



# EKIV-Newsletter 1/2010

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](mailto:ekiv@medsoz.uni-freiburg.de)  
<http://www.ekiv.org>

## Unsere Themen:

- Editorial
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*:  
Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten, Teil I:  
Globale Kennziffern und Qualitätsindikatoren zu den Jahren 2004-07
- Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*
- Mitgliederentwicklung der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* –  
beträchtliches Wachstum auch im Jahr 2009

## Editorial

Bereits im EKIV-Newsletter Nr. 3/2009 berichteten wir erstmals über 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 PMVforschungsgruppe 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?

Seit ein paar Monaten liegen uns aus diesem Projekt neue Zwischenergebnisse vor. Diese beruhen auf den GKV-Routinedaten der beiden beteiligten Krankenkassen AOK Baden-Württemberg und LKK Baden-Württemberg aus den Jahren 2004-2007. Im Vergleich zu den im EKIV-Newsletter 3/2009 berichteten Ergebnissen enthalten die neuen Zwischenergebnisse nicht nur die Daten eines weiteren Jahres – nämlich des Jahres 2007. Darüber hinaus berücksichtigen die neuen Auswertungen nun auch die Daten der in diesen vier Jahren verstorbenen AOK- und LKK-Versicherten; dies war bei den im EKIV-Newsletter 3/2009 wiedergegebenen Auswertungen der Jahre 2004-06 noch nicht der Fall. Die Daten der Verstorbenen sind besonders im Hinblick auf die Inanspruchnahmedaten relevant, denn bei Versterbenden entstehen im letzten Jahr ihres Lebens – unabhängig vom Lebensalter – etwa doppelt so hohe Kosten wie bei gleichaltrigen Nicht-Versterbenden.<sup>1</sup> Zudem enthalten die neuen Zwischenergebnisse im Vergleich zum ersten Zwischenbericht auch eine wesentlich größere Zahl an indikationsspezifischen Kennziffern und Qualitätsindikatoren, mit denen die Versorgungsqualität im Kinzigtal und im übrigen Baden-Württemberg beschrieben wird. So enthält der neueste Bericht neben globalen – d.h. indikationsübergreifenden – Kennziffern auch Indikatoren zur Versorgung von Patienten mit

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

Wir beginnen mit dieser Ausgabe des EKIV-Newsletter, Ihnen einige Zwischenergebnisse dieses Projekts vorzustellen. Heute referieren wir Ihnen ausgewählte Ergebnisse zu globalen, indikationsübergreifenden Kennziffern und Qualitätsindikatoren. In den nächsten Ausgaben des EKIV-Newsletter konzentrieren wir uns dann auf indikationsspezifische Indikatoren und Kennziffern.

Auf Seite 12 dokumentieren wir wieder aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK), und abschließend – auf Seite 13 – sehen wir uns die Mitgliederentwicklung der IVGK im Jahr 2009 etwas genauer an.

Wie immer ist uns Ihr Feedback zu einzelnen Artikeln oder zum EKIV-Newsletter als Ganzem willkommen. Wir freuen uns nach wie vor auch über Themenvorschläge und Anregungen zu zukünftigen Ausgaben des EKIV-Newsletters. Ihre Email an uns ([info@ekiv.org](mailto:info@ekiv.org) oder [ekiv@medsoz.uni-freiburg.de](mailto:ekiv@medsoz.uni-freiburg.de)) beantworten wir gerne.

Herzliche Grüße,  
Achim Siegel & Ulrich Stößel

---

<sup>1</sup> Ihle P & Schubert I (2006): Schätzung der direkten Kosten der letzten Lebensperiode. In: Gesundheitswesen 68: A59.

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

### **Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten, Teil 1: Globale Kennziffern und Qualitätsindikatoren zu den Jahren 2004-2007**

Aus dem jüngsten Zwischenbericht der PMVforschungsgruppe wollen wir heute einige globale, d.h. nicht indikationsspezifische Kennziffern und Qualitätsindikatoren zu den Beobachtungsjahren 2004-2007 vorstellen. Wie bereits erwähnt, wird das Evaluationsprojekt von der PMVforschungsgruppe an der Universität zu Köln unter der Leitung von Frau Dr. Ingrid Schubert durchgeführt. Bevor wir Ihnen einzelne ausgewählte Ergebnisse vorstellen, fassen wir noch einmal Ziele und Studiendesign des Projekts zusammen.

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

Ziel des Projekts ist die Erhebung von Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen, von Kennziffern der Inanspruchnahme sowie von Über-, Unter- und Fehlversorgung (im Sinne des Gutachtens des Sachverständigenrats<sup>2</sup>) anhand von Indikatoren der Versorgungsqualität. Sämtliche Daten, die im ÜUF-Projekt analysiert werden, sind pseudonymisierte GKV-Routinedaten, die von den beteiligten Krankenkassen AOK Baden-Württemberg (AOK BW) und LKK Baden-Württemberg (LKK BW) geliefert wurden. Das Projekt folgt dem Design einer kontrollierten Studie: Prävalenzen, Kennziffern und Qualitätsindikatoren, die für das Kinzigtal ermittelt wurden, 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.

Bei vergleichenden Analysen zu globalen (nicht-indikationsspezifischen) Kennziffern 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. Dabei gilt das letzte zur Gänze interventionsfreie Jahr 2004 als Basisjahr; die darauf folgenden Beobachtungsjahre (2005ff) gelten hingegen als Jahre mit zunehmend intensiverer Intervention durch die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal (IVGK)*.

Das ÜUF-Projekt hat für die Evaluation der IVGK insgesamt einen hohen Stellenwert: Im ÜUF-Projekt soll nämlich geprüft werden, inwieweit die vier wesentlichen Ziele der IVGK – nämlich (a) Versorgungsqualität optimieren, (b) Morbidität senken, (c) Inanspruchnahme steuern und (d) komparative Gesamtkosten senken – erreicht werden, zumindest hinsichtlich der Dimensionen, die sich in den GKV-Routinedaten hinreichend widerspiegeln.

#### **Ausgewählte Ergebnisse<sup>3</sup> zu globalen Kennziffern und Indikatoren der Versorgung im Zeitraum 2004-2007**

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. Für die Auswahl und Interpretation der hier referierten Ergebnisse sind die Autoren des EKIV-Newsletters verantwortlich.

---

<sup>2</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2000/01): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Download via <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>

<sup>3</sup> Die Ergebnisse sind folgenden Projektberichten entnommen: PMV forschungsgruppe (2010): Evaluationsmodul der IVGK „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“. 1. Zwischenbericht für *Gesundes Kinzigtal GmbH*, hier: AOK-Daten; PMV forschungsgruppe (2009): Evaluationsmodul der IVGK „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“. 1. Zwischenbericht für *Gesundes Kinzigtal GmbH*, hier: LKK-Daten (jeweils uv. Ms.).

### **Umfang der betrachteten Versichertengruppen**

Als „IV-Versicherte“ der AOK BW wurden all jene im Kinzigtal wohnenden Versicherten gewertet, die bis zum 31.12.2007 in die IVGK eingeschrieben waren; alle anderen im Kinzigtal wohnenden Versicherten der AOK BW gelten im vorliegenden Bericht als „Nicht-IV-Versicherte“. Die in den einzelnen Beobachtungsjahren durchgängig Versicherten der AOK BW außerhalb des Kinzigitals, die zum Vergleich herangezogen wurden, werden im Folgenden als „Vergleichsstichprobe BW“ bezeichnet. Diese Vergleichsstichprobe besteht nur aus volljährigen Versicherten der AOK BW. Für die drei erwähnten Versichertengruppen ergeben sich folgende Umfänge (Tab. 1):

*Tab. 1: Anzahl der Versicherten der AOK BW nach Versichertengruppe und Beobachtungsjahr (ohne Kassenwechsler)*

Jahr	Versicherte IV-Versicherte	der AOK BW in der Nicht-IV-Versicherte	Region Kinzigtal Gesamt	Vergleichsstich- probe BW
2004	1.966	25.890	27.856	512.423
2005	1.983	26.332	28.315	503.657
2006	2.006	26.623	28.629	494.565
2007	1.994	25.871	27.865	483.557

Im Fall der LKK BW wurden ebenfalls diejenigen Versicherten als „IV-Versicherte“ gewertet, die am 31.12.2007 in die IVGK eingeschrieben waren. Alle anderen im Kinzigtal wohnenden LKK-Versicherten galten als „Nicht-IV-Versicherte“. Für die drei betrachteten Versichertengruppen der LKK BW ergeben sich folgende Populationsumfänge (Tab. 2):

*Tab. 2: Anzahl der Versicherten der LKK BW nach Versichertengruppe und Beobachtungsjahr (ohne Kassenwechsler)*

Jahr	Versicherte IV-Versicherte	der LKK BW in der Nicht-IV-Versicherte	Region Kinzigtal Gesamt	Vergleichs- stichprobe BW
2004	116	1.502	1.618	15.594
2005	115	1.530	1.645	15.588
2006	117	1.557	1.674	15.459
2007	120	1.552	1.672	15.206

### **Die häufigsten Behandlungsanlässe im Jahr 2007**

Bei der Darstellung von Kennziffern der Morbidität (Prävalenzen), Kennziffern der Inanspruchnahme und Indikatoren der Versorgungsqualität wurden stets fünf verschiedene Populationen unterschieden: Für den Kinzigtal-internen Vergleich zwischen IV-Versicherten (1) und Nicht-IV-Versicherten (2) wurden stets alle Versicherten unabhängig von ihrem Alter einbezogen (das Durchschnittsalter der IV-Versicherten ist dabei wesentlich höher als das der Nicht-IV-Versicherten). Die Teilpopulationen (1) und (2) ergeben zusammen die Versichertenpopulation „Kinzigtal Gesamt“ (3). Werden die Ergebnisse aus dem Kinzigtal mit den Ergebnissen einer hinsichtlich Alter und Geschlecht auf die Kinzigtal-Population standardisierten Stichprobe volljähriger Versicherter aus dem übrigen Baden-Württemberg (5) verglichen, so werden dabei auch bei der Kinzigtal-Population grundsätzlich nur die volljährigen Versicherten (4) betrachtet.

Ein Blick auf die häufigsten Behandlungsanlässe fördert bereits wichtige Charakteristika der Versicherten aus dem Kinzigtal zutage. Bei den AOK-Versicherten bilden folgende ICD-Gruppen im Jahr 2007 die zehn häufigsten Behandlungsanlässe im ambulanten Sektor (Tab. 3a) bzw. im stationären Sektor (Tab. 3b):

Tab. 3a: Liste der zehn häufigsten ICD-Gruppen der AOK-Versicherten im ambulanten Sektor: Anteil der Versicherten mit ambulant-ärztlicher Diagnose im Jahr 2007

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Anteil ( in % ) mit ambulant-ärztlicher Diagnose				
		IV-Vers. (1)	Kinzigtal Nicht-IV-Vers. (2)	Gesamt (3)	Alter Kinzigtal (4)	Alter >= 18 J. standard. BW (5)
M40-M54	Krankh.d.Wirbelsäule & d. Rückens	55,5	31,7	33,4	38,7	40,5
I10-I15	Hypertonie	52,5	24,6	26,6	32,1	33,1
M00-M25	Arthropathien	47,4	22,7	24,5	28,2	27,2
E70-E90	Stoffwechselstörungen	47,2	20,0	21,9	26,3	27,7
N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	27,5	19,9	20,4	23,7	22,1
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	30,2	16,1	17,1	19,6	19,2
I80-I89	Krankh. der Venen, Lymphgefäße u. Lymphknoten, andernorts n. klass.	26,4	13,4	14,3	17,0	17,1
H49-H52	Affekt. d. Augenmuskeln, Stör. d. Blickbewegungen, Akkomodationsstörungen & Refraktionsfehler	25,9	14,9	16,2	16,2	21,9
E65-E68	Adipositas u. sonst. Überernährung	25,9	9,8	10,9	12,5	12,1
E10-E14	Diabetes mellitus	26,4	8,7	9,9	12,0	12,9

Tab. 3b: Liste der zehn häufigsten ICD-Gruppen der AOK-Versicherten im stationären Sektor: Anteil der Versicherten mit stationärer Hauptentlassungsdiagnose im Jahr 2007

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Anzahl m. stat. Hauptentlassungsdiagnose pro 1.000 Vers.				
		IV-Vers. (1)	Kinzigtal Nicht-IV-Vers. (2)	Gesamt (3)	Alter Kinzigtal (4)	Alter >= 18 J. standard. BW (5)
I30-I52	Sonstige Formen d. Herzkrankh.	18,6	9,5	10,1	12,2	10,5
C00-C97	Bösartige Neubildungen	15,0	8,4	8,9	10,7	12,0
M00-M25	Arthropathien	16,5	6,7	7,4	8,9	9,2
M40-M54	Krankh.d.Wirbelsäule & Rückens	17,6	5,0	5,9	7,0	5,7
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	7,5	4,9	5,1	6,1	5,4
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	14,0	4,2	4,9	6,0	8,1
R50-R69	Allgemeinsymptome	6,5	3,8	4,0	4,6	3,7
K40-K46	Hernien	6,5	3,0	3,2	3,9	3,7
I10-I15	Hypertonie	6,0	2,7	2,9	3,6	3,2
R00-R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	7,0	2,2	2,5	3,1	2,5

Ein Blick auf die beiden Tabellen (Tab. 3a und 3b) zeigt zweierlei: Zum einen sind die Behandlungsprävalenzen im ambulanten Sektor (Tab. 3a) bei volljährigen AOK-Versicherten im Kinzigtal tendenziell etwas niedriger als bei der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg: So beträgt z.B. die Behandlungsprävalenz für Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD 10: M40-M54) im Kinzigtal 38,7%, in der auf das Kinzigtal standardisierten BW-Vergleichsstichprobe hingegen 40,5%. Bei den stationären Hauptentlassungsdiagnosen lässt sich eine derartige Tendenz jedoch nicht ausmachen (Tab. 3b). Zum anderen weisen innerhalb des Kinzigtals die IV-Versicherten nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Sektor durchweg eine deutlich höhere Behandlungsprävalenz auf als die Nicht-IV-Versicherten.

Dieses Ergebnis deckt sich mit dem – bereits an anderer Stelle diskutierten<sup>4</sup> – Befund, dass in der IVGK eine umgekehrte Risikoselektion praktiziert wird.

Hinsichtlich der Versicherten der LKK BW erhält man ein etwas anderes Ergebnismuster. Die Resultate zu den zehn häufigsten Behandlungsanlässen finden sich in den Tabellen 4a und 4b.

*Tab. 4a: Liste der zehn häufigsten ICD-Gruppen der LKK-Versicherten im ambulanten Sektor: Anteil der Versicherten mit ambulant-ärztlicher Diagnose im Jahr 2007*

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Anteil ( in % ) mit ambulant-ärztlicher Diagnose				
		IV-Vers. (1)	Kinzigtal Nicht-IV-Vers. (2)	Gesamt (3)	Alter Kinzigtal >= 18 J. (4)	standard. BW (5)
I10-I15	Hypertonie	59,2	33,1	35,0	41,2	45,3
M40-M54	Krankh.d.Wirbelsäule & d. Rückens	52,5	33,2	34,6	39,0	41,0
M00-M25	Arthropathien	57,5	30,7	32,7	37,5	38,2
E79-E90	Stoffwechselstörungen	38,3	22,9	24,0	28,3	31,4
I80-I89	Krankh. der Venen, Lymphgefäße & Lymphknoten, andernorts n. klass.	34,2	18,8	19,9	23,5	25,1
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	25,8	18,8	19,3	22,6	24,4
E00-E07	Krankh. der Schilddrüse	28,3	17,7	18,5	21,6	19,5
H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Stör. d.Blickbew., Akkomodationsstörungen u. Refraktionsfehler	30,8	15,7	16,8	17,5	21,8
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	29,2	14,5	15,6	17,3	20,1
H25-H28	Affektionen der Linse	24,2	11,3	12,2	14,4	14,2

*Tab. 4b: Liste der zehn häufigsten ICD-Gruppen der LKK-Versicherten im stationären Sektor: Anteil der Versicherten mit stationärer Hauptentlassungsdiagnose im Jahr 2007*

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Anzahl m. stat. Hauptentlassungsdiagnose pro 1.000 Vers.				
		IV-Vers. (1)	Kinzigtal Nicht-IV-Vers. (2)	Gesamt (3)	Alter Kinzigtal >= 18 J. (4)	standard. BW (5)
I30-I52	Sonstige Formen d. Herzkrankheit	16,7	14,8	15,0	17,6	9,9
J09-J18	Grippe und Pneumonie	16,7	4,5	5,4	6,3	3,0
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	16,7	4,5	5,4	6,3	2,3
K40-K46	Hernien	8,3	2,6	3,0	3,5	4,9
I80-I89	Krankh. der Venen, Lymphgefäße & Lymphknoten, andernorts n. klass.	16,7	1,3	2,4	2,8	1,8
J40-J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	8,3	1,3	1,8	2,1	1,7
N10-N16	Tubulointerstitielle Krankheiten	8,3	1,3	1,8	2,1	0,3
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	8,3	0,6	1,2	1,4	1,0
F10-F19	Psychische u. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	8,3	0,6	1,2	1,4	1,0
N20-N23	Urolithiasis	16,7	0,0	1,2	1,4	0,7

Die Ergebnisse der LKK-Versicherten haben mit den Ergebnissen der AOK-Versicherten eine auffallende Gemeinsamkeit: Die Behandlungsprävalenzen sind sowohl im ambulanten als auch im sta-

<sup>4</sup> Siehe ausführlich: Siegel A & Stößel U: Umgekehrte Risikoselektion in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Sozialstruktur und GKV-Kosten von eingeschriebenen und nicht-ingeschriebenen Versicherten im Zeitverlauf. In: EKIV-Newsletter 1/2009: 10-14. Download unter: [http://www.ekiv.org/de/pdf/EKIV-Newsletter\\_2009-1.pdf](http://www.ekiv.org/de/pdf/EKIV-Newsletter_2009-1.pdf)

tionären Sektor bei den IV-Versicherten in der Regel deutlich höher als bei den Nicht-IV-Versicherten im Kinzigtal: Die von der IVGK praktizierte umgekehrte Risikoselektion zeigt sich also auch im Fall der LKK-Versicherten sehr deutlich. Hinsichtlich des Vergleichs zwischen den volljährigen Kinzigtal-Versicherten und der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsstichprobe BW lässt sich jedoch ein etwas anderes Ergebnismuster als im Fall der AOK-Versicherten feststellen: So sind die Behandlungsprävalenzen im ambulanten Sektor bei den Kinzigtal-Versicherten der LKK BW fast durchgehend niedriger als in der Vergleichsstichprobe, während die Behandlungsprävalenzen im stationären Sektor durchgehend und deutlich höher sind als in der LKK-Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg. Bei letzteren Zahlen ist freilich zu beachten, dass die Prävalenzziffern (wiedergegeben in *Anzahl pro 1.000 Versicherte*) nur auf sehr niedrigen Fallzahlen beruhen. Deshalb sollten diese Ergebnisse nur mit großer Vorsicht interpretiert werden.

Zusammenfassend lässt sich also für das Jahr 2007 feststellen: Während im ambulanten Sektor die AOK-Versicherten und vor allem die LKK-Versicherten im Kinzigtal tendenziell eine etwas geringere Behandlungsprävalenz aufweisen als die jeweiligen Vergleichsstichproben aus dem übrigen Baden-Württemberg, gilt das für den stationären Sektor nicht. Im stationären Sektor liegen die Behandlungsprävalenzen der AOK-Versicherten im Kinzigtal etwa auf gleicher Höhe wie die der Vergleichsstichprobe, bei den LKK-Versicherten im Kinzigtal liegen die Behandlungsprävalenzen höher als bei der LKK-Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg.

### **Versicherte mit Multimorbidität, Multimedikation und problematischen Arzneimittelverordnungen**

Einen guten Überblick über die Entwicklung der Morbidität bei den AOK-Versicherten erhält man in einer einzigen Tabelle, wenn man den Anteil der Versicherten mit Multimorbidität in den vier Beobachtungsjahren bildet. Das Kriterium „Multimorbidität“ galt als erfüllt, wenn bei einem Versicherten Diagnosen aus mindestens drei verschiedenen ICD-Untergruppen („ICD-Dreisteller“) und diese über mindestens drei Quartale im Jahr dokumentiert waren. Demnach lässt sich für die AOK-Versicherten folgende Entwicklung feststellen:

Tab. 5: Anteil der AOK-Versicherten mit Multimorbidität nach Beobachtungsjahr

Jahr	Versicherte mit Multimorbidität						
	Kinzigtal					Alter >= 18 Jahre	
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW %
2004	829	42,2	5.213	20,5	22,0	26,7	25,6
2005	893	45,0	5.455	21,0	22,7	27,6	27,3
2006	986	49,3	5.533	21,1	23,1	28,0	29,2
2007	1.072	54,4	5.792	22,7	25,0	30,0	31,5

Tabelle 5 zeigt, dass sowohl im Kinzigtal als auch in der Vergleichsstichprobe BW der Anteil der Versicherten mit Multimorbidität im Zeitraum 2004-07 steigt. Der Anstieg fällt jedoch bei den volljährigen Versicherten im Kinzigtal geringer aus (von rund 26,7% im Jahr 2004 auf 30,0% im Jahr 2007) als in der baden-württembergischen Vergleichsgruppe (von 25,6% im Jahr 2004 auf 31,5% im Jahr 2007). Betrachtet man die beiden Versichertengruppen innerhalb des Kinzigtals, so zeigen sich erneut die – durchaus erwünschten – Auswirkungen der umgekehrten Risikoselektion in der IVGK: Unter den IV-Versicherten ist der Anteil an Versicherten mit Multimorbidität mehr als doppelt so hoch wie unter den Nicht-IV-Versicherten im Kinzigtal. Auf die Wiedergabe der Ergebnisse bei den LKK-Versicherten verzichten wir wegen der eingeschränkten Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund geringer Fallzahlen.

Tab. 6 gibt den Anteil der AOK-Versicherten mit Multimedikation wieder. Das Kriterium „Multimedikation“ galt als erfüllt, wenn bei einem Versicherten in allen vier Quartalen eines Jahres mindestens fünf verschiedene Verordnungen (ATC 7-stellig) dokumentiert waren. Einen hohen Anteil von Versicherten mit Multimedikation interpretieren wir grundsätzlich – auch wenn das nicht für jeden Einzelfall gilt – kritisch, denn bei Patienten mit Multimedikation steigt die Wahrscheinlichkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen bzw. unvorgesehener Arzneimittelinteraktionen.

Tab. 6: Anteil der AOK-Versicherten mit Multimedikation nach Beobachtungsjahr

Jahr	Versicherte mit Multimedikation						
	Kinzigtal					Alter >= 18 Jahre	
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW %
2004	136	6,9	896	3,5	3,8	4,5	5,5
2005	159	8,0	1.018	3,9	4,2	5,1	6,1
2006	192	9,6	1.020	3,9	4,3	5,2	6,4
2007	206	10,5	1.090	4,3	4,7	5,7	6,9

Wie aus Tab. 6 zu erkennen ist, liegt der Anteil volljähriger Versicherter mit Multimedikation im Kinzigtal im Jahr 2004 mit 4,5% um gut ein Fünftel niedriger als in der baden-württembergischen Vergleichsstichprobe mit 5,5%. Zwar steigt der Anteil bei beiden Versichertengruppen von 2004 bis 2007 merklich an; der relative Unterschied zwischen den AOK-Versicherten im Kinzigtal und der Vergleichsgruppe bleibt jedoch bestehen (5,7% vs. 6,9% im Jahr 2007).

Es gibt jedoch Medikationskennziffern, die noch eindeutiger als problematisch anzusehen sind als dies bei der gerade erwähnten Multimedikation der Fall ist. Dies gilt vor allem für die längerfristige Verordnung von Benzodiazepinen. Eine längerfristige Benzodiazepin-Verordnung ist wegen des hohen Abhängigkeitspotentials als kritisch einzuschätzen. Als „längerfristig“ galt eine Verordnung, wenn bei einem Versicherten mehr als 20 Tagesdosen (>20 DDD) dokumentiert waren. Es zeigt sich, dass bei den AOK-Versicherten im Kinzigtal längerfristige Benzodiazepin-Verordnungen in jedem Beobachtungsjahr (2004-07) deutlich seltener vorkommen (2,5% in jedem der drei Jahre) als in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg (4,0% im Jahr 2004; 3,8% im Jahr 2007). Diese Verordnungs-Kennziffern berücksichtigen allerdings nur Benzodiazepine, die zu Lasten der GKV verordnet wurden – Verordnungen auf Privatrezept werden in GKV-Routinedaten grundsätzlich nicht erfasst. Die tatsächliche Prävalenz aller Benzodiazepin-Verordnungen wird daher vermutlich in beiden Versichertengruppen unterschätzt.

Die Problematik einer potentiellen Medikamentenabhängigkeit wird auch in einem QiSA-Indikator abgebildet. Dort wird der Anteil der Patienten mit mehr als 30 DDD Anxiolytika, Sedativa oder Hypnotika pro Quartal an allen Patienten mit diesen Wirkstoffen dargestellt.<sup>5</sup> Da der Nenner des Indikators (alle Patienten mit mindestens einer Verordnung eines betreffenden Wirkstoffs pro Quartal) in diesem Fall bereits eine deutlich eingeschränkte Population im Vergleich zur Gesamtstichprobe/-Gesamtpopulation darstellt, liegt der Anteil auch entsprechend höher, wie aus Tab. 7 zu erkennen ist.

<sup>5</sup> Siehe QiSA-Indikator Nr. 11 in: Szecsenyi J, Broge B & Stock J (Hg.): Pharmakotherapie. Qualitätsindikatoren für die Verordnung von Arzneimitteln, Berlin 2009: 46ff.



Tab. 7: Anteil der Patienten mit >30 DDD an Anxiolytika, Sedativa, Hypnotika in mindestens einem Quartal des Jahres an allen Empfängern dieser Wirkstoffe (nur AOK-Versicherte)

Jahr	Patienten mit Anxiolytika/Sedativa/Hypnotika-Verordnung: davon mit >30 DDD in mind. einem Quartal						
	Kinzigtal				Alter >= 18 Jahre		stand.BW %
	IV-Versicherte Anzahl	IV-Versicherte %	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	Nicht-IV-Versicherte %	Gesamt %	Kinzigtal %	
2004	18	32,1	337	36,2	35,9	36,1	38,7
2005	22	35,5	347	37,3	37,2	37,5	38,8
2006	28	41,2	333	35,2	35,6	35,9	38,7
2007	22	28,6	329	35,8	35,3	35,5	38,8

Auch bei diesem Indikator zeigt sich eine geringere Prävalenz bei den volljährigen Versicherten im Kinzigtal (35,5% im Jahr 2007) im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg (38,8% im Jahr 2007). Im Jahr 2007 ist die Prävalenz bei den (späteren) IV-Eingeschriebenen mit knapp 29% sogar am niedrigsten.

Zum Abschluss geben wir einen letzten Indikator zu problematischen Arzneimittelverordnungen wieder, nämlich den Anteil der Patienten mit länger andauernder Anwendung nicht-steroidaler Antirheumatika (>75 DDD) in mindestens einem Quartal des Jahres an allen Empfängern dieser Wirkstoffe (Tab. 8). Die länger andauernde Einnahme nicht-steroidaler Antirheumatika (NSAR) führt zu einem erhöhten Risiko einer Ulkuserkrankung. Der Indikator findet sich ebenfalls in der Liste der QiSA-Indikatoren.<sup>6</sup>

Tab. 8: 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 mind. einem Quartal						
	Kinzigtal				Alter >= 18 Jahre		stand.BW %
	IV-Versicherte Anzahl	IV-Versicherte %	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	Nicht-IV-Versicherte %	Gesamt %	Kinzigtal %	
2004	68	8,8	432	6,9	7,1	7,8	11,2
2005	68	8,5	414	6,6	6,8	7,7	9,7
2006	73	8,9	398	6,2	6,5	7,4	9,8
2007	80	9,2	407	6,1	6,4	7,5	10,1

Auch hier sind konstant niedrigere Indikatorwerte im Kinzigtal im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg zu erkennen (7,5% vs. 10,1% im Jahr 2007). Dies ist für das Kinzigtal positiv zu werten. Die höheren Werte unter den IV-Versicherten können als Folgeerscheinung der umgekehrten Risiko-selektion erklärt werden, d.h. durch die Tatsache, dass die Morbidität in der Gruppe der IV-Versicherten deutlich höher ist als bei den Nicht-IV-Versicherten.

### **Generikaanteil im Kinzigtal und im übrigen Baden-Württemberg**

Schließlich sei hier noch ein letztes Ergebnis aus dem Bereich der globalen, d.h. indikationenübergreifenden Inanspruchnahmekennziffern dargestellt – ein Ergebnis, das auch einen Teil zum finanziellen Erfolg der IVGK bis 2007 beigetragen hat: der Generikaanteil an allen Tagesdosen generikafähiger Präparate. Die Erhöhung des Generikaanteils gilt als eine Möglichkeit, ohne Qualitätsverlust Kosten zu senken. Zwar wird die Steuerung des Generikaanteils durch die kürzlich in Kraft getretenen

<sup>6</sup> Siehe QiSA-Indikator Nr. 12 in: ebd.: 49ff.

Rabattverträge nicht mehr durch die Verordnung des Arztes vorgenommen, doch sind die Ergebnisse für die Jahre bis 2007 noch relevant und bedeutsam (Tabellen 9 und 10).

Tab. 9: AOK-Versicherte: Generikaanteil nach Versichertengruppe und Beobachtungsjahr

Jahr	Anteil (%) der Generika an allen Tagesdosen der generikafähigen Präparate				
	IV-Vers.	Kinzigtal Nicht-IV- Vers.	Gesamt	Alter >= 18 Jahre Kinzigtal	stand.BW
2004	79,5	75,0	75,5	75,9	74,1
2005	80,6	76,2	76,7	77,1	75,2
2006	86,3	80,2	81,0	81,4	78,4
2007	88,7	83,0	83,9	84,2	81,5

Tab. 10: LKK-Versicherte: Generikaanteil nach Versichertengruppe und Beobachtungsjahr

Jahr	Anteil (%) der Generika an allen Tagesdosen der generikafähigen Präparate				
	IV-Vers.	Kinzigtal Nicht-IV- Vers.	Gesamt	Alter >= 18 Jahre Kinzigtal	stand.BW
2004	82,4	75,9	76,6	76,6	74,9
2005	82,7	77,6	78,1	78,2	76,0
2006	86,8	81,0	81,6	81,8	79,2
2007	92,3	84,2	85,2	85,4	82,3

Obwohl der Generikaanteil auch bei den baden-württembergischen Vergleichsgruppen von AOK und LKK hoch ist, wird er im Kinzigtal noch einmal um rund drei Prozentpunkte übertroffen (84,2% vs. 81,5% bei den Verordnungen der AOK-Versicherten; 85,4% vs. 82,3% bei den Verordnungen der LKK-Versicherten). Betrachtet man die Generikaquoten für IV-Versicherte und Nicht-IV-Versicherte im Kinzigtal, so fällt auf, dass der Generikaanteil bei den IV-Versicherten den der Nicht-IV-Versicherten jeweils sehr deutlich übersteigt: Der Generikaanteil beträgt für die IV-Versicherten der AOK 88,7% (Nicht-IV-Versicherte der AOK: 83,0%). Der Generikaanteil für die IV-Versicherten der LKK beläuft sich sogar auf 92,3% (Nicht-IV-Versicherte der LKK: 84,2%). Das deutet darauf hin, dass die mit der IVGK kooperierenden Netzärzte zu einem höheren Anteil Generika verordnen als die Nicht-Netzärzte im Kinzigtal.

## Fazit

Unsere kurze Darstellung ausgewählter Ergebnisse zu globalen, d.h. indikationenübergreifenden Kennziffern und Qualitätsindikatoren brachte Aufschluss über wichtige Aspekte der Versorgung im Kinzigtal im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg.

Die Darstellung der häufigsten Behandlungsanlässe im ambulanten und stationären Sektor zeigte, dass die AOK-Versicherten im Kinzigtal in der Regel eine etwas geringere administrative Prävalenz im stationären Sektor aufweisen als vergleichbare AOK-Versicherte aus dem übrigen Baden-Württemberg. Bei Betrachtung der Versicherten mit Multimorbidität im Zeitverlauf (Beobachtungsjahre 2004 bis 2007) zeigte sich eine Entwicklung, die unseres Erachtens aus Sicht der AOK-Versicherten im Kinzigtal positiv gewertet werden kann: Der Anstieg der Multimorbiditäts-Prävalenz verläuft im Kinzigtal in den Jahren 2004-07 flacher als in der Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg. Auch im Hinblick auf globale Inanspruchnahmeparameter – wie z.B. den Anteil der Versicherten mit Multimedikation, mit längerfristiger Benzodiazepin-Verordnung und anderen

problematischen Verordnungen – zeigten sich Unterschiede zwischen der Versorgung im Kinzigtal und im übrigen Baden-Württemberg, die tendenziell als komparative Vorteile für das Kinzigtal gewertet werden müssen. Zudem war der Generikaanteil an allen generikafähigen Präparaten im Kinzigtal – insbesondere bei den IV-Versicherten – im gesamten Beobachtungszeitraum konstant höher als in der Vergleichsgruppe.

Achim Siegel, Ulrich Stößel

## Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (Stand: 07. 05. 2010)

<b>Eingeschriebene Versicherte insgesamt</b>	<b>6871</b>
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	6470
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	401

<b>Anzahl der Risikopatienten (mit Zielvereinbarungen)</b>	<b>4492</b>
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	4198
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	294

<b>Teilnehmer an einzelnen IVGK-Gesundheitsprogrammen<sup>7</sup></b>	<b>Teilnehmer</b>
AGil (Aktive Gesundheitsförderung älterer Menschen im Kinzigtal)	511
Rauchfreies Kinzigtal (Rauchentwöhnungsprogramm)	128
Starkes Herz (Behandlung/Prävention von Herzinsuffizienz)	67
Gesundes Gewicht (Programm zur Diabetes-Prävention)	122
Starke Muskeln – feste Knochen (Osteoporoseprävention)	455
Psychotherapie Akut (Programm zur Frühintervention bei psych. Krisen)	126
Gesundheitspass	383

<b>IVGK-Leistungspartner insgesamt</b>	<b>76</b>
- Hausärzte <sup>8</sup>	22
- Fachärzte <sup>9</sup>	22
- Kinderärzte	5
- Psychotherapeuten	3
- Kliniken	6
- Physiotherapeuten	5
- Pflegeheime	9
- ambulante Pflegedienste	4
<b>IVGK-Kooperationspartner insgesamt</b>	<b>46</b>
- Apotheken	14
- kooperierende Vereine	22
- Fitness-Studios	5
- Physiotherapeuten <sup>10</sup>	5

<sup>7</sup> Weitere Informationen zu den Gesundheitsprogrammen finden Sie unter [http://patienten.gesundes-kinzigtal.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=37&Itemid=39](http://patienten.gesundes-kinzigtal.de/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=39)

<sup>8</sup> Ein Hausarzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

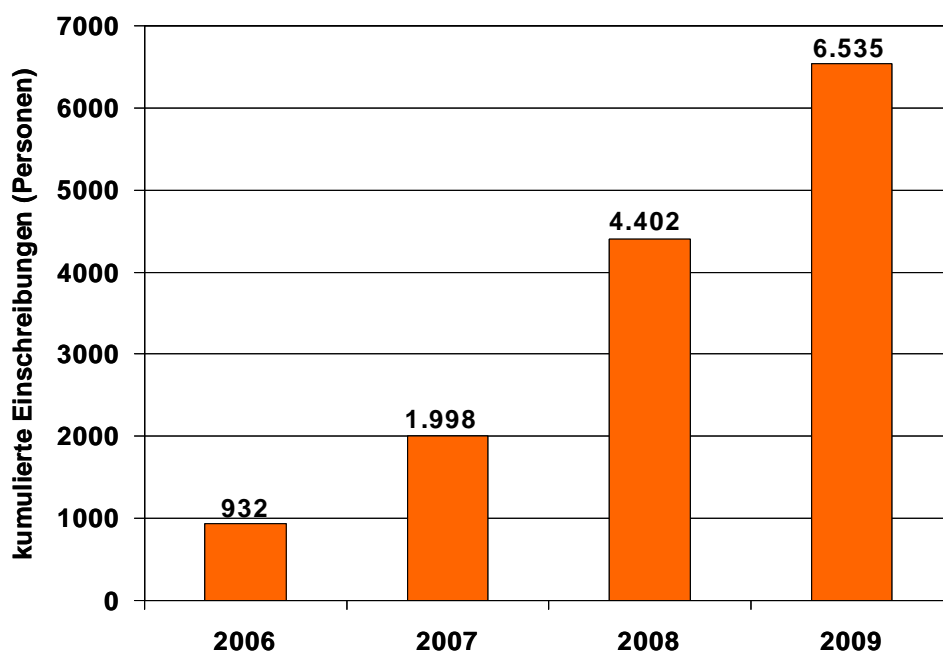
<sup>9</sup> Ein Facharzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

<sup>10</sup> Diese Physiotherapeuten sind der IVGK als Kooperationspartner (ohne vertragliche Bindung) angegliedert.

## Die Mitgliederentwicklung der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) – beträchtliches Wachstum auch im Jahr 2009

Die Zahl der Mitglieder der IVGK ist auch im Jahr 2009 beträchtlich gewachsen, wie aus der folgenden Abbildung zu erkennen ist: Wurden am 31. Dezember 2008 noch 4.402 IV-Versicherte im Kinzigtal gezählt, so waren es ein Jahr später 6.535 Personen. Das entspricht einem Zuwachs von 48,5%. Der absolute Mitgliederzuwachs lag mit 2.133 Personen nur unwesentlich unter dem Zuwachs des Jahres 2008, als ein Mitgliederplus von 2.404 gezählt wurde.

Abb. 1: Mitgliederzahl (kumulierte Einschreibungen) der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal nach Jahren



Die Zahl derer, die im Jahr 2009 aus der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal ausgetreten sind, beläuft sich auf 53 Personen. (Verstorbene wurden dabei nicht mitgezählt.) Das entspricht einer Fluktuationsquote von 0,8%. Davon verließ rund die Hälfte (26 Versicherte oder 0,4% der gesamten Mitgliederzahl) die IVGK im Zuge eines Wohnortwechsels, denn es sind nur diejenigen AOK- bzw. LKK-Versicherten mitgliedschaftsberechtigt, die ihren Wohnsitz im Kinzigtal haben. Weitere 0,2% der Mitglieder verließen die IVGK im Zuge eines Krankenkassenwechsels, und lediglich 0,2% aller Mitglieder traten im Jahr 2009 willentlich aus der IVGK als solcher aus.

Wer mehr über die Entwicklung der IVGK lesen möchte, ist herzlich eingeladen, sich den aktuellen Jahresbericht 2009 der Gesundes Kinzigtal GmbH herunterzuladen:

[http://www.monotext.de/Gesundes\\_Kinzigtal/jahresbericht09\\_gk\\_72dpi.pdf](http://www.monotext.de/Gesundes_Kinzigtal/jahresbericht09_gk_72dpi.pdf)