



EKIV-Newsletter 1/2012

Rundbrief der
Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung (EKIV)

an der Abteilung für Medizinische Soziologie
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hebelstr. 29
79104 Freiburg

ekiv@medsoz.uni-freiburg.de
<http://www.ekiv.org>

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

Unsere Themen:

- Editorial
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*: EKIV-Evaluationsbericht 2011 steht zum Download bereit
- Externe Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*: Ergebnisse der Erst-, Zweit- und Drittbefragung der Leistungspartner im Vergleich (PeGL-Projekt), Teil III
- Externe Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*: Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten 2004-08 – Kennziffern und Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Patienten mit Osteoporose
- Interne Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*: Evaluation des Programms *Starke Muskeln – feste Knochen*: Ergebnisse eines Matched-Pairs-Vergleichs
- Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*

Editorial

Im Frühsommer dieses Jahres ist der EKIV-Evaluationsbericht zum Jahr 2011 erschienen! Er enthält Zusammenfassungen des aktuellen Stands der externen Evaluationsprojekte zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*. Auf Seite 3 stellen wir Ihnen den Link zur Verfügung, unter dem Sie den Bericht herunterladen können.

In den beiden letzten Ausgaben des EKIV-Newsletters (2/2011 und 3/2011) referierten wir ausgewählte Ergebnisse der drei bisherigen Leistungserbringer-Befragungen aus den Jahren 2008, 2009 und 2010. Diese Berichterstattung setzen wir in der heutigen Ausgabe mit dem dritten und letzten Teil fort: Wir berichten, inwieweit die befragten Leistungserbringer insgesamt mit der IVGK zufrieden sind und ob sie seit Gründung der IVGK Fortschritte in puncto Informationsaustausch und Kooperation mit anderen Praxen/Versorgungsinstitutionen feststellen. Dies lesen Sie auf den Seiten 4 bis 7.

Auf den Seiten 8 bis 11 stellen wir ausgewählte aktuelle Ergebnisse der ÜUF-Studie vor: Die ÜUF-Studie – das Akronym steht für „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ – war bereits mehrfach Thema in früheren Ausgaben des EKIV-Newsletters. In der ÜUF-Studie wird die Versorgungsqualität im Kinzigtal über einen längeren Zeitraum (2004-2011) mit der Versorgungsqualität im übrigen Baden-Württemberg verglichen. In der heutigen Ausgabe stellen wir Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Patienten mit Osteoporose dar, und zwar für den Zeitraum 2004-08.

Die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) wird nicht nur durch *externe* Studien evaluiert. Es gibt auch eine umfangreiche *interne* Evaluation. So werden Effektivität und Effizienz vieler einzelner IVGK-Gesundheitsprogramme von Mitarbeitern der Optimedis AG evaluiert. In der vergangenen Ausgabe des EKIV-Newsletters erläuterten die Optimedis-Mitarbeiter Timo Schulte und Alexander Pimperl die methodischen Grundlagen, auf denen die meisten der von der Optimedis AG betriebenen Evaluationsstudien beruhen. In der heutigen Ausgabe – auf den Seiten 12 bis 14 – werden inhaltliche Ergebnisse berichtet: Analysiert werden die wirtschaftlichen Auswirkungen des Osteoporose-Programms „Starke Muskeln, feste Knochen“. Diese interne Evaluationsstudie beruht auf GKV-Routinedaten der Jahre 2004 bis 2010; sie kommt zu dem Ergebnis, dass die Programmteilnahme in den ersten sechs Monaten nach Programmstart zu deutlich erhöhten Deckungsbeiträgen führt – vor allem durch die Verringerung von Krankenhausaufenthalten z.B. aufgrund von Frakturen.

Fragen oder Anregungen zum EKIV-Newsletter freuen uns sehr. Ihre Email an info@ekiv.org oder ekiv@medsoz.uni-freiburg.de beantworten wir gerne.

Herzliche Grüße,
Achim Siegel & Ulrich Stößel

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

EKIV-Evaluationsbericht des Jahres 2011 steht zum Download bereit

Seit Frühsommer dieses Jahres ist unser Kurzbericht zur Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal (IVGK)* 2011 online verfügbar. In diesem Bericht geben wir einen Überblick zum aktuellen Stand der Projekte, mit denen die IVGK extern evaluiert wird (Stand: Dezember 2011). 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 36 Seiten umfassende Bericht kann unter folgendem Link heruntergeladen werden:

http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Evaluationsbericht_2011_Kurzfassung_FINAL_2012-06-30.pdf

Über folgende Einzelprojekte wird berichtet:

- **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.

Achim Siegel, Ulrich Stöbel

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

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

In den Ausgaben 2/2011 und 3/2011 des EKIV-Newsletters haben wir über erste Ergebnisse der Drittbefragung der IVGK-Leistungspartner berichtet und die Ergebnisse der Drittbefragung mit den Ergebnissen der beiden vorhergehenden Befragungen verglichen. Themen unserer bisherigen Analysen waren

- der allgemeine und subgruppenspezifische Rücklauf bei der Drittbefragung,
- die Einstellungen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) und zu Therapiezielvereinbarungen zwischen Arzt/Therapeut und Patient,
- die Bewertungen der die IVGK tragenden Organisationen (Gesundes Kinzigtal GmbH, Ärztlicher Beirat, AOK und LKK Baden-Württemberg) aus Sicht der Leistungspartner sowie
- Kenntnis der IVGK-Gesundheitsprogramme, Vermittlung von Patienten in diese Programme und Einschätzung der Beliebtheit der Programme durch die Leistungspartner.

In der heutigen Ausgabe wollen wir das Augenmerk auf zwei weitere Aspekte legen: zum einen auf drei Indikatoren der globalen Zufriedenheit der Leistungspartner mit der IVGK, zum anderen auf die Frage, inwieweit die Leistungspartner seit Beginn der IVGK stärker mit anderen Leistungspartnern kooperieren und inwiefern sich Vernetzung und Informationsaustausch mit anderen Leistungspartnern positiv entwickelt haben.

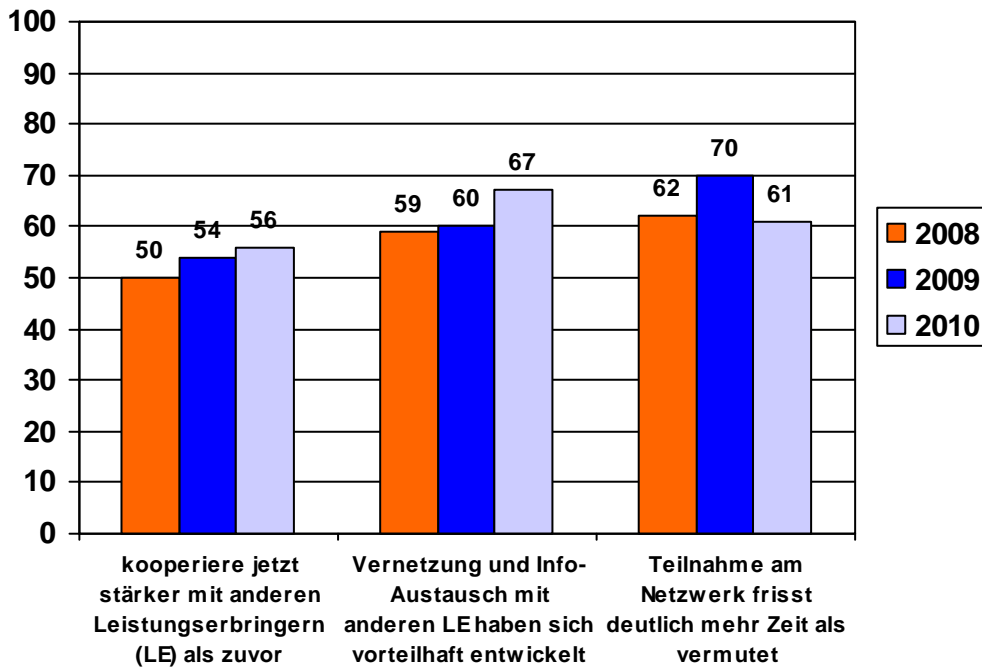
Das Evaluationsprojekt „Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer“ wird geleitet von Dr. Matthias Nübling (GEBmbH – Gesellschaft für empirische Beratung, Denzlingen). Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind den drei bisherigen Projektberichten entnommen.¹

Entwicklung der Kooperation und des Informationsaustauschs mit anderen Leistungspartnern aus Sicht der IVGK-Leistungspartner

Ein wesentliches Ziel integrierter Versorgungssysteme ist ein effektiverer Informationsaustausch und eine intensivere Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer über Fachgrenzen und Sektoren hinweg. Zu diesem Aspekt wurden den Leistungspartnern bei allen drei bisherigen Befragungen verschiedene Fragen gestellt. Die wichtigsten Ergebnisse hierzu sind in Abb. 1 illustriert (nächste Seite).

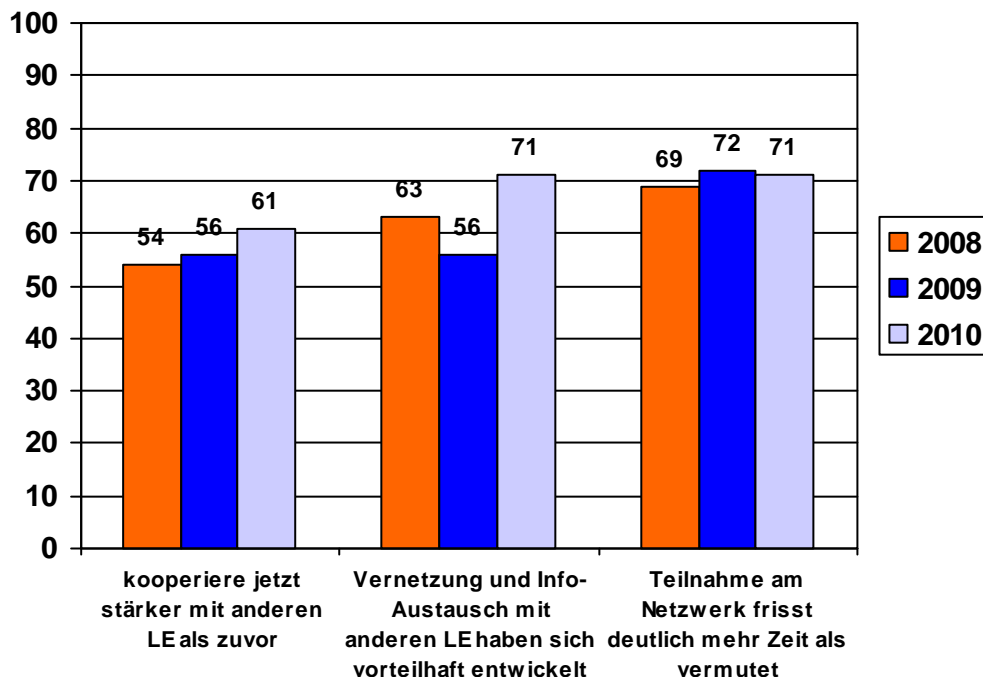
¹ Siehe Nübling M (2008): Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal*, Evaluationsmodul IV, Teilprojekt 2: Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer. Bericht zur ersten Befragung der Leistungserbringer (Projektbericht, uv. Ms.); Nübling M (2009): Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal*, 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.).

Abb. 1: Entwicklung von Informationsaustausch und Kooperation aus Sicht der Leistungspartner (Punktwerte: 100 „stimme voll zu“; 67 „stimme eher zu“; 33 „stimme eher nicht zu“; 0 „stimme nicht zu“)



Die beiden Aussagen zu Kooperation bzw. Vernetzung und Informationsaustausch in Abb. 1 signalisieren eine moderate Tendenz zu einer stärkeren Kooperation der Leistungspartner. Demgegenüber scheint die bis 2009 zunehmende Tendenz eines „unerwartet“ hohen Zeitaufwands (Zustimmung zur Aussage „die Teilnahme am Netzwerk frisst deutlich mehr Zeit als vermutet“) vorerst gestoppt: Die durchschnittliche Zustimmung zu dieser Aussage stieg lediglich von 2008 auf 2009 (von 62 auf 70 Punkte). Diese drei Tendenzen haben auch dann Bestand, wenn man nur die Antworten jener 20 Leistungspartner berücksichtigt, die an allen bisherigen Befragungen teilgenommen haben (Abb. 2).

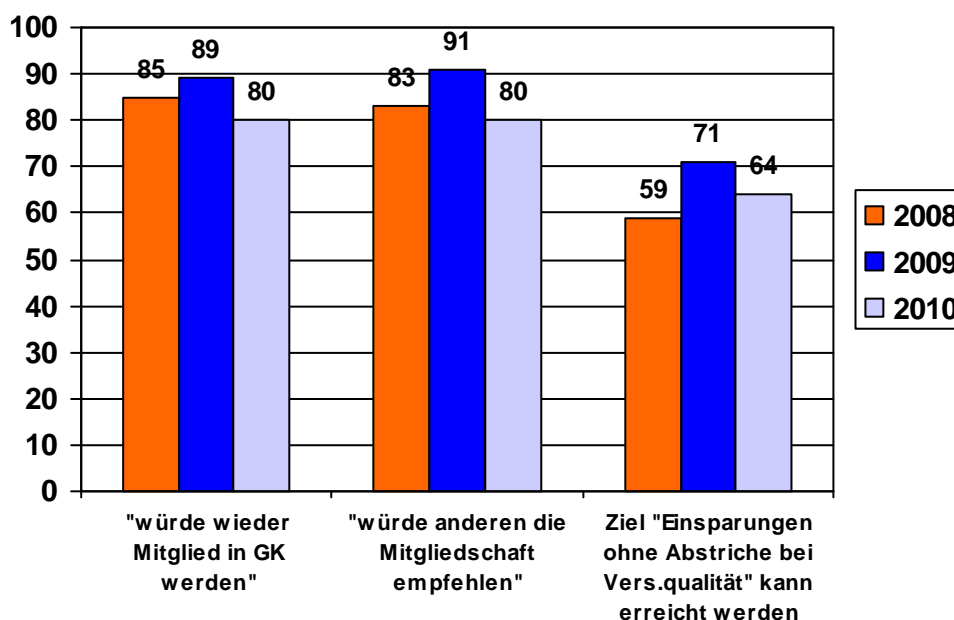
Abb. 2: Entwicklung von Informationsaustausch und Kooperation aus Sicht der Leistungspartner (N=20), die an allen bisherigen Befragungen teilgenommen haben (Punktwerte: 100 „stimme voll zu“; 67 „stimme eher zu“; 33 „stimme eher nicht zu“; 0 „stimme nicht zu“)



Indikatoren der Gesamtzufriedenheit mit der IVGK in den drei bisherigen Befragungen im Vergleich

Abb. 3 gibt verschiedene Aspekte der Gesamtzufriedenheit mit der IVGK wieder. Bereits bei der Befragung im Jahr 2008 ernteten die Aussagen „ich würde wieder Mitglied in GK werden“ (85 Punkte) und „ich würde anderen die Mitgliedschaft empfehlen“ (83 Punkte) überragende Zustimmungswerte. Bei der Befragung im Jahr 2009 wurden diese Werte mit 89 bzw. 91 Punkten sogar noch übertroffen (Abb. 3). Bei der Befragung im Jahr 2010 gingen die Werte wieder zurück und befanden sich geringfügig unter dem Niveau aus dem Jahr 2008 (80 Punkte). Damit sind sie allerdings noch immer auf einem sehr hohen Niveau, denn rund 94 % der antwortenden Leistungspartner würden „wieder Mitglied in GK werden“, d.h. 94 % beantworteten die Frage mit „sicher ja“ (entspricht 100 Punkten) oder mit „eher ja“ (entspricht 67 Punkten). Ein genauso hoher Prozentsatz – nämlich 94 % - würde „anderen die Mitgliedschaft empfehlen“, d.h. 94 % antworteten hier entweder „sicher ja“ oder „eher ja“.

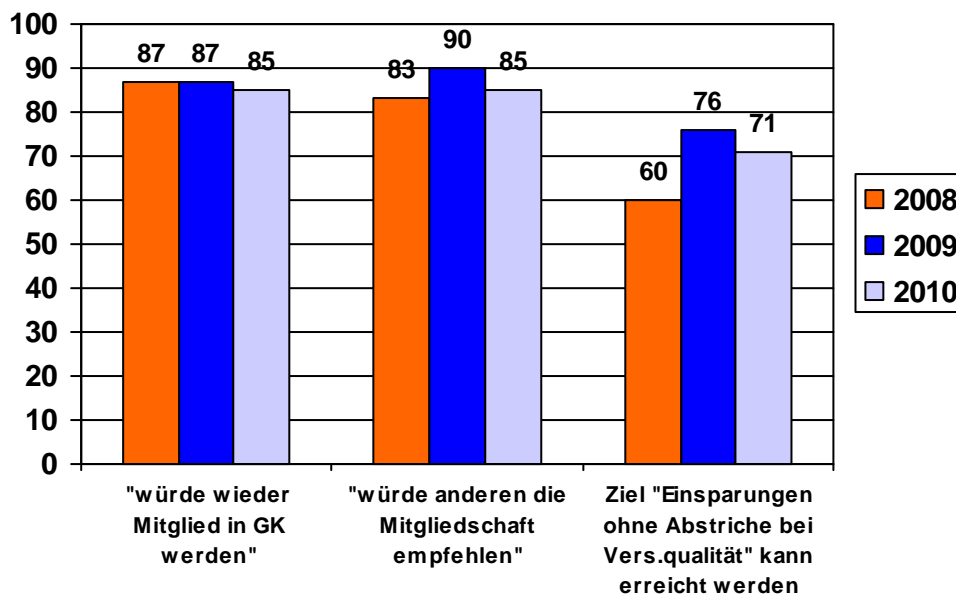
Abb. 3: Zufriedenheit mit dem bisherigen Projektverlauf (Punktwerte: 100 „sicher ja“; 67 „eher ja“; 33 „eher nein“; 0 „sicher nein“)



Eine ähnliche Entwicklung nahm die Zustimmung zur Aussage „das Ziel ‚Einsparungen ohne Abstriche bei der Versorgungsqualität‘ kann – soweit ich das sehen kann – erreicht werden.“ Hier drückte die noch etwas verhaltene Zustimmung im Jahr 2008 (59 Punkte) noch eine „Rest-Skepsis“ vieler IVGK-Leistungspartner gegenüber dem Hauptziel des integrierten Versorgungssystems aus. Im Jahr 2009 wich diese „Rest-Skepsis“ zusehends; zur Zeit der Drittbefragung im Jahr 2010 war sie wieder etwas stärker vorhanden (64 Punkte), ohne jedoch das Niveau aus dem Jahr 2008 zu erreichen (59 Punkte).

Die analogen Ergebnisse für diejenigen Leistungspartner, die an allen bisherigen Befragungen teilgenommen haben (Abb. 4), zeigen bei allen genannten Indikatoren der Gesamtzufriedenheit einen etwas geringeren Rückgang von 2009 auf 2010 als es in der Gesamtgruppe der Befragten der Fall ist. Zudem ist das Niveau der Zufriedenheitsindikatoren in dieser Teilgruppe 2010 durchweg etwas höher als in der Gesamtgruppe.

Abb. 18: Zufriedenheit mit dem bisherigen Projektverlauf bei den Befragten (N=20), die an allen bisherigen Befragungen teilgenommen haben (Punktwerte: 100 „sicher ja“; 67 „eher ja“; 33 „eher nein“; 0 „sicher nein“)



Zusammenfassung und Fazit

Bei der Drittbefragung im Jahr 2010 wurden allen Leistungspartnern der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) erneut Fragen zur Gesamtbewertung des IVGK-Projekts gestellt. Die Zufriedenheit der Leistungspartner mit der IVGK ist bislang relativ hoch: 94 % der bei der Drittbefragung im Jahr 2010 antwortenden Leistungspartner würden wieder in die IVGK eintreten (Antwort „sicher ja“ oder „eher ja“), wenn sie noch einmal vor der Wahl stünden. Ein genauso hoher Prozentsatz würde auch anderen Kollegen empfehlen, Leistungspartner zu werden. Ein ähnlich positives Fazit kann man im Hinblick auf die zweite der referierten Forschungsfragen ziehen: Ein im Zeitverlauf steigender Anteil der antwortenden Leistungspartner kooperiert nach eigener Einschätzung „stärker mit anderen Leistungserbringern“ als vor dem Start der IVGK, und ein wachsender Anteil der Leistungspartner stellt fest, dass seit dem Start der IVGK „Vernetzung und Informationsaustausch sich positiv entwickelt“ haben.

Achim Siegel, Ulrich Stößel

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

Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten 2004-08: Indikatoren zur Versorgung von Patienten mit Osteoporose

Die PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln evaluiert – wie mehrfach im EKIV-Newsletter thematisiert¹ – die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) auf Basis von GKV-Routinedaten. Geleitet wird das Evaluationsprojekt von Frau Dr. Ingrid Schubert. Der jüngste Zwischenbericht ist im Herbst 2011 erschienen; er basiert auf den Daten der Beobachtungsjahre 2004-08. Aus diesem Zwischenbericht stellen wir heute Kennziffern und Qualitätsindikatoren zur Ziel-Indikation Osteoporose vor.

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

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

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

Bei vergleichenden Analysen von Qualitätsindikatoren, Kennziffern und Prävalenzen wird die für das übrige Baden-Württemberg repräsentative Kontrollstichprobe („Stichprobe BW“) stets hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten aus der Region Kinzigtal, sofern nicht anders angegeben. Bei allen Vergleichen im Zeitverlauf gilt das letzte zur Gänze interventionsfreie Kalenderjahr 2004 als Basisjahr; die darauf folgenden Beobachtungsjahre (2005ff) gelten hingegen als Jahre mit zunehmend intensiverer Intervention durch die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK).

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

In die Untersuchung einbezogen wurden grundsätzlich nur AOK- bzw. LKK-Versicherte, die in einem Beobachtungsjahr durchgängig versichert waren bzw. verstarben. Versicherte, die unterjährig die Kasse wechselten, wurden also im Jahr ihres Wechsels nicht berücksichtigt. Da die Fallzahlen der LKK-Versicherten bei indikationsspezifischen Kennziffern sehr gering sind – zumal wenn zusätzlich nach IV-Versichertenstatus unterschieden wird –, referieren wir im Folgenden nur Ergebnisse, die sich auf die AOK-Versicherten beziehen. Für die Auswahl und Interpretation der hier referierten Ergebnisse sind die Autoren des EKIV-Newsletters verantwortlich.

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

² Siehe ebd.

³ Die Ergebnisse sind dem folgenden Projektbericht entnommen: PMV forschungsgruppe (2011): Zwischenbericht 2004-2008 für *Gesundes Kinzigtal* GmbH, hier: AOK-Daten. Evaluationsmodul der IVGK „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“. Zwischenbericht mit Status-Quo-Daten für 2004 sowie Analyse der Jahre 2005-08.

Administrative Prävalenz der Osteoporose

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

Tab. 1: Anteil der AOK-Versicherten mit Osteoporose

Jahr	Osteoporose: epidemiologisch sichere Fälle								
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW*	Kinzigt.	stand.BW*
2004	275	7,3	943	3,9	4,4	5,3	5,0	100	100
2005	310	8,1	970	4,0	4,5	5,5	5,0	104	100
2006	334	8,5	955	3,9	4,5	5,5	5,1	104	102
2007	378	9,5	947	4,0	4,7	5,7	5,2	108	104
2008	419	10,7	953	4,1	5,1	6,1	5,5	115	110

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

Bei der Berechnung der in Tabelle 1 dargestellten administrativen Prävalenz wurden Patienten mit einem entsprechenden Diagnose-Code (ICD 10: M80, M81) nur dann gezählt, wenn ihre Osteoporose nach einer internen Diagnose-Validierung als „epidemiologisch sicher“ gelten konnte. Als „epidemiologisch sicher“ galt ein Fall, wenn in den GKV-Routinedaten des/der Betroffenen mindestens eine der folgenden drei Bedingungen erfüllt war:

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

Bei den in Tabelle 1 präsentierten Ergebnissen fällt auf, dass die Prävalenzen der volljährigen AOK-Versicherten im Kinzigtal geringfügig höher sind als die Prävalenzen der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsstichprobe (2008: 6,1 vs. 5,5 %). Vergleicht man die in Tab. 1 abgebildete Prävalenz bei den IV-Versicherten (2008: 10,7 %) mit der Prävalenz bei den Nicht-IV-Versicherten im Kinzigtal (2008: 4,1 %), so wird deutlich, dass es der IVGK gelungen ist, vorrangig die älteren und „kränkeren“ Versicherten zur Einschreibung in die IVGK zu motivieren. Bei den IV-Versicherten ist die Osteoporose-Prävalenz durchgehend mehr als doppelt so hoch wie bei den Nicht-IV-Versicherten.

Frakturhäufigkeit bei Osteoporose

Ein wichtiges Erfolgskriterium der Osteoporoseprävention und -behandlung besteht in der Verhinderung von Frakturen bzw. in der Verringerung der Frakturhäufigkeit bei Personen mit Osteoporose. Voraussetzung für einen sinnvollen Vergleich der Frakturhäufigkeiten bei Osteoporose-Patienten in zwei zu vergleichenden Populationen ist, dass die allgemeine Frakturhäufigkeit in den zu vergleichenden Gesamtpopulationen annähernd gleich ist. Dies ist in unserem Fall gegeben: Der Anteil der AOK-Versicherten mit einer Frakturdiagnose im Jahr 2008 betrug im Kinzigtal 5,6%, in der (alters- und geschlechtsstandardisierten) Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg 6,1% (Schubert et al. 2011: 199).

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

Tabelle 2 zeigt den Anteil der Patienten mit Fraktur an allen Patienten mit einer aus dem Vorjahr bekannten⁵ Osteoporose.

Tab. 2: Anteil der Patienten (in %) mit Fraktur unter den Patienten mit bekannter Osteoporose

Jahr	Osteoporose: epidemiologisch sichere Fälle (identifiziert jeweils im Vorjahr): davon mit Frakturdiagnose								
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW* %	Kinzigtal	stand.BW*
2005	45	17,7	191	23,3	22,0	22,0	27,1	100	100
2006	53	18,3	213	25,5	23,7	23,7	27,9	108	103
2007	66	20,2	196	23,6	22,7	22,7	28,9	103	107
2008	77	21,2	189	23,0	22,4	22,4	30,0	102	111

Population: AOK-Versicherte.

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

Die in Tabelle 2 dargestellten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: In allen hier betrachteten Jahren lag die Frakturhäufigkeit bei Osteoporose-Patienten im Kinzigtal deutlich unter der Frakturhäufigkeit bei alters- und geschlechtsgleichen Osteoporose-Patienten aus dem übrigen Baden-Württemberg: So betrug die Frakturhäufigkeit im Kinzigtal z.B. im Jahr 2008 mit 22,4 % nur rund drei Viertel der Frakturhäufigkeit, die für 2008 im übrigen Baden-Württemberg festgestellt wurde (30,0 %). Vergleicht man den zeitlichen Verlauf der Prävalenz in beiden Populationen, so wird offenkundig, dass die Frakturprävalenz unter den Osteoporose-Patienten im Kinzigtal nahezu konstant blieb (2005: 22,0 % vs. 2008: 22,4 %; Anstieg 2 %), wohingegen die Frakturprävalenz unter den Osteoporose-Patienten aus dem übrigen Baden-Württemberg im selben Zeitraum um 11 % stieg (siehe die beiden letzten Spalten in Tab. 2). Das Risiko eines im Kinzigtal wohnenden Patienten mit Osteoporose, eine Fraktur zu erleiden, ist auch statistisch signifikant geringer als für einen solchen Patienten im übrigen Baden-Württemberg (Odds Ratio: 0,68; 95 % Konfidenzintervall: 0,59 – 0,78). Das Ergebnis deutet also darauf hin, dass die Prävention von Frakturen bei Osteoporose-Patienten im Kinzigtal insgesamt etwas effektiver ist und sich zudem im Zeitraum 2004-08 etwas erfolgreicher entwickelt hat als im übrigen Baden-Württemberg.

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

In Leitlinien wird bei manifester Osteoporose eine spezifische Therapie mit Bisphosphonaten, Strontiumranelat (ATC M05B), SERM (G03XC), Teripatid (H05AA02) oder Parathyroidhormon (H05AA03) empfohlen, sofern keine Kontraindikationen vorliegen.⁶ Die folgende Tabelle (Tab. 3) weist demgemäß pro Beobachtungsjahr den Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur aus, die eine solche osteoporosespezifische Therapie erhalten. Ein vergleichsweise geringer Anteil würde eine (vergleichsweise) Unterversorgung mit dieser Therapieform anzeigen.

⁵ Im Vergleich zum letzten Zwischenbericht – vgl. EKIV-Newsletter 2/2010 – setzt sich der Nenner der Kennziffer nun aus den im *jeweiligen Vorjahr* epidemiologisch sicher identifizierten Osteoporose-Patienten zusammen. Deswegen beginnt in Tab. 2 die Darstellung auch erst mit dem Jahr 2005.

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

Tab. 3: Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur, die eine osteoporosespezifische Therapie erhalten

Jahr	Osteoporose: epidemiologisch sichere Fälle: Patienten mit Fraktur: davon mit spezifischer Therapie								
	Kinzigtal			Alter >= 18 Jahre			Veränderung (2004 = 100)		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW*	Kinzigtal	stand.BW*
2004	29	65,9	86	36,0	40,6	40,6	37,9	100	100
2005	40	70,2	110	44,5	49,3	49,3	41,0	121	108
2006	46	70,8	96	38,9	45,5	45,5	41,8	112	110
2007	41	54,7	96	41,7	44,9	44,9	43,6	111	115
2008	59	66,3	99	43,6	50,0	50,0	44,1	123	116

Population: AOK-Versicherte.

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

Die in Tabelle 3 dargestellten Ergebnisse verdeutlichen, dass der Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur, die eine spezifische Therapie erhalten, im Kinzigtal etwas höher ist als in der Vergleichsstichprobe: Im Jahr 2008 erhielten im Kinzigtal 50% der Osteoporose-Patienten mit Fraktur eine spezifische Therapie, während es in der Kontrollgruppe 44,1% waren.

Weiterhin geht aus Tabelle 3 hervor, dass sowohl im Kinzigtal als auch im übrigen Baden-Württemberg die jeweiligen Anteile vom Jahr 2004 bis zum Jahr 2008 stark anstiegen: im Kinzigtal um 23% und im übrigen Baden-Württemberg um 16% (siehe die beiden letzten Spalten in Tab. 3). Bei genauerer Betrachtung des Anstiegs in beiden Populationen fällt jedoch auch ein Unterschied ins Auge: Während der Anteil in der Kontrollgruppe im gesamten Zeitraum 2004-08 *stetig* anstieg, *schwankte* der Anteil im Kinzigtal *deutlich stärker*: Im Jahr 2005 z.B. war der Anteil im Vergleich zum Jahr 2004 um 21 Prozentpunkte angewachsen, bevor er in den beiden folgenden Jahren wieder zurückging. Ob und inwieweit die stetigere Entwicklung in der zahlenmäßig weit größeren Kontrollgruppe in erster Linie auf die wesentlich höhere Fallzahl und damit auf eine geringere Schwankungsanfälligkeit zurückzuführen ist oder ob andere Faktoren ausschlaggebend sind, können wir nicht bestimmen.

Zusammenfassung und Fazit

Die Kennziffer „Anteil der Patienten mit Fraktur unter allen bekannten Osteoporose-Patienten“ (Tabelle 2) gibt Hinweise auf die Effektivität der Sekundärprävention (Frakturprävention) bei Osteoporose-Patienten im Zeitraum 2004-08. Demnach kann die komparative Wirksamkeit der Sekundärprävention im Kinzigtal als gut eingeschätzt werden: Bereits im Jahr 2004 lag der Anteil im Kinzigtal um rund 10% unter dem Anteil der Kontrollgruppe; zudem blieb der Anteil der bekannten Osteoporose-Patienten mit Fraktur im Kinzigtal im Zeitraum 2004-08 nahezu konstant (Anstieg um 2%), während er in der Kontrollgruppe im gleichen Zeitraum um 11 % wuchs. Für die Kinzigtaler Osteoporose-Patienten besteht ein signifikant verringertes Risiko, eine Fraktur zu erleiden (Odds Ratio 2008: 0,68).

Abschließend referierten wir eine Kennziffer, die eine potentielle Unterversorgung mit einer leitliniengemäßen Therapie anzeigen soll, nämlich den Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur, die eine osteoporosespezifische Therapie erhalten (Tabelle 3). Dieser Anteil stieg im Zeitraum 2004-08 im Kinzigtal um 23% und im übrigen Baden-Württemberg um 16% an. Dabei war der Anteil im Kinzigtal im gesamten Zeitraum etwas höher als in der Kontrollgruppe. Es besteht also *keine* komparative Unterversorgung im Kinzigtal in Bezug auf diese Therapie.

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

Evaluation des Programms *Starke Muskeln – feste Knochen*: Ergebnisse eines Matched-Pair-Vergleichs

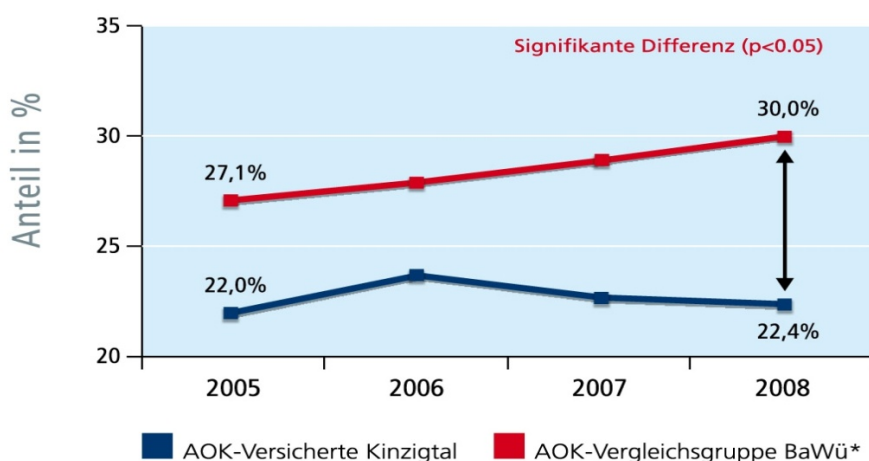
„Starke Muskeln – feste Knochen“ ist ein multimodulares Präventionsprogramm zur Vermeidung von Frakturen und einer damit verbundenen Steigerung der Lebensqualität von Osteoporose-Patienten. Geeignete Teilnehmer werden bei ihrem Hausarzt oder beim Orthopäden mittels Befragung und gegebenenfalls per DXA Knochendichte-Messung identifiziert und im Falle des Einverständnisses in das Programm eingeschrieben.

Zur Evaluation der Effekte der Maßnahmen, welche im Rahmen des Programms eingeschriebenen Patienten angeboten werden (z.B. individuelle Arzneimitteltherapie, Beratung und Betreuung, spezielle Bewegungsprogramme etc.), müssen Programmeffekte möglichst genau von Störeffekten abgegrenzt werden, die auch ohne Intervention aufgetreten wären bzw. andere Ursachen haben. Dieses fundamentale Evaluierungsproblem wurde bereits im letzten EKIV-Newsletter unter Vorstellung von Möglichkeiten, dieser Herausforderung zu begegnen, diskutiert.

Anhand der Evaluation eines ausgewählten Programmes soll nun konkret demonstriert werden, welches Verfahren OptiMedis zur Bewertung des Programmerfolges eingesetzt hat und welche Ergebnisse aus dem Vergleich von Interventionsteilnehmern mit Nicht-Teilnehmern resultierten. Indikatoren für einen Programmerfolg wären aus medizinischer Sicht geringere Frakturprävalenzen und aus ökonomischer Sicht geringere Kosten (z.B. durch eine geringere Anzahl an Krankenhausaufenthalten) unter den Programmteilnehmern.

Hinweise auf geringere Frakturprävalenzen konnte bereits die externe Evaluation der PMV forschungsguppe geben (Abb. 1). Eine Analyse auf Basis von Sekundärdaten ergab, dass die Frakturprävalenz aller dokumentierten Osteoporose-Patienten in der Kinzigtal-Region im Jahr 2008 bereits signifikant niedriger war (22,4%) als in einer alters- und geschlechterstandardisierten Vergleichsgruppe aus gesamt Baden-Württemberg (30,0%).⁷

Abb. 1: Entwicklung der Frakturprävalenz von Versicherten mit bekannter Osteoporose



* Osteoporose-Patienten (nach ICD M80. und M81.), die Vergleichsgruppe ist auf die Alters- und Geschlechterstruktur der Population Kinzigtal des jeweiligen Jahres standardisiert.

Zur Bewertung der Effizienz wurde von OptiMedis eine kontrollierte Kohortenstudie (ebenfalls auf Basis von Sekundärdaten) durchgeführt. Der Routinedatensatz der OptiMedis AG basiert auf GKV-

⁷ Köster, I., Ihle, P., Schubert, I. (2011): Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung – Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten: Zwischenbericht 2004-2008 für Gesundes Kinzigtal GmbH (AOK-Daten): 201.

Daten von AOK und LKK Baden-Württemberg und umfasst ein Versichertenkollektiv von ca. 50.000 Versicherten inklusive Vergleichsstichprobe. Vollständige Daten waren auswertbar für die Kalenderjahre 2004 bis 2010. Um mögliche Störgrößen („bias“) zu minimieren, wurde die Analyse als klassische Matched-Pair-Analyse im Verhältnis 1:1 durchgeführt, d.h. jeder Programmteilnehmer mit je einem „statistischen Zwilling“ aus dem Kreis der Nicht-Programmtelnehmer verglichen.

Als Kriterien für das Matching – d.h. die Parallelisierung von Programmteilnehmern und Nicht-Teilnehmern – wurden folgende Variablen gewählt:

- Alter (nach Geburtsdatum +/- 365 Tage)
- Geschlecht
- Charlson-Komorbiditäts-Score im Vorjahr der Intervention (+/- 0,1)⁸
- Osteoporose-Diagnose M80–M82 im Vorjahr der Intervention

Als Ausschlusskriterien für die Kontrollgruppe der Zwillinge wurden definiert:

- Behandlung ebenfalls bei einem Leistungspartner von *Gesundes Kinzigtal*
- Unvollständige Datensätze
- Versicherte, deren Pre-Index-Costs um mehr als zwanzig Prozent von ihrem Matching-Partner abweichen

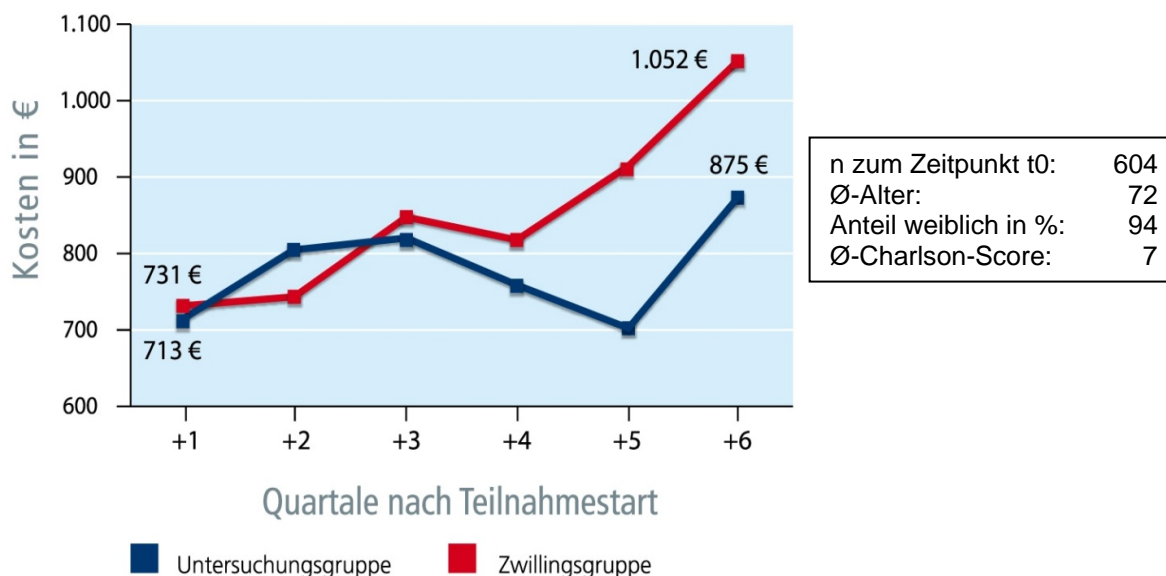
Zunächst soll kurz das Ergebnis des Matching-Prozesses dargestellt werden, damit dessen Güte und die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen bewertet werden können. Eingangs sollte noch erwähnt werden, dass einige Faktoren naturgemäß nicht im Matching ausgeglichen werden konnten, da in den Sekundärdaten keine entsprechenden Informationen vorhanden sind oder sich nicht verlässlich herleiten lassen: Zum einen würden Daten zum sozialen Status sowie zu Präferenzen und weiteren kulturspezifischen Ausprägungen der Versicherten ohne Zweifel die Aussagekraft der Analyse erhöhen. Zum anderen besteht außerdem die Möglichkeit einer Selbstselektion „gesundheitsbewussterer Kranker“ zur Teilnahme an Programmen der Integrierten Versorgung, welche sich nicht in den Abrechnungsdaten nachweisen lässt. Letzterer Effekt kann jedoch vor dem Hintergrund, dass die meisten am Programm teilnehmenden Ärzte ihr Potential zur Einschreibung mittlerweile nahezu vollständig ausgeschöpft haben, etwas relativiert werden, wenn angenommen wird, dass diese Ärzte nicht insgesamt eine selektierte Patienten Klientel behandeln. Dies scheint jedoch - auch aufgrund des ländlichen und regionalen Kontextes - sehr unwahrscheinlich zu sein.

Insgesamt konnte für 604 Patienten ein nach den vorab definierten Kriterien passender Zwilling gefunden werden. Strukturgleichheit wurde durch den Matching-Prozess erreicht, wie die folgenden Angaben belegen. Das Durchschnittsalter in beiden Gruppen betrug nach Matching ca. 72 Jahre (Intervention: 72,03; Matched-Pair: 71,94). Der Anteil weiblicher Patienten betrug in beiden Gruppen etwa 94 % mit einem durchschnittlichen Charlson-Komorbiditäts-Score von ca. 7 (Intervention: 6,86; Matched-Pair: 6,58). Da die Differenz der Kosten nach Programmstart als Endpunkt gemessen werden sollte, wurden die Kosten vor Programmstart nicht direkt gematcht. Jedoch wurden zu große Abweichungen (+/- 20%) der sogenannten Pre-Index-Costs während des Matchings kontrolliert und gegebenenfalls ausgeschlossen. Die Differenz der Pre-Index-Costs sechs Monate vor Programmbeginn betrug nach Matching letztlich sogar weniger als 5% (Intervention: 1.371 €; Matched-Pairs: 1.314 €). Die durchschnittlichen Kosten wurden im Rahmen der Analyse stets pro Versichertenjahre (also tagesgenau) berechnet. Dies verhindert eine verzerrte Darstellung durch verstorbene Versicherte oder durch solche, die ihre Krankenkasse gewechselt haben. Die Gesamtkosten umfassen Kosten aller relevanten Sektoren – Arzt, Krankenhaus, Reha/Kur, Arzneimittel (Brutto-Beträge), Krankengeld, sonstige Leistungen (z.B. Physiotherapie, Fahrtkosten etc.).

⁸ Charlson M et al. (1987): A new method of classifying comorbidity in longitudinal studies: development and validation. In: Journal of Chronic Diseases 40 (5): 373-383.

Beim Vergleich der Entwicklung der Gesamtkosten pro Quartal nach Programmstart (Abb. 2) zeigt sich in den ersten drei Quartalen nach Programmstart keine nennenswerte Differenz zwischen den beiden Gruppen ($t_0 = 604$ Versicherte). Dies kann auch ein Effekt des Ausschlusses zu stark abweichender Pre-Index-Costs sein. Ab dem vierten Quartal nach Programmstart lässt sich jedoch eine günstigere Entwicklung der Programmteilnehmer erkennen. So besteht z.B. im sechsten Quartal nach Programmstart eine Kostendifferenz von rund 178 € pro Versicherter (1.052 € vs. 875 € – vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Entwicklung der Gesamtkosten von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern des Programms „Starke Muskeln – feste Knochen“



Die geringeren Gesamtkosten der Programmteilnehmer in den sechs Quartalen nach Programmstart zusammengenommen (4.696 € vs. 5.082 €, Differenz: 386 €) sind in entscheidendem Maß auf die deutlich geringeren Krankenhauskosten der Programmteilnehmer zurückzuführen: Während die Krankenhauskosten der Teilnehmer im Mittel 1.894 € betragen, sind es bei den Nicht-Teilnehmern im Schnitt 2.420 € (Differenz: 526 €). Die geringeren Gesamtkosten der Programmteilnehmer wirken sich auch auf die Deckungsbeiträge aus: Im Jahr 2010 ist der durchschnittliche Deckungsbeitrag der Programmteilnehmer mit knapp 1.046 € um rund 450 € positiver als der durchschnittliche Deckungsbeitrag der Matched-Pair-Vergleichsgruppe.

Der positive Deckungsbeitrag im Jahr 2010 lässt bereits vermuten, dass sich die Gesamtkosten der Programmteilnehmer weiterhin positiv entwickeln, auch wenn für die im Jahr 2010 neu in das Programm Eingeschriebenen aufgrund mangelnder Abrechnungsdaten aller Kostenbereiche noch keine relative Kostenbetrachtung durchgeführt werden konnte. Eine fortwährende Evaluation soll jedoch sicherstellen, dass Programmeffekte regelmäßig kontrolliert und sowohl an die beteiligten Partner bei *Gesundes Kinzigtal* als auch an die medizinischen Leistungserbringer berichtet werden. Insofern versteht sich die Evaluation des Programmes bislang nicht als Abschluss-, sondern als Begleitevaluation. Diese liefert bereits Hinweise, dass das Programm einerseits medizinisch und andererseits ökonomisch erwartete Erfolge zeigt. Mit der Lieferung neuer Daten wird ebenso die Evaluation regelmäßig aktualisiert. OptiMedis wird neue Ergebnisse zum Programm „Starke Muskeln – feste Knochen“, welche auf einer breiteren Datenbasis und einem zusätzlich verfeinerten Matching-Verfahren beruhen, in regelmäßigen Abständen veröffentlichen.

Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (Stand: 09. 10. 2012)

Eingeschriebene Versicherte insgesamt *	8.983*
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg / Vollmitglieder	8.184
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg / Basismitglieder **	370
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg / Vollmitglieder	419
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg / Basismitglieder **	10

* verstorbene, verzogene oder aus anderen Gründen ausgetretene Mitglieder sind hier wie im Folgenden *nicht* berücksichtigt.

** Basismitglieder unterscheiden sich von Vollmitgliedern dadurch, dass sie keinen mit der IVGK kooperierenden Hausarzt bzw. Arzt des Vertrauens haben

Anzahl der Risikopatienten	5.251
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	4.948
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	303

Teilnehmer an einzelnen IVGK-Gesundheitsprogrammen⁹ und an erweiterten Disease Management Programmen (DMPs)	Teilnehmer
Rauchfreies Kinzigtal (Rauchentwöhnungsprogramm)	189
Starkes Herz (Behandlung/Prävention von Herzinsuffizienz)	79
Gesundes Gewicht (Programm zur Diabetes-Prävention)	176
Starke Muskeln – feste Knochen (Osteoporoseprävention)	755
Psychotherapie Akut (Programm zur Frühintervention bei psychischen Krisen)	304
Ärzte plus Pflege (spez. med.-pfleg. Versorgung von Senioren in Pflegeheimen)	118
Starker Rückhalt – Mein gesunder Rücken (Rückenschmerzpräventionsprogramm)	29
Besser gestimmt (Depression)	20
Medifalter-Markttest (patientenbezogene verblisterte Arzneimittel) – abgeschlossen	104
Gut verbunden (Wundmanagement) – ruht z.Zt.	4
AGil (Aktive Gesundheitsförderung älterer Menschen im Kinzigtal) – ruht z.Zt.	511
Spezielle Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (Amblyopie, U10 + U11)	689
Gesundheitspass – ruht z.Zt.	1300
DMP Diabetes mellitus Typ II	923
DMP KHK	317
DMP Brustkrebs	15
DMP Asthma	119
DMP COPD	173

(Fortsetzung nächste Seite)

⁹ Weitere Informationen zu den Gesundheitsprogrammen finden Sie unter http://patienten.gesundes-kinzigtal.de/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=39

Teilnehmer an Angeboten, die in Kooperation mit AOK-Fachkräften und mit Dritten durchgeführt werden	Teilnehmer
Sozialer Dienst (spez. Beratung durch Sozialarbeiter auf Anfrage bzw. Empfehlung des Arztes)	193
Ernährungsberatung durch Beraterinnen der AOK	71
Spezielle Sturzprophylaxe	144
Aqua-Fitness	501
Vereinsport-Mitgliedschaft (mit Gutschein)	213
Vortragsreihe in der Geschäftsstelle (Teilnehmer seit 2009)	2.589

IVGK-Leistungspartner insgesamt	90
- Hausärzte ¹⁰	24
- Fachärzte ¹¹	24
- Kinderärzte	7
- Psychotherapeuten	5
- Kliniken	6
- Physiotherapeuten	8
- Pflegeheime	11
- ambulante Pflegedienste	4
- sozialtherapeutische Dienste	1
IVGK-Kooperationspartner insgesamt	53
- Apotheken	16
- kooperierende Vereine	30
- Fitness-Studios	6

¹⁰ Ein Hausarzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

¹¹ Ein Facharzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“