



EKIV-Newsletter 2/2011

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

<http://www.ekiv.org>

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

Unsere Themen:

- Editorial
- Aufruf an Versorgungsforscher zur Einbeziehung der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* in künftige Forschungsprojekte
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*: Ergebnisse der Erst-, Zweit- und Drittbefragung der Leistungspartner im Vergleich (PeGL-Projekt), Teil I
- Analyse der Kooperationsbeziehungen unter den niedergelassenen Ärzten im *Kinzigtal*: Erste Ergebnisse des *kreanets*-Projekts des Geographischen Instituts der Uni Heidelberg
- Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*
- Development of *Gesundes Kinzigtal's* membership in 2010

Editorial

Im letzten Jahr fand im Kinzigtal bereits die dritte Befragung der GK-Leistungspartner statt, d.h. derjenigen Leistungserbringer, die mit der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) Kooperationsverträge geschlossen haben. Bei dieser dritten Befragung wurde im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Befragungen auch ein relativ hoher Anteil nicht-ärztlicher Leistungspartner befragt – daher lassen die Ergebnisse der dritten Befragung im Vergleich zu den bisherigen Ergebnissen einige neue Erkenntnisse erwarten. Wir referieren deshalb in der heutigen sowie in den nächsten beiden Ausgaben des EKIV-Newsletter einige uns besonders interessant erscheinende Ergebnisse aus den drei Leistungspartnerbefragungen. Heute gehen wir auf Befragungsergebnisse ein, die die Sicht der befragten GK-Leistungspartner auf ein besonderes Element der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal genauer beschreiben sollen, nämlich auf die Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) sowie auf Therapiezielvereinbarungen, die innerhalb der IVGK von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten mit einem großen Teil ihrer Patienten geschlossen werden.

Auf den Seiten 11 bis 13 stellen wir heute eine Fallstudie vor, die im Rahmen des *kreanets*-Projekts zum *Medizinischen Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal (MQNK)* erstellt wurde. Das *kreanets*-Projekt ist ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördertes Verbund-Projekt, an dem mehrere Universitäten und Beratungsunternehmen beteiligt sind. (Weitere Details finden Sie online unter www.kreanets.com.) Im Rahmen des Projekts wird vor allem untersucht, welche Faktoren zur Stärkung von Unternehmensnetzwerken beitragen und deren Innovationskraft fördern. Ein Schwerpunkt der Untersuchungen liegt auf Unternehmen im Gesundheitswesen – und in dieser Hinsicht waren auch die IVGK und damit das MQNK als Gegenstand einer Fallstudie von großem Interesse für das Verbund-Projekt. Wir stellen Ihnen heute *kreanets* vor und referieren ausgewählte Ergebnisse der Fallstudie zum MQNK.

Auf Seite 14 und 15 dokumentieren wir wieder aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK), und abschließend – auf Seite 16 – betrachten wir die Mitgliederentwicklung der IVGK im Jahr 2010 etwas genauer und vergleichen sie mit den vorhergehenden Jahren.

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

Herzliche Grüße,
Achim Siegel & Ulrich Stößel

Machen Sie die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) zu Ihrem Forschungsgegenstand!

Aufruf an Versorgungsforscher zur Einbeziehung der IVGK in künftige Forschungsprojekte

Die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) gilt seit einigen Jahren als ein „Leuchtturmprojekt“ Integrierter Versorgung in Deutschland. Als solches bietet die IVGK eine ausgezeichnete Basis für Projekte der Versorgungsforschung. Die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH und deren Vertragspartner begrüßen es sehr, wenn die IVGK auch weiterhin wissenschaftlich bewertet wird. Wenn Sie Interesse haben, die IVGK in Ihre zukünftigen Forschungsprojekte einzubeziehen, kontaktieren Sie uns (ekiv@medsoz.uni-freiburg.de) oder Herrn Hildebrandt, den Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH (h.hildebrandt@optimedis.de).

Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*:

Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer: Ergebnisse der Erst-, Zweit- und Drittbefragung der Leistungspartner (PeGL-Projekt), Teil I

In Ausgabe 2/2009 des EKIV-Newsletters haben wir über die Erstbefragung der Leistungserbringer berichtet, die mit der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) kooperieren¹, in Ausgabe 4/2009 über die Ergebnisse der Zweitbefragung sowie der Erst- und Zweitbefragung im Vergleich.² Die Erstbefragung hatte im Frühsommer 2008, die Zweitbefragung im Frühsommer 2009 stattgefunden. Mittlerweile liegen auch die Ergebnisse der dritten Befragung der Leistungserbringer vor, die im Frühsommer 2010 durchgeführt wurde. In der heutigen Ausgabe des EKIV-Newsletter fassen wir ausgewählte Ergebnisse der Drittbefragung zusammen. Diese beschreiben die Sicht der GK-Leistungspartner auf die Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) und auf die Therapiezielvereinbarungen zwischen Behandlern und Patienten. Über weitere Ergebnisse des PeGL-Projekts (Prozessevaluation aus Sicht der GK-Leistungspartner) werden wir in den kommenden Ausgaben berichten.

Die Themen der Drittbefragung (T3-Erhebung) des Evaluationsprojekts „Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer“

Das Evaluationsprojekt „Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer“ wird geleitet von Dr. Matthias Nübling (GEBmbH – Gesellschaft für empirische Beratung, Denzlingen). Das Projekt folgt dem Design einer Kohortenstudie bzw. Trendstudie. In den Jahren 2008 bis 2010 wurde jeweils eine Befragung der IVGK-Leistungspartner durchgeführt. Danach findet eine Befragung nur noch alle zwei Jahre statt – die nächste Leistungspartnerbefragung ist also für das Jahr 2012 geplant.

Bei der Drittbefragung (T3-Erhebung) wurden erstmals zwei verschiedene Fragebogenversionen verwendet, und zwar eine Version für die niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungspartner, die für die Patienten als „Ärzte des Vertrauens“ fungieren können (Version A), und eine Version B für die sonstigen Leistungspartner (Klinikärzte, Pflegeheime, Pflegedienste, Physiotherapeuten). Die etwas kürzere Version B umfasste Fragen zu folgenden Themen:

- Motivation zum Eintritt in die IVGK,
- Bewertung eventueller Bedenken gegen eine Kooperation mit der IVGK,
- Bewertung der Geschäftsstelle der *Gesundes Kinzigtal* (GK) GmbH in Haslach,
- Bewertung der beiden Krankenkassen AOK Baden-Württemberg (AOK BW) und LKK Baden-Württemberg (LKK BW) sowie Bewertung des Ärztlichen Beirats/des Ärztenetzes MQNK,
- Kenntnis der GK-Krankheitsmanagement- bzw. GK-Präventionsprogramme,
- Bewertung der Programme,
- Bewertung des bisherigen Verlaufs der IVGK,
- Gesamtzufriedenheit,
- Erwartungen und Wünsche für die Zukunft sowie
- Vorschläge und Anmerkungen zu verschiedenen anderen Fragen.

In Version A, also dem Fragebogen für die niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungspartner, fehlten die ersten beiden Fragen (Motivation zum Eintritt in die IVGK und Bewertung eventueller Bedenken gegen eine Kooperation mit der IVGK), da die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten diese beiden Fragen bereits bei der Erstbefragung beantwortet hatte. Im Vergleich zur Version B enthielt Version A aber einige zusätzliche Fragen, die auf die Tätigkeit von Ärzten des Vertrauens zugeschnitten waren. Dazu gehörten Fragen zu folgenden Themen:

¹ EKIV-Newsletter 2/2009 (http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2-2009.pdf), S. 3-9.

² EKIV-Newsletter 4/2009 (http://www.ekiv.org/de/pdf/EKIV-Newsletter_4-2009.pdf), S. 3-9.

- Häufigkeit der Vermittlung der Patienten in jene Programme,
- Einschätzung der Beliebtheit der Programme bzw. der Nachfrage seitens der Patienten,
- praktische Probleme und Funktionalität von Zielvereinbarungen mit Patienten,
- Probleme und Funktionalität der Partizipativen Entscheidungsfindung mit Patienten.

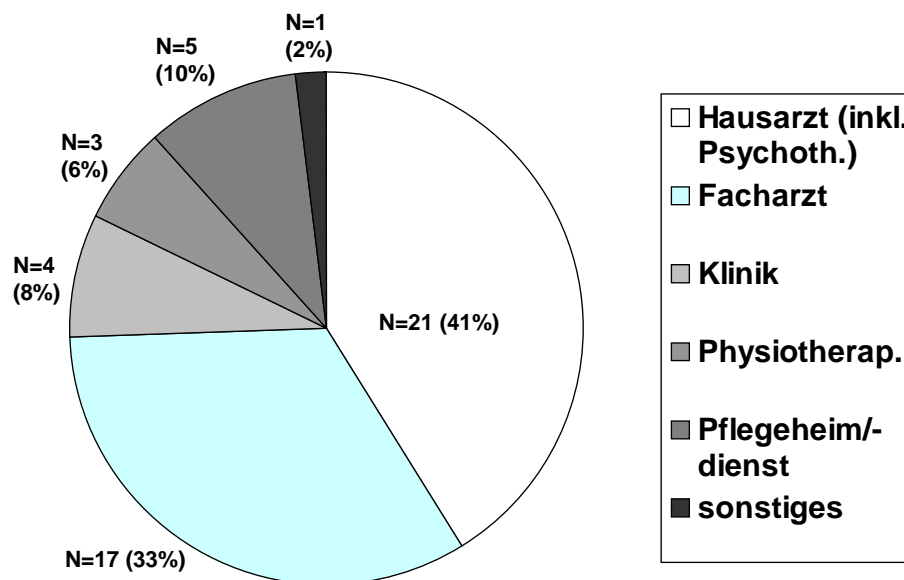
Beteiligung an der Drittbefragung³

Die Fragebögen wurden im Juni 2010 an insgesamt 85 Leistungspartner ausgegeben, davon 58 an niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten und 27 an sonstige Leistungspartner. Zum Vergleich: Im Jahr 2008 war der Fragebogen an insgesamt 50 GK-Leistungspartner ausgegeben worden, im Jahr 2009 an 59 Leistungspartner. Seit der Zweitbefragung im Jahr 2009 hatten sich also viele neue Leistungspartner der IVGK angeschlossen; darunter waren überproportional viele „sonstige“ Leistungspartner.

Von den 85 ausgegebenen Fragebögen wurden 51 ausgefüllt an das evaluierende Institut zurückgeschickt. Dies entspricht einem brauchbaren Rücklauf von 60%. Bei der Erstbefragung war der Rücklauf mit 70% (35/50) noch deutlich höher gewesen, bei der Zweitbefragung war er mit 58% (34/59) geringfügig niedriger als bei der Drittbefragung. Insgesamt 20 Personen haben an allen drei Befragungen teilgenommen.

Von den 51 Antwortenden gehörten etwa zwei Fünftel zu den Hausärzten bzw. Psychotherapeuten (n=21; 41%), 17 zu den Fachärzten (33%). Vier der restlichen 13 Fragebögen kamen aus Kliniken, drei von niedergelassenen Physiotherapeuten, fünf aus Pflegeheimen, und ein Befragter kreuzte „sonstiges“ an (vgl. Abb. 1). Damit war die Beteiligung bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten höher (38/58 = 66 %) als bei den sonstigen Leistungspartnern (13/27 = 48 %).

Abb. 1: Beteiligung an der Drittbefragung – Anzahl (und Anteil der Responder in %) nach Berufsgruppe⁴



³ Die Ergebnisse sind folgenden Projektberichten entnommen: Nübling M (2008): Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal, Evaluationsmodul IV, Teilprojekt 2: Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer. Bericht zur ersten Befragung der Leistungserbringer (Projektbericht, uv. Ms.); Nübling M (2009): Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal, Evaluationsmodul IV, Teilprojekt 2: Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer. Bericht zur zweiten Befragung der Leistungserbringer 2009 (Projektbericht, uv. Ms.); Nübling M (2010): Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal, Evaluationsmodul IV, Teilprojekt 2: Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer. Bericht zur dritten Befragung der Leistungserbringer (Projektbericht, uv. Ms.).

⁴ Nübling 2010, S. 11.

Ausgewählte Ergebnisse der Drittbefragung: Funktionalität und Umsetzungsbarrieren von Partizipativer Entscheidungsfindung und Zielvereinbarungen mit Patienten aus Sicht von Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten

Im Folgenden konzentrieren wir uns auf zwei Themen, zu denen Hausärzten (inkl. Psychotherapeuten) und Fachärzten bei der Drittbefragung erstmals Fragen gestellt wurden, nämlich zur Funktionalität und zu den Umsetzungshindernissen von partizipativer Entscheidungsfindung im Allgemeinen und von Zielvereinbarungen mit Risikopatienten im Besonderen. Diese Fragestellung erscheint uns aus folgenden Gründen besonders interessant:

- (1) Bislang gibt es in Deutschland trotz einer mittlerweile umfangreichen Forschung zum Thema PEF kaum *repräsentative* Erhebungen zur Akzeptanz der PEF unter niedergelassenen Ärzten. Eine Ausnahme bilden die „Gesundheitsmonitor“-Befragungen der Bertelsmann Stiftung aus den Jahren 2001 bis 2005.⁵ Demnach trafen einzelne Elemente der PEF bei niedergelassenen Ärzten zumindest bis Mitte der 2000er Jahre auf ein gemischtes Echo. So gab z. B. bei der Befragung 2003 rund die Hälfte der Ärzte an, dass ein informierter Patient „meine Arbeit belastet“ (trifft zu / trifft voll zu), während nur rund ein Viertel der Befragten meinte, dies treffe nicht oder überhaupt nicht zu.⁶
- (2) Im Jahr 2007 organisierte die IVGK für die kooperierenden niedergelassenen Ärzte eine Weiterbildungsveranstaltung zur Theorie und Praxis der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF). Im Jahr 2008 wurden drei Folgeveranstaltungen zu weiteren Aspekten der Arzt-(bzw. Behandler-)Patient-Kommunikation angeboten. Insofern sollte man eine gewisse Offenheit der GK-Leistungspartner für die Grundgedanken der PEF erwarten.
- (3) Zudem haben sich die mit der IVGK kooperierenden niedergelassenen Ärzte/Psychotherapeuten verpflichtet, mit Risikopatienten regelmäßig Therapiezielvereinbarungen abzuschließen, um Therapiemotivation und Selbstmanagementfähigkeiten dieser Patienten zu verbessern. Als „Risikopatient“ gilt ein Versicherter, wenn bei ihm/ihr z. B. in der Eingangsuntersuchung oder im sog. Risikofragebogen eine chronische Krankheit oder einschlägige Risikofaktoren (wie z. B. Rauchen oder Adipositas) festgestellt wurden. Von den momentan rund 7.500 in die IVGK eingeschriebenen Versicherten gelten rund 4.900 Versicherte als Risikopatienten.⁷ Das Management der IVGK betrachtet Zielvereinbarungen mit Risikopatienten als wichtige Faktoren einer höheren „Gesundheitsproduktivität“ im Kinzigtal: Diese sollen zu einer höheren Therapiemotivation und größeren Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten führen.
- (4) Darüber hinaus interessieren uns diese beiden Fragenkomplexe besonders, weil sich im Evaluationsprojekt zur Partizipativen Entscheidungsfindung und zur Patientenzufriedenheit bislang gezeigt hat, dass die subjektive (d.h. von den Patienten wahrgenommene) Beteiligung von Patienten an Therapieentscheidungen seit 2007 unter den IVGK-Patienten entgegen den Erwartungen etwas stärker zurückgegangen ist als in zwei Kontrollgruppen.⁸ Offenkundig ist es auch innerhalb der IVGK schwieriger als zunächst gedacht, Patienten stärker an Therapieentscheidungen zu beteiligen. Daher ist es von Interesse, mehr über die praktischen Umsetzungsbarrieren von PEF allgemein und von Zielvereinbarungen im Besonderen zu erfahren.

Funktionalität und Umsetzungsbarrieren der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) aus Sicht von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten

Im Zuge der Gesundheitsreformen der zurückliegenden Jahre wurde stets auch versucht, das Prinzip der „Patientenorientierung“ zu fördern. Dabei sollten Versorgungsangebote entstehen, die sich nicht

⁵ Bertelsmann Stiftung: Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzung und politische Implikationen. Chartbook, S. 26/27. (http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6983A97E-D21EA41A/bst/SDM%20chartbook_final.pdf.)

⁶ Ebd., S. 27.

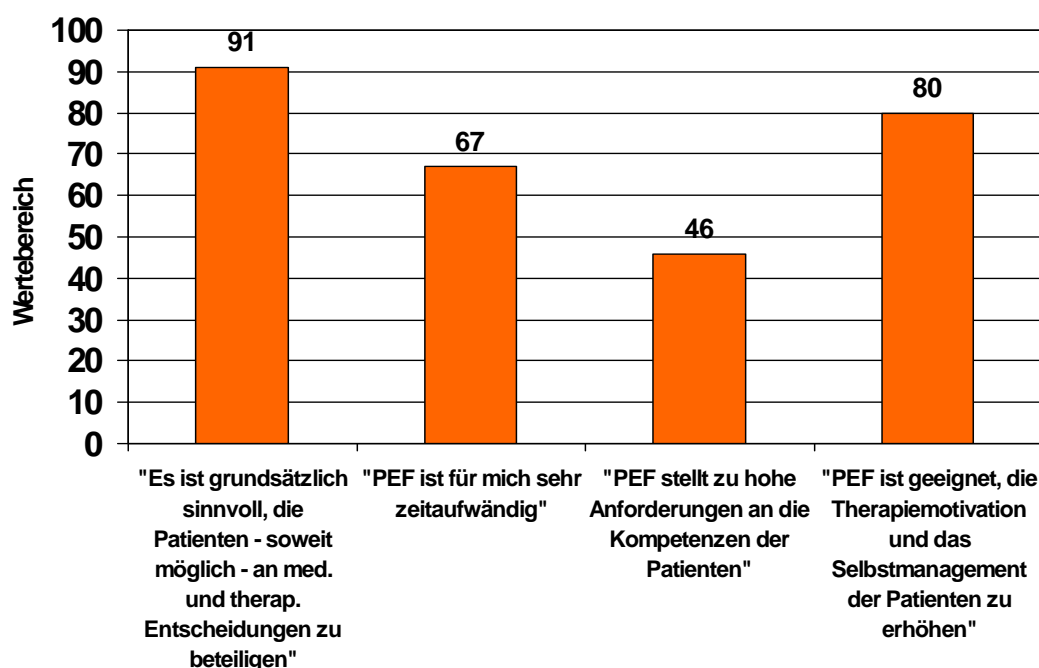
⁷ Vgl. hierzu auch die aktuellen Daten zur IVGK auf S. 13.

⁸ Siehe hierzu EKIV-Newsletter 1/2011, S. 4-8 (http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2011-1.pdf).

nur auf der strukturellen Ebene stärker an Patientenbedürfnissen orientierten (anstatt einseitig an Leistungserbringer- oder Versichererbedürfnissen) – dies war z. B. ein wichtiges Ziel der Integrierten Versorgung –, sondern es sollte auch in der Arzt-Patient-Beziehung ein stärker „patientenorientierter“, partnerschaftlicher Kommunikationsstil gefördert werden.⁹ Das zuletzt genannte Ziel wird mit dem Begriff der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) umschrieben (engl.: shared decision-making).

Bei der Drittbefragung der GK-Leistungspartner wurde erstmals auch die Sicht der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten auf die Partizipative Entscheidungsfindung im Allgemeinen erfragt, und zwar in Form von vier Aussagen, denen die Befragten stärker oder abgeschwächt zustimmen („trifft voll zu“, „trifft eher zu“) oder die sie mehr oder weniger entschieden ablehnen konnten („trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“). Eine fünfte Antwortmöglichkeit war „kann ich nicht beurteilen“. In Abb. 2 stellen wir die Durchschnittswerte dieser vier Aussagen dar.

Abb. 2: Funktionalität und Umsetzungsbarrieren von Partizipativer Entscheidungsfindung aus Sicht von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten (Wertebereich: 100 „trifft voll zu“, 67 „trifft eher zu“, 33 „trifft eher nicht zu“, 0 „trifft nicht zu“)



Die Bildung von Durchschnittswerten soll an einem Beispiel kurz erläutert werden. Die erste Aussage lautete „Es ist grundsätzlich sinnvoll, die Patienten – soweit möglich – an medizinischen und therapeutischen Entscheidungen zu beteiligen“ (Abb. 2, erste Säule von links). Hier enthielten sich fünf von 38 Befragten einer gültigen Aussage. Diese fünf Befragten, die keine gültige Aussage machen konnten („kann ich nicht beurteilen“) oder wollten, wurden bei der Berechnung des Durchschnittswerts nicht berücksichtigt. Von den restlichen 33 Befragten stimmten 24 der Aussage „voll zu“, während die übrigen neun Befragten der Aussage „eher“ zustimmten. Keiner der Befragten lehnte die Aussage ab. Der sehr hohe Durchschnittswert von 91 resultiert nun daraus, dass jeder Antwort „trifft voll zu“ ein numerischer Wert von 100 zugewiesen wurde und jeder Antwort „trifft eher zu“ ein numerischer Wert von 67. (Hätten hier Befragten mit „trifft eher nicht zu“ geantwortet, so wäre ihrer

⁹ Siehe beispielhaft die Gutachten des Sachverständigenrats 2000/2001 und 2003 (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Bundestagsdrucksache 14/5660; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Bundestagsdrucksache 15/530).

Antwort der Wert 33 zugemessen worden, der Antwort „trifft nicht zu“ der Wert 0.) Aus 24 Antworten mit jeweils dem Wert 100 und neun Antworten mit jeweils dem Wert 67 ergibt sich folglich der Durchschnittswert 91. Das bedeutet: Die ganz überwiegende Mehrheit der Befragten teilt im Grundsatz die Idee der PEF. Von denjenigen Befragten, die eine gültige Antwort gaben (33 / 38), teilen alle mehr (24 / 38) oder weniger (9 / 24) die Idee der PEF.

Die nächsten beiden in Abb. 2 illustrierten Aussagen beschreiben mögliche Umsetzungshindernisse der PEF im Praxisalltag (Abb. 2, zweite und dritte Säule von links). Bei beiden Aussagen enthielten sich insgesamt neun von 38 Befragten einer gültigen Antwort. Einen hohen Zeitaufwand für die PEF nannten 21 von 29 Antwortenden. Doch immerhin acht Befragte ließen dies für sich nicht gelten und antworteten in Bezug auf einen erhöhten Zeitaufwand entweder „trifft eher nicht zu“ oder „trifft nicht zu“. Daraus resultiert ein Durchschnittswert von 67. „Zu hohe Anforderungen an die Kompetenzen der Patienten“ nannten dagegen nur 13 der 29 Antwortenden als Umsetzungshindernis; 16 Befragte widersprachen mehr oder weniger entschieden der Aussage, dass die PEF zu hohe Anforderungen an die Kompetenzen der Patienten stelle (Durchschnittswert 46).

Die im Grundsatz optimistische Aussage, die PEF sei „geeignet, die Therapiemotivation und das Selbstmanagement der Patienten zu erhöhen“, traf weitgehend auf Zustimmung: 29 von insgesamt 38 Befragten teilten diese Auffassung ausdrücklich. Lediglich ein Befragter widersprach dieser Aussage explizit; acht Befragte enthielten sich einer inhaltlich interpretierbaren Stellungnahme.

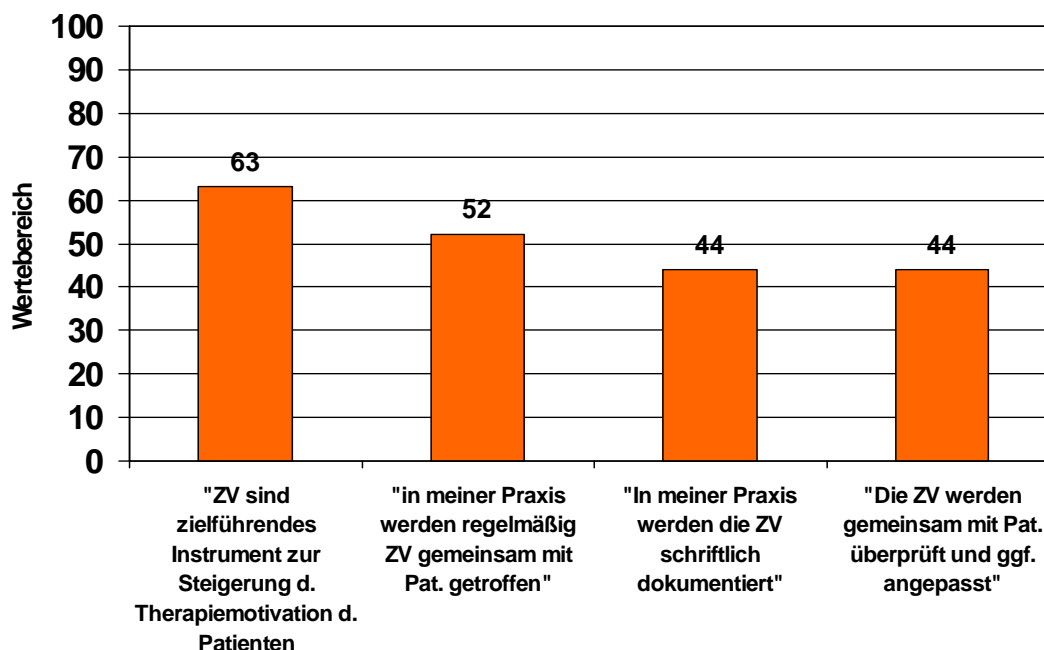
Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der in Abb. 3 illustrierten Ergebnisse also folgendes Resümee ziehen: Was die Haltung zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) im Grundsätzlichen betrifft, gibt es eine recht weitgehende Übereinstimmung zwischen den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten mit der „Philosophie“ des IVGK-Managements: Die Grundgedanken der PEF treffen also auf weitgehende Zustimmung. Allerdings sieht die Mehrheit der befragten Leistungspartner im hohen Zeitaufwand der PEF ein beträchtliches Umsetzungshindernis. Eine recht starke Minderheit der Befragten meint zudem, dass die PEF zu hohe Anforderungen an die Kompetenzen der Patienten stelle.

Die Bedeutung von Zielvereinbarungen aus Sicht von Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten

Gemeinsame Therapiezielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient stellen einen besonderen Teilaspekt der PEF dar. Zum Thema „Zielvereinbarungen“ wurden den Befragten sieben Aussagen vorgelegt, denen sie stärker oder abgeschwächt zustimmen konnten („trifft voll zu“, „trifft eher zu“) oder die sie mehr oder weniger entschieden ablehnen konnten („trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“). Eine fünfte Antwortmöglichkeit lautete jeweils „kann ich nicht beurteilen“. Die Antworten zu diesen sieben Fragen sind in den beiden folgenden Abbildungen in Form von Durchschnittswerten zusammengefasst; nicht berücksichtigt sind dabei jeweils die Antworten „kann ich nicht beurteilen“.

Die erste in Abb. 3a dargestellte Aussage lautet: „Zielvereinbarungen sind für mich ein ziel führendes Instrument, um die Therapiemotivation der Patienten zu steigern“. Insgesamt 13 der 38 befragten niedergelassenen Ärzte/Psychotherapeuten – also rund ein Drittel – konnten oder wollten diese Aussage nicht beurteilen. (Diese 13 Antworten wurden also bei der Berechnung des Durchschnittswerts nicht berücksichtigt.) 25 Befragte gaben bei dieser Frage Antworten, die für die Berechnung des Durchschnittswertes verwendet wurden. Dabei wurde der Antwort „trifft voll zu“ (n=8) jeweils der numerische Wert 100 zugewiesen, der Antwort „trifft eher zu“ (n=9) der Wert 67, der Antwort „trifft eher nicht zu“ (n=5) der Wert 33 und der Antwort „trifft nicht zu“ (n=3) der Wert 0. Als Durchschnittswert erhält man folglich den Wert 63 – dieser ist in Abb. 3a (erste Säule von links) angegeben. Das bedeutet, dass die dominierende Antworttendenz von der Aussage „trifft eher zu“ abgebildet wird.

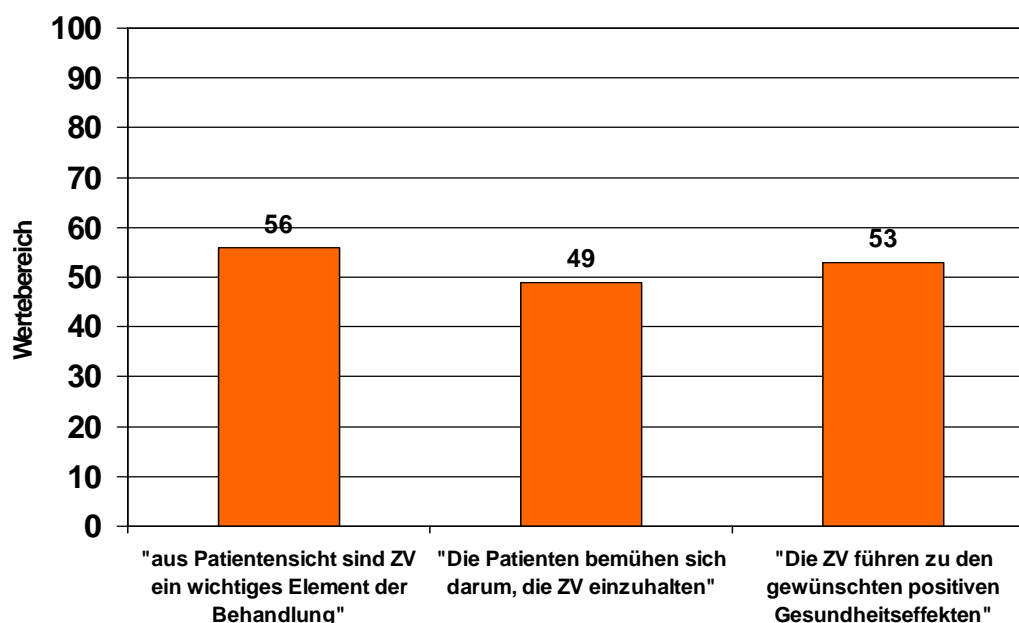
Abb. 3a: Zielvereinbarungen (ZV) aus Sicht von Haus- und Fachärzten I (Wertebereich: 100 „trifft voll zu“, 67 „trifft eher zu“, 33 „trifft eher nicht zu“, 0 „trifft nicht zu“)



Betrachtet man bei dieser Frage allein den Durchschnittswert von 63 Punkten, dann erscheint das Ergebnis positiv, d. h. es spiegelt eine vom Netzmanagement gewünschte und in mehreren Fortbildungsveranstaltungen geförderte Haltung der Netzärzte wider. Dieser Befund ist jedoch zu relativieren, wenn man zwei Dinge berücksichtigt: Von den 25 Befragten, die eine gültige Antwort gaben, lehnten immerhin acht Personen (32 %) die Aussage ab („trifft nicht zu“ oder „trifft eher nicht zu“), dass Zielvereinbarungen mit Patienten für den Befragten ein zielführendes Instrument zur Steigerung der Therapiemotivation der Patienten seien. Das bedeutet: Ein Drittel der Befragten, die eine gültige – inhaltlich interpretierbare – Antwort gaben, teilt die genannte Auffassung *ausdrücklich nicht*. Hinzu kommt, dass weitere 13 Befragte – also 34 % aller Personen, denen die Frage gestellt wurde – die betreffende Aussage entweder explizit nicht beurteilen konnten (n=11) oder aus sonstigen Gründen keine gültige Antwort gaben (n=2). Diese 13 Personen wird man vernünftigerweise nicht – jedenfalls nicht mehrheitlich – zu denjenigen Leistungspartnern zählen können, die von Sinn und Zweck von Zielvereinbarungen in ihrer Praxis überzeugt sind. So gesehen bedeutet das Ergebnis, dass von 38 niedergelassenen Ärzten/Psychotherapeuten, die an der Befragung teilnahmen, weniger als die Hälfte (n=17) davon überzeugt sind, dass Zielvereinbarungen mit Patienten deren Therapiemotivation erhöhen und/oder deren Selbstmanagement verbessern können.

Bei den drei übrigen in Abb 3a dargestellten Ergebnissen ist der Anteil der Befragten ohne gültige Antwort deutlich geringer: Die drei betreffenden Aussagen konnten oder wollten jeweils nur acht Befragte nicht beurteilen. Aber auch hinsichtlich dieser drei Aussagen zeigen die Ergebnisse eine eher gemischte Bilanz: Zielvereinbarungen mit Patienten treffen regelmäßig demnach nur 16 („trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“) der insgesamt 38 Befragten – hier resultiert ein Durchschnittswert von 52. Schriftlich dokumentiert werden die Zielvereinbarungen von insgesamt 13 Befragten („trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“) – zusammen mit den anderen Antworten resultiert bei dieser Aussage ein Durchschnittswert von 44. Ähnlich ist die Situation bei der Frage der Überprüfung und ggf. Modifikation der Zielvereinbarungen mit den Patienten (Abb. 3a, erste Säule von rechts): Hier gaben insgesamt 14 Befragte eine ausdrücklich positive Antwort und kreuzten entweder die Kategorie „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“ an, 16 Befragte antworteten explizit negativ („trifft eher nicht zu“ oder „trifft nicht zu“) – hier resultiert ein Durchschnittswert von ebenfalls 44.

Abb. 3b: Zielvereinbarungen (ZV) aus Sicht von Haus- und Fachärzten II (Wertebereich: 100 „trifft voll zu“, 67 „trifft eher zu“, 33 „trifft eher nicht zu“, 0 „trifft nicht zu“)



Eine eher gemischte Bilanz kann man auch im Hinblick auf die in Abb. 3b dargestellten Ergebnisse feststellen. Bei der Aussage „Zielvereinbarungen stellen aus Sicht der Patienten ein wichtiges Element der Behandlung dar“ (Abb. 3b, erste Säule von links) enthielten sich 13 der 38 Befragten einer gültigen, d. h. inhaltlich interpretierbaren Antwort. Von den restlichen 25 Befragten gaben 14 eine positive Antwort („trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“), 11 Befragte eine negative Antwort („trifft nicht zu“ oder „trifft eher nicht zu“) – hier resultiert ein Durchschnittswert von 56. Verhaltener sind die Befragten hinsichtlich der Aussage „die Patienten bemühen sich darum, die Zielvereinbarungen einzuhalten“ (Abb. 3b, mittlere Säule). Hier antworteten nur noch 11 Befragte tendenziell positiv, 12 Befragte tendenziell negativ, während sich 15 Befragte einer Beurteilung enthielten. Ähnlich ist die Antworttendenz bei der Frage, ob Zielvereinbarungen zu gewünschten positiven Gesundheitseffekten führten (Abb. 3b, dritte Säule von rechts): 11 Befragte antworteten positiv bzw. tendenziell positiv, 11 negativ bzw. tendenziell negativ, während 16 Befragte sich eines Urteils enthielten.

Zusammenfassend lässt sich also in Bezug auf die Aussagen zur Bedeutung von Zielvereinbarungen Folgendes feststellen: Interpretiert man den zumeist recht hohen Anteil derer, die sich kein Urteil über die Relevanz von Zielvereinbarungen erlauben können oder wollen, als Zurückhaltung aufgrund fehlender eigener Erfahrungen bzw. fehlenden Anwendungswissens, dann bedeuten die Ergebnisse, dass etwas weniger als die Hälfte der befragten niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten vom guten Sinn und Zweck von Zielvereinbarungen überzeugt ist und/oder diese auch im Praxisalltag anwendet.

Zusammenfassung und Fazit

Bei der Drittbefragung der GK-Leistungspartner wurden einem Teil der Leistungspartner – nämlich den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten – erstmals Fragen dazu gestellt, welche Relevanz sie der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) im Allgemeinen sowie Therapiezielvereinbarungen mit Patienten im Besonderen beimessen und welche Umsetzungsbarrieren sie dabei sehen. Es zeigte sich, dass die Idee der PEF von der ganz überwiegenden Mehrheit der Befragten geteilt wird und weitgehend auch Zuversicht herrscht, dass die PEF geeignet ist, Therapiemotivation und Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten zu steigern. Diese grundsätzlich positive Einstellung zur PEF ist sicherlich eine wichtige – wahrscheinlich die wichtigste – Voraussetzung für die praktische

Umsetzung partizipativen Kommunikationsstils in der eigenen Praxis. Die in unserer Befragung am häufigsten genannte Umsetzungsbarriere ist der hohe Zeitaufwand; deutlich seltener wird die fehlende Kompetenz der Patienten genannt.

Hinsichtlich der Umsetzungsbarrieren bestätigen diese Ergebnisse in groben Zügen die bisherigen Ergebnisse der internationalen Forschung: Laut einer systematischen Übersichtsarbeit zu Barrieren und begünstigenden Faktoren der PEF¹⁰ wurde in den insgesamt 38 ausgewerteten (zumeist qualitativen) Studien von den befragten Ärzten am häufigsten der erhöhte Zeitaufwand als Umsetzungsbarriere genannt. Am zweithäufigsten wurden in der Person des Patienten liegende Hinderungsgründe angegeben (wie z.B. geringe Gesundheits- oder Kommunikationskompetenzen). In diesem Zusammenhang erscheint ein Ergebnis der bisherigen PEF-Forschung höchst interessant: Bislang ist unklar, ob und inwieweit ein höherer Zeitaufwand tatsächlich eine immanente, d. h. notwendige Folge einer stärker partizipativen Arzt-Patient-Kommunikation ist¹¹: In manchen Studien verlängerte sich die Konsultationszeit durch PEF *nicht*,¹² in anderen Studien hingegen schon.¹³

Gemeinsame Therapiezielvereinbarungen zwischen Ärzten und einem Teil der Patienten – den sog. Risikopatienten (s.o.) – stellen für die IVGK eine Institution dar, in der sich die Grundidee der PEF konkret verkörpert. In Bezug auf die Frage, wie die Kinzigtäler Netzärzte Zielvereinbarungen in ihren Praxen anwenden, erhielten wir – wie gezeigt – gemischte Resultate: Die Mehrheit der antwortenden Leistungspartner teilt den Grundsatz, wonach Zielvereinbarungen ein „zielführendes Instrument zur Steigerung der Therapiemotivation der Patienten“ seien. Allerdings widerspricht eine recht starke Minderheit dieser Aussage. Zudem enthält sich ein relativ großer Teil der Befragten einer inhaltlich interpretierbaren Antwort („kann ich nicht beurteilen“). Somit beurteilen letztlich 17 von 38 Befragten Zielvereinbarungen mit Patienten ausdrücklich als wirksames Mittel zur Steigerung der Therapiemotivation von Patienten. Es erscheint daher nur folgerichtig, wenn lediglich 16 Befragte antworten, in ihrer Praxis würden regelmäßig Zielvereinbarungen mit Patienten getroffen und nur 14 Befragte berichten, dass Zielvereinbarungen mit den Patienten regelmäßig überprüft und ggf. modifiziert würden. Zu berücksichtigen ist bei diesen Ergebnissen jedoch, dass die Tendenz zu einer positiven Antwort bei Hausärzten und Psychotherapeuten ausgeprägter ist als bei Fachärzten. Das könnte darauf hindeuten, dass die primären Ansprechpartner der Patienten – nämlich die Ärzte (bzw. Therapeuten) des Vertrauens – Zielvereinbarungen in etwas größerem Umfang praktizieren als es die oben referierten Durchschnittswerte erkennen lassen, denn unter den Ärzten des Vertrauens finden sich wesentlich häufiger Hausärzte als Fachärzte.¹⁴

Achim Siegel, Ulrich Stöbel

¹⁰ Légaré F, Ratté S, Grave K & Graham ID (2008): Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. In: Patient Education and Counseling 73: 526-535.

¹¹ Vgl. Hierzu Simon D & Härter M (2010): Patientenorientierung bei medizinischen Entscheidungen im Krankenhaus. In: Hoefert H-W & Härter M (Hrsg.): Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen usw.: Hogrefe: 229-244.

¹² Siehe die Studien von Loh A, Simon D, Wills C, Kriston L, Niebling W & Härter M (2006): The effects of a shared decision making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial. In: Patient Education and Counseling 67: 324-332, sowie von Hamann J, Langer B, Wikler V, Busch R, Cohen R, Leucht S & Kissling W (2006): Shared decision making for in-patients with schizophrenia. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 114: 265-273.

¹³ So z. B. bei Whelan T, Sawka C, Lewine M, Gafni A, Reyno L, Whyllan A et al. (2003): Helping patients make informed choices: A randomized trial of a decision aid for adjuvant chemotherapy in lymph node-negative breast cancer. In: Journal of the National Cancer Institute 95 (3): 581-587.

¹⁴ Legt man nur die Antworten der befragten Hausärzte und Psychotherapeuten auf die in Abb. 2a und 2b dargestellten Fragen zugrunde, so ergeben sich z. B. folgende Durchschnittswerte: (1) regelmäßig Zielvereinbarungen gemeinsam mit Patienten getroffen: 56 Punkte (Durchschnittswert bei allen Befragten: 52 Punkte); (2) Zielvereinbarungen schriftlich dokumentiert: 53 Punkte (Durchschnittswert bei allen Befragten: 44 Punkte); Zielvereinbarungen gemeinsam mit Patienten überprüft und ggf. angepasst: 49 Punkte (Durchschnittswert bei allen Befragten: 44 Punkte).

Analyse der Kooperationsbeziehungen unter den niedergelassenen IVGK-Netzärzten – erste Ergebnisse des *kreanets*-Projekts des Geographischen Instituts der Universität Heidelberg

Fragestellungen der Fallstudie „Kooperationsbeziehungen der Netzwerk-Ärzte im Kinzigtal“ im Rahmen des *kreanets*-Projekts

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Verbund-Projekt *kreanets* untersucht die Frage, welche Faktoren zu einer Stärkung von Unternehmensnetzwerken beitragen (www.kreanets.com). Ein Schwerpunkt der Untersuchungen liegt auf dem Gesundheitswesen; dabei stehen vor allem Ärztenetze im Fokus des Interesses. Das hier vorgestellte Projekt wird von Prof. Dr. Johannes Glückler (Universität Heidelberg, Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialgeographie) und den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Waltraud Dehning und Schila Németh durchgeführt.

Seit einigen Jahren stehen Ärztenetze als eine mögliche Kooperationsform im Mittelpunkt der Diskussion über Netzwerke im Gesundheitswesen. Die Initiatoren des *kreanets*-Projekts starteten im Frühjahr 2009 ihr Projekt mit einer explorativen Fallstudie zu den Kooperationsbeziehungen der niedergelassenen ärztlichen Leistungspartner der Gesundes Kinzigtal GmbH. Untersucht wurde dabei unter anderem die Frage, in welchem Maße die Kooperationen der niedergelassenen Netzärzte im Kinzigtal sich auf die übrigen IVGK-Leistungspartner konzentrieren bzw. in welchem Ausmaß auch Kooperationsbeziehungen mit Kollegen außerhalb des IVGK-Netzes bestehen.

Befragt wurden im Frühjahr 2009 alle damals niedergelassenen ärztlichen Leistungspartner der Gesundes Kinzigtal GmbH. Von 43 angeschriebenen Ärzten antworteten 31 (Antwort-Rate: 72%); darunter waren 15 Hausärzte und 16 Fachärzte. Auf den Antworten dieser 31 Ärzte basieren die folgenden Ergebnisse. Die Fragen bezogen sich dabei auf das Kooperationsverhalten im Kalenderjahr 2008.

Ausgewählte Ergebnisse der Fallstudie zum Kinzigtaler Ärztenetz

Im Folgenden referieren wir erste Ergebnisse der *kreanets*-Studie in Bezug auf die erste der oben erwähnten Forschungsfragen, d. h. auf die Frage, in welchem Maße sich die Kooperationsbeziehungen der niedergelassenen Netzärzte im Kinzigtal sich auf die übrigen Netzärzte oder aber auf nicht zum Netz gehörende (d. h. netzexterne) Ärzte im Kinzigtal konzentrieren.

Netzwerkstruktur zeigt sich vor allem bei der patientenbezogenen Kooperation

Den befragten Ärzten wurden vier verschiedene Fragen gestellt, die ihre Kooperation mit allen anderen im Kinzigtal niedergelassenen Ärzten betrafen. Im fraglichen Zeitraum (Kalenderjahr 2008) gab es in der Region Kinzigtal unter den niedergelassenen Ärzten insgesamt 43 IVGK-Netzärzte und 64 netzexterne Ärzte. Drei Fragen bezogen sich auf die patientenbezogene Kooperation. Dabei wurde gefragt,

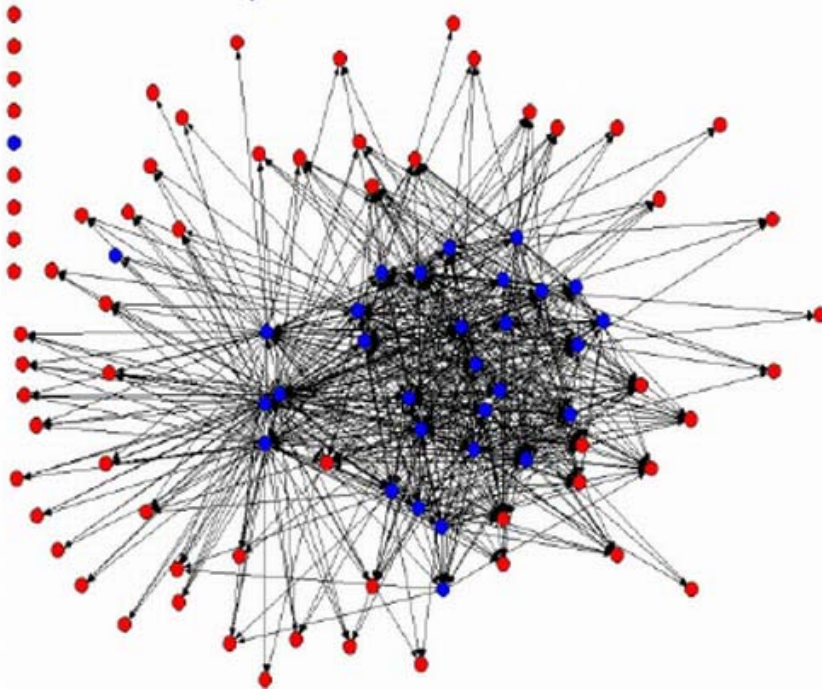
- an welche der anderen Ärzte im Jahr 2008 eigene Patienten überwiesen wurden,
- von welchen anderen Ärzten man selbst Befunde erhielt und
- mit welchen dieser anderen Kollegen man sich im Jahr 2008 fallspezifisch in Telefonaten, in schriftlicher Form oder in Fallkonferenzen austauschte.

Eine weitere Frage bezog sich auf die rein praxisbezogene Kooperation. Hier wurde gefragt, mit welchen anderen Ärzten man im Jahr 2008 in Form von Urlaubsvertretungen, Raum- oder Personal-Sharing oder in Form eines gemeinsamen Geräteinkaufs oder gemeinsamer Gerätenutzung kooperierte.

Die patientenbezogenen Kooperationsbeziehungen der 31 befragten IVGK-Netzärzte werden in Abb. 1 illustriert, ihre rein praxisbezogenen Kooperationsbeziehungen in Abb. 2. Dabei sind zum IVGK-Netz gehörende Ärzte jeweils als blaue Punkte dargestellt, externe Ärzte als rote Punkte. Ein Pfeil illustriert, ob zwischen einem gegebenen Netzarzt (Ausgangspunkt eines Pfeils) und einem

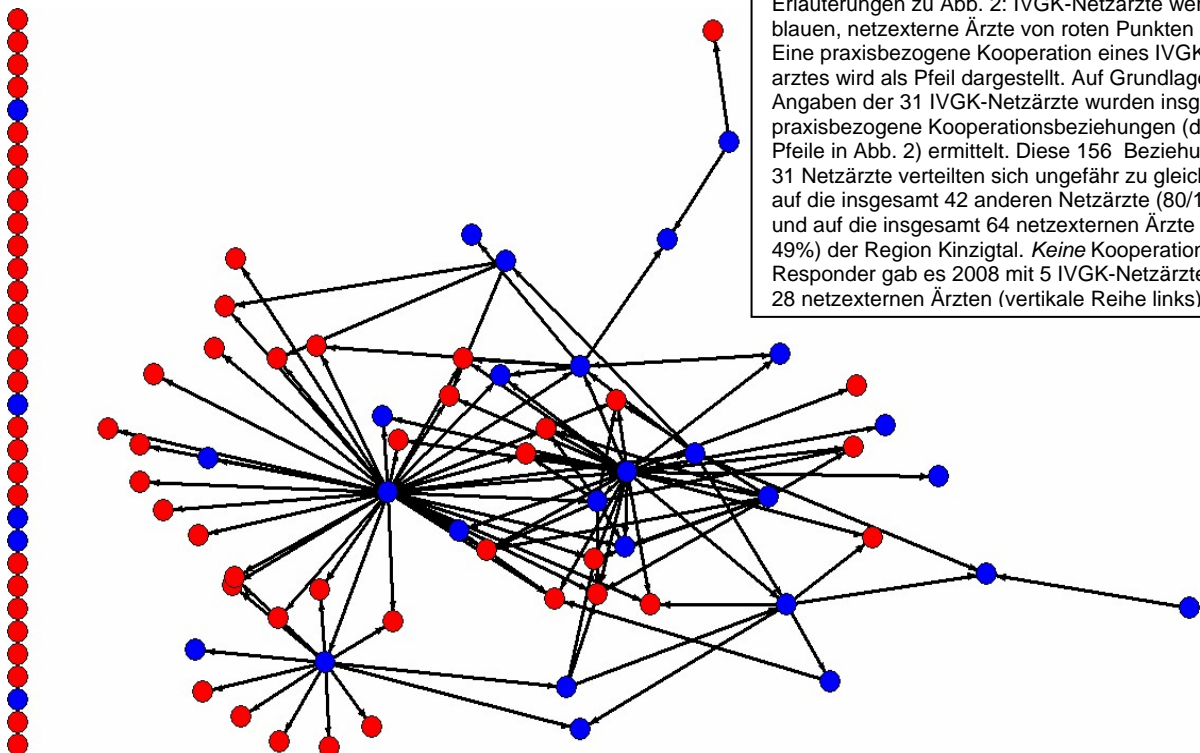
anderen niedergelassenen Arzt im Kinzigtal (Zielpunkt eines Pfeils) eine oder mehrere patientenbezogene Kooperation(en) im Jahr 2008 stattfand(en) (Abb. 1) bzw. eine oder mehrere rein praxisbezogene Kooperationen erfolgten (Abb. 2). Die Pfeile geben die Richtung der Nennungen an.

Abb. 1: Patientenbezogene Kooperationsbeziehungen (Überweisungen und/oder Befunderhalt und/oder fallspezifischer Austausch) der mit der IVGK kooperierenden niedergelassenen Ärzte 2008



Erläuterungen zu Abb. 1: IVGK-Netzärzte werden von blau markierten Punkten, netzexterne Ärzte von rot markierten Punkten dargestellt. Eine patientenbezogene Kooperationsbeziehung eines antwortenden IVGK-Netzarztes wird als Pfeil dargestellt, wobei der Pfeil die Richtung der Nennung zeigt. Auf Grundlage der Angaben der 31 IVGK-Netzärzte wurden insgesamt 951 patientenbezogene Kooperationsbeziehungen (d.h. 951 Pfeile) ermittelt. Diese 951 patientenbezogenen Kooperationsbeziehungen der 31 antwortenden IVGK-Netzärzte verteilen sich deutlich stärker auf die insgesamt 42 anderen Netzärzte ($588/951=62\%$) als auf die 64 netzexternen Ärzte ($363/951=38\%$) in der Region Kinzigtal. *Keine* patientenbezogenen Kooperationen der 31 Responder gab es 2008 mit 1 IVGK-Netzarzt und mit 8 netzexternen Ärzten (vertikale Reihe links außen, ohne Verbindungspfeile).

Abb. 2: Praxisbezogene Kooperationsbeziehungen (Urlaubsvertretung und/oder Personal- oder Raum-Sharing, gemeinsamer Geräteeinkauf bzw. -nutzung) der mit der IVGK kooperierenden niedergelassenen Ärzte im Jahr 2008



Erläuterungen zu Abb. 2: IVGK-Netzärzte werden von blauen, netzexterne Ärzte von roten Punkten dargestellt. Eine praxisbezogene Kooperation eines IVGK-Netzarztes wird als Pfeil dargestellt. Auf Grundlage der Angaben der 31 IVGK-Netzärzte wurden insgesamt 156 praxisbezogene Kooperationsbeziehungen (d.h. 156 Pfeile in Abb. 2) ermittelt. Diese 156 Beziehungen der 31 Netzärzte verteilen sich ungefähr zu gleichen Teilen auf die insgesamt 42 anderen Netzärzte ($80/156=51\%$) und auf die insgesamt 64 netzexternen Ärzte ($76/156=49\%$) der Region Kinzigtal. *Keine* Kooperationen der 31 Responder gab es 2008 mit 5 IVGK-Netzärzten und mit 28 netzexternen Ärzten (vertikale Reihe links).

Beim Vergleich der in Abb. 1 und Abb. 2 illustrierten Kooperationsstrukturen fällt Folgendes auf: Im Fall der patientenbezogenen Kooperationsbeziehungen der IVGK-Netzärzte (Abb. 1) bestehen deutlich mehr Kooperationsbeziehungen eines antwortenden Netzarztes zu den jeweils 42 anderen Netzärzten (nämlich 588 von 951 insgesamt genannten Kooperationsbeziehungen, d. h. 62%) als zu den insgesamt 64 netzexternen Kollegen in der Region (363 von insgesamt 951 Kooperationsbeziehungen, d.h. 38%). Dies wird in Abb. 1 gut veranschaulicht: Zwischen den blau markierten Punkten untereinander (d. h. zwischen den Netzärzten untereinander) bestehen deutlich mehr Pfeile (d. h. Kooperationsbeziehungen) als zwischen den blau markierten und den rot markierten Punkten (d.h. zwischen Netzärzten und netzexternen Ärzten).

Die Verteilung der Kooperationsbeziehungen zugunsten der netzinternen Kollegen existiert hingegen im Fall der rein praxisbezogenen Kooperationsbeziehungen *nicht* in vergleichbarem Ausmaß. Bei der praxisbezogenen Kooperation – siehe Abb. 2 – verteilen sich die Kooperationsbeziehungen zu den übrigen 42 Netzärzten (80 von 156 insgesamt genannten Kooperationsbeziehungen, d. h. 51%) und die Beziehungen zu den insgesamt 64 netzexternen Kollegen in der Region (76 von insgesamt genannten 156 Beziehungen, d.h. 49%) annähernd gleich; d. h. im Fall der praxisbezogenen Kooperation dominiert die Kooperation mit netzinternen Kollegen bei weitem nicht in dem Ausmaß wie im Fall der patientenbezogenen Kooperation. Das bedeutet also, dass die IVGK-Netzärzte ihre *patientenbezogenen* Kooperationen deutlich stärker auf Mitglieder des IVGK-Netzwerks konzentrieren als die rein *praxisbezogenen* Kooperationen. Umgekehrt formuliert: Der Netzwerkcharakter der IVGK kommt also in erster Linie in den patientenbezogenen Kooperationen der Netzärzte zum Ausdruck. Für die rein praxisbezogenen Kooperationen der Netzärzte ist das IVGK-Netzwerk nicht von einer derart herausragenden Bedeutung.

Zusammenfassung

Die explorative Fallstudie des *kreanets*-Projekts hat ein wichtiges Merkmal des mit der IVGK kooperierenden Ärztenetzes im Kinzigtal aufgezeigt: Das Ärztenetz tritt als Netz vor allem in Form einer verstärkten patientenbezogenen Kooperation in Erscheinung: Überweisungen von Patienten, gesendete oder erhaltene Befunde oder fallspezifische Informations- und Austauschbeziehungen werden wesentlich häufiger mit zum Netzwerk gehörenden Kollegen unternommen als mit netzexternen Kollegen. Das Netzwerk grenzt sich also deutlich von seinem Umfeld ab, indem es die patientenbezogene Kooperation intern konzentriert.

Eine weiterer interessanter Aspekt des *kreanets*-Projekts ist die Frage, ob und inwieweit die im Fall der IVGK gefundenen Kooperationsmuster auch bei erst im Aufbau befindlichen Ärztenetzen – wie z.B. der „ZweiTäler Ärzte- und Psychotherapeuten Gemeinschaft“ (ZWÄG) Elztal im Breisgau – bestehen. Erste Ergebnisse zu dieser Frage müssen jedoch einer späteren Ausgabe des EKIV-Newsletter vorbehalten bleiben.

Schila Németh, Waltraud Dehning, Achim Siegel

Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (Stand: 09. 08. 2011)

Eingeschriebene Versicherte insgesamt	7.612 *
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	7.184*
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	428*

* verstorbene, verzogene oder aus anderen Gründen ausgetretene Mitglieder (AOK: n=711, LKK: n=35) sind hier wie im Folgenden *nicht* berücksichtigt.

Anzahl der Risikopatienten	4.927
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	4.607
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	322

Teilnehmer an einzelnen IVGK-Gesundheitsprogrammen¹⁵ und an erweiterten Disease Management Programmen (DMPs)	Teilnehmer
AGil (Aktive Gesundheitsförderung älterer Menschen im Kinzigtal)	511
Rauchfreies Kinzigtal (Rauchentwöhnungsprogramm)	163
Starkes Herz (Behandlung/Prävention von Herzinsuffizienz)	73
Gesundes Gewicht (Programm zur Diabetes-Prävention)	159
Starke Muskeln – feste Knochen (Osteoporoseprävention)	633
Psychotherapie Akut (Programm zur Frühintervention bei psychischen Krisen)	229
Gesundheitspass	761
Ärzte plus Pflege (spez. med.-pfl. Versorgung von Senioren in Pflegeheimen)	90
Sozialer Dienst (spez. Beratung durch Sozialarbeiter auf Anfrage bzw. Empfehlung des Arztes)	122
Ernährungsberatung durch Beraterinnen der AOK	64
Spezielle Sturzprophylaxe	93
Vereinssport-Mitgliedschaft (mit Gutschein)	139
Medifalter (patientenbezogene verblisterte Arzneimittel)	104
Besser gestimmt (Depression; seit August 2010)	20
Spezielle Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (Amblyopie, U10 + U11)	427
Vortragsreihe in der Geschäftsstelle (Teilnehmer seit 2009)	1.948
DMP Diabetes mellitus Typ II	898
DMP KHK	294
DMP Brustkrebs	15
DMP Asthma	115
DMP COPD	170

(Fortsetzung nächste Seite)

¹⁵ Weitere Informationen zu den Gesundheitsprogrammen finden Sie unter http://patienten.gesundes-kinzigtal.de/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=39

IVGK-Leistungspartner insgesamt	82
- Hausärzte ¹⁶	22
- Fachärzte ¹⁷	22
- Kinderärzte	5
- Psychotherapeuten	4
- Kliniken	6
- Physiotherapeuten	7
- Pflegeheime	11
- ambulante Pflegedienste	4
- sozialtherapeutische Dienste	1
IVGK-Kooperationspartner insgesamt	46
- Apotheken	16
- kooperierende Vereine	24
- Fitness-Studios	6

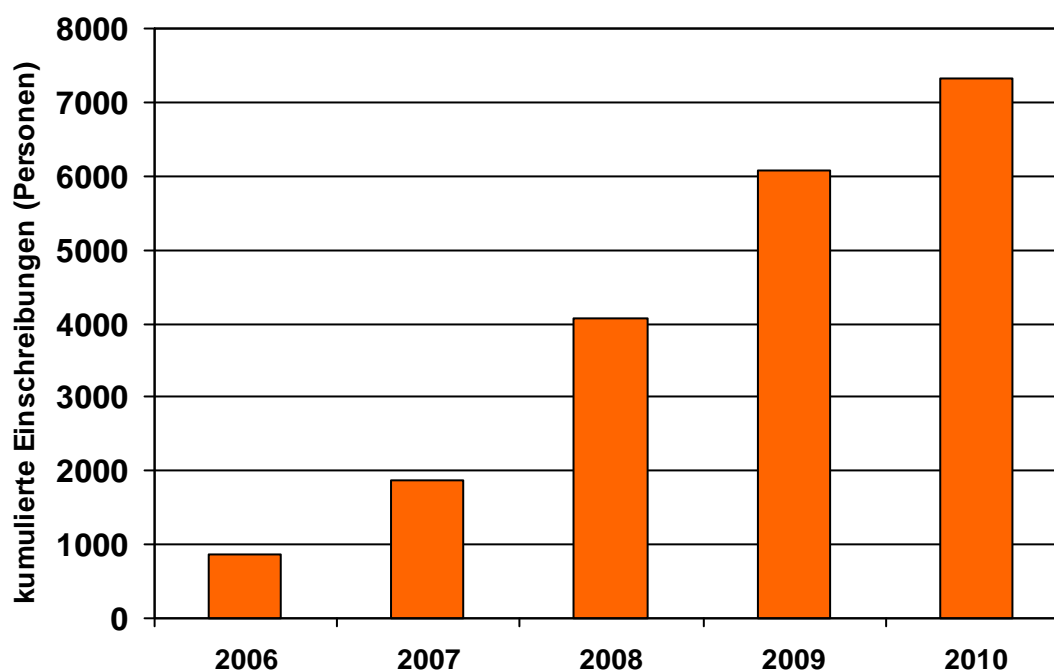
¹⁶ Ein Hausarzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

¹⁷ Ein Facharzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

Die Mitgliederentwicklung der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) im Jahr 2010

Auch im Jahr 2010 ist die Zahl der in die IVGK eingeschriebenen Versicherten gewachsen, wie aus der folgenden Abbildung 4 hervorgeht: Wurden am 31. Dezember 2009 noch 6.064 IV-Versicherte im Kinzigtal gezählt, so waren es ein Jahr später 7.311 Personen. Das entspricht einem Zuwachs von 1247 Personen oder 20,56%. Zwar hat das Wachstumstempo im Vergleich zu den beiden Vorjahren etwas abgenommen, wie Abb. 4 zeigt. Erfreulich aus Sicht der Gesundes Kinzigtal GmbH ist jedoch, dass die IVGK weiterhin im zweistelligen Prozentbereich gewachsen ist.

Abb. 4: Mitgliederzahl (kumulierte Einschreibungen¹⁸) der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal nach Jahren



Das Jahr 2010 brachte dabei eine leichte Verschiebung der sozio-demographischen Struktur des IVGK-Mitgliederbestands: Im Jahr 2010 schrieben sich junge Menschen und Männer überproportional häufig ein: Der Anteil der Mitglieder, die 0 bis 19 Jahre alt waren, betrug am 31. 12. 2009 noch 28,6%. Am 31. 12. 2010 war der entsprechende Anteil auf 33,3 % gestiegen. Der Männeranteil an den IVGK-Mitgliedern stieg von 45,6 % (31. 12. 2009) leicht auf 46,1 % (31. 12. 2010).

Wer mehr über die Entwicklung der IVGK lesen möchte, ist herzlich eingeladen, sich den aktuellen Jahresbericht 2010 der Gesundes Kinzigtal GmbH herunterzuladen:

http://gesundes-kinzigtal.de/images/stories/Bilder/Download/gk_jahresbericht_2010_web.pdf.

¹⁸ Die hier abgebildeten Einschreibe-Zahlen verstehen sich als „Netto-Zahlen“, d. h. verstorbene, verzogene oder aus anderen Gründen ausgetretene Mitglieder sind nicht enthalten. Aus diesem Grund unterscheiden sich die in Abb. 1 illustrierten Zahlen der Jahre 2006 bis 2009 von den im EKIV-Newsletter 1/2010 referierten Ergebnissen – diese enthielten noch die in diesen Jahren verstorbenen, verzogenen oder aus anderen Gründen ausgetretenen Mitglieder. (Vgl. EKIV-Newsletter 1/2010: http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2010-1.pdf, S. 13.)