie, Kosteneinsparungen durch Unterversorgung zu erzielen, sinnlos, denn die eingeschrie-

benen Versicherten würden in diesem Fall wieder aus der Integrierten Versorgung austreten oder aber sich die „vorenthaltenen“ Leistungen in späteren Perioden wieder „zurückholen“.

- (3) Die Messlatte, d.h. die entscheidende Variable für den finanziellen Erfolg sind nicht die Durchschnittskosten der *Eingeschriebenen*, sondern die Durchschnittskosten *aller* AOK- und LKK-Versicherten im Einzugsgebiet (relativ zur Referenzgröße).

Diese letzte Regelung sollte zusammen mit den beiden bereits genannten theoretisch zu einer *umgekehrten Risikoselektion* führen, und zwar aus folgendem Grund: Da die Kosten *aller* Versicherten im Kinzigtal der entscheidende Erfolgsindikator sind und nicht die Kosten einer irgendwie bevorzugt auswählbaren Klientel, hat die Managementgesellschaft den Anreiz, unter *der gegebenen Gesamtheit* der Versicherten möglichst viel an Kosten einzusparen. Die Effizienzerhöhungspotentiale – und damit Einsparmöglichkeiten per Saldo – sind nämlich in der Regel bei denjenigen Versicherten am größten, die die höchsten Ausgaben verursachen bzw. voraussichtlich verursachen werden. Bei denjenigen Versicherten hingegen, die keine oder kaum Kosten verursachen, kann auch wenig oder gar nichts eingespart werden. Letztere sind also für die Managementgesellschaft relativ „uninteressant“, d.h. sie sind gerade *nicht* die bevorzugten Klienten des integrierten Versorgungssystems.

Soziodemographie und GKV-Ausgaben der eingeschriebenen Mitglieder der IVGK – eine *umgekehrte* Risikoselektion

Wenn diese Mechanismen zur Vermeidung einer Risikoselektion wirksam sind, müsste sich das an der Verteilung bestimmter soziodemographischer und ökonomischer Variablen bei eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten zeigen lassen. Alle folgenden Angaben basieren auf den pseudonymisierten Daten der AOK-Versicherten im Kinzigtal; der Einschreibestatus bezieht sich dabei stets auf den Stand vom Dezember 2008.

Abb. 2: Altersverteilung bei Versicherten im Kinzigtal (nur AOK-Versicherte)

Nicht-Eingeschriebene:
Mittel: 42,95 J. (n=25.522)

Eingeschriebene:
Mittel: 53,66 J. (n=3.589)

Alter 2007		Mittelwerte	42,95
Ausprägung	Prozentuale Werte		
bis 5 Jahre	3,39		
bis 10 Jahre	5,17		
bis 15 Jahre	6,07		
bis 20 Jahre	6,82		
bis 25 Jahre	6,43		
bis 30 Jahre	5,58		
bis 35 Jahre	5,00		
bis 40 Jahre	6,69		
bis 45 Jahre	8,08		
bis 50 Jahre	7,30		
bis 55 Jahre	6,45		
bis 60 Jahre	5,49		
bis 65 Jahre	3,99		
bis 70 Jahre	6,10		
bis 75 Jahre	5,87		
bis 80 Jahre	4,52		
bis 85 Jahre	3,58		
bis 90 Jahre	2,19		
bis 95 Jahre	0,87		
bis 100 Jahre	0,36		
100 und älter	0,05		
unbekannt	0,00		

Alter 2007		Mittelwerte	53,66
Ausprägung	Prozentuale Werte		
bis 5 Jahre	2,38		
bis 10 Jahre	3,60		
bis 15 Jahre	2,41		
bis 20 Jahre	2,64		
bis 25 Jahre	2,80		
bis 30 Jahre	2,64		
bis 35 Jahre	2,64		
bis 40 Jahre	4,90		
bis 45 Jahre	7,15		
bis 50 Jahre	7,51		
bis 55 Jahre	6,48		
bis 60 Jahre	8,27		
bis 65 Jahre	6,09		
bis 70 Jahre	10,68		
bis 75 Jahre	10,81		
bis 80 Jahre	9,61		
bis 85 Jahre	5,99		
bis 90 Jahre	2,69		
bis 95 Jahre	0,60		
bis 100 Jahre	0,10		
100 und älter	0,00		
unbekannt	0,00		

Eine wichtige soziodemographische Variable ist in diesem Zusammenhang das Lebensalter (Abb. 2). Das Durchschnittsalter der Nicht-Eingeschriebenen beträgt 42,95 Jahre, das der Eingeschriebenen

53,66 Jahre. Bei der Altersverteilung in 5-Jahres-Intervallen (siehe Abb. 2) sind die Unterschiede in der Verteilung sogar mit dem bloßen Auge gut zu erkennen. Auch der Frauenanteil und vor allem der Anteil der Rentner sind unter den Eingeschriebenen deutlich höher als bei den Nicht-Eingeschriebenen (siehe Abb. 3). Bereits das höhere Durchschnittsalter und der höhere Rentneranteil unter den eingeschriebenen Versicherten lassen vermuten, dass der Einschreibestatus in der Tat eine „umgekehrte Risikoselektion“ widerspiegelt. Das wird bestätigt, wenn man nun zusätzlich noch die jährlichen GKV-Ausgaben pro Versichertem betrachtet (Abb. 3):

Abb. 3: Ausgewählte sozio-demographische Daten von Eingeschriebenen und Nicht-Eingeschriebenen im Vergleich (nur AOK-Versicherte; Einschreibestatus: Dezember 2008)

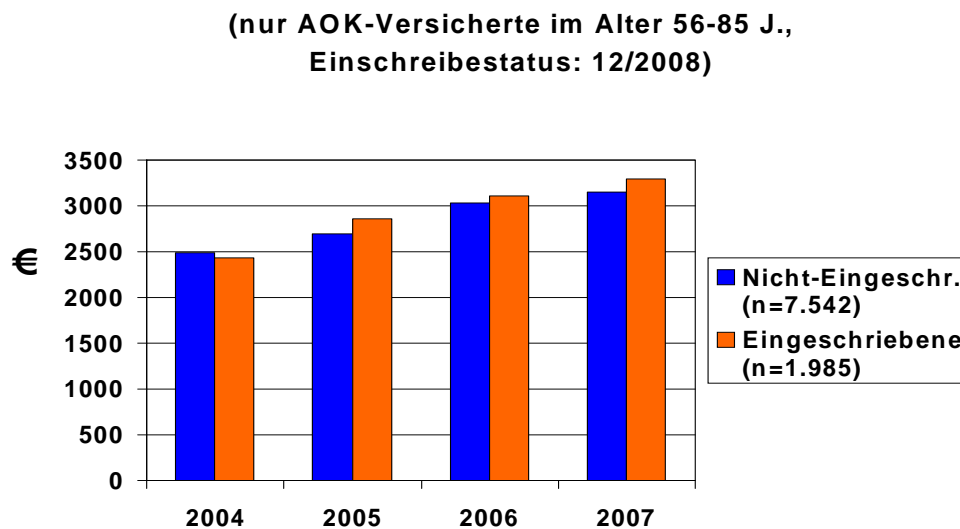
	Nicht-Eingeschriebene (n=25.522)	Eingeschriebene (n=3.859)
Frauenanteil	51,8%	55,8%
Anteil Rentner	26,0%	42,9%
GKV-Ausgaben pro Person 2007	1.705 €	2.508 €

Die GKV-Ausgaben sind mit durchschnittlich 2.508 € pro Person im Jahr 2007 in der Gruppe der Eingeschriebenen rund 800 € höher als bei den Nicht-Eingeschriebenen, wo pro Person nur 1.705 € ausgegeben wurden. Die eingeschriebenen Versicherten verursachen im Durchschnitt demnach fast 50% höhere GKV-Ausgaben pro Jahr als die nicht-ingeschriebenen Versicherten! Hier hat tatsächlich eine „umgekehrte Risikoselektion“ stattgefunden; das Kalkül der Träger des integrierten Versorgungsprojekts ist in dieser Hinsicht aufgegangen.

Sieht man sich darüber hinaus die Entwicklung der GKV-Ausgaben für vergleichbare Personengruppen von später Eingeschriebenen und Nicht-Eingeschriebenen im Zeitverlauf an, so gewinnt man zusätzlich Aufschluss über wichtige Aspekte der Dynamik der Rekrutierung und der Kostenentwicklung von eingeschriebenen bzw. sich einschreibenden Versicherten (Abb. 4):

Betrachten wir in Abb. 4 zunächst die GKV-Ausgaben pro Person in den Jahren 2005 bis 2007: In diesen Jahren liegen die Ausgaben für Eingeschriebene im Vergleich zu einer altersgleichen Gruppe von Nicht-Eingeschriebenen deutlich höher als die der Nicht-Eingeschriebenen. (Das Durchschnittsalter bei den Eingeschriebenen liegt in dieser Altersgruppe nurmehr 0,7 Jahre über dem Durchschnittsalter der Nicht-Eingeschriebenen.) Verfolgen wir nun die GKV-Ausgaben dieser beiden Personengruppen zurück in das Jahr 2004, so zeigt sich Folgendes: Der Ausgabenunterschied für die später (d.h. im Lauf der Jahre 2006-08) sich Einschreibenden entwickelt sich erst vom Jahr 2005 an. Noch im Jahr 2004 bewegen sich die GKV-Ausgaben pro Person für die beiden Gruppen auf demselben Niveau (bei sogar leicht höherem Niveau für die sich später nicht Einschreibenden!).

Abb. 4: GKV-Ausgaben pro Versichertem in den Jahren 2004 bis 2007



Dieser unterschiedliche Entwicklungsverlauf könnte damit zu erklären sein, dass die Neigung, sich einzuschreiben, der Tendenz nach eine Begleiterscheinung eines sich verschlechternden Gesundheitszustandes und also sich erhöhender GKV-Ausgaben für die betreffenden Personen ist. Das würde bedeuten: Personen, die das Versorgungssystem intensiver in Anspruch nehmen müssen und somit mehr GKV-Ausgaben verursachen, neigen eher zu einer Einschreibung als Personen, bei denen dies weniger der Fall ist.

Zusammenfassung

Als Fazit können wir festhalten: Es ist der Gesundes Kinzigtal GmbH und dem Ärztenetz im Kinzigtal bisher gut gelungen, vor allem ältere Versicherte und Rentner, d.h. so genannte „schlechtere Risiken“ zur Einschreibung zu motivieren. Dies spiegelt sich klar in den höheren jährlichen GKV-Ausgaben pro Versicherten in der Gruppe der Eingeschriebenen (im Vergleich zu den Nicht-Eingeschriebenen) wider. In der Tendenz und im Durchschnitt geht einer Einschreibung (in den Jahren 2006 bis Mitte 2008) eine überdurchschnittliche Erhöhung der GKV-Ausgaben pro Person voraus, wie sich anhand der GKV-Ausgaben pro Person von 2004 bis 2007 belegen lässt. Dies bestätigt, dass das Kalkül der Träger des integrierten Versorgungssystems, zunächst vor allem „schlechtere Risiken“ einzuschreiben und effektiver zu versorgen, aufgeht. Es bleibt abzuwarten, ob auch das finanzielle Hauptziel der Projektbetreiber erreichbar ist, neben Qualitätsverbesserungen auch eine ökonomisch günstigere Gesundheitsversorgung zu organisieren.

Achim Siegel, Ulrich Stößel