

Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren zur Evaluation
der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK)
und wie kommen wir aus Daten zu Insights in der
Steuerung von populationsorientierten IV-Modellen

QMR-Kongress

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

Berlin, 11.05.2022



OptiMedis konzipiert und realisiert innovative Versorgungsformen

Wir sind ein gesundheitswissenschaftlich ausgerichtetes Unternehmen für Management, Analytik & Forschung im Gesundheitswesen und der Spezialist im Aufbau innovativer Versorgungsformen.

Unsere Vision: Integrierte regionale Versorgungsmodelle mit Ausrichtung auf Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung

- ⇒ Beratung und Begleitung von Landkreisen, Gemeinden und Organisationen in der Gesundheitsversorgung
- ⇒ Forschung mit zahlreichen Partnern im In- und Ausland



Ziele der integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal



<https://www.gesundes-kinzigtal.de/>

Berwick D, Nolan T, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. . May-Jun 2008;27(3):759-69. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759.
Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*. Nov-Dec 2014;12(6):573-6. doi: 10.1370/afm.1713.

Ein ganzes Bündel an Interventionen: So erreichen wir unsere Ziele

- › Beteiligung, Aktivierung der niedergelassenen Ärzte der Region: ca. 50% erreicht
- › Gewinnung der relevanten Krankenkassen: ca. 50% erreicht => 35.000 Versicherte
- › Beteiligung, Aktivierung der chronisch Erkrankten: einzelne Versorgungsprogramme, Selbstmanagement, Selbsthilfe
- › Beteiligung, Aktivierung der Bevölkerung: mit Öffentlichkeitsarbeit, Mitmachaktionen, Gesundheitstagen, Sport, Ernährung, Entspannung, Förderung von Gesundheitskompetenz
- › Gesundheitsbezogene Aktivierung der Settings: In Betrieben, Schulen, Kindergärten, Pflegeheimen
- › Gesundheitsbezogene Aktivierung der Vereine und zivilgesellschaftlichen Organisationen: Trainerausbildungen, Veranstaltungen, Kirchen, Moscheen, Gewerkschaften

Hintergrund: Einmaliges Investment des Hauptpartners bei den Krankenkassen, danach nur eigenes Invest aus den erzielten Einsparungen bei den Kassen

Im deutschsprachigen Raum keine weitere komplexe Intervention, die so umfangreich untersucht wurde wie Gesundes Kinzigtal*



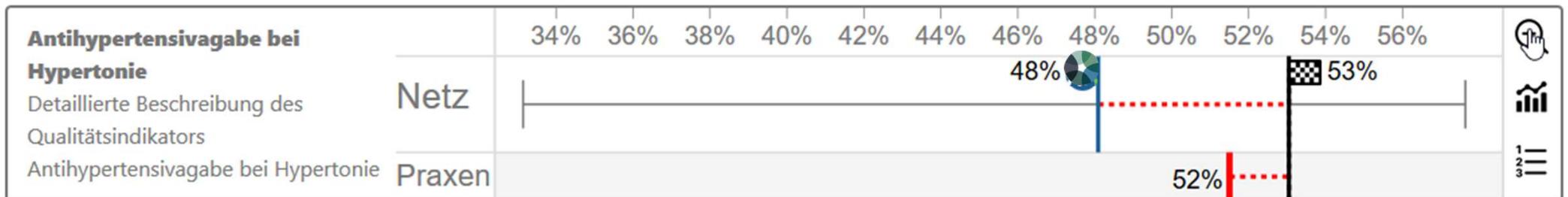
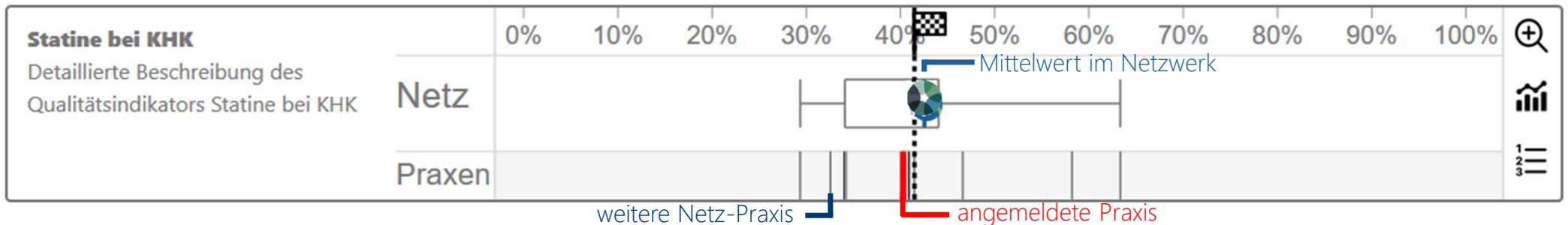
*unseres Wissens nach



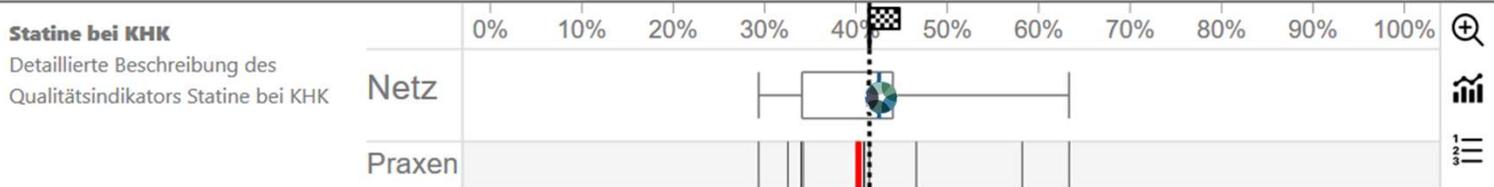
Beispiel unseres DOKpits: Transparenz unter Ärztenetz-Mitgliedern schafft starke Anreize für Verbesserungen

Zeitraum

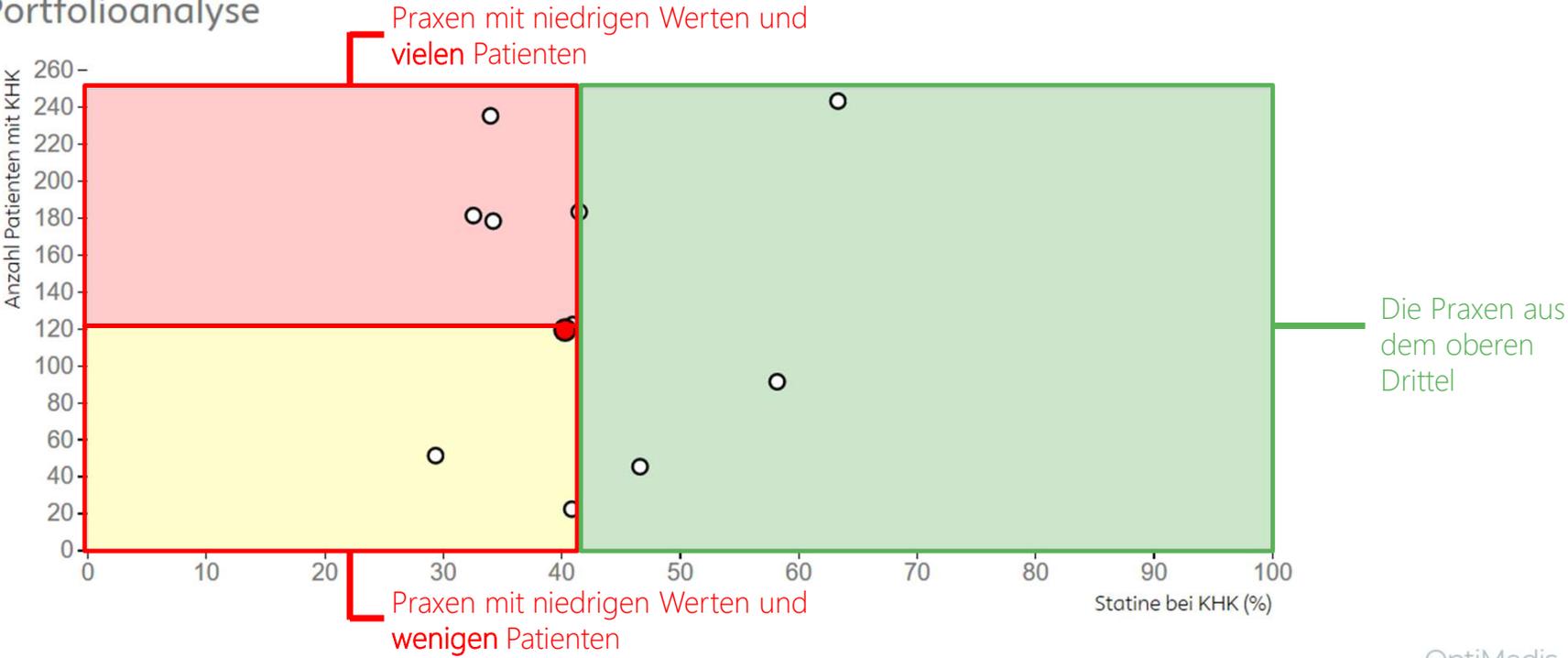
Jahr 2018, Quartal 1



Anstrengungen im Netzwerk dort platzieren, wo sie am wertvollsten sind – Portfolioanalyse



Portfolioanalyse



INTEGRAL – Versuch einer Annäherung und Bewertung

Schubert, Ingrid; Stelzer, Dominikus; Siegel, Achim; Köster, Ingrid; Mehl, Claudia; Ihle, Peter;
Günster, Christian; Dröge, Patrik; Klöss, Andreas; Farin-Glattacker, Erik; Graf, Erika; Geraedts, Max

**10-Jahres-Evaluation der populationsbezogenen integrierten
Versorgung „Gesundes Kinzigtal“**

Dtsch Arztebl Int 2021; 118(27-28): 465-72; DOI:
10.3238/arztebl.m2021.0163

Ursprüngliche Ausrichtung der INTEGRAL-Studie: Entwicklung eines generellen Evaluationsmodells für populationsorientierte IV-Modelle

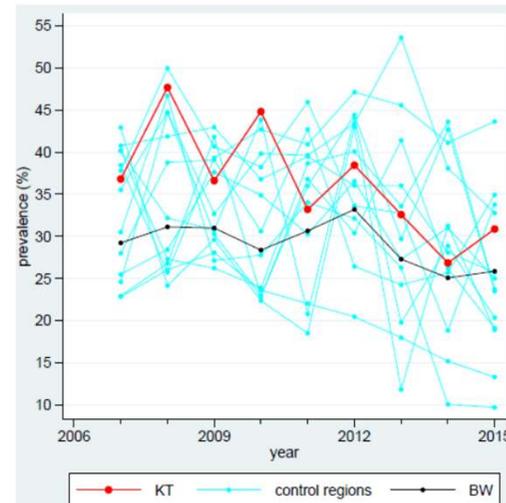
- › Wissenschaftlich war die Studie darauf ausgerichtet, ein **generelles Evaluationsmodell** unabhängig von der konkreten Form der Integrierten Versorgung zu entwickeln.
- › Der Versuch, **internationale und nationale Qualitätsindikatoren** dafür zu nutzen, verengt die Perspektiven auf die Versorgungsqualität statt auf die Effekte, die die Interventionen auf den Outcome der Versorgung haben.
- › Dies hatte schon im April 2018 innerhalb des Konsortiums zu **Diskussionen** geführt, leider wurden diese aber nicht aufgegriffen (hier spiegeln sich teilweise auch die Vorgaben des Innovationsfonds wider).

Wichtig: Für die Zukunft sollte der Outcome der Versorgung stärker in den Blick genommen werden.

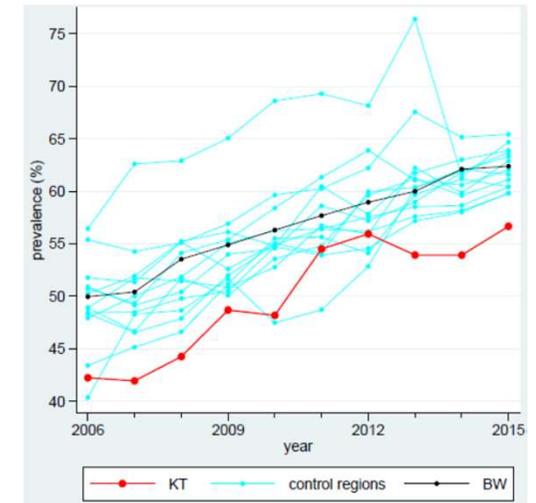
Fokussierung auf in Leitlinien konsentrierte medizinische Qualitätsparameter als Indikatoren bringt einige Nachteile

Die Prozessindikatoren waren stark pharmakologisch und auf sehr kleine Fallzahlen bezogen: z. B. zunächst die Wahl der ICD-Gruppe, dann Restriktion Schweregrad oder Subpopulation, dann Restriktion Alter, dann Fokus auf ein Ereignis oder eine Medikation! Jegliche Veränderungen bewertet durch solch einen Indikator müssten in sehr großen Populationen erhoben werden, ansonsten wären Veränderungen im zeitlichen Verlauf durch ständig überlappende Konfidenzintervalle nicht nachweisbar (dies haben wir schon bei Start des Projekts kommentiert).

Indikator 6.03 Rheumatoid Arthritis, Disease-modifying antirheumatic drug therapy



Indikator 16.06 Dementia, Polymedikation II

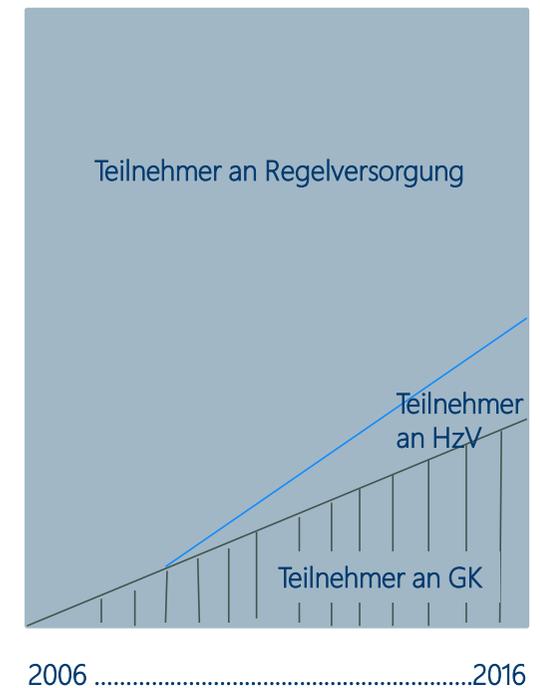


Wichtig: Für die Zukunft sollte auf zu kleinteilige Indikatoren eher verzichtet werden. Arzneimittel müssen auch mit nicht-pharmakologischen Interventionen in Vergleich gesetzt werden.

Geringer Versicherten-Anteil erzielt geringen Effekt auf Gesamtpopulation

- › Ein Missverständnis hat die Studie belastet: Gesundes Kinzigtal bezieht sich in der betriebswirtschaftlichen Ergebnisrechnung auf alle Versicherten der beiden Krankenkassen (AOK und SVLFG). Dies ist wichtig, um Risikoselektionsanreize zu vermeiden. Bei kaum einem der weiteren IV-Verträge in Deutschland wurde dies bisher ausgeschlossen.
- › Dass aber INTEGRAL jetzt auch die Versorgungsqualität auf alle Versicherten gemessen hat, macht im Nachhinein keinen Sinn. Über zehn Jahre ansteigend waren erst zum Abschluss der Untersuchungsperiode ca. 8.300 Mitglieder eingeschrieben. Der Rest war in der Zeit im Hausarztvertrag der AOK eingeschrieben bzw. hat die Regelversorgung in Anspruch genommen.
- › Auch die restlichen 16.700 und die 8.300 Versicherten, die sich eingeschrieben hatten, waren frei in ihrer Arztwahl. Im Schnitt haben sie also zu ca. 50% Leistungen der mit Gesundes Kinzigtal zusammenarbeitenden Ärzte in Anspruch genommen. Letztere haben natürlich auch in einem unterschiedlich intensiven Maß mit Gesundes Kinzigtal zusammengearbeitet und waren wiederum von der üblichen Regelversorgung und ihren Lernerfahrungen über die letzten Jahrzehnte beeinflusst.

Aufteilung der in INTEGRAL verglichenen ca. 29.000 AOK-Versicherten nach Teilnahme an unterschiedlichen Versorgungsarten



Wichtig: Für die Zukunft sollte die Versorgungsqualität für die Eingeschriebenen in Gesundes Kinzigtal gemessen werden und nicht auch für die Versicherten in anderen Vertragsmodellen.

Verzögertes Auftreten von Erkrankungen (und daraus entstehende Effekte) wurde nicht berücksichtigt

„Wichtige Parameter, wie von Patienten berichtete Ergebnisse und Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung oder beispielsweise ein eventuell verzögertes Auftreten von Erkrankungen aufgrund von gesundheitsfördernden Programmen der IVGK, konnten ebenfalls nicht berücksichtigt werden.“ (Schubert et al, 2021)

- › Der Bezug eines erstmaligen Auftretens bestimmter Diagnosen zum Alter wäre möglich gewesen. Mit einer Zusatzinformation zu Programmteilnahmen der Versicherten, hätte man ebenfalls einen Bezug zum Krankheitseintritt herstellen können.
- › Fragliche Ergebnisindikatoren: Zwar wurden von der Studie 25 Indikatoren als „Ergebnisindikatoren nach Donabedian“ gewertet, deren Aussagekraft ist allerdings teilweise fraglich.

Beispiele:

1. Indikator 20.1 „**Lebendgeborene je 1.000 Frauen im Alter von 15-49 Jahren**“
2. Bzgl. Pflegebedürftigkeit findet sich z. B. nur der Indikator „**Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner**“ aber z. B. **nicht mit welchem Alter die Versicherten pflegebedürftig wurden.**
3. „**Sterbefälle je 100 Versicherte**“: Die Verbindung zum Alter der Versicherten fehlt. Interessant wäre hier z. B., ob die Versicherten vor oder nach dem zu erwartenden Sterbealter versterben.

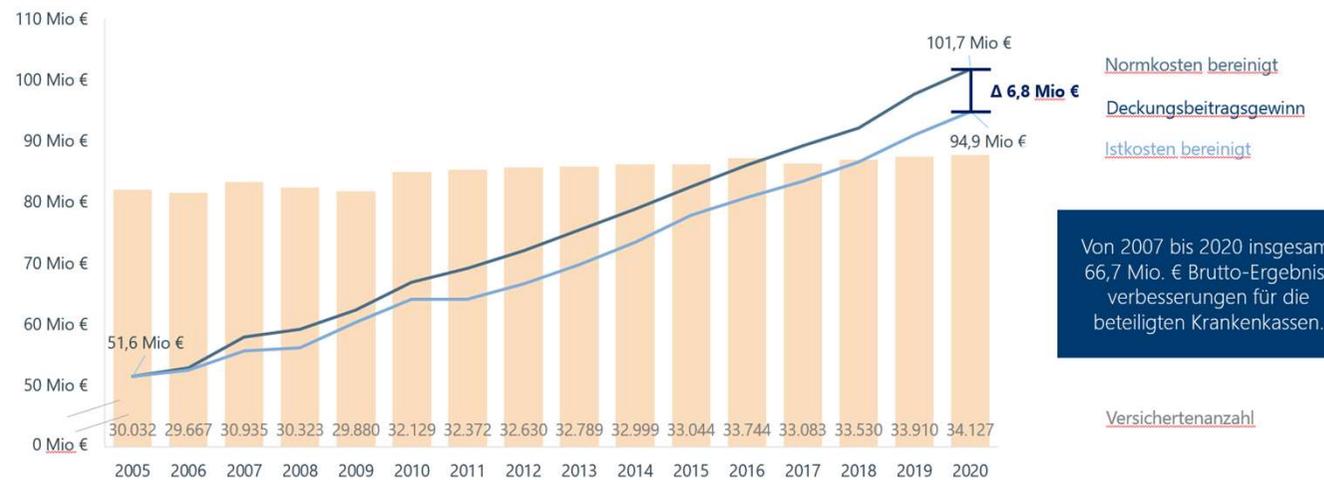
Wichtig: Für die Zukunft sollte geprüft werden, wie auch aus Routinedaten schon Ergebnis-indikatoren bestimmt werden können – z. B. das verzögerte Auftreten von Erkrankungen/Ereignissen

Ein Indikator: Effizienz der Versorgung

Brutto-Ergebnisverbesserung für Kinzigtal: 6,8 Mio. € für 2020, d.h. ca. 7 % bzw. 200 € p.K. Versicherter

Entwicklung der Normkosten, Istkosten, Deckungsbeitrag und Versichertenanzahl der AOK und SVLFG in Gesundes Kinzigtal

Die kassen- und IV-interne Evaluation gegen die Kontrollgruppe der Versicherten in Deutschland (adjustiert via Morbi-RSA) kommt zu einem stabilen positiven Ergebnis.

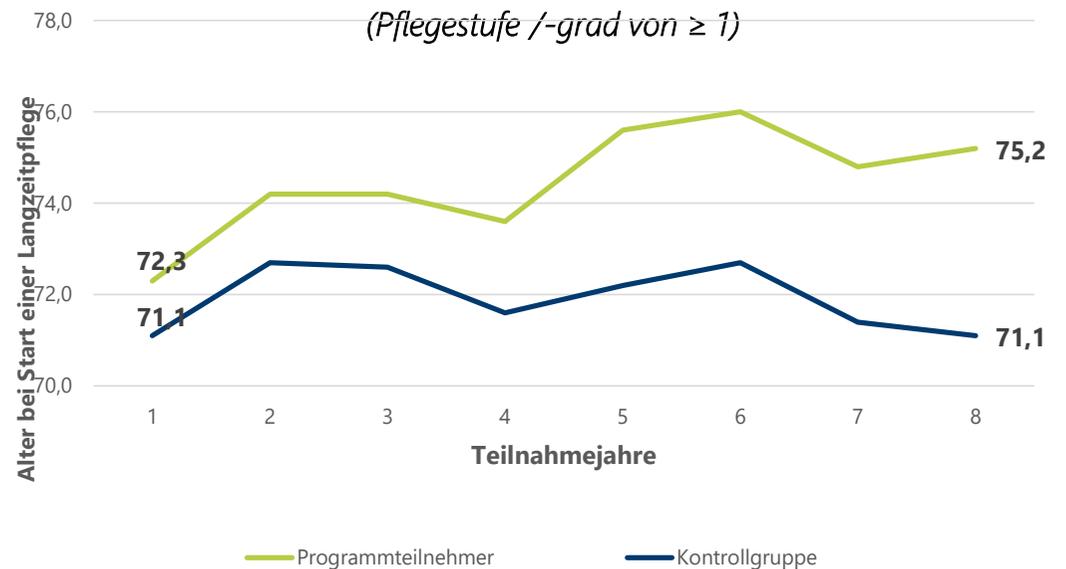


Wichtig: Für die Zukunft sollten Evaluationen IMMER auch die Effizienz der Versorgungslösung mit umfassen.

Eigene Analysen zeigen eine Verschiebung des Eintritts von Erkrankungen, hier: Startzeitpunkt Langzeitpflege

Während das durchschnittliche Alter bei Start einer Langzeitpflege bei Programmteilnehmern acht Jahre nach (erstmaliger) Teilnahme an einem Versorgungsprogramm um 2,9 Jahre auf 75,2 Jahre zunahm, blieb das durchschnittliche Alter der Nicht-GK-Teilnehmer (mit Schwankungen in den Jahren dazwischen) konstant bei 71,1 Jahren – und das trotz intensiver Aufklärung und vielen Veranstaltungen zusammen mit dem regionalen Pflegestützpunkt.

Alter bei Start einer Langzeitpflege in Gesundes Kinzigtal im Kontrollgruppenvergleich
(Pflegestufe /-grad von ≥ 1)



Quelle: Eigene Darstellung, Auswertung OptiMedis AG

Wichtig: Verschiebungen des durchschnittl. Eintrittsalters von bestimmten Krankheiten und/oder Ereignissen (Herzinfarkte, Dialysepflichtigkeit, Pflegegrad, Sterbealter...) sollten geprüft werden.

Gesundes Kinzigtal: Mitglieder fühlen sich besser betreut (GeKiM 2021)

- › 31% (2017: 24%) fühlen sich „etwas besser“ gesundheitlich betreut, seitdem sie eingeschrieben sind.
- › 14% (2017: 8%) fühlen sich „deutlich besser“ gesundheitlich betreut, seitdem sie eingeschrieben sind.



Nübling, M. (2022) GeKiM- Gesundes Kinzigtal Mitgliederbefragung. Bericht zur vierten Mitgliederbefragung. S.35

Wichtig: Wie können PROMs und PREMs in solche Evaluationen einbezogen werden? Und wie lassen sie sich auch über Regionen und Subpopulationen hinweg vergleichbar machen.

Die Analyse auf Ebene der einzelnen Arztpraxen ergibt deutliche Unterschiede – hier auf der aggregierten Ebene Arztkommunikation

Frage „14. Der Arzt / die Ärztin hat ein angenehmes und freundliches Auftreten.“ – mit 91 Punkten,

„15. Der Arzt / die Ärztin geht auf meine Fragen, Sorgen und Ängste einfühlsam ein.“ – mit 88 Punkten

„16. Der Arzt / die Ärztin hört mir gut zu.“ – mit 89 Punkten.

„17. Der Arzt / die Ärztin erklärt Diagnosen, Ursachen und Behandlungsmethoden so, dass ich alles verstehe.“ – mit 86 Punkten.

„18. Wenn der Arzt / die Ärztin eine Behandlung oder Untersuchung vorschlägt, erklärt er / sie mir genau, welcher Nutzen und welche Risiken damit verbunden sind.“ – mit 82 Punkten

„19. Bei einer Erkrankung klärt der Arzt / die Ärztin mich über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten auf.“ – mit 81 Punkten

„20. Der Arzt / die Ärztin bezieht mich in Entscheidungen zu anstehenden Untersuchungen und Behandlungen ein.“ – mit 82 Punkten

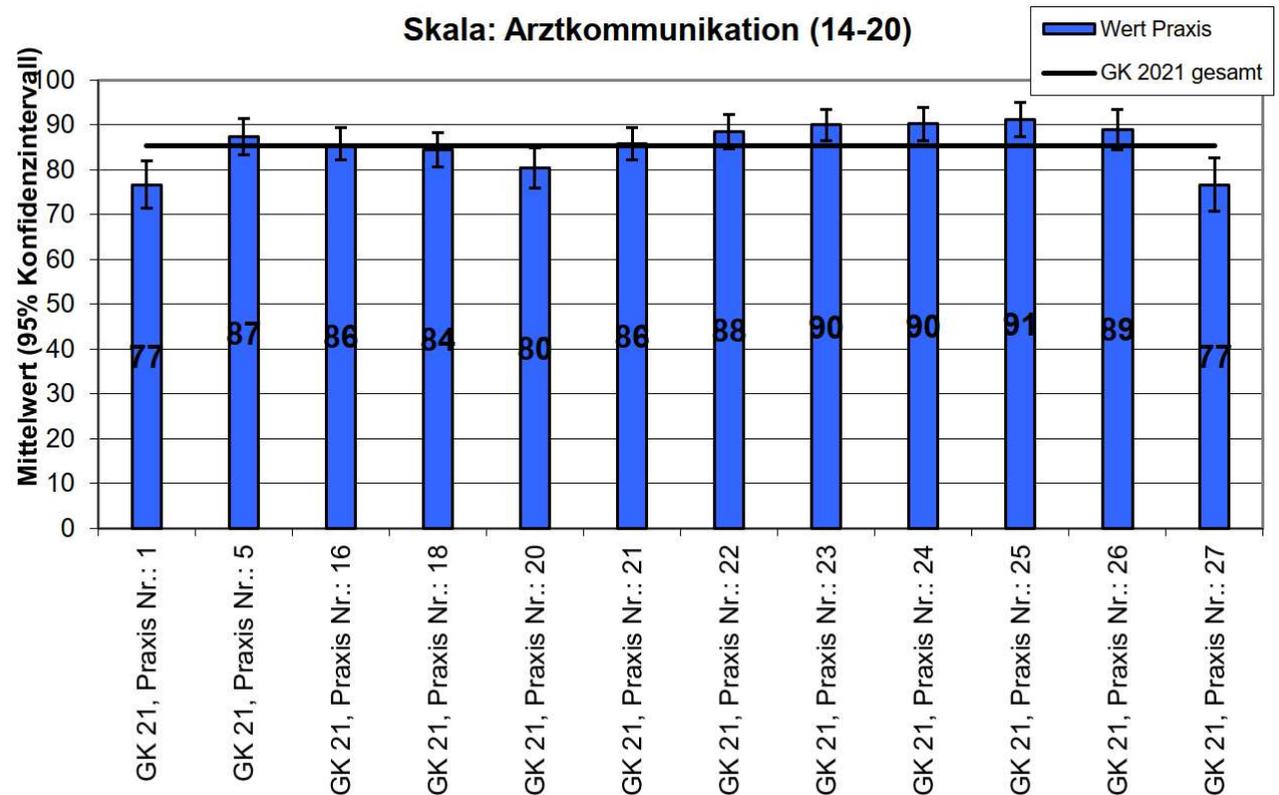


Abbildung 9: Mittelwert nach Praxen: Skala "Arztkommunikation", Fragen 14-20

„Trifft voll und ganz zu“ als positivste Bewertung erhielt den Wert „100“, „trifft eher zu“ 67, „trifft eher nicht zu“ 33, „trifft überhaupt nicht zu“ = 0 // Nutzung des Weisse Liste-Ärzte Fragebogen

Detailanalysen GeKiM 2014: Je intensiver der Kontakt von GK mit den Versicherten, desto positivere Aussagen zum Gesundheitsverhalten

“Ich lebe allgemein gesünder, seitdem ich eingeschrieben bin“

Alle Versicherten (2012):

26,1 %

... Chronisch Erkrankte:

31,7 %

... Programmteilnehmer:

37,6 %

... Zielvereinbarungen mit dem Hausarzt:

45,4 %

Siegel A, Stöbel U (2014) Patientenorientierung und Partizipative Entscheidungsfindung in der Integrierten Versorgung
Gesundes Kinzigtal. In: Pundt J (Hrsg.) Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?. 195-230. Apollon Bremen
In GEKIM -3 (2017) ähnliche Ergebnisse 22% / 25,6% / 32,2% / 49,5% Befragte mit Zielvereinbarungen



Wichtig: Wie können PROMs und PREMs in solche Evaluationen einbezogen werden? Und wie lassen sie sich auch über Regionen und Subpopulationen hinweg vergleichbar machen?

Müssten wir für ein Outcome-Measurement auch die „Avoidable Mortality“ erfassen? Aus Commonwealth Fund Analysis, 2021, auf Basis von OECD-Daten

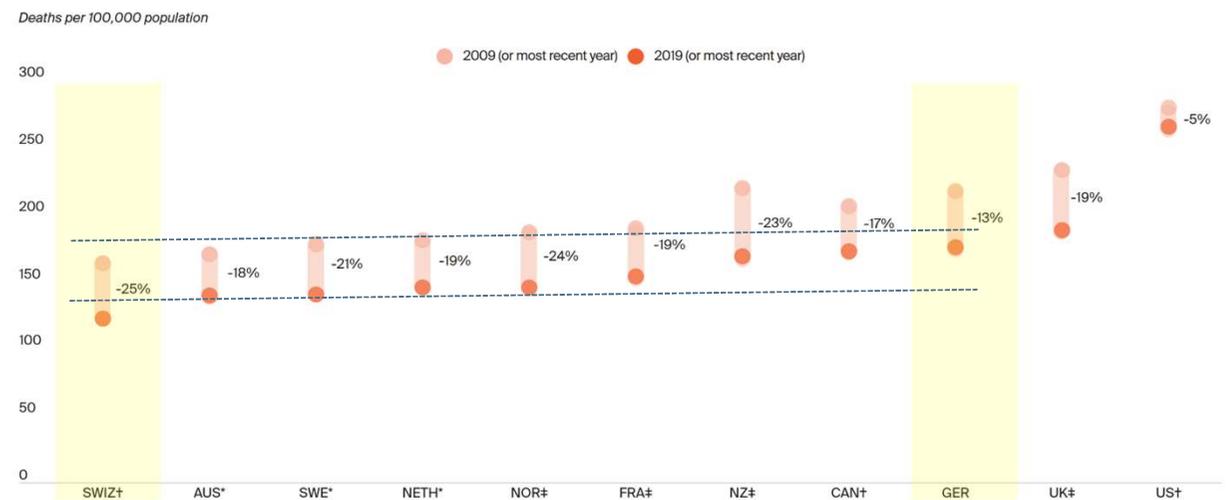
Health Care Outcomes. The *health care outcomes* domain includes 10 measures of the health of populations selected to focus on outcomes that can be modified by health care (in contrast to public health measures such as life expectancy at birth, which may be affected more by social and economic conditions). The measures fall into three categories:

- *Population health outcomes* reflect the chronic disease and mortality burden of selected populations. We include two measures comparing countries on mortality defined by age (infant mortality, life expectancy at age 60) and one measure on the proportion of nonelderly adults who report having multiple common chronic conditions (arthritis, asthma or chronic lung disease, diabetes, heart disease, high blood pressure).

- *Mortality amenable to health care* reflects deaths under age 75 from specific causes that are considered preventable in the presence of timely and effective health care. In the 2021 edition of *Mirror, Mirror* we dropped two previous measures replacing them with new standardized and publicly available OECD measures of mortality that consist of deaths considered preventable through effective primary prevention and other public health measures (“preventable mortality”) and of deaths that were considered treatable through more effective and timely health care interventions (“treatable mortality”).¹ OECD combines these two measures to report “avoidable mortality” — for which we report the 10-year trend as an additional new measure.

- *Condition-specific health outcomes* measures include measures on 30-day in-hospital mortality following myocardial infarction and stroke, as well as two new measures in this section: maternal mortality and deaths from suicide. We dropped two OECD measures related to five-year cancer survival rates (breast and colon), because recent data were not available.

EXHIBIT 8
Avoidable Deaths and 10-Year Reduction in Avoidable Mortality Across Countries



Notes: Health status: avoidable mortality. Data years are: 2009 and 2019 (Germany); * 2008 and 2018 (Australia, the Netherlands, Sweden); † 2007 and 2017 (Canada, Switzerland, US); and ‡ 2006 and 2016 (France, New Zealand, Norway, UK).

Data: Commonwealth Fund analysis of data from OECD Health Statistics, July 2021.

Source: Eric C. Schneider et al., *Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries* (Commonwealth Fund, Aug. 2021). <https://doi.org/10.26099/01DV-H208>

Was brauchen wir für eine robuste, aber praxisnahe Evaluation der Integrierten Versorgung?

Herausforderung "Komplexität" bei der Evaluation Integrierter Versorgung

Wir brauchen ein besseres Verständnis der kausalen Kette von

- › Vertragskomponenten
- › Merkmalen der Leistungsanbieter
- › Innovationsprozessen
- › Ergebnissen in *allen* Triple/Quadruple Aim-Dimensionen

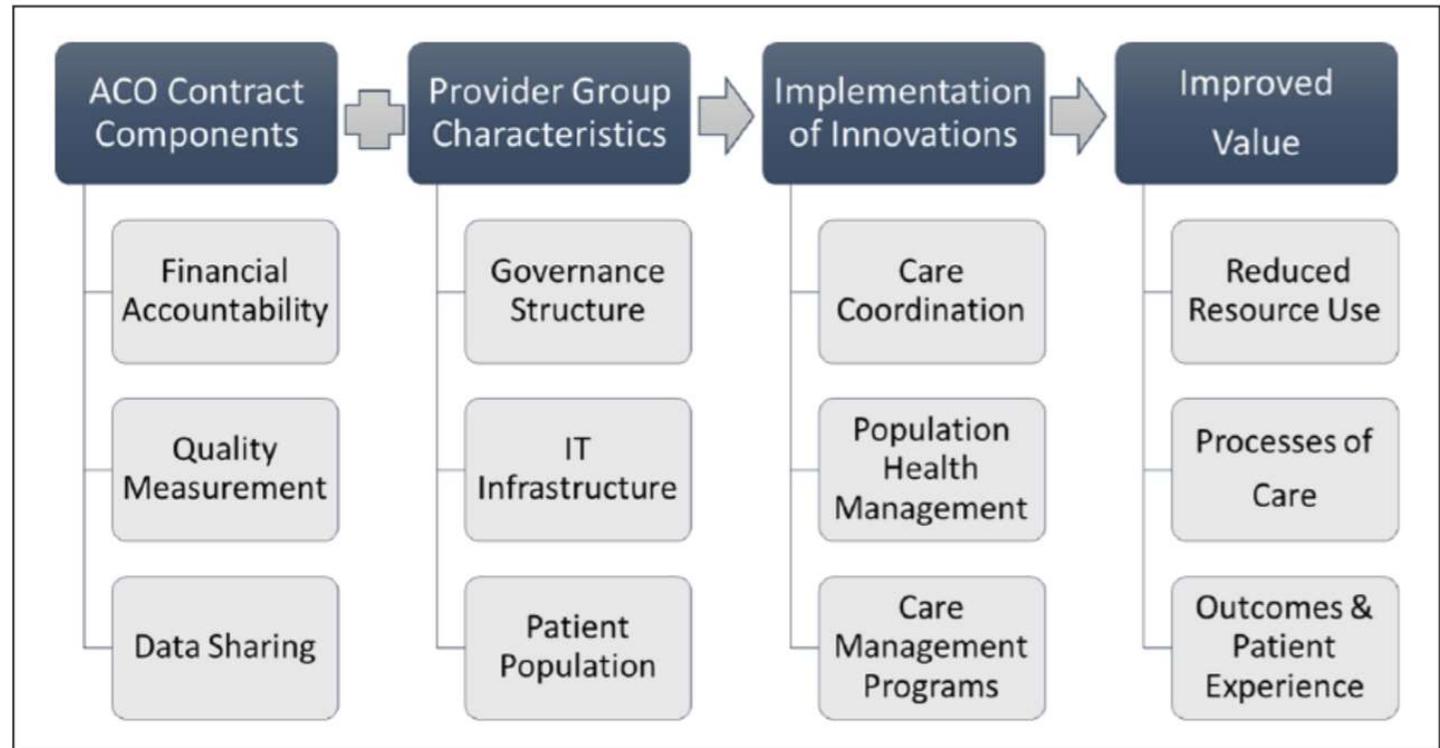


Figure 1. Conceptual model describing how accountable care organizations affect outcomes.

Kaufmann B et al. 2017, Med Care Res Rev 76, 255–90.

Positionspapier des DNVF – standardisierte Indikatorensets wichtig für die Evaluation regionaler sektorverbindender Versorgungsmodelle

› Etablierung eines standardisierten Indikatorensets:

- Vereinigung von Aspekten der Gesundheits- und Qualitätsberichterstattung
- Ermöglichung der regionalen sektorverbindenden Vergleiche
- Transparenz über die Gesundheitsversorgung

› Bedingung für das Indikatorenset:

- Krankenkassenübergreifende Routinedaten & darüber hinausgehende Datenquellen einbinden
- Standardisierte Befragungen zu den von den Patient:innen berichteten Erfahrungen und Ergebnissen

→ Veröffentlichung des Positionspapieres erfolgt zeitnah in Heft 5 (Mai) in „Das Gesundheitswesen“

Unsere Learnings

Unsere Learnings (1)

1. Aufbau einer „Insel des Andersseins“ in der Regelversorgung mit all den verschiedenen Akteuren, ihren Vergütungen und der fehlenden Belohnung von Qualität ist komplex und schwierig.
2. Motivation der Leistungserbringer, Versicherte in die Programme einzuschreiben, und Motivation der Versicherten, an den Programmen teilzunehmen, stagnieren mit der Zeit – hoher Aufwand der Aufrechterhaltung.
3. Appell an die Politik: Die „Integrierte“ = sektorenverbindende Versorgung muss die „Default“-Lösung und die Regelversorgung zur „Sonderversorgung“ werden.
4. Wir brauchen aus allen Berufsgruppen „Qualitätschampions“ in den Regionen, die wirklich mit Lust, Energie und wissenschaftlich-praktischem Interesse an der ständigen Verbesserung mitarbeiten.

Unsere Learnings (2)

5. Evaluationsdaten benötigen die Regionen viel zeitnaher, um darauf reagieren zu können, am besten direkt „on time“.
6. Jenseits der Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe müssen wir uns stärker auch direkt an die Patienten und die anderen Berufsgruppen wenden, aber die daraus entstehenden Effekte müssen dann auch in den Evaluationen berücksichtigt werden!

Indikatoren und Daten schaffen erst dann einen Nutzen, wenn sie zeitaktuell, umfassend und ohne größeren Aufwand auch zu INSIGHTS transponiert werden können.

So bleiben wir in Kontakt

Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt
Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG
h.hildebrandt@optimedis.de



OptiMedis AG
Burchardstraße 17
20095 Hamburg
Tel. +49 40 22621149-0
Mobil +49 172 4215165
www.optimedis.de



Aktuell informiert mit unserem OptiMedium:
www.optimedis.de/newsletter

Berliner Aufruf „Mehr
Patientennutzen – Das Ergebnis
zählt“
<https://optimedis.de/gesundheitsystem/#berlineraufruf>

Der umfassende
Herausgeberband zur Zukunft
der Gesundheitsversorgung –
Printexemplar und E-Book unter
<https://www.medhochzweiverlag.de/Shop/ProduktDetail/978-3-86216-846-0-eBook-Zukunft-Gesundheit>

Für die weitere Diskussion haben wir eine LinkedIn-Gruppe
gegründet – seien Sie dabei!
<https://www.linkedin.com/groups/9029235/>



B. BRAUN-STIFTUNG
DER GESUNDHEIT NEUE WEGE BEREITEN

Gesundheit: Das Ergebnis zählt!
Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen
im Gesundheitswesen



Neuerscheinung „Zukunft
Gesundheit – regional vernetzt,
patientenorientiert“

Jetzt bestellen!

Veröffentlichungen im Umfeld von Evaluationen der Arbeiten im Kinzigtal

- Schubert, Ingrid; Stelzer, Dominikus; Siegel, Achim; Köster, Ingrid; Mehl, Claudia; Ihle, Peter; Günster, Christian; Dröge, Patrik; Klöss, Andreas; Farin-Glattacker, Erik; Graf, Erika; Geraedts, Max: 10-Jahres-Evaluation der populationsbezogenen integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“. Dtsch Arztebl Int 2021; 118(27-28): 465-72; DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0163
- Larrain, N., Groene, O. (2021). Simulation modeling to assess performance of integrated healthcare systems: Literature review to characterize the field and visual aid to guide model selection. PLoS ONE 16(7): e0254334. [Link](#)
- Pimperl, A. Hildebrandt, H., Gröne, O. (2021). Integration der Gesundheitsversorgung – Von „Volume“ zu „Value“: Umsetzung und Evaluation von Triple-Aim-Ansätzen. In: Esch, T., Brinkhaus, B. Integrative Medizin und Gesundheit.
- Löschmann, C. (2020). Vom Ärztenetzwerk zum populationsorientierten Allrounder. In: KPMG AG, 2020, Gesundheitsbarometer 02/2020 - Schwerpunktthema: Neue Normalität. [Link](#)
- Stunder, J., Schmitt, G., Auel, M., Hildebrandt, H., Merck, P. (2019). Unterstützung von Selbstmanagement und Patient-Empowerment – ein zwingender Bestandteil erfolgreicher Integrierter Versorgung. Das Beispiel Gesundes Kinzigtal. In: Seidel, G., Meierjürgen, R., Melin, S., Krug, J., Dierks, M.-L. (Hrsg.): Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen, Baden-Baden 2018, Nomos Verlag
- Baltaxe, E., Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Askildsen, J., Grenkovic, R., Lindén, T., Pittner, J., Rutten-van-Molken, M., Solans, J., Struckmann, V., Roca, J., Cano, I. (2019). Digital Health Transformation of Integrated Care in Europe: Overarching Analysis of 17 Integrated Care Programms. Journal of Medical Internet Research. [Link](#)
- Stunder, J., Schmitt, G., Auel, M., Hildebrandt, H., Merck, P. (2019). Unterstützung von Selbstmanagement und Patient-Empowerment – ein zwingender Bestandteil erfolgreicher Integrierter Versorgung. Das Beispiel Gesundes Kinzigtal. In: Seidel, G., Meierjürgen, R., Melin, S., Krug, J., Dierks, M.-L. (Hrsg.): Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen, Baden-Baden 2018, Nomos Verlagsgesellschaft, 131-147. [Link](#)
- An integrated approach to value-based healthcare: Germany's Gesundes Kinzigtal Case study examining how Germany is using population-based integrated care to handle an increase in multimorbidity patients. The Economist, Intelligence Unit 2018 [Link](#)
- Pimperl, A., Hildebrandt, H., Gröne, O., Schulte, T., Meyer, I., Wetzel, M., Udayakumar, K., Gonzalez-Smitz, J., Kadakia, K., Thoumi, A. (2017). Case Study: Gesundes Kinzigtal Germany. Accountable Care in Practice: Global Perspectives. Duke University's Robert J. Margolis, MD, Center for Health Policy. [Link](#)
- Siegel, A., Niebling, W. (2017): Individueller Patientennutzen im "Gesunden Kinzigtal" –Zwischenergebnisse einer Trendstudie. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ). [Link](#)
- Pimperl, A., Schulte, T., Mühlbacher, A., Rosenmüller, M., Busse, R., Gröne, O., Rodriguez, H. P., Hildebrandt, H. (2016). Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: the Quasi-Experimental Design of the German Gesundes Kinzigtal. Population Health Management. Online ahead of print: 26. August 2016. [Link](#)
- Schulte, T., Pimperl, A., Fischer, A., Dittmann, B., Wendel, P., Hildebrandt, H. (2016). Ergebnisqualität Gesundes Kinzigtal – quantifiziert durch Mortalitätskennzahlen. Das Gesundheitswesen, Volumes 8/9, 2016, 591.
- Schubert, I., Siegel, A., Köster, I., Ihle, P. (2016). Evaluation der populationsbezogenen ,Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal '(IVGK). Ergebnisse zur Versorgungsqualität auf der Basis von Routinedaten. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ). [Link](#)
- The Economist Intelligence Unit, Case Study (2016). An integrated approach to value-based healthcare: Germany's Gesundes Kinzigtal, Economist Newspaper Limited (London). [Link](#)
- Pimperl, A., Schreyögg, J., Rothgang, H., Busse, R., Glaeske, G., Hildebrandt, H. (2015). Ökonomische Erfolgsmessung von integrierten Versorgungsnetzen – Gütekriterien, Herausforderungen, Best-Practice-Modell. Das Gesundheitswesen. [Link](#)
- Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulte, T., Hermann, C., Riedel, H., Schubert, I., Köster, I., Siegel, A. & Wetzel, M. (2015). Triple-Aim-Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. Bundesgesundheitsblatt, 4-5/2015, 383-392. [Link](#)
- Schulte, T., Siegel, A., Pimperl, A., Roth, M., Hildebrandt, H. (2015). Patientenorientierung und -aktivierung: Auswirkungen auf die Ergebnisqualität in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In V. Amelung et al. (Hrsg.), Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität (S. 123-130). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. [Link zum Artikel als pdf-Datei](#)
- Struckmann, V., Boerma, W., van Ginneken E. (2015). Case Story The Gesundes Kinzigtal programme, Germany. ICARE4EU. [Link](#)
- Hildebrandt, H., Wetzel, M., Kleudgen, S. (2014). Qualitätsindikatoren im Praxistest. Deutsches Ärzteblatt, 13/2014, 548-549. [Link](#)