



# EKIV-Newsletter 1/2015

Rundbrief der  
Evaluations-Koordinierungsstelle  
Integrierte Versorgung (EKIV)

am Lehrbereich Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Freiburg

[info@ekiv.org](mailto:info@ekiv.org)  
<http://www.ekiv.org>

in Kooperation mit der Gesundes Kinzigtal GmbH,  
AOK Baden-Württemberg und der Sozialversicherung für  
Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als  
Landwirtschaftliche Krankenkasse

## Unsere Themen:

- Editorial
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*: Ergebnisse der GeKiM-Erstbefragung (Gesundes Kinzigtal Mitgliederbefragung)
- Umgekehrte Risikoselektion in der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK): Alter, Geschlecht und Morbidität der IVGK-Mitglieder im Vergleich zu Nicht-Mitgliedern in den Jahren 2006-08
- Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*
- Neuere Publikationen zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*
- Veranstaltungshinweise

## Editorial

Mit der aktuellen Ausgabe erscheint der EKIV-Newsletter in leicht veränderter Form: Der Newsletter wird nun nicht mehr an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg erstellt, sondern am Lehrbereich Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Freiburg (Leiter: Prof. Dr. Wilhelm Niebling). Damit einher geht auch eine personelle Veränderung: Ulrich Stößel, der bis zur letzten Newsletter-Ausgabe zusammen mit Achim Siegel den EKIV-Newsletter verantwortete, ist im September 2014 in den Ruhestand gegangen; er steht der EKIV aber weiter beratend zur Seite. Achim Siegel, Mitarbeiter des Lehrbereichs Allgemeinmedizin, bleibt verantwortlicher Redakteur des EKIV-Newsletters. Im Fokus des EKIV-Newsletters steht weiterhin die Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK).

Der erste Beitrag der vorliegenden Ausgabe fasst einige Ergebnisse der ersten IVGK-Mitgliederbefragung zusammen. Zwei Themen standen dabei im Vordergrund: Zum einen bewerteten die Befragten den Arzt, den sie als „Arzt des Vertrauens“ gewählt hatten – dies ist meistens der Hausarzt. Zum anderen bewerteten sie verschiedene Aspekte des integrierten Versorgungssystems insgesamt. Schwerpunkt des aktuellen Beitrags ist die Untersuchung, welche einzelnen Aspekte der hausärztlichen Versorgung die Gesamtzufriedenheit der Patienten mit ihrem Hausarzt statistisch erklären, d.h. wie stark bestimmte Einzelaspekte der Versorgung auf die Gesamtzufriedenheit der Patienten mit dem Arzt „durchschlagen“. Die Mitgliederbefragung fand Anfang 2013 statt; Wiederholungsbefragungen soll es im zweijährlichen Rhythmus geben.

Mit dem zweiten Beitrag dieser Ausgabe greifen wir noch einmal ein Thema auf, das bereits in der allerersten Ausgabe des EKIV-Newsletters – nämlich in der Ausgabe 1/2009 – Gegenstand unserer Analyse war: die Frage, inwieweit es der IVGK gelungen ist, eine (unerwünschte) klassische Risikoselektion zu vermeiden, also gerade *nicht* die eher gesünderen und jüngeren Versicherten in die IVGK bevorzugt einzuschreiben, sondern sich auf die älteren und kränkeren Versicherten zu konzentrieren. Im aktuellen Beitrag untersuchen wir auch – anders als in der vorläufigen Analyse aus dem Jahre 2009 – alters- und geschlechtsstandardisierte Morbiditätsdaten. Die Analyse zeigt, dass es der IVGK gelungen ist, Versicherte mit überdurchschnittlicher Morbidität zur Einschreibung zu motivieren, d.h. dass hier eine *umgekehrte* – also sozialpolitisch erwünschte – Risikoselektion stattgefunden hat.

Auf den Seiten 12 und 13 dokumentieren wir aktuelle Daten zur IVGK, auf Seite 14 listen wir Publikationen zur IVGK auf, die seit Ende des Jahres 2012 erschienen sind. Frühere Publikationen können Sie den früheren Newsletter-Ausgaben entnehmen (<http://www.ekiv.org/de/newsletter-archiv.php>). Abschließend (Seite 15) weisen wir auf künftige wissenschaftliche Veranstaltungen hin, bei denen die Evaluation der IVGK thematisiert wird.

Herzliche Grüße,  
Achim Siegel & Wilhelm Niebling

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

### **Ausgewählte Ergebnisse der GeKiM-Erstbefragung (Gesundes Kinzigtal Mitgliederbefragung): Determinanten der Gesamtzufriedenheit der Patienten mit dem „Arzt des Vertrauens“**

Im Jahr 2011 konzipierte die Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung (EKIV) zusammen mit dem IVGK-Management eine neue Trendstudie: Diese sollte die Zufriedenheit der in die IVGK eingeschriebenen Patienten mit dem integrierten Versorgungssystem und mit den „Ärzten des Vertrauens“ untersuchen. Dabei waren möglichst viele patientenrelevante Aspekte der Versorgung zu erheben. Sie sollten nicht nur den Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation umfassen, sondern auch Aspekte des ärztlichen Informationsverhaltens und Aspekte der Praxisorganisation wie z.B. die Zufriedenheit mit der Wartezeit auf einen Arzttermin oder der Wartezeit in der Praxis. Diese Studie wird als „GeKiM-Studie“ bezeichnet; das Akronym steht für „Gesundes Kinzigtal – Mitgliederbefragung“.

Ein wichtiges Ziel der Studie ist ein Ergebnis-Feedback der Patientenzufriedenheit an die einzelnen Ärzte des Vertrauens im Sinne eines Benchmarkings: Die auf einzelne Ärzte beziehbaren Ergebnisse der Studie werden den betreffenden Ärzten zurückgespiegelt. Die GeKiM-Studie erfüllt also auch eine wichtige Funktion im Rahmen des Qualitätsmanagements der IVGK.

Ein weiteres wichtiges Ziel der Studie ist die Erhebung der Patientenzufriedenheit mit dem integrierten Versorgungssystem. So sollen die Erhebungen u.a. darüber Auskunft geben, wie gut sich die Patienten durch die IVGK betreut fühlen und inwieweit sie auch Verwandten und Freunden eine IVGK-Mitgliedschaft empfehlen würden. Der folgende Beitrag konzentriert sich auf die Zufriedenheit der IVGK-Versicherten mit ihren Ärzten des Vertrauens; ein Beitrag zur Zufriedenheit mit der IVGK folgt in einem späteren EKIV-Newsletter.

#### ***Methodik der GeKiM-Studie***

Die GeKiM-Studie folgt dem Design einer Trendstudie: In regelmäßigen Zeitabständen wird eine bestimmte Anzahl von Patienten befragt, die in die IVGK eingeschrieben sind. Damit sollen Veränderungen im Zeitverlauf beschrieben und inferenzstatistisch untersucht werden. Im Zuge der Erstbefragung wurde im Herbst 2012 eine Zufallsstichprobe von 3038 IVGK-Versicherten gezogen. Diese erhielten im Zeitraum November 2012 bis Januar 2013 von der *Gesundes Kinzigtal GmbH* einen standardisierten Fragebogen zugeschickt, den sie anonym und per Freiumschlag an das auswertende Institut (Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Freiburg) senden sollten.

Die Zufriedenheit der Patienten mit Ärzten und Arztpraxen wurde auf Basis des Weisse-Liste-Ärzte-Fragebogens erhoben.<sup>1</sup> Mit diesem Fragebogen werden den Befragten 33 Aussagen zu Aspekten der Praxisorganisation, der Arztkommunikation, der ärztlichen Behandlung sowie zum Gesamteindruck vom betreffenden Arzt vorgelegt, zu denen die Befragten nach Art einer Likert-Skala jeweils Stellung nehmen („trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“, von Fall zu Fall ergänzt durch die Antwort „kann ich nicht beurteilen“). Soziodemographische Daten und die Zufriedenheit der Patienten mit der IVGK wurden durch selbstentwickelte Items erfragt. Zudem wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Befragten mittels der Instrumente EQ-5D-3L und EQ-VAS erhoben.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Weisse Liste (2010a). Fragebogen Weisse-Liste-Ärzte. Haus- und Fachärzte. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung; Weisse Liste (2010b). Weisse-Liste-Ärzte. Methodendokumentation. Entwicklung eines Fragebogeninstruments für die haus- und fachärztliche Versorgung. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

<sup>2</sup> Moock J (2008). Präferenzbasierte Lebensqualitätsmessung: Der EQ-5D-Fragebogen. *Phys Med Rehab Kuror* 18: 245-249.

### **Ausgewählte Ergebnisse der Erstbefragung der GeKiM-Studie<sup>3</sup>**

Bis Mitte Februar 2013 waren 717 auswertbare Fragebögen beim auswertenden Institut eingegangen (Response-Rate: 23,6%). Deutlich mehr als die Hälfte der Antwortenden waren weiblich (56,5%); das Durchschnittsalter lag bei 59,2 Jahren. 62% der Antwortenden nannten einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss, und 51 % gaben an, dass sie unter einer chronischen Krankheit litten. Im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung lassen diese Ergebnisse also u.a. ein deutlich höheres Durchschnittsalter und eine überdurchschnittliche Prävalenz chronischer Krankheiten erkennen. Damit repräsentiert diese Stichprobe hinreichend gut die soziodemographischen Besonderheiten der gesamten IVGK-Mitgliedschaft, die wiederum den Rekrutierungsprioritäten des IVGK-Managements entsprechen.<sup>4</sup>

### **Determinanten der Gesamtzufriedenheit mit dem Arzt**

Die Gesamtzufriedenheit mit dem Arzt wird häufig – so auch im Online-Portal der „Weissen Liste“ und im Weisse-Liste-Ärzte-Fragebogen – in Form der sog. Weiterempfehlungsbereitschaft erhoben und dargestellt. Bei der Frage „Würden Sie diesen Arzt Ihrem besten Freund / Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?“ können die Probanden im Fragebogen eine der folgenden fünf Antworten ankreuzen: „bestimmt“, „wahrscheinlich“, „vielleicht“, „wahrscheinlich nicht“ und „bestimmt nicht“. Die Weiterempfehlungsbereitschaft kann in Form des Anteils jener Befragten ermittelt werden, die entweder mit „bestimmt“ oder mit „wahrscheinlich“ antworten. Demnach ergibt sich bei der Erstbefragung der GeKiM-Studie eine Weiterempfehlungsbereitschaft von 84,6%, wobei 55,1% aller Befragten ihren Arzt des Vertrauens „bestimmt“ und weitere 29,5% „wahrscheinlich“ weiterempfehlen würden. Die restlichen Befragten kreuzten entweder eine andere Antwort an oder beantworteten die Frage nicht. Ein Vergleich dieses Ergebnisses mit Ergebnissen aus anderen Befragungen ist bislang nicht stringent möglich: Da der Weisse-Liste-Ärzte-Fragebogen erst seit relativ kurzer Zeit existiert, gibt es bisher noch keine anderen Studien, die die Patientenzufriedenheit mit dem Arzt sowohl auf Basis des Weisse-Liste-Ärzte-Fragebogens erhoben als auch die befragten Patienten auf die gleiche Art rekrutiert haben wie die GeKiM-Studie (postalisch versandter Fragebogen).

Eine wichtige übergeordnete Forschungsfrage zum Themenkomplex „Patientenzufriedenheit mit dem Arzt“ ist die folgende: Welche Einzelaspekte der ärztlichen Versorgung erklären die Gesamtzufriedenheit der Patienten mit dem Arzt (in Form der Weiterempfehlungsbereitschaft) am besten? Zur Beantwortung dieser Frage wurden die bivariaten Korrelationskoeffizienten zwischen den Einzelitems des Weisse-Liste-Fragebogens einerseits und der Weiterempfehlungsbereitschaft andererseits berechnet (Tab. 1). Die Höhe des jeweiligen Korrelationskoeffizienten drückt dann aus, wie stark ein bestimmtes Einzelitem, d.h. ein bestimmter Versorgungsaspekt, auf die Weiterempfehlungsbereitschaft „durchschlägt“, d.h. diese statistisch erklärt.

In Tab. 1 sind die entsprechenden Korrelationskoeffizienten nach ihrem Betrag absteigend gereiht: In der Tabelle ganz oben stehen also die Items, die die größte statistische Erklärungskraft in Bezug auf die Weiterempfehlungsbereitschaft haben, ganz unten stehen die Items mit der geringsten Erklärungskraft. Alle in Tab. 1 abgebildeten Korrelationskoeffizienten unterscheiden sich signifikant vom Wert „0“ ( $p < 0,01$ ).

---

<sup>3</sup> Eine ausführlichere Darstellung der Ergebnisse der GeKiM-Erstbefragung ist erschienen in: Siegel A, Stößel U (2014): Patientenorientierung und Partizipative Entscheidungsfindung in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In: Pundt J (Hg.): Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit? Bremen: Apollon, S. 195-230.

<sup>4</sup> Siegel A, Stößel U, Gaiser K, Hildebrandt H (2008). Integrierte Vollversorgungssysteme und soziale Ungleichheit – das Beispiel „Gesundes Kinzigtal“. Public Health Forum 2008 (59): 26-28. Siehe hierzu auch den folgenden Artikel in dieser Ausgabe des EKIV-Newsletter.

Tab. 1: Stärke bivariater Korrelationen zwischen der Weiterempfehlungsbereitschaft und der Zufriedenheit der Patienten mit einzelnen Aspekten der ärztlichen Versorgung

Einzelitem	Korrelationskoeffizient Pearson's r (N)
Der Arzt geht auf meine Fragen, Sorgen und Ängste einfühlsam ein	0,56 (N=656)
Der Arzt nimmt sich für die Behandlung genug Zeit	0,53 (N=661)
Der Arzt hört mir gut zu	0,51 (N=650)
Bei einer Erkrankung klärt der Arzt mich über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten auf	0,50 (N=613)
Der Arzt erklärt Diagnosen, Ursachen, Behandlungsmethoden so, dass ich alles verstehe	0,50 (N=650)
Wenn der Arzt eine Behandlung oder Untersuchung vorschlägt, erklärt er mir genau, welcher Nutzen und welche Risiken damit verbunden sind	0,50 (N=633)
Der Arzt hat ein angenehmes und freundliches Auftreten	0,50 (N=664)
Der Arzt bezieht mich in Entscheidungen zu anstehenden Untersuchungen und Behandlungen ein	0,48 (N=611)
Der Arzt führt bei mir körperliche Untersuchungen gründlich durch	0,47 (N=684)
Der Arzt erkundigt sich regelmäßig nach der Verträglichkeit der verordneten Medikamente	0,46 (N=590)
Der Arzt gibt klar an, wann, wie lange, und in welcher Dosierung ich die verordneten Medikamente nehmen muss	0,45 (N=639)
Bei Überweisungen übermittelt der Arzt die Befunde rechtzeitig an andere Ärzte und ist selbst über die Befunde anderer Ärzte informiert	0,41 (N=603)
In der Praxis wird der Schutz meiner Intimsphäre beachtet	0,40 (N=673)
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt an einen Facharzt oder Spezialisten überweist, wenn dies medizinisch erforderlich ist	0,40 (N=684)
Das Praxispersonal vermittelt mir das Gefühl, willkommen zu sein	0,38 (N=683)
Die Praxis macht einen gut organisierten Eindruck	0,37 (N=684)
Sprechstunden, Urlaubszeiten u. Praxisvertretung werden klar vermittelt	0,34 (N=666)
Ich habe den Eindruck, dass persönliche Patientenunterlagen vertraulich behandelt werden	0,34 (N=674)
Die Nennung des Anlasses meines Praxisbesuchs gegenüber anderen Patienten (z.B. im Anmeldebereich) wird vermieden	0,25 (N=627)
Die Praxisräume sind ansprechend gestaltet	0,25 (N=672)
Der Zeitraum zwischen Terminvereinbarung und Arzttermin ist in dieser Praxis angemessen	0,25 (N=675)
Die Wartezeiten in dieser Praxis sind angemessen	0,24 (N=678)
Ich habe den Eindruck, dass mit Privatversicherten in dieser Praxis bevorzugt umgegangen wird	-0,24 (N=417)
Die medizinische Geräteausstattung macht einen modernen Eindruck	0,23 (N=621)
Der Wartebereich bietet genügend Platz, um Abstand zu anderen Patienten zu wahren	0,21 (N=670)
Die Praxisräume sind sauber und ordentlich	0,20 (N=666)
Wartezeit in der Praxis auf den Beginn der Behandlung (normalerweise)	0,20 (N=652)
Wartezeit auf Arzttermin (normalerweise)	0,16 (N=626)
Manchmal fühle ich mich bedrängt, zusätzliche Leistungen in Anspruch zu nehmen und selbst zu zahlen	-0,12 (N=604)

*Erläuterungen zu Tab. 1:* Die Weiterempfehlungsbereitschaft wurde mit der oben genannten Frage erhoben. Der Wortlaut der Einzelitems findet sich in Tab. 1 in der betreffenden Zeile – vgl. Weisse Liste 2010a. Die Befragten konnten zu diesen jeweiligen Einzelaussagen wie folgt Stellung nehmen: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ oder „trifft überhaupt nicht zu“. Wurde die Antwort „kann ich nicht beurteilen“ angekreuzt, so wurde diese Antwort aus der Auswertung ausgeschlossen. Die beiden Items zur Wartezeit (Wartezeit der Patienten auf einen Arzttermin bzw. in der Praxis auf den Beginn der Behandlung) wurden hingegen mittels genauer Wartezeitangaben erfasst.

Die in Tab. 1 gezeigten Ergebnisse lassen sich wie folgt beschreiben: Variablen aus dem Bereich „Arztkommunikation“ erklären die Weiterempfehlungsbereitschaft der Patienten insgesamt am besten. Die Empathie des Arztes spielt dabei offenbar die größte Rolle (Item „Der Arzt geht auf meine Fragen, Sorgen und Ängste einfühlsam ein“): Hier wurde der stärkste bivariate Zusammenhang gemessen ( $r=0,56$ ). Bemerkenswert ist: Die insgesamt sieben Items, die dem Bereich „Arztkommunikation“ zuzurechnen sind, finden sich allesamt auf den ersten acht Rängen. Lediglich auf Rang 2 („Der Arzt nimmt sich für die Behandlung genug Zeit“) steht ein Item, das nicht dem Bereich „Arztkommu-

nikation“, sondern dem Bereich „Behandlung“ zuzurechnen ist. Auf den Rängen 9 bis 14 folgen Items aus dem Bereich „Behandlung“. Erst auf Rang 15 folgt ein Item aus dem Themenkreis „Praxis und Personal“ („Das Praxispersonal vermittelt mir das Gefühl, willkommen zu sein“). Dieses Item hat jedoch bereits eine deutlich schwächere Erklärungskraft hinsichtlich der Zielvariablen „Weiterempfehlung“ ( $r=0,38$ ). Alle übrigen Items aus dem Bereich „Praxis und Personal“ haben eine noch schwächere Erklärungskraft im Hinblick auf die Weiterempfehlungsbereitschaft der Patienten. Dies gilt auch für die beiden Items zum Thema „Wartezeit“ ( $r=0,25$  bzw.  $0,24$ ). Die geringste Erklärungskraft hat die Frage, wie stark sich Patienten „manchmal bedrängt fühle(n), zusätzliche Leistungen in Anspruch zu nehmen und selbst zu zahlen“ ( $r = -0,12$ ).

### **Diskussion der präsentierten Ergebnisse**

Die Gesamtbewertung der Ärzte des Vertrauens in der IVGK aus Patientensicht – d.h. die Frage, inwieweit ein Patient bereit ist, einen Arzt weiterzuempfehlen – wird in der vorliegenden Stichprobe also am besten durch die Qualität der Arztkommunikation erklärt. Eine etwas geringere Erklärungskraft als Aspekte der Arztkommunikation haben aus Sicht der Patienten Aspekte der medizinischen Behandlung. Hingegen haben Aspekte der Praxisorganisation – wie z.B. die Wartezeit auf einen Arzttermin oder die Wartezeit in der Praxis bis zum Behandlungsbeginn – einen eher untergeordneten Einfluss darauf, ob ein Patient bereit ist, den Arzt weiterzuempfehlen. Die Ergebnisse zeigen also, dass Aspekte der Arztkommunikation für die Gesamtbewertung eines Arztes aus Sicht der Patienten alles in allem die größte Rolle spielen. Dieses Ergebnismuster findet sich auch in vielen anderen Patientenbefragungen.<sup>5</sup> Es bedeutet gleichwohl *nicht*, dass Aspekte der medizinischen Behandlung prinzipiell weniger wichtig wären als Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation. Aber es bedeutet, dass beim gegebenen Stand der medizinischen Behandlung und der Arztkommunikation in den Praxen die Unterschiede in der Arztkommunikation sozusagen „den Unterschied machen“, d.h. am besten erklären, ob ein Patient den Arzt mehr oder weniger nachdrücklich weiterempfiehlt. Das Ergebnis ist daher auch ein Indiz dafür, dass Ärzte, die ihre Gesamtbewertung aus Patientensicht weiter verbessern wollen, dies am ehesten durch eine Verbesserung ihres Kommunikationsverhaltens erreichen könnten.

Achim Siegel, Ulrich Stößel

---

<sup>5</sup> Bestmann B, Verheyen F (2010): Patientenzufriedenheit. Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Hamburg: Techniker Krankenkasse; Stahl K, Lietz D, Riechmann M, Günther W (2012). Patientenerfahrungen in der Krankenhausversorgung: Revalidierung eines Erhebungsinstruments. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 21: 11-20; Siegel A, Rudolf K, Böhringer D, Wuermeling M, Reinhard T, Niebling W (2013): Zufriedenheit von Patienten mit dem niedergelassenen Augenarzt - Ergebnisse einer Befragung im Augennetz Südbaden. In: Z. prakt. Augenheilkd 2013; 34 (9): 363-366; Pickerinstitut Deutschland (2013). Picker Report 2013. Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Draft Version vom 22. April 2013.

## **Umgekehrte Risikoselektion in der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK):**

### **Alter, Geschlecht und Morbidität der IVGK-Mitglieder im Vergleich zu Nicht-Mitgliedern in den Jahren 2006-08<sup>1</sup>**

Die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) ist eines der wenigen integrierten Vollversorgungssysteme in Deutschland. Mit der sektorenübergreifenden Steuerung der Gesundheitsversorgung einer bestimmten Wohnbevölkerung – nämlich der AOK- oder LKK-versicherten Wohnbevölkerung der Postleitzahlregionen 77709-77797 und 78132 – strebt die IVGK zwei Ziele an: (1) eine steigende Versorgungsqualität bei (2) einem geringeren Kostenanstieg im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung. Im Gegensatz zu älteren Managed-Care-Interventionen in den USA und in der Schweiz versucht die IVGK, ihre Ziele bewusst *nicht* durch eine klassische Risikoselektion zu erreichen, d.h. *nicht* durch die bevorzugte Einschreibung von überdurchschnittlich gesunden Patienten. Vielmehr hat sich die IVGK Regeln gegeben, damit verstärkt Anreize zur vorrangigen Einschreibung älterer und überdurchschnittlich kranker Versicherte entstehen, d.h. Anreize, die sich in einer Umkehrung der klassischen Risikoselektion niederschlagen sollten.

In diesem Beitrag analysieren wir, inwiefern es der IVGK in der Aufbauphase des Systems – den Jahren 2006-08 – gelungen ist, ältere und überdurchschnittlich kranke Versicherte zur Einschreibung in die IVGK zu motivieren. Im Erfolgsfall wäre dies eine Umkehrung der klassischen Risikoselektion, also eine sozial- und gesundheitspolitisch *erwünschte* Art der Risikoselektion. In unserer Analyse vergleichen wir sozio-demographische Merkmale sowie die Morbidität der in die IVGK eingeschriebenen Versicherten mit den entsprechenden Merkmalen der nicht-eingeschriebenen Versicherten. Die Analysen basieren auf GKV-Routinedaten, konkret: der Leistungs- und Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg.

### ***Die Konzeption der IVGK zur Vermeidung der klassischen Risikoselektion***

Wie bereits mehrfach erörtert,<sup>2</sup> haben Initiatoren und Betreiber der IVGK sich Regeln gesetzt, die erst gar keine Anreize zu einer klassischen Risikoselektion oder zur Aufschiebung notwendiger Gesundheitsleistungen aufkommen lassen sollen. Diese Regeln lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- 1) Die Einschreibung in die IVGK ist für die Versicherten freiwillig. Falls ein eingeschriebener Versicherter aus der IVGK austreten möchte, ist das zum Ende eines jeden Quartals und ohne Angabe von Gründen möglich.
- 2) Für eine Einschreibung von Versicherten in die IVGK werden keine finanziellen Anreize gesetzt (wie z.B. eine verringerte Versicherungsprämie oder finanzielle Boni). Eingeschriebene Versicherte können jedoch eine Reihe von Vorteilen nutzen wie z.B. die kostenlose (oder vergünstigte) Teilnahme an speziellen Präventionsprogrammen.

<sup>1</sup> Der folgende Beitrag fasst wesentliche Ergebnisse des folgenden Artikels zusammen: Siegel A, Köster I, Schubert I, Stößel U (2014): Utilization Dynamics of an Integrated Care System in Germany: Morbidity, Age, and Sex Distribution of *Gesundes Kinzigtal* Integrated Care's Membership in 2006-2008. In: Janssen C, Swart E, Lengerke T (eds.): Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results. Foreword by Ronald M. Anderson. New York etc.: Springer, S. 321-335. Wir danken dem Springer Verlag für die Genehmigung, wesentliche Passagen und Tabellen hier erneut abzdrukken.

<sup>2</sup> Hermann C, Hildebrandt H, Richter-Reichhelm M, Schwartz FW, Witzenrath W (2006): Das Modell "Gesundes Kinzigtal". Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. Gesundheits- und Sozialpolitik (5-6): 11-29; Siegel A, Stößel U, Gaiser K, Hildebrandt H (2008). Integrierte Vollversorgungssysteme und soziale Ungleichheit – das Beispiel „Gesundes Kinzigtal“. Public Health Forum 2008 (59): 26-28; Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, Richter-Reichhelm M, Siegel A, Witzenrath W (2010): *Gesundes Kinzigtal* Integrated Care: Improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. International Journal of Integrated Care (10): 1-15. Available Online: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/539/1051>, last access February 25, 2013.

3) Die freie Arzt- oder Krankenhauswahl besteht für Versicherte auch nach Einschreibung fort. Möchte ein eingeschriebener Versicherter also von einem Arzt oder in einem Krankenhaus außerhalb des IVGK-Netzwerks behandelt werden, so steht ihm das ohne Weiteres frei.

Diese Regularien sollen dazu führen, dass Ärzte, andere Versorger und IV-Managementgesellschaft die Versicherten vorrangig mit dem Argument eines höheren Gesundheitsnutzens zur Einschreibung in die IVGK motivieren. In einem System, das durch jene drei Regeln gekennzeichnet ist, wäre es zudem sinnlos, relative Kosteneinsparungen durch Unterversorgung erreichen zu wollen – also dadurch, dass man notwendige Gesundheitsleistungen vorenthält oder aufschiebt. Denn in einem solchen System würden die Versicherten entweder aus dem System austreten – siehe 1) – oder sich die „zu Unrecht“ vorenthaltenen Leistungen entweder später „zurückholen“ oder sich diese außerhalb des IVGK-Netzwerks beschaffen – siehe 3). Mit anderen Worten: Da sich die IVGK kraft der selbst gesetzten Regeln beständig dem Wettbewerb mit der umgebenden „Normalversorgung“ stellen und sich darin bewähren muss, sollte eine Strategie der Unterversorgung für die IVGK nicht in Frage kommen.

Die wohl wirksamste Festlegung, mit der eine bevorzugte Einschreibung überdurchschnittlich gesunder Versicherter verhindert werden soll, ist jedoch die folgende:

4) Das finanzielle Ergebnis der IVGK ergibt sich aus der Erhöhung des Deckungsbeitrags *aller* in der Region Kinzigtal wohnenden AOK- bzw. LKK-Versicherten in Bezug auf das Basisjahr, unabhängig davon, ob die Versicherten in die IVGK eingeschrieben sind oder nicht.

Eine selektive Einschreibepolitik, die die überdurchschnittlich gesunden – und daher „kostengünstigeren“ – Versicherten bevorzugt einschreibt, wäre daher von vornherein ökonomisch sinnlos, denn die höheren Kosten der „kränkeren“ Versicherten schlagen sich auf jeden Fall im finanziellen Ergebnis nieder.

Statt einer klassischen Risikoselektion reizt diese Festlegung eine völlig andere Rekrutierung an: Durch eine bevorzugte Einschreibung der „kränkeren“ und der Hochrisiko-Versicherten (mit überdurchschnittlich hohen Versorgungskosten) erscheint das relative Kosteneinsparungspotential – und daher das Deckungsbeitragserhöhungspotential – am größten, denn diese Versichertengruppe kann dann durch kluge Präventions- und Krankheitsmanagementprogramme effektiver und effizienter behandelt werden. Hingegen erscheint das Deckungsbeitragserhöhungspotential bei den gesunden – und daher kostengünstigen – Versicherten relativ gering. Die vergleichsweise gesunden Versicherten stellen also gerade *nicht* die bevorzugte Zielgruppe der IVGK dar. Wenn die IVGK und die mit ihr kooperierenden Versorger rational handeln, sollten zuerst und vor allem die Versicherten mit hohen Krankheitskosten bzw. einem hohen Erkrankungsrisiko eingeschrieben werden.

### ***Strukturelle Merkmale der IVGK-Mitglieder: Die umgekehrte Risikoselektion in der Praxis***

Wenn der faktische Einschreibungsprozess bei der IVGK dem – oben ausgeführten – theoretischen Konzept entspricht, sollte sich unter den eingeschriebenen Versicherten eine höhere Morbidität feststellen lassen als unter den nicht-eingeschriebenen Versicherten. Dies untersuchen wir in der folgenden Analyse; sie basiert auf den GKV-Routinedaten der im Kinzigtal wohnenden Versicherten der Jahre 2006-08 und bildet also die Aufbauphase der IVGK ab. Da die absolute Anzahl der eingeschriebenen LKK-Versicherten in diesem Zeitraum sehr gering ist, beziehen wir uns in unserer Analyse nur auf die Versicherten der AOK Baden-Württemberg.

### **Soziodemographische Merkmale eingeschriebener und nicht-eingeschriebener Versicherter**

Tab. 1 zeigt die Verteilung der am 31.12.2008 eingeschriebenen AOK-Versicherten im Vergleich zu den nicht-eingeschriebenen, aber im Kinzigtal wohnenden AOK-Versicherten hinsichtlich der Merkmale Geschlecht und Alter (bzw. Altersklasse). Um die Darstellung zu vereinfachen, haben wir im



Folgenden nur diejenigen Versicherten im Kinzigtal berücksichtigt, die während des Jahres 2008 kontinuierlich bei der AOK Baden-Württemberg versichert waren.

Tab. 1: Verteilung eingeschriebener vs. nicht-eingeschriebener AOK-Versicherter bzgl. Geschlecht und Altersklasse am 31.12.2008 (nur Versicherte, die 2008 durchgängig AOK-versichert waren)

	IV / eingeschrieben		NIV / nicht-eingeschrieben		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Frauen	2174	56,0	11798	51,7	13972	52,3
Männer	1710	44,0	11025	48,3	12735	47,7
< 18 Jahre	346	8,9	4050	17,7	4396	16,5
18-29 Jahre	278	7,2	3141	13,8	3419	12,8
30-39 Jahre	258	6,6	2523	11,1	2781	10,4
40-49 Jahre	579	14,9	3713	16,3	4292	16,1
50-59 Jahre	564	14,5	2925	12,8	3489	13,1
60-69 Jahre	631	16,2	2336	10,2	2967	11,1
70-79 Jahre	813	20,9	2583	11,3	3396	12,7
80-89 Jahre	389	10,0	1367	6,0	1756	6,6
> 89 Jahre	26	0,7	185	0,8	211	0,8
Gesamt	3884	100,0	22823	100,0	26707	100,0

Aus Tab. 1 geht hervor, dass Frauen unter den eingeschriebenen Versicherten überrepräsentiert sind: Unter allen im Jahr 2008 durchgängig bei der AOK Versicherten der Region Kinzigtal stellen Frauen einen Anteil von 52,3 %, während ihr Anteil unter den Eingeschriebenen 56% beträgt. Deutlich wird auch, dass die älteren Altersgruppen – also der Versicherten, die 50 Jahre oder älter sind – unter den Eingeschriebenen klar überrepräsentiert sind: 62% der Eingeschriebenen sind 50 Jahre alt oder älter, während unter allen (im Jahr 2008 durchgängig) AOK-Versicherten nur 44% 50 Jahre alt oder älter sind. Das Durchschnittsalter unter den in die IVGK eingeschriebenen (und im Jahr 2008 durchgängig bei der AOK) Versicherten beträgt 54,5 Jahre, das Durchschnittsalter aller (durchgängig im Jahr 2008 bei der AOK) Versicherten im Kinzigtal hingegen nur 45,4 Jahre.

Diese Unterschiede sind ein erstes Indiz dafür, dass Versicherte mit einer überdurchschnittlichen Morbidität sich in den Jahren 2006-08 bevorzugt eingeschrieben haben. Um diese Vermutung zu belegen, müssen wir zusätzlich die alters- und geschlechtsstandardisierten Morbiditätsdaten der Versicherten untersuchen.

### **Alters- und geschlechtsstandardisierte Morbidität bei eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten**

Die Tabellen 2 und 3 zeigen zwei Morbiditätskennziffern bei eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten im Vergleich, und zwar jeweils für die Jahre 2006-08.

Tab. 2 weist für die beiden Versichertengruppen den Anteil der Versicherten mit Multimorbidität aus, und zwar in alters- und geschlechtsstandardisierter Weise; Referenz für die bei der Standardisierung zugrunde gelegte Alters- und Geschlechtsverteilung ist die Alters- und Geschlechtsverteilung in der Gesamtgruppe des betreffenden Jahres, also aller AOK-Versicherten im Kinzigtal. Als „multimorbid“ gilt ein Versicherter dann, wenn bei ihm in einem Beobachtungsjahr ICD-10-Diagnosen aus drei verschiedenen ICD-Hauptgruppen kodiert wurden, und zwar jeweils in mindestens drei von vier Quartalen.

Tab. 2: Anteil der AOK-Versicherten im Kinzigtal mit Multimorbidität nach Einschreibestatus (zum 31.12. eines betreffenden Jahres) und Beobachtungsjahr, standardisiert nach Alter und Geschlecht (Referenzgruppe: alle im Kinzigtal wohnenden, im jeweiligen Jahr durchgängig Versicherten)

Jahr	Anteil mit Multimorbidität in %		
	IV / eingeschrieben	NIV / nicht-eingeschrieben	Gesamt
2006	37,8	23,7	24,4
2007	38,3	25,3	26,5
2008	39,6	26,6	28,8

Tab. 2 zeigt, dass – bei gleichem Alter und Geschlecht – die Multimorbiditätsprävalenz unter den Eingeschriebenen in jedem der drei Jahre ungefähr eineinhalbmal so hoch ist wie unter den Nicht-Eingeschriebenen.

Ein ähnliches Ergebnis erhält man, wenn man eine andere Morbiditätskennziffer heranzieht: den Charlson-Komorbiditätsindex.<sup>3</sup> Dieser Index berücksichtigt 19 (Ko-)Morbiditätskategorien, die vom Myokard-Infarkt und von Herzinsuffizienz bis hin zu AIDS reichen. Jede Morbiditätskategorie bekommt ein spezifisches Gewicht zugewiesen (so z.B. den Wert '1' für einen Myokard-Infarkt). Die Summe aller 19 gewichteten Kategorien stellt dann für eine bestimmte Person den Charlson-Komorbiditätsindexwert dar. Dieser Wert soll die kumulierte Wahrscheinlichkeit des Versterbens innerhalb eines Jahres widerspiegeln. Je höher also der Charlson-Wert einer Person, desto höher ist die Krankheitslast und – falls der Indexwert valide ist – die Wahrscheinlichkeit für diese Person, innerhalb eines Jahres zu versterben.

Tab. 3 zeigt den Durchschnittswert des Charlson-Komorbiditätsindex für die in die IVGK eingeschriebenen und für die nicht-eingeschriebenen AOK-Versicherten. Wie in Tab. 2 werden hier nur die Versicherten berücksichtigt, die für das betreffende Jahr jeweils durchgängig bei der AOK versichert waren.

Tab. 3: Durchschnittswert des Charlson-Komorbiditätsindex der AOK-Versicherten nach Einschreibestatus (31.12. des betreffenden Jahres) und Beobachtungsjahr, standardisiert nach Alter und Geschlecht (Referenzgruppe: alle im Kinzigtal wohnenden, im jeweiligen Jahr durchgängig Versicherten)

Jahr	Charlson-Komorbiditätsindex (Durchschnittswert)		
	IV / eingeschrieben	NIV / nicht-eingeschrieben	Gesamt
2006	0,72	0,50	0,51
2007	0,72	0,52	0,54
2008	0,77	0,55	0,59

Tab. 2 und Tab. 3 zeigen, dass die alters- und geschlechtsstandardisierte Morbidität unter den Eingeschriebenen beträchtlich höher ist als unter den Nicht-Eingeschriebenen. Alle diese Unterschiede sind für sämtliche Beobachtungsjahre statistisch hochsignifikant ( $p < 0,001$ ). So beträgt die alters- und geschlechtsstandardisierte Multimorbiditätsprävalenz im Jahr 2008, wie Tab. 2 zeigt, unter den Eingeschriebenen 39,6% und unter den Nicht-Eingeschriebenen 26,6% (Verhältnis: 1,49). Beide Prävalenzen stiegen im analysierten Dreijahreszeitraum etwas: Im Jahr 2006 z.B. lagen die entsprechenden Prävalenzen bei 37,8% bzw. 23,7% (Verhältnis: 1,59). Ein derartiges Ergebnismuster findet sich auch bei der Analyse des Charlson-Komorbiditätsindex: Im Jahr 2006 betrug der durchschnittliche Indexwert 0,72 unter den Eingeschriebenen und 0,50 unter den Nicht-Eingeschriebenen (Verhältnis: 1,44). Im Jahr 2008 waren die mittleren Indexwerte etwas höher, nämlich 0,77 bzw. 0,55 (Verhältnis 1,40).

<sup>3</sup> Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR (1987): A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies. Development and validation. J Chron Dis 40 (5): 373-383; Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, Saunders LD, Beck CA, Feasby TE, Ghali WA (2005): Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative data. Med Care 43 (11): 1130-1139.

### **Schlussfolgerungen**

Die Analyse der beiden Morbiditätskennziffern (Multimorbiditätsprävalenz, Charlson-Komorbiditätsindex) hat gezeigt, dass die alters- und geschlechtsstandardisierte Morbidität unter den eingeschriebenen AOK-Versicherten beträchtlich höher ist als unter den nicht-eingeschriebenen AOK-Versicherten. Die Analyse berücksichtigte nur Versicherte, die im analysierten Beobachtungsjahr durchgängig bei der AOK versichert waren. Die zugrunde liegende Morbidität stieg im beobachteten Dreijahreszeitraum jeweils geringfügig an. Dies ist zum einen dadurch zu erklären, dass sich in den beiden Untersuchungsgruppen nur Versicherte befinden, die im Jahr 2006 bereits volljährig waren. Da im Lauf der Jahre keine Nachziehungen jüngerer Versicherter erfolgen, "altern" die Untersuchungsgruppen mit jedem Beobachtungsjahr entsprechend. Dies erklärt zumindest zum Teil die mit den Beobachtungsjahren steigende Morbidität. Ein weiterer Faktor der steigenden Morbidität könnte ein sich allmählich veränderndes Kodierverhalten der Versorgungsinstitutionen sein. Ob und wie stark dieser Aspekt hier ins Gewicht fällt, lässt sich jedoch nicht ermitteln.

Dessen ungeachtet lässt sich folgern: Die IVGK hat ganz offensichtlich bevorzugt Versicherte zur Einschreibung motivieren können, die überdurchschnittliche Morbiditätswerte aufweisen. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Einschreibung von Versicherten tatsächlich der ursprünglichen Konzeption entsprechend erfolgt ist und in der IVGK also eine Umkehrung der klassischen Risikoselektion stattgefunden hat. Die IVGK hat damit gezeigt, dass Managed-Care-Systeme nicht notwendigerweise eine klassische Selektion gesünderer Versicherter betreiben müssen, wie wir sie aus einigen Managed-Care-Systemen aus der Schweiz und den USA kennen. Durch ein intelligentes institutionelles Design hat es die IVGK geschafft, eine sozialpolitisch wünschenswerte Risikoselektion zu etablieren, nämlich ältere und kränkere Versicherte bevorzugt zu rekrutieren und diesen spezielle Präventions- und Krankheitsmanagementprogrammen anzubieten.<sup>4</sup>

Achim Siegel, Ingrid Köster, Ulrich Stößel, Ingrid Schubert

---

<sup>4</sup> Dieses Ergebnis ist auch deshalb bemerkenswert, da es bereits vor 2009 erzielt wurde, d.h. vor Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in Deutschland. Dieser hatte bekanntlich unter anderem das Ziel, die Wahrscheinlichkeit eines klassisch-risikoselektiven Verhaltens von Krankenkassen zu verringern.

## Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (Stand: Dezember 2014)

<b>Eingeschriebene Versicherte insgesamt *</b>	<b>9.640*</b>
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg / Vollmitglieder	8.712
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg / Basismitglieder **	489
- davon Versicherte der LKK / Vollmitglieder	425
- davon Versicherte der LKK / Basismitglieder **	14

\* 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

<b>Anzahl der Risikopatienten</b>	<b>5.611</b>
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	5.303
- davon Versicherte der LKK	308

<b>Teilnehmer an einzelnen IVGK-Gesundheitsprogrammen<sup>5</sup> oder erweiterten Disease-Management-Programmen (DMPs)</b>	<b>Anzahl Teilnehmer</b>
Rauchfreies Kinzigtal (Rauchentwöhnungsprogramm)	223
Starkes Herz (Behandlung/Prävention von Herzinsuffizienz)	94
Gesundes Gewicht (Programm zur Diabetes-Prävention)	201
Starke Muskeln – feste Knochen (Osteoporoseprävention)	876
Psychotherapie Akut (Programm zur Frühintervention bei psychischen Krisen)	466
Besser gestimmt (Depression)	32
Ärzte plus Pflege (spez. med.-pfl. Versorgung von Senioren in Pflegeheimen)	120
Starker Rückhalt – Mein gesunder Rücken (Rückenschmerzpräventionsprogramm)	66
Im Gleichgewicht – Mein Blutdruck im Griff	38
Beweglich bleiben – Rheuma frühzeitig behandeln	11
Kooperatives Gesundheitscoaching	37
Vorsorgeuntersuchungen für Kinder	
- U10	539
- U11	425
- Amblyopie	172
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
Gesundheitspass (ruht z.Zt.)	1300
DMP Diabetes mellitus Typ II	954
DMP KHK	361
DMP Brustkrebs	19
DMP Asthma	132
DMP COPD	184
Anzahl der Personen, die entweder an einem Programm oder einer Aktivität von Gesundes Kinzigtal teilgenommen haben	13.731

(Fortsetzung nächste Seite)

<sup>5</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)

<b>Teilnehmer an Angeboten, die in Kooperation mit AOK-Fachkräften und mit Dritten durchgeführt werden</b>	<b>Anzahl Teilnehmer</b>
Sozialer Dienst (spez. Beratung durch Sozialarbeiter auf Anfrage bzw. Empfehlung des Arztes)	294
Ernährungsberatung durch Beraterinnen der AOK	94
Sturzprophylaxe	159
Aqua-Fitness	1.879
Eingelöste Vereinssport-Gutscheine	447
Vortragsreihe in der Geschäftsstelle (Teilnehmer seit 2009)	3.799

<b>IVGK-Leistungspartner insgesamt</b>	<b>97</b>
- Hausärzte <sup>6</sup>	27
- Fachärzte <sup>7</sup>	24
- Kinderärzte	7
- Psychotherapeuten	5
- Kliniken	6
- Physiotherapeuten	10
- Pflegeheime	11
- ambulante Pflegedienste	5
- sozialtherapeutische Dienste	1
<b>IVGK-Kooperationspartner insgesamt</b>	<b>63</b>
- Apotheken	16
- kooperierende Vereine	38
- Fitness-Studios	6
- Sonstige	3

<sup>6</sup> Ein Hausarzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

<sup>7</sup> Ein Facharzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

## Neuere Publikationen zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (Oktober 2012 bis Februar 2015)

Hildebrandt H, Pimperl A, Schulte T, Hermann C, Riedel H, Schubert I, Köster I, Siegel A, Wetzel M (2015): Triple-Aim-Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. In: Bundesgesundheitsblatt 2015, published online 05 February 2015. DOI 10.1007/s00103-015-2120-y

Schulte T, Siegel A, Pimperl A, Roth M, Hildebrandt H (2015): Patientenorientierung und –aktivierung: Auswirkungen auf die Ergebnisqualität in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In: Amelung VE et al. (Hrsg.): Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Berlin: MWV, S. 123-130. [http://www.mwv-berlin.de/buecher-bestellen/product\\_info.php?info=p661\\_Patientenorientierung.html](http://www.mwv-berlin.de/buecher-bestellen/product_info.php?info=p661_Patientenorientierung.html)

Siegel A, Stößel U (2014): Patientenorientierung und Partizipative Entscheidungsfindung in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In: Pundt J (Hg.): Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit? Bremen: Apollon, S. 195-230. [http://www.apollon-press.de/fileadmin/publikationen-bilder/Apollon\\_Pundt\\_Leseprobe.pdf](http://www.apollon-press.de/fileadmin/publikationen-bilder/Apollon_Pundt_Leseprobe.pdf)

Siegel A, Köster I, Schubert I, Stößel U (2014): Utilization Dynamics of an Integrated Care System in Germany: Morbidity, Age, and Sex Distribution of Gesundes Kinzigtal Integrated Care's Membership in 2006-2008. In: Janssen C, Swart E, Lengerke Tv (eds.): Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results. Foreword by Ronald M. Anderson. New York etc.: Springer, S. 321-335. <http://www.springer.com/gp/book/9781461491903>

Hildebrandt H (2013): Integrierte Versorgung: Wo stehen wir? Eine Public Health orientierte Bestandsaufnahme. In: Public Health Forum 21 (78): 2-4. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0944558712000960>

Konnegen D, Roth M, Deschler T, Boschert S (2013): Höhere Qualität und Effizienz: Kooperation von Ärzten und Pflegeheimen im Kinzigtal. . In: Public Health Forum 21 (78): 12-13. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0944558712000972>

Siegel A, Stößel U (2013): Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal: Bisherige Ergebnisse. In: Public Health Forum 21 (78): 13-15. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0944558712001023>

Mnich E, Hofreuter-Gätgens K, Salomon T, Swart E & Knesebeck Ovd (2013): Ergebnis-Evaluation einer Gesundheitsförderungsmaßnahme für ältere Menschen. In: Gesundheitswesen 72 (02): e5-e10 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1311617>

Siegel A, Köster I, Schubert I, Stößel U (2012): Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal: Ein Modell für regionale Prävention und Schnittstellenoptimierung. In: Kirch W, Hoffmann T, Pfaff H (Hrsg.): Prävention und Versorgung, Stuttgart/New York: Thieme, S. 148-164. <https://www.thieme.de/shop/Praxisverwaltung-und-Krankenhausmanagement/Kirch-Hoffmann-Pfaff-Prävention-und-Versorgung-9783131694614/p/000000000275954401>

Hölzel L, Vollmer M, Kriston L, Siegel A, Härter M (2012): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal: Ergebnisse einer kontrollierten Kohortenstudie. In: Bundesgesundheitsblatt 55: 1524-1533. <http://www.springermedizin.de/patientenbeteiligung-bei-medizinischen-entscheidungen-in-der-iundes-kinzigtal-ergebnisse-einer-kontrollierten-kohortenstudie/3599620.html>

## **Wissenschaftliche Kongresse und Veranstaltungen mit Beiträgen zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal**

### **15th International Congress on Integrated Care (ICIC), Edinburgh / UK, 25.-27.03.2015**

*“Managing and Assessing Improvement in Population Health in Gesundes Kinzigtal” – Workshop/Session am 26.03.2015, 11.15 Uhr – 12:30 Uhr mit folgenden Beiträgen:*

- Pimperl, Alexander F: Measuring the Triple Aim dimension “population health” in Integrated Care Systems (ICS) using claims data: the approach of the German ICS “Gesundes Kinzigtal”
- Schulte, Timo: Comparing Accountable Care Organizations (ACOs) in the public sector of the US healthcare system to the Integrated Care System (ICS) Gesundes Kinzigtal in Germany and potential lessons learned
- Schubert, Ingrid: Evaluation of the population based Integrated Care System (ICS) “Gesundes Kinzigtal”: results from the health care utilization study over six years of observation

*“Assessing and managing populations at risk with new technologies in Integrated Care“ – Workshop/Session am 27.03.2015, 10:30 Uhr – 12:30 Uhr mit folgendem Beitrag:*

- Pimperl, Alexander F: Turning data into value: experiences with business intelligence technologies from the Integrated Care system Gesundes Kinzigtal

Weitere Informationen zur Tagung (Anmeldung, Teilnahmegebühr, Tagungsort) auf [http://www.integratedcarefoundation.org/conference/15\\_annual](http://www.integratedcarefoundation.org/conference/15_annual)