



Kurzbericht

**zur Evaluation der
Integrierten Versorgung
*Gesundes Kinzigtal***

2011

Dr. Achim Siegel
Dr. Ulrich Stößel

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>

im Auftrag der Gesundes Kinzigtal GmbH
in Kooperation mit AOK BW und LKK BW

Vorbemerkung

Mit dem Kurzbericht zur Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* – kurz: EKIV-Evaluationsbericht – geben wir einen Überblick zum aktuellen Stand der Projekte, mit denen die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) extern evaluiert wird: Wir fassen die wichtigsten Ergebnisse aus dem Jahr 2011 zusammen und resümieren diese im Hinblick auf die übergreifenden Fragestellungen der IVGK-Evaluation.¹

Wir danken allen, die durch ihr Feedback dazu beigetragen haben, dass der Bericht in der jetzigen Form entstanden ist. Dazu gehören insbesondere Frau Dr. Ingrid Schubert (PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln) und Dr. Matthias Nübling (Gesellschaft für empirische Beratung, Denzlingen). Gleichwohl verantworten wir, die beiden Autoren, den folgenden Bericht und somit auch alle Unzulänglichkeiten, die er eventuell enthält.

Über Rückmeldungen jeglicher Art zum Bericht freuen wir uns sehr – Ihre E-Mail an die Adresse ekiv@medsoz.uni-freiburg.de beantworten wir gerne.

Freiburg, im Mai 2012

Achim Siegel & Ulrich Stößel

¹ Neben diesen externen Evaluationsstudien gibt es auch noch eine interne Evaluation, für welche die Evaluations-Koordinierungsstelle (EKIV) allerdings *nicht* verantwortlich ist. Aufgabe der internen Evaluation ist es in erster Linie, Wirksamkeit und Effizienz einzelner IVGK-Gesundheitsprogramme zu beurteilen. Aktuelle interne Evaluationsstudien können unter folgender Adresse abgerufen werden: http://gesundes-kinzigtal.de/index.php?option=com_content&view=article&id=263%3Afb-start&catid=1%3Astatic&Itemid=192.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	2
Inhaltsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	4
1 Fragestellungen der Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK)	5
1.1 Hauptziele der IVGK	5
1.2 Der Stellenwert der Evaluation	5
1.3 Leitfragen der Evaluation und ihre Untersuchung in Evaluationsmodulen	6
2 Das SDM-Projekt: Erhebung und Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared Decision-Making (SDM)	6
2.1 Zur Diskussion um die Benchmarking-Analyse im SDM-Projekt	7
3 Das ÜUF-Projekt: Identifizierung und Abbau von <u>Ü</u> ber-, <u>U</u> nter- und <u>F</u> ehl- Versorgung und Erhebung des Gesundheitszustands der Versicherten – Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten	8
3.1 Fragestellung, Material und Methoden des ÜUF-Projekts	8
3.2 Wichtige Zwischenergebnisse der Beobachtungsjahre 2004-2008	10
3.2.1 Globale Kennziffern und Qualitätsindikatoren	10
3.2.2 Indikationsspezifische Kennziffern und Qualitätsindikatoren	13
3.2.3 Entwicklung der administrativen Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen	19
3.3 Diskussion	20
4 Das PeGL-Projekt: <u>P</u> rozesse <u>u</u> valuation aus Sicht der <u>G</u> K- <u>L</u> eistungspartner	21
4.1 Fragestellung, Material und Methoden des PeGL-Projekts	21
4.2 Ausgewählte Ergebnisse	23
4.3 Diskussion	29
5 Das AGil-Projekt: <u>A</u> ktive <u>G</u> esundheitsförderung bei alten Menschen <u>i</u> m Kinzigtal – Prozess- und Ergebnisevaluation eines Interventionsprogramms im Kontext der Integrierten Versorgung von AOK-Patienten	30
5.1 Fragestellung, Material und Methoden des AGil-Projekts	30
5.2 Ausgewählte Ergebnisse bisheriger Auswertungen	31
5.3 Diskussion	33

6 Resümee	33
7 Literaturverzeichnis.....	34

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Evaluationsprojekte zur Bearbeitung der Leitfragen der IVGK-Evaluation	6
Tab. 2: AOK-Versicherte mit längerfristiger Verordnung von Benzodiazepinen (>20 DDD)	11
Tab. 3: Anteil der Patienten mit >75 DDD an NSAR in mindestens einem Quartal des Jahres an allen Empfängern dieser Wirkstoffe (nur AOK-Versicherte).....	12

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zufriedenheit der Leistungspartner mit dem bisherigen Projektverlauf	23
Abb. 2: Entwicklung von Informationsaustausch und Kooperation aus Sicht der Leistungspartner	25
Abb. 3: Entwicklung von Kooperation und Informationsaustausch in der IVGK aus Sicht von Hausärzten, Fachärzten und sonstigen Leistungspartnern bei der T3-Befragung.....	26
Abb. 4: Bewertung der Effekte der IVGK auf die eigene Praxis bzw. Institution bei Hausärzten, Fachärzten und sonstigen Leistungspartnern in der T3-Befragung.....	27
Abb. 5: Zufriedenheit mit dem bisherigen Projektverlauf bei Hausärzten, Fachärzten und sonstigen Leistungspartnern zur Zeit der T3-Befragung	28
Abb. 6: Fallzahlenentwicklung der AGil-ProgrammtTeilnehmer bzw. -Studienteilnehmer.....	26

1 Fragestellungen der Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK)

1.1 Hauptziele der IVGK

Die Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) verfolgt Fragestellungen, die sich aus den Zielen der IVGK ableiten. Hauptziel der IVGK ist, in der Region Kinzigtal in Südbaden eine ökonomischere Gesundheitsversorgung bei mindestens gleich bleibender Versorgungsqualität – möglichst aber bei steigender Versorgungsqualität – zu erreichen (vgl. Hermann et al. 2006, Hildebrandt et al. 2010). Bei der sektorenübergreifenden Koordination der Versorgung arbeitet die Managementgesellschaft *Gesundes Kinzigtal GmbH* eng mit den Vertragspartnern AOK Baden-Württemberg und LKK Baden-Württemberg zusammen. Die beiden Kassen haben für ihre im Kinzigtal wohnenden Versicherten mit der *Gesundes Kinzigtal GmbH* langfristige Versorgungsverträge abgeschlossen. Die Verträge laufen bis mindestens 30. Juni 2015 (AOK Baden-Württemberg) bzw. 31. Dezember 2015 (LKK Baden-Württemberg). In beiden Fällen besteht die Option einer Vertragsverlängerung.

Bislang scheint es, als könne das Teilziel einer wirtschaftlicheren Gesundheitsversorgung im Kinzigtal erreicht werden, denn die finanziellen Ergebnisse für die ersten zweieinhalb Jahre (01.07.2006 – 31.12.2008) nach erfolgtem Strukturaufbau zeigen für diesen Zeitraum steigende Deckungsbeiträge der beteiligten Krankenkassen in der Region Kinzigtal. Dies gilt offenbar nicht nur für die AOK-Versicherten (vgl. Daul 2009, Rabatta 2009, Optimedis AG 2011), sondern auch für die Versicherten der LKK (Staeck 2012, Optimedis AG 2012).

1.2 Der Stellenwert der Evaluation

Angesichts des doppelten Ziels der IVGK – ökonomischere Versorgung *und* höhere Versorgungsqualität – kommt der wissenschaftlichen Evaluation die Aufgabe zu, Aspekte der Versorgungsqualität im Kinzigtal und in der IVGK zu erheben und zu bewerten. Von Beginn an lag den Gründern und Vertragspartnern der IVGK viel daran, besonders die Qualitätsaspekte der Versorgung im Kinzigtal gründlich und von unabhängigen Forschungsinstituten untersuchen zu lassen. Dafür haben sie nicht nur beträchtliche Summen für die Durchführung der Evaluation zur Verfügung gestellt, sondern auch beachtliche Kapazitäten u. a. für ein umfangreiches Datenmanagement. All dies hat dazu geführt, dass die Evaluation der IVGK einmalig ist in der Geschichte der Integrierten Versorgung in Deutschland, denn nirgendwo sonst existiert für Projekte der Integrierten Versorgung eine derart umfangreiche und unabhängige Evaluation.

1.3 Leitfragen der Evaluation und ihre Untersuchung in Evaluationsmodulen

Tab. 1 gibt die Leitfragen wieder, die in der Evaluation der IVGK untersucht werden. Wie Tab. 1 auch zeigt, werden diese Leitfragen in einem oder mehreren Evaluationsprojekten („Evaluationsmodulen“) thematisiert. Die Evaluation der IVGK ist also modular aufgebaut. In den anschließend folgenden Kapiteln stellen wir die einzelnen Evaluationsprojekte einschließlich ihrer bisherigen Ergebnisse genauer dar.

Tab. 1: Evaluationsprojekte zur Bearbeitung der Leitfragen der IVGK-Evaluation

Leitfragen	werden untersucht im...
1) Gelingt es in der IVGK, die Patienten stärker zu aktivieren und an Therapieentscheidungen zu beteiligen?	SDM-Projekt
2) Wie entwickelt sich die Zufriedenheit der Versicherten mit der IVGK im Vergleich?	SDM-Projekt
3) Wie entwickelt sich die Gesundheit der Versicherten im Kinzigtal im Vergleich?	ÜUF-Projekt, SDM-Projekt, AGil-Projekt
4) Gelingt es, im Kinzigtal die Versorgungsqualität im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung zu erhöhen und Phänomene der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren?	ÜUF-Projekt
5) Wie entwickelt sich die Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte und anderer Leistungserbringer mit der IVGK?	PeGL-Projekt
6) Entwickelt sich eine intensivere fachliche und interdisziplinäre Kooperation der Leistungserbringer in der IVGK?	PeGL-Projekt
7) Ist die neue Versorgungsform wirtschaftlicher – ohne Qualitätseinbußen?	finanzielle Ergebnisrechnung, ÜUF-, SDM-, AGil-, PeGL-Projekt

2 Das SDM-Projekt: Erhebung und Ermittlung der Einstellungen von Versicherten zur Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit und zum Shared-Decision-Making (SDM)

Im SDM-Projekt gab es im Jahr 2011 weder neue Datenerhebungen noch neue Ergebnisberichte. Weitere Datenerhebungen wird es in der bisherigen Form nicht geben. Im Jahr 2012 wird die Forschungsgruppe Härter, die das SDM-Projekt durchführte, eine abschließende Re-Analyse der bisher erhobenen Daten vornehmen. Dabei wird die

Forschungsgruppe auch versuchen, fehlende Werte in den Daten durch möglichst plausible „Ersatzwerte“ zu ersetzen, um so eine höhere Fallzahl zu erhalten; dadurch würde eine bessere Grundlage für inferenzstatistische Auswertungen geschaffen. Diese Re-Analyse kann als spezifische Form einer Sensitivitätsanalyse verstanden werden, eines Vorgehens also, wie es insbesondere in gesundheitsökonomischen Analysen seit langem üblich ist.

Geplant war ursprünglich für das Jahr 2011 eine sog. Benchmarking-Analyse auf Basis der bislang in der SDM-Studie erhobenen Daten. Dieses Vorhaben musste aufgegeben werden. Genauere Informationen hierzu finden sich in Abschnitt 2.1.

Aus diesem Grund ist unsere Ergebnisdarstellung aus dem letzten Evaluationsbericht immer noch gültig (Siegel & Stößel 2011). Wir verweisen daher auf unseren Bericht aus dem letzten Jahr. Dieser kann nach wie vor auf der EKIV-Homepage eingesehen und heruntergeladen werden.²

2.1 Zur Diskussion um die Benchmarking-Analyse im SDM-Projekt

Die Idee zu einer Benchmarking-Analyse im Rahmen des SDM-Projekts entstand im Jahr 2010. Anhand der bislang vorliegenden Daten im SDM-Projekt (vgl. unseren letztjährigen Evaluationsbericht in Siegel & Stößel 2011) sollte geprüft werden, wie stark die Ergebnisse über die einzelnen Arztpraxen hinweg streuen, bei denen die Probanden jeweils in Behandlung sind. Dabei sollten die Hausärzte im Kinzigtal, die mit der IVGK kooperieren, ein individuelles Feedback im Sinne einer Benchmarking-Analyse erhalten. In diesem Feedback-Bericht sollte (in anonymisierter Form) dargestellt werden, wie die Probanden, die bei dem betreffenden Hausarzt regelmäßig in Behandlung sind, im Vergleich zu allen übrigen Probanden geantwortet haben. Mit der Benchmarking-Analyse sollte also jedem einzelnen Hausarzt in der IVGK die Möglichkeit gegeben werden, die auf seine Praxis bezogenen Ergebnisse mit den Ergebnissen der anderen Ärzte zu vergleichen und damit zu erkennen, ob „seine“ Ergebnisse eine über- oder unterdurchschnittliche Patientenbeteiligung und Patientenzufriedenheit zeigen.

Die Gesundes Kinzigtal GmbH und ihre Vertragspartner sollten nur vollständig anonymisierte Ergebnisse erhalten. Aus diesen sollte lediglich hervorgehen, dass z.B. Hausarztpraxis Nr. 1 bei der Variable „erlebte Beteiligung (T2)“ um x Punkte bzw. um y Standardabweichungen unter bzw. über dem Durchschnittswert liegt. Die Information, welche konkrete Praxis sich jeweils hinter einem solchen Ergebnis verbirgt, sollte den Projektauftraggebern nicht preisgegeben werden. Die IVGK-Ärzte wären jedoch frei gewesen, „ihre“ Ergebnisse mit ihren Kollegen und mit dem GK-Management zu erörtern und Möglichkeiten zu diskutieren, wie die Ergebnisse zu verbessern sind. Es wurde erwartet, dass viele IVGK-Ärzte davon Gebrauch machen würden.

Erst im Anschluss an eine sorgfältige Auswertung und Interpretation der Ergebnisse der Benchmarking-Analyse – so war geplant – sollte dann im Lauf des Jahres

² Siehe http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Evaluationsbericht_2010_Kurzfassung_fin_2011-02-24.pdf.

2011 über den Fortgang bzw. die weitere Ausgestaltung SDM-bezogener Interventionen in der IVGK entschieden werden. Zusammen mit der Benchmarking-Analyse wurde der Forschungsgruppe Härter auch der Auftrag erteilt, die Ergebnisse der bisherigen Erhebungen auch noch einmal auf spezielle Fragestellungen hin zu prüfen. So sollte z. B. untersucht werden, ob in den Fragebögen fehlende Werte im Nachhinein auf Basis von Plausibilitätsannahmen ersetzt werden könnten; damit hätte man ggf. höhere Fallzahlen für die Endauswertungen, was eine bessere statistische Grundlage für die Schlussauswertung bedeutete.

Im Herbst 2010 und noch einmal im Frühjahr 2011 stellte die AOK Baden-Württemberg fest, dass die für die Benchmarking-Analyse nötige Datenselektion wesentlich schwieriger als erwartet sei und die Daten voraussichtlich später als geplant geliefert werden könnten. Im Mai 2011 wurden die bisherigen Evaluationsergebnisse des SDM-Projekts im strategischen Gremium der IVGK thematisiert. Nach eingehender Prüfung der Datenanforderungen und der bisherigen Evaluationsergebnisse erklärte die AOK schließlich, dass sie für die Benchmarking-Analyse keine Ressourcen mehr zur Verfügung stellen könne: Durch die Datenauswahl und Datenselektion wäre ein hoher personeller und zeitlicher Aufwand entstanden, so dass die daraus resultierenden Kosten den als gering eingeschätzten Nutzen nicht gerechtfertigt hätten. Aufgrund dessen musste die Benchmarking-Analyse storniert werden. Mit der Stornierung der Benchmarking-Analyse fehlt eine arztpraxisbezogene Analyse der Ergebnisparameter der SDM-Studie und damit eine wichtige Informationsgrundlage für die Weiterentwicklung von Interventionsprogrammen im Kinzigtal, die eine stärker partizipative und patientenorientierte Arzt-Patient-Kommunikation zum Ziel haben.

Die oben skizzierte Re-Analyse der in den Jahren 2007 bis 2009 erhobenen Daten der SDM-Studie wird aber in jedem Fall noch durchgeführt werden. Dies hat die Forschungsgruppe Härter zugesagt.

3 Das ÜUF-Projekt: Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung und Erhebung des Gesundheitszustands von Versicherten – Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten

3.1 Fragestellung, Material und Methoden des ÜUF-Projekts

Das ÜUF-Projekt soll Antworten auf zwei entscheidende Fragen liefern: Entwickelt sich die Gesundheit der Versicherten in der IVGK und in der Region Kinzigtal – gemessen an der administrativen Prävalenz verschiedener Erkrankungen – seit Beginn des IVGK-Projekts günstiger als im übrigen Baden-Württemberg? Gelingt es im Zuge des Ausbaus der IVGK, Phänomene der Über-, Unter- und Fehlversorgung (nach der Definition des Sachverständigenrats) im Vergleich zum übrigen Baden-

Württemberg zu reduzieren und so die komparative Versorgungsqualität im Kinzigtal zu erhöhen?

Das ÜUF-Projekt wird durchgeführt von der PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln unter der Leitung von Frau Dr. Ingrid Schubert. Das Projekt folgt dem Design einer bevölkerungsbezogenen quasi-experimentellen kontrollierten Studie. Dabei bilden die im Kinzigtal wohnenden AOK- und LKK-Versicherten die Interventionsgruppe; zum Vergleich wird eine für das übrige Baden-Württemberg repräsentative Zufallsstichprobe aller volljährigen AOK- und LKK-Versicherten herangezogen. Bei Populationsvergleichen werden die Ergebnisse der baden-württembergischen Vergleichsgruppe stets standardisiert auf die im Kinzigtal vorgefundene Alters- und Geschlechtsverteilung der volljährigen AOK- und LKK-Versicherten.

Die in der Studie analysierten Daten sind die sektorübergreifenden pseudonymisierten GKV-Routinedaten der beteiligten Versicherten. Die Interventionsgruppe geht grundsätzlich in Form einer Vollerhebung in die Studie ein (ca. 31.000 Versicherte), während für die Vergleichsgruppe eine Zufallsstichprobe gezogen wurde, die rund 20 % der Grundgesamtheit beträgt (ca. 500.000 volljährige Versicherte). Da bei den Auswertungen prinzipiell nur die Daten der jährlich durchgängig Versicherten sowie der unterjährig Verstorbenen berücksichtigt werden – und folglich z.B. die Daten von Kassenwechslern im Jahr ihres Kassenwechsels unberücksichtigt bleiben –, reduziert sich die Anzahl der auszuwertenden Datensätze noch einmal geringfügig: So sind z.B. für das Jahr 2008 die Daten von insgesamt 27.038 AOK-Versicherten und 1.673 LKK-Versicherten im Kinzigtal auszuwerten, während in der Vergleichsgruppe die Daten von insgesamt 460.414 AOK-Versicherten und 14.455 LKK-Versicherten berücksichtigt werden (Köster et al. 2011a: 34; Köster et al. 2011b: 34).

Als Basisjahr der Studie gilt das Jahr 2004, da es das letzte interventionsfreie Kalenderjahr darstellt; alle darauf folgenden Beobachtungsjahre (2005 bis 2011) sind dementsprechend Jahre mit einer sukzessive erhöhten Interventionsbreite und -intensität, wobei die ersten Interventionen erst im letzten Quartal 2005 zur Geltung kamen.

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit die IVGK zur Verringerung von Über-, Unter- und Fehlversorgung beiträgt, sind spezifische Indikatoren der Versorgungsqualität erforderlich. Gegenwärtig gibt es in Deutschland noch kein extern validiertes Indikatorenset, das für ein Monitoring der Versorgungsqualität nutzbar wäre. Für die ambulante Versorgung erproben zurzeit die AOK und das AQUA-Institut in Göttingen mit dem QiSA-Indikatorenset, die KBV mit dem AQUIK-Projekt einige Indikatoren und Kennziffern. Die PMV forschungsgruppe verwendet daher in ihren Evaluationsberichten Indikatoren, die zum einen international gebräuchlich sind, zum anderen von evidenzbasierten Leitlinien oder Behandlungspfaden abgeleitet sind. Zuweilen werden die verwendeten Indikatoren und Kennziffern auch aus dem oben genannten Sachverständigenratsgutachten abgeleitet.

Die PMV forschungsgruppe unterscheidet globale Kennziffern und Qualitätsindikatoren von indikationsspezifischen Indikatoren: Die meisten *globalen Kennziffern*,

über welche die PMV forschungsgruppe berichtet – wie z.B. Kennziffern zu Multimorbidität, Multimedikation und verschiedenen Inanspruchnahmeparametern –, dienen als Hintergrundinformationen und nicht als Zielparame-ter der Versorgungsqualität. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung werden globale Kennziffern zur Verordnung von Generika und Analogpräparaten ausgewiesen. Weitere globale Kennziffern beschreiben die Häufigkeit von Risikosituationen, wie z.B. die längerfristige Verordnung von (a) Benzodiazepinen und (b) nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR). Die beiden zuletzt genannten Kennziffern werten wir als *globale Indikatoren der Versorgungsqualität*.

Indikationsspezifische Kennziffern und Qualitätsindikatoren werden gebildet, damit Über-, Unter- und Fehlversorgung bei relevanten Erkrankungsgruppen beurteilt werden können. Zu den relevanten Erkrankungsgruppen, die auf der Basis solcher indikationsspezifischen Indikatoren untersucht werden, zählen die folgenden Indikationen: Koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes mellitus, affektive Störungen (einschließlich Depression), Osteoporose und Rückenschmerzen.

3.2 Wichtige Zwischenergebnisse der Beobachtungsjahre 2004-08³

Die bislang vorliegenden Zwischenergebnisse beruhen auf einer Analyse des Zeitraums 2004-2008. Zu beachten ist bei diesen Ergebnissen, dass die Interventionsbreite und -intensität bis 2008 noch deutlich geringer war als heute (April 2012). Ende 2008 waren ca. 4.500 Versicherte als aktive Mitglieder in die IVGK eingeschrieben – heute sind es deutlich über 8.000 –, und viele der heute fest etablierten IVGK-Gesundheitsprogramme wurden erst in den Jahren 2006-08 implementiert.

Wir zeigen in den beiden folgenden Abschnitten zunächst zwei Beispiele für globale Qualitätsindikatoren (3.2.1) und referieren dann überblicksartig die Ergebnisse zu den indikationsspezifischen Qualitätsindikatoren (3.2.2), bevor wir die bisherigen Ergebnisse diskutieren und zusammenfassend bewerten (3.3).

3.2.1 Globale Kennziffern und Qualitätsindikatoren

Manche Kennziffern zu Arzneimittelverordnungen können als Qualitätsindikatoren im eigentlichen Wortsinn interpretiert werden. Dies gilt z. B. für die längerfristige Verordnung von Benzodiazepinen. Eine längerfristige Benzodiazepin-Verordnung ist wegen des hohen Abhängigkeitspotentials als kritisch einzuschätzen. Als „längerfristig“ galt hier eine Verordnung, wenn bei einem Versicherten mehr als 20 Tagesdosen (>20 DDD) pro Jahr dokumentiert waren. Die entsprechende Verordnungsprävalenz kann als globaler Qualitätsindikator interpretiert werden, der eine Fehlversorgung anzeigt.

³ Die im Folgenden referierten Ergebnisse sind den aktuellen Projektberichten der PMV forschungsgruppe entnommen (Köster et al. 2011a; Köster et al. 2011b).

Tab. 2 gibt die Entwicklung der längerfristigen Benzodiazepin-Verordnungen zu Lasten der GKV bei den AOK-Versicherten wieder.

Wie anhand von Tab. 2 zu sehen ist, kommen bei den volljährigen AOK-Versicherten im Kinzigtal längerfristige Benzodiazepin-Verordnungen in jedem Beobachtungsjahr von 2004 bis 2008 deutlich seltener vor (2,5% im Jahr 2004; 2,4% im Jahr 2008) als in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsstichprobe aus dem übrigen Baden-Württemberg (4,0% im Jahr 2004; 3,9% im Jahr 2008). Diese Kennziffern berücksichtigen allerdings nur Benzodiazepine, die zu Lasten der GKV verordnet wurden – Verordnungen auf Privatrezept werden in GKV-Routinedaten grundsätzlich nicht erfasst. Die tatsächliche Prävalenz aller Benzodiazepin-Verordnungen wird daher vermutlich in beiden Versichertengruppen unterschätzt.

Tab. 2: AOK-Versicherte mit längerfristiger Verordnung von Benzodiazepinen (>20 DDD)

Jahr	Anzahl und Anteil mit Benzodiazepinen (> 20 DDD)									
						Alter >= 18 Jahre				
	IV		Kinzigtal		Gesamt	Kinzigtal	Anteil [%]		Veränderung	
	Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]			Stand. BW*	Differenz (A-B)	Indexjahr 2004 = 100	Stand. BW*
2004	61	1,6	505	2,1	2,0	2,5	4,0	-1,5	100	100
2005	69	1,8	521	2,1	2,1	2,5	4,0	-1,5	100	100
2006	76	1,9	504	2,0	2,0	2,5	3,9	-1,4	100	98
2007	79	2,0	499	2,1	2,1	2,5	3,8	-1,3	100	95
2008	83	2,1	471	2,0	2,0	2,4	3,9	-1,5	96	98

Population: AOK-Versicherte; IV-Rekrutierung Stand 31.12.2008

© PMV 2011

*) Standardisierung auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Population »Kinzigtal« des jeweiligen Jahres

Benzodiazepine und Derivate: N05BA, N05CD, N05CF, N03AE

Die PMV forschungsgruppe hat im aktuellen Jahresbericht auch ein alters- und geschlechtsadjustiertes Odds Ratio (OR) für einen Kinzigtal-Versicherten berechnet, eine längerfristige Benzodiazepin-Verordnung zu Lasten der GKV zu erhalten (Referenz: Vergleichsstichprobe BW). Dabei war das OR eines Kinzigtal-Versicherten signifikant verringert (2008: OR=0,60; 95% Konfidenzintervall 0,55-0,65).

Auch bei den LKK-Versicherten (ohne Tabelle) finden sich im Kinzigtal in allen betrachteten Jahren deutlich seltener längerfristige Benzodiazepin-Verordnungen zu Lasten der GKV als im übrigen Baden-Württemberg (2008: 2,8% im Kinzigtal; 4,2% im übrigen Baden-Württemberg; vgl. Köster et al. 2011b: 81). Dieses Ergebnis spiegelt sich ebenfalls in einer für die Kinzigtal-Versicherten signifikant verringerten Odds Ratio wider (OR im Jahr 2008: 0,65; 95% Konfidenzintervall: 0,46-0,90 – Köster et al. 2011b: 82). Auf eine detaillierte Darstellung des Zeitverlaufs bei den LKK-Versicherten verzichten wir wegen teils sehr geringer Fallzahlen.

In Tab. 3 referieren wir einen zweiten globalen Qualitätsindikator zu problematischen Arzneimittelverordnungen, nämlich den Anteil der Patienten mit länger andauernder und/oder hoch dosierter Anwendung nicht-steroidaler Antirheumatika (Anteil der Patienten mit >75 DDD in mindestens einem Quartal des Jahres an allen Empfängern dieser Wirkstoffe). Eine lang andauernde und/oder hoch dosierte Einnahme nicht-steroidaler Antirheumatika (NSAR) ist problematisch, da sie ein erhöhtes Risiko einer Ulkuserkrankung beinhaltet. Der Indikator findet sich auch in der Liste der QiSA-Indikatoren (Szecsenyi et al. 2008: 49ff). Wegen geringer Fallzahlen bei den LKK-Versicherten stellen wir hier nur die Ergebnisse der AOK-Versicherten dar.

Tab. 3: Anteil der Patienten mit >75 DDD an NSAR in mindestens einem Quartal des Jahres an allen Empfängern dieser Wirkstoffe (nur AOK-Versicherte)

Jahr	NSAR-Patienten: davon mit > 75 DDD in mindestens einem Quartal									
						Alter >= 18 Jahre				
	IV		Kinzigtal		Gesamt	Kinzig- tal (A)	Anteil [%]		Veränderung Indexjahr 2004 = 100	
Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]	Stand. BW*			Differenz (A-B)	Kinzig- tal	Stand. BW*	
2004	107	8,5	393	6,8	7,1	7,8	10,9	-3,1	100	100
2005	102	7,5	380	6,6	6,8	7,7	9,7	-2,0	99	89
2006	114	8,2	357	6,1	6,5	7,4	9,8	-2,4	95	90
2007	128	8,6	359	5,9	6,4	7,5	10,1	-2,6	96	93
2008	128	8,7	341	5,6	6,2	7,1	10,0	-2,9	91	92

Population: AOK-Versicherte; IV-Rekrutierung Stand 31.12.2008

© PMV 2011

*) Standardisierung auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Population »Kinzigtal« des jeweiligen Jahres

NSAR: M01

Auch im Hinblick auf diesen Indikator sind konstant niedrigere Indikatorwerte im Kinzigtal im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg zu erkennen (7,1% vs. 10,0% im Jahr 2008). Die alters- und geschlechtsstandardisierten Prävalenzen im Jahr 2008 sind im Kinzigtal signifikant geringer als im übrigen Baden-Württemberg (OR=0,67; 95% Konfidenzintervall: 0,61-0,74 – vgl. Köster et al. 2011a: 89). Auch dieses Ergebnis ist für die Versorgung im Kinzigtal positiv zu werten. Die höheren Werte unter den IV-Versicherten (2008: 8,7%) können als Folgeerscheinung der umgekehrten Risikoselektion interpretiert werden, d.h. durch die Tatsache, dass die Morbidität in der Gruppe der IV-Versicherten wesentlich höher ist als bei den Nicht-IV-Versicherten.

Die PMV forschungsgruppe hat zwei weitere globale Kennziffern ermittelt, die wir als regelrechte Qualitätsindikatoren interpretieren: Das ist zum einen der Anteil der Versicherten mit Praxiskontakt und Notfallschein (an allen Versicherten einer Population), zum anderen der Anteil der Versicherten mit Pflegestufe I-III nach SGB XI (an allen Versicherten einer Population). Diese beiden Indikatoren halten wir aus folgenden Gründen für relevant: Zum einen ist es ein wichtiges Ziel integrierter Versorgungssysteme, durch eine besser koordinierte Routineversorgung die Anzahl sowie den Anteil von Notfallbehandlungen zu reduzieren. (Unter „Versicherte mit Notfallschein“

fallen z.B. solche Personen, die in einem gegebenen Jahr sich selbst ins Krankenhaus einweisen oder den Wochenend-Notdienst der KV in Anspruch nehmen; wegen der Umstellung des EBM ist die Berechnung der Kennziffer erst ab dem Jahr 2006 möglich.) Was die andere der beiden Kennziffern angeht – den Anteil der Versicherten mit Pflegestufe I-III nach SGB XI –, so ist hier folgende Überlegung maßgeblich: Jede nachhaltige Strategie zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung sollte zum Ziel haben, durch geeignete präventive Maßnahmen Pflegebedürftigkeit im Alter zu verhindern oder zu verzögern.

Im Hinblick auf den ersten dieser beiden Indikatoren ergibt sich aus Kinzigtal-Sicht eine gemischte Bilanz: Der Anteil der AOK-Versicherten mit Notfallschein ist im Kinzigtal im gesamten betrachteten Zeitraum (2006-08) etwas höher als in der Vergleichsgruppe (2008: 18,7% vs. 16,4%), der Anstieg im Kinzigtal in diesem Zeitraum verläuft jedoch weniger steil als im übrigen Baden-Württemberg (8% vs. 11%). Im Hinblick auf den zweiten der genannten Indikatoren – den Anteil der AOK-Versicherten mit Pflegestufe I-III nach SGB XI – ist für das Kinzigtal ein positives Ergebnis zu verzeichnen: Während der Anteil im Jahr 2004 im Kinzigtal noch etwas höher war als in der Vergleichsgruppe (5,8% vs. 5,7%), war er 2008 im Kinzigtal geringer als im übrigen Baden-Württemberg (5,5% vs. 6,0%): Im Kinzigtal verringerte sich der Anteil im Zeitraum 2004-08 also um 5%, in der Vergleichsgruppe erhöhte er sich um 5 %.

3.2.2 Indikationsspezifische Kennziffern und Qualitätsindikatoren

Im Folgenden fassen wir die unseres Erachtens wichtigsten Ergebnisse zu indikationsspezifischen Indikatoren zusammen. Dabei referieren wir nur die Ergebnisse der AOK-Versicherten; für die LKK-Versicherten ergeben sich bei indikationsspezifischen Indikatoren meist zu geringe Fallzahlen für eine sinnvolle Interpretation.

Patienten mit chronischer KHK: Die PMV forschungsgruppe untersucht die Versorgung von Patienten mit chronischer KHK anhand von insgesamt fünf Qualitätsindikatoren. Wir beginnen unsere Zusammenfassung mit drei Indikatoren, die eine mögliche Unterversorgung aufzeigen sollen. Diese Indikatoren sind aus einschlägigen Behandlungsleitlinien wie etwa der Nationalen Versorgungsleitlinie KHK abgeleitet und betreffen die Prävalenz der

- (1) Verordnung von Betablockern,
- (2) Verordnung von Statinen und
- (3) Verordnung von Trombozytenaggregationshemmern (TAH) bei chronischer KHK.

Bei der Darstellung der drei Indikatoren wird vernachlässigt, dass es bei manchen Patienten möglicherweise Kontraindikationen für die empfohlene Medikation gibt.

Bei Patienten mit chronischer koronarer Herzkrankheit (KHK) nahm im Kinzigtal der Anteil der mit Betablockern behandelten Patienten im betrachteten Zeitraum

(2004-08) um 15% zu, ähnlich stark wie im übrigen Baden-Württemberg mit 16%. Dabei lag der Anteil im Kinzigtal stets etwas über dem entsprechenden, d. h. alters- und geschlechtsstandardisierten Anteil der Vergleichsgruppe (2008: 69,6% vs. 66,3%). Diese Differenz ist signifikant (OR 2008: 1,17; 95% Konfidenzintervall: 1,04–1,32).

Sehr deutlich stieg im Zeitraum 2004-08 der Anteil der mit Statinen behandelten KHK-Patienten im Kinzigtal (+41%), so dass im Jahr 2008 über die Hälfte aller KHK-Patienten (52 %) Statine erhielten. Hier konnte eine offenkundige Unterversorgung der KHK-Patienten mit Statinen verringert werden: 2004 hatten 38,5% aller KHK-Patienten Statine erhalten. Dennoch lag die Verordnungsprävalenz von Statinen bei KHK-Patienten im Kinzigtal im Jahr 2008 noch etwas unter dem Niveau der Vergleichsgruppe (2008: 54,2%), in der die Verordnungsprävalenz im gleichen Zeitraum ebenfalls stark gestiegen war, nämlich um 36%. Während die Verordnungsprävalenz im Jahr 2005 sich in beiden Populationen noch signifikant unterschied, war das im Jahr 2008 nicht mehr Fall (Köster et al. 2011a: 124).

Der Anteil der Versicherten mit chronischer KHK, die in einem gegebenen Jahr Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) verordnet bekommen, liegt im Jahr 2008 im Kinzigtal geringfügig unter dem Niveau der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe (40,8% vs. 41,7%). Allerdings ist die Verordnungsprävalenz im Kinzigtal von 2004 bis 2008 deutlich stärker gestiegen (+24%) als in der Vergleichsgruppe (+10%). Insofern wurde eine im Kinzigtal bestehende absolute Unterversorgung im betrachteten Zeitraum verringert, eine komparative Unterversorgung nahezu wettgemacht. Zu beachten ist hier aber, dass bei TAH die Selbstmedikation der Patienten offenkundig eine bedeutende Rolle spielt. Die hier referierten Verordnungsprävalenzen unterschätzen deshalb vermutlich die reale Einnahme von TAH durch Patienten mit chronischer KHK in beiden Populationen.

Die PMV forschungsgruppe hat zur Indikation chronische KHK drei weitere Indikatoren ermittelt. Wir halten diese ebenfalls für bedeutsam.

Im Kinzigtal stark erhöht hat sich der Anteil der KHK-Patienten mit Koronarangiographie, bei denen eine nachfolgende Intervention (z.B. Stent, Bypass-Operation) dokumentiert war. Während dieser Anteil im Jahr 2004 noch bei 41% lag – d.h. nur eine Minderheit aller Koronarangiographien (41%) hatte eine zeitnahe therapeutische Konsequenz –, war er im Jahr 2007 auf 68% gestiegen. Diese Entwicklung kann als Rückgang einer Überversorgung mit evtl. nicht indizierten Koronarangiographien interpretiert werden. In der Vergleichsgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg verharrte der entsprechende Anteil während des gesamten betrachteten Zeitraums auf Werten zwischen 55% und 60%.

Leitlinien empfehlen bei der Risikostratifizierung und zur genaueren Abklärung einiger medizinischer Sachverhalte die Einbeziehung eines Kardiologen. Dementsprechend ermittelte die PMV forschungsgruppe den Anteil der Versicherten mit chronischer KHK, die einen Kardiologen aufgesucht haben. Im Jahr 2008 ist dieser Anteil im Kinzigtal statistisch signifikant höher als in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe (35,8% vs. 30,1%). Zudem hat sich der Anteil im Zeitraum 2006-08

im Kinzigtal erhöht (+12%), während er in der Vergleichsgruppe etwas zurückgegangen ist (-3%). (Für die Jahre 2004-05 fehlten die entsprechenden EBM-Daten, damit Kardiologen in den Routinedaten identifiziert werden konnten.)

Die IVGK beabsichtigt, durch eine bessere ambulante Versorgung die Zahl der Krankenhauseinweisungen möglichst gering zu halten. Dementsprechend errechnete die PMV forschungsgruppe den *Anteil der Versicherten mit chronischer KHK, die einen Krankenhausaufenthalt mit der Hauptentlassungsdiagnose „ischämische Herzkrankheit“ (ICD 10: I20-I25) hatten*. Dieser Anteil konnte in beiden Teilpopulationen im Zeitraum 2004-08 gleichermaßen um 9% reduziert werden. Der Anteil lag im Jahr 2008 im Kinzigtal auf einem geringfügig niedrigeren Niveau als im übrigen Baden-Württemberg (10,5% vs. 11,3%).

Patienten mit Herzinsuffizienz: Der *Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten mit einer leitliniengemäßen Medikation* (Behandlung mit ACE-Hemmern, AT1-Antagonisten und/oder Betablockern) erhöhte sich im Zeitraum 2004-08 in beiden Populationen annähernd gleich stark, nämlich um 13% im Kinzigtal und um 11% in der Vergleichsgruppe. Der Anteil liegt im Jahr 2008 in beiden Populationen auch auf gleicher Höhe, nämlich bei rund 80%.

Leitlinien verweisen auf die Notwendigkeit einer *kardiologischen Diagnose-sicherung und einer jährlichen Untersuchung der linksventrikulären Pumpfunktion*. Nimmt man dies als Maßstab, so zeigt sich eine Unterversorgung im Hinblick auf den *Anteil der Herzinsuffizienzpatienten mit dieser kardiologischen Abklärung*, denn nur rund ein Viertel bzw. ein Fünftel aller Herzinsuffizienz-Patienten (Kinzigtal: 24,2%; Vergleichsgruppe BW: 19,2%) weist einen jährlichen Kontakt mit einem Kardiologen auf. Bei den Herzinsuffizienz-Patienten im Kinzigtal hat sich der Anteil im Zeitraum 2004-08 stark erhöht (+41%), in der Vergleichsgruppe hingegen ist er leicht gesunken (-3%). Daher hat im Jahr 2008 ein Herzinsuffizienz-Patient im Kinzigtal eine signifikant höhere Chance auf einen Kardiologenkontakt als ein Herzinsuffizienz-Patient aus dem übrigen Baden-Württemberg (OR 1,34; 95% Konfidenzintervall: 1,15-1,56). Im Kinzigtal ist es also im Zeitraum 2004-08 gelungen, die Unterversorgung zu verringern; im übrigen Baden-Württemberg ist das nicht der Fall.

Die Kennziffer *Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt mit einer Hauptentlassungsdiagnose „Ischämische Herzkrankheit“ (ICD 10: I20-I25) hatten*, ist ebenfalls ein relevanter Qualitätsindikator: Er signalisiert, inwieweit es durch eine gute ambulante Routineversorgung von Herzinsuffizienz-Patienten gelungen ist, Komplikationen und Krankenhausaufenthalte gering zu halten bzw. zu verringern. Im Jahr 2008 war dieser Anteil im Kinzigtal geringer (2,6%) als in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe (3,8%). Allerdings stieg der Anteil im Kinzigtal im Zeitraum 2004-08 etwas stärker an (+8%) als in der Vergleichsgruppe (+3%).

Patienten mit Diabetes mellitus: Im Zeitraum 2004-08 stieg im Kinzigtal der Anteil der Diabetiker mit KHK und/oder Fettstoffwechselstörungen, die Statine verordnet bekamen, um 52%, nämlich von 31,7% im Jahr 2004 auf 48,3% im Jahr 2008. Dies ist als deutlicher Rückgang einer Unterversorgung zu werten. Auch in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe stieg der entsprechende Anteil von 36,2% (2004) auf 49,6% (2007). Mit 37% fiel der Anstieg in der Vergleichsgruppe geringer aus als im Kinzigtal. Die Anteile in den beiden Populationen liegen damit im Jahr 2008 auf annähernd gleichem Niveau.

Noch deutliches Optimierungspotential besteht für die Diabetiker beider Populationen im Hinblick auf Augenhintergrunduntersuchungen, die laut einschlägiger Leitlinien bei Diabetikern einmal pro Jahr erfolgen sollten. Im Kinzigtal fand eine jährliche Augenhintergrunduntersuchung im Jahr 2008 nur bei gut der Hälfte aller Diabetiker (51,2%) statt, in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe bei 57,1%. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (OR 0,78; 95% Konfidenzintervall 0,72-0,84). Der Anteil der Diabetiker mit Augenarztkontakt hat sich im Kinzigtal im Zeitraum 2004-08 jedoch stärker erhöht (+9%) als in der Vergleichsgruppe (+3%). Von den IVGK-versicherten Diabetikern erhielten 2008 immerhin 63,8% eine Augenhintergrunduntersuchung (*nicht* alters- und geschlechtsstandardisiert!).

Im Kinzigtal zeigte sich im Zeitraum 2004-08 ein leichter Anstieg des Anteils der Diabetiker, die wegen ihres Diabetes stationär behandelt wurden: Der Anteil erhöhte sich von 3,7% im Jahr 2004 auf 4,1% im Jahr 2008 (Anstieg um 11%). Demgegenüber verringerte sich der entsprechende, d.h. alters- und geschlechtsstandardisierte Anteil in der Vergleichsgruppe um 20%, nämlich von 4,0% (2004) auf 3,2% (2008). Dies ist als Hinweis auf eine erhöhte Rate an Entgleisungen oder Komplikationen der Erkrankung im Kinzigtal zu werten (absolute und komparative Verschlechterung im Kinzigtal). Hier wird man im Auge behalten müssen, ob sich ein solches Ergebnis in den kommenden Jahren fortsetzt oder ob wir es im Kinzigtal mit einem „Ausreißerjahr“ zu tun haben, wie man aufgrund der bisherigen Zeitreihe vermuten könnte (vgl. Köster et al. 2011a: 175).

Patienten mit affektiven Störungen: Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen einer Arbeitsunfähigkeit. Ein wichtiges Ziel einer besseren Betreuung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist die Verringerung der Tage mit Arbeitsunfähigkeit. Bei Patienten mit affektiven Störungen, von denen die Patienten mit unipolarer Depression den weitaus größten Anteil ausmachen, wurde daher der Anteil derjenigen Patienten berechnet, bei denen pro Jahr mehr als 20 AU-Tage dokumentiert waren. Unabhängig von der konkreten AU-Diagnose verringerte sich der Anteil der Patienten mit affektiven Störungen, die mehr als 20 AU-Tage pro Jahr aufwiesen, im Kinzigtal von 38,4% (2004) auf 37,3% (2008). In der baden-württembergischen Vergleichsgruppe ging der entsprechende Anteil stärker zurück, nämlich von 40,2% (2004) auf 36,2% (2008). Die Anteile im Jahr 2008 unterscheiden sich nicht

signifikant voneinander. Zählt man hingegen nur diejenigen AU-Tage, die wegen affektiver Störungen (als AU-Diagnose) entstanden, so belief sich der entsprechende Anteil im Kinzigtal auf 13,2% sowohl 2004 als auch 2008. In der Vergleichsgruppe lagen die entsprechenden Anteile bei 9,8% (2004) bzw. 10,5% (2008).

Eine wichtige Kennziffer zur Beurteilung der ambulanten Versorgung von Patienten mit affektiven Störungen ist der *Anteil der Patienten mit affektiven Störungen, die in einem Jahr einen Krankenhausaufenthalt wegen affektiver Störungen hatten*. Im Beobachtungsjahr 2008 war dieser Anteil im Kinzigtal merklich und signifikant höher als im übrigen Baden-Württemberg (3,9% vs. 2,9%). Immerhin hat sich der Anteil im Kinzigtal im Zeitraum 2004-08 um 5% verringert (von 4,1% auf 3,9%), während er in der Vergleichsgruppe konstant geblieben ist.

Ein anderer, im letzten EKIV-Jahresbericht noch referierter Indikator wurde von der PMV forschungsgruppe im aktuellen Zwischenbericht nicht mehr berechnet. Es handelt sich um einen Indikator zur *Kontinuität der (medikamentösen) Antidepressiva-Therapie*. Hier entschied sich die PMV forschungsgruppe nach reiflicher Überlegung zum Verzicht auf diesen Indikator, da die Komplexität aktueller Leitlinienempfehlungen in Kombination mit verschiedenen Unwägbarkeiten der betreffenden Routedaten die Validität des Indikators zu stark beeinträchtigte (Köster et al. 2011a: 159).

Patienten mit Demenz: Zur Beschreibung der Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen wurden mehrere Kennziffern gebildet. Davon können fünf als Qualitätsindikatoren herangezogen werden. Zwei von diesen dokumentieren eine spezifische Fehl- bzw. Überversorgung: Nicht empfohlen wird in evidenzbasierten Leitlinien eine *Nootropika-Behandlung bei Patienten mit Alzheimer-Demenz*; dasselbe gilt für eine *Behandlung mit Antidementiva bei Patienten mit vaskulärer Demenz*. Der dritte Qualitätsindikator operationalisiert die einschlägige Empfehlung, im Fall einer Therapie mit spezifischen Antidementiva auch eine Verlaufskontrolle der Therapie zu dokumentieren, die beiden übrigen Indikatoren bilden jeweils die relative Größe einer spezifischen Risikopopulation unter den Demenzpatienten ab.

Im Zeitraum 2004-08 verringerte sich der *Anteil von Patienten mit Alzheimerdemenz, die Nootropika verordnet bekamen*, in beiden Populationen deutlich. Im Kinzigtal war der Rückgang stärker als in der Vergleichsgruppe (-46% vs. -34%). Im Jahr 2008 liegt der Anteil im Kinzigtal bei 2,1% im Vergleich zu 2,3% im übrigen Baden-Württemberg. Die Differenz im Jahr 2008 ist nicht signifikant.

Hingegen konnte das Niveau einer zweiten Art von Fehlversorgung bei der Behandlung von Patienten mit vaskulärer Demenz in beiden Populationen nicht reduziert werden: Der *Anteil der Patienten mit vaskulärer Demenz, die nicht empfohlene Antidementiva erhielten*, stieg im Zeitraum 2004-08 in beiden Populationen geringfügig an; dabei war der Anstieg im Kinzigtal etwas geringer (+2%) als in der Vergleichsgruppe (+6%). Im Jahr 2008 lag der Anteil im Kinzigtal (knapp nicht signifikant) höher als im übrigen Baden-Württemberg (20,7% vs. 13,9%).

Der Anteil von mit Antidementiva behandelten Demenzpatienten, bei denen eine Verlaufsbeobachtung stattfand, verringerte sich in beiden Populationen im Zeitraum 2004-08 annähernd gleichmäßig (Kinzigital: -12%; Vergleichsgruppe: -14%). Dies indiziert eine Verschlechterung der Versorgung. 2008 lag der Anteil im Kinzigital um ein Zehntel höher als in der Vergleichsgruppe (24,4% vs. 22,0%).

Demenzpatienten mit längerfristiger Psycholeptika-Verordnung (mehr als 180 definierte Tagesdosen) pro Jahr stellen in jedem Fall eine Risikopopulation dar, und zwar unabhängig von der Frage, ob eine Psycholeptika-Behandlung therapeutisch indiziert ist. Der entsprechende Anteil an allen Demenzpatienten ist im Kinzigital mit 7,3% (2008) deutlich und signifikant geringer als in der alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe mit 11,2% (2008); der alters-, geschlechts- und komorbiditätsadjustierte OR-Wert für die Patienten im Kinzigital beträgt 0,63 (95% Konfidenzintervall 0,45-0,86).

Als weitere Risiko-Kennziffer wurde der Anteil der Demenzpatienten mit Hinweis auf eine Fraktur ausgewiesen. Dieser Anteil lag im Kinzigital wie auch in der Vergleichsgruppe im Jahr 2008 bei rund 15%, bei gleichen Veränderungsraten im Zeitraum 2005-08.

Patienten mit Osteoporose und Frakturen: Der Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur (an allen Patienten, die bereits im Vorjahr Osteoporose hatten) sowie die Entwicklung dieses Anteils im Zeitverlauf zeigt die Wirksamkeit der Frakturprävention bei Osteoporose-Patienten. Dieser Anteil war im Jahr 2008 im Kinzigital mit 22,4% deutlich niedriger als in der Vergleichsgruppe mit 30,0%. Zudem blieb der Anteil im Kinzigital über den gesamten Zeitraum 2005-08 beinahe konstant (+2%), während er in der Vergleichsgruppe um 11% stieg. Diese Ergebnisse sind ein Indiz für eine effektivere Frakturprävention im Kinzigital.

Betrachtet man die *Behandlung der Osteoporose-Patienten (mit Fraktur) mit der in Leitlinien empfohlenen spezifischen Therapie (Bisphosphonate, Hormonersatztherapie, SERM)*, so zeigt sich in beiden Populationen im Zeitraum 2004-08 eine deutliche Zunahme. Der Anstieg ist im Kinzigital mit 23% stärker als in der Vergleichsgruppe mit 16%. Im Beobachtungsjahr 2008 liegt die Behandlungsprävalenz im Kinzigital auf einem höheren Niveau als in der Vergleichsgruppe (50,0% vs. 44,1%).

Patienten mit Rückenschmerzen: Im Hinblick auf die Behandlung von Rückenschmerzen stellte der Sachverständigenrat vor einigen Jahren eine generelle Überversorgung mit bildgebender Diagnostik fest (Sachverständigenrat 2001, S. 12). Dementsprechend wurden zwei Indikatoren berechnet, die eine potentielle Überversorgung anzeigen. Ein erster Indikator operationalisiert den Anteil von Rückenschmerz-Patienten, die eine CT oder MRT als bildgebendes Verfahren verordnet bekamen; ein zweiter Indikator thematisiert den Anteil der Patienten, der ein anderes bildgebendes Verfahren als CT oder MRT erhalten hat.

Der Anteil der Rückenschmerzpatienten mit mindestens einem CT oder MRT pro Jahr war 2008 im Kinzigtal deutlich und signifikant geringer als im übrigen Baden-Württemberg (7,6% vs. 10,2%). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Anteil im Zeitraum 2004-08 im Kinzigtal etwas gestiegen ist (+7%), während er in der Vergleichsgruppe gefallen ist (-6%).

Der Anteil der Rückenschmerz-Patienten mit einem anderen bildgebenden Verfahren als CT oder MRT war 2008 im Kinzigtal und im restlichen Baden-Württemberg auf gleicher Höhe (33,2% vs. 33,3%). Der Anteil verringerte sich im Zeitraum 2004-08 im Kinzigtal geringfügig stärker als in der Vergleichsgruppe (-9% im Kinzigtal; -7% in der Vergleichsgruppe).

Anders als in der Vergleichsgruppe ist der Anteil der Rückenschmerz-Patienten, die pro Jahr mehr als 14 AU-Tage wegen Rückenschmerzen aufweisen, im Kinzigtal angestiegen, nämlich von 10,0% im Jahr 2004 auf 14,1% im Jahr 2008. In der Vergleichsgruppe ist der Anteil konstant geblieben. Dies ist eine Entwicklung, die das IVGK-Management im Auge behalten sollte.

Ebenfalls im Auge behalten werden sollte der Anteil der Rückenschmerz-Patienten mit einer Wirbelsäulen-OP, also einem schwerwiegenden, risikoreichen und kostspieligen Eingriff. Dieser Patientenanteil kann als eine Risikopopulation gelten, die so gering wie möglich sein sollte. Im Jahr 2008 lag der Anteil im Kinzigtal höher als in der Vergleichsgruppe (3,5 Promille vs. 3,0 Promille), und auch der Anstieg im Zeitraum 2004-08 verlief bei den Patienten im Kinzigtal deutlich steiler als in der Vergleichsgruppe (+289% vs. 76%).

3.2.3 Entwicklung der administrativen Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen

Hinsichtlich der zweiten großen Forschungsfrage des ÜUF-Projekts, nämlich inwieweit es im Kinzigtal gelingt, die Morbidität der Bewohner im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg zu reduzieren, können nach rund drei Jahren Interventionszeit noch keine verlässlichen Antworten gegeben werden.

Zwar sind die administrativen Prävalenzen im Zeitraum 2004-2008 im Kinzigtal bei den meisten Indikationen in geringerem Ausmaß gestiegen – bzw. stärker zurückgegangen – als die alters- und geschlechtsstandardisierten Prävalenzen im übrigen Baden-Württemberg; dennoch scheint uns selbst eine vorläufige Trendaussage verfrüht. Die Gründe, warum hier zumindest noch einige weitere Beobachtungsjahre abgewartet werden sollten, erläutern wir im folgenden Abschnitt etwas genauer.

3.3 Diskussion

Generell ist angesichts der Zwischenergebnisse des ÜUF-Projekts zu bedenken, dass der bisher betrachtete Zeitraum nur fünf Jahre beträgt, wobei die ersten Interventionen des IVGK-Managements erst im letzten Quartal des Jahres 2005 einsetzten. Schon allein deshalb sollten die bisher erkennbaren Trends mit Vorsicht interpretiert werden. Es bedarf sicherlich eines längeren Beobachtungszeitraums, damit man von stabilen Trends sprechen kann.

Dieser Vorbehalt gilt besonders im Hinblick auf die Forschungsfrage, ob die Morbidität im Kinzigtal – im Vergleich zum übrigen Baden-Württemberg – im Verlauf des IV-Projekts reduziert werden kann und die Gesundheit der Versicherten im Kinzigtal und in der IVGK sich günstiger entwickelt als im übrigen Baden-Württemberg. Zwar lässt sich bislang erkennen, dass in dem bisher betrachteten Zeitraum 2004-08 die administrativen Prävalenzen der weitaus meisten untersuchten Ziel-Indikationen im Kinzigtal langsamer anstiegen (bzw. deutlicher zurückgingen) als im übrigen Baden-Württemberg – was zweifellos ein erfolgreiches Zwischenergebnis im Sinne der von der IVGK verfolgten Ziele ist. Jedoch sollte man sich stets drei methodische Vorbehalte vor Augen führen, bevor man Schlüsse im Hinblick auf die genannte Forschungsfrage zieht:

Zum ersten sind es bisher – wie schon erwähnt – lediglich vier Beobachtungsjahre, in denen sich ein solcher Trend zeigt. Das ist sicher ein noch zu kurzer Zeitraum, damit ein Trend verlässlich bestimmbar ist. So ist beispielsweise bei einigen Indikationen zu sehen, dass es vor allem vom Jahr 2004 zum Jahr 2005 überdurchschnittlich deutliche Zäsuren bei den ermittelten Prävalenzen gibt; dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese *auch auf besondere Kodier-Effekte im Jahr 2004 zurückzuführen sind*. Analog hierzu ist nicht auszuschließen, dass z.B. in den GKV-Routinedaten des Jahres 2009 – dem ersten Jahr des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – sich Kodier-Effekte zeigen werden, die unsere heutigen vorläufigen Schlussfolgerungen als überholt erscheinen lassen könnten.

Zum zweiten sind die auf Basis von GKV-Routinedaten ermittelten Prävalenzen stets *administrative* Prävalenzen; das bedeutet, dass diese nur die im Versorgungssystem gleichsam „aktenkundig werdende“ Krankheitslast widerspiegeln. Bei manchen Indikationen ist jedoch bekannt, dass die entsprechenden Krankheiten – wie z.B. Depressionen bzw. affektive Störungen – häufig nicht erkannt, somit „unterdiagnostiziert“ und folglich unterbehandelt sind, weswegen die administrativen Prävalenzen die realen Prävalenzen unzureichend widerspiegeln. Wird dann in einer bestimmten Region (wie etwa dem Kinzigtal) ein darauf bezogenes Interventionsprogramm implementiert – z.B. mit der Absicht, Depressionen besser zu diagnostizieren, damit sie möglichst frühzeitig behandelt werden können –, dann ist es denkbar, dass die administrative Prävalenz zunächst einmal ansteigt, obwohl Diagnostik und Behandlung effektiver werden.

Zum dritten sind *Prävalenz*-Kennziffern (und ihre Veränderung im Zeitverlauf) grundsätzlich weniger aussagekräftig als es z.B. *Inzidenz*-Ziffern sind, die die Häufigkeit *neu auftretender* Erkrankungen in einem bestimmten Zeitraum und in einer definierten Population messen. Inzidenzen und Inzidenzunterschiede zwischen Interventionsregion und Vergleichsregion können jedoch zum jetzigen Zeitpunkt im ÜUF-Projekt für viele interessierende Krankheitsbilder (z.B. neu auftretende Herzinfarkte oder Re-Infarkte; bestimmte Folgeerkrankungen bei Diabetikern, etc.) noch nicht verlässlich bestimmt werden. Hierfür ist es nötig, deutlich längere Zeiträume zu berücksichtigen, damit mehr neu auftretende Fälle als bisher beobachtet werden können.

Ein zentraler Bestandteil der ÜUF-Berichte sind Kennziffern und Indikatoren zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei ausgewählten Erkrankungen. Hierbei ist zu bedenken, dass bei weitem nicht alle interessierenden Qualitätsindikatoren mittels GKV-Routinedaten abgebildet werden können. Von herausragendem Interesse im Hinblick auf die übergeordneten Forschungsfragen sind einerseits der Vergleich der Indikatorwerte im Kinzigtal mit den entsprechenden Werten einer alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleichsgruppe aus dem übrigen Baden-Württemberg, zum anderen die Entwicklung der Indikatorwerte im Zeitverlauf in beiden Populationen. Unsere Zusammenfassung der globalen und indikationsspezifischen Qualitätsindikatoren zeigte zum einen, dass sich die meisten Indikatoren im Kinzigtal in absoluten Werten verbesserten. Zum anderen waren aber auch die für das Kinzigtal zu verzeichnenden *differentiellen* oder *komparativen* Verbesserungen – d.h. Verbesserungen gemessen an der Entwicklung der Vergleichsgruppe – häufiger als komparative Verschlechterungen. Und dort, wo im Kinzigtal bereits in den Jahren 2004-05 die Indikatoren bessere Werte aufwiesen als in der Vergleichsgruppe, gelang es im Kinzigtal meistens, diesen „Qualitätsvorsprung“ bis 2008 zu halten oder sogar auszubauen, während es umgekehrt nur selten misslang, einen anfangs bestehenden Qualitätsrückstand im Zeitverlauf zu verringern. In den nächsten Berichten wird sich zeigen, ob die bislang feststellbaren positiven Trends sich verstetigen und ggf. verstärken und damit nachhaltig über säkuläre Entwicklungstrends hinausgehen.

4 Das PeGL-Projekt: Prozesseevaluation aus Sicht der GK-Listungspartner

4.1 Fragestellung, Material und Methoden des PeGL-Projekts

Das dritte Evaluationsprojekt ist die „Prozesseevaluation aus Sicht der GK-Listungspartner“ (kurz: PeGL-Projekt). Das Projekt wird seit 2008 in Form einer jährlich stattfindenden Befragung der IVGK-Leistungspartner durchgeführt und von Dr. Matthias Nübling (Gesellschaft für empirische Beratung, Denzlingen) geleitet. Der dabei eingesetzte teilstandardisierte Fragebogen enthält rund 100 offene und geschlossene

Fragen. Bisher haben drei Befragungen im Abstand von jeweils einem Jahr (2008, 2009 und 2010) stattgefunden. Weitere Befragungen werden von 2012 ab nur noch alle zwei Jahre durchgeführt. Das Projekt folgt dem Design einer Kohorten- bzw. Trendstudie.⁴

Von diesem Projekt erhoffen wir uns vor allem Antworten auf die folgenden anfangs genannten Leitfragen (vgl. Abschnitt 1.1):

- Wie zufrieden sind die Ärzte und anderen Leistungspartner mit dem IVGK-Projekt und ihrer Zugehörigkeit zur IVGK?
- Entsteht im Zuge des Aufbaus der IVGK eine intensivere Kooperation zwischen Vertretern verschiedener medizinischer Disziplinen und verschiedener anderer Gesundheitsberufe?

Darüber hinaus werden die IVGK-Leistungspartner zu folgenden weiteren Themen befragt:

- eigene Motive für den Eintritt in die IVGK als Leistungspartner
- mögliche Bedenken gegen einen Eintritt in die IVGK als Leistungspartner
- Bewertung der Geschäftsstelle der Gesundes Kinzigtal (GK) GmbH in Haslach
- Bewertung der beiden Krankenkassen AOK Baden-Württemberg und LKK Baden-Württemberg sowie Bewertung des Ärztlichen Beirats/des Ärztenetzes MQNK
- Kenntnis der GK-Krankheitsmanagement- bzw. Präventionsprogramme
- Häufigkeit der Vermittlung der Patienten in jene Programme
- Einschätzung der Beliebtheit der Programme bzw. der Nachfrage seitens der Patienten
- Bewertung der Gesundheits- und Präventionsprogramme
- Einschätzung einer partizipativen Entscheidungsfindung mit den Patienten
- Einschätzung der Funktionalität von Zielvereinbarungen mit Patienten,
- Bewertung des bisherigen Verlaufs der IVGK
- Erwartungen und Wünsche für die Zukunft sowie
- Vorschläge und Anmerkungen zu verschiedenen anderen Fragen.

Bei der Erstbefragung – im Mai/Juni 2008 – wurde der T1-Fragebogen an insgesamt 50 Leistungspartner ausgegeben. Von diesen schickten 35 einen ausgefüllten Fragebogen an das auswertende Institut zurück (Antwortrate: 70%). Im Mai/Juni 2009 wurde der T2-Fragebogen an insgesamt 59 Leistungspartner verteilt, von denen 34 an der Befragung teilnahmen (Antwortrate: 58%). Für die Drittbefragung im Juni 2010 wurden 85 Leistungspartner angeschrieben, 51 von ihnen nahmen an der Befragung teil (Antwortrate: 60 %). An der Drittbefragung beteiligten sich 13 der sogenannten „sonstigen Leistungspartner“ – d. h. Klinikärzte, Physiotherapeuten, Vertreter von Pflege-

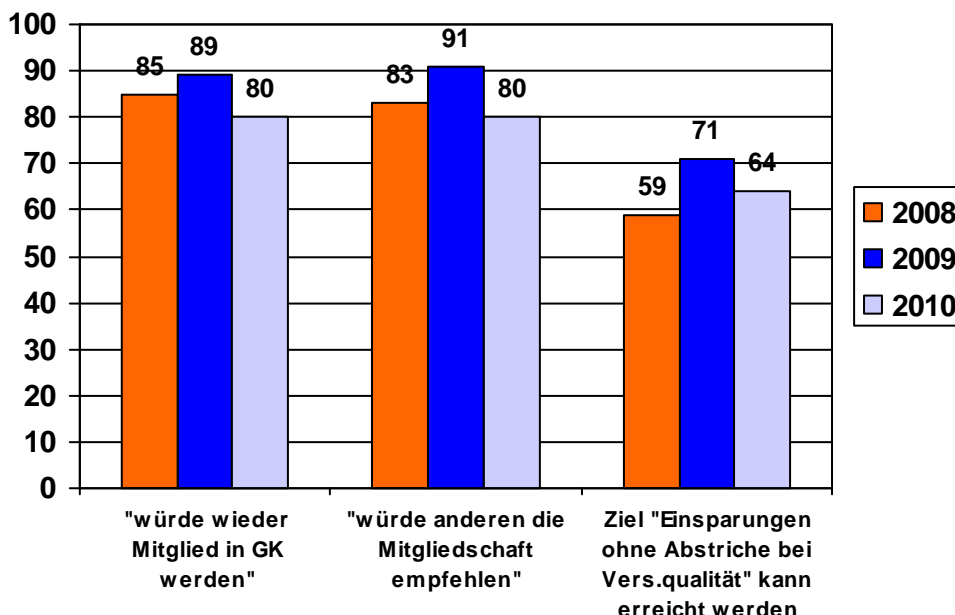
⁴ Da die Anzahl der GK-Leistungspartner jedes Jahr wächst, wächst auch der Umfang der zu Befragenden. Wenn in die Datenauswertung die Angaben aller befragten Leistungspartner jedes Jahres eingehen, ist die Studie als Trendstudie zu interpretieren. Wird die Auswertung der Daten aus den Folgejahren 2009 und 2010 auf die Probanden der Erstbefragung eingeschränkt, ist die Studie als Kohortenstudie zu interpretieren.

heimen und Pflegediensten. Bei der Erstbefragung (2008) waren es nur 3 sonstige Leistungspartner gewesen. Der Grund dafür liegt in veränderter Zusammensetzung der GK-Leistungspartner: Während zu Beginn der IVGK nahezu alle Leistungspartner niedergelassene Haus- oder Fachärzte waren, nahm vor allem seit 2009 der Anteil der „sonstigen Leistungspartner“ merklich zu. Ein Großteil der „sonstigen Leistungspartner“, die sich an der Drittbefragung beteiligten, gehörte der IVGK zum Zeitpunkt der Drittbefragung 2010 daher auch erst seit rund einem Jahr oder kürzer an.

4.2 Ausgewählte Ergebnisse der drei bisherigen Befragungen (2008-10)⁵

Abb. 1 gibt verschiedene Aspekte der Gesamtzufriedenheit mit der IVGK und dem bisherigen Projektverlauf 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. 1). Bei der Befragung im Jahr 2010 gingen die Werte wieder etwas 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: Die durchschnittliche Antwort der Befragten befindet sich damit ziemlich genau in der Mitte zwischen den Antworten „sicher ja“ (100 Punkte) und „eher ja“ (67 Punkte).

Abb. 1: Zufriedenheit der Leistungspartner mit dem bisherigen Projektverlauf (Punktwerte: 100 „sicher ja“; 67 „eher ja“; 33 „eher nein“; 0 „sicher nein“)



⁵ Die Ergebnisse sind den drei bisherigen Projektberichten entnommen (Nübling 2008; Nübling 2009, Nübling 2010).

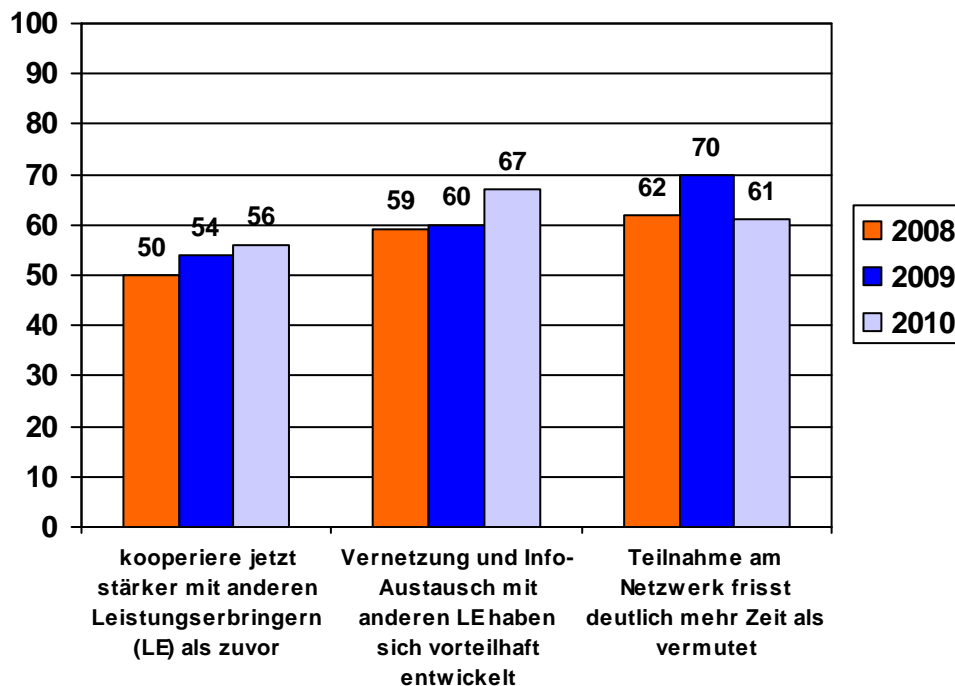
Bei der Drittbefragung im Jahr 2010 gaben 94% der antwortenden Leistungspartner an, dass sie „wieder Mitglied in GK“ werden würden, wenn sie noch einmal vor der Wahl stünden (Antworten „sicher ja“ oder „eher ja“), und ebenfalls 94% der Antwortenden würden „anderen die Mitgliedschaft empfehlen“ (Antworten „sicher ja“ oder „eher ja“). Bei beiden Fragen antworteten also nur 6% der Befragten „eher nein“ oder „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“ (Abb. 1, rechts). Hier drückte die noch etwas verhaltene Zustimmung im Jahr 2008 (59 Punkte) eine „Rest-Skepsis“ vieler Leistungspartner gegenüber dem Hauptziel der IVGK 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 auf das Niveau aus dem Jahr 2008 zurückzufallen.

Oben war davon die Rede, dass bei der Drittbefragung 2010 viele neu zur IVGK hinzugekommene Leistungspartner erstmals an einer Leistungspartner-Befragung teilnahmen. Es ist zu vermuten, dass die neu hinzugekommenen Leistungspartner bei den Fragen zur Zufriedenheit mit der IVGK etwas zurückhaltender oder „vorsichtiger“ antworteten als diejenigen Befragten, die schon länger IVGK-Leistungspartner sind. Diese Vermutung wird bestätigt, wenn man die in Abb. 1 illustrierten Ergebnisse nur für die Teilgruppe der Befragten (N=20) berechnet, die an allen drei Befragungen teilgenommen haben und also mindestens seit Anfang 2008 der IVGK angehören. Die analogen Ergebnisse für diese 20 Befragten zeigen in der Tat höhere Zustimmungswerte: So beträgt in dieser Teilgruppe die Zustimmung zur Aussage „ich würde wieder Mitglied in GK werden“ bei der Drittbefragung im Durchschnitt 85 Punkte (in der Gesamtgruppe 80 Punkte), die Zustimmung zur Aussage „ich würde anderen die Mitgliedschaft empfehlen“ ebenfalls 85 Punkte (in der Gesamtgruppe 80 Punkte) und die Zustimmung zur Aussage „das Ziel ‚Einsparungen ohne Abstriche bei der Versorgungsqualität‘ kann erreicht werden“ im Durchschnitt 71 Punkte (in der Gesamtgruppe 64 Punkte).

Ein wesentliches Ziel integrierter Versorgungssysteme ist ein effektiverer Informationsaustausch und eine intensivere Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer über Einzelpraxen, Fachgrenzen und Sektoren hinweg. Auch zu diesem Aspekt wurden allen Leistungspartnern Fragen gestellt. Einige Ergebnisse hierzu finden sich in Abb. 2.

Abb. 2: 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 Aussagen zur Kooperation mit anderen Leistungserbringern (Abb. 2, links) und zu Vernetzung und Informationsaustausch (Abb. 2, Mitte) signalisieren eine moderate Tendenz zu einer stärkeren Kooperation der Leistungspartner im Vergleich zum Zustand vor dem Start der IVGK. Demgegenüber scheint die bis 2009 zunehmende Tendenz eines unerwartet hohen Zeitaufwands (Zustimmung zur Aussage „die Teilnahme am Netzwerk frisst deutlich mehr Zeit als vermutet“ – Abb. 2, rechts) vorerst gestoppt. Die Tendenzen einer intensiveren Kooperation bzw. einer besseren Vernetzung und eines besseren Informationsaustauschs erscheinen noch ausgeprägter, wenn man nur die Antworten jener 20 Leistungspartner berücksichtigt, die an allen bisherigen Befragungen teilgenommen haben: Die Werte für diese Teilgruppe bei der Drittbefragung lauten 61 Punkte (in der Gesamtgruppe 56 Punkte) bzw. 71 Punkte (in der Gesamtgruppe 67 Punkte).

Bei der Drittbefragung nahmen erstmals auch so viele der „sonstigen Leistungspartner“ teil – also Klinikärzte, Physiotherapeuten, Vertreter von Pflegeheimen und Pflegediensten –, dass nun auch erstmals eine nach Berufsgruppen differenzierte Auswertung sinnvoll ist. So können die Sichtweisen dreier verschiedener Gruppen unterschieden werden, und zwar die Einschätzungen von (a) Hausärzten, (b) Fachärzten und (c) sonstigen Leistungspartnern. In Abb. 3 sind die Einschätzungen dieser drei Gruppen zur Entwicklung von Kooperation, Vernetzung und Informationsaustausch in der IVGK dargestellt. Grundlage sind die Daten der Drittbefragung (2010).

Abb. 3: Entwicklung von Kooperation und Informationsaustausch in der IVGK aus Sicht von Hausärzten, Fachärzten und sonstigen Leistungspartnern bei der T3-Befragung (Punktwerte: 100 „stimme voll zu“; 67 „stimme eher zu“; 33 „stimme eher nicht zu“; 0 „stimme überhaupt nicht zu“)

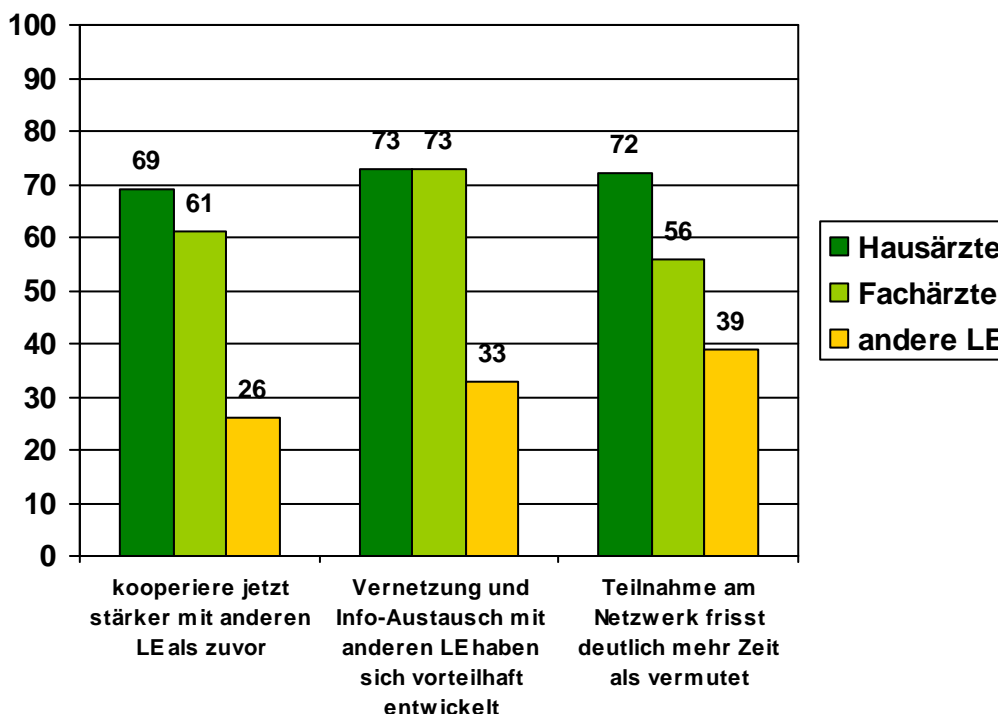


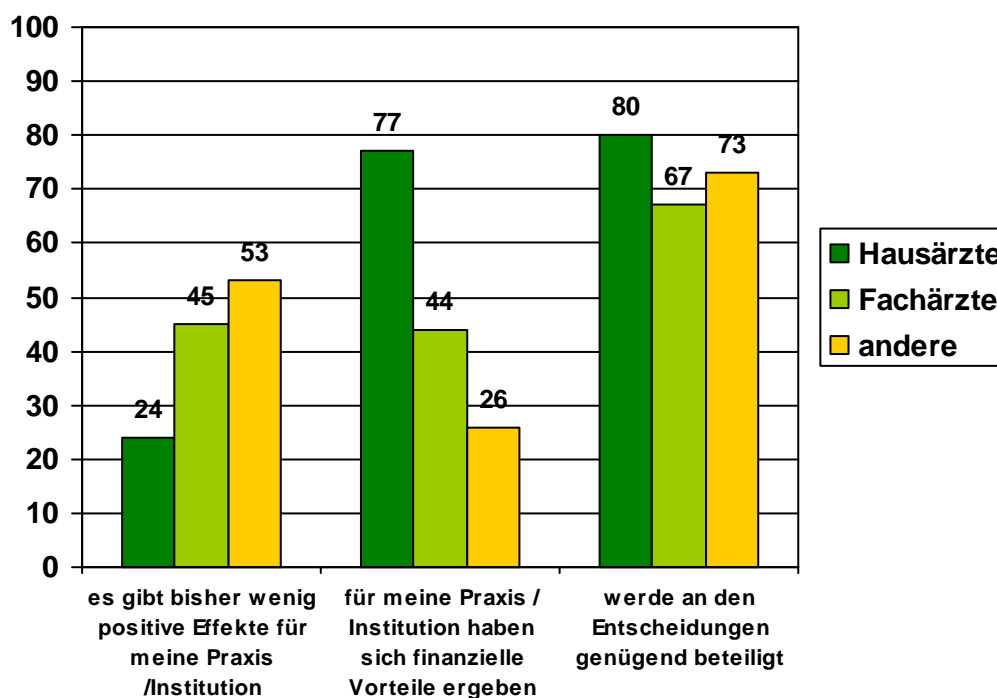
Abb. 3 zeigt eine nahezu gleich stark ausgeprägte, moderate Zustimmung von Hausärzten und Fachärzten zur Aussage, dass man seit dem Start der IVGK stärker mit anderen kooperiere (69 bzw. 61 Punkte) und dass Vernetzung und Informationsaustausch sich „vorteilhaft entwickelt“ hätten (73 Punkte). Diesen Aussagen stimmen die sonstigen Leistungspartner im Durchschnitt „eher nicht zu“ (26 und 33 Punkte). Ähnliche Unterschiede, wenn auch im Ausmaß etwas geringer, bestehen hinsichtlich der Aussage „die Teilnahme am Netzwerk frisst deutlich mehr Zeit als erwartet“: Hier stimmen die Hausärzte am deutlichsten zu (72 Punkte), während die Zustimmung der Fachärzte deutlich geringer ausfällt (56 Punkte); die sonstigen Leistungspartner stimmen hier tendenziell „eher nicht zu“ (39 Punkte), d. h. den sonstigen Leistungspartnern erscheint der Zeitaufwand durch die Kooperation mit der IVGK tendenziell *eher nicht* deutlich höher als erwartet.

Die in Abb. 3 illustrierten Umfragewerte zur Frage einer intensiveren fachlichen Kooperation weisen also auf eine positive Tendenz bei den niedergelassenen ärztlichen Leistungspartnern hin, sie indizieren aber vor allem bei den sonstigen Leistungspartnern noch Entwicklungspotential. Die Möglichkeiten eines integrierten Versorgungssystems sind hier offenkundig noch nicht ausgeschöpft.

Sehr wichtig für die IVGK-Leistungspartner ist zweifellos, ob ihr Engagement und die Kooperation mit dem Netzmanagement auf Dauer positive Auswirkungen auf ihre Praxis bzw. ihre Institution haben, seien diese Auswirkungen nun unmittelbar finan-

zieller oder anderer Art. In Abb. 4 wird illustriert, inwieweit Hausärzte, Fachärzte und sonstige Leistungspartner positive Effekte der IVGK auf die eigene Praxis bzw. die eigene Institution sehen.

Abb. 4: Bewertung der Effekte der IVGK auf die eigene Praxis bzw. Institution bei Hausärzten, Fachärzten und sonstigen Leistungspartnern in der T3-Befragung (Punktwerte: 100 „stimme voll zu“; 67 „stimme eher zu“; 33 „stimme eher nicht zu“; 0 „stimme nicht zu“)

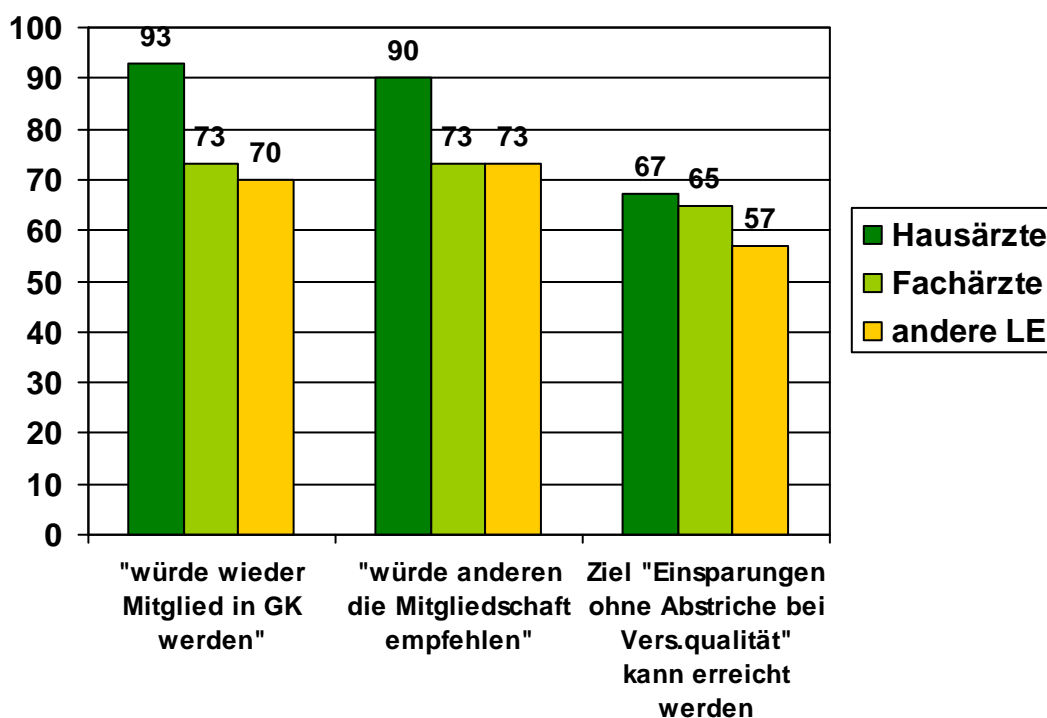


Die in Abb. 4 dargestellten Umfragewerte zeigen deutliche Unterschiede zwischen den drei Berufsgruppen: Am positivsten wird die Entwicklung von den Hausärzten gesehen, dann folgen die Fachärzte und schließlich die sonstigen Leistungspartner. Diese gilt sowohl für „positive Effekte“ allgemein (Abb. 4, links) als auch für „finanzielle Vorteile“ (Abb. 4, Mitte). Im Hinblick auf die Frage, inwieweit sich die Leistungspartner „an den Entscheidungen genügend beteiligt“ sehen, sind die Unterschiede zwischen den drei Gruppen jedoch auffallend gering (Abb. 4, rechts).

Zu berücksichtigen ist, dass ein großer Teil der sonstigen Leistungspartner erst kurz vor der T3-Befragung in die IVGK eingetreten ist; daher können positive Effekte, die für die eigene Praxis/Institution ggf. erst mittel- oder langfristig entstehen – z. B. eine erhöhte Patientenbindung – in dieser Berufsgruppe möglicherweise erst später registriert werden. Dennoch kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass die Kooperation mit der IVGK bei allen Leistungspartner-Gruppen im Lauf der Zeit zu gleichermaßen positiven Effekten führt. Dies scheint auch der Vergleich zwischen Haus- und Fachärzten zu zeigen: Obwohl der weitaus größte Teil der befragten Fachärzte bereits seit langem mit der IVGK kooperiert, differieren die Einschätzungen der befragten Fachärzte von denen der Hausärzte doch recht deutlich (Abb. 4).

Relativ geringe Unterschiede in der Sichtweise der Hausärzte im Vergleich zu den Fachärzten zeigen sich in der Drittbefragung auch bei den Indikatoren der Gesamtzufriedenheit mit der IVGK (Abb. 5): Die beiden klassischen Zufriedenheitsindikatoren zeigen für die Hausärzte eine sehr hohe, für die Fachärzte und sonstigen Leistungspartner eine hohe Zufriedenheit (Abb. 5, links und Mitte). Haus- und Fachärzte halten das Hauptziel der IVGK tendenziell für erreichbar (Abb. 5, rechts), während die sonstigen Leistungspartner hier noch etwas mehr Skepsis hegen.

Abb. 5: Zufriedenheit mit dem bisherigen Projektverlauf bei Hausärzten, Fachärzten und sonstigen Leistungspartnern zur Zeit der T3-Befragung (Punktwerte: 100 – „sicher ja“; 67 – „eher ja“; 33 „eher nein“; 0 – „sicher nein“)



Die nach Leistungspartner-Gruppe differenzierten Ergebnisse (Abb. 3 bis 5) spiegeln offenkundig auch die Tatsache wider, dass die sonstigen Leistungspartner bislang noch nicht in demselben Maße wie die niedergelassenen Ärzte in die Steuerung der IVGK und in die Versorgungscoordination eingebunden sind. Allerdings unterscheiden sich, wie die Daten der Drittbefragung zeigen, auch die Einschätzungen der niedergelassenen Fachärzte in wichtigen Aspekten von denen der Hausärzte (Abb. 4). Trotz dieser Unterschiede ist festzuhalten, dass die Indikatoren der Gesamtzufriedenheit mit der IVGK bei den drei Leistungspartner-Gruppen relativ homogene Ergebnisse zeigen (Abb. 5).

4.3 Diskussion

Im Hinblick auf die beiden übergeordneten Forschungsfragen des PeGL-Projekts (vgl. Abschnitt 1.1) lässt sich bislang ein relativ positives Fazit ziehen: 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, 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 beiden übergeordneten Forschungsfragen ziehen: Ein im Zeitverlauf stetig steigender Anteil der antwortenden Leistungspartner kooperiert nach eigener Einschätzung „stärker mit anderen Leistungserbringern“ als vor dem Start der IVGK, und ein stetig wachsender Anteil der Leistungspartner stellt fest, dass seit dem Start der IVGK „Vernetzung und Informationsaustausch sich positiv entwickelt“ haben.

Angesichts dieser Ergebnisse sollte aber nicht übersehen werden, dass die Einschätzungen der drei Leistungspartner-Gruppen – Hausärzte, Fachärzte und sonstige Leistungspartner – sich in manchen wichtigen Fragen erkennbar unterscheiden: So äußert bisher nur eine Minderheit der sonstigen Leistungspartner, dass sie nun stärker mit anderen Leistungserbringern kooperierten bzw. dass Vernetzung und Informationsaustausch sich „positiv entwickelt“ hätten, während eine breite Mehrheit der Haus- und Fachärzte hier positive Entwicklungen sieht. Und lediglich die Hausärzte sehen seit dem Start der IVGK mehrheitlich und eindeutig „Vorteile für die eigene Praxis“ (bzw. die eigene Institution), während dies schon bei den Fachärzten erkennbar seltener der Fall ist. Die Mehrheit der sonstigen Leistungspartner sieht bisher nur wenige positive Effekte für sich bzw. ihre Institution. Zwar darf man nicht vergessen, dass ein recht großer Teil der sonstigen Leistungspartner erst seit kurzem der IVGK angehört und deshalb noch über wenig Erfahrung mit der IVGK verfügt; dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Einschätzungen und Zufriedenheitswerte der drei Gruppen sich im Zeitverlauf automatisch einander annähern. Das IVGK-Management wird sicher dafür sorgen wollen, dass die gruppenspezifischen Zufriedenheitswerte sich nicht zu weit auseinander entwickeln bzw. sich annähern. Mit der periodischen Bestandsaufnahme der Einschätzungen und Zufriedenheit der Leistungspartner liefert das PeGL-Projekt wichtige Erkenntnisse zur Beantwortung der Frage, inwieweit das gelingt.

5 Das AGil-Projekt: Evaluation des Programms „Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal“

5.1 Fragestellung, Material und Methoden des AGil-Projekts

Das – mittlerweile beendete – AGil-Programm im Kinzigtal hatte das Ziel, Senioren ab 60 Jahren zu einer möglichst gesunden Ernährung, zu körperlicher Aktivität und sozialer Teilhabe zu befähigen. Dies sollte zum einen durch eine halbtägige Veranstaltung erreicht werden, die sowohl Informations- und Beratungskomponenten als auch Kleingruppenarbeit umfasste, zum anderen durch einen Empfehlungsbrief mit individuellen Tipps zu gesunder Ernährung und zur Steigerung körperlicher Aktivität, den alle Programmteilnehmer zwei Wochen nach der Veranstaltung erhielten (vgl. von dem Knesebeck und Trojan 2006).

Die AGil-Evaluationsstudie dauert noch an (April 2012). Sie wird von Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf geleitet. Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierte Evaluationsprojekt hat die Aufgabe, das AGil-Programm im Kinzigtal zu evaluieren, und zwar in Form einer Prozessevaluation wie auch einer umfangreichen Ergebnisevaluation. Letztere untersucht die Effektivität und Effizienz des AGil-Programms. Dabei soll die dreifache Frage beantwortet werden, ob das AGil-Programm in einer ländlichen Gegend wie dem Kinzigtal geeignet ist,

1. den Programmteilnehmern zu einem besseren Gesundheitszustand zu verhelfen,
2. bei den Programmteilnehmern ein anderes Verhalten bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu stimulieren und
3. die Versorgungskosten der Programmteilnehmer im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern zu verändern.

Zur Beantwortung der letzten beiden Fragen werden die Primärdaten der Programmteilnehmer mit deren pseudonymisierten GKV-Routinedaten verknüpft und mit den GKV-Routinedaten einer Kontrollgruppe retrospektiv verglichen (retrospektive kontrollierte Kohortenstudie). Die pseudonymisierten GKV-Routinedaten werden von der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt. Bei der Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens mittels GKV-Routinedaten kooperiert das Hamburger Forschungsteam mit dem Team von Dr. Enno Swart (Universität Magdeburg), bei der Analyse der gesundheitsökonomischen Effekte mit dem Forschungsteam von Prof. Heinz Rothgang (Universität Bremen).

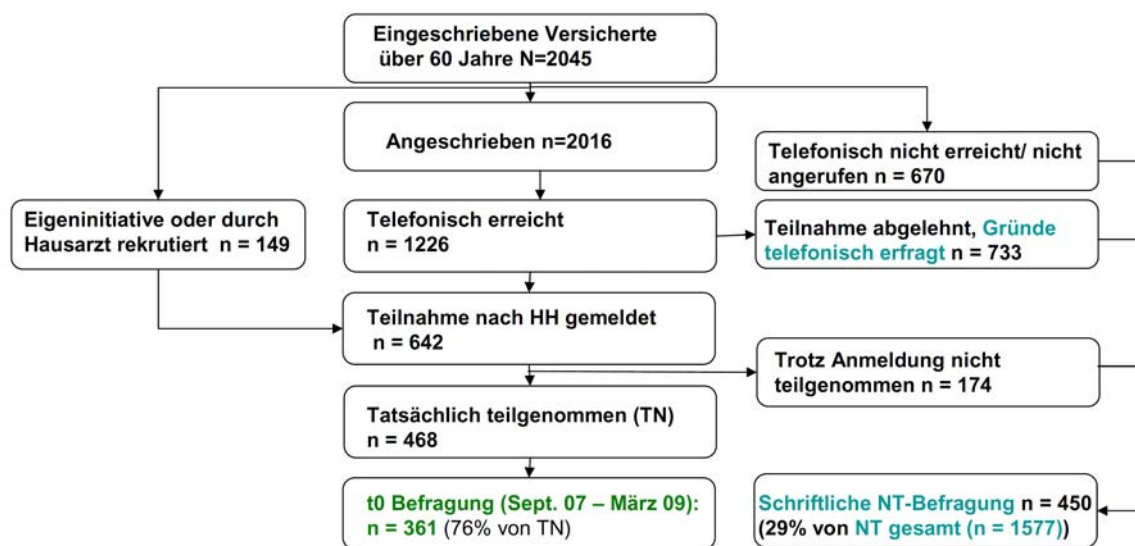
Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage werden im Wesentlichen Primärdaten herangezogen, die durch die Befragung der Programmteilnehmer mittels teilstandardisierter Fragebögen gewonnen wurden. Diese erste Forschungsfrage wird in Form eines Vorher-Nachher-Vergleichs der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Programmteilnehmer und verschiedener Aspekte ihres Gesundheitsverhaltens samt

ihrer gesundheitsrelevanten Einstellungen zu beantworten versucht (Kohortenstudie). Dabei werden die Teilnehmer zu vier Messzeitpunkten befragt: unmittelbar vor Intervention (T0), ein halbes Jahr nach Intervention (T1), ein Jahr nach Intervention (T2) und eineinhalb Jahre nach Intervention (T3).

5.2 Ausgewählte Ergebnisse bisheriger Auswertungen⁶

Am AGil-Programm im Kinzigtal nahmen bis März 2009 insgesamt 468 Versicherte teil; davon beteiligten sich 361 Personen (76% der Programmteilnehmer) auch an der Evaluation und damit an der T0-Befragung (Abb. 6). Von den insgesamt 1577 Nicht-Teilnehmern, die zur Programmteilnahme eingeladen worden waren, nahmen später 450 Personen (29%) an einer kurzen standardisierten Befragung teil. Weitere 733 Nicht-Teilnehmer konnten telefonisch kontaktiert werden; dabei wurden immerhin ihre Ablehnungsgründe erhoben (vgl. Abb. 6).

Abb. 6: Fallzahlenentwicklung der AGil-Programmtteilnehmer bzw. Studienteilnehmer (Quelle: Knesebeck et al. 2011: 14)



Bislang liegen uns diejenigen Ergebnisse vor, die auf der Auswertung von Primärdaten (Fragebogen- und Interview-Daten) beruhen. Die Auswertung der GKV-Routinedaten dauert gegenwärtig noch an (April 2012), wird aber im Lauf des Jahres 2012 abgeschlossen sein.

Die Mehrheit der 468 Programmtteilnehmer waren Frauen (59%). Das Durchschnittsalter bei beiden Geschlechtern betrug 71 Jahre. Drei Viertel der Teilnehmer

⁶ Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beruhen auf dem Schlussbericht der Projektgruppe an das BMBF (Knesebeck et al. 2011) sowie auf Publikationen von Projektergebnissen in Fachzeitschriften (Hofreuter-Gätgens et al. 2011, Swart et al. 2011a, Swart et al. 2011b).

waren verheiratet und lebten mit dem Ehepartner zusammen; die überwiegende Mehrheit der Programmteilnehmer (86,9%) hatte einen Volksschul- oder Hauptschulabschluss.

Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass die Programmteilnehmer im Kinzigtal die AGil-Intervention ein halbes Jahr nach der Veranstaltung sehr positiv beurteilten: Der Aussage „ich würde die Veranstaltung jederzeit weiterempfehlen“ stimmten rund 98% der antwortenden Programmteilnehmer zu („stimme voll zu“ oder „stimme weitgehend zu“).

Die überwiegende Mehrheit der befragten Programmteilnehmer – nämlich etwas mehr als drei Viertel – gab bei der T1-Befragung an, dass sie die AGil-Empfehlungen zu gesunder Ernährung „bereits umsetzen konnten“; bei den AGil-Empfehlungen zur Steigerung der körperlichen Aktivität waren es gut zwei Drittel. Weitere 15 bis 20% der Teilnehmer wollten „demnächst mit der Umsetzung beginnen“ (gesunde Ernährung und Steigerung körperlicher Aktivität). Dabei gab es zwischen Frauen und Männern nur geringfügige Unterschiede im Antwortverhalten.

Die Resultate der Ergebnisevaluation liegen bislang nur insoweit vor, wie die Ergebnisse auf Primärdaten beruhen.⁷ Für insgesamt 229 Programmteilnehmer liegen Daten zu allen vier Befragungszeitpunkten (T0 bis T3) vor. Im Folgenden referieren wir die unseres Erachtens wichtigsten bisherigen Ergebnisse.

Die Auswertung der Primärdaten der 229 kontinuierlichen Studienteilnehmer zeigt, dass das AGil-Programm bei den Teilnehmern eine geringe bis moderate Veränderung des gesundheitsrelevanten Verhaltens begünstigt haben könnte: So nahm der durchschnittliche tägliche Verzehr von Obst und Gemüse nach der Intervention signifikant zu, und auch das Engagement der AGil-Teilnehmer in gesellschaftlichen Gruppen und Vereinen war nach der Intervention signifikant höher als zuvor. Keine signifikanten Veränderungen ergaben sich im Hinblick auf ein gesundheitsförderliches Trinkverhalten, körperliche Bewegung, soziale Kontakte mit engen Familienangehörigen und Freunden und im Hinblick auf die subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene Lebensqualität, die mithilfe des SF-36 erhoben wurde. Das soziale Vorsorgeverhalten (tatsächliche oder geplante Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen) nahm nach der Intervention bei den weiblichen AGil-Teilnehmern zwar signifikant zu; ob dies aber als Effekt der AGil-Teilnahme interpretiert werden kann, ist sehr fraglich. Denn das Thema Vorsorgevollmachten – insbesondere Patientenverfügungen – wird seit einigen Jahren in der gesamten Gesellschaft verstärkt diskutiert, so dass nicht klar ist, inwieweit die Zunahme eines Vorsorgeverhaltens bei den AGil-Teilnehmern nur einen säkularen Trend widerspiegelt.

⁷ Der Grund, warum die Auswertung der GKV-Routinedaten noch andauert, ist folgender: Da die letzte zu evaluierende AGil-Veranstaltung im März 2009 stattfand und der daran anschließende Beobachtungszeitraum ein Jahr betragen sollte, war zunächst die Lieferung der GKV-Routinedaten abzuwarten, welche den Zeitraum bis einschließlich März 2010 abbildeten. Die AOK Baden-Württemberg konnte diese Daten erst im Februar 2012 zur Verfügung stellen.

5.3 Diskussion

Das zuletzt genannte Argument wirft ein generelles methodisches Problem der AGil-Studie auf: Für die Ergebnisparameter, die mittels Primärdaten erhoben wurden, existiert keine irgendwie geartete Kontrollgruppe. So kann z. B. nicht geprüft werden, inwieweit die unter den weiblichen AGil-Teilnehmern festgestellte Zunahme des sozialen Vorsorgeverhaltens über den säkularen Trend hinausgeht, d.h. inwieweit die in der Studie ermittelte Zunahme größer ist als die in der Gesamtgesellschaft mutmaßlich gegebene Zunahme. Genauso wenig kann z. B. überprüft werden, ob beispielsweise die Konstanz der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei den AGil-Teilnehmern ein Jahr nach der Intervention eine vergleichsweise Verbesserung gegenüber gleichartigen Personen ohne AGil-Teilnahme darstellt: Es ist immerhin denkbar (wenn auch nicht sehr wahrscheinlich), dass der säkulare regionale Trend im Kinzigtal, der sich in den Werten einer entsprechenden Kontrollgruppe ausdrücken würde, in einer *zurückgehenden* Lebensqualität bestünde. Wäre das der Fall, so könnte die *gleichbleibende* Lebensqualität unter den AGil-Teilnehmern unter bestimmten Umständen sogar als Erfolg des AGil-Programms angesehen werden. Es zeigt sich also, dass das Design eines Vorher-Nachher-Vergleichs offenbar nicht hinreicht, um unter den Bedingungen eines mutmaßlich geringen Programmeffekts aussagekräftige Evaluationsergebnisse zu liefern. Für die bisher vorliegenden Ergebnisse gilt eine weitere Einschränkung: So positiv einige der oben referierten, auf Basis von Primärdaten gewonnenen Ergebnisse auch sind: Es handelt sich dabei um Teilnehmer-Angaben, bei denen nicht auszuschließen ist, dass diese durch eine Antworttendenz im Sinne der „sozialen Erwünschtheit“ beeinflusst sind und dementsprechend positiv ausfielen. (Ergänzende methodologische Anmerkungen finden sich in Siegel et al. 2011.)

Eine methodisch aussagekräftigere Prüfung der Wirksamkeit des AGil-Programms ist unseres Erachtens daher eher in den Teilen der Ergebnisevaluation zu sehen, die die Effekte der Programmteilnahme auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Versorgungskosten zu messen versuchen: Zum einen spielt hier der Aspekt der sozialen Erwünschtheit keine wesentliche Rolle, zum anderen werden zur Kontrolle der Programmeffekte immerhin die Vergleichswerte zweier Kontrollgruppen herangezogen (Knesebeck et al. 2011). In diesem Punkt müssen also noch belastbare Ergebnisse abgewartet werden.

6 Resümee

Aus den vier Evaluationsprojekten ergibt sich in unseren Augen bisher eine insgesamt recht positive Zwischenbilanz für die IVGK. Im ÜUF-Projekt zeigen die meisten Kennziffern und Indikatoren eine relativ hohe und im Zeitverlauf zunehmende Versorgungsqualität im Kinzigtal. Dabei haben sich zahlreiche Indikatoren im Kinzigtal stärker verbessert als im übrigen Baden-Württemberg, das zum Vergleich herangezogen wur-

de. In den kommenden Jahren muss sich zeigen, ob sich diese positiven Entwicklungen weiter verstärken und nachhaltig über säkuläre Entwicklungstrends hinausgehen.

Dass die bisherigen Ergebnisse im SDM-Projekt eine etwas zurückgehende Partizipation von IVGK-Patienten an Therapieentscheidungen zeigen (vgl. Siegel & Stößel 2011), stört das bislang positive Gesamtbild unseres Erachtens nur wenig, zumal die Zufriedenheit der IVGK-Versicherten mit der ambulanten Versorgung noch immer sehr hoch ist und von keiner der beiden Kontrollgruppen übertroffen wird (vgl. ebd.).

Zu diesem insgesamt positiven Bild passen auch die wichtigsten Ergebnisse der bisherigen Leistungspartner-Befragungen: So ist die Zufriedenheit der befragten Leistungspartner mit dem IV-Projekt nach wie vor hoch, und nach Einschätzung der Leistungspartner kooperieren diese seit dem Start der IVGK nicht nur stärker mit anderen Leistungserbringern; auch Vernetzung und wechselseitiger Informationsaustausch haben sich seit Beginn der IVGK überwiegend „positiv entwickelt“.

7 Literaturverzeichnis

Daul G (2009): Herausforderungen der strategischen Steuerung einer populationsbezogenen Integrierten Versorgung und erste finanzielle Ergebnisse der Jahre 2006 und 2007. Vortrag auf dem 8. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung am 30.09.-01.10.2009 in Heidelberg.

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.

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, 23 June 2010: 1-15. Online-Publikation: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/539/1051>

Hofreuter-Gätgens K, Mnich E, Thomas D, Salomon T, Knesebeck Ovd (2011): Gesundheitsförderung für ältere Menschen in einer ländlichen Region. Teilnehmerstruktur, Akzeptanz und Durchführung. In: Bundesgesundheitsbl 54: 933-941. (online erhältlich unter: <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-011-1319-9>)

Knesebeck Ovd & Trojan A (2006): Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal (AGil). Prozess- und Ergebnisevaluation eines Interventionsprogramms im Kontext der Integrierten Versorgung von AOK-Patienten. Forschungsförderantrag beim Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Hamburg: uv. Ms.

Knesebeck Ovd, Mnich E, Hofreuter-Gätgens K, Swart E, Thomas D, Rothgang H & Salomon T (2011): Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal

(AGil). Prozess- und Ergebnisevaluation eines Interventionsprogramms im Kontext der Integrierten Versorgung von AOK-Patienten. Projektbericht (uv. Ms.).

Köster I, Ihle P & Schubert I (2011a): Zwischenbericht 2004-2008 für Gesundes Kinzigtal GmbH, hier: AOK-Daten. Evaluationsmodul der Integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“: „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“, hier: Zwischenbericht mit Status-Quo-Daten des Jahres 2004 sowie Analyse der Jahre 2005-2008. Köln: uv. Ms.

Köster I, Ihle P & Schubert I (2011b): Zwischenbericht 2004-2008 für Gesundes Kinzigtal GmbH, hier: LKK-Daten. Evaluationsmodul der Integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“: „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung“, hier: Zwischenbericht mit Status-Quo-Daten des Jahres 2004 sowie Analyse der Jahre 2005-2008. Köln: uv. Ms.

Nübling M (2008): Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal, Evaluationmodul 4: Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer. Bericht zur ersten Befragung der Leistungserbringer 2008. Denzlingen: uv. Ms.

Nübling M (2009): Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal, Evaluationmodul 4: Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer. Bericht zur zweiten Befragung der Leistungserbringer 2009. Denzlingen: uv. Ms.

Nübling M (2010): Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal, Evaluationmodul 4: Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer. Bericht zur dritten Befragung der Leistungserbringer 2010. Denzlingen: uv. Ms.

Optimedis AG (2011): Gesundes Kinzigtal: Neue wirtschaftliche Daten belegen effiziente Gesundheitsversorgung. Pressemitteilung vom 24. Januar 2011. Online-Publikation:
http://www.optimedis.de/images/docs/pressemitteilungen/pm_ergebnisdaten_gesundes_kinzigtal_20110124.pdf.

Optimedis AG (2012): Gesundes Kinzigtal: Hochwertige medizinische Versorgung führt zu geringerem Ausgabenanstieg. Erstmals Auswertung der wirtschaftlichen Daten der LKK-Versicherten im Kinzigtal von 2005 bis 2010. Pressemitteilung vom 12. Januar 2012. Online-Publikation:
http://www.optimedis.de/images/docs/pressemitteilungen/pressemitteilung_ergebnisse_gesundes_kinzigtal_lkk.pdf

Rabatta S (2009): Integrierte Versorgung: Kooperation im Kinzigtal spart Kosten. *Deutsches Ärzteblatt* 106 (20): A966-A968.

S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (2009): Langfassung, Version 1.0. Online-Publikation:
<http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/s3-nvl-unipolare-depression-lf.pdf>

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bundestagsdrucksache 14/6871 (31.08.2001).

Siegel A, Stößel U, Schubert I & Erler A (2011): Probleme der Evaluation eines regionalen integrierten Vollversorgungssystems am Beispiel „Gesundes Kinzigtal“. In: ZEFQ 105 (8): 590-596.

Siegel A & Stößel U (2011): Kurzbericht zur Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal 2010 (EKIV-Evaluationsbericht, Kurzfassung). Online-Publikation: http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Evaluationsbericht_2010_Kurzfassung_fin_2011-02-24.pdf

Staeck F (2012): Gesundes Kinzigtal machts Sparen vor. In: Ärztezeitung vom 12. 01. 2012.

Swart E, Thomas D, March S, Salomon T & Knesebeck Ovd (2011a): Erfahrungen mit der Datenverknüpfung von Primär- und Sekundärdaten in einer Interventionsstudie. In: Das Gesundheitswesen 73: e126-e132. (online erhältlich unter: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1280754>)

Swart E, Thomas D, March S, Salomon T & Knesebeck Ovd (2011a): Die Eignung von Sekundärdaten zur Evaluation eines Interventionsprojekts. Erfahrungen aus der AGil-Studie. In: Prävention und Gesundheitsförderung 6: 305-311 (online erhältlich unter: <http://dx.doi.org/10.1007/s11553-011-0309-y>)