

Psychotherapie Akut – kurze Wartezeiten verhindern stationäre Aufenthalte



Zielgruppe:

Mitglieder von Gesundes Kinzigtal, die sich in einer akuten psychischen Krise befinden und zeitnah psychotherapeutische Hilfe benötigen.

Ziel:

Durch eine rasche Krisenintervention sollen die Verschlechterung des Zustands und eine damit einhergehende Chronifizierung vermieden sowie die Zahl stationärer Behandlungen reduziert werden.

Programm:

Mit „Psychotherapie Akut“ wird die Wartezeit auf eine Therapie bei akuten psychischen Krisen deutlich verkürzt. Patienten von Gesundes Kinzigtal erhalten zeitnah bei den teilnehmenden ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten einen Termin für maximal sieben Therapie-Sitzungen. Bis zu zwei Stunden pro Woche haben die Therapeuten für diese Notfallpatienten reserviert. In der Regelversorgung müssen Patienten mit Wartezeiten von drei bis zwölf Monaten rechnen.

Start Programmentwicklung: 2006

Anzahl Teilnehmer: 479

Ergebnisse:

Die Auswertungen umfassen das subjektive psychische Befinden der Patienten, die Inanspruchnahme von Ärzten und die Entwicklung der Kosten:

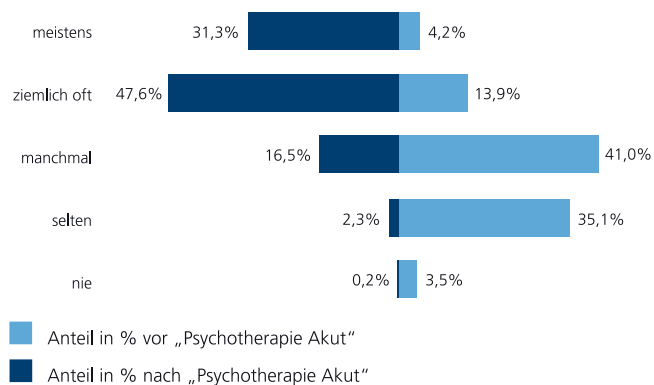
Das subjektive psychische Befinden der Patienten verbessert sich durch das Programm. Das ist ein Ergebnis einer Prä- und Postbefragung der Teilnehmer am Programm „Psychotherapie Akut“. 55 Prozent der Teilnehmer gaben vor Start der Akuttherapie an, meistens oder ziemlich oft unruhig und angespannt zu sein, nach Ende der Therapie waren es nur noch etwa 18 Prozent (**Grafik 1**).

Auch die **Inanspruchnahme von Leistungen** im Zusammenhang mit psychischen Problemen der Programm-Teilnehmer ist rückläufig: 365 Tage nach der Einschreibung, also unmittelbar nach der durch den Arzt festgestellten akuten Krise, hat nur ein Drittel der Patienten ein Krankenhaus aufgesucht. Und nur wiederum 30 Prozent der Patienten mit stationärem Aufenthalt wurden wegen eines psychischen Leidens behandelt, der Rest aufgrund anderer Erkrankungen (**Grafik 2**). Das heißt, dass 90 Prozent aller Teilnehmer des Programms „Psychotherapie Akut“ in der akuten Krisensituation und danach ausschließlich ambulant behandelt wurden. Teure und für den Patienten oft unangenehme stationäre Behandlungen konnten verhindert werden. Und auch in den Folgejahren ist der Anteil der Patienten mit stationärer Behandlung aufgrund einer psychischen Erkrankung weiter rückläufig.

Die bessere Versorgung von Patienten in akuten psychischen Krisen trägt dazu bei, dass sich die **Deckungsquote der Patienten** verbessert, also das Verhältnis dessen, was ein Patient üblicherweise in Deutschland kostet und den tatsächlich verursachten Kosten. Die Deckungsquote liegt im Jahr der Einschreibung und auch in den ersten drei Folgejahren noch unter 100 Prozent – mit einem positiven Trend. Im vierten und fünften Folgejahr kommt es zu positiven Deckungsquoten (**Grafik 3**).

Grafik 1

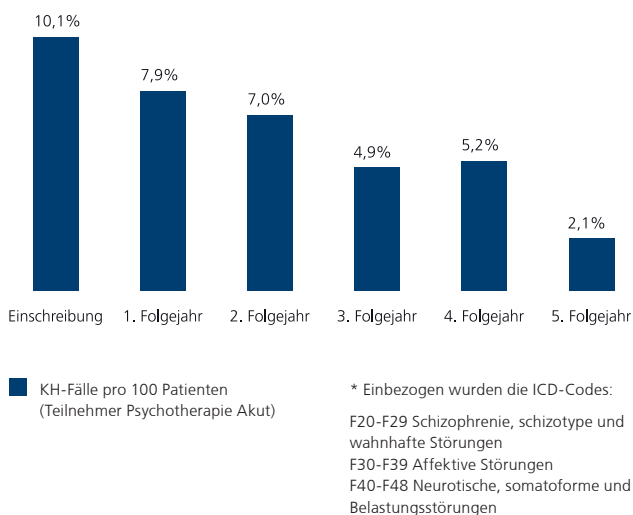
Angaben zum Gefühlszustand „unruhig und angespannt“ vor und nach Teilnahme an „Psychotherapie Akut“



2,1% der Befragten (vor Teilnahme) und 2,4% der Befragten (nach Teilnahme) machten keine Angaben zum Gefühlszustand „unruhig und angespannt“.

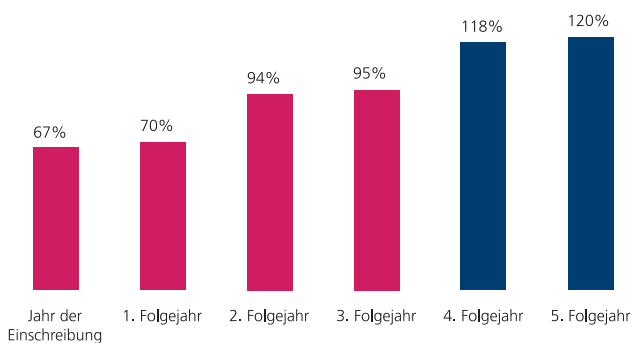
Grafik 2

Entwicklung der Krankenhausfälle pro 100 Patienten aufgrund psychischer Störungen*



Grafik 3

Entwicklung der Deckungsquote* der Teilnehmer des Programms „Psychotherapie Akut“



* Deckungsquote = Versichertenindividuelle Zuweisungsbeiträge durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich geteilt durch die tatsächlich angefallenen Leistungsausgaben in Euro

Datenbasis:

Zu Grafik 1: Auswertungen beziehen sich auf Programmteilnehmer bis 31.12.2014. Die Anzahl der Befragten vor Programmstart betrug 479, nach Programmende 288.

Zu Grafik 2 und 3: Die Ergebnisse wurden mittels Sekundärdatenanalyse ermittelt. Der Routinedatensatz der OptiMedis AG basiert auf GKV-Daten von AOK und LKK Baden-Württemberg und umfasst ein Versichertenkollektiv von ca. 32.000 Versicherten. Der Beobachtungszeitraum umschließt die Kalenderjahre 2004 bis 2013. Stand der Datenauswertung: 2. Quartal 2015, auf Basis von Datenlieferungen vom 15.03.2015 (AOK) und 17.10.2014 (LKK). Nachlieferungen können aktuelle Ergebnisse beeinflussen. Das Datenmaterial setzt sich zusammen aus mehreren Datensätzen, die über verschiedene Merkmale verknüpfbar sind. Die Daten liegen versichertenbezogen, aber pseudonymisiert vor und enthalten grundsätzlich nur Bruttokosten (exklusive Zuzahlungen / Rabatte).

Die Leitlinie Gute Praxis Sekundärdatenanalyse der Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) bilden die Basis für den Umgang mit den Routinedaten. Daten zu eingeschriebenen Programmteilnehmern werden aus der IVIS-Software der Gesundes Kinzigtal GmbH extrahiert. Vor Analysebeginn findet generell eine datenbankseitige Fehlerprüfung der gelieferten Sekundärdaten statt, sodass die Datengrundlage überwiegend nicht fehlerhafte Werte enthält. Wird ein Wert im Zuge der Analyse dennoch als fehlerhaft erkannt, so wird dieser notwendigerweise nachträglich ausgeschlossen. Als Datenbank wird aktuell ein MS SQL Server 2012 unter Windows Server 2008 eingesetzt. Die Daten werden sowohl direkt auf dem Server (SQL, MDX) als auch unter Verwendung von Analyse-Front-Ends wie SPSS 20, MS Excel 2013 und der Business Intelligence-Software DeltaMaster® 5.5.6. ausgewertet.

Kontakt:

Petra Zimmer, Programmkoordination
Telefon: +49 7831 966670 | p.zimmer@gesundes-kinzigtal.de

Stand: 13.01.2016

Starke Muskeln – Feste Knochen Frakturen bei älteren Patienten vermeiden



Zielgruppe:

Das Präventions- und Therapieprogramm „Starke Muskeln – Feste Knochen“ richtet sich an Mitglieder der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal mit einem leichten, einem erhöhten oder einem stark erhöhten osteoporotischen Frakturrisiko.

Ziel:

Ziele sind die Prävention von Frakturen, die Stabilisierung der Knochenstruktur und eine höhere Lebensqualität bei Osteoporose-Patienten.

Programm:

Der erste Baustein des multimodularen Programms ist eine intensive medizinische Untersuchung, die eine Auffälligkeitsprüfung beim Hausarzt oder Orthopäden mittels Befragung und – falls medizinisch notwendig – eine Knochendichtemessung per DXA umfasst. Je nach Risikogruppe erhalten die Teilnehmer ein differenziertes Bewegungsprogramm bei Physiotherapeuten (Gruppentherapie bzw. unter speziellen Bedingungen auch Einzeltherapie), im Sportverein oder Fitnessclub und eine individuelle Medikation. Beratungs- und Betreuungsangebote für Patienten und Angehörige hinsichtlich Ernährung, Medikation und Sturzprophylaxe runden das Programm ab.

Sowohl der Zustand des Patienten als auch die Medikation werden im Laufe des zwei Jahre dauernden Programms regelmäßig vom Arzt kontrolliert. Zur Verlaufskontrolle werden, abhängig von der Risikogruppe, nach einem Jahr und bei Ende des Programms DXA-Messungen gemacht. Bei der Abschlussuntersuchung erhält der Patient Empfehlungen und Angebote zur selbständigen Fortführung der Präventionsmaßnahmen.

Start Programmentwicklung: 2007

Anzahl Teilnehmer (Stand Juni 2014): 853

Ergebnisse:

Bei den Auswertungen der OptiMedis AG wurden jeweils zwei Gruppen miteinander verglichen:

- **Gruppe der Programmteilnehmer** – Versicherte mit Osteoporose, die mindestens zwei Jahre in das Programm eingeschrieben waren (n = 438)
- **Risikoadjustierte Vergleichsgruppe** – Versicherte mit Osteoporose, die nicht in das Programm eingeschrieben waren und deren behandelnde Ärzte größtenteils nicht zu den Leistungspartnern von Gesundes Kinzigtal gehörten (Matched Pairs im Verhältnis 1:1, n = 438)

Die Auswertungen umfassen das Auftreten von Frakturen, die Inanspruchnahme von Ärzten und die Entwicklung der Kosten:

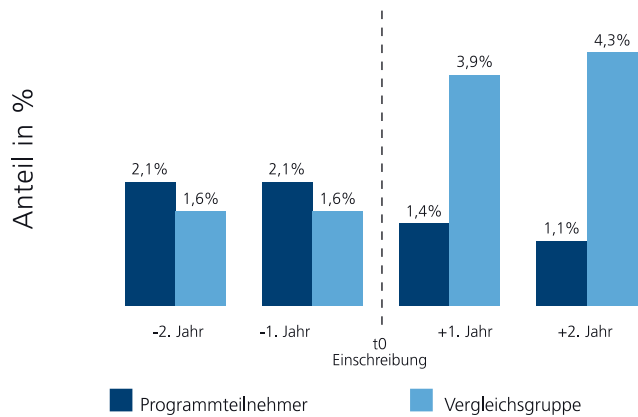
Bei den Programmteilnehmern ist die **Anzahl stationär versorgter Frakturen** zwei Jahre nach Einschreibung um 44,4% gesunken (absoluter Rückgang von 9 auf 5 Patienten mit Fraktur), während sich die Frakturprävalenz in der Vergleichsgruppe mehr als verdoppelt hat (absolute Zunahme von 7 auf 19 Patienten mit Fraktur) (**Grafik 1**).

Die **intensivere ärztliche Betreuung** im Rahmen des Programms zeigt sich darin, dass im ersten und zweiten Jahr nach Einschreibung doppelt so viele Programmteilnehmer einen Orthopäden aufsuchen als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe (**Grafik 2**). Außerdem werden unter den Programmteilnehmern 40 Prozent mehr der S3-Leitlinie entsprechend mit Bisphosphonaten versorgt als in der Vergleichsgruppe.

Die **GKV-Gesamtkosten** der in das Programm eingeschriebenen Osteoporose-Patienten steigen im Vergleich mit den Nicht-Programmteilnehmern sehr viel geringer an. Ein Jahr vor Start des Programms waren die Kosten noch 276 Euro höher als in der Vergleichsgruppe, zwei Jahre nach Beginn bereits 102 Euro niedriger (**Grafik 3**). Einen großen Anteil machen hier die Krankenhaus-Kosten aus.

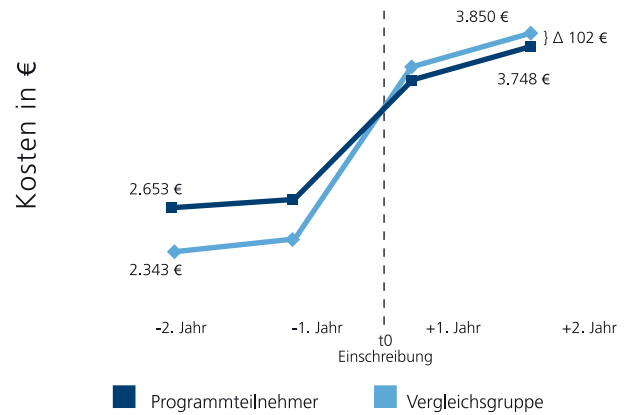
Grafik 1

Relative Häufigkeit von Versicherten mit Osteoporose und im Krankenhaus behandelter Fraktur (n=438)



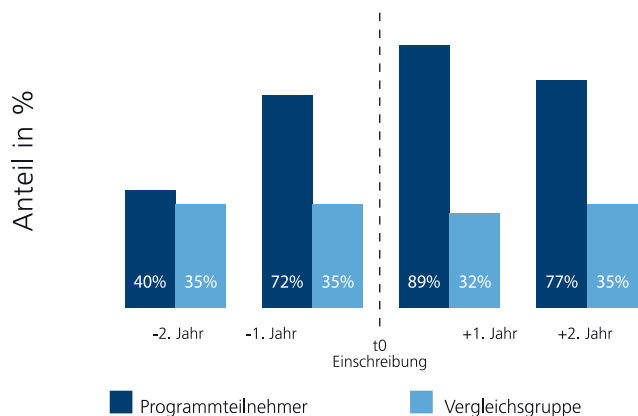
Grafik 3

Entwicklung der Gesamtkosten



Grafik 2

Anteil Versicherte mit Orthopäden-Kontakt (n=438)



Datenbasis: Ermittlung der Ergebnisse mittels Sekundärdatenanalyse. Routinedatensatz der OptiMedis AG basiert auf GKV-Daten von AOK und LKK Baden-Württemberg und umfasst ein Versichertenkollektiv von ca. 50.000 Versicherten inklusive Vergleichsstichprobe. Der Beobachtungszeitraum umfasst die Kalenderjahre 2005 bis 2012. Stand der Datenauswertung: 2. Quartal 2014 – Nachlieferungen können aktuelle Ergebnisse beeinflussen. Datenmaterial: Zusammensetzung aus mehreren Datensätzen, die über verschiedene Merkmale verknüpfbar sind. Die Daten sind versichertenbezogen, aber pseudonymisiert und enthalten grundsätzlich nur Bruttokosten (exklusive Zuzahlungen/Rabatte). Die Leitlinien „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse der Arbeitsgruppe“ der AGENS (DGSM) bilden die Basis im Umgang mit den Routinedaten. Daten zu eingeschriebenen Programmteilnehmern werden aus der IVIS-Software der Gesundes Kinzigital GmbH extrahiert.

Vor Analysebeginn findet generell eine datenbankseitige Fehlerprüfung der gelieferten Sekundärdaten statt, sodass die Datengrundlage überwiegend nicht fehlerhafte Werte enthält. Wird ein Wert im Zuge der Analyse dennoch als fehlerhaft erkannt, so wird dieser notwendigerweise nachträglich ausgeschlossen. Als Datenbank wird ein MS SQL Server 2012 unter Windows Server 2008 eingesetzt. Datenüberarbeitung und -auswertung erfolgen sowohl direkt auf dem Server (SQL, MDX) als auch unter Verwendung von Analyse-Front-Ends wie SPSS 20.0, MS Excel 2014 und der Business Intelligence Software DeltaMaster® 5.6.0.

Kontakt:

Petra Zimmer, Programmkoordination
 Telefon: +49 7831 966670 | p.zimmer@gesundes-kinzigital.de

Stand: 16.11.2014

Starkes Herz – erhöht die Überlebensrate der Patienten



Zielgruppe:

Mitglieder von Gesundes Kinzigtal, die an einer chronischen Herzinsuffizienz nach den NYHA Stadien III oder IV leiden.

Ziel:

Mit dem Programm „Starkes Herz“ soll die Mortalitätsrate der Patienten gesenkt, ein Fortschreiten der Krankheit verzögert und lebensbedrohliche Situationen, die zu Krankenhauseinweisungen führen, vermieden werden. Außerdem soll den Herzinsuffizienz-Patienten eine höhere Lebensqualität ermöglicht werden.

Programm:

Das Programm optimiert die Patientenversorgung durch ein verstärktes Monitoring der Risikopatienten durch leitlinienorientierte, koordinierte Versorgung und lässt die Patienten aktiv an der Therapie teilhaben, u. a. durch einen gemeinsam mit dem Arzt erstellten Vorsorge- und Bewegungsplan und Befragungen. Regelmäßige telefonische Beratung, Hausbesuche und ein Erinnerungssystem stabilisieren den Gesundheitszustand der Patienten und erhöhen deren Compliance. Speziell geschulte Medizinische Fachangestellte als Case Manager überprüfen u. a. die krankheitstypischen Anzeichen für eine Verschlechterung der Erkrankung mit Hilfe des HeiPiPP-Fragebogens der Universität Heidelberg (Heidelberger Pilot für Praxis-Professionalisierung Herzinsuffizienz). Sie halten zudem Rücksprache mit dem betreuenden Arzt und leiten notwendige Maßnahmen ein. Zeitweise war eine Teilkohorte von Patienten extern durch ein Medizinisches Call Center und mittels einer Telemonitoring-Waage begleitet worden. Ein relevanter Unterschied zwischen dieser Teilkohorte und den über die Medizinischen Fachangestellten geführten Patienten konnte nicht festgestellt werden.

Start Programmentwicklung: 2006

Anzahl Teilnehmer: 79

Ergebnisse:

Die Überlebensrate der Programmteilnehmer „Starkes Herz“ ist bei der Betrachtung relativ zum Programm-

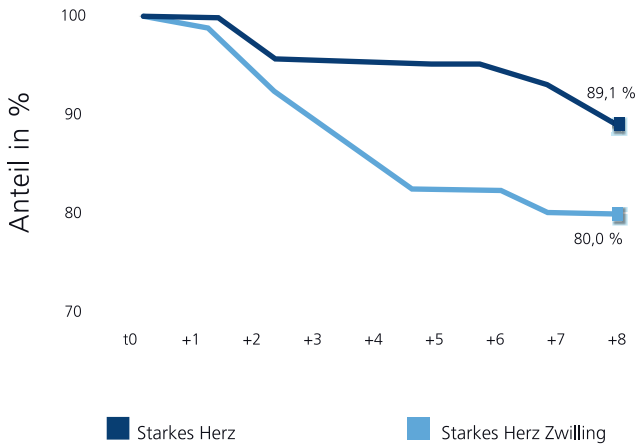
start nach acht Quartalen deutlich höher als in einer Vergleichsgruppe. Für die Evaluation standen 55 Teilnehmer mit ausreichend Nachbeobachtungszeitraum zur Verfügung. In der Untersuchungsgruppe sind sechs der 55 Patienten innerhalb von acht Quartalen nach Programmstart verstorben, wohingegen es in der Zwillingsgruppe mit elf verstorbenen Patienten fast doppelt so viele waren. Dies ist das Ergebnis eines Matched Pair-Vergleichs zwischen den Programmteilnehmern „Starkes Herz“ gegenüber deren statistischen Zwillingen (Verhältnis 1:1). Untersuchungs- und Kontrollgruppe stimmen in den Merkmalen Alter, Geschlecht, Schweregrad der Herzinsuffizienz, Kosten zwei Jahre vor Einschreibung und Ko-Morbidität vor Einschreibung (Charlson Score nach epidemiologisch gesicherter ICD-10GM-Diagnose) überein (**Grafik 1**).

Gestützt wird dieses Ergebnis durch die externe Evaluation der PMV-Forschungsgruppe der Universität zu Köln. Diese zeigt, dass Herzinsuffizienz-Patienten aus dem Kinzigtal häufiger leitlinienkonform versorgt werden als eine nach Alter und Geschlecht standardisierte Vergleichsgruppe aus Baden-Württemberg. So ist der Anteil von Herzinsuffizienz-Patienten mit Kontakt zu einem Kardiologen innerhalb eines Jahres bei den Versicherten der Region Gesundes Kinzigtal signifikant höher als bei der Vergleichsgruppe. Während im Jahr 2008 in der Kinzigtal-Population 24,2% der Patienten Kontakt zu einem Kardiologen hatten, waren es in der Vergleichspopulation aus Baden-Württemberg nur 19,2%. Die eingeschriebenen Mitglieder erhalten zudem gegenüber den nicht eingeschriebenen Versicherten im Kinzigtal häufiger eine leitlinienkonforme Arzneimitteltherapie (**Grafik 2**).

Mit Hilfe des Programms „Starkes Herz“ konnten die Kosten pro Quartal je Programmteilnehmer gegenüber der Einschreibung innerhalb von sechs Quartalen um 31,7% gesenkt werden. Der Kostenvergleich der Untersuchungs- gegenüber der Kontrollgruppe weist ebenfalls ein positives Delta von 300 Euro pro Patient aus (**Grafik 3**). Der Deckungsbeitrag ist 2009 mit 730 Euro pro Teilnehmer positiv und um fast 600 Euro höher als in der Vergleichsgruppe.

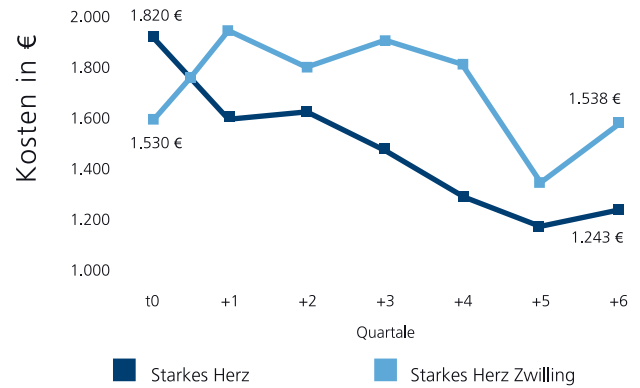
Grafik 1

Survival-Kurven Programmteilnehmer Starkes Herz vs. Starkes Herz Zwilling



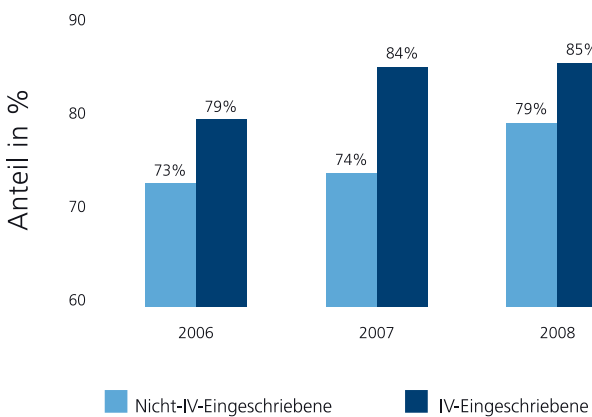
Grafik 3

Kosten (€) je Programmteilnehmer gegenüber Vergleichsgruppe ab Zeitpunkt der Einschreibung



Grafik 2

Entwicklung Anteil der Herzinsuffizienz-Patienten* mit ACE-Hemmer/AT1-Antagonist und/oder Betablockerverordnung**



* ICD: I11.0, I13.0, I13.2, I50 - epidemiologisch sichere Fälle
 ** ATC C07, C09

Datenbasis: Zu Grafiken 1 und 3: Die Anzahl der Programmteilnehmer in beiden Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt der Einschreibung betrug 55. Die Programmteilnehmer waren durchschnittlich ~81 Jahre alt, davon waren 69% weiblich (NYHA III: 71%, NYHA IV: 29%). Ermittlung der Ergebnisse mittels Sekundärdatenanalyse. Routedatensatz der OptiMedis AG basiert auf GKV-Daten von AOK und LKK Baden-Württemberg und umfasst ein Versichertenkollektiv von ca. 50.000 Versicherten inklusive Vergleichsstichprobe. Der Beobachtungszeitraum umfasst die Kalenderjahre 2004 bis 2010 (Stand der Datenauswertung: 3. Quartal 2011, auf Basis von Datenlieferungen vom 15.09.2011 (AOK) und 17.10.2011 (LKK) – Nachlieferungen können aktuelle Ergebnisse beeinflussen). Das Datenmaterial setzt sich zusammen aus mehreren Datensätzen, die über verschiedene Merkmale verknüpfbar sind. Die Daten liegen versichertenbezogen, aber pseudonymisiert vor und enthalten grundsätzlich nur Bruttokosten (exklusive Zahlungen/Rabatte). Die im Januar 2008 herausgegebenen Leitlinien (GPS – Gute Praxis Sekundärdatenanalyse) der Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) bilden die Basis für den Umgang mit den Routedaten. Daten zu eingeschriebenen Programmteilnehmern werden aus der IVIS-Software der Gesundes Kinzigtal GmbH extrahiert. Vor Analysebeginn findet generell eine datenbankseitige Fehlerprüfung der gelieferten Sekundärdaten statt, so dass die Datengrundlage überwiegend nichtfehlerhafte Werte enthält. Wird ein Wert im Zuge der Analyse dennoch als fehlerhaft erkannt, so wird dieser notwendigerweise nachträglich ausgeschlossen. Als Datenbank wird aktuell ein MS SQL Server 2008 unter Windows Server 2003 eingesetzt. Die Daten werden sowohl direkt auf dem Server (SQL, MDX) als auch unter Verwendung von Analyse-Front-Ends wie SPSS 15.0, MS Excel 2007 und der Business Intelligence Software DeltaMaster® 5.4.9 ausgewertet. Die Ergebnisse zur leitliniengerechten Arzneimitteltherapie und zum Praxiskontakt zu Kardiologien im Kinzigtal basieren auf der Evaluation der PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln (Zwischenbericht 2004-2008 für Gesundes Kinzigtal GmbH, Köster et al., 2011).

Kontakt:

Wiebke Gnekow, Projektleitung Programme
 Telefon: +49 7831 966670 | w.gnekow@gesundes-kinzigtal.de

Stand: 15.01.2016

ÄrztePlusPflege – reduziert Krankenhaus-Fälle bei Heimbewohnern



Zielgruppe:

Mitglieder von Gesundes Kinzigtal, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben.

Ziel:

Die pflegerisch und medizinisch besser aufeinander abgestimmte Versorgung von Heimbewohnern soll gesundheitliche Krisen vermeiden und die Zahl der Krankenhauseinweisungen reduzieren.

Programm:

Mithilfe der engen Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegefachkräften in den kooperierenden stationären Pflegeeinrichtungen lassen sich gesundheitliche Veränderungen früher und besser erkennen und Problemsituationen vermeiden. Zu der integrierten und fachübergreifenden Versorgung gehören monatliche Visiten der Hausärzte, ein geriatrisches Assessment zwischen Pflegenden (ggf. Angehörigen bzw. Betreuern) und Ärzten, eine erweiterte Rufbereitschaft der Ärzte, die gerontopsychiatrische Versorgung der Patienten durch einen Facharzt sowie eine verbesserte Medikationskontrolle der Heimbewohner. Ein weiterer Bestandteil von „ÄrztePlusPflege“ sind Fortbildungen u.a. in den Bereichen palliativmedizinischer Versorgung, Ernährungsverhalten, altersgerechter Medikation sowie Fitness- und Funktionsgymnastik für Pflegeheimbewohner. Das Programm basiert auf der insgesamt verbesserten Kooperation und Vernetzung zwischen den Ärzten und elf Pflegeeinrichtungen in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal seit 2006.

Start Programmentwicklung: 2008

Anzahl Teilnehmer: 119

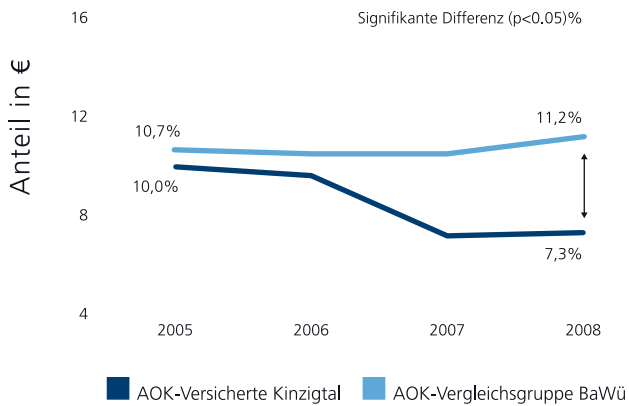
Ergebnisse:

Die übermäßig häufige Neuroleptika-Therapie bei Demenz-Patienten ist ein Zeichen für eine mögliche Fehlversorgung. In einer externen Evaluation durch die PMV-Forschungsgruppe der Universität Köln wird hierfür als Kennziffer der Anteil der Demenzpatienten mit längerfristiger Psycholeptika-Verordnung (ATC N05 über 6 Monate >180 DDD) ausgewiesen. In 2008 erhielten 7,3% der bei der AOK-Versicherten Demenzpatienten im Kinzigtal eine Behandlung mit Psycholeptika für einen theoretischen Behandlungszeitraum von mehr als einem halben Jahr. In der Vergleichsgruppe lag der Anteil mit 11,2% signifikant höher **[Grafik 1]**. Dieses Ergebnis ist auf die komplexen Interventionen im Rahmen der Integrierten Versorgung im Kinzigtal zurückzuführen.

Zwischen 2007 und 2010 ist ein signifikanter Rückgang der Krankenhaus-Fälle um über 31% zu verzeichnen. Der Rückgang der Fälle bezieht sich dabei nicht nur auf die Programmteilnehmer von „ÄrztePlusPflege“, sondern auf alle Heimbewohner der beteiligten Krankenkassen in der Region Kinzigtal **(Grafik 2)**. Der Rückgang der Krankenhaushäufigkeit bei den Heimbewohnern hat eine direkte Auswirkung auf die Krankenhauskosten: Diese sinken zwischen 2007 bis 2010 um knapp 30% auf 2.047 € pro Person. **(Grafik 3)**.

Grafik 1

Anteil Demenzpatienten* mit Psycholeptika-Verordnung**

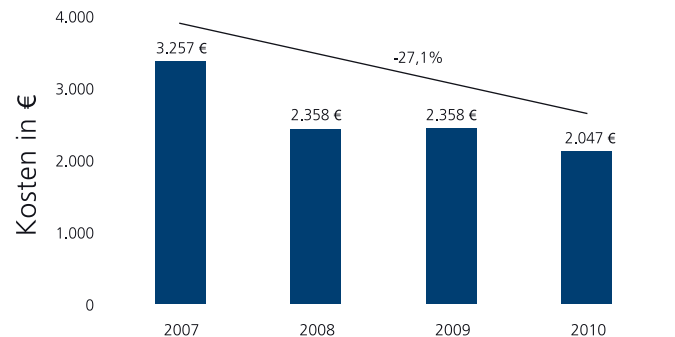


* Demenz-Patienten (nach ICD F00.-F03., F05.1, G30.), die Vergleichsgruppe ist auf die Alters- und Geschlechterstruktur der Population Kinzigtal des jeweiligen Jahres standardisiert.

** ATC N05 über 6 Monate (> 180 DDD)

Grafik 3

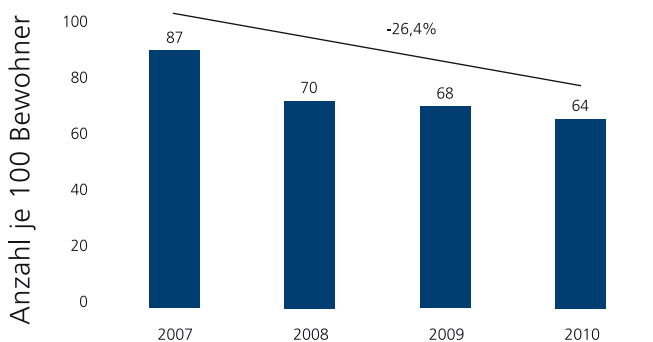
Senkung Krankenhauskosten pro Heimbewohner Gesundes Kinzigtal*



* alle Heimbewohner im Kinzigtal, die bei der AOK Baden-Württemberg versichert sind

Grafik 2

Entwicklung Krankenhaus-Fälle je 100 Heimbewohner im Kinzigtal*



* alle Heimbewohner im Kinzigtal, die bei der AOK Baden-Württemberg versichert sind

Datenbasis: Die Ergebnisse zum Anteil der Demenzpatienten mit Psycholeptika-Verordnung basieren auf der Evaluation der PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln (Zwischenbericht 2004-2008 für Gesundes Kinzigtal GmbH, Köster et al., 2011). Ermittlung der Ergebnisse mittels Sekundärdatenanalyse. Routinedatensatz der OptiMedis AG basiert auf GKV-Daten von AOK und LKK Baden-Württemberg und umfasst ein Versichertenkollektiv von ca. 50.000 Versicherten inklusive Vergleichsstichprobe. Der Beobachtungszeitraum umfasst die Kalenderjahre 2004 bis 2010. Stand der Datenauswertung: 4. Quartal 2012 – Nachlieferungen können aktuelle Ergebnisse beeinflussen. Datenmaterial: Zusammensetzung aus mehreren Datensätzen, die über verschiedene Merkmale verknüpfbar sind. Die Daten sind versichertenbezogen, aber pseudonymisiert und enthalten grundsätzlich nur Bruttokosten (exklusive Zuzahlungen/Rabatte). Die Leitlinien „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse der Arbeitsgruppe“ der AGENS (DGSMP) bilden die Basis im Umgang mit den Routinedaten. Daten zu eingeschriebenen Programmteilnehmern werden aus der IVIS-Software der Gesundes Kinzigtal GmbH extrahiert. Vor Analysebeginn findet generell eine datenbankseitige Fehlerprüfung der gelieferten Sekundärdaten statt, so dass die Datengrundlage überwiegend nichtfehlerhafte Werte enthält. Wird ein Wert im Zuge der Analyse dennoch als fehlerhaft erkannt, so wird dieser notwendigerweise nachträglich ausgeschlossen. Als Datenbank wird aktuell ein MS SQL Server 2008 unter Windows Server 2003 eingesetzt. Datenüberarbeitung und -auswertung erfolgt sowohl direkt auf dem Server (SQL, MDX) als auch unter Verwendung von Analyse-Front-Ends wie SPSS 20.0, MS Excel 2007 und der Business Intelligence Software DeltaMaster® 5.5.0.

Kontakt:

Dirk Konnegen, Projektleitung Programme
 Telefon: 07831 966670 | d.konnegen@gesundes-kinzigtal.de

Stand: 13.01.2016