



# EKIV-Newsletter 1/2011

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>

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

## Unsere Themen:

- Editorial
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*:  
EKIV-Evaluationsbericht 2010 steht zum Download bereit
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*:  
Zwischenergebnisse des SDM-Evaluationsprojekts
- Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*

## Editorial

Mit der vorliegenden Ausgabe 1/2011 erscheint der EKIV-Newsletter bereits im dritten Jahr – diese Ausgabe ist damit eine Ausgabe zum „dritten Geburtstag“. Was erwartet Sie auf den folgenden Seiten?

Auf Seite 3 stellen wir Ihnen den EKIV-Evaluationsbericht des Jahres 2010 vor. Er enthält eine kurze Bestandsaufnahme aller vier externen Evaluationsprojekte der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK). Diesen EKIV-Evaluationsbericht können Sie sich auch von der EKIV-Homepage herunterladen.

Auf den Seiten 4 bis 8 fassen wir neue Ergebnisse aus dem SDM-Evaluationsprojekt zusammen. In diesem Projekt erhebt die Forschungsgruppe um Prof. Martin Härter und Dipl.-Psych. Lars Hölzel Aspekte der Patientenbeteiligung an Therapieentscheidungen sowie die Zufriedenheit der Versicherten mit der hausärztlichen Versorgung im Kinzigtal sowie in einer Vergleichsregion. Über erste Ergebnisse dieses Projekts haben wir bereits im EKIV-Newsletter 1/2009 berichtet.<sup>1</sup>

Schließlich dokumentieren wir auf Seite 9 wieder aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) einschließlich aktueller Einschreibezahlen in die Präventions- und Gesundheitsprogramme der IVGK. Eine Analyse der Mitgliederentwicklung im Jahr 2010 folgt in der nächsten Ausgabe des EKIV-Newsletter.

Ihr Feedback zu unserem Newsletter ist uns stets willkommen. 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> Vgl. den Beitrag im EKIV-Newsletter 1/2009, S. 3-9. (<http://www.optimedis.de/aktuelles/173-gesundes-kinzigtal-neue-daten-belegen-effiziente-gesundheitsversorgung>.)

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

### EKIV-Evaluationsbericht des Jahres 2010 steht zum Download bereit

Die Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung (EKIV) hat vor wenigen Wochen ihren Kurzbericht zur Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal (IVGK)* 2010 online gestellt. Darin geben wir einen Überblick zum aktuellen Stand der Projekte, mit denen die IVGK extern evaluiert wird (Stand: Dezember 2010). Wir fassen die unseres Erachtens wichtigsten Zwischenergebnisse der externen Evaluation der IVGK zusammen und interpretieren diese im Hinblick auf die übergreifenden Fragestellungen der IVGK-Evaluation.

Der 30 Seiten umfassende Bericht kann unter folgendem Link heruntergeladen werden:

[http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Evaluationsbericht\\_2010\\_Kurzbericht\\_fin\\_2011-02-24.pdf](http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Evaluationsbericht_2010_Kurzbericht_fin_2011-02-24.pdf)

Folgende Einzelprojekte werden auf jeweils 3 bis 10 Seiten dargestellt:

- **SDM-Projekt:** Erhebung und Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared-Decision-Making (SDM); Leitung: Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- **ÜUF-Projekt:** Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung und Erhebung des Gesundheitszustands von Versicherten – Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten; Leitung: Dr. Ingrid Schubert, PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln.
- **PeGL-Projekt:** Prozessevaluation aus Sicht der GK-Leistungspartner; Leitung: Dr. Matthias Nübling, Gesellschaft für empirische Beratung, Denzlingen.
- **AGil-Projekt:** Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal – Prozess- und Ergebnisevaluation eines interventionsprogramms im Kontext der Integrierten Versorgung von AOK-Patienten; Leitung: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Aus den vier Evaluationsprojekten – insbesondere aus dem ÜUF- und dem PeGL-Projekt – ergibt sich in unseren Augen insgesamt eine recht positive Zwischenbilanz für die IVGK: Die meisten Kennziffern und Indikatoren zeigen eine relativ hohe und im Zeitverlauf zunehmende Versorgungsqualität im Kinzigtal. Dabei haben sich zahlreiche Indikatoren im Kinzigtal stärker verbessert als in der Kontrollpopulation.

Eine gemischte Zwischenbilanz ergibt sich bislang im Hinblick auf die Fragestellungen des SDM-Projekts: Während die Patientenzufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung im Kinzigtal und in der Kontrollregion gleichermaßen hohe Werte erreicht, zeigt sich bei den IV-Versicherten im Kinzigtal im Vergleich zur Kontrollregion ein etwas stärkerer Rückgang der erlebten Patientenbeteiligung an Therapieentscheidungen. Im folgenden Beitrag gehen wir speziell auf dieses Ergebnis etwas genauer ein und erörtern, welche Erklärungsmöglichkeiten es dafür gibt.

Achim Siegel, Ulrich Stöbel

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

### **Zwischenergebnisse des SDM-Projekts: Erhebung und Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared-Decision-Making (SDM)**

#### **Fragestellung, Material und Methoden des SDM-Projekts**

Das SDM-Projekt wird von Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Universitätsklinikum Freiburg) und von seinem Freiburger Forschungsteam – hauptsächlich von Dipl.-Psych. Lars Hölzel – durchgeführt. Das Projektteam untersucht in erster Linie die Frage, ob es im Kontext eines integrierten Versorgungssystems nach Art der IVGK sowie durch spezifische Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte gelingt,

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

Nach Beginn der SDM-Studie fanden insgesamt drei halbtägige Fortbildungsveranstaltungen für die mit der IVGK kooperierenden Ärzte statt, in denen spezifische Kommunikations- und/oder Patientenbeteiligungskompetenzen vermittelt wurden. Weiterhin kann angenommen werden, dass einige Besonderheiten der IVGK (wie z.B. obligatorische Therapiezielvereinbarungen zwischen Risikopatienten und ihren niedergelassenen Ärzten) eine aktivierende und beteiligungsfördernde Wirkung ausüben müssten. Dementsprechend wurde erwartet, dass die in die IVGK eingeschriebenen Patienten eine im Zeitverlauf und im Vergleich stärkere Patientenbeteiligung an Therapieentscheidungen berichten würden.

Das Projektteam untersucht die Forschungsfragen in Anlehnung an das heuristische Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF); dieses ist gleichbedeutend mit dem Modell des Shared Decision-Making (SDM). Dabei wird von folgenden Hypothesen ausgegangen: Eine gelungene Beteiligung des Patienten an den Therapieentscheidungen des Arztes führt zu einer höheren Entscheidungskonfidenz (Entscheidungssicherheit) des Patienten, d.h. der Patient begreift die partizipativ getroffene Therapieentscheidung als eine informierte und wohl abgewogene Entscheidung. Ist die Entscheidungssicherheit des Patienten hoch, so ist auch die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Patient die getroffene Behandlungsentscheidung umsetzt. Weiterhin wird im PEF-Modell angenommen, dass eine hohe Entscheidungssicherheit zu einer hohen Zufriedenheit des Patienten mit dem behandelnden Arzt beiträgt. Im Idealfall führt eine stärkere Beteiligung des Patienten an Therapieentscheidungen somit zu einer höheren Therapietreue des Patienten und damit auch zu einem besseren Behandlungserfolg. Dieser wiederum bewirkt idealerweise und unter sonst gleichen Bedingungen eine höhere Lebensqualität des Patienten.<sup>2</sup>

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

Die Forschungsfragen des SDM-Projekts werden auf Basis einer dreiarmligen kontrollierten Kohortenstudie untersucht. Als Interventionskohorte („Gruppe IV“) wurden bei der ersten Erhebung 1.153 AOK- und 40 LKK-Versicherte angeschrieben, die sich bis März 2007 in die IVGK eingeschrieben hatten (Vollerhebung der damaligen IVGK-Versicherten). Als erste Kontrollstichprobe („Stichprobe NIV“) wurden 2.523 AOK- und 115 LKK-Versicherte angeschrieben, die im Kinzigtal

<sup>2</sup> Vgl. Härter M, Hölzel L, Kriston L, Ababneh M, chung BY, Engert I & Heizmann S (2008): T0-Erhebung zur Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared Decision-making (SDM). Freiburg: uv. Ms., hier: S. 7f.

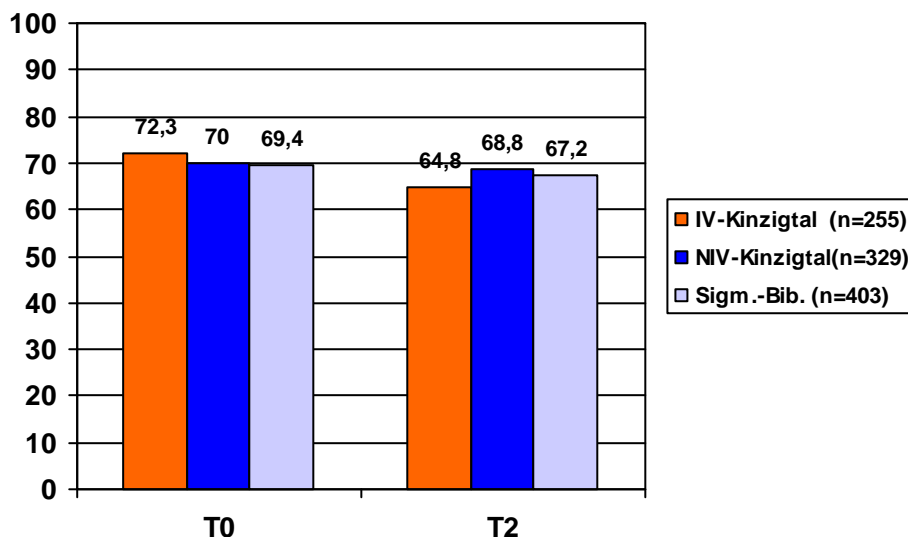
wohnten, aber bis März 2007 nicht in die IVGK eingeschrieben waren. Als zweite Kontrollstichprobe („Stichprobe S-B“) wurden 2.596 AOK- und 115 LKK-Versicherte angeschrieben, die in der Region um Sigmaringen und Biberach ihren Wohnsitz hatten. Die beiden Kontrollstichproben waren hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht, Versichertenstatus und GKV-Kosten im Jahr 2006 nach Maßgabe der Interventionskohorte stratifiziert aus der Grundgesamtheit gezogen worden. Dadurch war eine gute Vergleichbarkeit der drei Kohorten gegeben.

### Wichtige Zwischenergebnisse des SDM-Projekts<sup>3</sup>

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

Die Daten der zweiten Befragung (T1-Befragung) erwiesen in Bezug auf die Erstbefragung (T0-Befragung) keinerlei signifikanten Interventionseffekt. Bei der dritten Befragung (T2-Befragung) zeigte sich bezüglich der T0-Befragung lediglich bei einer der insgesamt neun Zielvariablen ein signifikanter Interventionseffekt ( $p < 0.05$ ), d.h. eine signifikant unterschiedliche Entwicklung der Zielvariablen in den drei Studiengruppen: Das Ausmaß der erlebten Beteiligung an Therapieentscheidungen ging bei allen drei Studiengruppen im Zeitverlauf signifikant zurück, aber entgegen den Erwartungen war der Rückgang in der Gruppe der IV-Versicherten (IV-Gruppe) signifikant stärker als in den beiden Kontrollgruppen. Dieses Ergebnis ist in Abb. 1 graphisch dargestellt.

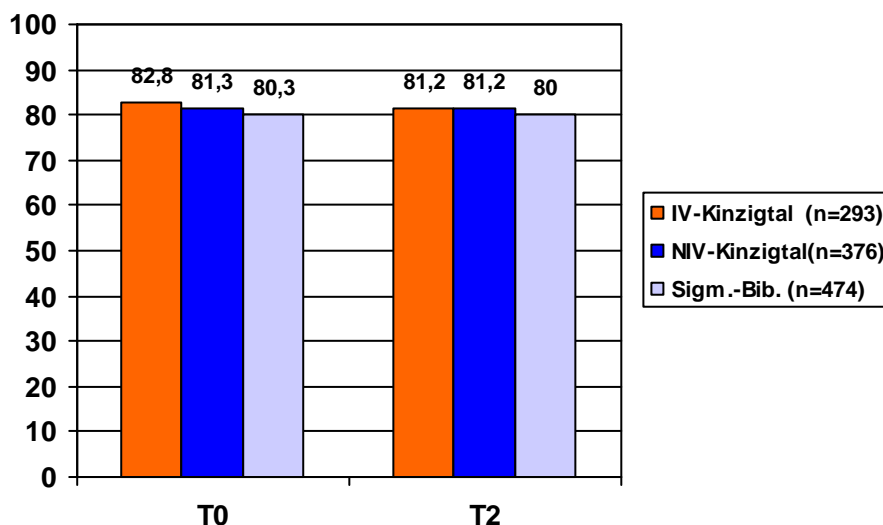
Abb. 1: Beteiligung der Patienten an Therapieentscheidungen beim letzten Hausarztbesuch in der T0- und T2-Befragung (Instrument: PEF-FB, Wertebereich 0 – 100)



Die signifikant stärker zurückgehende erlebte Beteiligung der Patienten in der IV-Gruppe schlug sich jedoch nicht bedeutsam in der Zufriedenheit der Versicherten mit der hausärztlichen Versorgung insgesamt nieder: Die Entwicklung der Zufriedenheitswerte in den drei Studiengruppen im Zeitverlauf unterschied sich nicht signifikant voneinander (Abb. 2). In der IV-Gruppe ging zwar der Durchschnittswert von 82,8 auf 81,5 Punkte zurück, wie Abb. 2 zeigt; gleichwohl wurde dieser Wert zum Zeitpunkt T2 von keiner der anderen Studiengruppen übertroffen.

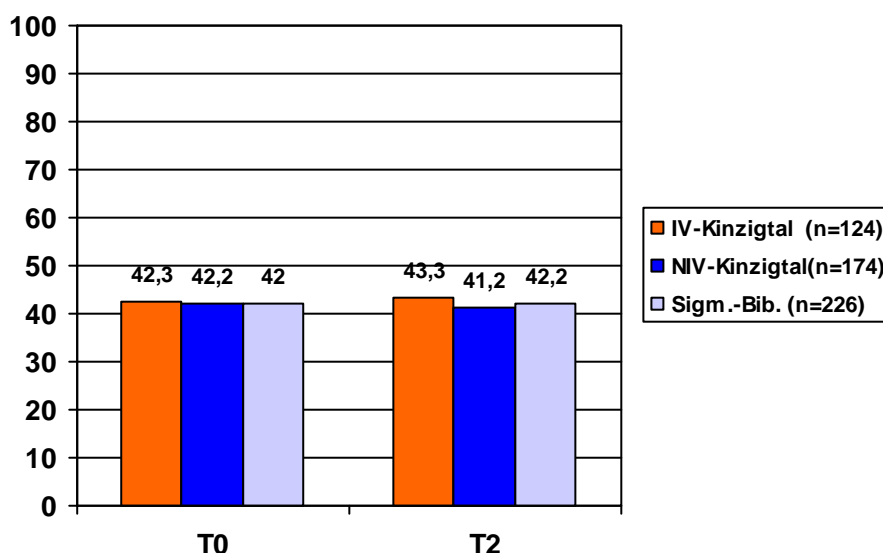
<sup>3</sup> Die im Folgenden referierten Ergebnisse sind dem Projektbericht zur T2-Erhebung entnommen: Härter M, Hölzel L, Seebauer L, Kriston L & Chung BY (2010): T2-Untersuchung zur Ermittlung der Effekte des Projekts „Gesundes Kinzigtal“ auf Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit und Partizipativer Entscheidungsfindung. Freiburg: uv. Ms.

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



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

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



### Diskussion der Zwischenergebnisse: Wie ist die zurückgehende Patientenbeteiligung unter den IV-Versicherten zu erklären?

Während die körperliche Lebensqualität (Abb. 3) und die psychische Lebensqualität (ohne Abb.) in den drei Studiengruppen sich immerhin tendenziell in der erwarteten Richtung veränderten – ohne dass jedoch dieser Interventionseffekt statistisch signifikant war –, ergab sich bei der von den Befragten erlebten *Beteiligung an Therapieentscheidungen* in den drei Studiengruppen ein statistisch

signifikantes Ergebnis entgegen den Erwartungen: Das Ausmaß der erlebten Beteiligung verringerte sich bei den in die IVGK eingeschriebenen Patienten signifikant stärker als bei den übrigen Probanden. Zwar erscheint das Ausmaß des „übermäßigen“ Rückgangs der erlebten Beteiligung bei den IV-Versicherten nicht dramatisch, d.h. klinisch noch „nicht relevant“,<sup>4</sup> aber es ist dennoch ein signifikantes Ergebnis entgegen unseren Erwartungen. Obwohl die gesunkene erlebte Beteiligung bei den IV-Versicherten sich bislang offenkundig nicht auf deren Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung niedergeschlagen hat, halten wir die zurückgegangene erlebte Beteiligung der IV-Versicherten für erklärungsbedürftig. Grundsätzlich sehen wir drei Möglichkeiten, dieses Ergebnis zu erklären:

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

(2) Abweichend von der zuletzt genannten Annahme kann man aber auch davon ausgehen, dass in den Wahrnehmungen und Situationseinschätzungen der IV-Probanden sich nicht nur eine (möglicherweise) *objektiv* verringerte Patientenbeteiligung widerspiegelt, sondern dass sich in der zurückgehenden *erlebten* Beteiligung zumindest *auch* ein Erwartungseffekt ausgewirkt hat: Die in die IVGK eintretenden AOK- und LKK-Versicherten haben sich offenkundig in die IVGK eingeschrieben, weil sie vom Argument der höheren Versorgungsqualität und stärkeren Patientenorientierung überzeugt wurden. (Finanzielle Anreize für einen Eintritt – wie z.B. eine reduzierte Praxisgebühr – gab es für die AOK-Versicherten *nicht*.) Bereits dies wird sich in der IV-Gruppe in höheren Erwartungen an Versorgungsqualität und Patientenbeteiligung ausgewirkt haben. Zudem waren die umfangreichen Eingangsuntersuchungen, Befragungen und Therapiezielvereinbarungen, die bei den IV-Versicherten unmittelbar nach deren Eintritt in die IVGK anstanden, zweifellos geeignet, bei ihnen besonders hohe Erwartungen an die IVGK zu wecken – Erwartungen, die im Behandlungsalltag der folgenden Monate und Jahre vermutlich so nicht eingelöst werden konnten. Die mutmaßlich folgende „Ernüchterung“ führte dann folgerichtig – so kann man annehmen – bei den IV-Versicherten zu einer etwas kritischeren Sichtweise des ärztlichen Beteiligungsverhaltens.

Den gerade beschriebenen Erwartungseffekt zu unterstellen erfordert nicht unbedingt, eine *objektiv* sinkende Patientenbeteiligung – worauf Erklärungsmuster (1) fokussiert – zu verneinen. Denn man kann unterstellen, dass beide Effekte wirksam waren, d.h. dass sowohl die Patientenbeteiligung in der IVGK *objektiv* zurückging als auch der beschriebene Erwartungseffekt auftrat. Unmöglich ist es jedoch, die relative Stärke der beiden Effekte mit Verweis auf empirische Daten zu bestimmen, da die im SDM-Projekt eingesetzten Messinstrumente etwaige „objektive“ Effekte nicht separat messen, sondern stets nur als *von den Versicherten wahrgenommene objektive Effekte*, in der die Eigendynamik der subjektiven Wahrnehmungen der Versicherten immer schon enthalten ist.<sup>5</sup>

(3) Wenn man grundsätzlich unterstellt, dass *auch* ein Erwartungseffekt der oben beschriebenen Art stattgefunden hat und man aber beide Effekte – nämlich den „reinen“ Erwartungseffekt und den Effekt einer *objektiv* veränderten Beteiligungsrealität – nicht vergleichend quantifizieren kann,

---

<sup>4</sup> Härter et al. 2010, S. 29.

<sup>5</sup> Dass es einen solchen Erwartungseffekt gegeben hat, lässt sich nicht zuverlässig nachweisen – dies liegt in der Natur des im SDM-Projekt angewandten Studiendesigns. Derartige Erwartungseffekte lassen sich im Grunde nur mithilfe einer randomisierten kontrollierten Studie verhindern bzw. zuverlässig kontrollieren. Ein solches Studiendesign konnte jedoch im SDM-Projekt nicht realisiert werden.

dann ergibt sich theoretisch noch ein drittes mögliches Erklärungsmuster: Man könnte argumentieren, dass sich die Patientenbeteiligung in der IVGK *objektiv* sogar etwas *erhöht* hat, da ja entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für die Ärzte sowie die mit Patienten abgeschlossenen Zielvereinbarungen auch eine beteiligungsfördernde Wirkung hinterlassen haben müssten. Verträte man ein solches Argument, dann müsste man dennoch anerkennen, dass der mutmaßliche Anstieg der „objektiven“ Patientenbeteiligung so gering war, dass er von dem beschriebenen Erwartungseffekt dominiert, d.h. überkompensiert wurde, denn der Gesamteffekt steht ja zweifelsfrei fest: Die von den Patienten *wahrgenommene* Patientenbeteiligung ging in der IVGK signifikant stärker zurück als in den Kontrollgruppen.

Wir verfügen nicht über empirische Daten, die uns verlässliche Hinweise darauf geben könnten, welche der drei Erklärungsmöglichkeiten die Realität am besten trifft. Angesichts neuester – eher ernüchternder – Literatur-Reviews<sup>6</sup> zur Frage, welche Arten von SDM-Interventionen zu einer objektiv größeren Patientenbeteiligung führen, halten wir Erklärungsmuster (3) jedoch für wenig plausibel: Angesichts des Befunds, dass es offenbar sehr schwer ist, durch SDM-orientierte Fortbildungsveranstaltungen bei Ärzten eine objektiv größere Patientenbeteiligung in Arzt-Patient-Konsultationen zu erzielen,<sup>7</sup> scheint uns eine Erhöhung der objektiven Patientenbeteiligung in der IV-Gruppe im SDM-Projekt ziemlich unwahrscheinlich. Da wir auf der anderen Seite einen Erwartungseffekt in der oben geschilderten Art für wahrscheinlich halten, erscheint uns Erklärungsmuster (2) am plausibelsten. Eine überzeugende *empirische* Untermauerung dieser Hypothese kraft der Daten aus dem SDM-Projekt wird uns jedoch – aus den erwähnten Gründen – versagt bleiben. In jedem Fall aber haben wir bislang keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass ein Versorgungssystem wie die IVGK zu einer aus Patientensicht stärkeren Patientenbeteiligung an Therapieentscheidungen führt.

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

Achim Siegel, Ulrich Stößel

---

<sup>6</sup> Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchenko J, Gravel K, Graham IC & Turcotte S (2010): Interventions for improving the adoption of shared decision making by health care professionals (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 5.

<sup>7</sup> Vgl. ebd.



## Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (Stand: 25. 03. 2010)

<b>Eingeschriebene Versicherte insgesamt</b>	<b>7417</b>
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	6994
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	423

<b>Anzahl der Risikopatienten</b>	<b>4808</b>
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	4493
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	315

<b>Teilnehmer an einzelnen IVGK-Gesundheitsprogrammen<sup>8</sup> und an erweiterten Disease Management Programmen (DMPs)</b>	<b>Teilnehmer</b>
AGil (Aktive Gesundheitsförderung älterer Menschen im Kinzigtal)	511
Rauchfreies Kinzigtal (Rauchentwöhnungsprogramm)	156
Starkes Herz (Behandlung/Prävention von Herzinsuffizienz)	71
Gesundes Gewicht (Programm zur Diabetes-Prävention)	155
Starke Muskeln – feste Knochen (Osteoporoseprävention)	585
Psychotherapie Akut (Programm zur Frühintervention bei psychischen Krisen)	208
Gesundheitspass	660
Ärzte plus Pflege (spez. med.-pfl. Versorgung von Senioren in Pflegeheimen)	81
Besser gestimmt (Depression; seit August 2010)	18
DMP Diabetes mellitus Typ II	894
DMP KHK	295
DMP Brustkrebs	15
DMP Asthma	114
DMP COPD	167

<b>IVGK-Leistungspartner insgesamt</b>	<b>81</b>
- Hausärzte <sup>9</sup>	22
- Fachärzte <sup>10</sup>	22
- Kinderärzte	5
- Psychotherapeuten	3
- Kliniken	6
- Physiotherapeuten	7
- Pflegeheime	11
- ambulante Pflegedienste	4
- sozialtherapeutische Dienste	1
<b>IVGK-Kooperationspartner insgesamt</b>	<b>45</b>
- Apotheken	16
- kooperierende Vereine	23
- Fitness-Studios	6

<sup>8</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>9</sup> Ein Hausarzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

<sup>10</sup> Ein Facharzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“