



EKIV-Newsletter 3/2009

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>

Unsere Themen:

- Editorial
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK): Das Projekt „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“ – Evaluation der IVGK auf Basis von GKV-Routinedaten
- Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*
- Kongresse und Konferenzen im vierten Quartal 2009 mit Beiträgen zur Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*

Editorial

Die Versorgungsforschung hat im Verlauf des zurückliegenden Jahrzehnts zusehends an Bedeutung gewonnen. Dennoch stellt das alltägliche Versorgungsgeschehen in Praxen, Krankenhäusern und anderen Institutionen sich uns häufig noch als eine „black box“ dar: Trotz der ungeheuren Datenmengen, die jeden Tag routinemäßig im Zuge millionenfacher Versorgungskontakte entstehen, wissen wir noch immer zu wenig über Behandlungsanlässe, über die erbrachten (bzw. nicht erbrachten) diagnostischen und therapeutischen Leistungen, über die gesundheitlichen Ergebnisse dieser Leistungen und über das Zusammenspiel all dieser Größen in konkreten Versorgungskontexten. Spätestens seit dem Gutachten des Sachverständigenrats mit dem Titel „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ aus dem Jahr 2001 – Teil III des Gutachtens trug den Titel „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ – dürften jedoch zwei Dinge klar sein: Zum einen reguliert sich das – hierzulande sektoral stark fragmentierte – Versorgungsgeschehen offenbar nicht von allein im Sinne einer sich selbst optimierenden Versorgungseffektivität und –effizienz. Zum anderen bedarf es einer wesentlich größeren Transparenz des Versorgungsgeschehens als bisher, um zwecks einer erhöhten Versorgungseffektivität und –effizienz gezielt intervenieren zu können.

Es liegt nahe, zur Herstellung einer größeren Transparenz die bei den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) vorhandenen, routinemäßig anfallenden Leistungs- und Abrechnungsdaten zu nutzen. Diese GKV-Routinedaten stehen im Prinzip jederzeit zur Nutzung bereit; sie sind deshalb auch relativ kostengünstig und relativ schnell verfügbar. Aufgrund ihrer Entstehung im Kontext der Leistungserbringung und –abrechnung sind sie auch aktueller als viele andere Sekundärdaten. Ein weiterer Vorteil von GKV-Routinedaten ist ihr eindeutiger Personen- bzw. Bevölkerungsbezug (was die Pflicht zu ihrer datenschutzgemäßen Nutzung impliziert). Zudem ermöglichen sie eine leistungserbringer- und sektorenübergreifende Perspektive und darauf aufbauende längsschnittliche Analysen.

Auch die Gesundes Kinzigtal GmbH und ihre Vertragspartner AOK Baden-Württemberg und LKK Baden-Württemberg haben zum Zweck der Evaluation der *Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK)* ein Evaluationsprojekt in Auftrag gegeben, in dem die GKV-Routinedaten von AOK- und LKK-Versicherten aus dem Kinzigtal analysiert und mit den Routinedaten einer repräsentativen AOK- und LKK-Versichertenstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg verglichen werden. Das Projekt wird von der PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln unter der Leitung von Frau Dr. Ingrid Schubert durchgeführt. Die leitende Fragestellung dieses Projekts lässt sich so formulieren: Entwickeln sich Morbidität, Inanspruchnahme des Versorgungssystems und die Versorgungsqualität im Kinzigtal und in der IVGK anders – und ggf. günstiger – als im übrigen Baden-Württemberg? Auf den Seiten 3 bis 12 referieren wir ausgewählte Ergebnisse des ersten, teilweise noch explorativen Basisberichts der PMV forschungsgruppe.

Auf Seite 13 dokumentieren wir – wie schon in der letzten Ausgabe des EKIV-Newsletters – aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal.

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

Herzliche Grüße,
Achim Siegel & Ulrich Stößel

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

Das Projekt „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“ – Evaluation der IVGK auf Basis von GKV-Routinedaten (explorativer Basisbericht mit Daten der Jahre 2004-06)

Die letzten beiden Ausgaben des EKIV-Newsletter enthielten eine Zusammenfassung von Zwischenergebnissen des SDM-Projekts („Evaluationsprojekt zur Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared-Decision-Making (SDM)“ – in EKIV-Newsletter 1/2009) sowie der Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer (in EKIV-Newsletter 2/2009). In diesen beiden Projekten werden Versicherte bzw. Leistungserbringer mittels standardisierter Fragebogen im Längsschnitt befragt. Heute stellen wir ein Projekt vor, das die Versorgung in der IVGK auf Basis von GKV-Routinedaten evaluiert.

Ziele und Studiendesign des Evaluationsprojekts „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung (ÜUF-Projekt)“

Das Projekt wurde im Dezember 2006 ausgeschrieben unter dem Titel „Erhebung von Unter-, Fehl- und Überversorgung sowie Status-Quo-Analyse des Gesundheitszustands von Versicherten anhand von AOK-/LKK-Routinedaten für die Versicherten des Kinzigtals in den Jahren 2002 bis 2006 und begleitend für die Jahre 2007 bis 2009“; es wird im Folgenden abgekürzt als „ÜUF-Projekt“ bezeichnet.

Das ÜUF-Projekt wird durchgeführt von der PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln unter der Leitung von Frau Dr. Ingrid Schubert. Die PMV forschungsgruppe verfügt über langjährige Expertise in der Erhebung, Aufbereitung und Analyse von GKV-Daten für versorgungsepidemiologische, pharmakoepidemiologische und gesundheitsökonomische Fragestellungen.¹

Ziel des Projekts ist die Erhebung von Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen, von Kennziffern der Inanspruchnahme sowie möglichst auch von Über-, Unter- und Fehlversorgung (im Sinne des Gutachtens des Sachverständigenrats²) anhand von Indikatoren der Versorgungsqualität bei ausgewählten Indikationen. Sämtliche Daten, die im ÜUF-Projekt erhoben werden, sind pseudonymisierte GKV-Routinedaten, die von den beteiligten Krankenkassen AOK Baden-Württemberg (AOK BW) und LKK Baden-Württemberg (LKK BW) stammen. Das Projekt folgt dem Design einer kontrollierten Studie: Prävalenzen, Kennziffern und Qualitätsindikatoren, die für das Kinzigtal ermittelt wurden, werden mit den Daten einer für ganz Baden-Württemberg repräsentativen Stichprobe volljähriger AOK- bzw. LKK-Versicherter verglichen, aus der Versicherte der Region Kinzigtal ausgeschlossen wurden. Bei vergleichenden Analysen wird die für das übrige Baden-Württemberg repräsentative Stichprobe („Stichprobe BW“) stets hinsichtlich Alter und Geschlecht standardisiert auf die Versicherten der Region Kinzigtal. Die Daten der aufeinander folgenden Jahre 2004 bis 2009 werden im Längsschnitt analysiert, wobei das letzte zur Gänze interventionsfreie Jahr 2004 als Basisjahr gilt.

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

Bisher wurden von der PMV forschungsgruppe GKV-Routinedaten der Jahre 2004-06 in einem explorativen Basisbericht ausgewertet. Ein wichtiges Ziel dieses explorativen Berichts war auch,

¹ Siehe z.B. Ihle P, Köster I, Herholz H, Rambow-Bertram P, Schardt T, Schubert I (2005): Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen - Konzeption und Umsetzung einer personenbezogenen Datenbasis aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Gesundheitswesen 67: 638-645; Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J & Ihle P (2008): Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung. In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 51 (10): 1095-1105

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

zunächst einmal herauszufinden, wie aussagekräftig die vorliegenden Daten für ein Qualitätsmonitoring der IVGK sind und wie gut die Daten für die Bildung von Qualitätsindikatoren für ausgewählte Indikationen genutzt werden können.

Die im Folgenden referierten Ergebnisse aus dem explorativen Basisbericht sind insofern als vorläufig zu betrachten, da die Daten der Verstorbenen für diesen Bericht noch nicht zur Verfügung standen. Da bei Versterbenden im letzten Jahr ihres Lebens – unabhängig vom Alter der Betroffenen – etwa doppelt so hohe Kosten entstehen wie bei Nicht-Versterbenden gleichen Alters,³ ist diese Einschränkung für diese Untersuchung wichtig. In zukünftigen Berichten des ÜUF-Projekts werden auch die Daten der Verstorbenen enthalten sein.

Ausgewählte Ergebnisse des explorativen Basisberichts (mit Daten der Jahre 2004-06)⁴

In die Untersuchung einbezogen wurden grundsätzlich nur AOK- bzw. LKK-Versicherte, die in den einzelnen Beobachtungsjahren durchgängig versichert waren; Kassenwechsler und Verstorbene wurden also nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse für die Versicherten beider Kassen werden stets getrennt wiedergegeben. Für die Auswahl und Interpretation der hier referierten Ergebnisse sind die Autoren des EKIV-Newsletters verantwortlich.

Umfang der betrachteten Versichertengruppen

Als „IV-Versicherte“ der AOK BW wurden all jene im Kinzigtal wohnenden Versicherten gewertet, die bis zum 19.08.2009 in die IVGK eingeschrieben waren; alle anderen im Kinzigtal wohnenden Versicherten der AOK BW gelten im vorliegenden Bericht als „Nicht-IV-Versicherte“. Die in den einzelnen Beobachtungsjahren durchgängig Versicherten der AOK BW außerhalb des Kinzigtals, die zum Vergleich herangezogen wurden, werden im Folgenden als „Vergleichsstichprobe BW“ bezeichnet. Für diese drei Versichertengruppen ergaben sich folgende Umfänge (Tab. 1):

Tab. 1: Anzahl der jährlich durchgängig Versicherten der AOK BW nach Versichertengruppe und Beobachtungsjahr

Jahr	Versicherte der AOK BW in der Region Kinzigtal		Gesamt	Vergleichsstichprobe BW
	IV-Versicherte	Nicht-IV-Versicherte		
2004	2.846	21.230	24.076	429.438
2005	2.874	21.827	24.701	432.933
2006	2.953	22.395	25.348	436.018

Im Fall der LKK BW wurden diejenigen Versicherten als „IV-Versicherte“ gewertet, die Ende des dritten Quartals 2008 in die IVGK eingeschrieben waren, alle anderen im Kinzigtal wohnenden LKK-Versicherten als „Nicht-IV-Versicherte“. Für die drei betrachteten Versichertengruppen der LKK BW ergaben sich folgende Populationsumfänge (Tab. 2):

Tab. 2: Anzahl der jährlich durchgängig Versicherten der LKK BW nach Versichertengruppe und Beobachtungsjahr

Jahr	Versicherte der LKK BW in der Region Kinzigtal		Gesamt	Vergleichsstichprobe BW
	IV-Versicherte	Nicht-IV-Versicherte		
2004	239	1.282	1.521	14.758
2005	245	1.308	1.553	14.711
2006	256	1.315	1.571	14.475

³ Ihle P & Schubert I (2006): Schätzung der direkten Kosten der letzten Lebensperiode. In: Gesundheitswesen 68: A59.

⁴ Die Ergebnisse sind folgenden Projektberichten entnommen: PMV forschungsruppe (2009): Evaluationsmodul der IVGK „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“. 1. Zwischenbericht für Gesundes Kinzigtal GmbH, hier: AOK-Daten; PMV forschungsruppe (2009): Evaluationsmodul der IVGK „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“. 1. Zwischenbericht für Gesundes Kinzigtal GmbH, hier: LKK-Daten (jeweils uv. Ms.).

Die häufigsten Behandlungsanlässe im Jahr 2006

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

Ein Blick auf die häufigsten Behandlungsanlässe fördert bereits einige wichtige Charakteristika der Versicherten aus dem Kinzigtal zutage. Bezogen auf die IV-Versicherten der AOK BW bilden folgende ICD-Gruppen im Jahr 2006 die sechs häufigsten Behandlungsanlässe im ambulanten Sektor (Tab. 3a) bzw. im stationären Sektor (Tab. 3b) ab:

Tab. 3a: Liste der sechs häufigsten ICD-Gruppen der IV-Versicherten der AOK BW im ambul. Sektor: Anteil der Versicherten mit Krankenscheindiagnose im Beobachtungsjahr 2006

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Anteil (in %) mit Krankenscheindiagnose				
		IV-Vers. (1)	Kinzigtal Nicht-IV-Vers. (2)	Gesamt (3)	Alter Kinzigtal (4)	Alter >= 18 J. standard. BW (5)
M40-M54	Krankh.d.Wirbelsäule & d. Rückens	48,8	30,5	32,7	38,6	40,9
I10-I15	Hypertonie	42,1	24,1	26,2	32,3	34,3
M00-M25	Arthropathien	39,2	21,8	23,8	27,9	27,8
E70-E90	Stoffwechselstörungen	33,2	19,0	20,7	25,4	28,4
M60-M79	Krankh. d. Weichteilgewebe	26,3	15,0	16,3	19,0	19,1
H49-H52	Affekt. d. Augenmuskeln, Stör. d. Blickbewegungen, Akkomodationsstörungen & Refraktionsfehler	25,9	14,9	16,2	16,2	21,9

Tab. 3b: Liste der sechs häufigsten ICD-Gruppen der IV-Versicherten der AOK BW im stationären Sektor: Anteil der Versicherten mit stationärer Hauptentlassungsdiagnose im Beobachtungsjahr 2006

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Anteil m. stat. Hauptentlassungsdiagnose pro 1.000 Vers.				
		IV-Vers. (1)	Kinzigtal Nicht-IV-Vers. (2)	Gesamt (3)	Alter Kinzigtal (4)	Alter >= 18 J. standard. BW (5)
I30-I52	Sonstige Formen d. Herzkrankh.	15,6	8,8	9,6	11,8	8,6
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	12,5	4,7	5,6	7,0	8,2
M00-M25	Arthropathien	11,5	6,5	7,1	8,5	9,3
M40-M54	Krankh.d.Wirbelsäule & Rückens	11,2	4,2	5,0	6,1	5,4
C00-C97	Bösartige Neubildungen	10,8	5,7	6,3	7,7	8,0
K40-K46	Hernien	7,8	3,7	4,2	5,1	4,0

Ein Blick auf die beiden Tabellen (Tab. 3a und 3b) zeigt zweierlei: Zum einen sind die Behandlungsprävalenzen im ambulanten Sektor (Tab. 3a) bei volljährigen AOK-Versicherten im Kinzigtal in der Regel etwas niedriger als bei der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg: So beträgt z.B. die Behandlungsprävalenz für Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD 10: M40-M54) im Kinzigtal 38,6%, in der auf das Kinzigtal standardisierten BW-Vergleichsstichprobe hingegen 40,9%. Bei den stationären Hauptentlassungsdiag-

nosen findet sich ein derartiger indikationenübergreifender Unterschied nicht (Tab. 3b). Zum anderen weisen innerhalb des Kinzigtals die IV-Versicherten nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Sektor durchweg eine deutlich höhere Behandlungsprävalenz auf als die Nicht-IV-Versicherten. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem – bereits an anderer Stelle erörterten⁵ – Befund, dass in der IVGK eine umgekehrte Risikoselektion praktiziert wird.

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

Tab. 4a: Liste der sechs häufigsten ICD-Gruppen der IV-Versicherten der LKK BW im ambul. Sektor: Anteil der Versicherten mit Krankenscheindiagnose im Beobachtungsjahr 2006

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Anteil (in %) mit Krankenscheindiagnose				
		IV-Vers. (1)	Kinzigtal Nicht-IV-Vers. (2)	Gesamt (3)	Alter Kinzigtal >= 18 J. (4)	standard. BW (5)
I10-I15	Hypertonie	47,3	31,3	33,3	39,8	42,1
M00-M25	Arthropathien	43,8	28,7	31,2	35,9	33,9
M40-M54	Krankh.d.Wirbelsäule & d. Rückens	41,8	29,4	31,4	35,9	36,4
I80-I89	Krankh. der Venen, Lymphgefäße & Lymphknoten, andernorts nicht klassifiziert	26,2	17,9	19,2	22,6	22,0
E00-E07	Krankh. der Schilddrüse	25,8	16,8	18,3	21,3	17,0
E79-E90	Stoffwechselstörungen	25,0	19,8	20,7	24,3	28,0

Tab. 4b: Liste der sechs häufigsten ICD-Gruppen der IV-Versicherten der LKK BW im stationären Sektor: Anteil der Versicherten mit stationärer Hauptentlassungsdiagnose im Beobachtungsjahr 2006

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Anteil m. stat. Hauptentlassungsdiagnose pro 1.000 Vers.				
		IV-Vers. (1)	Kinzigtal Nicht-IV-Vers. (2)	Gesamt (3)	Alter Kinzigtal >= 18 J. (4)	standard. BW (5)
I30-I52	Sonstige Formen d. Herzkrankh.	23,4	9,1	11,5	13,5	7,4
C00-C97	Bösartige Neubildungen	7,8	6,8	7,0	8,2	2,7
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	7,8	3,0	3,8	4,5	2,8
R50-R69	Allgemeinsymptome	7,8	3,0	3,8	4,5	1,6
I10-I15	Hypertonie	7,8	2,3	3,2	3,7	1,6
S70-S79	Verletzungen d. Hüfte & des Oberschenkels	7,8	1,5	2,5	3,0	1,0

Die Ergebnisse der LKK-Versicherten haben mit den Ergebnissen der AOK-Versicherten eine auffallende Gemeinsamkeit: Die Behandlungsprävalenzen sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor bei den IV-Versicherten in der Regel deutlich höher als bei den Nicht-IV-Versicherten im Kinzigtal: Die von der IVGK praktizierte umgekehrte Risikoselektion zeigt sich also auch im Fall der LKK-Versicherten sehr deutlich. Hinsichtlich des Vergleichs zwischen den volljährigen Kinzigtal-Versicherten und der alter- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsstichprobe BW lässt sich jedoch ein anderes Ergebnismuster als im Fall der AOK-Versicherten feststellen: So sind zum einen die Behandlungsprävalenzen im ambulanten Sektor bei den Kinzigtal-Versicherten nicht überwiegend niedriger als in der Vergleichsstichprobe, und die Behandlungsprävalenzen im stationären Sektor sind bei den

⁵ Siehe ausführlich: Siegel A & Stößel U: Umgekehrte Risikoselektion in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Sozialstruktur und GKV-Kosten von eingeschriebenen und nicht-eingeschriebenen Versicherten im Zeitverlauf. In: EKIV-Newsletter 1/2009: 10-14. Download unter: http://www.ekiv.org/de/pdf/EKIV-Newsletter_2009-1.pdf

Kinzigtal-Versicherten sogar merklich höher als in der Vergleichsstichprobe – allerdings ist bei letzteren zu beachten, dass die Prävalenzziffern (wiedergegeben in *Anzahl pro 1.000 Versicherte*) nur auf sehr niedrigen Fallzahlen beruhen. Zusammenfassend lässt sich sagen: Während die AOK-Versicherten im Kinzigtal tendenziell eine etwas geringere Behandlungsprävalenz aufweisen als die Vergleichsstichprobe der AOK BW, gilt das für die LKK-Versicherten im Kinzigtal in Relation zur Vergleichsstichprobe der LKK BW – jedenfalls für das Jahr 2006 – nicht.

Versicherte mit Multimorbidität, Multimedikation und längerfristiger Benzodiazepin-Verordnung sowie Generikaquoten im Kinzigtal

Einen ersten Überblick über die Entwicklung der Morbidität bei den AOK-Versicherten erhält man in einer einzigen Tabelle, wenn man den Anteil der Versicherten mit Multimorbidität in den drei Beobachtungsjahren 2004, 2005 und 2006 bildet. Das Kriterium „Multimorbidität“ galt als erfüllt, wenn bei einem Versicherten Diagnosen aus mindestens drei verschiedenen ICD-Untergruppen und diese über mindestens drei Quartale im Jahr dokumentiert waren. Demnach lässt sich für die AOK-Versicherten folgende Entwicklung feststellen:

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

Jahr	Versicherte mit Multimorbidität						
	Kinzigtal					Alter >= 18 Jahre	
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW %
2004	1.068	37,5	4.208	19,8	21,9	27,0	25,9
2005	1.152	40,1	4.633	21,2	23,4	28,9	28,6
2006	1.268	42,9	4.909	21,9	24,4	29,9	31,1

Tabelle 5 zeigt, dass sowohl im Kinzigtal als auch in der Vergleichsstichprobe BW der Anteil der Versicherten mit Multimorbidität im Zeitraum 2004-06 steigt. Der Anstieg fällt jedoch bei den volljährigen Versicherten im Kinzigtal geringer aus (von 27% im Jahr 2004 auf 29,9% im Jahr 2006) als in der baden-württembergischen Vergleichsgruppe (von 25,9% im Jahr 2004 auf 31,1% im Jahr 2006). Betrachtet man die beiden Versichertengruppen innerhalb des Kinzigtals, so zeigen sich erneut die – erwünschten – Auswirkungen der umgekehrten Risikoselektion in der IVGK: Unter den IV-Versicherten ist der Anteil an Versicherten mit Multimorbidität beinahe doppelt so hoch wie unter den Nicht-IV-Versicherten im Kinzigtal.

Bei den LKK-Versicherten wurde das Kriterium der Multimorbidität nicht erfüllt. Inwieweit das durch ein besonderes Inanspruchnahmeverhalten der LKK-Versicherten bedingt oder auf eine lückenhafte Diagnosenübermittlung zurückzuführen ist, wird noch zu klären sein.

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

Jahr	Versicherte mit Multimedikation						
	Kinzigtal					Alter >= 18 Jahre	
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW %
2004	172	6,0	698	3,3	3,6	4,4	5,2
2005	201	7,0	860	3,9	4,3	5,2	6,1
2006	261	8,8	920	4,1	4,7	5,7	6,8

Tab. 6 gibt den Anteil der AOK-Versicherten mit Multimedikation wieder. Das Kriterium „Multimedikation“ galt als erfüllt, wenn bei einem Versicherten in allen vier Quartalen eines Jahres mindestens

fünf verschiedene Verordnungen (ATC 7-stellig) dokumentiert waren. Ein hoher Anteil von Versicherten mit Multimedikation ist kritisch zu sehen, da bei Patienten mit Multimedikation die Wahrscheinlichkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen bzw. unvorgesehener Arzneimittelinteraktionen steigt. Wie aus Tab. 6 zu erkennen ist, liegt der Anteil volljähriger Versicherter mit Multimedikation im Kinzigtal im Jahr 2004 mit 4,4% um knapp 20% niedriger als in der baden-württembergischen Vergleichsstichprobe mit 5,2%. Zwar steigt der Anteil bei beiden Versichertengruppen von 2004 bis 2006 merklich an; der relative Unterschied zwischen den AOK-Versicherten im Kinzigtal und der Vergleichsgruppe bleibt jedoch bestehen (5,7% vs. 6,8% im Jahr 2006). Ein ähnliches Ergebnismuster beim Thema Multimedikation zeigt sich auch für die Versicherten der LKK BW (Tab. 7).

Tab. 7: Anteil der LKK-Versicherten mit Multimedikation nach Beobachtungsjahr

Jahr	Versicherte mit Multimedikation						
	Kinzigtal				Alter >= 18 Jahre		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW %
2004	10	4,2	33	2,6	2,8	3,3	6,1
2005	13	5,3	45	3,4	3,7	4,3	7,6
2006	19	7,4	51	3,9	4,5	5,2	8,3

Der Unterschied zwischen den volljährigen LKK-Versicherten im Kinzigtal und der baden-württembergischen Vergleichsgruppe hinsichtlich des Anteils der Versicherten mit Multimedikation ist sogar noch ausgeprägter als im Fall der AOK-Versicherten: Einer Multimedikationsrate von 3,3% im Kinzigtal im Jahr 2004 steht eine Rate von 6,1% in der Vergleichsgruppe gegenüber. Zwar steigt auch bei allen Gruppen der LKK-Versicherten der Anteil mit Multimedikation bis 2006 an, aber wie im Fall der AOK-Versicherten bleibt der Unterschied zwischen den Gruppen auch hier in seiner relativen Größenordnung ungefähr erhalten (5,2% im Kinzigtal vs. 8,3% in der Vergleichsgruppe im Jahr 2006).

In einem weiteren Bereich, dessen Inanspruchnahme als kritisch zu sehen ist, lassen sich für die Versicherten im Kinzigtal geringere Inanspruchnahmekennziffern ausweisen – nämlich bei der längerfristigen Verordnung von Benzodiazepinen zu Lasten der GKV (Verordnungen auf Privatrezept können nicht erfasst werden.) Als „längerfristig“ galt eine Verordnung, wenn mehr als 20 Tagesdosen (>20 DDD) dokumentiert waren. Eine längerfristige Benzodiazepin-Verordnung ist wegen des hohen Abhängigkeitspotentials als kritisch einzuschätzen. Tab. 8 zeigt die Ergebnisse für die AOK-Versicherten im Beobachtungsjahr 2006 nach Altersgruppen und Geschlecht.

Tab. 8: Anteil der AOK-Versicherten mit längerfristiger Benzodiazepin-Verordnung im Jahr 2006

Alter / Geschl.	Versicherte mit Benzodiazepinen (> 20 DDD)						
	Kinzigtal				Alter >= 18 Jahre		
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW %
<18 J.	0	0,0	4	0,1	0,1	-	-
18-49 J.	5	0,6	37	0,4	0,5	0,5	1,0
50-69 J.	15	1,5	129	2,5	2,4	2,4	3,7
>= 70 J.	36	3,8	279	6,7	6,2	6,2	9,3
Männer	15	1,2	147	1,4	1,3	1,7	2,4
Frauen	41	2,5	302	2,6	2,6	3,1	5,2
Gesamt	56	1,9	449	2,0	2,0	2,4	3,9

Es fällt auf, dass in der baden-württembergischen Vergleichsstichprobe quer über alle Altersgruppen hinweg längerfristige Benzodiazepin-Verordnungen zu Lasten der GKV deutlich häufiger vorkommen (3,9%) als bei den AOK-Versicherten im Kinzigtal (2,4%). Positiv für die IVGK zu werten ist hier insbesondere, dass bei der Betrachtung nach Altersgruppen den IV-Versicherten Benzodiazepine deutlich seltener längerfristig verordnet werden als den Nicht-IV-Versicherten. Auf die Wiedergabe der Ergebnisse bei den LKK-Versicherten verzichten wir wegen der eingeschränkten Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund sehr geringer Fallzahlen.

Schließlich sei hier noch ein letztes für die IVGK positiv zu wertendes Ergebnis aus dem Bereich der allgemeinen Inanspruchnahmekennziffern dargestellt – ein Ergebnis, das sicherlich auch einen Teil zum ökonomischen Erfolg der IVGK in den Jahren 2006 und 2007 beigetragen hat: der Generikaanteil für ausgewählte Wirkstoffgruppen. Der Generikaanteil gilt seit langem als eine Möglichkeit, ohne Qualitätsverlust Kosten zu senken (bei Annahme gleicher Adherence). Zwar wird die Steuerung des Generikaanteils durch die kürzlich in Kraft getretenen Rabattverträge nicht mehr durch die Verordnung des Arztes vorgenommen, doch sind zumindest für das Beobachtungsjahr 2006 die Ergebnisse für die Beurteilung der IVGK relevant und bedeutsam (Tab. 9).

Tab. 9: Generikaanteil für einzelne Wirkstoffgruppen bei AOK-Versicherten; Beobachtungsjahr 2006

Arzneimittel-Gruppe	Anteil (%) der Generika an allen Tagesdosen der generikafähigen Präparate				
	Kinzigtal		Gesamt	Alter >= 18 Jahre	
	IV-Versicherte	Nicht-IV-Versicherte		Kinzigtal	stand. BW
	%	%	%	%	%
ACE-Hemmer	96,0	91,9	92,7	92,7	89,1
β-Blocker	93,7	88,4	89,5	89,5	80,1
Calciumantagon.	94,2	91,5	92,1	92,1	90,9
Statine	95,7	96,5	96,3	96,3	96,0
Antidepressiva	83,6	77,7	78,8	78,8	81,0
-- SSRI	89,0	74,5	76,8	76,9	82,2
Gesamt	94,1	90,1	90,9	90,9	87,9

Obwohl der Generikaanteil auch bei der baden-württembergischen Vergleichsgruppe hoch ist, wird er im Kinzigtal bei den genannten Wirkstoffgruppen noch um drei Prozentpunkte übertroffen (90,9% vs. 87,9%). Eine Ausnahme besteht bei Antidepressiva und insbesondere bei SSRI: Bei Antidepressiva ist die Generikaquote im Kinzigtal um gut zwei Prozentpunkte, bei SSRI im Besonderen um gut fünf Prozentpunkte niedriger als in der Vergleichsgruppe. Betrachtet man die Generikaquoten für IV-Versicherte und Nicht-IV-Versicherte im Kinzigtal, so wird deutlich, dass bei den IV-Versicherten der Generikaanteil auch bei Antidepressiva und insbesondere bei SSRI höher ist als in der baden-württembergischen Vergleichsstichprobe und deutlich höher als bei den Nicht-IV-Versicherten im Kinzigtal. Im Fall der LKK-Versicherten ist das Ergebnismuster nahezu identisch (ohne Tabelle): Die Unterschiede zwischen Kinzigtal und der Vergleichsgruppe BW (gesamte Generikaquote bei den genannten Wirkstoffgruppen: 93% vs. 89,6%) sowie zwischen IV-Versicherten und Nicht-IV-Versicherten innerhalb des Kinzigtals (96,8% vs. 91,8%) sind sogar noch etwas ausgeprägter als im Fall der AOK-Versicherten. Auch diese Ergebnisse sprechen also – als Momentaufnahme für das Jahr 2006 – für eine rationalere Medikation im Kinzigtal und insbesondere in der IVGK.

Abschließend wollen wir ein Ergebnis referieren, das als Indikator für die Versorgungsqualität bei Patienten mit affektiven Störungen (v. a. Depressionen) gelten kann, nämlich die Kontinuität der antidepressiven (medikamentösen) Therapie. In diesem speziellen Fall ist – so viel sei vorweg genommen – die Versorgung im Kinzigtal und insbesondere in der IVGK ausnahmsweise als weniger gut zu beurteilen.

Administrative Prävalenz der affektiven Störungen und Kontinuität der Antidepressiva-Therapie

Am Beispiel der Kontinuität der antidepressiven medikamentösen Therapie soll nachvollzogen werden, wie auf Basis von GKV-Routinedaten bei ausgewählten Indikationen Indikatoren der Versorgungsqualität gebildet (und so ggf. für ein Qualitätsmonitoring genutzt) werden können. Der Einfachheit halber referieren wir hier nur Ergebnisse zu den AOK-Versicherten.

Zu den „affektiven Störungen“ zählen im Rahmen der ICD-10-Systematik alle Kodierschlüssel des Kapitels F31-F39. Innerhalb dieses Kapitels gehören die bipolaren affektiven Störungen (F31), die depressiven Episoden (F32) und die rezidivierenden depressiven Störungen (F33) zu den häufigsten Diagnosen. Für die volljährigen AOK-Versicherten im Kinzigtal ergab sich für das Jahr 2006 eine administrative Prävalenz von 11% auf der Grundlage von Diagnosenennungen und von knapp 8% auf der Grundlage der epidemiologisch sicheren Fälle (Tab. 10). Bei der Prävalenzschätzung auf Basis der „epidemiologisch sicheren Fälle“ wird nicht nur die einfache Diagnosenennung als Kriterium herangezogen, sondern es werden zusätzliche Kriterien geprüft, damit „fragliche“ oder „unsichere“ Fälle von den epidemiologisch sicheren Fällen abgegrenzt werden können.

Als „epidemiologisch sichere“ Fälle wurden von der PMV forschungsgruppe diejenigen Versicherten definiert, die mindestens eine der drei folgenden Bedingungen erfüllten: (a) stationärer Aufenthalt mit Hauptentlassungsdiagnose „Depression/affektive Störung“ (ICD F30-F39), (b) Diagnose „Depression/affektive Störung“ in mindestens zwei Quartalen (ICD F30-F39 mit Zusatz G „Gesichert“), (c) Diagnose „Depression/affektive Störung“ in einem Quartal (F30-F39 mit Zusatz G „Gesichert“) und mindestens eine Antidepressiva-Verordnung (ATC N06A, N06CA). Bei der Quartalszählung wurden alle Krankenschein- und stationären Diagnosen der ICD-Klassen F30-F39 einbezogen mit Ausnahme von Krankenscheindiagnosen mit Zusatz A („Ausgeschlossen“) und V („Verdacht“).

Tab. 10: Anteil der AOK-Versicherten mit affektiver Störung nach Beobachtungsjahr

Jahr	Affektive Störung: Versicherte mit Diagnosenennung						
	Kinzigtal					Alter >= 18 Jahre	
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW %
2004	380	13,4	1.820	8,6	9,1	11,3	12,4
2005	382	13,3	1.865	8,5	9,1	11,2	12,9
2006	392	13,3	1.883	8,4	9,0	11,0	13,3

Jahr	Affektive Störung: epidemiologisch sichere Fälle						
	Kinzigtal					Alter >= 18 Jahre	
	IV-Versicherte Anzahl	%	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	%	Gesamt %	Kinzigtal %	stand.BW %
2004	275	9,7	1.187	5,6	6,1	7,5	8,2
2005	296	10,3	1.279	5,9	6,4	7,9	8,9
2006	299	10,1	1.309	5,8	6,3	7,8	9,4

Aus Tab. 10 lässt sich erkennen, dass die administrative Prävalenz der Versicherten mit affektiver Störung im Kinzigtal etwas niedriger ist als in der baden-württembergischen Vergleichsstichprobe, und zwar unabhängig davon, ob die Prävalenz auf Basis der Versicherten mit Diagnosenennung oder auf Basis der epidemiologisch sicheren Fälle bestimmt wurde. Zudem zeigt sich, dass die Prävalenz im Kinzigtal im Zeitraum 2004-06 geringfügiger ansteigt als in der baden-württembergischen Vergleichsstichprobe (epidemiologisch sichere Fälle) bzw. leicht fällt, während sie in der Vergleichsstichprobe geringfügig ansteigt (Versicherte mit Diagnosenennung).

Für die Beurteilung der Versorgung von Patienten mit affektiven Störungen lassen sich eine Reihe von Qualitätsindikatoren bilden. Einer dieser Indikatoren ist die Kontinuität einer Antidepressiva-Therapie über mindestens 3 bzw. 6 Monate, da erst mit einer kontinuierlichen Einnahme von Antidepressiva sich deren Wirksamkeit in der Regel vollständig entfaltet. Der Nenner des Qualitätsindikators setzt sich zusammen aus der Anzahl der Patienten mit affektiver Störung und Monotherapie mit mindestens einer Verordnung eines Antidepressivums (ATC N06A); der Zähler des Indikators wird gebildet von der Anzahl der Patienten mit Depression mit Verordnung von Antidepressiva über 3 Monate (ATC N06A, mindestens 90 DDD) bzw. über 6 Monate (ATC N06A, mindestens 180 DDD). Die Therapieabbruchrate ist u.a. wegen der teils unangenehmen Nebenwirkungen vieler Antidepressiva relativ hoch. Wenn aber eine Antidepressiva-Therapie einmal begonnen worden ist, sollte sie auch kontinuierlich durchgeführt werden. Ob die Medikamente nach Einlösen des Rezepts auch tatsächlich eingenommen werden, kann auf Basis von GKV-Routinedaten allerdings nicht zuverlässig erfasst werden; daher spiegelt eine kontinuierliche Verordnung von Antidepressiva eher eine theoretisch erreichbare als eine praktisch erreichte Kontinuität der Antidepressiva-Therapie wider.

Tab. 11: Anteil der kontinuierlich über 3 bzw. 6 Monate mit Antidepressiva behandelten Patienten mit affektiver Störung (sichere Fälle) nach Geschlecht und Altersgruppen; Beobachtungsjahr 2006

Alter / Geschl.	Affektive Störung: epidemiologisch sichere Fälle Patienten mit Antidepressiva: davon mit mehr als 90 DDD						
	Kinzigtal				Gesamt %	Alter >= 18 Jahre	
	IV-Versicherte Anzahl	IV-Versicherte %	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	Nicht-IV-Versicherte %		Kinzigtal %	stand.BW %
<18 J.	-	-	1	100,0	100,0	-	-
18-39 J.	5	41,7	27	65,9	60,4	60,4	68,3
40-59 J.	23	59,0	126	67,7	66,2	66,2	61,9
>= 60 J.	73	67,6	278	68,5	68,3	68,3	73,5
Männer	18	62,1	107	70,4	69,1	69,1	70,5
Frauen	83	63,8	325	67,4	66,7	66,6	69,8
Gesamt	101	63,5	432	68,1	67,2	67,2	70,0

Alter / Geschl.	Affektive Störung: epidemiologisch sichere Fälle Patienten mit Antidepressiva: davon mit mehr als 180 DDD						
	Kinzigtal				Gesamt %	Alter >= 18 Jahre	
	IV-Versicherte Anzahl	IV-Versicherte %	Nicht-IV-Versicherte Anzahl	Nicht-IV-Versicherte %		Kinzigtal %	stand.BW %
<18 J.	-	-	0	0,0	0,0	-	-
18-39 J.	4	33,3	19	46,3	43,4	43,4	54,0
40-59 J.	18	46,2	90	48,4	48,0	48,0	45,0
>= 60 J.	50	46,3	181	44,6	44,9	44,9	51,8
Männer	14	48,3	75	49,3	49,2	49,2	51,9
Frauen	58	44,6	215	44,6	44,6	44,7	49,6
Gesamt	72	45,3	290	45,7	45,6	45,7	50,1

Tab. 11 weist den Indikator für die AOK-Versicherten nach Altersgruppen und nach Geschlecht aus, und zwar hinsichtlich einer theoretisch erreichbaren Kontinuität von mindestens 90 DDD (obere Tabellenhälfte) sowie einer theoretisch erreichbaren Kontinuität von mindestens 180 DDD (untere Tabellenhälfte). Für beide Varianten zeigt sich, dass die Kontinuität der Antidepressiva-Therapie im Kinzigital im Jahr 2006 etwas geringer ist als in der baden-württembergischen Vergleichsgruppe: Im Fall einer kontinuierlichen Therapie mit mindestens 90 Tagesdosen beträgt der Unterschied knapp 3 Prozent-

punkte (67,2% vs. 70%), bei einer Antidepressiva-Therapie mit mindestens 180 Tagesdosen sogar mehr als 4 Prozentpunkte (45,7% vs. 50,1%). Bei Betrachtung des Indikators innerhalb des Kinzigitals zeigt sich, dass die Kontinuität der Antidepressiva-Therapie über mindestens 90 Tagesdosen bei den IV-Versicherten geringer ist als bei den Nicht-IV-Versicherten (63,5% vs. 68,1%), während im Fall einer Therapie mit mindestens 180 Tagesdosen kaum ein Unterschied besteht (45,3% vs. 45,7%). Hinsichtlich dieses spezifischen Qualitätsindikators muss die Versorgung im Kinzigital im Vergleich zur baden-württembergischen Vergleichsgruppe als weniger günstig beurteilt werden.

Fazit

Unsere kurze Zusammenstellung ausgewählter Ergebnisse aus dem explorativen Basisbericht im Rahmen des ÜUF-Projekts konnte das Potential einer auf GKV-Routinedaten basierenden Evaluation eines Versorgungssystems lediglich andeuten.

Aus der Darstellung der häufigsten Behandlungsanlässe im ambulanten und stationären Sektor ließen sich Hinweise entnehmen auf die Morbidität der AOK- und LKK-Versicherten im Kinzigital im Vergleich zu einer auf die Kinzigital-Population standardisierten Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg. Demnach weisen die AOK-Versicherten im Kinzigital in der Regel eine etwas geringere administrative Prävalenz auf als vergleichbare AOK-Versicherte aus dem übrigen Baden-Württemberg. Für die LKK-Versicherten im Kinzigital gilt dies in Bezug auf vergleichbare LKK-Versicherte aus dem übrigen Baden-Württemberg jedoch nicht. Bei der Darstellung erster Entwicklungstrends im Zeitverlauf (Beobachtungsjahre 2004 bis 2006) zeigte sich z.B. hinsichtlich des Anteils der AOK-Versicherten mit Multimorbidität eine Entwicklung, die unseres Erachtens für die AOK-Versicherten im Kinzigital in Relation zur AOK-Vergleichsstichprobe als positiv gewertet werden kann: Der Anstieg der Prävalenz verläuft im Kinzigital flacher als in der Vergleichsstichprobe. Auch im Hinblick auf globale Inanspruchnahmeparameter – wie z.B. den Anteil der Versicherten mit Multimedikation, mit längerfristiger Benzodiazepin-Verordnung oder im Hinblick auf die Generikaquote – zeigten sich Unterschiede zwischen der Versorgung im Kinzigital und im übrigen Baden-Württemberg, die tendenziell als komparative Vorteile für das Kinzigital gewertet werden können. Am Beispiel der Versorgung von Versicherten mit affektiven Störungen konnte jedoch gezeigt werden, dass für das Kinzigital nicht nur komparative Vorteile zu verbuchen sind: Zwar verläuft der Anstieg der administrativen Prävalenz affektiver Störungen bei AOK-Versicherten im Zeitraum 2004-06 im Kinzigital etwas flacher als im übrigen Baden-Württemberg. Im Hinblick jedoch auf den spezifischen Qualitätsindikator „Kontinuität der Antidepressiva-Therapie“ (bei Patienten mit affektiven Störungen und mit Verordnung mindestens eines Antidepressivums) war die Versorgung im Kinzigital im Vergleich mit dem übrigen Baden-Württemberg zumindest im Jahr 2006 unterlegen. Dieser Qualitätsindikator wurde auch deshalb beispielhaft herausgegriffen, weil sich hier gut nachvollziehen lässt, wie sich anhand von GKV-Routinedaten Qualitätsindikatoren bilden lassen – mit ihren jeweiligen methodischen Stärken und Schwächen. Dass derartige Ergebnisse von einer IV-Managementgesellschaft prinzipiell auch für Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden können und sollten, liegt auf der Hand.

Um klare und einigermaßen stabile Trends bzgl. der Entwicklung der gesundheitsbezogenen Ergebnisse und der Versorgungsqualität im Kinzigital im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg zu identifizieren, ist es notwendig, die Daten weiterer Beobachtungsjahre zu analysieren. Die Ergebnisse des explorativen Basisberichts der PMV forschungsgruppe haben unseres Erachtens aber jetzt schon gezeigt, dass eine sorgfältige Analyse von GKV-Routinedaten unser Wissen über wichtige Aspekte der Versorgungsqualität enorm erweitern kann.

Achim Siegel, Ulrich Stöbel

Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (Stand: 16. 10. 2009)

An dieser Stelle veröffentlichen wir regelmäßig aktuelle Daten¹ zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK).

Eingeschriebene Versicherte insgesamt	5982
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	5634
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	348

Anzahl der Risikopatienten (mit Zielvereinbarungen)	4038
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	3773
- davon Versicherte der LKK Baden-Württemberg	265

Teilnehmer an einzelnen IVGK-Gesundheitsprogrammen¹	Teilnehmer
AGil (Aktive Gesundheitsförderung älterer Menschen im Kinzigtal)	478
Rauchfreies Kinzigtal (Rauchentwöhnungsprogramm)	82
Starkes Herz (Behandlung/Prävention von Herzinsuffizienz)	62
Gesundes Gewicht (Programm zur Diabetes-Prävention)	74
Starke Muskeln – feste Knochen (Osteoporoseprävention)	336
Psycho-Akut (Programm zur Frühintervention bei psych. Krisen)	88

IVGK-Leistungspartner insgesamt	69
- Hausärzte ²	21
- Fachärzte ³	19
- Kinderärzte	5
- Psychotherapeuten	3
- Kliniken	6
- Physiotherapeuten	4
- Pflegeheime	7
- ambulante Pflegedienste	4
IVGK-Kooperationspartner insgesamt	37
- Apotheken	14
- kooperierende Vereine	12
- Fitness-Studios	6
- Physiotherapeuten ⁴	5

¹ Weitere Informationen zu den Gesundheitsprogrammen finden Sie unter http://patienten.gesundes-kinzigtal.de/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=39

² Ein Hausarzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

³ Ein Facharzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

⁴ Diese Physiotherapeuten sind der IVGK als Kooperationspartner (ohne vertragliche Bindung) angegliedert.

Kongresse und Konferenzen im vierten Quartal 2009 mit Beiträgen zur Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*

01.-03.10.2009: Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), Heidelberg

(Abstracts siehe http://www.dkvf2009.de/media/Hauptprogramm_mit_Abstractband.pdf)

WS 257 (Vortrag am 02.10.09): „Gesundes Kinzigtal“: Herausforderungen der strategischen Steuerung einer populationsbezogenen Integrierten Vollversorgung und erste finanzielle Ergebnisse der Jahre 2006 und 2007 (Hermann C, Hildebrandt H, Daul G, Knittel R, Siegel A, Auel M & Richter-Reichhelm M)

WS 261 (Vortrag am 02.10.09): Niedrigere Versorgungskosten durch höhere Organisations- und Interaktionsqualität? Evaluation der populationsbezogenen Integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“ – eine Zwischenbilanz (Siegel A, Stößel U, Beckebans F, Härter M, Hölzel L, Schubert I, Köster I, Pfaff H, Nübling M, Stunder B, Gaiser K & Stützel Y)

04.11.2009: 4. Wiener Symposium *Integrierte Versorgung, Competence Center Integrierte Versorgung, Wien*

Vortrag am 04.11.09: Evaluationsforschung und Ergebnismessung in der Integrierten Vollversorgung „Gesundes Kinzigtal“ (Hildebrandt H & Siegel A)

05.-06.11.2009: 9th Annual Conference on Integrated Care – “Lost in Transition: Meeting the Challenge Through Integrated Care”, International Network of Integrated Care, Wien

(Weitere Informationen auf: <http://www.integratedcare.eu/downloads/090912tekst-website-wenen-2009-070909.pdf>)

Vortrag am 05.11.09: Lower Health Care Cost by Superior (Integrated) Care Management? Evaluation of a Population-Based Integrated Care System in Germany – First Results (Siegel A, Stößel U, Hildebrandt H, Gaiser K, Härter M, Hölzel L, Köster I, Nübling M, Schubert I, Stunder B & Stützel Y)

Vortrag am 05.11.09: Inverted Risk Selection – a Structural Property of a New Population-Based Integrated Care System in Germany (Siegel A, Stößel U, Beckebans F, Michalek HE, Gaiser K & Adis G)

Vortrag am 05.11.09: Management Principles and Financial Results of a Population-Based Integrative Care Approach in Germany (Hildebrandt H, Daul G, Riedel H, Beckebans F, Siegel A & Auel M)