



EKIV-Newsletter 2/2015

Rundbrief der
Evaluations-Koordinierungsstelle
Integrierte Versorgung (EKIV)

am Lehrbereich Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Freiburg

info@ekiv.org
<http://www.ekiv.org>

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

Unsere Themen:

- Editorial
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal (IVGK)*: Ausgewählte Ergebnisse der Mitgliederbefragung (Erst- und Zweitbefragung), Teil I: Gründe für die Einschreibung in die IVGK
- Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal (IVGK)*: Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten – Versicherte mit längerfristiger Benzodiazepin-Verordnung, mit Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und mit Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2004-11
- Interne Evaluation der Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal (IVGK)*: Das Programm *Psychotherapie akut*
- Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*

Editorial

In Ausgabe 1/2015 unseres Newsletters stellten wir ausgewählte Ergebnisse der Erstbefragung der GeKiM-Studie vor. Das Akronym „GeKiM“ steht für „Gesundes Kinzigtal – Mitgliederbefragung“. Die Erstbefragung wurde Anfang 2013 abgeschlossen, die Zweitbefragung im Frühjahr 2015; weitere Befragungen sollen in zweijährlichem Abstand folgen. Bei der Befragung wird stets ein – weitgehend identisch bleibender – standardisierter Fragebogen eingesetzt. Zwei Themen stehen dabei im Vordergrund: Zum einen bewerten die Befragten ihren „Arzt des Vertrauens“, zum anderen das integrierte Versorgungssystem Gesundes Kinzigtal insgesamt. Neben diesen beiden Hauptthemen werden jedoch auch andere Aspekte erhoben wie z.B. die Frage, aus welchen Gründen sich die Versicherten in die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) eingeschrieben haben. Genau diese Frage ist das Thema des ersten Beitrags im aktuellen EKIV-Newsletter. Wir vergleichen dabei die Antworten der Befragten aus beiden Erhebungswellen, d.h. aus den Jahren 2013 und 2015, wir vergleichen weiterhin die Einschreibegründe von Frauen und Männern sowie die Einschreibegründe von Versicherten, die schon länger bzw. die erst seit kurzem in die IVGK eingeschrieben sind. Diesen Beitrag lesen Sie auf den Seiten 3 bis 8.

Auf den Seiten 9 bis 13 stellen wir erstmals Ergebnisse aus dem Abschlussbericht der ÜUF-Studie vor: Das Akronym „ÜUF“ steht für „Über-, Unter- und Fehlversorgung“. Zwischenergebnisse der ÜUF-Studie waren bereits mehrfach Thema in früheren Ausgaben des EKIV-Newsletters, zuletzt in der Ausgabe 1/2012.¹ In der ÜUF-Studie wurde die Versorgungsqualität im Kinzigtal über einen längeren Zeitraum (2004-2011) mit der Versorgungsqualität im übrigen Baden-Württemberg verglichen. Seit Juni dieses Jahres liegt uns der Abschlussbericht der Studie vor; darin wird der gesamte Beobachtungszeitraum der Studie – also die Jahre 2004 bis 2011 – in den Blick genommen. In der heutigen Ausgabe diskutieren wir aus dem Abschlussbericht drei Kennziffern: Neben der Kennziffer „Anteil der Versicherten mit längerfristiger Benzodiazepin-Verordnung (>20 DDD/Versicherten/Jahr)“ untersuchen wir den „Anteil der Versicherten mit Pflegestufe I-III“ und den „Anteil der Versicherten mit Arbeitsunfähigkeit“. Anhand dieser Ergebnisse wollen wir wichtige methodische Prinzipien der ÜUF-Studie exemplarisch darlegen. Weitere Ergebnisse der ÜUF-Studie werden wir in künftigen Ausgaben des EKIV-Newsletter vorstellen.

Das Programm „Psychotherapie akut“ ist eines der am längsten bestehenden Interventionsprogramme der IVGK – es besteht seit 2006. Die Ergebnisse des Programms wurden intern evaluiert und vor kurzem in der Zeitschrift „Welt der Krankenversicherung“ (Ausgabe 9/2015) vorgestellt. Auf Seite 14 finden Sie weitere Informationen zu diesem Artikel.

Zum Abschluss des Newsletters – auf den Seiten 15 und 16 – dokumentieren wir wie immer die aktuellen Rahmendaten zur IVGK.

Wenn Sie Fragen oder Anregungen zu unseren Themen haben, schreiben Sie uns einfach (info@ekiv.org). Wir freuen uns über Ihr Interesse!

Herzliche Grüße,
Achim Siegel & Wilhelm Niebling

¹ Siehe http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2012-1.pdf.

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

Ausgewählte Ergebnisse der Mitgliederbefragung (Erst- und Zweitbefragung), Teil I: Gründe für die Einschreibung in die IVGK

In diesem Beitrag stellen wir erstmals Ergebnisse der Erst- und Zweitbefragung der GeKiM-Studie vor (Gesundes Kinzigtal – Mitgliederbefragung). Wir konzentrieren uns in diesem Beitrag auf die Analyse der Gründe, weshalb sich Versicherte in die IVGK eingeschrieben haben. Da wir die allgemeinen inhaltlichen und methodischen Aspekte der GeKiM-Studie bereits im letzten EKIV-Newsletter ausführlich vorgestellt haben,¹ beschränken wir uns hier nur auf eine kurze Zusammenfassung.

Inhaltliche und methodische Aspekte der Studie

Die GeKiM-Studie soll die Zufriedenheit der in die IVGK eingeschriebenen Patienten erheben, und zwar in zweifacher Hinsicht: nämlich zum einen die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Arzt des Vertrauens, zum andern die Zufriedenheit mit dem integrierten Versorgungssystem als Ganzem. Die Studie ist als Trendstudie angelegt: In regelmäßigen Zeitabständen finden Wiederholungsbefragungen statt, so dass im Zeitverlauf überprüft werden kann, inwieweit sich die Antworten auf bestimmte Fragen im Zeitverlauf ändern. Im Zuge der ersten Befragungswelle wurden 3034 IVGK-Mitglieder angeschrieben, im Zuge der zweiten Befragungswelle 3516 Mitglieder. Die Erstbefragung wurde Anfang 2013 abgeschlossen, die Zweitbefragung im Frühjahr 2015.

Neben den beiden Hauptthemen – Zufriedenheit mit dem Arzt des Vertrauens und mit dem integrierten Versorgungssystem – werden auch einzelne andere Dinge erfragt. Dazu gehört z.B. auch die Frage, aus welchen Gründen sich die Versicherten in die IVGK eingeschrieben haben. Im Folgenden stellen wir dar, welche Antworten die Befragten auf diese Frage gegeben haben, wie stark sich die Antworten in den beiden Befragungswellen unterscheiden, inwieweit Frauen andere Einschreibungsgründe angeben als Männer und ob sich die Antworten der schon länger eingeschriebenen Mitglieder von denen der erst seit kurzem eingeschriebenen Mitglieder unterscheiden.

Ergebnisse: Gründe der Versicherten, sich in die IVGK einzuschreiben

Im Rahmen der Erstbefragung waren bis Mitte Februar 2013 insgesamt 717 Fragebögen eingegangen (Rücklauf: 23,6%). Deutlich mehr als die Hälfte der Antwortenden waren weiblich (56,5%); das Durchschnittsalter lag bei 59,2 Jahren. 62% der Antwortenden nannten einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss, und 51 % gaben an, dass sie unter einer chronischen Krankheit litten. Bei der Zweitbefragung schickten bis Anfang Mai 2015 insgesamt 878 Befragte ihren Fragebogen zurück (Rücklauf: 25,0 %). Davon waren 56,2% weiblich; das Durchschnittsalter lag bei 57,8 Jahren. 59,5% nannten einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss, und 53,5% gaben an, unter einer chronischen Krankheit zu leiden. Bei beiden Befragungen war der Rücklauf unter den angeschriebenen Frauen etwas höher als unter den angeschriebenen Männern; ebenso war der Rücklauf unter den älteren Befragten etwas höher als unter den jüngeren angeschriebenen Mitgliedern.

Bei der Auswertung – und der folgenden Ergebnisdarstellung – wurden diejenigen Fragebögen ausgeschlossen, in denen weniger als die Hälfte der Fragen beantwortet worden war. In der Auswertung berücksichtigt wurden daher 711 Fragebögen aus der Erstbefragung und 869 Fragebögen aus der Zweitbefragung.

Einschreibegründe in der Erstbefragung 2013 und Zweitbefragung 2015

In beiden Befragungen wurde gefragt „Was waren die wesentlichen Gründe dafür, dass Sie sich bei *Gesundes Kinzigtal* als Mitglied eingeschrieben haben?“ Daraufhin konnten die Befragten eine oder mehrere von neun vorgegebenen Antworten ankreuzen, angefangen von „Die Praxis hat mich über

¹ Siehe http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2015-1_korr.pdf.

GK informiert und mich überzeugt, Mitglied zu werden“ bis hin zu „Ich habe von Gesundes Kinzigtal aus der Zeitung oder aus anderen Medien (z.B. TV, Praxisfernsehen, Fest der Gesundheit, etc.) erfahren“. Darüber hinaus konnte die Antwort „sonstiges (bitte nennen)“ angekreuzt und ggf. konkretisiert werden. Die Verteilung der Antworten bei beiden Befragungen ist in Tab. 1 dargestellt.

Tab. 1: Antworten auf die Frage „Was waren die wesentlichen Gründe dafür, dass Sie sich bei Gesundes Kinzigtal (=GK) als Mitglied eingeschrieben haben? (Mehrere Antworten sind möglich.)“; Erst- und Zweitbefragung 2013 bzw. 2015; zugrunde liegende Fälle: N=711 (2013) bzw. N=869 (2015)

Wortlaut der Antworten	Häufigkeit in % der Befragungsteilnehmer 2013 (mit 95% KI*)	Häufigkeit in % der Befragungsteilnehmer 2015 (mit 95% KI*)	p-Wert der Anteilsdifferenz 2015 - 2013
Die Praxis hat mich über GK informiert und mich überzeugt, Mitglied zu werden	75,2 (72,0-78,4)	78,6 (75,9-81,2)	0,129
Meine Krankenkasse hat mich über GK informiert	11,5 (9,1-13,9)	13,1 (10,9-15,4)	0,334
Familienmitglieder haben mich auf GK aufmerksam gemacht	6,6 (4,8-8,5)	6,9 (5,2-8,6)	0,817
Bekannte / Freunde haben mich auf GK aufmerksam gemacht	3,8 (2,6-5,2)	4,4 (3,1-5,6)	0,567
Die Vorsorgeprogramme / Präventionsprogramme von GK haben mich überzeugt	19,3 (16,4-22,4)	22,2 (19,4-25,3)	0,153
Das Argument einer besser koordinierten Gesundheitsversorgung (Integrierte Versorgung) hat mich überzeugt	18,8 (15,9-21,8)	22,8 (20,1-25,6)	0,056
Guter Ruf von Gesundes Kinzigtal	21,8 (18,9-24,9)	22,1 (19,3-24,8)	0,888
Persönliche Bekanntschaft mit jemandem, der bei Gesundes Kinzigtal aktiv ist	3,1 (1,9-4,4)	4,4 (3,0-5,9)	0,186
Ich habe von Gesundes Kinzigtal aus der Zeitung oder aus anderen Medien (z.B. TV, Praxisfernsehen, Fest der Gesundheit, etc.) erfahren	5,3 (3,7-7,1)	8,4 (6,8-10,3)	0,018
Sonstiges	3,9 (2,5-5,4)	4,6 (3,2-6,0)	0,517

* Erläuterungen zu Tab. 1: KI = Konfidenzintervall; das 95% Konfidenzintervall der Anteilswerte wurde mithilfe des Bootstrapping-Verfahrens (auf Basis von jeweils 1000 Stichproben) ermittelt.

Beim Vergleich der relativen Häufigkeiten der einzelnen Antworten fällt Folgendes auf: Sowohl 2013 als auch 2015 gaben rund drei Viertel aller Befragungsteilnehmer (75,2% bzw. 78,6%) an, dass die Informationen und die Überzeugungsarbeit des Arztes bzw. der Arztpraxis ein wesentlicher Grund dafür waren, dass sie sich in die IVGK einschrieben. Diese Antwort wurde in beiden Befragungen mit großem Abstand am häufigsten angekreuzt; diese Antwort kommt auch statistisch signifikant häufiger vor als jede andere Antwort. (Die 95% Konfidenzintervalle der beiden Anteilswerte – d.h. 72,0–78,4 bzw. 75,9–81,2 – überlappen sich nicht mit den Konfidenzintervallen der Anteilswerte der übrigen Antworten.) Drei Antworten wurden von rund einem Fünftel der Befragungsteilnehmer als „wesentlicher Einschreibegrund“ genannt: Dazu gehört die Antwort „guter Ruf von Gesundes Kinzigtal“, die in beiden Befragungen von etwa 22% der Teilnehmer angekreuzt wurde. Ähnlich häufig gaben die Befragten an, dass die Vorsorgeprogramme von Gesundes Kinzigtal (19,3% bzw. 22,2%) bzw. das Argument einer besser koordinierten Gesundheitsversorgung (18,8% bzw. 22,8%) ein wesentlicher Einschreibegrund war. Diese drei Antworten wurden allesamt statistisch signifikant häufiger angegeben als die nächsthäufigste Antwort: Für rund 12% (2013) bzw. 13% (2015) der Befragungsteilnehmer waren die Informationen ihrer Krankenkasse ein wesentlicher Grund, sich einzuschreiben. Alle anderen potentiellen Gründe wurden deutlich und statistisch signifikant seltener

angegeben. Unter den „sonstigen“ Gründen fand sich am häufigsten, dass die Einschreibung auf das persönliche Engagement oder die persönliche Überzeugungsarbeit eines bestimmten Arztes zurückgehe (von knapp 2% der Teilnehmer genannt).

Vergleicht man die Häufigkeit bestimmter Antworten in Erst- und Zweitbefragung miteinander, so wird deutlich, dass sich die relativen Häufigkeiten in beiden Befragungen in der Regel nur geringfügig voneinander unterscheiden. Die Anteile der einzelnen Antworten sind in der Zweitbefragung zwar durchweg etwas höher als in der Erstbefragung, aber die Erhöhung fällt meist gering oder sehr gering aus. Einzig die Antwort „Ich habe von Gesundes Kinzigtal aus der Zeitung oder aus anderen Medien (z.B. TV, Praxisfernsehen, Fest der Gesundheit, etc.) erfahren“ wurde in der Zweitbefragung prozentual deutlich häufiger angekreuzt: Waren es in der Erstbefragung noch 5,3% der Befragungsteilnehmer, so sind es in der Zweitbefragung 8,4%. Dieser Unterschied ist auch statistisch signifikant ($p < 0,05$), wie der p-Wert für die Anteilsdifferenz zeigt ($p = 0,018$; vgl. letzte Spalte in Tab. 1).

Einschreibegründe bei Frauen und Männern in der Zweitbefragung

Anhand der Daten der Zweitbefragung prüften wir zusätzlich, ob sich die Verteilung der Einschreibegründe bei Frauen und Männern unterscheidet. Tab. 2 gibt die Häufigkeit der einzelnen Einschreibegründe bei den teilnehmenden Frauen und Männern wieder.

Tab. 2: Häufigkeit der Antworten bei Frauen und Männern in der Zweitbefragung 2015 auf die Frage „Was waren die wesentlichen Gründe dafür, dass Sie sich bei Gesundes Kinzigtal (=GK) als Mitglied eingeschrieben haben? (Mehrere Antworten sind möglich.)“; zugrunde liegende Fälle: N=488 (Frauen) bzw. N=376 (Männer)

Wortlaut der Antworten	Frauen: relative Häufigkeit in % (mit 95% KI*)	Männer: relative Häufigkeit in % (mit 95% KI*)	P-Wert der Anteilsdifferenz Frauen - Männer
Die Praxis hat mich über GK informiert und mich überzeugt, Mitglied zu werden	79,1 (75,3-82,6)	77,9 (73,6-82,1)	0,677
Meine Krankenkasse hat mich über GK informiert	13,1 (10,1-16,3)	12,8 (9,4-16,3)	0,880
Familienmitglieder haben mich auf GK aufmerksam gemacht	7,0 (4,9-9,4)	6,9 (4,4-9,7)	0,976
Bekannte / Freunde haben mich auf GK aufmerksam gemacht	4,9 (3,2-6,9)	3,7 (1,9-5,8)	0,396
Die Vorsorgeprogramme / Präventionsprogramme von GK haben mich überzeugt	26,0 (22,1-30,1)	17,6 (13,8-21,5)	0,003
Das Argument einer besser koordinierten Gesundheitsversorgung (Integrierte Versorgung) hat mich überzeugt	24,0 (20,2-28,2)	21,0 (16,8-25,4)	0,303
Guter Ruf von Gesundes Kinzigtal	25,0 (21,1-29,2)	18,6 (14,7-22,7)	0,025
Persönliche Bekanntschaft mit jemandem, der bei Gesundes Kinzigtal aktiv ist	4,7 (3,1-6,8)	4,0 (2,2-6,1)	0,607
Ich habe von Gesundes Kinzigtal aus der Zeitung oder aus anderen Medien (z.B. TV, Praxisfernsehen, Fest der Gesundheit, etc.) erfahren	8,4 (5,9-11,2)	8,5 (5,9-11,7)	0,955
Sonstiges	4,5 (2,7-6,4)	4,5 (2,5-6,8)	0,993

* Erläuterungen zu Tab. 2: KI = Konfidenzintervall. Die 95% Konfidenzintervalle der Anteilswerte wurden mithilfe des Bootstrapping-Verfahrens (auf Basis von jeweils 1000 Stichproben) ermittelt.

Merkliche Unterschiede in den Anwothhäufigkeiten von Männern und Frauen gibt es bei den beiden Gründen „die Vorsorgeprogramme/Präventionsprogramme von GK haben mich überzeugt“ (26,0% vs. 17,6%) und „guter Ruf von Gesundes Kinzigtal“ (25,0% vs. 18,6%). Diese beiden Gründe wurden von Frauen häufiger als wesentlicher Einschreibegrund genannt als von Männern. Beide Unterschiede sind auch statistisch signifikant, wie die entsprechenden p-Werte zeigen ($p < 0,05$).

Einschreibegründe nach Dauer der IVGK-Mitgliedschaft

Abschließend untersuchten wir anhand der Daten der Zweitbefragung, wie sich die Verteilung der Einschreibegründe darstellt, wenn man sie nach der Dauer der IVGK-Mitgliedschaft differenziert. Zu diesem Zweck unterteilten wir die an der Zweitbefragung teilnehmenden Mitglieder einerseits in solche, die sich in den Jahren 2006 bis 2008 eingeschrieben hatten, und andererseits in Mitglieder, die sich 2009-14 eingeschrieben hatten. Tab. 3 gibt die Verteilung der Einschreibegründe in diesen beiden Gruppen wieder.

Tab. 3: Häufigkeit der Antworten in der Zweitbefragung 2015 auf die Frage „Was waren die wesentlichen Gründe dafür, dass Sie sich bei Gesundes Kinzigtal (=GK) als Mitglied eingeschrieben haben? (Mehrere Antworten sind möglich.)“ nach Dauer der IVGK-Mitgliedschaft; zugrunde liegende Fälle: N=406 (Einschreibung 2006-08) bzw. N=458 (Einschreibung nach 2008)

Wortlaut der Antworten	bei Einschreibung 2006-08: relative Häufigkeit in % (mit 95% KI*)	bei Einschreibung nach 2008: relative Häufigkeit in % (mit 95% KI*)	p-Wert der Anteilsdifferenz langjährige vs. kurze IVGK-Mitgliedschaft
Die Praxis hat mich über GK informiert und mich überzeugt, Mitglied zu werden	83,5 (79,9-87,0)	74,2 (70,1-78,4)	0,001
Meine Krankenkasse hat mich über GK informiert	12,3 (9,2-15,5)	13,5 (10,4-16,7)	0,512
Familienmitglieder haben mich auf GK aufmerksam gemacht	6,2 (4,0-8,7)	7,6 (5,2-10,4)	0,417
Bekannte / Freunde haben mich auf GK aufmerksam gemacht	3,4 (1,9-5,4)	5,2 (3,2-7,5)	0,212
Die Vorsorgeprogramme / Präventionsprogramme von GK haben mich überzeugt	23,6 (19,4-27,8)	21,2 (17,6-25,2)	0,341
Das Argument einer besser koordinierten Gesundheitsversorgung (Integrierte Versorgung) hat mich überzeugt	22,4 (18,2-26,6)	22,9 (19,2-26,8)	0,807
Guter Ruf von Gesundes Kinzigtal	24,6 (20,6-28,8)	20,1 (16,6-23,6)	0,092
Persönliche Bekanntschaft mit jemandem, der bei Gesundes Kinzigtal aktiv ist	3,9 (2,2-5,9)	4,8 (2,9-6,7)	0,560
Ich habe von Gesundes Kinzigtal aus der Zeitung oder aus anderen Medien (z.B. TV, Praxisfernsehen, Fest der Gesundheit, etc.) erfahren	7,9 (5,5-10,4)	9,0 (6,3-11,6)	0,606
Sonstiges	3,7 (2,0-5,7)	5,2 (3,2-7,6)	0,232

* Erläuterungen zu Tab. 3: KI = Konfidenzintervall. Die 95% Konfidenzintervalle der Anteilswerte wurden mithilfe des Bootstrapping-Verfahrens (auf Basis von jeweils 1000 Stichproben) ermittelt.

Deutliche Unterschiede in der relativen Häufigkeit der Einschreibegründe in beiden Gruppen gibt es in zwei Fällen: Die Antwort „Die Praxis hat mich über GK informiert und mich überzeugt, Mitglied zu werden“ wird von den seit längerer Zeit eingeschriebenen Mitgliedern deutlich und auch statistisch häufiger ($p < 0,05$) als wesentlicher Einschreibegrund genannt als von den Mitgliedern, die sich 2009 oder später eingeschrieben haben (83,5% vs. 74,2%). Die Antwort „guter Ruf von Gesundes Kinzigtal“ wird ebenfalls von den seit längerem eingeschriebenen Mitgliedern merklich häufiger genannt (24,6%

vs. 20,1%); dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant, wie der entsprechende p-Wert zeigt.

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

In diesem Beitrag haben wir im Rahmen der GeKiM-Studie die Antwortverteilung auf folgende Frage untersucht: „Was waren die wesentlichen Gründe dafür, dass Sie sich bei Gesundes Kinzigtal als Mitglied eingeschrieben haben?“ Sowohl in der Erst- als auch der Zweitbefragung kreuzten mehr als drei Viertel der Teilnehmer die Antwort an „Die Praxis hat mich über GK informiert und mich überzeugt, Mitglied zu werden“. Dies war die bei weitem am häufigsten genannte Antwort – diese Antwort wurde in beiden Befragungen (2013 und 2015) statistisch signifikant häufiger angekreuzt als jede andere Antwort. Von rund einem Fünftel der Teilnehmer wurden folgende Antworten als wesentliche Einschreibegründe genannt: „das Argument einer besser koordinierten Gesundheitsversorgung (Integrierte Versorgung) hat mich überzeugt“, „die Vorsorgeprogramme / Präventionsprogramme von GK haben mich überzeugt“ und „guter Ruf von Gesundes Kinzigtal“. Diese drei Antworten wurden statistisch signifikant häufiger angekreuzt als die Antworten auf den folgenden Rängen: Rund 13% der Teilnehmer nannten als wesentlichen Einschreibegrund, dass ihre Krankenkasse sie über Gesundes Kinzigtal informiert habe. Alle anderen aufgeführten potentiellen Gründe wurden – sowohl in der Erst- als auch in der Zweitbefragung – von weniger als 10% der Teilnehmer als wesentliche Einschreibegründe angegeben. In dieser Hinsicht gibt es also eine recht klare Hierarchie der „wesentlichen Einschreibegründe“: An erster Stelle steht – d.h. am häufigsten genannt wird – die Informations- und Überzeugungsarbeit der Arztpraxen. Erst an zweiter Stelle stehen Argumente, welche die Bedeutsamkeit von Prävention und integrierter Versorgung zum Ausdruck bringen oder auf den „guten Ruf“ von Gesundes Kinzigtal verweisen. An dritter Stelle rangieren die Informationen der Krankenkasse über Gesundes Kinzigtal und an vierter Stelle die übrigen, oben genannten Gründe.

Ähnliche Untersuchungen zu „wesentlichen“ oder „hauptsächlichen“ Einschreibegründen von GKV-Versicherten in Selektivverträge sind uns nur aus der Evaluation der Hausarzt-zentrierten Versorgung (HzV) der AOK Baden-Württemberg bekannt.² Die Ergebnisse aus der HzV-Evaluation lassen sich jedoch nur sehr eingeschränkt mit unseren Ergebnissen vergleichen, denn die Einschreibegründe wurden mit sehr unterschiedlichen Instrumenten erhoben: In der HzV-Evaluation wurde mit einer Frage nach den „Hauptgründen für die Teilnahme“ an der HzV gefragt; dabei wurden verschiedene potentielle Gründe vorgegeben wie z.B. „Hausarzt koordiniert Versorgung“, „Ärzte arbeiten besser zusammen“, „Hausarzt hat mehr Zeit für mich“, „(Ehe-)Partner hat sich eingeschrieben“ und Ähnliches. Bei der Befragung 2015 nannten 93% der Befragungsteilnehmer die Aussage „Hausarzt koordiniert Versorgung“ als einen Hauptgrund für die Einschreibung, 81% der Befragten nannten die Aussage „Ärzte arbeiten besser zusammen“ und 70% die Antwort „Hausarzt hat mehr Zeit für mich“. Anschließend wurden „Wege der Information über das Hausarzt-Programm der AOK“ erfragt; hier waren dann z.B. folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben: „Hausarzt hat Teilnahme empfohlen“, „schriftliche Informationen der AOK“, „persönliche Ansprache der AOK“, „Berichterstattung in den Medien“ oder „selbst auf Hausarzt zugegangen“. Der bei weitem am häufigsten genannte Informationsweg war „Hausarzt hat Teilnahme empfohlen“ (84% im Jahr 2015), gefolgt von „schriftlichen Informationen der AOK“ (41%) und „persönlicher Ansprache der AOK“ (16%). Der dominierende Informationsweg verläuft also über den Hausarzt. Dies könnte indirekt auf eine Parallele zu unserer Untersuchung insofern verweisen, als die Informations- und Überzeugungsarbeit der Arztpraxis auch der mit Abstand am häufigsten genannte Grund zur Einschreibung in die IVGK ist. Da bei der HzV-Evaluation aber einerseits nach Informationswegen und andererseits – d.h. in einer separaten Frage –

² Prognos AG (2015): Ergebnisse der telefonischen Versichertenbefragung 2015 im Rahmen der hausarzt- und facharztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg. Online verfügbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_ap_hzv_versichertenbefragung_200415.pdf.

nach *inhaltlichen* Hauptgründen für die Einschreibung gefragt wurde, sind die Ergebnisse beider Studien im Grunde nicht vergleichbar.

In unserer Studie zu den Gründen der Einschreibung in die IVGK ist das Antwortverhalten von Männern und Frauen insgesamt recht ähnlich. Es gibt jedoch zwei markante Unterschiede, und zwar bei den Antworten „die Vorsorgeprogramme/Präventionsprogramme von GK haben mich überzeugt“ und „guter Ruf von Gesundes Kinzigtal“. Beide Argumente wurden von den teilnehmenden Frauen deutlich und statistisch signifikant häufiger als wesentliche Einschreibungsgründe genannt als von den Männern; zudem kreuzten Frauen auch merklich häufiger die Aussage an „Das Argument einer besser koordinierten Gesundheitsversorgung (Integrierte Versorgung) hat mich überzeugt“. Diese Ergebnisse passen zu der allgemeinen Erkenntnis, wonach Frauen in der Regel etwas gesundheits- und vorsorgebewusster sind als Männer. Dies schlägt sich auch in Ergebnissen der AOK-Familienstudie aus dem Jahr 2014 nieder: Offenkundig nehmen Frauen innerhalb der Familie häufiger als Männer gesundheitsbezogene Aufgaben wahr (wie z.B. Auswahl und Zubereitung der Nahrung oder die Versorgung der Familienmitglieder bei Krankheit).³

Ein bemerkenswerter Unterschied bei der relativen Häufigkeit von Einschreibegründen lässt sich auch feststellen, wenn die befragten IVGK-Mitglieder nach der Dauer ihrer Mitgliedschaft differenziert werden. Die Mitglieder, die sich in der Aufbauphase der IVGK (d.h. 2006-08) eingeschrieben hatten, nannten die Antwort „Die Praxis hat mich über GK informiert und mich überzeugt, Mitglied zu werden“ deutlich und signifikant häufiger als wesentlichen Einschreibegrund als die Mitglieder, die sich erst 2009 oder später in die IVGK eingeschrieben hatten (83,5 vs. 74,2%). Dennoch ist die Informations- und Überzeugungsarbeit der Praxen auch für die ab 2009 eingeschriebenen Mitglieder der mit großem Abstand am häufigsten genannte „wesentliche Einschreibegrund“.

Achim Siegel, Ulrich Stößel, Wilhelm Niebling

³ Die AOK-Familienstudie aus dem Jahr 2014 ist online verfügbar unter: http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/aok_familienstudie_2014_gesamtbericht_band_1.pdf.

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

Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten 2004-11: Anteil der Versicherten mit längerfristiger Benzodiazepin-Verordnung, mit Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI und mit Arbeitsunfähigkeit

Die PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln evaluierte die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK) auf Basis von GKV-Routinedaten – wie mehrfach im EKIV-Newsletter thematisiert.¹ Geleitet wurde das Evaluationsprojekt von Frau Dr. Ingrid Schubert. Seit Juni 2015 liegt der Abschlussbericht vor; er basiert auf den Daten der Beobachtungsjahre 2004-11. Aus diesem Bericht stellen wir heute erste Ergebnisse vor. Weitere Ergebnisse sollen in Fachzeitschriften, aber auch in weiteren Ausgaben des EKIV-Newsletters erscheinen.

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

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

Ziel des Projekts ist die Erhebung von administrativen Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen, von Kennziffern der Inanspruchnahme sowie von Über-, Unter- und Fehlversorgung anhand von Indikatoren der Versorgungsqualität. Sämtliche Daten, die im ÜUF-Projekt analysiert werden, sind pseudonymisierte GKV-Routinedaten von Versicherten der AOK Baden-Württemberg (AOK BW) und der LKK Baden-Württemberg (LKK BW, jetzt SVLFG – Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau). Das Projekt folgt im Wesentlichen dem Design einer kontrollierten Längsschnittstudie (Trendstudie mit Kontrollgruppe); einige Fragestellungen werden auch nach den Prinzipien einer quasi-experimentellen kontrollierten Studie (kontrollierte Kohortenstudie) beantwortet. In jedem Fall werden Prävalenzen, Kennziffern und Qualitätsindikatoren, die für die Versicherten aus dem Kinzigtal ermittelt wurden (Interventionsgruppe), mit den Daten einer für ganz Baden-Württemberg repräsentativen Stichprobe volljähriger AOK- bzw. LKK-Versicherter verglichen, aus der Versicherte der Region Kinzigtal ausgeschlossen wurden (Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe).

Bei vergleichenden Analysen von Qualitätsindikatoren, Kennziffern und Prävalenzen wird das Ergebnis der baden-württembergischen Kontrollstichprobe („Stichprobe BW“) standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten aus der Region Kinzigtal – sofern nicht anders angegeben. Bei allen Vergleichen im Zeitverlauf gilt das Kalenderjahr 2004, in bestimmten Ausnahmefällen auch 2005, als Basisjahr. Die darauf folgenden Beobachtungsjahre (2005-11 bzw. 2006-11) gelten hingegen als Jahre mit zunehmend intensiverer Intervention durch die Integrierte Versorgung *Gesundes Kinzigtal* (IVGK).

In die Untersuchung einbezogen wurden grundsätzlich nur AOK- bzw. LKK-Versicherte, die in einem Beobachtungsjahr durchgängig versichert waren oder bis zu ihrem Sterbedatum durchgängig versichert waren. Versicherte, die unterjährig die Kasse wechselten, wurden also im Jahr ihres Wechsels nicht berücksichtigt. Da die Fallzahlen der LKK-Versicherten sehr gering sind, referieren wir im Folgenden nur Ergebnisse, die sich auf die AOK-Versicherten beziehen.³ In diesem Beitrag gehen wir auf folgende Inanspruchnahme-Kennziffern ein: den Anteil der Versicherten mit längerfristiger Benzodiazepin-Verordnung, den Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI und den Anteil der Versicherten mit Arbeitsunfähigkeit. Wir diskutieren, warum diese

¹ Siehe EKIV-Newsletter 1/2010 (http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2010-1.pdf), EKIV-Newsletter 3/2009 (http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_3-2009.pdf), und EKIV-Newsletter 1/2012 (http://www.ekiv.org/pdf/EKIV-Newsletter_2012-1.pdf).

² Siehe ebd.

³ Die Ergebnisse sind dem folgenden Projektbericht entnommen: PMV forschungsgruppe (2015): Evaluationsbericht 2004-2011 für *Gesundes Kinzigtal* GmbH, hier: AOK-Daten. Evaluationsmodul der Integrierten Versorgung „*Gesundes Kinzigtal*“: „Identifizierung und Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung – Versorgungsevaluation auf Basis von GKV-Routinedaten“, hier: Abschlussbericht mit Status-Quo-Daten für 2004 sowie Analysen der Jahre 2005-11.

Kennziffern in der vorliegenden Form sich u.E. nicht als Qualitätsindikatoren im strengen Sinn eignen, sondern lediglich als sog. Mengen-Indikatoren. Qualitätsindikatoren im engeren Sinne werden wir in den folgenden Ausgaben des EKIV-Newsletters thematisieren.

Anteil der Versicherten mit längerfristiger Benzodiazepin-Verordnung (>20 DDD / Jahr)

Hohes Abhängigkeitsrisiko bei längerfristiger Benzodiazepin-Verordnung

Der Grund, warum längerfristige Benzodiazepin-Verordnungen als Kennziffer erhoben wurden, ist das hohe Risiko körperlicher Abhängigkeit bei längerfristiger Einnahme von Benzodiazepinen. Dies gilt auch für Benzodiazepin-Derivate, die oft als „Z-Drugs“ (wie z.B. Zopiclon oder Zolpidem) bezeichnet werden. Wenn im Folgenden von „Benzodiazepinen“ die Rede ist, sind Benzodiazepin-Derivate stets mit eingeschlossen.

Das Abhängigkeits- und Missbrauchspotential von Benzodiazepinen ist seit Jahrzehnten bekannt. Die Anwendungsdauer einer Benzodiazepin-Einnahme ist daher in der Regel auf zwei bis maximal vier Wochen beschränkt.⁴ Daten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zeigen, dass etwa 4 - 5% der gesetzlich Krankenversicherten mindestens eine Verordnung eines Benzodiazepins oder eines Benzodiazepin-Derivats pro Jahr erhalten.⁵

Laut Zahlen des Bundesgesundheits surveys 1998 gibt es etwa 1,6 Millionen Menschen in Deutschland, die von Schlaf- und Beruhigungsmitteln abhängig sind,⁶ wovon Benzodiazepine den überwiegenden Teil ausmachen. Seit den 1990er Jahren ist zwar die Anzahl der Benzodiazepin-Verordnungen zulasten der GKV zurückgegangen, gleichzeitig hat jedoch die Anzahl der Verordnungen auf Privatrezept deutlich zugenommen: Bei Benzodiazepinen im engeren Sinne lag der Privatrezeptanteil bei 55,3% im Jahr 2012, bei Z-Drugs (Benzodiazepin-Derivaten) im Jahr 2011 bei 49,5%.⁷ Da die GKV-Versicherten 87% der Gesamtbevölkerung stellen, ist davon auszugehen, dass Privatrezepte zu einem erheblichen Anteil auch für GKV-Versicherte ausgestellt werden. Erhebungen, die allein auf GKV-Daten basieren, unterschätzen demnach die Verordnungen von Benzodiazepinen bzw. Benzodiazepin-Derivaten für GKV-Versicherte.

AOK-Versicherte mit Benzodiazepin-Verordnungen >20 DDD/Jahr im Kinzigtal

Dieser Indikator wurde ausgewählt in Anlehnung an ähnliche Indikatoren zum Ausmaß von Verordnungen, die zu einer Abhängigkeit führen können. Bei kritischer Reflexion des Indikators zeigte sich jedoch, dass der Indikator sich aufgrund verschiedener Gründe nicht gut eignet, um die Verordnungsqualität zu beurteilen. Eine ausführliche Darstellung dieser Problematik erscheint in Kürze in der Zeitschrift *Public Health Forum*.⁸ Im Folgenden analysieren wir bei einer weiteren Kennziffer, warum diese sich nicht als Qualitätsindikator eignet.

Anteil der Versicherten mit Pflegestufe I-III

Bei der in Tab. 1 dargestellten Kennziffer zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sind die Ausgangswerte in Interventions- und Kontrollgruppe im Basisjahr auf einem nahezu gleichen Niveau: Der

⁴ Janhsen K, Roser P, Hoffmann K (2015): Probleme der Dauertherapie mit Benzodiazepinen und verwandten Substanzen. Deutsches Ärzteblatt 112 (1-2): 1-9.

⁵ Ebd. sowie Holzbach R (2010): Benzodiazepin-Langzeitgebrauch und –abhängigkeit. Fortschr Neurol Psychiatr 78: 425-34.

⁶ Zitiert nach Janhsen et al. 2015: 2.

⁷ Hoffmann F, Glaeske G, Scharffetter W (2006): Zunehmender Hypnotikaverbrauch auf Privatrezepten in Deutschland. Sucht 52: 360-6; Hoffmann F, Glaeske G (2014): Benzodiazepinhypnotika, Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezept. Verbrauch zwischen 1993 und 2012. Nervenarzt 85: 1402-1409.

⁸ Public Health Forum 2016; 24(1): 17–21. Dieser Beitrag ist online frei verfügbar unter folgender Adresse:

[http://www.degruyter.com/dg/viewjournalissue.articlelist.resultlinks.fullcontentlink.pdfeventlink/\\$002fj\\$002fpubhef.2016.24.issue-1\\$002fpubhef-2016-0007\\$002fpubhef-2016-0007.pdf/pubhef-2016-0007.pdf?t:ac=i\\$002fpubhef.2016.24.issue-1\\$002fissue-files\\$002fpubhef.2016.24.issue-1.xml](http://www.degruyter.com/dg/viewjournalissue.articlelist.resultlinks.fullcontentlink.pdfeventlink/$002fj$002fpubhef.2016.24.issue-1$002fpubhef-2016-0007$002fpubhef-2016-0007.pdf/pubhef-2016-0007.pdf?t:ac=i$002fpubhef.2016.24.issue-1$002fissue-files$002fpubhef.2016.24.issue-1.xml).

Anteil der Versicherten mit Pflegestufe I-III liegt im Jahr 2004 in der Region Kinzigtal bei 6,0% und im restlichen Baden-Württemberg bei 5,8%. Diese Kennziffer sollte ursprünglich als Outcome-Indikator herangezogen werden, und zwar aufgrund folgender Überlegung: Die IVGK hat u.a. das Ziel, Pflegebedürftigkeit durch eine wirksamere Prävention und Gesundheitsförderung zu reduzieren bzw. ihr Eintreten im Alter zeitlich möglichst weit hinauszuschieben. Würde diese Maxime im Kinzigtal erfolgreich umgesetzt, dann müsste – unter sonst gleichen Bedingungen – der Kennzifferwert im Kinzigtal stärker sinken (oder geringer steigen) als im übrigen Baden-Württemberg.

Tab. 1: Anteil der AOK-Versicherten (≥ 20 Jahre) mit Pflegestufe I-III (SGB XI)

Jahr	Versicherte (≥ 20 Jahre) mit Pflegestufe I-III (SGB XI)					
	Anteil (in %)			Veränderung (2004 = 100)		Odds Ratio** (mit 95% Konfidenzintervall)
	Kinzigtal (A)	Stichprobe BW* (B)	Differenz (A – B)	Kinzigt.	Stichprobe BW*	
2004	6,0	5,8	+0,2	100	100	1,06 (1,00-1,13)
2005	5,7	5,8	-0,1	95	100	1,02 (0,96-1,09)
2006	5,5	5,7	-0,2	92	98	1,00 (0,94-1,07)
2007	5,7	5,9	-0,2	95	102	1,00 (0,97-1,07)
2008	5,7	6,1	-0,4	95	105	0,94 (0,89-1,01)
2009	6,1	6,4	-0,3	102	110	0,99 (0,93-1,05)
2010	6,3	6,6	-0,3	105	114	0,97 (0,91-1,03)
2011	5,8	6,9	-1,1	97	119	0,84 (0,78-0,89)

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

**) Odds Ratio: Referenzpopulation: Stichprobe BW.

Wie Tab. 1 zeigt, verringerte sich der Anteil der Versicherten mit Pflegestufe I-III im Zeitraum 2004-11 in der Interventionsregion geringfügig, während er sich im übrigen Baden-Württemberg deutlich erhöhte. Entsprechend der oben angedeuteten Hypothese könnte man dieses Ergebnis auf den ersten Blick als Indiz einer erfolgreichen Prävention von Pflegebedürftigkeit im Kinzigtal werten. Jedoch sah die Kölner PMV forschungsguppe, die die Kennziffern der Studie bildete und in ihrer Validität und Verlässlichkeit zu beurteilen hatte, hier zu viele Unwägbarkeiten: Die Entwicklung der Kennziffernwerte könnte nämlich auch durch vielfältige andere – schwer zu überprüfende – Kontextfaktoren beeinflusst worden sein und nicht nur durch eine erfolgreiche Prävention bzw. Gesundheitsförderung. Nicht völlig klar und für die Forschungsgruppe schwer zu prüfen ist z.B., ob die Einstufung eines Versicherten als „Versicherter mit Pflegestufe I-III“ jedes Jahr interregional und über die Zeit exakt gleich ablief. Fraglich ist dabei vor allem, ob eine Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in den betreffenden Regionen und über den gesamten Zeitraum hinweg nach genau gleichbleibenden Kriterien angefordert, d.h. beantragt wurde. Derlei Unwägbarkeiten führten dazu, dass die PMV forschungsguppe diese Kennziffer lediglich als Mengenindikator, nicht aber als Outcome-Indikator klassifizierte, da nicht hinreichend sicher gewährleistet schien, dass die relativen Veränderungen der Kennziffer entsprechende Veränderungen der Versorgungsqualität abbildeten.

Anteil der Versicherten mit Arbeitsunfähigkeit

Ähnliche Überlegungen führten bei einer weiteren Kennziffer dazu, dass diese von vornherein als Mengenindikator erhoben wurde: der Anteil der Versicherten mit Arbeitsunfähigkeit. Ähnlich wie beim Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI könnte man auch bei dieser Kennziffer zunächst versucht sein, sie als valides Indiz für die Krankheitsprävention bei den GKV-versicherten Erwerbspersonen zu sehen, wonach eine relative Abnahme des Kennziffernwerts

im Kinzigtal gegenüber dem übrigen Baden-Württemberg eine erfolgreiche Krankheitsprävention bei Erwerbspersonen im Interventionsgebiet widerspiegeln. Die Entwicklung der Kennziffer in Interventions- und Kontrollgruppe im Zeitraum 2004-11 ist in Tab. 2 dargestellt.

Tab.2: Anteil der Versicherten mit Arbeitsunfähigkeit

Jahr	Versicherte (≥20 Jahre) mit Arbeitsunfähigkeit					
	Anteil (in %)			Veränderung (2004 = 100)		Odds Ratio** (mit 95% Konfidenzintervall)
	Kinzigtal (A)	Stichprobe BW* (B)	Differenz (A – B)	Kinzigt.	Stichprobe BW*	
2004	51,2	51,4	-0,2	100	100	0,99 (0,95-1,03)
2005	51,9	52,3	-0,4	101	102	0,99 (0,95-1,03)
2006	49,2	50,6	-1,4	96	98	0,95 (0,92-0,99)
2007	51,6	53,3	-1,7	101	104	0,94 (0,91-0,98)
2008	52,7	55,0	-2,3	103	107	0,92 (0,88-0,95)
2009	51,6	54,2	-2,6	101	105	0,91 (0,87-0,94)
2010	50,4	53,8	-3,4	98	105	0,88 (0,84-0,91)

Population: AOK-Versicherte eingeschränkt auf Pflichtversicherte, Versicherte nach § 155 Arbeitsförderungsgesetz und freiwillig Versicherte.

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

**) Odds Ratio: Referenzpopulation: Stichprobe BW.

Anders als bei der oben dargestellten Kennziffer „Anteil der Versicherten mit Pflegestufe I-III“ wächst hier die absolute Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe stetig an: Während im Basisjahr der Anteil im Kinzigtal nur 0,2 Prozentpunkte unterhalb des Anteils in der Kontrollgruppe liegt, ist der Anteil im Jahr 2011 im Kinzigtal bereits 3,4 Prozentpunkte geringer als im übrigen Baden-Württemberg. Dies könnte – ähnlich wie beim zuvor diskutierten Ergebnis – auf den ersten Blick als Beleg für eine erfolgreichere Krankheitsprävention im Kinzigtal gedeutet werden, doch auch hier erscheinen die Unwägbarkeiten zu zahlreich und zu bedeutsam, um sie vernachlässigen zu können: Der Anteil der in Frage kommenden Versicherten mit Arbeitsunfähigkeit könnte über die Zeit sehr wohl durch vielfältige andere, schwer zu überprüfende Faktoren beeinflusst worden sein – und nicht nur durch den Faktor „Prävention und Gesundheitsförderung durch die IVGK“. So ist z.B. in der sozialwissenschaftlichen Krankenstandsforschung relativ unumstritten, dass neben der gesundheitlichen Lage auch andere Einflüsse auf den allgemeinen Krankenstand bzw. auf die Prävalenz von Arbeitsunfähigkeit einwirken – Einflüsse, die in großstädtischen Gegenden anders zur Geltung kommen könnten als in ländlichen und kleinstädtisch geprägten Gebieten (zu denen das Kinzigtal zählt). Wegen derartiger Unwägbarkeiten galt die Kennziffer in der ÜUF-Studie von vornherein als bloßer „Mengenindikator“ und nicht als Qualitätsindikator.

Zusammenfassung und Fazit

Wir haben ausführlich am Beispiel zweier Kennziffern – dem Anteil der Versicherten mit in Anspruch genommenen Pflegeleistungen einerseits und dem Anteil der Versicherten mit Arbeitsunfähigkeit andererseits – gezeigt, dass sich Kennziffern der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung häufig nicht als Qualitätsindikatoren der Versorgung eignen. In solchen Fällen sollten sie auch nicht als Studienendpunkte herangezogen werden.

Unsere Ausführungen zeigen, dass gerade bei regional vergleichenden Studien auf Basis von GKV-Routinedaten die Eignung von Kennziffern der Versorgungsqualität von vielfältigen Aspekten beeinflusst wird, die im Rahmen einer Routinedatenanalyse oft nicht zu klären sind. Einige der daraus sich ergebenden Unwägbarkeiten könnten möglicherweise dadurch geklärt werden, dass man für

spezifische Fragestellungen die Kontrollgruppe anders bestimmt bzw. eine Art „multiple Kontrollgruppe“ einführt: So könnte mit Bezug auf die oben geschilderte Kennziffer „Anteil der Versicherten mit Pflegestufe I-III“ bei der IVGK-Evaluation geprüft werden, ob der für die Interventionsregion errechnete Interventionseffekt auch dann noch Bestand hat, wenn man als Kontrollgruppe nur Versicherte aus solchen Regionen berücksichtigt, die der Interventionsregion wirtschaftsgeographisch und sozialstrukturell ähnlich sind (so dass als Kontrollen nur Versicherte aus ländlichen und kleinstädtisch geprägten Regionen berücksichtigt werden). Manche Unwägbarkeiten könnten vermutlich auch durch zusätzliche begleitende Studien, evtl. auch schon durch Experten-Workshops oder Fokusgruppen hinreichend geklärt werden. Es kann also sinnvoll sein, Studien mit Routinedaten von vornherein als derartige Mixed-Methods-Studien zu planen.

In den kommenden Ausgaben des EKIV-Newsletters werden wir auch Outcome-Indikatoren und regelrechte Qualitätsindikatoren für den Zeitraum 2004-11 vorstellen und diskutieren. Die zu analysierenden Indikatoren thematisieren sowohl Outcomes der Gesundheitsversorgung (wie z.B. Mortalität) als auch Prozessaspekte wie Über- bzw. Fehlversorgung (z.B. Anteil der Versicherten mit Antibiotika-Verordnung bei Infektionen der oberen Atemwege) sowie Unterversorgung (z.B. Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten ohne leitliniengemäße Medikation).

Achim Siegel, Ingrid Köster, Ulrich Stößel, Wilhelm Niebling, Ingrid Schubert

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

Das Programm *Psychotherapie akut* – Inanspruchnahme und subjektive Befindlichkeit der Teilnehmer vor und nach Programmteilnahme

Das Programm *Psychotherapie akut* besteht seit 2006 – es zählt also zu den am längsten bestehenden Interventionsprogrammen in der IVGK. Das Programm ist ein Angebot für Patienten mit akutem psychotherapeutischem Konsultationsbedarf. Diese Patienten müssen in der herkömmlichen Versorgung häufig mehrere Monate auf eine psychotherapeutische Behandlung warten – nicht selten beträgt die Wartezeit sogar ein halbes Jahr. Die IVGK bietet mit *Psychotherapie akut* eine Alternative: Sobald ein Patient z.B. bei seinem Hausarzt Hilfe nachfragt oder der Hausarzt eine akute psychische Krise erkennt, kann sich der Patient in *Psychotherapie akut* einschreiben. Der Patient entscheidet sich dann für einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten aus den Reihen der IVGK-Kooperationspartner und vereinbart einen Termin. Hausarzt und Psychotherapeut stimmen sich telefonisch über die Hintergründe und das bisherige Krankheitsbild ab. Entscheidend ist dabei: Die am Programm teilnehmenden Psychotherapiepraxen halten pro Woche sog. Notfalltermine vor, so dass sie den betreffenden Patienten kurzfristig – d.h. innerhalb einer Woche – Termine anbieten können. Die Akut-Intervention beinhaltet ein Erstgespräch und maximal sechs weitere zeitnahe Therapiesitzungen. Kann der Therapeut schon im Erstgespräch absehen, dass sechs Sitzungen nicht ausreichen, hilft er dem Patienten, möglichst rasch einen regulären freien Therapieplatz zu finden. Die *Gesundes Kinzigtal GmbH* vergütet den teilnehmenden Psychotherapeuten die Vorhaltung derartiger Notfalltermine extrabudgetär.

Eine interne Evaluation des Programms ist kürzlich in der Zeitschrift „Welt der Krankenversicherung“ erschienen. Der Artikel – verfasst von Helmut Hildebrandt, Petra Zimmer und Wolfgang Stunder – informiert über die Entwicklung der Krankenhausfälle bei den Programmteilnehmern, die Entwicklung des Deckungsbeitrags, aber auch verschiedene Parameter der subjektiven Befindlichkeit vor und nach der Programmteilnahme. So zeigt sich bei den Programmteilnehmern eine – im Durchschnitt – deutliche Abnahme der Krankenhausfälle aufgrund psychischer Störungen und einen stetig steigenden Deckungsbeitrag in den Jahren nach der Programmteilnahme.

Abonnenten der Zeitschrift „Welt der Krankenversicherung“ erhalten den Artikel kostenlos (Ausgabe 9/2015, S. 213-216). Nicht-Abonnenten können die Zeitschrift und den Artikel unter folgender Adresse beziehen: <http://www.medhochzwei-verlag.de/index.php?id=438>.

Aktuelle Daten zur Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (Stand: Oktober 2015)

Eingeschriebene Versicherte insgesamt *	9.798*
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg / Vollmitglieder *	8.858*
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg / Basismitglieder **	499
- davon Versicherte der LKK / Vollmitglieder	427
- davon Versicherte der LKK / Basismitglieder **	15

* verstorbene, verzogene oder aus anderen Gründen ausgetretene Mitglieder sind hier wie im Folgenden *nicht* berücksichtigt. Die Anzahl der eingeschriebenen AOK-Versicherten wird vorbehaltlich einer noch laufenden internen Überprüfung angegeben (Stand: Dezember 2015).

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

Anzahl der Risikopatienten	5.693
- davon Versicherte der AOK Baden-Württemberg	5.383
- davon Versicherte der LKK	310

Teilnehmer an einzelnen IVGK-Gesundheitsprogrammen⁹ oder erweiterten Disease-Management-Programmen (DMPs)	Teilnehmer
Rauchfreies Kinzigtal (Rauchentwöhnungsprogramm)	235
Starkes Herz (Behandlung/Prävention von Herzinsuffizienz)	95
Gesundes Gewicht (Programm zur Diabetes-Prävention)	210
Starke Muskeln – feste Knochen (Osteoporoseprävention)	904
Psychotherapie Akut (Programm zur Frühintervention bei psychischen Krisen)	501
Ärzte plus Pflege (spez. med.-pfleg. Versorgung von Senioren in Pflegeheimen)	150
Starker Rückhalt – Mein gesunder Rücken (Rückenschmerzpräventionsprogramm – seit August 2011)	72
Patientenbegleitung	69
Besser gestimmt (Depression – seit August 2010)	32
Vorsorgeuntersuchungen für Kinder	
- U10	550
- U11	441
- Amblyopie	172
Medifalter-Markttest (patientenbezogene verblisterte Arzneimittel) – abgeschlossen	104
Gut verbunden (Wundmanagement) – ruht z.Zt.	4
AGil (Aktive Gesundheitsförderung älterer Menschen im Kinzigtal) – ruht z.Zt.	511
Gesundheitspass (ruht z.Zt.)	1300
DMP Diabetes mellitus Typ II	979
DMP KHK	368
DMP Brustkrebs	15
DMP Asthma	113
DMP COPD	178
Netzwerkmitglieder Gesunde Betriebe (Anzahl der Betriebe)	7
Anzahl der Personen, die entweder an einem Programm oder einer Aktivität von Gesundes Kinzigtal teilgenommen haben	15.145

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

Teilnehmer an Angeboten, die in Kooperation mit AOK-Fachkräften und mit Dritten durchgeführt werden	Teilnehmer
Sozialer Dienst (spez. Beratung durch Sozialarbeiter auf Anfrage bzw. Empfehlung des Arztes)	330
Ernährungsberatung durch Beraterinnen der AOK	106
Sturzprophylaxe	159
Aqua-Fitness (seit 2008)	2.579
Eingelöste Vereinssport-Gutscheine	462
Teilnehmer gesund+aktiv Kurse	248
Vortragsreihe in der Geschäftsstelle (Teilnehmer seit 2009)	4.258

IVGK-Leistungspartner insgesamt	93
- Hausärzte ¹⁰	28
- Fachärzte ¹¹	24
- Kinderärzte	1
- Psychotherapeuten	6
- Kliniken	6
- Physiotherapeuten	11
- Pflegeheime	11
- ambulante Pflegedienste	5
- sozialtherapeutische Dienste	1
IVGK-Kooperationspartner insgesamt	63
- Apotheken	16
- kooperierende Vereine	38
- Fitness-Studios	6
- Sonstige	3

¹⁰ Ein Hausarzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

¹¹ Ein Facharzt trägt die Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“