

AOK Curaplan Koronare Herzkrankheiten der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse (Bereich: Rheinland)

Berichtstyp: Evaluationsbericht

Auswertungshalbjahre: 2004-2 bis 2011-2

Abgabedatum: 31. März 2013

Evaluatoren:

infas

infas Institut für angewandte
Sozialwissenschaft GmbH
Friedrich-Wilhelm-Str. 18
53113 Bonn

prognos

Prognos AG
Schwanenmarkt 21
40231 Düsseldorf

WIAD
Wissenschaftliches Institut der
Ärzte Deutschlands gem. e.V.

Wissenschaftliches Institut der Ärzte
Deutschlands (WIAD) gem. e.V.
Uhierstr. 78
53175 Bonn

Zusammenfassung	5
0. Einleitung	7
Tabelle 0.1 Inhalte der Evaluation	8
0.1. Fallbezogene Auswertung nach Halbjahres-Kohorten	11
Tabelle 0.1.1 Tabellenstandard	11
Tabelle 0.1.2 Plausible Wertebereiche	12
0.2. Beispiel für eine tabellarische Darstellung	13
Tabelle 0.2.1 Muster für eine tabellarische Darstellung am Beispiel der Tabelle: Patienten mit bestehender oder im Halbjahr neu auftretender Herzinsuffizienz und ihre Medikation	13
Berichtsteil I: Evaluation der medizinischen Inhalte	14
Auswertungskapitel 1: Patientenzahlen und -merkmale	14
Tabelle 1.1 Patientenzahlen und Geschlechtsverteilung	14
Tabelle 1.2 Bis Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten (Werte kumuliert)	16
Tabelle 1.3 Mittleres Alter laut Erstdokumentation in vollendeten Lebensjahren zum 1.1. des Auswertungsjahres	20
Tabelle 1.4 Alter laut Erstdokumentation – Verteilung auf Altersklassen für vollendete Lebensjahre zum 1.1. des Auswertungsjahres	22
Tabelle 1.5 Patienten und ihre mittlere und mediane Beobachtungszeit über alle Kohorten	24
Tabelle 1.6 Patienten und ihre mittlere und mediane Beobachtungszeit pro Kohorte	25
Tabelle 1.7 Patienten ohne medizinische Dokumentation	26
Auswertungskapitel 2: Leistungserbringer	28
Tabelle 2.1 Leistungserbringer*	29
Auswertungskapitel 3: Krankheitsverlauf nach Einschreibung	30
3.1 Risikofaktoren	31
Tabelle 3.1.1 Raucher in der Gruppe der Raucher laut Erstdokumentation	32
Tabelle 3.1.2 Raucherquote bei allen DMP-Teilnehmern	34
Tabelle 3.1.3 Hypertonieverlauf bei Patienten mit Hypertonie laut Anamnese (ED)	37
Tabelle 3.1.4 Mittlerer systolischer Blutdruck in mmHg im Kollektiv der Hypertoniker laut Anamnese	43
Tabelle 3.1.5 Mittlerer diastolischer Blutdruck in mmHg im Kollektiv der Hypertoniker laut Anamnese	45
3.2 Medikation	47
Tabelle 3.2.1 Patienten und ihre Medikation	48
Tabelle 3.2.2 Patienten mit bestehender oder im Halbjahr neu auftretender Herzinsuffizienz und ihre Medikation	57
3.3 KHK-spezifische Interventionen	61
Tabelle 3.3.1 Koronartherapeutische Intervention	62
Tabelle 3.3.2 Wiederholte Revaskularisation innerhalb eines Jahres	65
3.4 Symptome	67
Tabelle 3.4.1 Patienten mit Angina pectoris	68
3.5 Ereigniszeitanalysen	70
Tabelle 3.5.1 Ereigniszeitanalysen: Erstauftreten einer Herzinsuffizienz bei Patienten ohne Herzinsuffizienz in der Erstdokumentation (Anamnese+NYHA*)	71
Tabelle 3.5.2 Ereigniszeitanalysen: Erstauftreten eines akuten Koronarsyndroms bei Patienten ohne Koronarsyndrom in der Erstdokumentation (Anamnese)	73
Tabelle 3.5.3 Ereigniszeitanalysen: Erstauftreten von primären Endpunkten bei Patienten ohne primäre Endpunkte in der Erstdokumentation (Anamnese)	75
Berichtsteil II: Evaluation der ökonomischen Inhalte	78
Auswertungskapitel 4: Patientenzahlen der Stichprobe für die Leistungsausgaben	79
Tabelle 4.1 Patienten in der Stichprobe (Anzahl)	79

Auswertungskapitel 5: Leistungsausgaben	81
Tabelle 5.1 Patienten und zugehörige Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung in Euro (Stichprobe)	81
Tabelle 5.2 Patienten und zugehörige Ausgaben für die Krankenhausbehandlung in Euro (Stichprobe)	83
Tabelle 5.3 Patienten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Halbjahr	85
Tabelle 5.4 Patienten und zugehörige Ausgaben für Arzneimittel in Euro (Stichprobe)	87
Tabelle 5.5 Patienten und zugehörige Ausgaben für Heilmittel in Euro (Stichprobe)	89
Tabelle 5.6 Patienten und zugehörige Ausgaben für Hilfsmittel in Euro (Stichprobe)	91
Tabelle 5.7 Patienten und zugehörige Ausgaben für Anschlussrehabilitation in Euro (Stichprobe)	93
Tabelle 5.8 Patienten und zugehörige Ausgaben für häusliche Krankenpflege in Euro (Stichprobe)	95
Tabelle 5.9 Patienten und zugehörige Ausgaben für Krankengeld – ohne Kinderkrankengeld – bei Anspruchsberechtigten (Stichprobe)	97
Tabelle 5.10 Patienten und zugehörige Ausgaben für Dialyse-Sachkosten in Euro (Stichprobe)	99
Tabelle 5.11 Patienten und zugehörige Ausgaben der vorstehenden Leistungsbereiche – Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege ab 2006 – insgesamt in Euro (Stichprobe)	102
Auswertungskapitel 6: Kosten für Verwaltung und Qualitätssicherung	105
Tabelle 6.1 Durchschnittliche Kosten für Verwaltung und Qualitätssicherung pro DMP-Teilnehmer und Jahr und Versichertenjahre	105
Berichtsteil III: Auswertungen zur Lebensqualität	106
Abb. III.1 Übersicht über die Bildung der Sub- bzw. Summenskalen und des SF-6D-Gesamtindex	107
Auswertungskapitel 7: Rücklaufstatistik	108
Tabelle 7.1 Patienten in der Stichprobe (Anzahl)	108
Auswertungskapitel 8: Auswertungen zur Lebensqualität	110
Tabelle 8.1 Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	110
Tabelle 8.2 SF-36-Skala Körperliche Funktionsfähigkeit: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	113
Tabelle 8.3 SF-36-Skala Körperliche Rollenfunktion: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	116
Tabelle 8.4 SF-36-Skala Körperliche Schmerzen: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	119
Tabelle 8.5 SF-36-Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	122
Tabelle 8.6 SF-36-Skala Vitalität: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	125
Tabelle 8.7 SF-36-Skala Soziale Funktionsfähigkeit: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	128
Tabelle 8.8 SF-36-Skala Emotionale Rollenfunktion: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	131
Tabelle 8.9 SF-36-Skala Psychisches Wohlbefinden: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	134
Tabelle 8.10 Körperliche Summenskala	137
Tabelle 8.11 Psychische Summenskala	140
Tabelle 8.12 SF-6D-Gesamtindex: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	143
Anhang A: Risikoadjustierter Berichtsteil	147
Tabelle A.1 Übersicht über die Zielwerte, Kollektivabgrenzung und die zugehörigen Gesamtmittelwerte	148
A.3. Krankheitsverlauf nach Einschreibung	149
A.3.1 Risikofaktoren	150
Tabelle A.3.1.1 Risikofaktoren	150
A.3.3 KHK-spezifische Interventionen	151
Tabelle A.3.3.1 KHK-spezifische Interventionen	151
A.3.4 Symptome	152
Tabelle A.3.4.1 Symptome: Patienten mit Angina pectoris	152

A.3.5 Ereigniszeitanalysen	153
Tabelle A.3.5.1 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=4, Tod t=5): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	153
Tabelle A.3.5.2 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=5, Tod t=6): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	153
Tabelle A.3.5.3 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=6, Tod t=7): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	153
Tabelle A.3.5.4 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=7, Tod t=8): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	154
Tabelle A.3.5.5 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=8, Tod t=9): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	154
Tabelle A.3.5.6 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=9, Tod t=10): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	154
Tabelle A.3.5.7 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=10, Tod t=11): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	154
Tabelle A.3.5.8 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=11, Tod t=12): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	154
Tabelle A.3.5.9 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=12, Tod t=13): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	155
Tabelle A.3.5.10 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=13, Tod t=14): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	155
Tabelle A.3.5.11 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=14, Tod t=15): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr	155
A.3.6 Begleit- und Folgeerkrankungen	156
Tabelle A.3.6.1 Erstauftreten einer Herzinsuffizienz oder eines akuten Koronarsyndroms	156
A.5 Leistungsausgaben	157
Tabelle A.5.1 Leistungsausgaben	157
Anhang B: Methodik und Datengrundlage	158
B.1 Datengrundlage	158
Abb. B.1.1 Datenfluss im Rahmen des DMP KHK unter vertraglicher Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) (Regelfall) - ab eDMP	159
B.2 Qualitätssicherung	161
B.3 Sonderfälle bei den medizinischen Datensätzen	162
Tabelle B.3.1 Medizinische Daten: Umgang bei mehreren Dokumentationen in einem Berichtshalbjahr	163
B.4 Modellbildung für die Risikoadjustierung	164
Tabelle B.4.1 Medizinische Zielwerte	165
Tabelle B.4.2 Ökonomische Zielwerte	165
Tabelle B.4.3 Gemessene Ereigniszeiten und Zahl der Bindungen bei Zielvariable Tod	166
Tabelle B.4.4 Gemessene Ereigniszeiten und Zahl der Bindungen bei Zielvariable primäre Endpunkte	166
Tabelle B.4.5 Übersicht über den gemeinsamen Kovariatensatz für die Modellierung	168
Anhang C: Glossar	170

Zusammenfassung

Ausgeschiedene Patienten/-innen*

Im Zeitverlauf können Patienten/-innen aus dem Programm ausscheiden. Gründe für das Ausscheiden sind: Beendigung durch den Patienten/die Patientin, Ausschluss des Patienten/der Patientin durch die Krankenkasse auf Grund der Nichterfüllung vorgegebener Kriterien oder Tod des Patienten/der Patientin. Die meisten der ausgeschiedenen Patienten/-innen wurden aus dem Programm ausgeschlossen. Die Ausschlusskriterien sind durch das BVA festgelegt. Wird ein Patient bzw. eine Patientin - bei kontinuierlicher Teilnahme am DMP - aus technischen Gründen aus dem DMP ausgeschrieben und im Anschluss wieder eingeschrieben, so wird dies als Ausscheiden und Teilnahme eines neuen Falls gewertet.

Raucheranteil

Rauchen hat zahlreiche negative Einflüsse auf Stoffwechsel und Herz-Kreislauf-System, die sowohl die Entstehung einer KHK als auch deren Folgeerkrankungen negativ beeinflussen und teilweise sogar potenzieren können. Eine wichtige Zielsetzung des DMP in der Therapie einer KHK ist demzufolge eine Veränderung des Rauchverhaltens der Patienten/-innen, die letztlich zur Reduktion des Raucheranteils unter den DMP-Patienten/-innen führen soll.

Systolischer und diastolischer Blutdruck

Ein erhöhter Blutdruck hat ebenfalls zahlreiche negative Einflüsse auf das Herz-Kreislauf-System, die die Folgeerkrankungen der KHK an den Gefäßen verstärken. Eine (medikamentöse) Einstellung der erhöhten Blutdruckwerte in den Normalbereich ist daher ein wichtiges Ziel in der Therapie einer KHK.

Der untere Druckwert der Blutdruckkurve, der so genannte diastolische Wert, lastet permanent auf den Gefäßwänden und ist somit von besonderer diagnostischer Bedeutung. Die Entwicklung des mittleren diastolischen sowie des mittleren systolischen Blutdruckwertes ist für das Kollektiv der Hypertoniker dokumentiert, d.h. für diejenigen Patienten, die zum Zeitpunkt der Erstdokumentation als Hypertoniker eingestuft wurden. Dazu zählen Patienten, die zu diesem Zeitpunkt einen systolischen Blutdruckwert von mindestens 140 mmHg und/oder einen diastolischen Blutdruckwert von mindestens 90 mmHg aufwiesen.

Medikation

Neben Rauchkarenz, Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung sowie ausreichender Bewegung - wodurch ein Teil der Patienten potenziell keine Arzneimitteltherapie mehr benötigt - besteht die Therapie der KHK vor allem in der medikamentösen Behandlung der erhöhten Blutdruck- und Blutfettwerte sowie der Blutgerinnungsparameter. An dieser Stelle soll lediglich eine Gesamtbetrachtung des Anteils der Patienten erfolgen, die eine KHK-spezifische Medikation (Beta-Blocker, Statine, Thrombozytenaggregationshemmer) erhalten.

KHK-spezifische Interventionen

Bei der Erkrankung KHK tritt eine durch Einlagerungen in die Gefäßwand bedingte Verengung des Gefäßvolumens auf, die eine Verschlechterung des Blutflusses und damit der Sauerstoffversorgung des Herzens zur Folge hat. Das Ziel einer Reihe von Interventionen besteht daher indikationsabhängig in einer Erweiterung (perkutan mittels Katheter [PCTA, PCI]) bzw. Umgehung (mittels Bypass-Operation) der verengten Gefäßstrecken (Revaskularisation).

Bei keiner Methode der Eingriffe werden die Durchblutungsbedingungen in ungeschädigten Herzkranzgefäßen erreicht. Bei vorgeschädigtem Gefäßstatus kann es daher erneut zu Verschluss oder Verengung eines Herzkranzgefäßes oder auch eines Bypasses kommen. In diesen Fällen können Wiederholungseingriffe (wiederholte Revaskularisation) notwendig werden.

Symptome, Begleit- und Folgeerkrankungen

Die KHK entsteht durch eine Verengung der Herzkranzgefäße hervorgerufen durch Fett- und Kalkablagerungen an den Gefäßinnenwänden. Durch den verminderten Blutfluss kann der Sauerstoffbedarf des Herzmuskels nicht mehr gedeckt werden. Es kommt zu einem Missverhältnis von Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot. Die akute Mangeldurchblutung des Herzmuskels äußert sich in anfallsartigen Schmerzen bzw. einem Engegefühl der Brust, den Angina pectoris-Beschwerden. Sie sind das vorherrschende Symptom einer KHK. Eine KHK kann zu weiteren schweren Erkrankungen des Herzens führen, die mit einer erhöhten Sterblichkeit einhergehen. Hierzu gehören u.a. die Herzinsuffizienz sowie das akute Koronarsyndrom mit den Entitäten instabile Angina pectoris und Herzinfarkt.

* Sollten in der nachfolgenden tabellarischen Zusammenfassung einzelne Zellen nicht befüllt sein, liegt der Grund in zu geringen Patientenzahlen, aufgrund derer die jeweilige Auswertung nicht durchgeführt werden konnte.

Tabellarische Zusammenfassung

Disease-Management-Programm AOK Curaplan Koronare Herzkrankheiten der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse (Bereich: Rheinland)					
Variablen			Messzeitpunkt		Nummer/Link zur Tabelle im Bericht
Allgemeine Programm- und Patientendaten	Programmlaufzeit	Starthalbjahr		2004-2	1.1
		letztes Berichtshalbjahr		2011-2	1.1
		Gesamtlaufzeit bis letztes Berichtshalbjahr (in Jahren)		7.0	1.1
	Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Anzahl im letzten Berichtshalbjahr		72073	1.1.
		insgesamt seit dem Start eingeschriebene Patientinnen und Patienten		111845	1.1.
		Anteil Männer (in%)		61.8	1.1
		Anteil Frauen (in%)		38.2	1.1
		Anteil der ausgeschiedenen Patientinnen und Patienten		35.9	1.2
	Mittleres Alter der Patientinnen und Patienten (gewichtet, in Jahren)	Beitritts-halb-jahr	66.6	1.3	
Medizinische Inhalte	Raucheranteil	Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Gruppe der Raucherinnen und Raucher (laut Erstdokumentation)	achtes Folgehalbjahr*	65.5	3.1.1
	Blutdruck	Mittlerer systolischer Blutdruck im Kollektiv der Hypertoniker (gewichtet, in mmHg)	achtes Folgehalbjahr*	131.8	3.1.4
		Mittlerer diastolischer Blutdruck im Kollektiv der Hypertoniker (gewichtet, in mmHg)	achtes Folgehalbjahr*	77.6	3.1.5
	Medikation	Anteil der Patientinnen und Patienten, die mit KHK-spezifischer Medikation (Beta-Blocker, Statine, Trombozytenaggregationshemmer) behandelt werden	Beitritts-halb-jahr	97.9	3.2.1
			achtes Folgehalbjahr*	99.1	
	KHK-spezifische Intervention	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Koronartherapeutischer Intervention (PCI oder Bypass-Operation)**	erstes Folgehalbjahr	Max: 13.7	3.3.1
			achtes Folgehalbjahr*	Max: 3.7	
		Anteil der Patientinnen und Patienten mit wiederholter Revaskularisation innerhalb eines Jahres**	erstes Folgehalbjahr	Max: 65.0	3.3.2
			achtes Folgehalbjahr*	Max: 55.8	
	Symptome, Begleit- und Folgeerkrankungen	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Angina Pectoris	Beitritts-halb-jahr	Max: 54.4	3.4.1
			achtes Folgehalbjahr*	Max: 23.3	
		Anteil der Patientinnen und Patienten mit erstmals aufgetretener Herzinsuffizienz	alle Kohorten und Halbjahre***	Min: 0.3	3.5.1
Max: 6.8					
Anteil der Patientinnen und Patienten mit erstmals aufgetretenem akutem Koronarsyndrom****		alle Kohorten und Halbjahre*****	Min: 0.7	3.5.2	
			Max: 6.2		

* gilt nur für Kohorten mit acht oder mehr Folgehalbjahren

** abweichender Erfassungsmodus im Beitritts-halb-jahr

*** mit Ausnahme des Beitritts-halb-jahres und des ersten Folgehalbjahres

**** umfasst die Entitäten instabile Angina pectoris und Herzinfarkt

***** mit Ausnahme des Beitritts-halb-jahres

0. Einleitung

Die Disease-Management-Programme (DMP) zielen darauf ab, die medizinische Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten flächendeckend qualitativ zu verbessern. Die Behandlung von Patienten wird über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert sowie auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert. Die Patienten sollen systematisch, kontinuierlich und individuell betreut werden, um so den Verlauf der ausgewählten chronischen Krankheiten dauerhaft positiv zu beeinflussen.

Den gesetzlichen Rahmen für die Implementierung von DMP bildet das Risikostruktur-Ausgleichs-Reformgesetz, das seit dem 1. Januar 2002 in Kraft ist. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlässt die Rechtsgrundlagen zur Umsetzung von DMP insbesondere als Änderungsverordnungen zur Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV). Auf dieser Basis können die Krankenkassen ihre strukturierten Behandlungsprogramme entwickeln und beim Bundesversicherungsamt (BVA) einreichen. Das BVA prüft, ob die Programme den gesetzlichen Kriterien entsprechen und erteilt nach positiver Entscheidung seine Zulassung. Ein Zulassungskriterium ist dabei die Evaluation der DMP. Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe hat das BVA (Mindest-) Anforderungen für die Evaluation der unterschiedlichen Behandlungsprogramme erarbeitet. Hauptziel der Evaluation ist es, zu überprüfen,

- inwieweit die Ziele des Programms erreicht werden konnten,
- inwieweit die Einschreibekriterien eingehalten wurden und
- wie sich die Kosten der Versorgung im strukturierten Behandlungsprogramm entwickeln.

Entsprechend den Kriterien des BVA sind die medizinischen Inhalte aus den Dokumentationen der Ärzte, die Kosten für die einzelnen Leistungserbringer bzw. -bereiche aus den Routinedaten der Krankenkassen sowie die Veränderungen der subjektiven Lebensqualität der Patienten durch deren schriftliche Befragung zu untersuchen und Zusammenhänge zwischen diesen Ebenen aufzuzeigen. Die Evaluation zeichnet sich dadurch aus, dass für die den Programmen zugrundeliegenden Indikationen erstmalig in großem Umfang medizinische Daten patientenbezogen erhoben und mit weiteren Daten verknüpft werden.

Während in der Anfangsphase der Evaluation die DMP in Abhängigkeit von ihrer Laufzeit – und damit bei unterschiedlichem Programmstart zu unterschiedlichen Zeitpunkten – zu evaluieren waren, gilt seit 1. Juli 2008 eine stichtagsbezogene Regelung. Für die Indikation Koronare Herzkrankheiten sind demnach sämtliche DMP zum 31.03.2013 zu evaluieren. Anschließend erfolgt alle zwei Jahre eine Aktualisierung, d.h. zum 31.03.2015, zum 31.03.2017, etc.

Tabelle 0.1 gibt eine Übersicht darüber, welche Inhalte der vorliegende Evaluationsbericht umfasst.

Tabelle 0.1 Inhalte der Evaluation

Auswertungskapitel	Inhalte
Berichtsteil I: Evaluation der medizinischen Inhalte	
1. Patientenzahlen und -merkmale	<ul style="list-style-type: none"> - Patientenzahlen und Geschlechtsverteilung - Bis Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten (Werte kumuliert) - Mittleres Alter in vollendeten Lebensjahren zum 1.1. des Auswertungsjahres - Alter - Verteilung auf Altersklassen für vollendete Lebensjahre zum 1.1. des Auswertungsjahres - Patienten und ihre mittlere und mediane Beobachtungszeit - Patienten ohne medizinische Dokumentation
2. Leistungserbringer	Ärzte und stationäre Einrichtungen
3. Krankheitsverlauf nach Einschreibung	<ul style="list-style-type: none"> - Raucherstatus - Hypertonus - Medikation - Angina pectoris - KHK-spezifische Interventionen <i>Ereigniszeitanalysen:</i> - Herzinsuffizienz - akutes Koronarsyndrom - primäre Endpunkte
Berichtsteil II: Evaluation der ökonomischen Inhalte	
4. Patientenzahlen der Stichprobe für die Leistungsausgaben	- Patientenzahlen
5. Leistungsausgaben (Stichprobe)	Leistungsausgaben für die nachfolgenden Bereiche insgesamt und einzeln: <ul style="list-style-type: none"> - ambulante ärztliche Behandlung - Krankenhausbehandlung - Arzneimittel - Heilmittel - Hilfsmittel - Anschlussrehabilitation - Häusliche Krankenpflege - Krankengeld für Patienten mit Krankengeldanspruch - Dialyse-Sachkosten - Leistungsausgaben der Patienten insgesamt
6. Kosten für Verwaltung und Qualitätssicherung	Durchschnittliche Kosten pro Patientenjahr für Qualitätssicherung und Verwaltung

Auswertungskapitel	Inhalte
Berichtsteil III: Auswertungen zur Lebensqualität*	
7. Patientenzahlen der Stichprobe für den SF36	<ul style="list-style-type: none"> - Patientenzahlen - Rücklaufquote
8. Veränderung der subjektiven Lebensqualität (Stichprobe)	<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitszustand im Vergleich zum Vorjahr - Körperliche Funktionsfähigkeit - Körperliche Rollenfunktion - Körperliche Schmerzen - Allgemeine Gesundheitswahrnehmung - Vitalität - Soziale Funktionsfähigkeit - Emotionale Rollenfunktion - Psychisches Wohlbefinden - Körperliche Summenskala - Psychische Summenskala - SF-6D-Gesamtindex
Anhang A: Risikoadjustierte Auswertungsergebnisse	
Anhang B: Methodik und Datengrundlage	
Anhang C: Glossar	

*Die Lebensqualitätsbefragung wird vom BVA für die Indikation KHK erstmalig ab der 2. Halbjahreskohorte 2007 gefordert

Um eine Vergleichbarkeit aller Evaluationsberichte zu gewährleisten, hat das BVA verbindliche Vorgaben für die Datenauswertung gemacht und in den „Kriterien des Bundesversicherungsamts zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme“ in der Version 5.3 vom 26. September 2011 veröffentlicht. In Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den beteiligten Evaluatoren wurden konkrete Berechnungsvorschriften zur Auswertung der Daten erarbeitet und in einem internen Prozess validiert. Für den vorliegenden Bericht kommt zudem die E-Mail des BVA mit einer Klarstellung hinsichtlich der Definition zur Auswertung: „Erstauftreten von primären Endpunkten“ vom 21.11.2012 zum Tragen.

Das vom Gesetzgeber vorgesehene Evaluationsvorhaben ist durch den vorgegebenen Kriterienkatalog formalisiert und basiert in erster Linie auf einer deskriptiven Auswertung der Daten. Eine Verlaufsbetrachtung wird durch die Dokumentation einzelner Messzeitpunkte in Halbjahresabschnitten ermöglicht. Nach Vorlage der Evaluationsberichte wird vom BVA ein Vergleich der Programme untereinander vorgenommen. Um eine Vergleichbarkeit im Hinblick auf die Patientenpopulation herzustellen, erfolgt dazu eine risikoadjustierte Schätzung der interessierenden Parameter.

Der vorliegende Bericht evaluiert das Disease-Management-Programm „AOK Curaplan Koronare Herzkrankheiten“ der AOK zur Behandlung von KHK in der Antragsregion Nordrhein. Die Akkreditierung für das Programm erfolgte am 28.09.2004, also im Halbjahr 2004-2. In diesem Evaluationsbericht werden die Teilnehmer des Programms vom Zeitpunkt Ihres Beitritts bis einschließlich des Halbjahres 2011-2 beobachtet. Am AOK Curaplan Koronare Herzkrankheiten nehmen die Versicherten der AOK Rheinland und gegebenenfalls länderübergreifend betreute AOK-Versicherte anderer Regionen teil.

Zu beachten sind außerdem die Auswirkungen der Fusion von Knappschaft und See-Krankenkasse zum 1.1.2008 auf die Evaluationsberichte. Die Fusion wurde bezüglich der DMPs zum 1.4.2008 umgesetzt, also in der Mitte des Halbjahres 2008-1.¹ Während Versicherte der ehemaligen See-Krankenkasse bis zu diesem Zeitpunkt an den DMPs der AOK teilnahmen, nehmen sie seitdem als Knappschaftsversicherte an den DMPs der Knappschaft teil. Auswertungstechnisch sind nach den Vorgaben des BVA die ehemaligen See-Versicherten ab den Berichten, die das Halbjahr 2008-1 umfassen, den Knappschafts-Berichten zuzuordnen. Folglich enthält der Knappschaftsbericht in den Berichtshalbjahren bis einschließlich 2008-1 auch Versicherte, die in diesen Halbjahren Teilnehmer der AOK-Programme waren. Umgekehrt werden in den AOK-Berichten dieser Halbjahre diejenigen Programmteilnehmer der AOK-Programme nicht mehr ausgewiesen, die der ehemaligen See-Krankenkasse angehörten.

Um das Verständnis des vorliegenden Evaluationsberichtes zu erleichtern, wird in den folgenden Ausführungen die Auswertung nach Halbjahres-Kohorten beschrieben und anhand einer Beispieltabelle illustriert. Anschließend werden diejenigen Untergruppen erläutert, für die gesonderte Auswertungen vorgenommen werden. Fachbegriffe, die im Text und in den Tabellen verwendet werden, werden im Glossar am Ende des Anhangs erläutert. Ebenfalls im Anhang werden Methodik und Datengrundlage für die Auswertungen in diesem Evaluationsbericht beschrieben.

Zur Vereinfachung wird im folgenden von „Patienten“, „Teilnehmern und „Personen“ usw. gesprochen. Damit sind jedoch stets männliche und weibliche Personen gemeint.

¹ Da die erstmalige Datenlieferung von „Fusionsdatensätzen“ unmittelbar vor der Auswertung für die Evaluationsberichte zum 31.03.2009 erfolgte, konnten nicht mehr alle mit der Fusion zusammenhängenden Datenprobleme vor der Berichtslegung behoben werden. Im Vergleich zum Bericht aus März 2009 haben sich die Fallzahlen insgesamt um weniger als 2% erhöht. Je nach Antragsregion, Kassenart und Kohorte sind deutlich höhere Abweichungen möglich.

0.1. Fallbezogene Auswertung nach Halbjahres-Kohorten

Mit dem Start des Programms werden sukzessive neue Patienten in das Programm eingeschrieben. Da für die Auswertung von Interesse ist, wie sich Krankheitsverlauf und Leistungsausgaben der Patienten mit zunehmender Teilnahmedauer am DMP verändern und wie sich die subjektive Lebensqualität entwickelt, kann die Auswertung nicht für die Gesamtheit dieser Patienten und damit unabhängig vom Einschreibedatum vorgenommen werden. Vielmehr werden die jeweils neu eingeschriebenen Patienten halbjährlich zusammengefasst als Halbjahres-Kohorte betrachtet.

Der Kohortenansatz, im vorliegenden Fall die Betrachtung von Eintrittskohorten, erlaubt die Erfassung von kohortenspezifischen Effekten. Der Kohortenansatz wird häufig verwendet, um Alters-, Kohorten- und Periodeneffekte zu differenzieren. Im vorliegenden Fall der Betrachtung von Eintrittskohorten, die jeweils über ein halbes Jahr zusammengefasst sind, ist insbesondere die Berücksichtigung von Periodeneffekten („Lerneffekte“ innerhalb der einzelnen DMP, Veränderungen der DMP, Veränderungen relevanter Randbedingungen) bedeutsam.

Die Halbjahres-Kohorten werden im Folgenden in Abhängigkeit vom Kalenderhalbjahr ihrer Einschreibung als Kohorte „2004-2“, „Kohorte 2005-1“, „Kohorte 2005-2“ etc. benannt. Je nach Eintritt des einzelnen Teilnehmers in das Programm kann das Beitrittsjahr weniger als sechs Monate umfassen. Tabelle 0.1.1 verdeutlicht beispielhaft den sich daraus ergebenden Tabellenstandard für ein DMP, das im Halbjahr 2004-2 begann: Jede Zeile beinhaltet die Daten jeweils einer Kohorte. In der ersten Spalte ist für jede Kohorte ausgewiesen, in welches Kalenderhalbjahr der Eintritt der jeweiligen Kohortenmitglieder in das DMP fiel. In der zweiten Spalte ist der Wert des ausgewerteten Parameters für das Beitrittsjahr dargestellt. In der dritten Spalte wird der Wert für das zweite Halbjahr der Programmteilnahme ausgewiesen, in der vierten Spalte für das dritte Halbjahr etc.. Zu beachten ist dabei, dass die Spaltenüberschriften sich auf die **Teilnahme-Halbjahre** der Patienten beziehen. Für jede Halbjahres-Kohorte fällt das x-te Teilnahmehalbjahr in unterschiedliche Kalenderhalbjahre.

Tabelle 0.1.1 Tabellenstandard

Eintrittszeitpunkt	Teilnehmer im Beitrittsjahr	Teilnehmer im 2. Halbjahr	Teilnehmer im 3. Halbjahr	Teilnehmer im 4. Halbjahr	Teilnehmer im 5. Halbjahr	Teilnehmer im 6. Halbjahr	Teilnehmer im 7. Halbjahr	Teilnehmer im 8. Halbjahr	Teilnehmer im 9. Halbjahr	Teilnehmer im 10. Halbjahr	Teilnehmer im 11. Halbjahr	Teilnehmer im 12. Halbjahr	Teilnehmer im 13. Halbjahr	Teilnehmer im 14. Halbjahr	Teilnehmer im 15. Halbjahr	Teilnehmer im 16. Halbjahr
2004-2	Wert für 2004-2	Wert für 2005-1	Wert für 2005-2	Wert für 2006-1	Wert für 2006-2	Wert für 2007-1	Wert für 2007-2	Wert für 2008-1	Wert für 2008-2	Wert für 2009-1	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...
2005-1	Wert für 2005-1	Wert für 2005-2	Wert für 2006-1	Wert für 2006-2	Wert für 2007-1	Wert für 2007-2	Wert für 2008-1	Wert für 2008-2	Wert für 2009-1	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...	
2005-2	Wert für 2005-2	Wert für 2006-1	Wert für 2006-2	Wert für 2007-1	Wert für 2007-2	Wert für 2008-1	Wert für 2008-2	Wert für 2009-1	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...		
2006-1	Wert für 2006-1	Wert für 2006-2	Wert für 2007-1	Wert für 2007-2	Wert für 2008-1	Wert für 2008-2	Wert für 2009-1	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...			
2006-2	Wert für 2006-2	Wert für 2007-1	Wert für 2007-2	Wert für 2008-1	Wert für 2008-2	Wert für 2009-1	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...				
2007-1	Wert für 2007-1	Wert für 2007-2	Wert für 2008-1	Wert für 2008-2	Wert für 2009-1	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...					
2007-2	Wert für 2007-2	Wert für 2008-1	Wert für 2008-2	Wert für 2009-1	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...						
2008-1	Wert für 2008-1	Wert für 2008-2	Wert für 2009-1	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...							
2008-2	Wert für 2008-2	Wert für 2009-1	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...								
2009-1	Wert für 2009-1	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...									
2009-2	Wert für 2009-2	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...										
2010-1	Wert für 2010-1	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...											
2010-2	Wert für 2010-2	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...												
2011-1	Wert für 2011-1	Wert für 2011-2	...													
2011-2	Wert für 2011-2	...														
...	...															

Abweichend von diesem Standard erfolgt für einige Parameter eine jährliche Darstellung. So werden die durchschnittlichen Kosten für Verwaltung und Qualitätssicherung kalenderjährlich dargestellt.

Die zentrale Abgrenzung für die tabellarische Darstellung ist, wie oben erläutert, die Halbjahres-„Kohorte“, der alle diejenigen Patienten zugeordnet werden, die sich im selben Kalenderhalbjahr in ein DMP eingeschrieben haben. Ausschlaggebend dafür, welcher Kohorte der Patient zugeordnet wird, ist das Unterschriftsdatum des Arztes auf der **Erstdokumentation**. Wurde die Erstdokumentation beispielsweise mit Datum vom 30.06.2006 unterschrieben, wird der Patient der Kohorte 2006-1 zugeordnet. Wurde die Erstdokumentation am 1.7.2006 unterschrieben, wird der Patient der Kohorte 2006-2 zugerechnet. Bei allen weiteren Dokumentationen, die in den folgenden Halbjahren erstellt werden, spricht man von **Folgedokumentationen**.

Erreicht eine Kohorte nicht die Mindestgröße von 10 Teilnehmern, werden für die entsprechenden Patienten keine Auswertungen vorgenommen. Die Mindestgröße von 10 Patienten bedeutet aber auch, dass Auswertungen für relativ geringe Fallzahlen möglich sind. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind daher neben den ausgewiesenen Anteilswerten immer auch die Absolutzahlen zu berücksichtigen.

Bei der Interpretation der Auswertung nach Halbjahren ist zu beachten, dass die Kriterien des BVA eine **fallbezogene Auswertung** vorsehen und keine patientenbezogene: Entsprechend den BVA-Kriterien wird bei wiederholter Einschreibung ein neuer Fall gebildet und damit der Versicherte einer neuen Kohorte zugeordnet.

Ab dem zweiten Halbjahr ist bei den Auswertungen zu berücksichtigen, dass im Zeitverlauf Patienten aus dem Programm ausscheiden können. Gründe für das Ausscheiden sind z.B. eine freiwillige Beendigung oder eine unregelmäßige Teilnahme am Programm, die bei Ausbleiben von zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen zu einem Ausschluss führen. Im Folgenden werden daher diejenigen Patienten, die zu Beginn des Berichtshalbjahres noch Programmteilnehmer sind als „**Restkohorte**“ bezeichnet. Starten beispielsweise im Beitrittsjahr 10.000 Patienten in das Programm und scheiden von ihnen noch im selben Halbjahr 500 wieder aus, umfasst die „Restkohorte“ des folgenden Halbjahres 9.500 Patienten.

Für die Auswertung der medizinischen Daten fällt die Fallbasis jedoch zumeist kleiner aus als die Anzahl der Mitglieder der Restkohorte. Denn in den jeweiligen Berichtshalbjahren liegen in der Regel nicht für alle Patienten der „Restkohorte“ auswertbare und plausible medizinische Angaben vor. Dies kann drei Ursachen haben:

- „total missings“: Der Dokumentationsbogen fehlt vollständig.
- „item missings“: Der Dokumentationsbogen weist bei den benötigten Parametern Lücken auf.
- „unplausible Werte“: Der Dokumentationsbogen enthält z.B. Werte außerhalb eines medizinisch „**plausiblen Wertebereichs**“ (vgl. Tabelle 0.1.2.) oder Angaben, die nicht den Plausibilitätskriterien des BVA genügen.

Zu beachten ist weiterhin, dass im Sommer 2010 in Abstimmung mit dem BVA erstmals Regelungen getroffen wurden, die festlegen welcher Wert beim Vorliegen mehrerer Erstdokumentationen pro Halbjahr zu verwenden ist (siehe Kapitel B.3).

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass in den vorliegenden KHK-Berichten Daten aus eDMP enthalten sind. Ab dem Halbjahr 2008-2 kann daher - je nach Auswertungsinhalt - die Vergleichbarkeit der Auswertungsinhalte eingeschränkt sein. Zum einen werden seit eDMP einige Parameter auf geänderte Art und Weise erfasst. Zum anderen besteht - je nach Praxissoftware - seit eDMP die Möglichkeit, auf ergänzende Patienteninformationen zuzugreifen, so dass ggf. ein bisher möglicherweise unterrepräsentierter Parameter korrigiert dargestellt wird.

Tabelle 0.1.2 Plausible Wertebereiche

Parameter	definierter medizinischer Bereich*
Größe (m)	≥ 1,20 bis ≤ 2,50
Gewicht (kg)	≥ 40 bis ≤ 300
RR systolisch (mmHg)	≥ 50 bis ≤ 300
RR diastolisch (mmHg)	≥ 10 bis ≤ 200

*Basis: **Expertenmeinungen nach Kenntnisstand August 2007**. Wertebereiche sind vom BVA als Evaluationsgrundlage abgenommen und werden aufgrund der jeweils aktuellen Evaluationsergebnisse regelmäßig aktualisiert.

Anzahl und Anteil der nicht auswertbaren Patienten, bei denen mindestens eines dieser o.g. Kriterien zutrifft, werden in den tabellarischen Darstellungen nicht ausgewiesen. Diese Angaben können aber durch einfache Arithmetik aus den Angaben zur Gesamtpatientenzahl und der Anzahl der Patienten, die auswertbar sind, ermittelt werden. Als „**auswertbar**“ gelten diejenigen Patienten, die der Restkohorte angehören und für die auswertbare medizinische Daten vorliegen. Sie bilden in der Regel die Fallbasis für die Berechnung von Anteilswerten, Konfidenzintervallen und Mittelwerten.²

Damit sind bereits die statistischen Kennzahlen angesprochen, die in diesem Bericht auszuweisen sind: Neben den Absolutzahlen sind zumeist die **Anteilswerte** zu berechnen. Als Mittelwerte sind in der Regel das **arithmetische Mittel** und der **Median** darzustellen. Bei einigen Auswertungen ist zudem die mittlere personenbezogene Differenz der dokumentierten medizinischen Werte zwischen Folge- und Erstdokumentation zu berechnen.

Ergänzend zum arithmetischen Mittel und den Anteilswerten ist in der Regel das zugehörige **95%-Konfidenzintervall** anzugeben. Generell ist per Definition das Ausweisen von Konfidenzintervallen nur sinnvoll, wenn es sich um Stichproben aus einer Grundgesamtheit handelt. Die Auswertungskriterien des BVA sehen jedoch vor, das 95%-Konfidenzintervall auch bei Auswertungen für die Gesamtheit der (Rest-) Kohortenmitglieder bzw. auswertbaren Patienten zu berechnen. Aus Platzgründen werden in der tabellarischen Darstellung die Namen der statistischen Kennzahlen unter Rückgriff auf die englischsprachigen Bezeichnungen abgekürzt. Das arithmetische Mittel wird als „**Mean**“ bezeichnet; das 95%-Konfidenzintervall wird mit „**CI**“ (Confidence Interval) abgekürzt; die Standardabweichung mit „**SD**“ (Standard Deviation).

² Aufgrund neuer Vorschriften zur Vorgehensweise beim Vorliegen mehrerer Dokumentationen kann sich bei gegebenen Fallzahlen im Vergleich zu den vorangegangenen Berichten der Anteil der auswertbaren Patienten verändern. In der Regel ist mit einer Verringerung zu rechnen. Dies kann Auswirkungen auf die ausgewiesenen Anteils- und Mittelwerte haben sowie auf die Zuordnung zu den Kollektiven.

0.2. Beispiel für eine tabellarische Darstellung

In den folgenden Absätzen wird am Beispiel der **Patienten mit bestehender oder im Halbjahr neu auftretender Herzinsuffizienz und ihrer Medikation** eine Tabelle exemplarisch beschrieben (siehe Tabelle 0.2.1). Damit für das Verständnis einzelner Tabellen im Auswertungsteil kein Rückblättern zu diesem erklärenden Text nötig wird, ist in diesem Bericht jede Tabelle mit einem entsprechenden Erläuterungstext und Lesebeispiel versehen. Bei strukturgleichen Tabellen führt dies zu Doppelungen in den jeweiligen Erläuterungstexten. Leser dieses Berichts, die alle Tabellen der Reihe nach durchgehen, können daher einen großen Teil der Erläuterungstexte überspringen. In der ersten Tabellenspalte ist jeweils angegeben, in welches Halbjahr der **Eintrittszeitpunkt (EZ)** der betrachteten Patienten in das DMP fiel, bzw. auf welche Kohorte sich die ausgewiesenen Werte beziehen. Beispielhaft ist in Tabelle 0.2.1 die erste Kohorte dargestellt. Für jede Kohorte beginnt die „eigentliche“ Tabelle der **Patienten mit bestehender oder im Halbjahr neu auftretender Herzinsuffizienz und ihre Medikation** mit der zweiten Spalte. Für jede Kohorte werden dort zunächst Angaben zu den Patienten gemacht. Zuerst wird unter „auswertbar“

die Patientenzahl der Restkohorte angegeben, d.h. derjenigen Patienten, die im Berichtshalbjahr noch als Programmteilnehmer definiert werden und für die auswertbare und plausible medizinische Angaben vorlagen.

In der Kohorte 2004-2 waren im Beitrittsjahr 1470 Patienten mit Herzinsuffizienz in das Programm eingeschrieben. 1470 Patienten mit Herzinsuffizienz konnten in die Auswertung einbezogen werden. Von den für die Medikation mit ACE-Hemmern und Beta-Blockern auswertbaren Patienten, erhielten in diesem Halbjahr 9,28 Prozent weder eine Medikation mit ACE-Hemmern noch mit Beta-Blockern. Im letzten Berichtshalbjahr lagen für 959 Patienten auswertbaren Angaben zu ACE-Hemmern und Beta-Blockern vor. 7,72 Prozent dieser Patienten erhielten weder eine Medikation mit ACE-Hemmern noch mit Beta-Blockern.

**Tabelle 0.2.1 Muster für eine tabellarische Darstellung am Beispiel der Tabelle:
Patienten mit bestehender oder im Halbjahr neu auftretender Herzinsuffizienz und ihre Medikation**

EZ	Patienten mit bestehender oder im Halbjahr neu auftretender Herzinsuffizienz und ihre Medikation	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr	
Kohorte	Pat. mit Herzinsuffizienz insgesamt	Anzahl	1470	2055	1923	1707	1531	1419	1365	1324	1364	1317	1251	1183	1130	1089	1039
	ACE-Hemmer auswertbar	Anzahl	1470	1993	1879	1663	1508	1388	1337	1283	1305	1263	1189	1117	1060	1017	967
	ohne ACE-Hemmer	Anzahl	390	561	535	463	416	370	364	347	369	341	310	289	282	271	261
		Anteil in %	26,53	28,15	28,47	27,84	27,59	26,66	27,23	27,05	28,28	27,00	26,07	25,87	26,60	26,65	26,99
		CI Anteil in %	[24,27; 28,79]	[26,17; 30,12]	[26,43; 30,51]	[25,69; 30,00]	[25,33; 29,84]	[24,33; 28,98]	[24,84; 29,61]	[24,61; 29,48]	[25,83; 30,72]	[24,55; 29,45]	[23,58; 28,57]	[23,30; 28,44]	[23,94; 29,27]	[23,93; 29,37]	[24,19; 29,79]
	ACE-Hemmer und Beta-Blocker auswertbar	Anzahl	1423	1941	1842	1632	1482	1361	1310	1260	1294	1253	1179	1105	1050	1008	959
	weder ACE-Hemmer noch Beta-Blocker	Anzahl	132	186	168	153	127	110	108	97	112	99	89	84	81	74	74
		Anteil in %	9,28	9,58	9,12	9,38	8,57	8,08	8,24	7,70	8,66	7,90	7,55	7,60	7,71	7,34	7,72
		CI Anteil in %	[7,77; 10,78]	[8,27; 10,89]	[7,81; 10,44]	[7,96; 10,79]	[7,14; 10,00]	[6,63; 9,53]	[6,75; 9,73]	[6,23; 9,17]	[7,12; 10,19]	[6,41; 9,40]	[6,04; 9,06]	[6,04; 9,17]	[6,10; 9,33]	[5,73; 8,95]	[6,03; 9,41]
		<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6801</i>	<i>6174</i>	<i>5204</i>	<i>4367</i>	<i>3789</i>	<i>3400</i>	<i>3196</i>	<i>3063</i>	<i>2962</i>	<i>2851</i>	<i>2703</i>	<i>2572</i>	<i>2474</i>	<i>2389</i>

Berichtsteil I: Evaluation der medizinischen Inhalte

Auswertungskapitel 1: Patientenzahlen und -merkmale

In den folgenden Tabellen ist die Entwicklung der **Patientenzahlen** ab dem Programmeintritt und in den darauffolgenden jeweiligen Berichtshalbjahren dargestellt. Alle Patienten eines Beitrittsjahres bilden dabei eine Kohorte. Differenziert wird in den Tabellen nach den folgenden Kriterien:

- Geschlechtsverteilung
- Gründe für Ausscheiden aus dem Programm
- Alter und Altersverteilung
- mittlere und mediane Beobachtungszeit
- Vorliegen einer medizinischen Dokumentation

In Tabelle 1.1 ist die Entwicklung der Teilnehmerzahlen im Programm differenziert nach Kohorten und Geschlecht ausgewiesen. Es wird dargestellt, wie viele Patienten jeweils im Beitrittsjahr und zu Beginn der folgenden Berichtshalbjahre (noch) Programmteilnehmer waren.

Beispielsweise sind in der Kohorte 2004-2 insgesamt 6801 Teilnehmer in das Programm gestartet. Darunter waren 4206 Männer und 2595 Frauen. Zu Beginn des letzten Berichtshalbjahres waren in dieser Kohorte noch 2274 Teilnehmer im Programm, 1448 Männer und 826 Frauen. Diese Teilnehmer bilden die entsprechende „Restkohorte“ des letzten Berichtshalbjahres.

Tabelle 1.1 Patientenzahlen und Geschlechtsverteilung

EZ	Patientenzahlen und Geschlechtsverteilung		Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6801	6174	5204	4367	3789	3400	3196	3063	2962	2851	2703	2572	2474	2389	2274
	männlich	Anzahl	4206	3816	3215	2720	2352	2115	2006	1931	1863	1797	1712	1629	1574	1517	1448
		Anteil in %	61,8	61,8	61,8	62,3	62,1	62,2	62,8	63,0	62,9	63,0	63,3	63,3	63,6	63,5	63,7
	weiblich	Anzahl	2595	2358	1989	1647	1437	1285	1190	1132	1099	1054	991	943	900	872	826
Anteil in %		38,2	38,2	38,2	37,7	37,9	37,8	37,2	37,0	37,1	37,0	36,7	36,7	36,4	36,5	36,3	
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl	9649	8338	6927	5784	5086	4761	4500	4364	4200	3983	3820	3690	3579	3414	
	männlich	Anzahl	6124	5282	4412	3660	3225	3026	2863	2777	2673	2542	2436	2350	2275	2173	
		Anteil in %	63,5	63,3	63,7	63,3	63,4	63,6	63,6	63,6	63,6	63,8	63,8	63,7	63,6	63,6	
	weiblich	Anzahl	3525	3056	2515	2124	1861	1735	1637	1587	1527	1441	1384	1340	1304	1241	
Anteil in %		36,5	36,7	36,3	36,7	36,6	36,4	36,4	36,4	36,4	36,2	36,2	36,3	36,4	36,4		
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl	7388	6387	5372	4661	4314	4110	4002	3843	3620	3478	3351	3219	3084		
	männlich	Anzahl	4591	3956	3323	2886	2664	2539	2472	2377	2236	2146	2061	1976	1889		
		Anteil in %	62,1	61,9	61,9	61,9	61,8	61,8	61,8	61,9	61,8	61,7	61,5	61,4	61,3		
	weiblich	Anzahl	2797	2431	2049	1775	1650	1571	1530	1466	1384	1332	1290	1243	1195		
Anteil in %		37,9	38,1	38,1	38,1	38,2	38,2	38,2	38,1	38,2	38,3	38,5	38,6	38,7			
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl	6408	5642	4898	4491	4258	4123	3958	3727	3577	3452	3338	3196			
	männlich	Anzahl	4005	3501	3034	2782	2655	2569	2466	2321	2230	2154	2089	2005			
		Anteil in %	62,5	62,1	61,9	61,9	62,4	62,3	62,3	62,3	62,3	62,4	62,6	62,7			
	weiblich	Anzahl	2403	2141	1864	1709	1603	1554	1492	1406	1347	1298	1249	1191			
Anteil in %		37,5	37,9	38,1	38,1	37,6	37,7	37,7	37,7	37,7	37,6	37,4	37,3				
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl	7527	6850	6181	5785	5572	5373	5074	4877	4684	4514	4279				
	männlich	Anzahl	4780	4329	3906	3639	3495	3380	3186	3055	2929	2828	2668				
		Anteil in %	63,5	63,2	63,2	62,9	62,7	62,9	62,8	62,6	62,5	62,6	62,4				
	weiblich	Anzahl	2747	2521	2275	2146	2077	1993	1888	1822	1755	1686	1611				
Anteil in %		36,5	36,8	36,8	37,1	37,3	37,1	37,2	37,4	37,5	37,4	37,6					
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl	7921	7310	6849	6596	6330	5899	5635	5393	5185	4974					
	männlich	Anzahl	4981	4586	4280	4118	3943	3680	3513	3371	3243	3103					
		Anteil in %	62,9	62,7	62,5	62,4	62,3	62,4	62,3	62,5	62,5	62,5	62,4				
	weiblich	Anzahl	2940	2724	2569	2478	2387	2219	2122	2022	1942	1871					
Anteil in %		37,1	37,3	37,5	37,6	37,7	37,6	37,7	37,5	37,5	37,6						
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl	8506	8180	7825	7444	6892	6591	6294	6047	5731						
	männlich	Anzahl	5387	5172	4944	4701	4369	4193	4001	3841	3634						
		Anteil in %	63,3	63,2	63,2	63,2	63,4	63,6	63,6	63,5	63,4						
	weiblich	Anzahl	3119	3008	2881	2743	2523	2398	2293	2206	2097						
Anteil in %		36,7	36,8	36,8	36,8	36,6	36,4	36,4	36,5	36,6							
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl	16360	16161	15343	13803	13020	12343	11832	11225							
	männlich	Anzahl	9764	9633	9121	8185	7702	7313	7016	6658							
		Anteil in %	59,7	59,6	59,4	59,3	59,2	59,2	59,3	59,3							
	weiblich	Anzahl	6596	6528	6222	5618	5318	5030	4816	4567							
Anteil in %		40,3	40,4	40,6	40,7	40,8	40,8	40,7	40,7								

EZ	Patientenzahlen und Geschlechtsverteilung		Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr	
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6425	6216	5629	5268	4992	4800	4539									
	männlich	Anzahl	3887	3756	3392	3171	2994	2882	2718									
		Anteil in %	60,5	60,4	60,3	60,2	60,0	60,0	60,0	59,9								
	weiblich	Anzahl	2538	2460	2237	2097	1998	1918	1821									
		Anteil in %	39,5	39,6	39,7	39,8	40,0	40,0	40,0	40,1								
	2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl	7317	7001	6509	6142	5833	5514									
männlich		Anzahl	4351	4148	3839	3631	3468	3275										
		Anteil in %	59,5	59,2	59,0	59,1	59,5	59,4										
weiblich		Anzahl	2966	2853	2670	2511	2365	2239										
		Anteil in %	40,5	40,8	41,0	40,9	40,5	40,6										
2009-2		Patienten insgesamt	Anzahl	6252	5958	5558	5276	4940										
	männlich	Anzahl	3836	3644	3386	3211	2990											
		Anteil in %	61,4	61,2	60,9	60,9	60,5											
	weiblich	Anzahl	2416	2314	2172	2065	1950											
		Anteil in %	38,6	38,8	39,1	39,1	39,5											
	2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl	6050	5739	5295	4880											
männlich		Anzahl	3699	3483	3237	2982												
		Anteil in %	61,1	60,7	61,1	61,1												
weiblich		Anzahl	2351	2256	2058	1898												
		Anteil in %	38,9	39,3	38,9	38,9												
2010-2		Patienten insgesamt	Anzahl	5121	4867	4408												
	männlich	Anzahl	3204	3028	2734													
		Anteil in %	62,6	62,2	62,0													
	weiblich	Anzahl	1917	1839	1674													
		Anteil in %	37,4	37,8	38,0													
	2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl	5066	4561													
männlich		Anzahl	3144	2823														
		Anteil in %	62,1	61,9														
weiblich		Anzahl	1922	1738														
		Anteil in %	37,9	38,1														
2011-2		Patienten insgesamt	Anzahl	5054														
	männlich	Anzahl	3112															
		Anteil in %	61,6															
	weiblich	Anzahl	1942															
		Anteil in %	38,4															

Tabelle 1.2 gibt Auskunft darüber, wie viele der ursprünglich eingeschriebenen Patienten bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden sind. Es werden also kumulierte Werte ausgewiesen. Differenziert wird dabei nach den möglichen Gründen für ein **Ausscheiden der Patienten aus dem Programm**. Dafür kommen beispielsweise Tod, Ausschluss durch die Krankenkasse oder Beendigung durch die Patienten in Betracht. Neben den kumulierten Absolutzahlen der ausgeschiedenen Pati-

enten werden auch Anteilswerte ausgewiesen. Bezugsgröße für die Anteilswerte ist die Zahl der ursprünglichen Kohortenmitglieder im Beitrittsjahr.

Beispielsweise startete die Kohorte 2004-2 mit 6801 Teilnehmern. 4638 von ihnen bzw. 68,20 Prozent waren bis zum Ende des letzten Berichtshalbjahres ausgeschieden.

Tabelle 1.2 Bis Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten (Werte kumuliert)

Bezugsgröße für die Anteilswerte ist die Zahl der ursprünglichen Kohortenmitglieder zum Eintrittszeitpunkt

EZ	Bis Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten (Werte kumuliert)	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr	
2004-2	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	627	1597	2434	3012	3401	3605	3738	3839	3950	4098	4229	4327	4412	4527	4638
		Anteil in %	9,22	23,48	35,79	44,29	50,01	53,01	54,96	56,45	58,08	60,26	62,18	63,62	64,87	66,56	68,20
		CI Anteil in %	[8,53; 9,91]	[22,47; 24,49]	[34,65; 36,93]	[43,11; 45,47]	[48,82; 51,20]	[51,82; 54,19]	[53,78; 56,15]	[55,27; 57,63]	[56,91; 59,25]	[59,09; 61,42]	[61,03; 63,33]	[62,48; 64,77]	[63,74; 66,01]	[65,44; 67,69]	[67,09; 69,30]
	davon wegen Tod	Anzahl	22	136	227	303	374	442	502	575	643	704	777	841	896	963	1002
		Anteil in %	0,32	2,00	3,34	4,46	5,50	6,50	7,38	8,45	9,45	10,35	11,42	12,37	13,17	14,16	14,73
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	567	1275	1928	2331	2584	2660	2699	2704	2720	2747	2772	2791	2815	2857	2920
		Anteil in %	8,34	18,75	28,35	34,27	37,99	39,11	39,69	39,76	39,99	40,39	40,76	41,04	41,39	42,01	42,93
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	27	65	99	154	212	268	300	323	347	404	435	449	455	461	469
		Anteil in %	0,40	0,96	1,46	2,26	3,12	3,94	4,41	4,75	5,10	5,94	6,40	6,60	6,69	6,78	6,90
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	11	121	180	224	231	235	237	237	240	243	245	246	246	246	247
		Anteil %	0,16	1,78	2,65	3,29	3,40	3,46	3,48	3,48	3,53	3,57	3,60	3,62	3,62	3,62	3,63
	Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	6801	6174	5204	4367	3789	3400	3196	3063	2962	2851	2703	2572	2474	2389
am Ende des Halbjahres		Anzahl	6174	5204	4367	3789	3400	3196	3063	2962	2851	2703	2572	2474	2389	2274	2163
2005-1	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	1311	2722	3865	4563	4888	5149	5285	5449	5666	5829	5959	6070	6235	6401	
		Anteil in %	13,59	28,21	40,06	47,29	50,66	53,36	54,77	56,47	58,72	60,41	61,76	62,91	64,62	66,34	
		CI Anteil in %	[12,90; 14,27]	[27,31; 29,11]	[39,08; 41,03]	[46,29; 48,29]	[49,66; 51,66]	[52,37; 54,36]	[53,78; 55,77]	[55,48; 57,46]	[57,74; 59,70]	[59,43; 61,39]	[60,79; 62,73]	[61,94; 63,87]	[63,66; 65,57]	[65,40; 67,28]	
	davon wegen Tod	Anzahl	57	203	329	424	503	623	699	785	875	960	1029	1103	1185	1234	
		Anteil in %	0,59	2,10	3,41	4,39	5,21	6,46	7,24	8,14	9,07	9,95	10,66	11,43	12,28	12,79	
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	1215	2269	3056	3529	3673	3741	3746	3774	3813	3850	3891	3920	3998	4104	
		Anteil in %	12,59	23,52	31,67	36,57	38,07	38,77	38,82	39,11	39,52	39,90	40,33	40,63	41,43	42,53	
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	30	99	202	308	406	475	523	569	653	688	707	714	718	726	
		Anteil in %	0,31	1,03	2,09	3,19	4,21	4,92	5,42	5,90	6,77	7,13	7,33	7,40	7,44	7,52	
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	9	151	278	302	306	310	317	321	325	331	332	333	334	337	
		Anteil %	0,09	1,56	2,88	3,13	3,17	3,21	3,29	3,33	3,37	3,43	3,44	3,45	3,46	3,49	
	Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	9649	8338	6927	5784	5086	4761	4500	4364	4200	3983	3820	3690	3579	3414
am Ende des Halbjahres		Anzahl	8338	6927	5784	5086	4761	4500	4364	4200	3983	3820	3690	3579	3414	3248	
2005-2	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	1001	2016	2727	3074	3278	3386	3545	3768	3910	4037	4169	4304	4412		
		Anteil in %	13,55	27,29	36,91	41,61	44,37	45,83	47,98	51,00	52,92	54,64	56,43	58,26	59,72		
		CI Anteil in %	[12,77; 14,33]	[26,27; 28,30]	[35,81; 38,01]	[40,48; 42,73]	[43,24; 45,50]	[44,69; 46,97]	[46,84; 49,12]	[49,86; 52,14]	[51,79; 54,06]	[53,51; 55,78]	[55,30; 57,56]	[57,13; 59,38]	[58,60; 60,84]		
	davon wegen Tod	Anzahl	30	123	202	275	350	398	479	545	608	674	741	792	821		
		Anteil in %	0,41	1,66	2,73	3,72	4,74	5,39	6,48	7,38	8,23	9,12	10,03	10,72	11,11		
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	927	1608	2107	2259	2316	2322	2353	2406	2448	2490	2541	2617	2687		
		Anteil in %	12,55	21,77	28,52	30,58	31,35	31,43	31,85	32,57	33,13	33,70	34,39	35,42	36,37		
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	34	133	261	375	445	497	541	645	681	699	712	719	727		
		Anteil in %	0,46	1,80	3,53	5,08	6,02	6,73	7,32	8,73	9,22	9,46	9,64	9,73	9,84		
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	10	152	157	165	167	169	172	173	173	174	175	176	177		
		Anteil %	0,14	2,06	2,13	2,23	2,26	2,29	2,33	2,33	2,34	2,36	2,37	2,38	2,40		
	Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	7388	6387	5372	4661	4314	4110	4002	3843	3620	3478	3351	3219	3084	
am Ende des Halbjahres		Anzahl	6387	5372	4661	4314	4110	4002	3843	3620	3478	3351	3219	3084	2976		

EZ	Bis Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten (Werte kumuliert)	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr
2006-1	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	766	1510	1917	2150	2285	2450	2681	2831	2956	3070	3212	3354		
		Anteil in %	11,95	23,56	29,92	33,55	35,66	38,23	41,84	44,18	46,13	47,91	50,12	52,34		
		CI Anteil in %	[11,16; 12,75]	[22,53; 24,60]	[28,79; 31,04]	[32,40; 34,71]	[34,49; 36,83]	[37,04; 39,42]	[40,63; 43,05]	[42,96; 45,40]	[44,91; 47,35]	[46,69; 49,13]	[48,90; 51,12]	[51,12; 53,56]		
	davon wegen Tod	Anzahl	35	131	214	289	366	441	516	580	640	689	748	790		
		Anteil in %	0,55	2,04	3,34	4,51	5,71	6,88	8,05	9,05	9,99	10,75	11,67	12,33		
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	701	1197	1396	1459	1467	1497	1546	1595	1641	1695	1775	1863		
		Anteil in %	10,94	18,68	21,79	22,77	22,89	23,36	24,13	24,89	25,61	26,45	27,70	29,07		
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	21	169	289	383	433	489	594	628	646	657	660	672		
		Anteil in %	0,33	2,64	4,51	5,98	6,76	7,63	9,27	9,80	10,08	10,25	10,30	10,49		
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	9	13	18	19	19	23	25	28	29	29	29	29		
		Anteil in %	0,14	0,20	0,28	0,30	0,30	0,36	0,39	0,44	0,45	0,45	0,45	0,45		
	Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	6408	5642	4898	4491	4258	4123	3958	3727	3577	3452	3338	3196	
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	5642	4898	4491	4258	4123	3958	3727	3577	3452	3338	3196	3054		
2006-2	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	677	1346	1742	1955	2154	2453	2650	2843	3013	3248	3422			
		Anteil in %	8,99	17,88	23,14	25,97	28,62	32,59	35,21	37,77	40,03	43,15	45,46			
		CI Anteil in %	[8,35; 9,64]	[17,02; 18,75]	[22,19; 24,10]	[24,98; 26,96]	[27,60; 29,64]	[31,53; 33,65]	[34,13; 36,29]	[36,68; 38,87]	[38,92; 41,14]	[42,03; 44,27]	[44,34; 46,59]			
	davon wegen Tod	Anzahl	38	148	265	363	428	501	589	668	750	849	894			
		Anteil in %	0,50	1,97	3,52	4,82	5,69	6,66	7,83	8,87	9,96	11,28	11,88			
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	605	951	1068	1087	1140	1218	1279	1355	1422	1551	1663			
		Anteil in %	8,04	12,63	14,19	14,44	15,15	16,18	16,99	18,00	18,89	20,61	22,09			
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	28	236	396	487	565	711	757	794	813	819	832			
		Anteil in %	0,37	3,14	5,26	6,47	7,51	9,45	10,06	10,55	10,80	10,88	11,05			
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	6	11	13	18	21	23	25	26	28	29	33			
		Anteil in %	0,08	0,15	0,17	0,24	0,28	0,31	0,33	0,35	0,37	0,39	0,44			
	Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	7527	6850	6181	5785	5572	5373	5074	4877	4684	4514	4279		
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	6850	6181	5785	5572	5373	5074	4877	4684	4514	4279	4105			
2007-1	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	611	1072	1325	1591	2022	2286	2528	2736	2947	3171				
		Anteil in %	7,71	13,53	16,73	20,09	25,53	28,86	31,92	34,54	37,20	40,03				
		CI Anteil in %	[7,13; 8,30]	[12,78; 14,29]	[15,91; 17,55]	[19,20; 20,97]	[24,57; 26,49]	[27,86; 29,86]	[30,89; 32,94]	[33,49; 35,59]	[36,14; 38,27]	[38,95; 41,11]				
	davon wegen Tod	Anzahl	46	131	240	341	460	551	654	749	826	881				
		Anteil in %	0,58	1,65	3,03	4,31	5,81	6,96	8,26	9,46	10,43	11,12				
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	522	712	732	789	902	1009	1112	1210	1337	1490				
		Anteil in %	6,59	8,99	9,24	9,96	11,39	12,74	14,04	15,28	16,88	18,81				
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	43	227	346	451	645	708	740	754	761	776				
		Anteil in %	0,54	2,87	4,37	5,69	8,14	8,94	9,34	9,52	9,61	9,80				
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	0	2	7	10	15	18	22	23	23	24				
		Anteil in %		0,03	0,09	0,13	0,19	0,23	0,28	0,29	0,29	0,30				
	Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	7921	7310	6849	6596	6330	5899	5635	5393	5185	4974			
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	7310	6849	6596	6330	5899	5635	5393	5185	4974	4750				
2007-2	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	326	681	1062	1614	1915	2212	2459	2775	3031					
		Anteil in %	3,83	8,01	12,49	18,97	22,51	26,01	28,91	32,62	35,63					
		CI Anteil in %	[3,42; 4,24]	[7,43; 8,58]	[11,78; 13,19]	[18,14; 19,81]	[21,63; 23,40]	[25,07; 26,94]	[27,95; 29,87]	[31,63; 33,62]	[34,62; 36,65]					
	davon wegen Tod	Anzahl	44	175	291	392	486	601	708	821	891					
		Anteil in %	0,52	2,06	3,42	4,61	5,71	7,07	8,32	9,65	10,47					
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	238	280	377	527	650	775	884	1063	1231					
		Anteil in %	2,80	3,29	4,43	6,20	7,64	9,11	10,39	12,50	14,47					
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	37	213	376	672	753	808	837	860	875					
		Anteil in %	0,43	2,50	4,42	7,90	8,85	9,50	9,84	10,11	10,29					
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	7	13	18	23	26	28	30	31	34					
		Anteil in %	0,08	0,15	0,21	0,27	0,31	0,33	0,35	0,36	0,40					
	Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	8506	8180	7825	7444	6892	6591	6294	6047	5731				
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	8180	7825	7444	6892	6591	6294	6047	5731	5475					

EZ	Bis Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten (Werte kumuliert)	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr	
2008-1	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	199	1017	2557	3340	4017	4528	5135	5609							
		Anteil in %	1,22	6,22	15,63	20,42	24,55	27,68	31,39	34,28							
		CI Anteil in %	[1,05; 1,38]	[5,85; 6,59]	[15,07; 16,19]	[19,80; 21,03]	[23,89; 25,21]	[26,99; 28,36]	[30,68; 32,10]	[33,56; 35,01]							
	davon wegen Tod	Anzahl	99	347	639	864	1098	1303	1496	1613							
		Anteil in %	0,61	2,12	3,91	5,28	6,71	7,96	9,14	9,86							
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	53	307	630	957	1258	1504	1887	2208							
		Anteil in %	0,32	1,88	3,85	5,85	7,69	9,19	11,53	13,50							
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	40	349	1267	1496	1635	1689	1718	1753							
		Anteil in %	0,24	2,13	7,74	9,14	9,99	10,32	10,50	10,72							
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	7	14	21	23	26	32	34	35							
Anteil %		0,04	0,09	0,13	0,14	0,16	0,20	0,21	0,21								
Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	16360	16161	15343	13803	13020	12343	11832	11225							
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	16161	15343	13803	13020	12343	11832	11225	10751							
2008-2	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	209	796	1157	1433	1625	1886	2109								
		Anteil in %	3,25	12,39	18,01	22,30	25,29	29,35	32,82								
		CI Anteil in %	[2,82; 3,69]	[11,58; 13,19]	[17,07; 18,95]	[21,29; 23,32]	[24,23; 26,35]	[28,24; 30,47]	[31,68; 33,97]								
	davon wegen Tod	Anzahl	34	144	243	335	403	479	530								
		Anteil in %	0,53	2,24	3,78	5,21	6,27	7,46	8,25								
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	148	344	495	617	720	888	1048								
		Anteil in %	2,30	5,35	7,70	9,60	11,21	13,82	16,31								
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	27	303	408	464	483	498	508								
		Anteil in %	0,42	4,72	6,35	7,22	7,52	7,75	7,91								
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	0	5	11	17	19	21	23								
Anteil %			0,08	0,17	0,26	0,30	0,33	0,36									
Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	6425	6216	5629	5268	4992	4800	4539								
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	6216	5629	5268	4992	4800	4539	4316								
2009-1	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	316	808	1175	1484	1803	2112									
		Anteil in %	4,32	11,04	16,06	20,28	24,64	28,86									
		CI Anteil in %	[3,85; 4,78]	[10,32; 11,76]	[15,22; 16,90]	[19,36; 21,20]	[23,65; 25,63]	[27,83; 29,90]									
	davon wegen Tod	Anzahl	49	166	267	362	463	525									
		Anteil in %	0,67	2,27	3,65	4,95	6,33	7,18									
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	240	476	667	841	1039	1255									
		Anteil in %	3,28	6,51	9,12	11,49	14,20	17,15									
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	23	156	227	265	283	314									
		Anteil in %	0,31	2,13	3,10	3,62	3,87	4,29									
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	4	10	14	16	18	18									
Anteil %		0,05	0,14	0,19	0,22	0,25	0,25										
Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	7317	7001	6509	6142	5833	5514									
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	7001	6509	6142	5833	5514	5205									
2009-2	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	294	694	976	1312	1576										
		Anteil in %	4,70	11,10	15,61	20,99	25,21										
		CI Anteil in %	[4,18; 5,23]	[10,32; 11,88]	[14,71; 16,51]	[19,98; 21,99]	[24,13; 26,28]										
	davon wegen Tod	Anzahl	46	148	241	332	379										
		Anteil in %	0,74	2,37	3,85	5,31	6,06										
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	213	431	580	806	1011										
		Anteil in %	3,41	6,89	9,28	12,89	16,17										
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	31	108	144	163	175										
		Anteil in %	0,50	1,73	2,30	2,61	2,80										
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	4	7	11	11	11										
Anteil %		0,06	0,11	0,18	0,18	0,18											
Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	6252	5958	5558	5276	4940										
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	5958	5558	5276	4940	4676										

EZ	Bis Ende des Berichtshalbjahres ausgeschiedene Patienten (Werte kumuliert)	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2010-1	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	311	755	1170	1503											
		Anteil in %	5,14	12,48	19,34	24,84											
		CI Anteil in %	[4,58; 5,70]	[11,65; 13,31]	[18,34; 20,33]	[23,75; 25,93]											
	davon wegen Tod	Anzahl	42	151	244	297											
		Anteil in %	0,69	2,50	4,03	4,91											
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	239	506	808	1066											
		Anteil in %	3,95	8,36	13,36	17,62											
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	29	95	115	135											
		Anteil in %	0,48	1,57	1,90	2,23											
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	1	3	3	5											
Anteil %		0,02	0,05	0,05	0,08												
Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	6050	5739	5295	4880											
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	5739	5295	4880	4547											
2010-2	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	254	713	1071												
		Anteil in %	4,96	13,92	20,91												
		CI Anteil in %	[4,37; 5,55]	[12,97; 14,87]	[19,80; 22,03]												
	davon wegen Tod	Anzahl	36	115	161												
		Anteil in %	0,70	2,25	3,14												
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	203	554	840												
		Anteil in %	3,96	10,82	16,40												
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	14	38	63												
		Anteil in %	0,27	0,74	1,23												
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	1	6	7												
Anteil %		0,02	0,12	0,14													
Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	5121	4867	4408												
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	4867	4408	4050												
2011-1	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	505	939													
		Anteil in %	9,97	18,54													
		CI Anteil in %	[9,14; 10,79]	[17,47; 19,61]													
	davon wegen Tod	Anzahl	42	100													
		Anteil in %	0,83	1,97													
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	445	791													
		Anteil in %	8,78	15,61													
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	18	47													
		Anteil in %	0,36	0,93													
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	0	1													
Anteil %			0,02														
Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	5066	4561													
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	4561	4127													
2011-2	ausgeschiedene Patienten insgesamt	Anzahl	503														
		Anteil in %	9,95														
		CI Anteil in %	[9,13; 10,78]														
	davon wegen Tod	Anzahl	17														
		Anteil in %	0,34														
	davon wegen Ausschluss	Anzahl	470														
		Anteil in %	9,30														
	davon wegen Beendigung durch Pat.	Anzahl	15														
		Anteil in %	0,30														
	davon aus sonstigem oder unbekanntem Grund	Anzahl	1														
Anteil %		0,02															
Patienten insgesamt:	zu Beginn des Halbjahres	Anzahl	5054														
	am Ende des Halbjahres	Anzahl	4551														

In Tabelle 1.3 ist das **mittlere Alter der Programmteilnehmer** zur Erstdokumentation ausgewiesen. Deren Anzahl ist in der Zeile „Fallbasis“ ausgewiesen. Bei der Interpretation der Altersklassen ist eine Besonderheit zu beachten. Die Auswertung ist nach „vollendeten Lebensjahren zum 1.1. des Auswertungsjahres“ vorzunehmen. Zudem steht für die Auswertung lediglich das Geburtsjahr, nicht aber das Geburtsdatum zur Verfügung. Dies bedeutet, dass das rechnerische „Alter in vollendeten Lebensjahren zum 1.1 des Auswertungsjahres“ vom tatsächlichen Lebensalter abweichen kann. So wird Erwachsenen, die

zum Zeitpunkt des Programmbeitritts bereits **51 Jahre alt waren**, das rechnerische Alter „50“ zugewiesen, wenn sie nicht schon am 1. Januar des Beitrittsjahres 51 Jahre alt waren.

In der Kohorte 2004-2 starteten 6801 Teilnehmer in das Programm. Ihr durchschnittliches Alter betrug im Beitrittsjahr 67,10 Jahre, der Median lag bei 68,00 Jahren.

Tabelle 1.3 Mittleres Alter laut Erstdokumentation in vollendeten Lebensjahren zum 1.1. des Auswertungsjahres

EZ	Mittleres Alter (laut ED) in vollendeten Lebensjahren zum 1.1. des Auswertungsjahres	Beitritts-halbjahr
2004-2	Mean	67,10
	CI Mean	[66,86; 67,35]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>6801</i>
2005-1	Mean	67,10
	CI Mean	[66,89; 67,30]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>9649</i>
2005-2	Mean	66,23
	CI Mean	[65,99; 66,47]
	Median	67,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>7388</i>
2006-1	Mean	66,51
	CI Mean	[66,25; 66,77]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>6408</i>
2006-2	Mean	66,10
	CI Mean	[65,86; 66,34]
	Median	67,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>7527</i>
2007-1	Mean	66,75
	CI Mean	[66,51; 66,98]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>7921</i>
2007-2	Mean	66,19
	CI Mean	[65,95; 66,42]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>8506</i>
2008-1	Mean	67,84
	CI Mean	[67,68; 68,01]
	Median	69,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>16360</i>
2008-2	Mean	66,43
	CI Mean	[66,16; 66,71]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>6425</i>
2009-1	Mean	66,81
	CI Mean	[66,54; 67,07]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>7317</i>

EZ	Mittleres Alter (laut ED) in vollendeten Lebensjahren zum 1.1. des Auswertungsjahres	Beitritts-halbjahr
2009-2	Mean	66,00
	CI Mean	[65,71; 66,30]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>6252</i>
2010-1	Mean	66,26
	CI Mean	[65,97; 66,56]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>6050</i>
2010-2	Mean	65,82
	CI Mean	[65,49; 66,15]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>5121</i>
2011-1	Mean	66,53
	CI Mean	[66,21; 66,85]
	Median	68,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>5066</i>
2011-2	Mean	65,50
	CI Mean	[65,17; 65,84]
	Median	67,00
	<i>Fallbasis</i>	<i>5054</i>

In Tabelle 1.4 ist die **Altersverteilung nach Alterskategorien** für alle Patienten im Beitrittsjahr ausgewiesen. Dargestellt sind die absoluten Anzahlen. Bei der Interpretation der Altersklassen ist eine Besonderheit zu beachten. Die Auswertung ist nach „vollendeten Lebensjahren zum 1.1. des Auswertungsjahres“ vorzunehmen. Zudem ist zu beachten, dass für die Auswertung lediglich das Geburtsjahr, nicht aber das Geburtsdatum zur Verfügung steht. Dies bedeutet, dass das rechnerische „Alter in vollendeten Lebensjahren zum 1.1. des Auswertungsjahres“ vom tatsächlichen Lebensalter abweichen kann. So wird

Erwachsenen, die zum Zeitpunkt des Programmbeitritts bereits **51 Jahre alt waren**, das rechnerische Alter „50“ zugewiesen, wenn sie nicht schon am 1. Januar des Beitrittsjahres 51 Jahre alt waren.

In der Kohorte 2004-2 entfielen im Beitrittsjahr 2580 Patienten auf die Altersklasse „61 bis 70“ Jahre.

Tabelle 1.4 Alter laut Erstdokumentation – Verteilung auf Altersklassen für vollendete Lebensjahre zum 1.1. des Auswertungsjahres

EZ	Alter (laut ED) in vollendeten Lebensjahren zum 1.1. des Auswertungsjahres	Beitritts-halbjahr
2004-2	bis 50	476
	51 bis 60	1129
	61 bis 70	2580
	71 bis 80	2072
	81 und älter	544
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>6801</i>
2005-1	bis 50	700
	51 bis 60	1667
	61 bis 70	3517
	71 bis 80	2958
	81 und älter	807
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>9649</i>
2005-2	bis 50	644
	51 bis 60	1303
	61 bis 70	2814
	71 bis 80	2124
	81 und älter	503
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>7388</i>
2006-1	bis 50	554
	51 bis 60	1143
	61 bis 70	2275
	71 bis 80	1933
	81 und älter	503
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>6408</i>
2006-2	bis 50	722
	51 bis 60	1388
	61 bis 70	2643
	71 bis 80	2228
	81 und älter	546
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>7527</i>
2007-1	bis 50	678
	51 bis 60	1389
	61 bis 70	2698
	71 bis 80	2531
	81 und älter	624
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>7920</i>
2007-2	bis 50	837
	51 bis 60	1582
	61 bis 70	2815
	71 bis 80	2655
	81 und älter	617
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>8506</i>
2008-1	bis 50	1241
	51 bis 60	2730
	61 bis 70	4972
	71 bis 80	5827
	81 und älter	1590
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>16360</i>

EZ	Alter (laut ED) in vollendeten Lebensjahren zum 1.1. des Auswertungsjahres	Beitritts- halbjahr
2008-2	bis 50	640
	51 bis 60	1262
	61 bis 70	1927
	71 bis 80	1998
	81 und älter	597
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>6424</i>
2009-1	bis 50	726
	51 bis 60	1421
	61 bis 70	2112
	71 bis 80	2272
	81 und älter	786
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>7317</i>
2009-2	bis 50	728
	51 bis 60	1263
	61 bis 70	1752
	71 bis 80	1930
	81 und älter	579
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>6252</i>
2010-1	bis 50	652
	51 bis 60	1268
	61 bis 70	1636
	71 bis 80	1870
	81 und älter	624
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>6050</i>
2010-2	bis 50	614
	51 bis 60	1065
	61 bis 70	1382
	71 bis 80	1553
	81 und älter	507
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>5121</i>
2011-1	bis 50	523
	51 bis 60	1028
	61 bis 70	1400
	71 bis 80	1542
	81 und älter	573
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>5066</i>
2011-2	bis 50	670
	51 bis 60	1081
	61 bis 70	1255
	71 bis 80	1545
	81 und älter	503
	<i>Patienten zusammen</i>	<i>5054</i>

In Tabelle 1.5 erfolgt die Darstellung der **mittleren und medianen Beobachtungszeit** für alle Patienten **über alle Kohorten und alle Folgehalbjahre**. In diese Auswertung fließen alle Patienten unabhängig vom Zeitpunkt Ihres Eintritts in das DMP ein, d.h. es handelt sich um eine kohortenübergreifende Darstellung. Abweichend zur sonstigen Form der Auswertung findet

zudem keine halbjahresbezogene Betrachtung statt, sondern es wird ermittelt wie viele Folgehalbjahre die Patienten durchschnittlich Teilnehmer des DMP sind, sie also beobachtet werden können. Als Ergänzung zu dieser mittleren Beobachtungszeit wird zusätzlich der Median zur Beobachtungszeit ausgewiesen.

Alle Patienten sind im Durchschnitt 5,13 Folgehalbjahre als Teilnehmer in das DMP eingeschrieben. Der Median dieser Beobachtungszeit liegt bei 5,00 Folgehalbjahren.

Tabelle 1.5 Patienten und ihre mittlere und mediane Beobachtungszeit über alle Kohorten

EZ	Mittlere und mediane Beobachtungszeit über alle Kohorten		Folgehalbjahre
Kohorte	Fallbezogene Beobachtungszeit über alle Kohorten	Mean	5,13
		Median	5,00
		<i>Halbjahressumme</i>	<i>573981</i>

In Tabelle 1.6 erfolgt die Darstellung der **mittleren und medianen Beobachtungszeit** für alle Patienten **pro Kohorte und über alle Folgehalbjahre**. Abweichend zur sonstigen Form der Auswertung findet jedoch keine halbjahresbezogene Betrachtung statt, sondern es wird ermittelt wie viele Folgehalbjahre die Patienten durchschnittlich Teilnehmer des DMP sind, sie also beobachtet werden können. Als Ergänzung zu dieser mittleren Beobachtungszeit wird zusätzlich der Median zur Beobachtungszeit ausgewiesen.

Die Patienten der Kohorte 2004-2 sind im Durchschnitt 6,97 Folgehalbjahre als Teilnehmer in das DMP eingeschrieben. Der Median dieser Beobachtungszeit liegt bei 4,00 Folgehalbjahren.

Tabelle 1.6 Patienten und ihre mittlere und mediane Beobachtungszeit pro Kohorte

EZ	Mittlere und mediane Beobachtungszeit pro Kohorte		Folgehalbjahre
2004-2	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	6,97
		Median	4,00
		Halbjahressumme	47418
2005-1	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	6,47
		Median	4,00
		Halbjahressumme	62446
2005-2	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	6,69
		Median	7,00
		Halbjahressumme	49441
2006-1	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	6,97
		Median	10,00
		Halbjahressumme	44660
2006-2	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	7,07
		Median	10,00
		Halbjahressumme	53189
2007-1	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	6,84
		Median	9,00
		Halbjahressumme	54171
2007-2	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	6,47
		Median	8,00
		Halbjahressumme	55004
2008-1	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	5,73
		Median	7,00
		Halbjahressumme	93727
2008-2	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	4,89
		Median	6,00
		Halbjahressumme	31444
2009-1	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	4,24
		Median	5,00
		Halbjahressumme	30999
2009-2	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	3,48
		Median	4,00
		Halbjahressumme	21732
2010-1	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	2,63
		Median	3,00
		Halbjahressumme	15914
2010-2	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	1,81
		Median	2,00
		Halbjahressumme	9275
2011-1	Fallbezogene Beobachtungszeit	Mean	0,90
		Median	1,00
		Halbjahressumme	4561

Zur ergänzenden Information sind in der nachfolgenden Tabelle 1.7 noch diejenigen Patienten aufgeführt, für die im Berichtshalbjahr **kein medizinischer Dokumentationsbogen** vorlag. Diese Patienten wurden bei den medizinischen Auswertungen nicht berücksichtigt. Für das Beitritts-halbjahr sind keine Patienten mit fehlender medizinischer Dokumentation ausgewiesen, da definitionsgemäß nur Patienten mit Erstdokumentation in die Evaluation einfließen können.

In der Kohorte 2004-2 waren im letzten Berichtshalbjahr 2274 Patienten in das Programm eingeschrieben. Bei 135 von Ihnen bzw. 5,94 Prozent lagen im letzten Berichtshalbjahr keine medizinischen Dokumentationsbögen vor.

Tabelle 1.7 Patienten ohne medizinische Dokumentation

EZ	Patienten ohne medizinische Dokumentation	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6801	6174	5204	4367	3789	3400	3196	3063	2962	2851	2703	2572	2474	2389	2274
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		257	103	108	63	60	53	88	128	105	108	112	120	138	135
		Anteil in %		4,16	1,98	2,47	1,66	1,76	1,66	2,87	4,32	3,68	4,00	4,35	4,85	5,78	5,94
		CI Anteil in %		[3,66; 4,66]	[1,60; 2,36]	[2,01; 2,93]	[1,26; 2,07]	[1,32; 2,21]	[1,22; 2,10]	[2,28; 3,46]	[3,59; 5,05]	[2,99; 4,37]	[3,26; 4,73]	[3,57; 5,14]	[4,00; 5,70]	[4,84; 6,71]	[4,97; 6,91]
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl	9649	8338	6927	5784	5086	4761	4500	4364	4200	3983	3820	3690	3579	3414	
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		253	220	119	96	113	132	285	223	191	177	207	228	213	
		Anteil in %		3,03	3,18	2,06	1,89	2,37	2,93	6,53	5,31	4,80	4,63	5,61	6,37	6,24	
		CI Anteil in %		[2,67; 3,40]	[2,76; 3,59]	[1,69; 2,42]	[1,51; 2,26]	[1,94; 2,81]	[2,44; 3,43]	[5,80; 7,26]	[4,63; 5,99]	[4,13; 5,46]	[3,97; 5,30]	[4,87; 6,35]	[5,57; 7,17]	[5,43; 7,05]	
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl	7388	6387	5372	4661	4314	4110	4002	3843	3620	3478	3351	3219	3084		
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		258	173	138	126	131	288	232	172	194	237	248	235		
		Anteil in %		4,04	3,22	2,96	2,92	3,19	7,20	6,04	4,75	5,58	7,07	7,70	7,62		
		CI Anteil in %		[3,56; 4,52]	[2,75; 3,69]	[2,47; 3,45]	[2,42; 3,42]	[2,65; 3,72]	[6,40; 8,00]	[5,28; 6,79]	[4,06; 5,44]	[4,82; 6,34]	[6,20; 7,94]	[6,78; 8,63]	[6,68; 8,56]		
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl	6408	5642	4898	4491	4258	4123	3958	3727	3577	3452	3338	3196			
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		172	148	133	187	313	276	216	248	247	285	294			
		Anteil in %		3,05	3,02	2,96	4,39	7,59	6,97	5,80	6,93	7,16	8,54	9,20			
		CI Anteil in %		[2,60; 3,50]	[2,54; 3,50]	[2,47; 3,46]	[3,78; 5,01]	[6,78; 8,40]	[6,18; 7,77]	[5,05; 6,55]	[6,10; 7,77]	[6,30; 8,02]	[7,59; 9,49]	[8,20; 10,20]			
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl	7527	6850	6181	5785	5572	5373	5074	4877	4684	4514	4279				
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		213	217	295	491	349	298	332	375	443	413				
		Anteil in %		3,11	3,51	5,10	8,81	6,50	5,87	6,81	8,01	9,81	9,65				
		CI Anteil in %		[2,70; 3,52]	[3,05; 3,97]	[4,53; 5,67]	[8,07; 9,56]	[5,84; 7,15]	[5,23; 6,52]	[6,10; 7,51]	[7,23; 8,78]	[8,95; 10,68]	[8,77; 10,54]				
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl	7921	7310	6849	6596	6330	5899	5635	5393	5185	4974					
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		232	413	759	521	419	447	538	567	576					
		Anteil in %		3,17	6,03	11,51	8,23	7,10	7,93	9,98	10,94	11,58					
		CI Anteil in %		[2,77; 3,58]	[5,47; 6,59]	[10,74; 12,28]	[7,55; 8,91]	[6,45; 7,76]	[7,23; 8,64]	[9,18; 10,78]	[10,09; 11,78]	[10,69; 12,47]					
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl	8506	8180	7825	7444	6892	6591	6294	6047	5731						
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		454	1052	782	632	707	732	826	807						
		Anteil in %		5,55	13,44	10,51	9,17	10,73	11,63	13,66	14,08						
		CI Anteil in %		[5,05; 6,05]	[12,69; 14,20]	[9,81; 11,20]	[8,49; 9,85]	[9,98; 11,47]	[10,84; 12,42]	[12,79; 14,53]	[13,18; 14,98]						
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl	16360	16161	15343	13803	13020	12343	11832	11225							
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		1748	1822	1288	1453	1558	1776	1734							
		Anteil in %		10,82	11,88	9,33	11,16	12,62	15,01	15,45							
		CI Anteil in %		[10,34; 11,30]	[11,36; 12,39]	[8,85; 9,82]	[10,62; 11,70]	[12,04; 13,21]	[14,37; 15,65]	[14,78; 16,12]							
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6425	6216	5629	5268	4992	4800	4539								
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		396	484	503	522	606	581								
		Anteil in %		6,37	8,60	9,55	10,46	12,63	12,80								
		CI Anteil in %		[5,76; 6,98]	[7,87; 9,33]	[8,75; 10,34]	[9,61; 11,31]	[11,69; 13,56]	[11,83; 13,77]								
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl	7317	7001	6509	6142	5833	5514									
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		415	594	702	734	731									
		Anteil in %		5,93	9,13	11,43	12,58	13,26									
		CI Anteil in %		[5,37; 6,48]	[8,43; 9,83]	[10,63; 12,23]	[11,73; 13,43]	[12,36; 14,15]									
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6252	5958	5558	5276	4940										
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		290	551	652	591										
		Anteil in %		4,87	9,91	12,36	11,96										
		CI Anteil in %		[4,32; 5,41]	[9,13; 10,70]	[11,47; 13,25]	[11,06; 12,87]										

EZ	Patienten ohne medizinische Dokumentation	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl	6050	5739	5295	4880										
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		268	507	493										
		Anteil in %			4,67	9,58	10,10									
		CI Anteil in %			[4,12; 5,22]	[8,78; 10,37]	[9,26; 10,95]									
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5121	4867	4408											
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		276	355											
		Anteil in %			5,67	8,05										
		CI Anteil in %			[5,02; 6,32]	[7,25; 8,86]										
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl	5066	4561												
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl		114												
		Anteil in %			2,50											
		CI Anteil in %			[2,05; 2,95]											
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5054													
	ohne medizinische Dokumentation	Anzahl														
		Anteil in %														
		CI Anteil in %														

Auswertungskapitel 2: Leistungserbringer

In Tabelle 2.1. ist dargestellt, wie viele **Leistungserbringer**, d.h. Ärzte bzw. stationäre Einrichtungen sich jeweils zum Stichtag 30.6. und 31.12. eines Jahres an der Behandlung der DMP-Teilnehmer in Nordrhein beteiligten und wie viele eingeschriebene Versicherte rechnerisch auf einen Leistungserbringer entfielen. Diese Angaben werden von den Krankenkassen gesondert zur Verfügung gestellt und gelten kassenartenübergreifend.

Gemäß den Evaluationskriterien des BVA sollten folgende Leistungserbringer ausgewiesen werden:

- Hausärzte
- Kardiologisch qualifizierte Ärzte bzw. Einrichtungen (ambulant)
- Invasiv tätige ambulante Kardiologen
- Kardiologisch qualifizierte Krankenhäuser
- Kardiologisch qualifizierte Rehabilitationseinrichtungen

Die Evaluationskriterien des BVA sehen zusätzlich vor, dass für alle ausgewiesenen Leistungserbringer ergänzend dargestellt wird, wie viele Versicherte rechnerisch auf einen Leistungserbringer kamen. Da diese Daten in der KM6-Statistik nicht in der gewünschten Differenzierung ausgewiesen werden und folglich dem Evaluator nicht zur Verfügung gestellt werden konnten, wurde in diesem Bericht die Leistungserbringerdichte nur dann ausgewiesen, wenn sie bezogen auf die Versicherten insgesamt zu ermitteln war.

Tabelle 2.1 Leistungserbringer*

EZ		zum Stich- tag 31.12.2004	zum Stich- tag 30.06.2005	zum Stich- tag 31.12.2005	zum Stich- tag 30.06.2006	zum Stich- tag 31.12.2006	zum Stich- tag 30.06.2007	zum Stich- tag 31.12.2007	zum Stich- tag 30.06.2008	zum Stich- tag 31.12.2008	zum Stich- tag 30.06.2009	zum Stich- tag 31.12.2009	zum Stich- tag 30.06.2010	zum Stich- tag 31.12.2010	zum Stich- tag 30.06.2011	zum Stich- tag 31.12.2011	
Hausärzte	Anzahl Leistungserbringer	2822	3836	3909	3997	4110	4167	4253	4459	4508	4883	4796	4937	5084	5211	5172	
	Veränderung** absolut		1014	73	88	113	57	86	206	49	375	-87	141	147	127	-39	
	eingeschriebene Versicherte je Leistungserbringer	0,01	11,29	17,48	23,51	25,61	27,28	30,55	34,81	37,02	36,59	39,00	38,45	38,47	38,24	39,05	
Kardiologisch qualifizierte Ärzte bzw. Einrichtungen (ambulant)	Anzahl Leistungserbringer	48	69	119	118	118	116	115	118	115	117	110	115	133	154	151	
	Veränderung** absolut		21	50	-1	0	-2	-1	3	-3	2	-7	5	18	21	-3	
	eingeschriebene Versicherte je Leistungserbringer	0,71	627,41	574,15	796,37	891,97	979,99	1129,96	1315,50	1451,09	1527,15	1700,61	1650,75	1470,41	1294,11	1337,56	
Invasiv tätige ambulante Kardiologen***	Anzahl Leistungserbringer	17	19	45	47	47	47	47	47	49	50	48	50	58	91	88	
	Veränderung** absolut		2	26	2	0	0	0	0	2	1	-2	2	8	33	-3	
	eingeschriebene Versicherte je Leistungserbringer	2,00	2278,47	1518,31	1999,40	2239,43	2418,70	2764,79	3302,74	3405,61	3573,52	3897,23	3796,72	3371,79	2190,03	2295,14	
Kardiologisch qualifizierte Krankenhäuser	Anzahl Leistungserbringer	40	56	58	62	62	64	65	63	63	63	63	63	63	64	64	
	Veränderung** absolut		16	2	4	0	2	1	-2	0	0	0	0	0	1	0	
	eingeschriebene Versicherte je Leistungserbringer	0,85	773,05	1178,00	1515,68	1697,63	1776,23	1999,15	2463,95	2648,81	2836,13	2969,32	3013,27	3104,19	3113,95	3155,81	
Kardiologisch qualifizierte Rehabilitationseinrichtungen	Anzahl Leistungserbringer	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Veränderung** absolut		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	eingeschriebene Versicherte je Leistungserbringer	34,00	43291,00	68324,00	93972,00	105253,00	113679,00	129945,00	155229,00	166875,00	178676,00	187067,00	189836,00	195564,00	199293,00	201972,00	
<i>zum Vergleich: eingeschriebene Versicherte lt. KM 6/2</i>		<i>Anzahl</i>	<i>34</i>	<i>43291</i>	<i>68324</i>	<i>93972</i>	<i>105253</i>	<i>113679</i>	<i>129945</i>	<i>155229</i>	<i>166875</i>	<i>178676</i>	<i>187067</i>	<i>189836</i>	<i>195564</i>	<i>199293</i>	<i>201972</i>

* Die Daten zu den Leistungserbringern werden von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV), bzw. vom Vertragspartner geliefert. Sollten Leistungserbringerzahlen dieses Berichtes von den Zahlen vorhergehender Berichte abweichen, so ist dies in unterschiedlichen Zugriffszeitpunkten auf die KV Daten begründet.

** Veränderungen gegenüber dem vorangegangenen Stichtag.

*** Bei den „invasiv tätigen“ Kardiologen handelt es sich um eine Untergruppe der kardiologisch qualifizierten Fachärzte; die invasiv tätigen Kardiologen sind auch nicht invasiv tätig.

Auswertungskapitel 3: Krankheitsverlauf nach Einschreibung

Ein wesentliches Ziel der Evaluation besteht in der Überprüfung der medizinischen Versorgungsqualität der DMP-Patienten. Hierzu werden die patientenbezogenen Angaben zum Krankheitsverlauf nach der Einschreibung in das DMP aus den Dokumentationen der Leistungserbringer ausgewertet.

Die Koronare Herzkrankheit gehört zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und entsteht durch eine Verengung der Herzkranzgefäße durch arteriosklerotische Plaques. Dabei handelt es sich um Fett- und Kalkablagerungen an den Gefäßinnenwänden, die eine Minderdurchblutung und somit eine unzureichende Sauerstoffversorgung des Herzmuskels zur Folge haben. Eine KHK kann zu weiteren schwerwiegenden Erkrankungen wie Herzinfarkt und Herzinsuffizienz führen. In Deutschland gehören die KHK und ihre Folgeerkrankungen zu den häufigsten Todesursachen.

Die standardisierten Tabellen für den Evaluationsbericht weisen die patientenbezogenen Ergebnisse nach Kohorten getrennt für die folgenden Bereiche und Variablen aus:

Risikofaktoren

- Raucherstatus
- Hypertonus

Medikation

- Medikation nach Medikamentengruppen
- Patienten mit Herzinsuffizienz und ihre Medikation

KHK-spezifische Interventionen

- koronartherapeutische Intervention
- wiederholte Revaskularisation

Symptome

- Angina pectoris

Ereigniszeitanalysen

- Herzinsuffizienz
- Koronarsyndrom
- Primäre Endpunkte: Herzinfarkt und Tod

3.1 Risikofaktoren

Es gibt eine Vielzahl von Risikofaktoren, die Entstehung und Verlauf der Koronaren Herzkrankheit (KHK) ungünstig beeinflussen. Dabei wird zwischen Risikofaktoren, auf die Betroffene selbst Einfluss ausüben können, und Risikofaktoren, die die Betroffenen selbst nicht beeinflussen können, unterschieden. Letztere werden, wenn möglich, medizinisch behandelt.

Zu den Risikofaktoren, auf die KHK-Patienten und Patientinnen selbst Einfluss haben, gehören Rauchen, Bewegungsarmut und Adipositas (Übergewicht bzw. Fehlernährung). Risikofaktoren, die medizinisch behandelt werden können, auf die Betroffene jedoch keinen Einfluss haben, sind Hypertonie (Bluthochdruck), Hyperlipidämie (Fettstoffwechselstörung) und Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit). Alter, Geschlecht und das Vorkommen von Arteriosklerose bei Verwandten ersten Grades sind ebenfalls Risikofaktoren für die Entstehung einer KHK, jedoch kann auf diese Faktoren keinerlei Einfluss genommen werden.

Nikotinkonsum und Hypertonie gelten als besonders relevante Risikofaktoren. Deshalb werden im Folgenden die Auswertungen des DMP zu den Variablen Raucherstatus und Blutdruck tabellarisch dargestellt.

Zunächst wird die Entwicklung des Raucherstatus abgebildet. Durch Beendigung des Rauchens kann das Risiko einer KHK gesenkt werden, weshalb Nikotinabstinenz zu den wichtigsten therapeutischen Maßnahmen gehört. Eine Reduktion des Raucheranteils unter den DMP-Teilnehmern und Teilnehmerinnen ist deshalb ein wichtiges Ziel der Behandlung im DMP.

Im Anschluss wird die Entwicklung des Blutdrucks dargestellt. Der Blutdruck wird durch zwei Werte beschrieben: den systolischen und den diastolischen Wert. Der systolische Druck entsteht, wenn der Herzmuskel sich zusammenzieht und das Blut in die Arterien pumpt. Der diastolische Druck ist der Druck, der gemessen wird, wenn der Herzmuskel sich wieder entspannt. Der Blutdruck wird in mmHg angegeben. Zuerst wird der systolische Wert, dann der diastolische genannt (z.B. 140/80 mmHg). Behandlungsziel bei Vorliegen einer Hypertonie im DMP ist es, den individuellen Blutdruck möglichst auf Werte unter 140/90 mmHg zu senken.

EZ	Raucher in der Gruppe der Raucher laut Erstdokumentation	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr
2008-1	Raucher laut Erstdokumentation	Anzahl	2875	2834	2657	2320	2173	2041	1944	1829						
	auswertbar	Anzahl		2444	2225	2022	1863	1717	1587	1465						
	Raucher im Halbjahr	Anzahl		2089	1701	1525	1381	1248	1134	1029						
		Anteil in %		85,47	76,45	75,42	74,13	72,68	71,46	70,24						
		CI Anteil in %		[84,08; 86,87]	[74,69; 78,21]	[73,54; 77,30]	[72,14; 76,12]	[70,58; 74,79]	[69,23; 73,68]	[67,90; 72,58]						
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>16161</i>	<i>15343</i>	<i>13803</i>	<i>13020</i>	<i>12343</i>	<i>11832</i>	<i>11225</i>							
2008-2	Raucher laut Erstdokumentation	Anzahl	1261	1202	1068	991	929	888	819							
	auswertbar	Anzahl		1104	952	858	797	731	672							
	Raucher im Halbjahr	Anzahl		1016	828	718	667	599	538							
		Anteil in %		92,03	86,97	83,68	83,69	81,94	80,06							
		CI Anteil in %		[90,43; 93,63]	[84,84; 89,11]	[81,21; 86,16]	[81,12; 86,26]	[79,15; 84,73]	[77,04; 83,08]							
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>6216</i>	<i>5629</i>	<i>5268</i>	<i>4992</i>	<i>4800</i>	<i>4539</i>								
2009-1	Raucher laut Erstdokumentation	Anzahl	1441	1363	1246	1167	1100	1038								
	auswertbar	Anzahl		1265	1111	1026	933	879								
	Raucher im Halbjahr	Anzahl		1169	978	892	769	707								
		Anteil in %		92,41	88,03	86,94	82,42	80,43								
		CI Anteil in %		[90,95; 93,87]	[86,12; 89,94]	[84,88; 89,00]	[79,98; 84,87]	[77,81; 83,06]								
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>7001</i>	<i>6509</i>	<i>6142</i>	<i>5833</i>	<i>5514</i>									
2009-2	Raucher laut Erstdokumentation	Anzahl	1332	1250	1159	1098	1013									
	auswertbar	Anzahl		1173	1015	935	856									
	Raucher im Halbjahr	Anzahl		1110	908	810	726									
		Anteil in %		94,63	89,46	86,63	84,81									
		CI Anteil in %		[93,34; 95,92]	[87,57; 91,35]	[84,45; 88,81]	[82,41; 87,22]									
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>5958</i>	<i>5558</i>	<i>5276</i>	<i>4940</i>										
2010-1	Raucher laut Erstdokumentation	Anzahl	1244	1168	1062	962										
	auswertbar	Anzahl		1110	932	835										
	Raucher im Halbjahr	Anzahl		1046	835	718										
		Anteil in %		94,23	89,59	85,99										
		CI Anteil in %		[92,86; 95,61]	[87,63; 91,55]	[83,63; 88,34]										
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	<i>5739</i>	<i>5295</i>	<i>4880</i>											
2010-2	Raucher laut Erstdokumentation	Anzahl	1013	955	857											
	auswertbar	Anzahl		891	761											
	Raucher im Halbjahr	Anzahl		844	697											
		Anteil in %		94,73	91,59											
		CI Anteil in %		[93,26; 96,19]	[89,62; 93,56]											
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	<i>4867</i>	<i>4408</i>												
2011-1	Raucher laut Erstdokumentation	Anzahl	1086	956												
	auswertbar	Anzahl		920												
	Raucher im Halbjahr	Anzahl		866												
		Anteil in %		94,13												
		CI Anteil in %		[92,61; 95,65]												
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>	<i>4561</i>													
2011-2	Raucher laut Erstdokumentation	Anzahl	1128													
	auswertbar	Anzahl														
	Raucher im Halbjahr	Anzahl														
		Anteil in %														
		CI Anteil in %														
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>														

EZ	Raucherquote bei allen DMP-Teilnehmern		Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl	7317	7001	6509	6142	5833	5514									
	auswertbar	Anzahl	7317	6586	5915	5440	5099	4783									
	Raucher im Halbjahr	Anzahl	1441	1300	1114	1027	897	825									
		Anteil in %	19,69	19,74	18,83	18,88	17,59	17,25									
	CI Anteil in %	[18,78; 20,61]	[18,78; 20,70]	[17,84; 19,83]	[17,84; 19,92]	[16,55; 18,64]	[16,18; 18,32]										
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6252	5958	5558	5276	4940										
	auswertbar	Anzahl	6252	5668	5007	4624	4349										
	Raucher im Halbjahr	Anzahl	1332	1217	1004	907	827										
		Anteil in %	21,31	21,47	20,05	19,62	19,02										
	CI Anteil in %	[20,29; 22,32]	[20,40; 22,54]	[18,94; 21,16]	[18,47; 20,76]	[17,85; 20,18]											
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl	6050	5739	5295	4880											
	auswertbar	Anzahl	6050	5471	4788	4387											
	Raucher im Halbjahr	Anzahl	1244	1161	939	831											
		Anteil in %	20,56	21,22	19,61	18,94											
	CI Anteil in %	[19,54; 21,58]	[20,14; 22,30]	[18,49; 20,74]	[17,78; 20,10]												
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5121	4867	4408												
	auswertbar	Anzahl	5121	4591	4053												
	Raucher im Halbjahr	Anzahl	1013	921	779												
		Anteil in %	19,78	20,06	19,22												
	CI Anteil in %	[18,69; 20,87]	[18,90; 21,22]	[18,01; 20,43]													
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl	5066	4561													
	auswertbar	Anzahl	5066	4447													
	Raucher im Halbjahr	Anzahl	1086	929													
		Anteil in %	21,44	20,89													
	CI Anteil in %	[20,31; 22,57]	[19,70; 22,09]														
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5054														
	auswertbar	Anzahl	5054														
	Raucher im Halbjahr	Anzahl	1128														
		Anteil in %	22,32														
	CI Anteil in %	[21,17; 23,47]															

Nachfolgend wird die Entwicklung des Blutdrucks für das Kollektiv der Patienten mit **Hypertonus** dokumentiert.³ Dazu zählen im vorliegenden Bericht diejenigen Patienten, die laut Anamnesebefund zur Erstdokumentation Hypertoniker waren.

In Tabelle 3.1.3 wird für jede Kohorte unter „Kollektivmitglieder insgesamt“ zunächst die Anzahl derjenigen Hypertoniker laut Anamnesebefund zur ED angegeben, die im Berichtshalbjahr noch Programmteilnehmer waren. Anschließend wird für die jeweiligen Berichtshalbjahre die Anzahl der gut eingestellten Kollektivmitglieder (Normotoniker) dokumentiert, bei denen der systolische und der diastolische Blutdruckwert im Normalbereich liegt, und es wird gezeigt, wie hoch ihr Anteil an den auswertbaren Kollektivmitgliedern ist. Anschließend wird die Anzahl der nicht gut eingestellten Kollektivmitglieder (Hypertoniker) ausgewiesen und ihr Anteil an den auswertbaren Kollektivmitgliedern dargestellt. Schließlich wird für die Gruppe der Hypertoniker ausgewertet, ob sie mäßig oder deutlich erhöhte Blutdruckwerte aufweisen. Als **mäßig erhöht** gilt der Blutdruck, wenn der systolische und/oder der diastolische Blutdruckwert mindestens die festgelegten Schwellenwerte von 140mmHg (systolisch) bzw. 90 mmHg (diastolisch) erreicht, jedoch um maximal 20 mmHg (systolisch) bzw. 10 mmHg (diastolisch) überschreitet. Als **deutlich erhöht** gilt der Blutdruck, wenn der systolische und/oder diastolische Blutdruckwert diese Schwellenwerte um mehr als 20 mmHg (systolisch) bzw. 10 mmHg (diastolisch) überschreitet.

³ In den KHK-Berichten seit April 2009 wird abweichend zu den KHK-Berichten vom 31.03.2009 der Hypertonieverlauf unabhängig vom Vorliegen einer anti-hypertensiven Therapie ausgewertet. Grund hierfür ist die veränderte Dokumentationsmöglichkeit dieses Parameters seit Einführung der eDMP-Satzartbeschreibungen zum 01.07.2008. Zudem wird in diesem Bericht das Kollektiv der Hypertoniker nur über die Angabe „Hypertoniker“ in der Anamnese und unabhängig von den gemessenen Blutdruckwerten in der Erstdokumentation gebildet. In den Berichten zum 31.03.2009 geschah die Einordnung ausschließlich über die Blutdruckwerte.

In der Kohorte 2004-2 waren von den 6801 anfangs eingeschriebenen Teilnehmern laut Anamnesebefund der Erstdokumentation 5453 Personen Hypertoniker. Im letzten Berichtshalbjahr umfasste dieses Kollektiv noch 1821 Personen. Der Anteil der Normotoniker lag im letzten Berichtshalbjahr bei 67,97 Prozent der dann auswertbaren Kollektivmitglieder.

Tabelle 3.1.3 Hypertonieverlauf bei Patienten mit Hypertonie laut Anamnese (ED)

Table with columns for EZ, Hypertonieverlauf bei Patienten mit Hypertonie laut Anamnese (ED), and 15 half-year intervals (Beitrithshalbjahr to 15. Halbjahr). Rows are categorized by year (2004-2, 2005-1) and patient status (Normotoniker, Hypertoniker im Berichtshalb-jahr, Patients with mild/moderate/severe hypertension, total patients).

EZ	Hypertonieverlauf bei Patienten mit Hypertonie laut Anamnese (ED)	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr	
2011-2	Kollektivmitglieder insgesamt	Anzahl	3966														
	auswertbar	Anzahl	3966														
	Normotoniker (Kategorie 1: systolisch <140 UND diastolisch <90)	Anzahl	2364														
		Anteil in %	59,61														
		CI Anteil in %	[58,08; 61,13]														
	Hypertoniker im Berichtshalb- jahr (Kategorien 2 und 3)	Anzahl	1602														
		Anteil in %	40,39														
		CI Anteil in %	[38,87; 41,92]														
	Patienten mit mäßig erhöhtem Blutdruck (Kategorie 2: systolisch ≥140 und ≤160 ODER diastolisch ≥90 und ≤100)	Anzahl	1371														
		Anteil in %	34,57														
		CI Anteil in %	[33,09; 36,05]														
Patienten mit deutlich erhöhtem Blutdruck (Kategorie 3: systolisch >160 ODER diastolisch >100)	Anzahl	231															
	Anteil in %	5,82															
	CI Anteil in %	[5,10; 6,55]															
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>														

EZ	Mittlerer diastolischer Blutdruck in [mmHg] im Kollektiv der Hypertoniker laut Anamnese	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr		
2008-1	Kollektivmitglieder insgesamt	Anzahl	12837	12687	12057	10891	10267	9735	9329	8850								
	auswertbare Kollektivmitglieder und ihre Auswertungsergebnisse	Anzahl	12837	11383	10696	9909	9165	8543	7986	7542								
		Mean	79,39	78,54	78,26	78,29	77,88	77,96	77,60	77,89								
		CI Mean	[79,23; 79,55]	[78,38; 78,70]	[78,09; 78,42]	[78,12; 78,47]	[77,70; 78,06]	[77,78; 78,14]	[77,41; 77,79]	[77,70; 78,09]								
		Median	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00								
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>16161</i>	<i>15343</i>	<i>13803</i>	<i>13020</i>	<i>12343</i>	<i>11832</i>	<i>11225</i>									
2008-2	Kollektivmitglieder insgesamt	Anzahl	5128	4978	4513	4243	4021	3867	3652									
	auswertbare Kollektivmitglieder und ihre Auswertungsergebnisse	Anzahl	5128	4679	4135	3862	3625	3403	3208									
		Mean	79,10	78,47	78,25	77,93	77,98	77,66	77,84									
		CI Mean	[78,85; 79,35]	[78,21; 78,73]	[77,99; 78,52]	[77,65; 78,21]	[77,69; 78,27]	[77,36; 77,95]	[77,53; 78,14]									
		Median	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00								
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>6216</i>	<i>5629</i>	<i>5268</i>	<i>4992</i>	<i>4800</i>	<i>4539</i>										
2009-1	Kollektivmitglieder insgesamt	Anzahl	5814	5571	5187	4894	4656	4389										
	auswertbare Kollektivmitglieder und ihre Auswertungsergebnisse	Anzahl	5814	5251	4723	4357	4081	3829										
		Mean	79,38	78,57	78,28	77,97	77,91	77,90										
		CI Mean	[79,13; 79,62]	[78,33; 78,80]	[78,03; 78,54]	[77,71; 78,23]	[77,63; 78,18]	[77,62; 78,18]										
		Median	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00										
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>7001</i>	<i>6509</i>	<i>6142</i>	<i>5833</i>	<i>5514</i>											
2009-2	Kollektivmitglieder insgesamt	Anzahl	4900	4682	4379	4178	3913											
	auswertbare Kollektivmitglieder und ihre Auswertungsergebnisse	Anzahl	4900	4474	3981	3700	3475											
		Mean	79,18	78,61	78,36	77,69	78,05											
		CI Mean	[78,92; 79,44]	[78,35; 78,88]	[78,08; 78,65]	[77,40; 77,98]	[77,76; 78,35]											
		Median	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00											
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>5958</i>	<i>5558</i>	<i>5276</i>	<i>4940</i>												
2010-1	Kollektivmitglieder insgesamt	Anzahl	4762	4523	4186	3890												
	auswertbare Kollektivmitglieder und ihre Auswertungsergebnisse	Anzahl	4762	4329	3798	3513												
		Mean	78,99	78,49	78,06	78,17												
		CI Mean	[78,72; 79,26]	[78,22; 78,77]	[77,78; 78,33]	[77,88; 78,46]												
		Median	80,00	80,00	80,00	80,00												
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	<i>5739</i>	<i>5295</i>	<i>4880</i>													
2010-2	Kollektivmitglieder insgesamt	Anzahl	3992	3804	3457													
	auswertbare Kollektivmitglieder und ihre Auswertungsergebnisse	Anzahl	3992	3597	3187													
		Mean	78,90	78,36	78,49													
		CI Mean	[78,62; 79,18]	[78,07; 78,65]	[78,18; 78,79]													
		Median	80,00	80,00	80,00													
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	<i>4867</i>	<i>4408</i>														
2011-1	Kollektivmitglieder insgesamt	Anzahl	3992	3612														
	auswertbare Kollektivmitglieder und ihre Auswertungsergebnisse	Anzahl	3992	3531														
		Mean	78,68	78,10														
		CI Mean	[78,40; 78,96]	[77,81; 78,40]														
		Median	80,00	80,00														
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>	<i>4561</i>															
2011-2	Kollektivmitglieder insgesamt	Anzahl	3966															
	auswertbare Kollektivmitglieder und ihre Auswertungsergebnisse	Anzahl	3966															
		Mean	79,08															
		CI Mean	[78,78; 79,39]															
		Median	80,00															
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>																

3.2 Medikation

Da eine KHK nicht von alleine ausheilt, ist eine Behandlung dringend erforderlich. Eine Therapie fördert zudem die Lebensqualität und die Lebenserwartung. Therapiestrategien sind neben der Änderung des Lebensstils und der Umsetzung vorbeugender Maßnahmen, die medikamentöse Therapie sowie invasive Behandlungsmethoden. Auf Letztere wird in Kapitel 3.3 näher eingegangen. Im vorliegenden Kapitel soll ausschließlich die medikamentöse Behandlung besprochen werden.

Die Gabe von Medikamenten bei einer KHK hat die Linderung von Symptomen, die Vermeidung von Komplikationen und die Lebensverlängerung zum Ziel. Medikamente, die angewandt werden, um eine Lebensverlängerung sowie die Vermeidung von Herzinfarkten zu erzielen, sind die Gruppe der Betablocker, der Statine und der Thrombozytenaggregationshemmer (TAH).

Betablocker vermindern den Sauerstoffbedarf des Herzmuskels, indem sie die Herzfrequenz und den Blutdruck (unter Belastung) senken. Sie werden daher insbesondere zur Besserung von Angina pectoris-Beschwerden und zur Anhebung der Belastbarkeit des Herzens eingesetzt. Patienten und Patientinnen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, sollten nach Möglichkeit alle einen Betablocker erhalten, da für sie eine Abnahme der Sterblichkeit belegt ist. Kontraindikationen für den Einsatz von Betablockern sind höhergradige bradykarde (mit einer Verlangsamung einhergehende) Herzrhythmusstörungen, höhergradige Erregungsleitungsstörungen sowie durch Verengung der Atemwege bedingte obstruktive Ventilationsstörungen (Asthma).

Statine senken die körpereigene Cholesterinsynthese der Leber. Es handelt sich um Substanzen, die das Cholesterinsyntheseenzym Hydroxymethylglutaryl-CoenzymA-Reduktase hemmen. Diese sogenannten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer gelten als die wirksamsten Cholesterinsenker und vermindern das Herzinfarkttrisiko und die Sterblichkeit der KHK. Ihr Einsatz sollte deshalb bei Patienten und Patientinnen mit KHK prinzipiell zur Verbesserung der Prognose erwogen werden. Andere lipid- und cholesterinsenkende Mittel (Fibrate, Anionenaustauscher, Nikotinsäure) werden als Mittel der zweiten Wahl betrachtet, da zur Sekundärprävention der KHK keine so ausführlichen und konsistenten Daten wie für Statine vorliegen. Über die Sicherheit und den Einfluss von Cholesterinaufnahmehemmern auf die Morbidität der KHK sind keine ausreichenden Informationen verfügbar.

Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) verhindern die Verklumpung der Blutplättchen und wirken damit dem Wachstum von Blutgerinnseln (Thrombose) entgegen. Insbesondere an den bei einer KHK durch Lipideinlagerungen veränderten Herzkranzgefäßwänden kommt es leicht zu einer Anlagerung von Blutplättchen und in der Folge zur Verengung oder zum Verschluss des Blutgefäßes. Sofern keine Kontraindikationen vorliegen, sollten daher alle KHK-Patienten und Patientinnen mit TAH behandelt werden. Als Mittel der ersten Wahl gilt Acetylsalicylsäure, da für diesen Wirkstoff die Wirksamkeit auf die Reduktion nichttödlicher Herzinfarkte und Schlaganfälle sowie der vaskulären und der gesamten Sterblichkeit vielfach belegt ist. Bei Unverträglichkeit oder Kontraindikation kommt Clopidogrel zum Einsatz.

Weitere Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung sind die **Kalziumkanalblocker**, die den Blutdruck senken und dadurch die Pumpleistung des Herzens reduzieren. Sie werden zur Blutdrucksenkung und zur symptomatischen Behandlung der Angina pectoris eingesetzt. Sie haben jedoch keinen Einfluss auf die Prognose einer KHK. ACE-Hemmer blockieren das sogenannte Angiotensin-Converting-Enzym, wodurch die Blutgefäße erweitert und der Blutdruck gesenkt werden. Dieser Mechanismus führt zu einer Entlastung des Herzens. So weit möglich, sollten daher alle Patienten und Patientinnen mit einer Linksherzinsuffizienz (eingeschränkte Pumpleistung des Herzens) mit ACE-Hemmern behandelt werden, da für diese Medikamentengruppe die Verringerung der Sterblichkeit und der Morbidität belegt sind. Das gleiche gilt für Patienten und Patientinnen, die einen Herzinfarkt durchgemacht haben. Angiotensin-I-Blocker vermindern die Mortalität bei Herzinsuffizienz und werden als Alternative bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern eingesetzt. Nitrate werden zur symptomatischen Behandlung von Angina pectoris sowie zur Behandlung eines akuten Angina pectoris-Anfalls angewandt.

Zu beachten ist, dass seit Einführung der elektronischen Datenübermittlung im Juli 2008 auch neue Satzarten für die Indikation KHK gültig sind. In diesen Satzarten SA300ED und SA300FD kann die Behandlung mit Nitraten und Kalzium-Antagonisten nicht mehr einzeln dokumentiert werden. Die zwei Medikamente werden daher ab dem zweiten Halbjahr 2008 nicht mehr für die Auswertung „Patienten mit KHK-spezifischer Medikation“ berücksichtigt. Um eine Vergleichbarkeit über alle Halbjahre herzustellen, wurden die Angaben zu Nitraten und Kalzium-Antagonisten, die in den vorherigen Satzarten SA300EA und SA300FA dokumentiert waren, ebenfalls rückwirkend aus dieser Auswertung herausgerechnet. Diese veränderte Berechnungsweise hat außer auf die Kategorie „mit KHK spezifischer Medikation“ zusätzlich Auswirkungen auf die Auswertungskategorien „Patienten ohne KHK-spezifische Medikation“ sowie „Patienten mit mind. 2 KHK-spezifischen Medikamenten“. In den drei genannten Auswertungskategorien können die Angaben im vorliegenden Bericht von den Angaben des Berichtes aus März 2009 abweichen.

In der Tabelle 3.2.1 ist die Entwicklung der **Medikation** der Patienten ausgewiesen. In der Kohorte 2004-2 waren im Beitritts-
halbjahr 6801 Patienten in das Programm eingeschrieben. Davon lagen bei 6801 Patienten auswertbare Daten vor. Bei 4720

bzw. 69,40 Prozent dieser Patienten erfolgte eine Behandlung mit Beta-Blockern. Im letzten Berichtshalbjahr erhielten 1671
bzw. 78,12 Prozent dieser Patienten eine Behandlung mit Beta-Blockern.

Tabelle 3.2.1 Patienten und ihre Medikation

* In diesen Auswertungskategorien sind die dargestellten Auswertungsergebnisse ab Halbjahr 2008-2 nur eingeschränkt mit den Ergebnissen der vorherigen Halbjahre vergleichbar. Grund hierfür ist die veränderte Dokumentationsmöglichkeit einzelner Medikationsparameter seit Einführung der eDMP-Satzartbeschreibungen zum 01.07.2008.

EZ	Patienten und ihre Medikation	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr	
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6801	6174	5204	4367	3789	3400	3196	3063	2962	2851	2703	2572	2474	2389	2274
	auswertbar	Anzahl	6801	5917	5101	4259	3726	3340	3143	2975	2834	2746	2595	2460	2354	2251	2139
	ohne KHK-spezifische Medikation*	Anzahl	80	55	39	42	26	17	19	20	20	19	21	13	14	12	9
		Anteil in %	1,18	0,93	0,76	0,99	0,70	0,51	0,60	0,67	0,71	0,69	0,81	0,53	0,59	0,53	0,42
		CI Anteil in %	[0,92; 1,43]	[0,68; 1,17]	[0,53; 1,00]	[0,69; 1,28]	[0,43; 0,97]	[0,27; 0,75]	[0,33; 0,88]	[0,38; 0,97]	[0,40; 1,01]	[0,38; 1,00]	[0,46; 1,15]	[0,24; 0,82]	[0,28; 0,91]	[0,23; 0,83]	[0,15; 0,70]
	mit KHK-spezifischer Medikation*	Anzahl	6721	5862	5062	4217	3700	3323	3124	2955	2814	2727	2574	2447	2340	2239	2130
		Anteil in %	98,82	99,07	99,24	99,01	99,30	99,49	99,40	99,33	99,29	99,31	99,19	99,47	99,41	99,47	99,58
		CI Anteil in %	[98,57; 99,08]	[98,83; 99,32]	[99,00; 99,47]	[98,72; 99,31]	[99,03; 99,57]	[99,25; 99,73]	[99,12; 99,67]	[99,03; 99,62]	[98,99; 99,60]	[99,00; 99,62]	[98,85; 99,54]	[99,18; 99,76]	[99,09; 99,72]	[99,17; 99,77]	[99,30; 99,85]
	Beta-Blocker	Anzahl	4720	4171	3673	3100	2751	2481	2357	2245	2124	2084	1988	1884	1808	1749	1671
		Anteil in %	69,40	70,49	72,01	72,79	73,83	74,28	74,99	75,46	74,95	75,89	76,61	76,59	76,81	77,70	78,12
		CI Anteil in %	[68,31; 70,50]	[69,33; 71,65]	[70,77; 73,24]	[71,45; 74,12]	[72,42; 75,24]	[72,80; 75,76]	[73,48; 76,51]	[73,92; 77,01]	[73,35; 76,54]	[74,29; 77,49]	[74,98; 78,24]	[74,91; 78,26]	[75,10; 78,51]	[75,98; 79,42]	[76,37; 79,87]
	Beta-Blocker- Kontraindikation	Anzahl	246	216	194	171	152	141	132	131	98	88	82	88	82	82	76
		Anteil in %	3,62	3,65	3,80	4,02	4,08	4,22	4,20	4,40	3,46	3,20	3,16	3,58	3,48	3,64	3,55
		CI Anteil in %	[3,17; 4,06]	[3,17; 4,13]	[3,28; 4,33]	[3,43; 4,60]	[3,44; 4,71]	[3,54; 4,90]	[3,50; 4,90]	[3,67; 5,14]	[2,79; 4,13]	[2,55; 3,86]	[2,49; 3,83]	[2,84; 4,31]	[2,74; 4,22]	[2,87; 4,42]	[2,77; 4,34]
	Trombozyten- aggregationshemmer	Anzahl	5548	4853	4204	3481	3104	2807	2648	2515	2346	2278	2164	2052	1985	1906	1810
		Anteil in %	81,58	82,02	82,42	81,73	83,31	84,04	84,25	84,54	82,78	82,96	83,39	83,41	84,32	84,67	84,62
		CI Anteil in %	[80,65; 82,50]	[81,04; 83,00]	[81,37; 83,46]	[80,57; 82,89]	[82,11; 84,50]	[82,80; 85,28]	[82,98; 85,52]	[83,24; 85,84]	[81,39; 84,17]	[81,55; 84,36]	[81,96; 84,82]	[81,94; 84,88]	[82,86; 85,79]	[83,18; 86,16]	[83,09; 86,15]
	Thrombozyten- aggregationshemmer- Kontraindikation	Anzahl	109	97	88	87	80	80	77	71	68	76	76	73	65	66	60
		Anteil in %	1,60	1,64	1,73	2,04	2,15	2,40	2,45	2,39	2,40	2,77	2,93	2,97	2,76	2,93	2,81
		CI Anteil in %	[1,30; 1,90]	[1,32; 1,96]	[1,37; 2,08]	[1,62; 2,47]	[1,68; 2,61]	[1,88; 2,91]	[1,91; 2,99]	[1,84; 2,94]	[1,84; 2,96]	[2,15; 3,38]	[2,28; 3,58]	[2,30; 3,64]	[2,10; 3,42]	[2,23; 3,63]	[2,11; 3,50]
Statine (HMG-CoA- Reduktase-Hemmer)	Anzahl	4370	3885	3434	2957	2633	2395	2285	2154	2054	2022	1931	1846	1792	1722	1655	
	Anteil in %	64,26	65,66	67,32	69,43	70,67	71,71	72,70	72,40	72,48	73,63	74,41	75,04	76,13	76,50	77,37	
	CI Anteil in %	[63,12; 65,39]	[64,45; 66,87]	[66,03; 68,61]	[68,05; 70,81]	[69,20; 72,13]	[70,18; 73,23]	[71,14; 74,26]	[70,80; 74,01]	[70,83; 74,12]	[71,99; 75,28]	[72,73; 76,09]	[73,33; 76,75]	[74,40; 77,85]	[74,75; 78,25]	[75,60; 79,15]	
mind. 2 KHK-spezi- fische Medikamente*	Anzahl	6430	5616	4846	4045	3573	3225	3038	2880	2708	2638	2495	2370	2267	2171	2066	
	Anteil in %	94,54	94,91	95,00	94,98	95,89	96,56	96,66	96,81	95,55	96,07	96,15	96,34	96,30	96,45	96,59	
	CI Anteil in %	[94,01; 95,08]	[94,35; 95,47]	[94,40; 95,60]	[94,32; 95,63]	[95,26; 96,53]	[95,94; 97,18]	[96,03; 97,29]	[96,17; 97,44]	[94,79; 96,31]	[95,34; 96,79]	[95,41; 96,89]	[95,60; 97,08]	[95,54; 97,07]	[95,68; 97,21]	[95,82; 97,36]	

EZ	Patienten und ihre Medikation	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr	
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl	6050	5739	5295	4880											
	auswertbar	Anzahl	6049	5471	4788	4387											
	ohne KHK-spezifische Medikation*	Anzahl	133	102	77	69											
		Anteil in %	2,20	1,86	1,61	1,57											
		CI Anteil in %	[1,83; 2,57]	[1,51; 2,22]	[1,25; 1,96]	[1,20; 1,94]											
	mit KHK-spezifischer Medikation*	Anzahl	5916	5369	4711	4318											
		Anteil in %	97,80	98,14	98,39	98,43											
		CI Anteil in %	[97,43; 98,17]	[97,78; 98,49]	[98,04; 98,75]	[98,06; 98,80]											
	Beta-Blocker	Anzahl	4441	4077	3624	3351											
		Anteil in %	73,42	74,52	75,69	76,38											
		CI Anteil in %	[72,30; 74,53]	[73,37; 75,67]	[74,47; 76,90]	[75,13; 77,64]											
	Beta-Blocker- Kontraindikation	Anzahl	70	73	60	64											
		Anteil in %	1,16	1,33	1,25	1,46											
		CI Anteil in %	[0,89; 1,43]	[1,03; 1,64]	[0,94; 1,57]	[1,10; 1,81]											
	Trombozyten- aggregationshemmer	Anzahl	4594	4287	3776	3457											
		Anteil in %	75,95	78,36	78,86	78,80											
		CI Anteil in %	[74,87; 77,02]	[77,27; 79,45]	[77,71; 80,02]	[77,59; 80,01]											
	Thrombozyten- aggregationshemmer- Kontraindikation	Anzahl	56	56	46	51											
		Anteil in %	0,93	1,02	0,96	1,16											
		CI Anteil in %	[0,68; 1,17]	[0,76; 1,29]	[0,68; 1,24]	[0,85; 1,48]											
Statine (HMG-CoA- Reduktase-Hemmer)	Anzahl	3958	3716	3302	3087												
	Anteil in %	65,43	67,92	68,96	70,37												
	CI Anteil in %	[64,23; 66,63]	[66,68; 69,16]	[67,65; 70,27]	[69,02; 71,72]												
mind. 2 KHK-spezi- fische Medikamente*	Anzahl	5448	5005	4411	4057												
	Anteil in %	90,06	91,48	92,13	92,48												
	CI Anteil in %	[89,31; 90,82]	[90,74; 92,22]	[91,36; 92,89]	[91,70; 93,26]												
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5121	4867	4408												
	auswertbar	Anzahl	5119	4590	4053												
	ohne KHK-spezifische Medikation*	Anzahl	97	70	58												
		Anteil in %	1,89	1,53	1,43												
		CI Anteil in %	[1,52; 2,27]	[1,17; 1,88]	[1,07; 1,80]												
	mit KHK-spezifischer Medikation*	Anzahl	5022	4520	3995												
		Anteil in %	98,11	98,47	98,57												
		CI Anteil in %	[97,73; 98,48]	[98,12; 98,83]	[98,20; 98,93]												
	Beta-Blocker	Anzahl	3837	3482	3111												
		Anteil in %	74,96	75,86	76,76												
		CI Anteil in %	[73,77; 76,14]	[74,62; 77,10]	[75,46; 78,06]												
	Beta-Blocker- Kontraindikation	Anzahl	60	55	47												
		Anteil in %	1,17	1,20	1,16												
		CI Anteil in %	[0,88; 1,47]	[0,88; 1,51]	[0,83; 1,49]												
	Trombozyten- aggregationshemmer	Anzahl	4039	3681	3269												
		Anteil in %	78,90	80,20	80,66												
		CI Anteil in %	[77,78; 80,02]	[79,04; 81,35]	[79,44; 81,87]												
	Thrombozyten- aggregationshemmer- Kontraindikation	Anzahl	51	51	44												
		Anteil in %	1,00	1,11	1,09												
		CI Anteil in %	[0,72; 1,27]	[0,81; 1,41]	[0,77; 1,40]												
Statine (HMG-CoA- Reduktase-Hemmer)	Anzahl	3491	3241	2890													
	Anteil in %	68,20	70,61	71,31													
	CI Anteil in %	[66,92; 69,47]	[69,29; 71,93]	[69,91; 72,70]													
mind. 2 KHK-spezi- fische Medikamente*	Anzahl	4727	4284	3789													
	Anteil in %	92,34	93,33	93,49													
	CI Anteil in %	[91,61; 93,07]	[92,61; 94,06]	[92,73; 94,25]													

EZ	Patienten und ihre Medikation		Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr	
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl	5066	4561														
	auswertbar	Anzahl	5064	4447														
	ohne KHK-spezifische Medikation*	Anzahl	128	82														
		Anteil in %	2,53	1,84														
		CI Anteil in %	[2,10; 2,96]	[1,45; 2,24]														
	mit KHK-spezifischer Medikation*	Anzahl	4936	4365														
		Anteil in %	97,47	98,16														
		CI Anteil in %	[97,04; 97,90]	[97,76; 98,55]														
	Beta-Blocker	Anzahl	3757	3371														
		Anteil in %	74,19	75,80														
		CI Anteil in %	[72,99; 75,40]	[74,55; 77,06]														
	Beta-Blocker- Kontraindikation	Anzahl	53	42														
		Anteil in %	1,05	0,94														
		CI Anteil in %	[0,77; 1,33]	[0,66; 1,23]														
	Trombozyten- aggregationshemmer	Anzahl	3982	3548														
		Anteil in %	78,63	79,78														
		CI Anteil in %	[77,50; 79,76]	[78,60; 80,96]														
	Thrombozyten- aggregationshemmer- Kontraindikation	Anzahl	50	58														
		Anteil in %	0,99	1,30														
		CI Anteil in %	[0,72; 1,26]	[0,97; 1,64]														
Statine (HMG-CoA- Reduktase-Hemmer)	Anzahl	3390	3069															
	Anteil in %	66,94	69,01															
	CI Anteil in %	[65,65; 68,24]	[67,65; 70,37]															
mind. 2 KHK-spezi- fische Medikamente*	Anzahl	4621	4105															
	Anteil in %	91,25	92,31															
	CI Anteil in %	[90,47; 92,03]	[91,53; 93,09]															
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5054															
	auswertbar	Anzahl	5052															
	ohne KHK-spezifische Medikation*	Anzahl	105															
		Anteil in %	2,08															
		CI Anteil in %	[1,68; 2,47]															
	mit KHK-spezifischer Medikation*	Anzahl	4947															
		Anteil in %	97,92															
		CI Anteil in %	[97,53; 98,32]															
	Beta-Blocker	Anzahl	3750															
		Anteil in %	74,23															
		CI Anteil in %	[73,02; 75,43]															
	Beta-Blocker- Kontraindikation	Anzahl	54															
		Anteil in %	1,07															
		CI Anteil in %	[0,79; 1,35]															
	Trombozyten- aggregationshemmer	Anzahl	3946															
		Anteil in %	78,11															
		CI Anteil in %	[76,97; 79,25]															
	Thrombozyten- aggregationshemmer- Kontraindikation	Anzahl	32															
		Anteil in %	0,63															
		CI Anteil in %	[0,41; 0,85]															
Statine (HMG-CoA- Reduktase-Hemmer)	Anzahl	3403																
	Anteil in %	67,36																
	CI Anteil in %	[66,07; 68,65]																
mind. 2 KHK-spezi- fische Medikamente*	Anzahl	4593																
	Anteil in %	90,91																
	CI Anteil in %	[90,12; 91,71]																

In der Tabelle 3.2.2 ist die **Medikation** für diejenigen Patienten ausgewiesen, bei denen im jeweiligen Berichtshalbjahr laut Anamnese oder aktuellen Befunden (Dokumentation eines NYHA-Stadiums) eine Herzinsuffizienz vorlag. Für jede Kohorte wird dazu unter „Patienten mit Herzinsuffizienz insgesamt“ deren Anzahl in der Restkohorte, d.h. derjenigen Patienten, die im Berichtshalbjahr noch Programmteilnehmer waren, angegeben. Als „auswertbar“ gelten Patienten mit (fortzuschreibender) bekannter oder neu aufgetretener Herzinsuffizienz laut Anamnese oder aktuellen Befunden (Dokumentation eines NYHA-Stadiums), die gleichzeitig eine Angabe zu ACE-Hemmern dokumentiert haben.⁴

⁴ In den Berichten zum 30. Juni 2008 wurde gemäß der damals gültigen Berechnungsvorschriften das Kriterium „Herzinsuffizienz“ aus einem entsprechenden Eintrag zur Anamnese in den Dokumentationsbögen bzw. dessen Fortschreibung abgeleitet. In den Berichten zum 31.03.2009 und den aktuellen Auswertungen wurde zusätzlich auf die Angaben zur Herzinsuffizienz, wie in den aktuellen Befunden (NYHA-Stadien) dokumentiert, zugegriffen. Immer dann, wenn die Daten Widersprüche in den Angaben zur Herzinsuffizienz laut Anamnese einerseits und aktuellen Befunden andererseits enthalten, weichen die Auswertungsergebnisse beider Berechnungsweisen voneinander ab: Die Anzahl der Patienten mit Herzinsuffizienz fällt in diesen Fällen mit der aktuellen Berechnungsweise höher aus als mit der ursprünglichen Berechnungsweise aus Juni 2008. Es ist jedoch zu beachten, dass mit Einführung der eDMP-Satzartbeschreibungen zum 01.07.2008 die Dokumentationsmöglichkeit dieser NYHA-Stadien wiederum entfallen ist. Ab dem Halbjahr 2008-2 kann daher wieder nur auf die Angabe zur Herzinsuffizienz laut Anamnese zurückgegriffen werden, wodurch die Ergebnisse ab diesem Halbjahr teilweise von den Ergebnissen der vorherigen Halbjahre abweichen.

EZ	Patienten mit bestehender oder im Halbjahr neu auf-tretender Herzinsuffizienz und ihre Medikation	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb-jahr	11. Halb-jahr	12. Halb-jahr	13. Halb-jahr	14. Halb-jahr	15. Halb-jahr	
2009-1	Pat. mit Herzinsuffizienz insgesamt	Anzahl	1037	1193	1187	1175	1150	1097									
	ACE-Hemmer auswertbar	Anzahl	1035	1146	1073	1037	1004	949									
	ohne ACE-Hemmer	Anzahl	244	261	234	216	204	206									
		Anteil in %	23,57	22,77	21,81	20,83	20,32	21,71									
		CI Anteil in %	[20,99; 26,16]	[20,35; 25,20]	[19,34; 24,28]	[18,36; 23,30]	[17,83; 22,81]	[19,08; 24,33]									
	ACE-Hemmer und Beta-Blocker auswertbar	Anzahl	1023	1134	1062	1030	994	938									
	weder ACE-Hemmer noch Beta-Blocker	Anzahl	75	79	65	53	53	52									
		Anteil in %	7,33	6,97	6,12	5,15	5,33	5,54									
		CI Anteil in %	[5,73; 8,93]	[5,48; 8,45]	[4,68; 7,56]	[3,80; 6,50]	[3,93; 6,73]	[4,08; 7,01]									
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>7001</i>	<i>6509</i>	<i>6142</i>	<i>5833</i>	<i>5514</i>									
2009-2	Pat. mit Herzinsuffizienz insgesamt	Anzahl	791	886	869	875	840										
	ACE-Hemmer auswertbar	Anzahl	786	834	780	757	730										
	ohne ACE-Hemmer	Anzahl	187	191	184	165	149										
		Anteil in %	23,79	22,90	23,59	21,80	20,41										
		CI Anteil in %	[20,81; 26,77]	[20,05; 25,76]	[20,61; 26,57]	[18,85; 24,74]	[17,49; 23,34]										
	ACE-Hemmer und Beta-Blocker auswertbar	Anzahl	778	828	777	753	725										
	weder ACE-Hemmer noch Beta-Blocker	Anzahl	62	58	55	49	50										
		Anteil in %	7,97	7,00	7,08	6,51	6,90										
		CI Anteil in %	[6,06; 9,87]	[5,27; 8,74]	[5,27; 8,88]	[4,74; 8,27]	[5,05; 8,74]										
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>5958</i>	<i>5558</i>	<i>5276</i>	<i>4940</i>										
2010-1	Pat. mit Herzinsuffizienz insgesamt	Anzahl	700	777	758	743											
	ACE-Hemmer auswertbar	Anzahl	698	742	681	673											
	ohne ACE-Hemmer	Anzahl	164	176	154	158											
		Anteil in %	23,50	23,72	22,61	23,48											
		CI Anteil in %	[20,35; 26,64]	[20,66; 26,78]	[19,47; 25,76]	[20,27; 26,68]											
	ACE-Hemmer und Beta-Blocker auswertbar	Anzahl	692	738	679	671											
	weder ACE-Hemmer noch Beta-Blocker	Anzahl	54	55	49	53											
		Anteil in %	7,80	7,45	7,22	7,90											
		CI Anteil in %	[5,80; 9,80]	[5,56; 9,35]	[5,27; 9,16]	[5,86; 9,94]											
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	<i>5739</i>	<i>5295</i>	<i>4880</i>											
2010-2	Pat. mit Herzinsuffizienz insgesamt	Anzahl	604	662	636												
	ACE-Hemmer auswertbar	Anzahl	600	621	589												
	ohne ACE-Hemmer	Anzahl	132	133	127												
		Anteil in %	22,00	21,42	21,56												
		CI Anteil in %	[18,68; 25,32]	[18,19; 24,65]	[18,24; 24,89]												
	ACE-Hemmer und Beta-Blocker auswertbar	Anzahl	593	616	586												
	weder ACE-Hemmer noch Beta-Blocker	Anzahl	29	28	29												
		Anteil in %	4,89	4,55	4,95												
		CI Anteil in %	[3,15; 6,63]	[2,90; 6,19]	[3,19; 6,71]												
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	<i>4867</i>	<i>4408</i>												
2011-1	Pat. mit Herzinsuffizienz insgesamt	Anzahl	548	561													
	ACE-Hemmer auswertbar	Anzahl	544	541													
	ohne ACE-Hemmer	Anzahl	123	120													
		Anteil in %	22,61	22,18													
		CI Anteil in %	[19,09; 26,13]	[18,68; 25,69]													
	ACE-Hemmer und Beta-Blocker auswertbar	Anzahl	540	539													
	weder ACE-Hemmer noch Beta-Blocker	Anzahl	32	34													
		Anteil in %	5,93	6,31													
CI Anteil in %		[3,93; 7,92]	[4,25; 8,36]														
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>	<i>4561</i>														

EZ	Patienten mit bestehender oder im Halbjahr neu auf-tretender Herzinsuffizienz und ihre Medikation	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb-jahr	11. Halb-jahr	12. Halb-jahr	13. Halb-jahr	14. Halb-jahr	15. Halb-jahr	
2011-2	Pat. mit Herzinsuffizienz insgesamt	Anzahl	651														
	ACE-Hemmer auswertbar	Anzahl	647														
	ohne ACE-Hemmer	Anzahl	145														
		Anteil in %	22,41														
		CI Anteil in %	[19,20; 25,63]														
	ACE-Hemmer und Beta-Blocker auswertbar	Anzahl	643														
	weder ACE-Hemmer noch Beta-Blocker	Anzahl	53														
		Anteil in %	8,24														
		CI Anteil in %	[6,12; 10,37]														
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>														

3.3 KHK-spezifische Interventionen

Wenn eine Umstellung des Lebensstils und eine medikamentöse Therapie nicht ausreichen, um die Beschwerden zu kontrollieren, stehen noch weitere reichende Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Dazu gehören eine Ballonaufdehnung mit einem Katheterverfahren (perkutane Koronarintervention, PCI) oder eine Bypass-Operation. Beide Methoden haben das Ziel, die Durchblutung des Herzmuskels zu verbessern (Revaskularisation). Die Entscheidung für eine PCI oder eine Operation ist abhängig vom individuellen Krankheitsbefund sowie von der Lage und Ausdehnung der Gefäßeinengung.

Bei dem Verfahren der PCI wird von der Leiste oder der Armbeuge aus ein Katheter, an dessen Spitze sich ein Ballon befindet, durch die Blutgefäße bis zur betreffenden Engstelle (Stenose) in den Herzkranzgefäßen vorgeschoben. Im Bereich der Engstelle wird der Ballon aufgeblasen, und auf diese Weise die Engstelle aufgedehnt. Zunehmend wird bei der PCI an der Stelle der aufgedehnten Stenose eine Gefäßstütze, ein sogenannter Stent, eingesetzt, der einen erneuten Verschluss verhindern oder hinauszögern soll. Bei der Bypass-Operation werden verengte oder verschlossene Herzkranzgefäße überbrückt, indem Ersatzgefäße – meist Brustwandarterien oder Beinvenen eingesetzt werden, die diese Engpässe umgehen. Eine solche Umleitung wird als Bypass bezeichnet.

In Tabelle 3.3.1 wird dokumentiert, bei wie vielen Patienten in den jeweiligen Berichtshalbjahren eine **koronartherapeutische Intervention** (eine PCI oder eine Bypass-Operation) vorgenommen wurde.⁵ Für jede Kohorte wird dazu unter „Patienten insgesamt“ zunächst angegeben, wie viele der ursprünglichen Patienten im Berichtshalbjahr noch Programmteilnehmer waren. Unter „auswertbar“ werden diejenigen Patienten ausgewiesen, für die im jeweiligen Berichtshalbjahr die benötigten Informationen vorliegen. Zudem wird ausgewiesen, bei wie vielen der „auswertbaren“ Patienten bzw. welchem Anteil eine Koronartherapeutische Intervention dokumentiert ist. Bezugsgröße für die Anteilswertbildung sind die auswertbaren Patienten der (Rest-) Kohorte.

⁵ Zu beachten ist, dass vor der Einführung der eDMP-Satzarten zum 01.07.2008 eine Bypass-Operation und die PCI als einzelne Parameter dokumentierbar waren. Mit Einführung dieser neuen Satzarten kann nur noch der Parameter koronartherapeutische Intervention dokumentiert werden. Um die größtmögliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erreichen, werden daher die bis einschließlich des Halbjahres 2008-1 übermittelten Angaben zur Bypass-OP und zur PCI auch rückwirkend als „koronartherapeutische Intervention“ zusammengefasst. Dadurch sind die dargestellten Ergebnisse ab dem Halbjahr 2008-2 nur bedingt mit den Ergebnissen aus den vorherigen Halbjahren vergleichbar.

EZ	koronartherapeutische Intervention		Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl	7317	7001	6509	6142	5833	5514									
	auswertbar	Anzahl	7317	6586	5915	5440	5099	4783									
	Patienten mit koronartherapeutischer Intervention*	Anzahl	2078	445	271	180	155	132									
		Anteil in %	28,40	6,76	4,58	3,31	3,04	2,76									
		CI Anteil in %	[27,37; 29,43]	[6,15; 7,36]	[4,05; 5,11]	[2,83; 3,78]	[2,57; 3,51]	[2,30; 3,22]									
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6252	5958	5558	5276	4940										
	auswertbar	Anzahl	6252	5668	5007	4624	4349										
	Patienten mit koronartherapeutischer Intervention*	Anzahl	1679	425	204	181	175										
		Anteil in %	26,86	7,50	4,07	3,91	4,02										
		CI Anteil in %	[25,76; 27,95]	[6,81; 8,18]	[3,53; 4,62]	[3,36; 4,47]	[3,44; 4,61]										
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl	6050	5739	5295	4880											
	auswertbar	Anzahl	6050	5471	4788	4387											
	Patienten mit koronartherapeutischer Intervention*	Anzahl	1688	377	221	174											
		Anteil in %	27,90	6,89	4,62	3,97											
		CI Anteil in %	[26,77; 29,03]	[6,22; 7,56]	[4,02; 5,21]	[3,39; 4,54]											
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5121	4867	4408												
	auswertbar	Anzahl	5121	4591	4053												
	Patienten mit koronartherapeutischer Intervention*	Anzahl	1504	337	194												
		Anteil in %	29,37	7,34	4,79												
		CI Anteil in %	[28,12; 30,62]	[6,59; 8,09]	[4,13; 5,44]												
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl	5066	4561													
	auswertbar	Anzahl	5066	4447													
	Patienten mit koronartherapeutischer Intervention*	Anzahl	1448	301													
		Anteil in %	28,58	6,77													
		CI Anteil in %	[27,34; 29,83]	[6,03; 7,51]													
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5054														
	auswertbar	Anzahl	5054														
	Patienten mit koronartherapeutischer Intervention*	Anzahl	1445														
		Anteil in %	28,59														
		CI Anteil in %	[27,35; 29,84]														

In Tabelle 3.3.2 wird dokumentiert, bei wie vielen Patienten eine **wiederholte Revaskularisation** vorgenommen wurde. Für jede Kohorte wird dazu unter „Patienten insgesamt“ zunächst angegeben, wie viele der ursprünglichen Patienten im Berichtshalbjahr noch Programmteilnehmer waren. Unter „auswertbare Patienten“ werden diejenigen Patienten ausgewiesen, für die im jeweiligen Berichtshalbjahr die benötigten Angaben vorliegen. Für diese Personengruppe wird ausgewiesen, bei wie vielen von ihnen im jeweiligen Halbjahr eine koronartherapeutische Intervention dokumentiert war.⁶ Schließlich wird dargestellt, bei wie vielen der „auswertbaren“ Patienten mit koronartherapeutischer Intervention bzw. welchem Anteil wiederholte Revaskularisationen dokumentiert sind. Eine wiederholte Revaskularisation wird einem Halbjahr zugeordnet, wenn neben einer koronartherapeutischen Intervention im aktuellen Halbjahr zusätzlich in den zwei darauf folgenden Berichtshalbjahren diese Interventionsart dokumentiert ist.

Bei der Interpretation der Werte ist zu beachten, dass für alle Kohorten Aussagen über wiederholte Revaskularisationen innerhalb der nächsten beiden Halbjahre datenbedingt in den letzten beiden Halbjahren nicht oder nur eingeschränkt möglich sind. Für das vorletzte Halbjahr lagen die medizinischen Daten nur für ein Folgehalbjahr vor, für das letzte Halbjahr für kein Folgehalbjahr. Somit können im vorletzten Halbjahr nur Patienten mit wiederholter Revaskularisation im Folgehalbjahr ausgewiesen werden und im letzten Halbjahr liegt definitionsgemäß der Anteil der Patienten mit wiederholter Revaskularisation bei 0 Prozent.⁷ Aufgrund dieser geringen Aussagekraft werden die letzten zwei Auswertungshalbjahre jeder Kohorte nicht mehr dargestellt.

⁶ Zu beachten ist, dass vor der Einführung der eDMP-Satzarten zum 01.07.2008 eine Bypass-Operation und die PCI als einzelne Parameter dokumentierbar waren. Mit Einführung dieser neuen Satzarten kann nur noch der Parameter koronartherapeutische Intervention dokumentiert werden. Um die größtmögliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erreichen, werden daher die bis einschließlich des Halbjahres 2008-1 übermittelten Angaben zur Bypass-OP und zur PCI auch rückwirkend als „koronartherapeutische Intervention“ zusammengefasst.

⁷ Die Anteilswertbildung erfolgt bezogen auf die auswertbaren Patienten mit *koronartherapeutischer Intervention* im Halbjahr. In den Berichten zu März 2009 umfasste die Bezugsgröße alle auswertbaren Patienten. Die Anteilswerte fielen folglich deutlich geringer aus.

In der Kohorte 2004-2 waren anfangs 6801 Patienten eingeschrieben. Im letzten Berichtshalbjahr zur Auswertung von wiederholten Revaskularisationen lagen für 2108 Patienten auswertbare Daten vor. Bei 41,03 Prozent dieser Patienten wurde eine wiederholte Revaskularisation innerhalb der beiden Folgehalbjahre dokumentiert.

Tabelle 3.3.2 Wiederholte Revaskularisation innerhalb eines Jahres

* Die Angaben im Beitrittsjahr beinhalten auch länger zurückliegende koronartherapeutische Interventionen. Eine Aussage darüber, ob diese Interventionen im Beitrittsjahr erfolgten, ist daher nicht möglich.

** Für diese Auswertung müssen medizinische Dokumentationen aus den zwei folgenden Halbjahren vorliegen. Somit können hier nur Ergebnisse bis zum Halbjahr 2010-2 dargestellt werden.

EZ	wiederholte Revaskularisation innerhalb eines Jahres	Beitrittshalbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6801	6174	5204	4367	3789	3400	3196	3063	2962	2851	2703	2572	2474	
	auswertbar	Anzahl		4205	3686	3311	3126	2959	2792	2668	2543	2432	2330	2225	2108	
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		327	176	130	96	89	75	61	92	55	46	37	39	
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		152	89	77	62	55	45	8	33	23	26	17	16	
		Anteil in %		46,48	50,57	59,23	64,58	61,80	60,00	13,11	35,87	41,82	56,52	45,95	41,03	
	CI Anteil in %		[41,07; 51,90]	[43,16; 57,98]	[50,75; 67,71]	[54,97; 74,20]	[51,65; 71,95]	[48,84; 71,16]	[4,57; 21,66]	[26,02; 45,72]	[28,66; 54,97]	[42,04; 71,01]	[29,67; 62,23]	[25,39; 56,67]		
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl	9649	8338	6927	5784	5086	4761	4500	4364	4200	3983	3820	3690		
	auswertbar	Anzahl		5576	4943	4619	4329	4030	3823	3652	3579	3423	3278	3132		
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		605	311	240	217	186	152	114	77	80	84	59		
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		280	207	169	155	133	40	43	34	39	30	30		
		Anteil in %		46,28	66,56	70,42	71,43	71,51	26,32	37,72	44,16	48,75	35,71	50,85		
	CI Anteil in %		[42,30; 50,26]	[61,31; 71,81]	[64,63; 76,20]	[65,40; 77,45]	[65,00; 78,01]	[19,29; 33,34]	[28,78; 46,66]	[32,99; 55,32]	[37,73; 59,77]	[25,41; 46,02]	[37,98; 63,71]			
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl	7388	6387	5372	4661	4314	4110	4002	3843	3620	3478	3351			
	auswertbar	Anzahl		4437	4123	3901	3649	3459	3304	3225	3059	2910	2782			
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		572	359	297	257	226	145	100	77	73	66			
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		330	268	226	197	62	61	44	43	44	41			
		Anteil in %		57,69	74,65	76,09	76,65	27,43	42,07	44,00	55,84	60,27	62,12			
	CI Anteil in %		[53,64; 61,74]	[70,15; 79,16]	[71,24; 80,95]	[71,47; 81,84]	[21,60; 33,26]	[34,01; 50,13]	[34,22; 53,78]	[44,68; 67,01]	[48,97; 71,58]	[50,33; 73,91]				
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl	6408	5642	4898	4491	4258	4123	3958	3727	3577	3452				
	auswertbar	Anzahl		4272	4013	3721	3500	3358	3242	3119	2974	2833				
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		526	349	287	248	125	90	75	70	65				
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		302	263	218	59	51	44	42	35	32				
		Anteil in %		57,41	75,36	75,96	23,79	40,80	48,89	56,00	50,00	49,23				
	CI Anteil in %		[53,18; 61,64]	[70,83; 79,89]	[71,01; 80,91]	[18,48; 29,10]	[32,15; 49,45]	[38,50; 59,27]	[44,69; 67,31]	[38,20; 61,80]	[36,98; 61,48]					
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl	7527	6850	6181	5785	5572	5373	5074	4877	4684					
	auswertbar	Anzahl		5396	4958	4733	4538	4446	4206	3962	3753					
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		704	444	376	178	125	75	81	69					
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		416	329	83	68	52	42	42	36					
		Anteil in %		59,09	74,10	22,07	38,20	41,60	56,00	51,85	52,17					
	CI Anteil in %		[55,46; 62,73]	[70,02; 78,18]	[17,88; 26,27]	[31,04; 45,36]	[32,92; 50,28]	[44,69; 67,31]	[40,90; 62,80]	[40,30; 64,05]						
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl	7921	7310	6849	6596	6330	5899	5635	5393						
	auswertbar	Anzahl		5682	5361	5098	5021	4738	4491	4251						
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		736	499	210	156	119	99	92						
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		478	104	84	68	62	50	47						
		Anteil in %		64,95	20,84	40,00	43,59	52,10	50,51	51,09						
	CI Anteil in %		[61,50; 68,40]	[17,27; 24,41]	[33,36; 46,64]	[35,78; 51,40]	[43,09; 61,11]	[40,61; 60,40]	[40,82; 61,36]							

EZ	wiederholte Revaskularisation innerhalb eines Jahres	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl	8506	8180	7825	7444	6892	6591	6294							
	auswertbar	Anzahl		6149	5798	5667	5361	5049	4762							
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		844	261	175	136	136	115							
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		159	87	87	70	67	61							
		Anteil in %		18,84	33,33	49,71	51,47	49,26	53,04							
	CI Anteil in %		[16,20; 21,48]	[27,60; 39,06]	[42,29; 57,14]	[43,04; 59,90]	[40,83; 57,70]	[43,88; 62,21]								
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl	16360	16161	15343	13803	13020	12343								
	auswertbar	Anzahl		11764	11153	10353	9648	9091								
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		1115	347	260	253	203								
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		225	179	151	135	111								
		Anteil in %		20,18	51,59	58,08	53,36	54,68								
	CI Anteil in %		[17,82; 22,54]	[46,32; 56,85]	[52,07; 64,09]	[47,20; 59,52]	[47,81; 61,54]									
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6425	6216	5629	5268	4992									
	auswertbar	Anzahl		4601	4281	4028	3805									
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		323	170	143	114									
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		123	101	84	76									
		Anteil in %		38,08	59,41	58,74	66,67									
	CI Anteil in %		[32,78; 43,38]	[52,01; 66,82]	[50,64; 66,84]	[57,97; 75,36]										
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl	7317	7001	6509	6142										
	auswertbar	Anzahl		5259	4875	4575										
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		373	230	147										
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		166	115	93										
		Anteil in %		44,50	50,00	63,27										
	CI Anteil in %		[39,45; 49,55]	[43,52; 56,48]	[55,45; 71,09]											
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6252	5958	5558											
	auswertbar	Anzahl		4477	4140											
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		345	173											
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		147	114											
		Anteil in %		42,61	65,90											
	CI Anteil in %		[37,38; 47,83]	[58,81; 72,98]												
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl	6050	5739												
	auswertbar	Anzahl		4230												
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl		297												
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl		142												
		Anteil in %		47,81												
	CI Anteil in %		[42,12; 53,50]													
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5121													
	auswertbar	Anzahl														
	mit koronartherapeutischer Intervention im Halbjahr*	Anzahl														
	mit wiederholter Revaskularisation innerhalb von maximal zwei Folgehalbjahren**	Anzahl														
		Anteil in %														
	CI Anteil in %															

3.4 Symptome

Die Koronare Herzkrankheit (KHK) entsteht durch eine Verengung der Herzkranzgefäße hervorgerufen durch Fett- und Kalkablagerungen an den Gefäßinnenwänden. Durch den verminderten Blutfluss kann der Sauerstoffbedarf des Herzmuskels nicht mehr gedeckt werden. Es kommt zu einem Missverhältnis von Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot.

Die akute Mangel durchblutung des Herzmuskels äußert sich in anfallsartigen Schmerzen bzw. einem Engegefühl der Brust, den **Angina pectoris-Beschwerden**. Sie sind das vorherrschende Symptom einer KHK. Man unterscheidet die stabile Angina pectoris (AP) und die instabile Angina pectoris. Bei der stabilen AP haben die Patienten Anfälle, die hinsichtlich des Auslösers, der Dauer und Anzahl unverändert bleiben. Wenn sich die Anfälle häufen, ohne erkennbaren Anlass auftreten und/oder zunehmend stärker werden, spricht man von einer instabilen AP.

In Tabelle 3.4.1 wird das Auftreten einer **Angina pectoris** in den jeweiligen Berichtshalbjahren bei allen Patienten dokumentiert.⁸ Für jede Kohorte wird dazu unter „Patienten insgesamt“ zunächst angegeben, wie viele der ursprünglichen Patienten im Berichtshalbjahr noch Programmteilnehmer waren. Unter „auswertbare Patienten“ werden diejenigen Patienten ausgewiesen, für die im jeweiligen Berichtshalbjahr die benötigten Angaben vorliegen.

⁸ Zu beachten ist, dass vor der Einführung der eDMP-Satzarten zum 01.07.2008 nicht nur das Auftreten einer Angina pectoris sondern auch die Schweregrade dokumentiert werden konnten. Mit Einführung von eDMP entfällt diese Möglichkeit. Daher fließen in die Auswertungsergebnisse bis einschließlich des Halbjahres 2008-1 mehr Informationen ein, als in den nachfolgenden Halbjahren. Um jedoch eine Vergleichbarkeit über die Halbjahre zu gewährleisten, werden die bis einschließlich des Halbjahres 2008-1 übermittelten Angaben zum Vorliegen einer Angina pectoris (Angina pectoris typisch Grad I bis IV, Angina pectoris atypisch) nicht einzeln ausgewertet sondern in Analogie zu eDMP zur Kategorie „Angina pectoris“ zusammengefasst.

EZ	Patienten mit Angina pectoris		Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl	7317	7001	6509	6142	5833	5514									
	auswertbar	Anzahl	7317	6586	5915	5440	5099	4783									
	Angina pectoris	Anzahl	2183	1768	1329	1134	1032	890									
		Anteil in %	29,83	26,84	22,47	20,85	20,24	18,61									
		CI Anteil in %	[28,79; 30,88]	[25,77; 27,92]	[21,40; 23,53]	[19,77; 21,93]	[19,14; 21,34]	[17,50; 19,71]									
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl	6252	5958	5558	5276	4940										
	auswertbar	Anzahl	6252	5668	5007	4624	4349										
	Angina pectoris	Anzahl	1704	1460	1107	960	866										
		Anteil in %	27,26	25,76	22,11	20,76	19,91										
		CI Anteil in %	[26,15; 28,36]	[24,62; 26,90]	[20,96; 23,26]	[19,59; 21,93]	[18,73; 21,10]										
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl	6050	5739	5295	4880											
	auswertbar	Anzahl	6050	5471	4788	4387											
	Angina pectoris	Anzahl	1675	1359	1055	902											
		Anteil in %	27,69	24,84	22,03	20,56											
		CI Anteil in %	[26,56; 28,81]	[23,70; 25,99]	[20,86; 23,21]	[19,36; 21,76]											
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5121	4867	4408												
	auswertbar	Anzahl	5121	4591	4053												
	Angina pectoris	Anzahl	1349	1092	854												
		Anteil in %	26,34	23,79	21,07												
		CI Anteil in %	[25,14; 27,55]	[22,55; 25,02]	[19,82; 22,33]												
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl	5066	4561													
	auswertbar	Anzahl	5066	4447													
	Angina pectoris	Anzahl	1288	969													
		Anteil in %	25,42	21,79													
		CI Anteil in %	[24,23; 26,62]	[20,58; 23,00]													
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl	5054														
	auswertbar	Anzahl	5054														
	Angina pectoris	Anzahl	1282														
		Anteil in %	25,37														
		CI Anteil in %	[24,17; 26,57]														

3.5 Ereigniszeitanalysen

Die durch die KHK hervorgerufene Minderdurchblutung des Herzmuskels kann zu verschiedenen Erscheinungsformen führen. Hierzu gehören u.a. das akute Koronarsyndrom sowie die Herzinsuffizienz. Der Begriff **Herzinsuffizienz** bezeichnet die krankhaft verminderte Pumpfunktion des Herzens. Das Herz ist nicht mehr in der Lage, den Kreislauf mit ausreichend Blut zu versorgen, wodurch die Durchblutung der Organe und Gewebe vermindert ist. Dies führt u.a. zu Beschwerden wie Abnahme der körperlichen Belastbarkeit, Atemnot und Flüssigkeitseinlagerungen (Ödeme).

Das **akute Koronarsyndrom** ist ein Sammelbegriff für die Phasen der KHK, die mit einer anhaltenden Durchblutungsstörung einhergehen und unmittelbar lebensbedrohlich sind. In der klinischen Praxis handelt es sich hierbei um die instabile Angina pectoris, den akuten Herzinfarkt und den plötzlichen Herztod. Die Alarmierung eines Notarztes und die schnelle Einweisung in eine Klinik sind unbedingt erforderlich.

Der **Herzinfarkt oder Myokardinfarkt** ist eine akute und lebensbedrohliche Erkrankung des Herzens. Eine in der Humanmedizin gebräuchliche Abkürzung ist AMI (acute myocardial infarction). Es handelt sich dabei um Absterben oder Gewebsuntergang (Infarkt) von Teilen des Herzmuskels (Myokard) auf Grund von Durchblutungsstörungen (Ischämie). Leitsymptom des Herzinfarktes ist ein plötzlich auftretender, mehr als 5 Minuten anhaltender und meist starker Schmerz im Brustbereich, der in die Schultern, die Arme, den Unterkiefer und den Oberbauch ausstrahlen kann. Er wird oft von Schweißausbrüchen, Übelkeit und evtl. Erbrechen begleitet. Allerdings treten bei etwa 25 Prozent aller Herzinfarkte nur geringe oder keine Beschwerden auf. Im Laufe der diabetesbedingten Gefäßschädigungen und gleichzeitiger Nervenschädigungen kann es bei Zuckerkranken auch zu sog. „stummen Infarkten“ ohne jegliche Schmerzsymptome kommen. Im Gegensatz zum Angina-pectoris-Anfall kommt es beim Herzinfarkt immer zu einem Gewebsuntergang eines Teils des Herzmuskels, in den meisten Fällen durch Blutgerinnsel in einer arteriosklerotisch veränderten Engstelle eines Herzkranzgefäßes.

Die folgenden Tabellen beinhalten **Ereigniszeitanalysen** zum Erstauftreten der eben beschriebenen Ereignisse sowie die Angaben zur kumulierten „**Rate der ereignisfreien Zeit**“ nach **Kaplan-Meier**. Diese gibt die Wahrscheinlichkeit in Prozent wieder, mit der für Patienten des Basiskollektivs ohne Ereignis zur ED im jeweiligen Halbjahr (noch) keines der im Einzelnen betrachteten Ereignisse eingetreten ist. Bezugsgröße im Halbjahr ist das Restkollektiv und entspricht dem Basiskollektiv, reduziert um ausgeschriebene Patienten sowie Patienten, bei denen im Verlauf bereits ein Ereignis eingetreten ist. Pro Halbjahr fließen also die verbleibenden Patienten unter Risiko in die Auswertung ein.

Die kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit wird in jeder der folgenden Tabellen in der vorletzten Zeile fett markiert dargestellt.

In Tabelle 3.5.1 wird dokumentiert, wie viele Patienten in den jeweiligen Berichtshalbjahren laut Anamnese oder bis Halbjahr 2008-1 auch laut aktuellen Befunden (Dokumentation eines NYHA-Stadiums) vom **Erstauftreten einer Herzinsuffizienz** betroffen waren.⁹ Diese Auswertung erfolgt für das Kollektiv der Patienten ohne dokumentierte Herzinsuffizienz laut Erstanamnese zur ED.

Die erste Datenzeile pro Kohorte enthält die Zahl der Kollektivmitglieder, also der Patienten, bei denen bis zum jeweiligen Halbjahr noch keine Herzinsuffizienz dokumentiert wurde. Unter „auswertbar“ wird die Anzahl der Patienten im Restkollektiv unter Risiko ausgewiesen, für die im jeweiligen Berichtshalbjahr eine medizinische Dokumentation vorliegt. Es folgen die Angaben zur Anzahl bzw. zum Anteil „auswertbarer“ Kollektivmitglieder mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz.

⁹ In den Berichten zum 30. Juni 2008 wurde gemäß der damals gültigen Berechnungsvorschriften das Kriterium „Herzinsuffizienz“ aus einem entsprechenden Eintrag zur Anamnese in den Dokumentationsbögen bzw. dessen Fortschreibung abgeleitet. In den Berichten zum 31.03.2009 und den aktuellen Auswertungen wurde zusätzlich auf die Angaben zur Herzinsuffizienz, wie in den aktuellen Befunden (NYHA-Stadien) dokumentiert, zugegriffen. Immer dann, wenn die Daten Widersprüche in den Angaben zur Herzinsuffizienz laut Anamnese einerseits und aktuellen Befunden andererseits enthalten, weichen die Auswertungsergebnisse beider Berechnungsweisen voneinander ab: Die Anzahl der Patienten mit Herzinsuffizienz fällt in diesen Fällen mit der aktuellen Berechnungsweise höher aus als mit der ursprünglichen Berechnungsweise aus Juni 2008. Es ist jedoch zu beachten, dass mit Einführung der eDMP-Satzartbeschreibungen zum 01.07.2008 die Dokumentationsmöglichkeit dieser NYHA-Stadien wiederum entfallen ist. Ab dem Halbjahr 2008-2 kann daher wieder nur auf die Angabe zur Herzinsuffizienz laut Anamnese zurückgegriffen werden, wodurch die Ergebnisse ab diesem Halbjahr nicht mehr uneingeschränkt mit den Ergebnissen der vorigen Halbjahre vergleichbar sind.

EZ	Erstauftreten einer Herzinsuffizienz bei Patienten ohne Herzinsuffizienz in der Erstdokumentation (Anamnese+NYHA)	Beitrittshalbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr
2008-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	13595	13452	11482	10099	9408	8856	8467	8015						
	auswertbar	Anzahl		11983	10084	9098	8293	7697	7172	6761						
	mit neu auftretender Herzinsuffizienz	Anzahl		1373	285	143	101	78	87	48						
		Anteil in %		11,46	2,83	1,57	1,22	1,01	1,21	0,71						
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		89,19	86,75	85,43	84,42	83,59	82,60	82,02						
		CI		[88,65; 89,73]	[86,16; 87,34]	[84,81; 86,05]	[83,77; 85,07]	[82,92; 84,26]	[81,91; 83,29]	[81,32; 82,72]						
2008-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	5493	5321	4625	4262	4000	3821	3592							
	auswertbar	Anzahl		4980	4227	3854	3582	3334	3147							
	mit neu auftretender Herzinsuffizienz	Anzahl		217	78	56	29	34	34							
		Anteil in %		4,36	1,85	1,45	0,81	1,02	1,08							
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		95,76	94,05	92,74	92,01	91,08	90,10							
		CI		[95,21; 96,31]	[93,39; 94,71]	[92,01; 93,47]	[91,24; 92,78]	[90,25; 91,91]	[89,22; 90,98]							
2009-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	6280	6007	5407	5027	4732	4448								
	auswertbar	Anzahl		5636	4919	4457	4138	3860								
	mit neu auftretender Herzinsuffizienz	Anzahl		199	85	60	49	31								
		Anteil in %		3,53	1,73	1,35	1,18	0,80								
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		96,56	94,94	93,71	92,63	91,88								
		CI		[96,09; 97,03]	[94,37; 95,51]	[93,06; 94,36]	[91,92; 93,34]	[91,13; 92,63]								
2009-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	5461	5215	4751	4459	4128									
	auswertbar	Anzahl		4973	4286	3921	3644									
	mit neu auftretender Herzinsuffizienz	Anzahl		143	62	58	28									
		Anteil in %		2,88	1,45	1,48	0,77									
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,17	95,81	94,43	93,71									
		CI		[96,71; 97,63]	[95,25; 96,37]	[93,77; 95,09]	[93,01; 94,41]									
2010-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	5350	5072	4605	4191										
	auswertbar	Anzahl		4837	4172	3764										
	mit neu auftretender Herzinsuffizienz	Anzahl		110	68	54										
		Anteil in %		2,27	1,63	1,43										
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,77	96,21	94,83										
		CI		[97,36; 98,18]	[95,66; 96,76]	[94,18; 95,48]										
2010-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	4517	4293	3810											
	auswertbar	Anzahl		4053	3497											
	mit neu auftretender Herzinsuffizienz	Anzahl		88	38											
		Anteil in %		2,17	1,09											
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,86	96,80											
		CI		[97,42; 98,30]	[96,25; 97,35]											
2011-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	4518	4072												
	auswertbar	Anzahl		3973												
	mit neu auftretender Herzinsuffizienz	Anzahl		72												
		Anteil in %		1,81												
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		98,19												
		CI		[97,78; 98,60]												
2011-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	4403													
	auswertbar	Anzahl														
	mit neu auftretender Herzinsuffizienz	Anzahl														
		Anteil in %														
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate														
		CI														

In Tabelle 3.5.2 wird dokumentiert, wie viele Patienten in den jeweiligen Berichtshalbjahren laut Anamnese vom **Erstaufreten eines akuten Koronarsyndroms** betroffen waren. Diese Auswertung erfolgt für das Kollektiv der Patienten ohne dokumentiertes akutes Koronarsyndrom laut Erstanamnese zur ED. Zudem wird die **„kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit“** nach **Kaplan-Meier** dargestellt.

Die erste Datenzeile pro Kohorte enthält die Zahl der Kollektivmitglieder, also der Patienten, bei denen bis zum jeweiligen Halbjahr noch kein akutes Koronarsyndrom dokumentiert wurde. Unter „auswertbar“ wird die Anzahl der Patienten im Restkollektiv unter Risiko ausgewiesen, für die im jeweiligen Berichtshalbjahr eine medizinische Dokumentation vorliegt. Es folgen die Angaben zur Anzahl bzw. zum Anteil „auswertbarer“ Kollektivmitglieder mit neu aufgetretenem akuten Koronarsyndrom.¹⁰

In der Kohorte 2004-2 waren zu Beginn des Beitrittsjahres 2162 Patienten eingeschrieben, die laut Erstdokumentation noch nicht von einem akuten Koronarsyndrom betroffen waren. Im letzten Berichtshalbjahr umfasste dieses Kollektiv noch 570 Patienten. Davon lagen bei 541 Patienten auswertbare Daten vor. Bei 1,29 Prozent dieser „auswertbaren“ Kollektivmitglieder wurde im letzten Berichtshalbjahr das erstmalige Auftreten eines akuten Koronarsyndroms dokumentiert.

¹⁰ Die hier dargestellten Auswertungen sind ab dem Halbjahr 2008-2 nur eingeschränkt mit den Ergebnissen der vorherigen Halbjahre vergleichbar. Grund hierfür ist die veränderte Dokumentationsmöglichkeit zum akuten Koronarsyndrom bzw. zum Herzinfarkt seit Einführung der eDMP-Satzartbeschreibungen zum 01.07.2008.

Tabelle 3.5.2 Ereigniszeitanalysen: Erstauftreten eines akuten Koronarsyndroms bei Patienten ohne Koronarsyndrom in der Erstdokumentation (Anamnese)

EZ	Erstaufreten eines akuten Koronarsyndroms bei Patienten ohne Koronarsyndrom in der Erstdokumentation (Anamnese)	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2004-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	2162	1975	1593	1291	1093	958	886	840	803	756	695	661	629	607	570
	auswertbar	Anzahl		1889	1565	1261	1073	944	870	813	763	717	666	630	599	573	541
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		75	51	33	14	23	13	13	21	12	10	10	11	12	7
		Anteil in %		3,97	3,26	2,62	1,30	2,44	1,49	1,60	2,75	1,67	1,50	1,59	1,84	2,09	1,29
	Rate		96,08	92,96	90,54	89,36	87,20	85,90	84,55	82,27	80,90	79,69	78,44	77,01	75,41	74,43	
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	CI		[95,21; 96,95]	[91,77; 94,15]	[89,12; 91,96]	[87,83; 90,89]	[85,47; 88,93]	[84,06; 87,74]	[82,60; 86,50]	[80,14; 84,40]	[78,67; 83,13]	[77,37; 82,01]	[76,03; 80,85]	[74,50; 79,52]	[72,79; 78,03]	[71,75; 77,11]
2005-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	3199	2762	2184	1773	1541	1413	1329	1281	1201	1115	1052	1004	955	901	
	auswertbar	Anzahl		2675	2099	1736	1508	1378	1292	1197	1138	1063	1008	957	911	856	
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		129	58	31	33	25	14	39	26	20	16	22	12	19	
		Anteil in %		4,82	2,76	1,79	2,19	1,81	1,08	3,26	2,28	1,88	1,59	2,30	1,32	2,22	
	Rate		95,23	92,63	90,97	89,00	87,40	86,46	83,74	81,86	80,34	79,09	77,30	76,29	74,60		
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	CI		[94,43; 96,03]	[91,61; 93,65]	[89,81; 92,13]	[87,68; 90,32]	[85,97; 88,83]	[84,96; 87,96]	[82,06; 85,42]	[80,07; 83,65]	[78,46; 82,22]	[77,15; 81,03]	[75,26; 79,34]	[74,20; 78,38]	[72,42; 76,78]	
2005-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	2570	2216	1768	1505	1375	1294	1250	1181	1108	1060	997	951	896		
	auswertbar	Anzahl		2111	1704	1457	1339	1243	1158	1114	1062	1000	930	876	826		
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		128	43	28	20	14	26	19	14	21	8	12	9		
		Anteil in %		6,06	2,52	1,92	1,49	1,13	2,25	1,71	1,32	2,10	0,86	1,37	1,09		
	Rate		94,05	91,70	89,97	88,64	87,66	85,76	84,32	83,22	81,50	80,81	79,73	78,86			
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	CI		[93,05; 95,05]	[90,50; 92,90]	[88,63; 91,31]	[87,20; 90,08]	[86,15; 89,17]	[84,12; 87,40]	[82,58; 86,06]	[81,41; 85,03]	[79,58; 83,42]	[78,85; 82,77]	[77,70; 81,76]	[76,78; 80,94]		
2006-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	2264	2016	1661	1500	1403	1345	1250	1149	1094	1047	1007	953			
	auswertbar	Anzahl		1932	1606	1448	1343	1239	1151	1081	1028	970	925	872			
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		109	34	28	25	43	29	16	16	9	10	16			
		Anteil in %		5,64	2,12	1,93	1,86	3,47	2,52	1,48	1,56	0,93	1,08	1,83			
	Rate		94,45	92,47	90,70	89,05	86,09	83,98	82,77	81,50	80,76	79,89	78,42				
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	CI		[93,44; 95,46]	[91,28; 93,66]	[89,36; 92,04]	[87,59; 90,51]	[84,43; 87,75]	[82,19; 85,77]	[80,91; 84,63]	[79,57; 83,43]	[78,79; 82,73]	[77,87; 81,91]	[76,31; 80,53]			
2006-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	2619	2402	2080	1928	1833	1704	1595	1512	1424	1365	1295				
	auswertbar	Anzahl		2332	2014	1818	1675	1587	1480	1396	1311	1228	1165				
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		116	41	33	68	36	19	31	14	9	16				
		Anteil in %		4,97	2,04	1,82	4,06	2,27	1,28	2,22	1,07	0,73	1,37				
	Rate		95,07	93,16	91,51	87,96	86,01	84,92	83,07	82,19	81,60	80,48					
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	CI		[94,20; 95,94]	[92,13; 94,19]	[90,35; 92,67]	[86,57; 89,35]	[84,51; 87,51]	[83,37; 86,47]	[81,42; 84,72]	[80,49; 83,89]	[79,87; 83,33]	[78,69; 82,27]				
2007-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	2777	2583	2346	2228	2073	1907	1785	1682	1601	1524					
	auswertbar	Anzahl		2494	2219	1985	1916	1771	1657	1519	1438	1357					
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		102	35	74	42	32	22	19	19	12					
		Anteil in %		4,09	1,58	3,73	2,19	1,81	1,33	1,25	1,32	0,88					
	Rate		95,97	94,49	91,20	89,24	87,67	86,52	85,47	84,37	83,62						
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	CI		[95,20; 96,74]	[93,59; 95,39]	[90,06; 92,34]	[87,98; 90,50]	[86,32; 89,02]	[85,11; 87,93]	[84,00; 86,94]	[82,83; 85,91]	[82,04; 85,20]					
2007-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	2888	2782	2564	2350	2140	2012	1891	1788	1680						
	auswertbar	Anzahl		2650	2244	2129	1967	1824	1690	1561	1469						
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		122	96	53	38	33	29	23	26						
		Anteil in %		4,60	4,28	2,49	1,93	1,81	1,72	1,47	1,77						
	Rate		95,50	91,68	89,46	87,77	86,23	84,78	83,55	82,08							
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	CI		[94,72; 96,28]	[90,62; 92,74]	[88,27; 90,65]	[86,49; 89,05]	[84,87; 87,59]	[83,34; 86,22]	[82,05; 85,05]	[80,50; 83,66]						

EZ	Erstauftreten eines akuten Koronarsyndroms bei Patienten ohne Koronarsyndrom in der Erstdokumentation (Anamnese)	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr
2008-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	5730	5674	5084	4443	4140	3887	3697	3473						
	auswertbar	Anzahl		5069	4457	4022	3666	3419	3147	2934						
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		315	107	70	54	43	39	40						
		Anteil in %		6,21	2,40	1,74	1,47	1,26	1,24	1,36						
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		94,09	91,89	90,34	89,05	87,96	86,89	85,71						
	CI		[93,46; 94,72]	[91,15; 92,63]	[89,53; 91,15]	[88,18; 89,92]	[87,04; 88,88]	[85,92; 87,86]	[84,69; 86,73]							
2008-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	3569	3455	3000	2769	2602	2465	2303							
	auswertbar	Anzahl		3236	2747	2517	2333	2161	2010							
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		117	46	36	24	28	26							
		Anteil in %		3,62	1,67	1,43	1,03	1,30	1,29							
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		96,44	94,87	93,56	92,62	91,44	90,26							
	CI		[95,81; 97,07]	[94,10; 95,64]	[92,69; 94,43]	[91,68; 93,56]	[90,42; 92,46]	[89,15; 91,37]								
2009-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	4141	3977	3563	3312	3095	2878								
	auswertbar	Anzahl		3753	3239	2926	2690	2489								
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		130	67	38	39	26								
		Anteil in %		3,46	2,07	1,30	1,45	1,04								
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		96,62	94,68	93,49	92,17	91,20								
	CI		[96,05; 97,19]	[93,96; 95,40]	[92,68; 94,30]	[91,27; 93,07]	[90,24; 92,16]									
2009-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	3663	3492	3147	2930	2732									
	auswertbar	Anzahl		3307	2797	2529	2371									
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		106	54	38	33									
		Anteil in %		3,21	1,93	1,50	1,39									
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		96,86	95,05	93,67	92,36									
	CI		[96,27; 97,45]	[94,30; 95,80]	[92,81; 94,53]	[91,41; 93,31]										
2010-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	3570	3372	2992	2712										
	auswertbar	Anzahl		3201	2693	2429										
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		92	47	24										
		Anteil in %		2,87	1,75	0,99										
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,18	95,52	94,57										
	CI		[96,61; 97,75]	[94,79; 96,25]	[93,76; 95,38]											
2010-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	2990	2824	2454											
	auswertbar	Anzahl		2652	2239											
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		90	36											
		Anteil in %		3,39	1,61											
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		96,66	95,11											
	CI		[95,98; 97,34]	[94,27; 95,95]												
2011-1	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	3006	2680												
	auswertbar	Anzahl		2619												
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl		78												
		Anteil in %		2,98												
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,02												
	CI		[96,37; 97,67]													
2011-2	Kollektivmitglieder unter Risiko	Anzahl	2956													
	auswertbar	Anzahl														
	mit neu auftretendem akuten Koronarsyndrom im Berichtshalbjahr	Anzahl														
		Anteil in %														
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate														
	CI															

In Tabelle 3.5.3 wird dokumentiert, wie viele Patienten in den jeweiligen Berichtshalbjahren laut Anamnese vom **Erstaufreten eines primären Endpunktes** betroffen waren. Diese Auswertung erfolgt für das Kollektiv der Patienten ohne dokumentierten primären Endpunkt laut Erstanamnese zur ED. Zudem wird die **„kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit“** nach Kaplan-Meier dargestellt.

Die Analyse erfolgt für die primären Endpunkte Herzinfarkt und Tod.

Die erste Datenzeile pro Kohorte enthält die Zahl der Kollektivmitglieder, also der Patienten, bei denen bis zum jeweiligen Halbjahr noch kein primärer Endpunkt dokumentiert wurde. Unter „auswertbar“ wird die Anzahl der Patienten im Restkollektiv unter Risiko ausgewiesen, für die im jeweiligen Berichtshalbjahr eine medizinische Dokumentation vorliegt. Es folgen die

Angaben zur Anzahl bzw. zum Anteil „auswertbarer“ Kollektivmitglieder mit neu aufgetretenen primären Endpunkten. Todesfälle werden dabei ebenfalls wie primäre Endpunkte, d.h. im vorliegenden Fall als „Herzinfarkt“ gewertet.¹¹

In der Kohorte 2004-2 waren zu Beginn des Beitrittsjahres 3968 Patienten eingeschrieben, für die laut Erstdokumentation kein Herzinfarkt dokumentiert war und die noch nicht verstorben waren. Im letzten Berichtshalbjahr umfasste dieses Kollektiv noch 1288 Patienten. Davon lagen bei 1225 Patienten auswertbare Daten vor. Bei 2,20 Prozent dieser „auswertbaren“ Kollektivmitglieder wurde im letzten Berichtshalbjahr das erstmalige Auftreten eines primären Endpunktes (Herzinfarkt oder Tod) dokumentiert.

¹¹ Die hier dargestellten Auswertungen sind ab dem Halbjahr 2008-2 nur eingeschränkt mit den Ergebnissen der vorherigen Halbjahre vergleichbar. Grund hierfür ist die veränderte Dokumentationsmöglichkeit zum Herzinfarkt seit Einführung der eDMP-Satzartbeschreibungen zum 01.07.2008.

Tabelle 3.5.3 Ereigniszeitanalysen: Erstaufreten von primären Endpunkten bei Patienten ohne primäre Endpunkte in der Erstdokumentation (Anamnese)

EZ	Erstaufreten von primären Endpunkten bei Patienten ohne primäre Endpunkte in der Erstdokumentation (Anamnese)	Beitrittshalbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2004-2	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	3968	3607	3008	2511	2172	1929	1812	1726	1675	1603	1509	1443	1387	1346	1288
	auswertbar	Anzahl		3478	2969	2466	2150	1906	1791	1687	1613	1545	1462	1394	1334	1280	1225
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		92	53	44	45	37	44	38	48	42	31	36	27	34	27
		Anteil in %		2,65	1,79	1,78	2,09	1,94	2,46	2,25	2,98	2,72	2,12	2,58	2,02	2,66	2,20
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,38	95,65	93,96	91,99	90,22	88,01	86,05	83,54	81,28	79,56	77,52	75,96	73,96	72,33
	CI		[96,85; 97,91]	[94,96; 96,34]	[93,12; 94,80]	[90,99; 92,99]	[89,09; 91,35]	[86,73; 89,29]	[84,65; 87,45]	[82,01; 85,07]	[79,65; 82,91]	[77,86; 81,26]	[75,73; 79,31]	[74,12; 77,80]	[72,05; 75,87]	[70,36; 74,30]	
2005-1	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	5816	5053	4129	3430	2988	2788	2637	2561	2439	2300	2199	2113	2045	1941	
	auswertbar	Anzahl		4918	4028	3390	2945	2746	2577	2413	2327	2208	2103	2011	1934	1833	
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		143	85	73	59	72	39	80	58	61	50	46	56	37	
		Anteil in %		2,91	2,11	2,15	2,00	2,62	1,51	3,32	2,49	2,76	2,38	2,29	2,90	2,02	
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,12	95,09	93,04	91,19	88,81	87,48	84,69	82,61	80,36	78,49	76,72	74,53	73,03	
	CI		[96,65; 97,59]	[94,47; 95,71]	[92,27; 93,81]	[90,30; 92,08]	[87,79; 89,83]	[86,39; 88,57]	[83,48; 85,90]	[81,32; 83,90]	[78,98; 81,74]	[77,05; 79,93]	[75,23; 78,21]	[72,97; 76,09]	[71,43; 74,63]		
2005-2	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	4749	4132	3416	2951	2723	2600	2527	2405	2251	2152	2068	1976	1880		
	auswertbar	Anzahl		3965	3333	2874	2666	2520	2363	2277	2145	2032	1930	1817	1731		
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		104	54	50	47	39	70	58	53	42	48	40	18		
		Anteil in %		2,62	1,62	1,74	1,76	1,55	2,96	2,55	2,47	2,07	2,49	2,20	1,04		
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,42	95,85	94,20	92,56	91,14	88,55	86,33	84,22	82,51	80,49	78,75	77,93		
	CI		[96,93; 97,91]	[95,21; 96,49]	[93,43; 94,97]	[91,67; 93,45]	[90,16; 92,12]	[87,42; 89,68]	[85,10; 87,56]	[82,89; 85,55]	[81,11; 83,91]	[79,01; 81,97]	[77,21; 80,29]	[76,36; 79,50]			
2006-1	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	4136	3650	3135	2860	2705	2612	2474	2307	2222	2138	2069	1973			
	auswertbar	Anzahl		3544	3059	2786	2593	2421	2315	2177	2072	1982	1901	1801			
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		101	58	51	55	77	68	39	44	36	40	34			
		Anteil in %		2,85	1,90	1,83	2,12	3,18	2,94	1,79	2,12	1,82	2,10	1,89			
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,19	95,36	93,63	91,69	88,91	86,35	84,84	83,07	81,59	79,89	78,38			
	CI		[96,65; 97,73]	[94,65; 96,07]	[92,79; 94,47]	[90,73; 92,65]	[87,79; 90,03]	[85,11; 87,59]	[83,53; 86,15]	[81,69; 84,45]	[80,15; 83,03]	[78,39; 81,39]	[76,82; 79,94]				
2006-2	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	4992	4554	4082	3816	3681	3501	3304	3170	3036	2931	2790				
	auswertbar	Anzahl		4441	3975	3649	3367	3291	3117	2956	2803	2662	2532				
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		117	82	69	94	64	72	64	48	64	49				
		Anteil in %		2,63	2,06	1,89	2,79	1,94	2,31	2,17	1,71	2,40	1,94				
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,39	95,39	93,63	91,15	89,41	87,39	85,53	84,09	82,10	80,51				
	CI		[96,92; 97,86]	[94,76; 96,02]	[92,89; 94,37]	[90,28; 92,02]	[88,45; 90,37]	[86,35; 88,43]	[84,42; 86,64]	[82,92; 85,26]	[80,86; 83,34]	[79,22; 81,80]					
2007-1	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	5160	4782	4453	4265	4050	3756	3586	3416	3280	3153					
	auswertbar	Anzahl		4639	4216	3796	3731	3501	3326	3079	2925	2793					
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		97	86	115	97	63	80	59	56	42					
		Anteil in %		2,09	2,04	3,03	2,60	1,80	2,41	1,92	1,91	1,50					
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,93	95,99	93,28	90,92	89,32	87,21	85,58	83,97	82,70					
	CI		[97,52; 98,34]	[95,42; 96,56]	[92,54; 94,02]	[90,06; 91,78]	[88,39; 90,25]	[86,20; 88,22]	[84,50; 86,66]	[82,83; 85,11]	[81,52; 83,88]						

EZ	Erstauftreten von primären Endpunkten bei Patienten <u>ohne</u> primäre Endpunkte in der Erstdokumentation (Anamnese)	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr
2007-2	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	5601	5412	5142	4848	4462	4254	4045	3871	3664					
	auswertbar	Anzahl		5152	4505	4382	4092	3839	3598	3360	3155					
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		136	124	98	75	91	82	78	48					
		Anteil in %		2,64	2,75	2,24	1,83	2,37	2,28	2,32	1,52					
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,42	94,92	92,86	91,20	89,09	87,10	85,12	83,83					
	CI		[96,99; 97,85]	[94,32; 95,52]	[92,15; 93,57]	[90,41; 91,99]	[88,20; 89,98]	[86,14; 88,06]	[84,08; 86,16]	[82,74; 84,92]						
2008-1	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	11191	11129	10378	9264	8720	8240	7862	7448						
	auswertbar	Anzahl		9974	9260	8459	7787	7220	6698	6300						
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		376	271	176	177	169	140	88						
		Anteil in %		3,77	2,93	2,08	2,27	2,34	2,09	1,40						
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		96,44	93,69	91,79	89,77	87,72	85,93	84,73						
	CI		[96,09; 96,79]	[93,22; 94,16]	[91,25; 92,33]	[89,17; 90,37]	[87,06; 88,38]	[85,22; 86,64]	[83,98; 85,48]							
2008-2	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	4853	4721	4197	3916	3706	3544	3338							
	auswertbar	Anzahl		4441	3869	3592	3357	3136	2941							
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		143	89	77	61	74	49							
		Anteil in %		3,22	2,30	2,14	1,82	2,36	1,67							
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		96,83	94,68	92,72	91,07	88,97	87,48							
	CI		[96,32; 97,34]	[94,01; 95,35]	[91,94; 93,50]	[90,20; 91,94]	[87,99; 89,95]	[86,44; 88,52]								
2009-1	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	5573	5374	4961	4673	4419	4166								
	auswertbar	Anzahl		5068	4535	4162	3881	3620								
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		128	93	84	88	66								
		Anteil in %		2,53	2,05	2,02	2,27	1,82								
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,54	95,60	93,73	91,65	89,98								
	CI		[97,12; 97,96]	[95,03; 96,17]	[93,05; 94,41]	[90,86; 92,44]	[89,10; 90,86]									
2009-2	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	4833	4640	4284	4039	3787									
	auswertbar	Anzahl		4417	3864	3537	3336									
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		120	101	82	52									
		Anteil in %		2,72	2,61	2,32	1,56									
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,34	94,88	92,75	91,30									
	CI		[96,87; 97,81]	[94,22; 95,54]	[91,96; 93,54]	[90,43; 92,17]										
2010-1	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	4731	4511	4125	3785										
	auswertbar	Anzahl		4312	3752	3414										
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		121	94	54										
		Anteil in %		2,81	2,51	1,58										
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,24	94,86	93,36										
	CI		[96,76; 97,72]	[94,19; 95,53]	[92,59; 94,13]											
2010-2	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	3924	3752	3360											
	auswertbar	Anzahl		3552	3097											
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		97	39											
		Anteil in %		2,73	1,26											
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		97,31	96,09											
	CI		[96,78; 97,84]	[95,44; 96,74]												

EZ	Erstauftreten von primären Endpunkten bei Patienten <u>ohne</u> primäre Endpunkte in der Erstdokumentation (Anamnese)	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr	
2011-1	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	3948	3577													
	auswertbar	Anzahl		3504													
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl		64													
		Anteil in %		1,83													
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate		98,17													
	CI		[97,73; 98,61]														
2011-2	Kollektivmitglieder ohne primäre Endpunkte	Anzahl	3879														
	auswertbar	Anzahl															
	erstmalige primäre Endpunkte im Halbjahr	Anzahl															
		Anteil in %															
	kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit	Rate															
	CI																

Berichtsteil II: Evaluation der ökonomischen Inhalte

Ein Grundziel der Evaluation ist laut Kriterien des BVA die Überprüfung der Kosten der Versorgung der DMP-Patienten. Entsprechende Auswertungen werden in diesem Berichtsteil des Evaluationsberichtes vorgenommen. Hierzu werden anhand von Zufallsstichproben die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Patient berechnet. In diese Betrachtung fließen alle Ausgaben für die betrachteten Leistungsbereiche ein, nicht nur die KHK-spezifischen Ausgaben. Differenziert wird nach folgenden Bereichen:

- Ambulante ärztliche Behandlung
- Krankenhausbehandlung
- Arzneimittel
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Dialyse-Sachkosten
- Anschlussrehabilitation
- Häusliche Krankenpflege
- Krankengeld

Für die Zuordnung der Kosten zu einem Halbjahreszeitraum ist in der Regel der Beginn der Maßnahme ausschlaggebend, der die Kosten zuzuordnen sind. So sind die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt dem (Halb-)Jahr zuzuordnen, in dem der Krankenhausaufenthalt begann. Allerdings ist für die Zuordnung der Heilmittelkosten relevant, in welchem Monat sie abgerechnet wurden. Bei Neueinschreibungen gilt, dass die Kosten des vollständigen Quartals, in dem die Einschreibung erfolgt, berücksichtigt werden.

In den nachfolgenden standardisierten Tabellen wird die Entwicklung der durchschnittlichen Ausgaben zunächst getrennt nach Leistungsbereichen ausgewiesen, bevor die Gesamtbetrachtung erfolgt. Die Tabellen enthalten für alle Halbjahres-Kohorten die statistischen Kennwerte arithmetisches Mittel, Konfidenzintervall (95%) und Standardabweichung.

Das arithmetische Mittel wird berechnet, indem die gesamten Ausgaben eines Leistungsbereiches, die innerhalb eines Halbjahres für eine Kohorte angefallen sind, durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten dieser Kohorte in diesem Halbjahr dividiert werden. Patienten, die im Berichtshalbjahr versterben, sind mit 0,5 zu gewichten. Patienten, die aus anderen Gründen ausscheiden, sind ebenfalls mit 0,5 zu gewichten, sofern ihr Ausscheiden im 1. Quartal des Halbjahres erfolgt.

Würden beispielsweise im Berichtshalbjahr von zehn Patienten zwei im zweiten Quartal versterben und einer aus sonstigen Gründen im zweiten Quartal ausscheiden, wären die beiden verstorbenen Patienten halb, der aus sonstigen Gründen ausgeschiedene Patient sowie die im Programm verbliebenen Patienten voll zu gewichten. Die Bezugsgröße für die Mittelwertbildung beliefe sich rechnerisch auf neun Fälle.

Zusätzlich zum Mittelwert für die einzelnen Halbjahre werden – bezogen auf den gesamten Auswertungszeitraum ohne Beitrittsjahr – die durchschnittlichen Kosten pro Auswertungsjahr ermittelt. Dazu werden, sofern die Daten vorliegen, die Ausgaben der Patienten einer Kohorte über alle Berichtshalbjahre aufsummiert und durch die Summe der gewichteten Teilnahmejahre dividiert (jeweils ohne Beitrittsjahr).

Bei den Auswertungen zu Krankengeldausgaben entfällt die Gewichtung.

Im Gegensatz zu den Auswertungen der Patientenmerkmale und der medizinischen Inhalte im ersten Teil basiert die Evaluation der ökonomischen Inhalte nicht auf den Daten aller Teilnehmer des evaluierten DMP. Vielmehr werden dazu aus allen Halbjahres-Kohorten **Stichproben** gezogen. Der Stichprobenumfang beträgt in der Regel zehn Prozent der Patientenzahl der jeweiligen Kohorte, höchstens 500 und mindestens 100 Patienten. Bei Kohorten mit weniger als 100 Patienten werden Vollerhebungen durchgeführt. Davon wird jedoch abgesehen, wenn die Kohorte weniger als zehn Patienten umfasst. Um die Anonymität zu wahren, wird in diesen Fällen auf eine Auswertung verzichtet.¹²

Zu beachten ist dabei, dass die Stichprobenziehung gemäß der engen zeitlichen Vorgaben des BVA unmittelbar nach Eingang der PM-Daten beim Evaluator erfolgen muss. Etwaige zeitverzögerte Aktualisierungen der PM-Datenbasis können daher – anders als im Berichtsteil I – in der Stichprobe nicht mehr berücksichtigt werden. Daher kann sich auch bei Vollerhebungen die Anzahl der ausgewiesenen Patienten im Berichtsteil I von derjenigen in den Berichtsteilen II und III unterscheiden.

Neben den durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Patient, deren Berechnung auf Zufallsstichproben basiert, werden weitere Kosten der Versorgung der DMP-Patienten dargestellt. Diese beinhalten die gesonderten Kosten der Krankenkassen für Verwaltung, Qualitätssicherung u.ä. im Rahmen der DMP. Die Verwaltungskosten und die Kosten der Qualitätssicherung werden durch die programmdurchführenden Krankenkassen kalkulatorisch ermittelt und basieren nicht auf Stichproben. Eine Differenzierung nach Kohorten erfolgt dabei nicht. Patienten, die nicht während des gesamten Jahres eingeschrieben waren, gehen anteilig in die Berechnung ein. Die Durchschnittskosten ergeben sich folglich als der Quotient aus den Gesamtkosten für Verwaltung und Qualitätssicherung und den Versichertenjahren (= Gesamtzahl der eingeschriebenen Versicherten gewichtet mit dem Anteil ihres Teilnahmezeitraums im betrachteten Jahr).

Als **Verwaltungskosten** der Krankenkassen für die DMPs gelten

- Personal- und Sachkosten inklusive der Raumkosten, die mit der Durchführung der DMPs zusammenhängen und
- Kosten für die Datenverarbeitung und -erfassung sowie für die Evaluation, die in erster Linie an Dritte vergeben wird.

Als **Kosten der Qualitätssicherung** der Krankenkassen gelten

- Kosten der versichertenbezogenen Qualitätssicherung, die intern oder durch die Beauftragung von Dienstleistungsunternehmen anfallen, z.B. durch Beratung der Versicherten, Reminder, Broschüren;
- Kosten der arztbezogenen Qualitätssicherung, die, je nach Datenflussmodell, direkt bei den Kassen anfallen können, bei der gemeinsamen Einrichtung oder bei Dritten (z.B. Erstellung von Feedbackberichten durch Datenstellen).

Die genaue Methode zur Ermittlung der Verwaltungskosten ist in diesem Evaluationsbericht nicht darzustellen; die Kassen haben die jeweils von ihnen verwendete Methodik dem BVA jedoch auf Anfrage mitzuteilen.

¹² Fusionsbedingt können die Stichproben in den AOK-Berichten kleiner und in den Knappschafts-Berichten größer ausfallen als gemäß obiger Beschreibung zu erwarten wäre. Sofern die Stichprobe Versicherte der ehemaligen See-Krankenkasse enthielt, mussten diese mit der evaluationsseitigen Umsetzung der Fusion von Knappschaft und ehemaliger See-Krankenkasse aus den Auswertungen der AOK-Berichte ausgeschlossen und in die Auswertungen der Knappschaftsberichte aufgenommen werden.

Auswertungskapitel 4: Patientenzahlen der Stichprobe für die Leistungsausgaben

Tabelle 4.1 gibt für alle Kohorten Auskunft darüber, wie viele Patienten für die Ausgabenanalysen zur Verfügung standen. Dabei handelt es sich um Stichproben aus der Gesamtzahl der Patienten je Kohorte. Ihre Anzahl wird jeweils in der ersten Zeile ausgewiesen. Im Laufe der weiteren Teilnahmehalbjahre kann sich die Anzahl verringern, weil Patienten wegen Tod, Ausschluss oder eigener Beendigung aus dem Programm ausscheiden. Für die Berechnung der durchschnittlichen Ausgaben nach Leistungsbereichen ist jedoch nicht die Zahl der Patienten zu Beginn des Berichtshalbjahres relevant, sondern die Zahl der gewichteten Patienten (siehe einführende Anmerkungen zum Berichtsteil II), für die im Berichtshalbjahr die erforderlichen Angaben zu den Leistungsausgaben vorliegen. Zur Information wird diese Zahl in der zweiten Zeile ausgewiesen.

In der jeweils dritten Zeile wird ausgewiesen, wie viele Patienten im jeweiligen Berichtshalbjahr aus der Stichprobe ausgeschieden sind. Die vierte Zeile weist den kumulierten Wert aus: Sie gibt an, wie viele Patienten bis zum Ende des Berichtshalbjahres verstorben oder aus anderen Gründen aus der Stichprobe ausgeschieden sind.

In der Kohorte 2004-2 umfasst die Stichprobe im Beitrittsjahr 499 Patienten. Im Laufe dieses Halbjahres schieden davon 45 Personen aus. Im letzten Berichtshalbjahr waren noch 176 Patienten dieser Stichprobe Programmteilnehmer. Im Laufe dieses letzten Berichtshalbjahres schieden davon 8 Personen aus. Als Berechnungsbasis für die durchschnittlichen Leistungsausgaben dieser Kohorte und dieses Berichtshalbjahres werden in den folgenden Tabellen die 160,0 auswertbaren und gewichteten Patienten herangezogen.

Tabelle 4.1 Patienten in der Stichprobe (Anzahl)

EZ	Patienten in der Stichprobe (Anzahl)		Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr
2004-2	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176
		auswertbar und gewichtet	493,5	434,5	364,5	319,5	283,0	254,5	238,0	228,5	212,5	202,0	193,5	182,5	176,5	170,0	160,0
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	45	78	47	35	30	23	9	7	15	8	9	5	4	8	8
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	45	123	170	205	235	258	267	274	289	297	306	311	315	323	331
2005-1	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172	
		auswertbar und gewichtet	483,0	408,0	336,0	288,0	258,5	243,5	230,0	218,0	207,0	190,0	180,0	166,0	159,5	151,0	
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	71	78	51	39	14	11	10	6	17	7	10	8	6	9	
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	71	149	200	239	253	264	274	280	297	304	314	322	328	337	
2005-2	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220		
		auswertbar und gewichtet	488,5	423,0	350,0	315,5	291,0	278,5	267,0	255,0	236,5	225,5	215,0	205,0	190,5		
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	59	74	45	26	13	6	8	13	12	3	11	10	9		
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	59	133	178	204	217	223	231	244	256	259	270	280	289		
2006-1	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230			
		auswertbar und gewichtet	485,0	423,5	362,5	326,5	305,0	292,5	274,0	254,5	235,0	214,0	201,5	191,0			
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	62	62	42	21	8	9	23	10	14	13	6	9			
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	62	124	166	187	195	204	227	237	251	264	270	279			
2006-2	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286				
		auswertbar und gewichtet	490,5	448,0	410,5	384,5	367,0	343,5	310,0	295,0	276,5	257,5	248,5				
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	40	39	27	10	14	31	15	13	13	11	14				
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	40	79	106	116	130	161	176	189	202	213	227				
2007-1	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	500	466	434	421	397	368	348	334	318	306					
		auswertbar und gewichtet	492,5	448,0	413,5	382,0	348,0	318,0	297,5	278,5	259,0	247,0					
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	34	32	13	24	29	20	14	16	12	12					
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	34	66	79	103	132	152	166	182	194	206					
2007-2	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	500	483	463	437	405	389	378	365	345						
		auswertbar und gewichtet	491,5	463,0	422,0	386,0	349,5	322,0	304,5	286,5	269,0						
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	17	20	26	32	16	11	13	20	11						
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	17	37	63	95	111	122	135	155	166						
2008-1	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	500	494	480	431	401	378	365	348							
		auswertbar und gewichtet	498,5	469,5	435,5	385,0	342,5	311,5	291,0	271,0							
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	6	14	49	30	23	13	17	14							
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	6	20	69	99	122	135	152	166							
2008-2	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	500	480	435	408	388	380	357								
		auswertbar und gewichtet	489,0	445,0	388,0	352,0	322,0	300,0	280,0								
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	20	45	27	20	8	23	14								
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	20	65	92	112	120	143	157								

EZ	Patienten in der Stichprobe (Anzahl)		Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr	
2009-1	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	500	483	446	427	404	387										
		auswertbar und gewichtet	492,0	448,0	402,0	365,0	331,0	315,0										
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	17	37	19	23	17	21										
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	17	54	73	96	113	134										
2009-2	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	500	470	445	420	394											
		auswertbar und gewichtet	485,5	428,0	387,5	343,5	321,0											
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	30	25	25	26	16											
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	30	55	80	106	122											
2010-1	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	500	480	440	400												
		auswertbar und gewichtet	493,0	438,5	378,0	341,0												
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	20	40	40	22												
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	20	60	100	122												
2010-2	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	495	474	431													
		auswertbar und gewichtet	485,0	427,5	384,5													
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	21	43	40													
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	21	64	104													
2011-1	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	444	406														
		auswertbar und gewichtet	432,5	388,5														
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	38	34														
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	38	72														
2011-2	Patienten	zu Beginn des Berichtshalbjahres	489															
		auswertbar und gewichtet	475,5															
	ausgeschiedene Patienten	im Auswertungshalbjahr ausgeschieden	58															
		bis zum Ende des Berichtshalbjahres ausgeschieden	58															

Auswertungskapitel 5: Leistungsausgaben

Tabelle 5.1 gibt Auskunft über die durchschnittlichen Ausgaben je Patient für die **ambulante ärztliche Behandlung**. Die Leistungsausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung ergeben sich dabei aus dem Produkt aus der Summe der erbrachten Punkte und einem durchschnittlichen Punktwert von 3,5 Eurocent sowie den in Euro abgerechneten Gebührenpositionen. Patienten, die während des Berichtshalbjahres ausgeschieden sind, waren dabei entsprechend zu gewichten (siehe einführende Erläuterungen zu Berichtsteil II). Die Angaben in der Tabelle basieren auf einer Stichprobe.

Ausgewiesen werden für die auswertbaren und gewichteten Patienten das arithmetische Mittel, dessen 95%-Konfidenzintervall und die Standardabweichung. Zusätzlich zum Mittelwert für die einzelnen Halbjahre werden – bezogen auf den gesamten

Auswertungszeitraum, für den Leistungsausgaben vorliegen, jedoch ohne Beitrittsjahr – die durchschnittlichen Kosten pro Auswertungsjahr ermittelt. Dazu werden für jede Kohorte die Ausgaben aufsummiert und durch die Summe der Auswertungsjahre der gewichteten Patienten dividiert.

In der Kohorte 2004-2 betragen im letzten Berichtshalbjahr auf Basis der Stichprobe von 160,0 Patienten (auswertbar und gewichtet) die durchschnittlichen Ausgaben je Patient 544,59 Euro. Das 95%-Konfidenzintervall umfasst dabei den Wertebereich [457,86; 631,32].

Tabelle 5.1 Patienten und zugehörige Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung in Euro (Stichprobe)

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung in Euro (Stichprobe)		Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halb-jahr	15 Halbjahre														
					2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176	
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,5	434,5	364,5	319,5	283,0	254,5	238,0	228,5	212,5	202,0	193,5	182,5	176,5	170,0	160,0	
	Leistungsausgaben	Mean	860,18	392,96	409,28	396,33	378,96	186,84	415,48	422,30	466,83	485,96	506,70	519,18	488,62	476,96	558,56	544,59	
		CI	[834,24;	[364,58;	[376,50;	[361,33;	[351,10;	[168,75;	[373,94;	[378,01;	[416,36;	[435,64;	[455,47;	[466,51;	[435,94;	[423,17;	[450,45;	[457,86;	
		Mean	886,12]	421,35]	442,05]	431,32]	406,81]	204,94]	457,03]	466,59]	517,29]	536,28]	557,92]	571,85]	541,30]	530,76]	666,66]	631,32]	
SD	773,87	321,75	348,55	340,89	254,06	155,29	338,17	348,61	389,22	374,28	371,46	373,82	363,08	364,63	719,15	559,72			
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172		
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		483,0	408,0	336,0	288,0	258,5	243,5	230,0	218,0	207,0	190,0	180,0	166,0	159,5	151,0		
	Leistungsausgaben	Mean	962,78	406,05	377,58	385,68	194,38	388,16	419,70	532,88	491,11	548,54	648,34	659,48	662,34	672,35	773,85		
		CI	[886,38;	[372,48;	[345,72;	[349,75;	[171,95;	[348,23;	[343,40;	[360,31;	[349,76;	[403,00;	[437,63;	[424,08;	[409,73;	[411,25;	[470,08;		
		Mean	1039,18]	439,61]	409,45]	421,61]	216,80]	428,10]	496,00]	705,45]	632,46]	694,09]	859,06]	894,88]	914,95]	933,46]	1077,63]		
SD	2147,60	376,39	328,37	336,06	194,20	327,59	607,46	1335,30	1064,81	1068,38	1481,90	1611,34	1660,52	1682,43	1904,51				
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220			
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		488,5	423,0	350,0	315,5	291,0	278,5	267,0	255,0	236,5	225,5	215,0	205,0	190,5			
	Leistungsausgaben	Mean	831,76	390,26	354,41	199,29	369,49	406,45	411,93	416,71	460,25	543,15	473,60	548,59	507,78	511,76			
		CI	[801,50;	[357,87;	[326,72;	[177,80;	[329,70;	[337,11;	[378,32;	[377,52;	[418,71;	[468,87;	[422,11;	[448,63;	[438,17;	[452,17;			
		Mean	862,02]	422,64]	382,11]	220,79]	409,27]	475,78]	445,54]	455,89]	501,79]	617,43]	525,08]	648,55]	577,38]	571,35]			
SD	880,46	365,22	290,64	205,19	360,54	603,45	286,18	326,68	338,44	582,81	394,46	747,80	508,50	419,62					
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230				
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	423,5	362,5	326,5	305,0	292,5	274,0	254,5	235,0	214,0	201,5	191,0				
	Leistungsausgaben	Mean	991,97	469,18	229,54	434,72	450,28	476,84	484,60	556,37	609,96	580,86	632,37	689,65	629,14				
		CI	[910,01;	[397,49;	[185,15;	[346,38;	[356,40;	[373,06;	[374,17;	[429,30;	[434,51;	[405,59;	[423,19;	[438,95;	[397,16;				
		Mean	1073,93]	540,87]	273,92]	523,06]	544,15]	580,62]	595,03]	683,44]	785,42]	756,13]	841,55]	940,35]	861,12]				
SD	2320,75	805,52	466,01	858,09	865,43	924,73	963,60	1073,18	1428,09	1370,84	1561,25	1815,66	1635,74						
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286					
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		490,5	448,0	410,5	384,5	367,0	343,5	310,0	295,0	276,5	257,5	248,5					
	Leistungsausgaben	Mean	1018,08	195,84	431,99	446,72	462,13	511,29	569,20	504,74	543,94	589,18	567,40	551,32					
		CI	[960,07;	[161,31;	[358,64;	[367,50;	[379,22;	[422,78;	[469,27;	[456,69;	[480,48;	[442,95;	[441,76;	[441,83;					
		Mean	1076,10]	230,36]	505,35]	525,93]	545,03]	599,80]	669,13]	552,78]	607,41]	735,40]	693,05]	660,82]					
SD	1710,87	390,14	792,14	818,84	829,42	865,12	944,94	431,58	556,14	1240,52	1028,70	880,63							
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	466	434	421	397	368	348	334	318	306						
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,5	448,0	413,5	382,0	348,0	318,0	297,5	278,5	259,0	247,0						
	Leistungsausgaben	Mean	992,72	405,30	435,58	431,28	468,78	520,31	522,55	564,95	557,41	533,60	500,24						
		CI	[923,63;	[374,70;	[368,75;	[396,71;	[382,62;	[422,90;	[411,71;	[413,09;	[396,30;	[413,05;	[367,12;						
		Mean	1061,81]	435,90]	502,41]	465,85]	554,94]	617,73]	633,39]	716,81]	718,52]	654,15]	633,37]						
SD	1928,00	346,49	721,68	358,66	859,13	927,13	1008,49	1336,38	1371,78	989,81	1067,45								
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	463	437	405	389	378	365	345							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		491,5	463,0	422,0	386,0	349,5	322,0	304,5	286,5	269,0							
	Leistungsausgaben	Mean	978,23	450,25	489,48	485,75	525,29	497,68	458,06	478,56	497,35	471,10							
		CI	[927,33;	[386,61;	[415,20;	[400,07;	[436,49;	[444,24;	[411,40;	[430,68;	[430,69;	[408,92;							
		Mean	1029,13]	513,89]	563,75]	571,43]	614,09]	551,13]	504,72]	526,44]	564,01]	533,29]							
SD	1374,83	719,86	815,40	898,01	890,11	509,78	427,18	426,27	575,68	520,36									

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung in Euro (Stichprobe)	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	494	480	431	401	378	365	348							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		498,5	469,5	435,5	385,0	342,5	311,5	291,0	271,0							
	Leistungsausgaben	Mean	937,91	452,59	448,07	525,91	483,49	439,15	457,55	469,32	443,37							
		CI	[890,35; 985,48]	[402,94; 502,23]	[376,04; 520,10]	[444,22; 607,61]	[442,41; 524,56]	[401,54; 476,76]	[408,99; 506,11]	[401,64; 537,00]	[404,29; 482,45]							
SD		1214,90	565,52	796,26	869,84	411,17	355,17	437,27	589,05	328,23								
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	435	408	388	380	357								
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		489,0	445,0	388,0	352,0	322,0	300,0	280,0								
	Leistungsausgaben	Mean	988,13	495,14	551,95	521,23	473,82	481,13	442,77	459,73								
		CI	[916,89; 1059,38]	[425,59; 564,70]	[461,78; 642,12]	[427,62; 614,83]	[385,70; 561,95]	[371,91; 590,34]	[403,44; 482,11]	[401,87; 517,60]								
SD		1660,69	784,74	970,45	940,75	843,56	999,88	347,60	494,00									
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	446	427	404	387									
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,0	448,0	402,0	365,0	331,0	315,0									
	Leistungsausgaben	Mean	1055,97	573,55	522,16	529,88	528,25	502,26	560,57									
		CI	[966,30; 1145,63]	[486,53; 660,58]	[448,82; 595,49]	[423,12; 636,64]	[406,63; 649,87]	[409,74; 594,79]	[453,16; 667,97]									
SD		1973,56	984,87	791,93	1092,13	1185,47	858,86	972,56										
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	470	445	420	394										
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,5	428,0	387,5	343,5	321,0										
	Leistungsausgaben	Mean	1002,93	549,26	505,64	501,15	498,47	499,47										
		CI	[911,45; 1094,40]	[478,41; 620,12]	[427,89; 583,39]	[402,26; 600,05]	[407,77; 589,18]	[398,77; 600,16]										
SD		1795,43	796,55	820,63	993,24	857,69	920,44											
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	440	400											
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,0	438,5	378,0	341,0											
	Leistungsausgaben	Mean	1130,48	574,29	565,92	580,89	547,01											
		CI	[1009,18; 1251,77]	[480,15; 668,43]	[459,75; 672,09]	[479,47; 682,31]	[441,33; 652,69]											
SD		2105,43	1066,45	1134,31	1006,03	995,70												
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl		495	474	431												
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	427,5	384,5												
	Leistungsausgaben	Mean	1016,85	497,47	519,20	496,45												
		CI	[907,28; 1126,42]	[425,33; 569,60]	[452,47; 585,92]	[407,59; 585,30]												
SD		1592,97	810,49	703,91	888,94													
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl		444	406													
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		432,5	388,5													
	Leistungsausgaben	Mean	967,71	510,42	483,86													
		CI	[885,35; 1050,07]	[469,88; 550,97]	[442,68; 525,04]													
SD		828,24	430,20	414,12														
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl		489														
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		475,5														
	Leistungsausgaben	Mean		595,91														
		CI		[499,63; 692,19]														
SD			1071,16															

Tabelle 5.2 gibt Auskunft über die durchschnittlichen Ausgaben je Patient für die **Krankenhausbehandlung**. Patienten, die während des Berichtshalbjahres ausgeschieden sind, waren dabei entsprechend zu gewichten (siehe einführende Erläuterungen zu Berichtsteil II). Die Angaben in der Tabelle basieren auf einer Stichprobe.

Ausgewiesen werden für die auswertbaren und gewichteten Patienten das arithmetische Mittel, dessen 95%-Konfidenzintervall und die Standardabweichung. Zusätzlich zum Mittelwert für die einzelnen Halbjahre werden – bezogen auf den gesamten Auswertungszeitraum, für den Leistungsausgaben vorliegen, jedoch ohne Beitrittsjahr – die durchschnittlichen Kosten pro

Auswertungsjahr ermittelt. Dazu werden für jede Kohorte die Ausgaben aufsummiert und durch die Summe der Auswertungsjahre der gewichteten Patienten dividiert.

In der Kohorte 2004-2 betragen im letzten Berichtshalbjahr auf Basis der Stichprobe von 160,0 Patienten (auswertbar und gewichtet) die durchschnittlichen Ausgaben je Patient 1227,46 Euro. Das 95%-Konfidenzintervall umfasst dabei den Wertebereich [498,32; 1956,61].

Tabelle 5.2 Patienten und zugehörige Ausgaben für die Krankenhausbehandlung in Euro (Stichprobe)

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für die Krankenhausbehandlung in Euro (Stichprobe)		Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr
	Patienten insgesamt	Anzahl																
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,5	434,5	364,5	319,5	283,0	254,5	238,0	228,5	212,5	202,0	193,5	182,5	176,5	170,0	160,0
	Leistungsausgaben	Mean	2460,34	1141,40	1306,24	1029,26	1007,86	850,22	896,33	893,92	2144,92	1299,17	1399,50	1482,26	1385,55	1615,80	1118,76	1227,46
		CI	[2134,08; 2786,59]	[875,85; 1406,95]	[905,81; 1706,68]	[658,87; 1399,66]	[663,60; 1352,13]	[543,29; 1157,15]	[602,01; 1190,66]	[561,48; 1226,36]	[583,08; 3706,75]	[527,80; 2070,53]	[833,17; 1965,83]	[751,94; 2212,59]	[843,28; 1927,81]	[941,37; 2290,24]	[660,15; 1577,36]	[498,32; 1956,61]
		SD	9733,78	3009,73	4258,63	3607,93	3139,55	2634,35	2395,63	2616,64	12045,42	5736,96	4106,68	5183,23	3737,54	4571,48	3050,75	4705,63
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172	
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		483,0	408,0	336,0	288,0	258,5	243,5	230,0	218,0	207,0	190,0	180,0	166,0	159,5	151,0	
	Leistungsausgaben	Mean	2359,73	1247,20	1164,13	1012,50	1091,48	1113,36	583,12	951,27	637,01	1964,28	1505,23	1615,32	1077,58	1701,92	1528,59	
		CI	[2054,62; 2664,84]	[979,88; 1514,52]	[785,18; 1543,08]	[649,46; 1375,54]	[732,72; 1450,24]	[625,99; 1600,73]	[315,71; 850,52]	[589,87; 1312,67]	[379,49; 894,53]	[679,95; 3248,61]	[921,05; 2089,41]	[803,55; 2427,10]	[671,62; 1483,53]	[927,76; 2476,07]	[866,09; 2191,09]	
		SD	8576,59	2997,44	3905,30	3395,21	3106,34	3997,91	2128,93	2796,39	1939,93	9427,69	4108,34	5556,70	2668,56	4988,30	4153,52	
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220		
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		488,5	423,0	350,0	315,5	291,0	278,5	267,0	255,0	236,5	225,5	215,0	205,0	190,5		
	Leistungsausgaben	Mean	2003,34	1622,11	1021,33	1114,02	1210,39	599,66	832,70	937,37	1089,56	1039,25	1478,97	1227,92	787,71	602,77		
		CI	[1722,50; 2284,18]	[1294,04; 1950,17]	[672,28; 1370,37]	[744,70; 1483,34]	[805,66; 1615,13]	[267,37; 931,96]	[557,37; 1108,03]	[600,12; 1274,62]	[697,40; 1481,73]	[673,71; 1404,80]	[246,12; 2711,82]	[419,46; 2036,37]	[517,40; 1058,02]	[341,11; 864,42]		
		SD	8171,77	3699,46	3662,65	3525,20	3667,87	2892,12	2344,28	2811,58	3195,06	2868,16	9445,59	6048,11	1974,60	1842,55		
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230			
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	423,5	362,5	326,5	305,0	292,5	274,0	254,5	235,0	214,0	201,5	191,0			
	Leistungsausgaben	Mean	2205,10	1281,35	1315,53	815,91	880,74	709,54	877,43	1844,39	1284,43	1336,71	1356,83	1149,94	596,25			
		CI	[1888,87; 2521,32]	[1005,80; 1556,90]	[917,46; 1713,60]	[552,15; 1079,67]	[557,20; 1204,28]	[469,07; 950,02]	[506,45; 1248,40]	[679,62; 3009,15]	[701,88; 1866,98]	[776,23; 1897,20]	[713,76; 1999,91]	[695,01; 1604,87]	[349,72; 842,79]			
		SD	8953,98	3096,12	4179,52	2562,18	2982,73	2142,72	3237,08	9836,89	4741,54	4383,73	4799,68	3294,78	1738,36			
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286				
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		490,5	448,0	410,5	384,5	367,0	343,5	310,0	295,0	276,5	257,5	248,5				
	Leistungsausgaben	Mean	2196,93	1703,35	1179,61	878,18	875,48	1091,05	1430,81	957,13	1098,76	1219,33	1139,46	1211,60				
		CI	[1935,14; 2458,71]	[1321,55; 2085,15]	[894,84; 1464,37]	[622,30; 1134,06]	[578,75; 1172,21]	[773,11; 1408,99]	[789,47; 2072,15]	[574,49; 1339,77]	[775,11; 1422,41]	[684,67; 1754,00]	[704,45; 1574,48]	[498,66; 1924,54]				
		SD	7720,13	4314,18	3075,17	2645,09	2968,61	3107,60	6064,52	3437,27	2836,19	4536,00	3561,52	5734,02				
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	466	434	421	397	368	348	334	318	306					
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,5	448,0	413,5	382,0	348,0	318,0	297,5	278,5	259,0	247,0					
	Leistungsausgaben	Mean	2283,05	1768,37	1084,41	1299,96	1066,90	1274,01	1221,59	1198,78	1283,98	1109,77	609,26					
		CI	[2006,75; 2559,34]	[1368,33; 2168,42]	[798,30; 1370,52]	[751,88; 1848,03]	[764,63; 1369,17]	[812,10; 1735,93]	[813,79; 1629,38]	[813,02; 1584,54]	[891,17; 1676,79]	[617,09; 1602,45]	[304,35; 914,17]					
		SD	7710,19	4529,53	3089,73	5686,15	3014,18	4396,40	3710,23	3394,73	3344,57	4045,39	2444,91					
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	463	437	405	389	378	365	345						
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		491,5	463,0	422,0	386,0	349,5	322,0	304,5	286,5	269,0						
	Leistungsausgaben	Mean	2461,01	1772,55	902,17	1294,17	1520,13	932,04	1163,12	1884,20	1284,23	951,38						
		CI	[2149,25; 2772,76]	[1396,93; 2148,17]	[670,62; 1133,73]	[870,65; 1717,69]	[1057,92; 1982,34]	[621,87; 1242,21]	[838,68; 1487,55]	[1055,28; 2713,11]	[872,31; 1696,15]	[499,48; 1403,28]						
		SD	8420,36	4248,68	2542,05	4438,88	4633,17	2958,46	2970,28	7379,88	3557,29	3781,47						

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für die Krankenhausbehandlung in Euro (Stichprobe)	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	494	480	431	401	378	365	348							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		498,5	469,5	435,5	385,0	342,5	311,5	291,0	271,0							
	Leistungsausgaben	Mean	2359,98	1242,14	1127,85	1398,32	1049,61	1374,17	1120,65	932,41	1193,33							
		CI	[2083,08;	[958,79;	[859,08;	[975,78;	[710,76;	[1008,27;	[782,12;	[662,55;	[662,86;							
Mean		2636,88]	1525,48]	1396,63]	1820,86]	1388,46]	1740,08]	1459,19]	1202,27]	1723,80]								
	SD	7072,26	3227,68	2971,29	4498,86	3392,18	3454,95	3048,46	2348,71	4455,44								
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	435	408	388	380	357								
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		489,0	445,0	388,0	352,0	322,0	300,0	280,0								
	Leistungsausgaben	Mean	2213,33	1759,10	1276,58	1163,84	1154,36	970,61	1309,64	636,41								
		CI	[1892,16;	[1353,04;	[928,94;	[814,35;	[629,94;	[691,90;	[822,36;	[350,14;								
Mean		2534,49]	2165,15]	1624,22]	1513,33]	1678,78]	1249,33]	1796,93]	922,68]									
	SD	7485,72	4581,28	3741,59	3512,34	5019,91	2551,72	4306,12	2443,96									
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	446	427	404	387									
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,0	448,0	402,0	365,0	331,0	315,0									
	Leistungsausgaben	Mean	2018,61	2016,52	1426,57	1062,32	899,62	770,75	725,96									
		CI	[1721,43;	[1608,58;	[971,08;	[804,55;	[633,87;	[538,71;	[433,78;									
Mean		2315,78]	2424,46]	1882,06]	1320,10]	1165,38]	1002,80]	1018,14]										
	SD	6540,79	4616,62	4918,85	2636,92	2590,43	2153,96	2645,76										
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	470	445	420	394										
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,5	428,0	387,5	343,5	321,0										
	Leistungsausgaben	Mean	2399,03	2396,25	1483,36	1232,48	1434,56	529,75										
		CI	[1998,49;	[1982,86;	[1097,41;	[808,45;	[933,49;	[348,22;										
Mean		2799,57]	2809,65]	1869,31]	1656,50]	1935,64]	711,28]											
	SD	7861,71	4647,34	4073,78	4258,63	4738,15	1659,37											
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	440	400											
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,0	438,5	378,0	341,0											
	Leistungsausgaben	Mean	3214,72	2815,21	2105,93	1727,64	832,91											
		CI	[2466,02;	[2204,38;	[1232,76;	[1309,50;	[469,91;											
Mean		3963,41]	3426,04]	2979,09]	2145,78]	1195,90]												
	SD	12996,04	6919,72	9328,81	4147,71	3419,99												
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl		495	474	431												
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	427,5	384,5												
	Leistungsausgaben	Mean	1912,29	2154,65	1320,60	550,93												
		CI	[1453,41;	[1739,00;	[925,29;	[353,88;												
Mean		2371,17]	2570,29]	1715,90]	747,99]													
	SD	6671,47	4670,24	4170,09	1971,42													
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl		444	406													
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		432,5	388,5													
	Leistungsausgaben	Mean	1872,11	3135,58	936,05													
		CI	[1185,70;	[2535,35;	[592,85;													
Mean		2558,51]	3735,81]	1279,26]														
	SD	6902,70	6368,75	3451,35														
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl		489														
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		475,5														
	Leistungsausgaben	Mean		1619,13														
		CI		[1176,98;														
Mean			2061,27]															
	SD		4919,10															

Tabelle 5.3 gibt für alle Kohorten Auskunft über die Anzahl der **Patienten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt** im betrachteten Halbjahr und ihren Anteil an der Gesamtzahl der Patienten. Die Angaben in der Tabelle basieren auf einer Stichprobe.

In der Kohorte 2004-2 umfasst die Stichprobe im letzten Berichtshalbjahr 176 Patienten. Davon hatten 29 auswertbare Patienten bzw. 16,48 Prozent mindestens einen Krankenhausaufenthalt.

Tabelle 5.3 Patienten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Halbjahr

EZ	Patienten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Berichtshalbjahr (Stichprobe)	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl	499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	136	112	87	77	59	66	58	56	55	62	51	51	50	46	29
		Anteil in %	27,25	24,67	23,14	23,40	20,07	25,00	24,07	24,14	24,44	29,52	25,25	26,42	26,60	25,00	16,48
		CI Anteil in %	[23,34; 31,16]	[20,70; 28,64]	[18,87; 27,41]	[18,82; 27,98]	[15,48; 24,66]	[19,77; 30,23]	[18,66; 29,48]	[18,62; 29,66]	[18,81; 30,07]	[23,34; 35,70]	[19,24; 31,26]	[20,18; 32,66]	[20,27; 32,93]	[18,73; 31,27]	[10,98; 21,98]
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl	500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172	
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	151	106	86	70	55	46	52	43	73	55	44	44	49	41	
		Anteil in %	30,20	24,71	24,50	23,33	21,07	18,62	22,03	19,03	33,18	27,09	22,45	23,66	27,53	23,84	
		CI Anteil in %	[26,17; 34,23]	[20,62; 28,80]	[19,99; 29,01]	[18,54; 28,12]	[16,11; 26,03]	[13,76; 23,48]	[16,73; 27,33]	[13,90; 24,16]	[26,94; 39,42]	[20,96; 33,22]	[16,59; 28,31]	[17,54; 29,78]	[20,95; 34,11]	[17,45; 30,23]	
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl	500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220		
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	141	91	82	82	62	67	66	68	58	59	48	48	37		
		Anteil in %	28,20	20,63	22,34	25,47	20,95	23,67	23,83	25,28	22,66	24,18	19,92	20,87	16,82		
		CI Anteil in %	[24,25; 32,15]	[16,85; 24,41]	[18,07; 26,61]	[20,70; 30,24]	[16,31; 25,59]	[18,71; 28,63]	[18,80; 28,86]	[20,08; 30,48]	[17,52; 27,80]	[18,80; 29,56]	[14,87; 24,97]	[15,61; 26,13]	[11,87; 21,77]		
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl	500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230			
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	154	113	92	77	74	66	77	64	61	40	50	39			
		Anteil in %	30,80	25,80	24,47	23,05	23,64	21,64	26,01	23,44	23,19	16,06	21,19	16,96			
		CI Anteil in %	[26,75; 34,85]	[21,70; 29,90]	[20,12; 28,82]	[18,53; 27,57]	[18,93; 28,35]	[17,01; 26,27]	[21,00; 31,02]	[18,41; 28,47]	[18,08; 28,30]	[11,49; 20,63]	[15,97; 26,41]	[12,10; 21,82]			
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl	499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286				
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	168	132	101	81	91	84	70	79	59	61	56				
		Anteil in %	33,67	28,76	24,05	20,61	23,76	22,76	20,71	24,46	19,03	20,54	19,58				
		CI Anteil in %	[29,52; 37,82]	[24,61; 32,91]	[19,96; 28,14]	[16,61; 24,61]	[19,49; 28,03]	[18,48; 27,04]	[16,38; 25,04]	[19,76; 29,16]	[14,65; 23,41]	[15,94; 25,14]	[14,97; 24,19]				
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl	500	466	434	421	397	368	348	334	318	306					
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	171	126	100	101	91	78	83	73	59	41					
		Anteil in %	34,20	27,04	23,04	23,99	22,92	21,20	23,85	21,86	18,55	13,40					
		CI Anteil in %	[30,04; 38,36]	[23,00; 31,08]	[19,07; 27,01]	[19,91; 28,07]	[18,78; 27,06]	[17,02; 25,38]	[19,37; 28,33]	[17,42; 26,30]	[14,27; 22,83]	[9,58; 17,22]					
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl	500	483	463	437	405	389	378	365	345						
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	165	117	95	119	85	97	81	81	48						
		Anteil in %	33,00	24,22	20,52	27,23	20,99	24,94	21,43	22,19	13,91						
		CI Anteil in %	[28,87; 37,13]	[20,40; 28,04]	[16,84; 24,20]	[23,05; 31,41]	[17,02; 24,96]	[20,63; 29,25]	[17,29; 25,57]	[17,92; 26,46]	[10,25; 17,57]						
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl	500	494	480	431	401	378	365	348							
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	147	120	115	102	97	74	73	53							
		Anteil in %	29,40	24,29	23,96	23,67	24,19	19,58	20,00	15,23							
		CI Anteil in %	[25,40; 33,40]	[20,50; 28,08]	[20,14; 27,78]	[19,65; 27,69]	[19,99; 28,39]	[15,57; 23,59]	[15,89; 24,11]	[11,45; 19,01]							
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl	500	480	435	408	388	380	357								
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	176	127	104	99	86	72	59								
		Anteil in %	35,20	26,46	23,91	24,26	22,16	18,95	16,53								
		CI Anteil in %	[31,01; 39,39]	[22,51; 30,41]	[19,90; 27,92]	[20,10; 28,42]	[18,02; 26,30]	[15,00; 22,90]	[12,67; 20,39]								
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl	500	483	446	427	404	387									
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	184	134	109	84	75	60									
		Anteil in %	36,80	27,74	24,44	19,67	18,56	15,50									
		CI Anteil in %	[32,57; 41,03]	[23,74; 31,74]	[20,45; 28,43]	[15,90; 23,44]	[14,76; 22,36]	[11,89; 19,11]									
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl	500	470	445	420	394										
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	209	123	94	96	56										
		Anteil in %	41,80	26,17	21,12	22,86	14,21										
		CI Anteil in %	[37,47; 46,13]	[22,19; 30,15]	[17,32; 24,92]	[18,84; 26,88]	[10,76; 17,66]										

EZ	Patienten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Berichtshalbjahr (Stichprobe)	Beitritts- halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb- jahr	11. Halb- jahr	12. Halb- jahr	13. Halb- jahr	14. Halb- jahr	15. Halb- jahr
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl	500	480	440	400										
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	213	136	131	64										
		Anteil in %	42,60	28,33	29,77	16,00										
		CI Anteil in %	[38,26; 46,94]	[24,29; 32,37]	[25,49; 34,05]	[12,40; 19,60]										
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl	495	474	431											
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	202	121	67											
		Anteil in %	40,81	25,53	15,55											
		CI Anteil in %	[36,48; 45,14]	[21,60; 29,46]	[12,12; 18,98]											
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl	444	406												
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	205	81												
		Anteil in %	46,17	19,95												
		CI Anteil in %	[41,53; 50,81]	[16,06; 23,84]												
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl	489													
	auswertbar, mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt	Anzahl	157													
		Anteil in %	32,11													
		CI Anteil in %	[27,97; 36,25]													

Tabelle 5.4 gibt Auskunft über die durchschnittlichen Ausgaben je Patient für **Arzneimittel**. Patienten, die während des Berichtshalbjahres ausgeschieden sind, waren dabei entsprechend zu gewichten (siehe einführende Erläuterungen zu Berichtsteil II). Die Angaben in der Tabelle basieren auf einer Stichprobe.

Ausgewiesen werden für die auswertbaren und gewichteten Patienten das arithmetische Mittel, dessen 95%-Konfidenzintervall und die Standardabweichung. Zusätzlich zum Mittelwert für die einzelnen Halbjahre werden – bezogen auf den gesamten Auswertungszeitraum, für den Leistungsausgaben vorliegen, jedoch ohne Beitrittsjahr – die durchschnittlichen Kosten pro

Auswertungsjahr ermittelt. Dazu werden für jede Kohorte die Ausgaben aufsummiert und durch die Summe der Auswertungsjahre der gewichteten Patienten dividiert.

In der Kohorte 2004-2 betragen im letzten Berichtshalbjahr auf Basis der Stichprobe von 160,0 Patienten (auswertbar und gewichtet) die durchschnittlichen Ausgaben je Patient 808,86 Euro. Das 95%-Konfidenzintervall umfasst dabei den Wertebereich [618,80; 998,93].

Tabelle 5.4 Patienten und zugehörige Ausgaben für Arzneimittel in Euro (Stichprobe)

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Arzneimittel in Euro (Stichprobe)		Durchschnittskosten/Jahr	Beitrittsjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176	
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,5	434,5	364,5	319,5	283,0	254,5	238,0	228,5	212,5	202,0	193,5	182,5	176,5	170,0	160,0	
	Leistungsausgaben	Mean		1383,30	631,93	699,57	710,49	643,51	700,51	655,11	662,14	656,05	599,57	685,24	730,63	685,41	753,50	761,09	808,86
		CI Mean		[1319,57; 1447,02]	[578,55; 685,31]	[563,12; 836,02]	[624,73; 796,25]	[562,57; 724,45]	[579,80; 821,22]	[564,89; 745,32]	[558,26; 766,01]	[566,51; 745,60]	[506,72; 692,43]	[576,33; 794,15]	[600,04; 861,22]	[574,17; 796,66]	[622,30; 884,71]	[615,50; 906,69]	[618,80; 998,93]
	SD		1901,15	604,97	1451,16	835,36	738,13	1036,03	734,26	817,61	690,59	690,61	789,75	926,81	766,75	889,34	968,56	1226,62	
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172		
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		483,0	408,0	336,0	288,0	258,5	243,5	230,0	218,0	207,0	190,0	180,0	166,0	159,5	151,0		
	Leistungsausgaben	Mean		1286,85	572,62	602,90	550,79	557,50	545,50	544,12	570,90	605,88	704,23	763,28	853,93	823,83	776,51	791,42	
		CI Mean		[1212,44; 1361,26]	[522,83; 622,41]	[547,96; 657,84]	[496,78; 604,80]	[477,15; 637,85]	[486,32; 604,69]	[472,68; 615,56]	[486,10; 655,70]	[466,43; 745,33]	[470,10; 938,35]	[539,17; 987,38]	[538,02; 1169,85]	[642,08; 1005,57]	[624,70; 928,32]	[632,43; 950,42]	
	SD		2091,66	558,31	566,17	505,13	695,71	485,47	568,77	656,15	1050,48	1718,60	1576,04	2162,47	1194,69	978,19	996,80		
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220			
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		488,5	423,0	350,0	315,5	291,0	278,5	267,0	255,0	236,5	225,5	215,0	205,0	190,5			
	Leistungsausgaben	Mean		1148,33	575,32	561,02	526,72	527,05	536,67	498,71	461,04	537,52	612,56	583,68	732,05	692,27	779,55		
		CI Mean		[1081,93; 1214,74]	[529,37; 621,28]	[509,92; 612,11]	[471,57; 581,87]	[467,45; 586,66]	[464,55; 608,78]	[437,67; 559,76]	[400,99; 521,09]	[465,78; 609,27]	[491,43; 733,69]	[496,15; 671,21]	[519,94; 944,17]	[425,62; 958,91]	[500,42; 1058,68]		
	SD		1932,29	518,23	536,16	526,41	540,18	627,67	519,79	500,66	584,56	950,42	670,64	1586,85	1947,84	1965,59			
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230				
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	423,5	362,5	326,5	305,0	292,5	274,0	254,5	235,0	214,0	201,5	191,0				
	Leistungsausgaben	Mean		1276,42	591,75	571,10	563,03	544,49	527,96	494,87	551,11	628,13	678,19	845,16	934,34	1030,41			
		CI Mean		[1179,83; 1373,02]	[534,15; 649,34]	[494,31; 647,88]	[497,93; 628,14]	[479,94; 609,04]	[456,52; 599,40]	[420,96; 568,77]	[468,95; 633,27]	[502,75; 753,51]	[483,65; 872,73]	[557,82; 1132,51]	[585,07; 1283,61]	[605,59; 1455,23]			
	SD		2735,08	647,17	806,18	632,43	595,08	636,56	644,87	693,88	1020,52	1521,55	2144,64	2529,53	2995,49				
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286					
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		490,5	448,0	410,5	384,5	367,0	343,5	310,0	295,0	276,5	257,5	248,5					
	Leistungsausgaben	Mean		1346,94	601,52	590,06	663,56	630,20	616,03	768,18	669,86	688,39	753,96	668,82	763,13				
		CI Mean		[1242,72; 1451,16]	[506,49; 696,54]	[521,19; 658,93]	[515,76; 811,37]	[528,07; 732,32]	[458,76; 773,29]	[502,80; 1033,56]	[504,66; 835,07]	[575,31; 801,47]	[512,33; 995,60]	[505,36; 832,27]	[559,31; 966,94]				
	SD		3073,53	1073,74	743,75	1527,86	1021,72	1537,12	2509,39	1484,06	990,91	2049,99	1338,23	1639,27					
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	466	434	421	397	368	348	334	318	306						
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,5	448,0	413,5	382,0	348,0	318,0	297,5	278,5	259,0	247,0						
	Leistungsausgaben	Mean		1359,10	606,66	661,04	655,78	648,15	697,84	675,47	747,23	718,68	701,21	632,60					
		CI Mean		[1268,43; 1449,78]	[541,39; 671,93]	[557,99; 764,09]	[562,64; 748,93]	[475,87; 820,44]	[551,37; 844,31]	[573,37; 777,57]	[581,17; 913,30]	[577,02; 860,34]	[525,37; 877,04]	[520,72; 744,48]					
	SD		2530,36	739,05	1112,82	966,33	1717,99	1394,08	928,94	1461,39	1206,14	1443,79	897,11						
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	463	437	405	389	378	365	345							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		491,5	463,0	422,0	386,0	349,5	322,0	304,5	286,5	269,0							
	Leistungsausgaben	Mean		1405,50	670,74	662,56	633,09	764,31	859,38	738,68	629,42	700,64	631,61						
		CI Mean		[1302,08; 1508,92]	[547,21; 794,27]	[572,63; 752,50]	[519,65; 746,53]	[619,32; 909,29]	[615,42; 1103,35]	[581,32; 896,03]	[552,44; 706,40]	[524,95; 876,33]	[519,05; 744,17]						
	SD		2793,23	1397,28	987,35	1188,99	1453,34	2326,98	1440,65	685,35	1517,20	941,87							

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Arzneimittel in Euro (Stichprobe)	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	494	480	431	401	378	365	348						
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		498,5	469,5	435,5	385,0	342,5	311,5	291,0	271,0						
	Leistungsausgaben	Mean	1320,06	494,62	477,47	749,65	691,21	578,33	725,66	740,34	729,60						
		CI Mean	[1176,82; 1463,31]	[424,80; 564,45]	[383,27; 571,66]	[553,02; 946,28]	[481,69; 900,72]	[457,54; 699,12]	[510,81; 940,51]	[502,83; 977,85]	[457,32; 1001,87]						
	SD	3658,64	795,42	1041,29	2093,62	2097,43	1140,55	1934,70	2067,14	2286,83							
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	435	408	388	380	357							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		489,0	445,0	388,0	352,0	322,0	300,0	280,0							
	Leistungsausgaben	Mean	1421,12	682,47	772,21	622,87	762,85	756,50	663,87	665,53							
		CI Mean	[1194,84; 1647,40]	[411,40; 953,54]	[439,97; 1104,46]	[485,29; 760,46]	[421,54; 1104,17]	[386,15; 1126,86]	[542,67; 785,07]	[543,81; 787,25]							
	SD	5274,07	3058,25	3575,85	1382,73	3267,19	3390,68	1071,05	1039,15								
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	446	427	404	387								
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,0	448,0	402,0	365,0	331,0	315,0								
	Leistungsausgaben	Mean	1306,23	677,05	672,66	649,83	681,47	575,57	678,14								
		CI Mean	[1209,20; 1403,26]	[567,63; 786,47]	[577,50; 767,82]	[538,77; 760,89]	[551,11; 811,83]	[497,36; 653,78]	[558,69; 797,60]								
	SD	2135,62	1238,30	1027,61	1136,11	1270,64	725,93	1081,66									
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	470	445	420	394									
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,5	428,0	387,5	343,5	321,0									
	Leistungsausgaben	Mean	1231,54	678,73	652,04	633,35	609,39	553,01									
		CI Mean	[1125,64; 1337,44]	[569,84; 787,61]	[560,88; 743,20]	[516,33; 750,37]	[490,59; 728,18]	[459,34; 646,69]									
	SD	2078,60	1224,07	962,22	1175,29	1123,32	856,29										
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	440	400										
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,0	438,5	378,0	341,0										
	Leistungsausgaben	Mean	1388,17	690,91	667,79	706,02	714,67										
		CI Mean	[1227,14; 1549,20]	[568,23; 813,59]	[581,96; 753,61]	[543,08; 868,96]	[541,45; 887,88]										
	SD	2795,17	1389,76	916,93	1616,31	1631,98											
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl		495	474	431											
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	427,5	384,5											
	Leistungsausgaben	Mean	1174,44	657,00	601,17	571,70											
		CI Mean	[1057,20; 1291,67]	[542,61; 771,40]	[514,53; 687,82]	[493,88; 649,53]											
	SD	1704,38	1285,34	914,00	778,59												
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl		444	406												
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		432,5	388,5												
	Leistungsausgaben	Mean	1419,56	611,97	709,78												
		CI Mean	[1167,33; 1671,79]	[521,16; 702,78]	[583,67; 835,90]												
	SD	2536,49	963,57	1268,25													
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl		489													
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		475,5													
	Leistungsausgaben	Mean		702,19													
		CI Mean		[529,46; 874,92]													
	SD		1921,73														

Tabelle 5.5 gibt Auskunft über die durchschnittlichen Ausgaben je Patient für **Heilmittel**. Zu den Heilmitteln gehören verschiedene Formen der Therapie wie z.B. physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie. Patienten, die während des Berichtshalbjahres ausgeschieden sind, waren dabei entsprechend zu gewichten (siehe einführende Erläuterungen zu Berichtsteil II). Die Angaben in der Tabelle basieren auf einer Stichprobe.

Ausgewiesen werden für die auswertbaren und gewichteten Patienten das arithmetische Mittel, dessen 95%-Konfidenzintervall und die Standardabweichung. Zusätzlich zum Mittelwert für die einzelnen Halbjahre werden – bezogen auf den gesamten

Auswertungszeitraum, für den Leistungsausgaben vorliegen, jedoch ohne Beitritts halbjahr – die durchschnittlichen Kosten pro Auswertungsjahr ermittelt. Dazu werden für jede Kohorte die Ausgaben aufsummiert und durch die Summe der Auswertungsjahre der gewichteten Patienten dividiert.

In der Kohorte 2004-2 betragen im letzten Berichtshalbjahr auf Basis der Stichprobe von 160,0 Patienten (auswertbar und gewichtet) die durchschnittlichen Ausgaben je Patient 65,16 Euro. Das 95%-Konfidenzintervall umfasst dabei den Wertebereich [20,96; 109,35].

Tabelle 5.5 Patienten und zugehörige Ausgaben für Heilmittel in Euro (Stichprobe)

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Heilmittel in Euro (Stichprobe)		Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2004-2	Patienten insgesamt		Anzahl	499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176	
	Patienten auswertbar und gewichtet		Anzahl	493,5	434,5	364,5	319,5	283,0	254,5	238,0	228,5	212,5	202,0	193,5	182,5	176,5	170,0	160,0	
	Leistungs-	Ausgaben	Mean	87,43	33,95	34,10	41,13	36,09	45,28	48,87	37,70	40,63	48,73	48,37	41,95	40,71	44,93	62,43	65,16
			CI Mean	[74,09; 100,78]	[20,28; 47,62]	[21,14; 47,06]	[25,42; 56,84]	[18,53; 53,64]	[19,29; 71,27]	[22,56; 75,19]	[12,96; 62,45]	[19,46; 61,81]	[18,83; 78,64]	[17,44; 79,30]	[12,53; 71,37]	[12,14; 69,28]	[9,94; 79,92]	[24,27; 100,60]	[20,96; 109,35]
		SD	398,26	154,94	137,82	153,00	160,10	223,07	214,20	194,76	163,29	222,40	224,31	208,80	196,91	237,15	253,86	285,24	
2005-1	Patienten insgesamt		Anzahl	500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172		
	Patienten auswertbar und gewichtet		Anzahl	483,0	408,0	336,0	288,0	258,5	243,5	230,0	218,0	207,0	190,0	180,0	166,0	159,5	151,0		
	Leistungs-	Ausgaben	Mean	83,12	30,28	43,16	36,13	41,18	31,92	43,41	36,73	31,67	36,18	52,47	40,41	51,68	53,56	56,39	
			CI Mean	[70,80; 95,44]	[20,06; 40,50]	[25,25; 61,07]	[15,31; 56,95]	[17,09; 65,28]	[15,13; 48,71]	[21,18; 65,63]	[19,25; 54,20]	[14,68; 48,67]	[16,62; 55,74]	[25,78; 79,16]	[17,77; 63,06]	[22,81; 80,56]	[24,91; 82,20]	[27,20; 85,59]	
		SD	346,38	114,56	184,60	194,70	208,66	137,72	176,94	135,24	128,03	143,56	187,68	155,01	189,80	184,58	183,02		
2005-2	Patienten insgesamt		Anzahl	500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220			
	Patienten auswertbar und gewichtet		Anzahl	488,5	423,0	350,0	315,5	291,0	278,5	267,0	255,0	236,5	225,5	215,0	205,0	190,5			
	Leistungs-	Ausgaben	Mean	75,74	37,90	34,61	30,51	30,23	30,60	39,02	35,03	34,46	37,64	42,87	53,25	51,78	51,28		
			CI Mean	[65,45; 86,03]	[22,44; 53,36]	[19,26; 49,95]	[15,82; 45,19]	[15,26; 45,20]	[16,20; 45,00]	[22,12; 55,92]	[20,06; 50,00]	[17,87; 51,06]	[17,79; 57,49]	[21,90; 63,85]	[27,80; 78,71]	[31,27; 72,29]	[25,68; 76,88]		
		SD	299,43	174,32	161,02	140,16	135,64	125,34	143,89	124,79	135,22	155,77	160,71	190,42	149,80	180,29			
2006-1	Patienten insgesamt		Anzahl	500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230				
	Patienten auswertbar und gewichtet		Anzahl	485,0	423,5	362,5	326,5	305,0	292,5	274,0	254,5	235,0	214,0	201,5	191,0				
	Leistungs-	Ausgaben	Mean	56,93	27,25	29,56	27,29	28,14	28,77	29,26	28,30	21,46	27,34	37,91	34,75	20,85			
			CI Mean	[49,29; 64,56]	[18,70; 35,80]	[18,54; 40,57]	[14,24; 40,34]	[14,64; 41,63]	[15,54; 41,99]	[16,27; 42,24]	[17,37; 39,23]	[13,59; 29,34]	[16,39; 38,30]	[22,28; 53,54]	[19,24; 50,26]	[10,93; 30,78]			
		SD	216,13	96,03	115,63	126,78	124,40	117,84	113,33	92,32	64,08	85,68	116,64	112,33	69,97				
2006-2	Patienten insgesamt		Anzahl	499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286					
	Patienten auswertbar und gewichtet		Anzahl	490,5	448,0	410,5	384,5	367,0	343,5	310,0	295,0	276,5	257,5	248,5					
	Leistungs-	Ausgaben	Mean	61,59	27,19	31,35	34,24	31,81	27,46	29,44	29,45	35,64	32,66	23,23	31,03				
			CI Mean	[50,54; 72,64]	[14,01; 40,38]	[13,48; 49,23]	[15,07; 53,40]	[16,00; 47,62]	[11,05; 43,87]	[11,01; 47,87]	[10,87; 48,02]	[16,13; 55,15]	[16,39; 48,94]	[13,73; 32,73]	[18,52; 43,53]				
		SD	325,86	148,99	193,03	198,07	158,16	160,38	174,28	166,83	170,95	138,07	77,78	100,58					
2007-1	Patienten insgesamt		Anzahl	500	466	434	421	397	368	348	334	318	306						
	Patienten auswertbar und gewichtet		Anzahl	492,5	448,0	413,5	382,0	348,0	318,0	297,5	278,5	259,0	247,0						
	Leistungs-	Ausgaben	Mean	70,20	30,61	27,92	21,79	32,88	36,08	44,04	35,38	40,26	44,32	45,10					
			CI Mean	[60,29; 80,10]	[19,42; 41,80]	[16,67; 39,18]	[14,27; 29,31]	[20,85; 44,90]	[22,70; 49,45]	[22,14; 65,94]	[20,77; 49,99]	[22,83; 57,68]	[24,65; 63,98]	[25,00; 65,20]					
		SD	276,35	126,70	121,54	77,97	119,92	127,33	199,22	128,56	148,33	161,47	161,19						
2007-2	Patienten insgesamt		Anzahl	500	483	463	437	405	389	378	365	345							
	Patienten auswertbar und gewichtet		Anzahl	491,5	463,0	422,0	386,0	349,5	322,0	304,5	286,5	269,0							
	Leistungs-	Ausgaben	Mean	102,59	38,60	40,71	43,57	49,60	53,72	67,10	60,00	50,32	53,18						
			CI Mean	[83,21; 121,97]	[20,49; 56,71]	[22,09; 59,32]	[22,31; 64,83]	[27,44; 71,76]	[28,37; 79,07]	[29,52; 104,67]	[21,42; 98,58]	[22,60; 78,04]	[18,94; 87,42]						
		SD	523,45	204,82	204,33	222,84	222,13	241,78	344,02	343,47	239,39	286,50							

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Heilmittel in Euro (Stichprobe)	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	494	480	431	401	378	365	348							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		498,5	469,5	435,5	385,0	342,5	311,5	291,0	271,0							
	Leistungsausgaben	Mean	90,40	27,66	33,14	36,56	41,33	36,01	53,35	58,00	73,98							
		CI Mean	[74,26; 106,54]	[17,65; 37,66]	[21,09; 45,19]	[23,99; 49,14]	[25,35; 57,31]	[20,12; 51,90]	[31,77; 74,94]	[23,59; 92,42]	[31,34; 116,62]							
	SD	412,23	113,97	133,19	133,92	159,98	150,05	194,38	299,50	358,13								
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	435	408	388	380	357								
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		489,0	445,0	388,0	352,0	322,0	300,0	280,0								
	Leistungsausgaben	Mean	76,37	25,70	29,23	35,66	43,66	40,47	41,47	42,89								
		CI Mean	[63,71; 89,03]	[17,78; 33,62]	[18,80; 39,67]	[20,88; 50,43]	[25,06; 62,26]	[24,40; 56,55]	[24,77; 58,16]	[24,88; 60,90]								
	SD	294,99	89,36	112,32	148,50	178,06	147,15	147,52	153,77									
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	446	427	404	387									
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,0	448,0	402,0	365,0	331,0	315,0									
	Leistungsausgaben	Mean	68,41	25,74	30,53	38,98	34,85	31,81	35,11									
		CI Mean	[56,39; 80,43]	[14,35; 37,14]	[19,70; 41,36]	[25,10; 52,85]	[21,65; 48,04]	[16,20; 47,43]	[20,63; 49,59]									
	SD	264,61	128,94	116,94	141,92	128,62	144,92	131,14										
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	470	445	420	394										
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,5	428,0	387,5	343,5	321,0										
	Leistungsausgaben	Mean	80,94	38,01	37,13	41,84	40,26	43,49										
		CI Mean	[63,56; 98,32]	[26,29; 49,74]	[24,51; 49,75]	[23,40; 60,29]	[20,02; 60,50]	[24,50; 62,48]										
	SD	341,17	131,81	133,20	185,26	191,39	173,57											
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	440	400											
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,0	438,5	378,0	341,0											
	Leistungsausgaben	Mean	113,22	48,27	61,22	61,43	45,34											
		CI Mean	[87,66; 138,78]	[26,91; 69,64]	[39,19; 83,25]	[39,11; 83,75]	[23,70; 66,99]											
	SD	443,63	242,01	235,35	221,39	203,92												
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl		495	474	431												
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	427,5	384,5												
	Leistungsausgaben	Mean	101,75	44,26	49,59	52,30												
		CI Mean	[62,86; 140,63]	[24,27; 64,25]	[23,29; 75,89]	[23,43; 81,16]												
	SD	565,38	224,61	277,43	288,79													
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl		444	406													
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		432,5	388,5													
	Leistungsausgaben	Mean	86,31	31,79	43,15													
		CI Mean	[50,37; 122,25]	[18,20; 45,38]	[25,18; 61,12]													
	SD	361,44	144,19	180,72														
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl		489														
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		475,5														
	Leistungsausgaben	Mean		40,95														
		CI Mean		[22,16; 59,74]														
	SD		209,01															

Tabelle 5.6 gibt Auskunft über die durchschnittlichen Ausgaben je Patient für **Hilfsmittel**. Patienten, die während des Berichtshalbjahres ausgeschieden sind, waren dabei entsprechend zu gewichten (siehe einführende Erläuterungen zu Berichtsteil II). Die Angaben in der Tabelle basieren auf einer Stichprobe. Die Daten für die entsprechenden Leistungsausgaben stehen erst ab dem Halbjahr 2006-1 zur Verfügung.

Ausgewiesen werden für die auswertbaren und gewichteten Patienten das arithmetische Mittel, dessen 95%-Konfidenzintervall und die Standardabweichung. Zusätzlich zum Mittelwert für die einzelnen Halbjahre werden – bezogen auf den gesamten

Auswertungszeitraum, für den Leistungsausgaben vorliegen (im Fall der Hilfsmittel erst ab 2006-1), jedoch ohne Beitritts halbjahr – die durchschnittlichen Kosten pro Auswertungszeitraum ermittelt. Dazu werden für jede Kohorte die Ausgaben aufsummiert und durch die Summe der Auswertungszeitpunkte der gewichteten Patienten dividiert.

In der Kohorte 2004-2 betragen im letzten Berichtshalbjahr auf Basis der Stichprobe von 160,0 Patienten (auswertbar und gewichtet) die durchschnittlichen Ausgaben je Patient 143,07 Euro. Das 95%-Konfidenzintervall umfasst dabei den Wertebereich [82,34; 203,79].

Tabelle 5.6 Patienten und zugehörige Ausgaben für Hilfsmittel in Euro (Stichprobe)

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Hilfsmittel in Euro (Stichprobe)		Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176	
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl					319,5	283,0	254,5	238,0	228,5	212,5	202,0	193,5	182,5	176,5	170,0	160,0	
	Leistungsausgaben	Mean		171,16				64,75	60,79	77,14	68,84	81,23	92,17	78,19	107,35	98,80	91,16	109,59	143,07
		CI Mean		[149,15; 193,17]				[39,75; 89,74]	[34,40; 87,18]	[51,73; 102,55]	[34,49; 103,19]	[51,32; 111,13]	[55,91; 128,42]	[45,21; 111,18]	[41,92; 172,78]	[45,58; 152,02]	[50,34; 131,98]	[67,56; 151,62]	[82,34; 203,79]
	SD		574,76				227,96	226,48	206,85	270,38	230,64	269,63	239,18	464,37	366,83	276,69	279,60	391,90	
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172		
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl				336,0	288,0	258,5	243,5	230,0	218,0	207,0	190,0	180,0	166,0	159,5	151,0		
	Leistungsausgaben	Mean		128,79		53,33	54,52	49,00	43,29	45,27	52,12	70,35	89,45	92,88	91,86	73,16	101,95		
		CI Mean		[111,26; 146,32]		[34,44; 72,23]	[34,81; 74,23]	[28,70; 69,30]	[15,24; 71,35]	[25,78; 64,76]	[24,75; 79,50]	[43,55; 97,15]	[42,26; 136,63]	[33,64; 152,13]	[51,44; 132,27]	[44,54; 101,77]	[62,24; 141,65]		
	SD		458,45		176,69	170,65	166,52	223,39	150,78	206,25	196,73	331,84	405,54	265,69	184,37	248,94			
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220			
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl			423,0	350,0	315,5	291,0	278,5	267,0	255,0	236,5	225,5	215,0	205,0	190,5			
	Leistungsausgaben	Mean		195,93		70,48	60,51	77,06	78,57	79,74	85,84	101,28	145,71	125,31	161,95	126,15	137,06		
		CI Mean		[169,51; 222,34]		[43,30; 97,66]	[33,26; 87,76]	[46,53; 107,59]	[48,48; 108,67]	[50,27; 109,21]	[41,04; 130,63]	[54,62; 147,95]	[72,05; 219,37]	[69,57; 181,05]	[77,63; 246,27]	[64,26; 188,03]	[74,13; 200,00]		
	SD		768,55		285,24	260,11	276,69	261,92	250,94	373,45	380,20	577,94	427,06	630,80	452,04	443,21			
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230				
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	423,5	362,5	326,5	305,0	292,5	274,0	254,5	235,0	214,0	201,5	191,0				
	Leistungsausgaben	Mean		178,99	52,42	75,25	65,65	75,60	85,84	66,68	98,07	90,94	132,63	107,07	88,44	144,93			
		CI Mean		[154,01; 203,96]	[32,02; 72,83]	[48,96; 101,54]	[39,59; 91,71]	[45,77; 105,44]	[34,34; 137,33]	[34,74; 98,63]	[58,66; 137,48]	[51,98; 129,91]	[67,14; 198,12]	[54,39; 159,76]	[49,53; 127,35]	[71,72; 218,15]			
	SD		707,09	229,23	276,06	253,15	275,02	458,81	278,78	332,85	317,14	512,24	393,22	281,79	516,24				
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286					
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		490,5	448,0	410,5	384,5	367,0	343,5	310,0	295,0	276,5	257,5	248,5					
	Leistungsausgaben	Mean		143,54	36,57	48,41	67,13	40,01	52,58	73,01	72,56	105,08	89,74	102,43	105,01				
		CI Mean		[124,26; 162,82]	[20,79; 52,35]	[25,98; 70,84]	[31,98; 102,28]	[25,95; 54,07]	[32,07; 73,08]	[48,91; 97,12]	[47,40; 97,71]	[49,85; 160,31]	[58,98; 120,50]	[66,90; 137,96]	[67,31; 142,70]				
	SD		568,56	178,27	242,19	363,39	140,62	200,46	227,92	225,98	483,97	260,96	290,91	303,19					
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	466	434	421	397	368	348	334	318	306						
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,5	448,0	413,5	382,0	348,0	318,0	297,5	278,5	259,0	247,0						
	Leistungsausgaben	Mean		206,05	49,39	81,26	79,34	83,72	113,23	105,22	143,55	95,50	126,15	130,25					
		CI Mean		[176,85; 235,25]	[33,52; 65,25]	[55,87; 106,65]	[50,82; 107,86]	[32,04; 135,40]	[68,62; 157,84]	[62,20; 148,24]	[91,74; 195,36]	[55,13; 135,86]	[73,60; 178,70]	[63,46; 197,04]					
	SD		814,87	179,61	274,18	295,88	515,34	424,55	391,39	455,94	343,69	431,48	535,53						
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	463	437	405	389	378	365	345							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		491,5	463,0	422,0	386,0	349,5	322,0	304,5	286,5	269,0							
	Leistungsausgaben	Mean		157,83	64,14	65,55	78,56	106,07	82,21	77,03	67,55	67,84	86,11						
		CI Mean		[130,51; 185,14]	[21,61; 106,66]	[33,42; 97,68]	[49,79; 107,34]	[40,63; 171,51]	[42,36; 122,06]	[47,34; 106,72]	[41,56; 93,54]	[44,83; 90,86]	[55,31; 116,91]						
	SD		737,80	481,01	352,75	301,58	655,96	380,08	271,81	231,39	198,76	257,71							

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Hilfsmittel in Euro (Stichprobe)	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halb-jahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	494	480	431	401	378	365	348						
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		498,5	469,5	435,5	385,0	342,5	311,5	291,0	271,0						
	Leistungsausgaben	Mean	199,80	61,09	73,97	104,19	125,54	107,33	125,96	90,43	72,33						
		CI Mean	[164,40; 235,21]	[34,68; 87,50]	[48,71; 99,23]	[64,06; 144,32]	[50,81; 200,27]	[53,75; 160,92]	[80,43; 171,50]	[54,86; 126,00]	[46,24; 98,42]						
	SD	904,29	300,85	279,25	427,26	748,13	505,96	410,06	309,55	219,16							
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	435	408	388	380	357							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		489,0	445,0	388,0	352,0	322,0	300,0	280,0							
	Leistungsausgaben	Mean	190,37	69,53	76,32	106,73	77,52	111,34	93,66	114,43							
		CI Mean	[157,51; 223,22]	[47,03; 92,02]	[47,76; 104,88]	[54,71; 158,75]	[47,87; 107,16]	[71,63; 151,05]	[49,17; 138,15]	[69,71; 159,14]							
	SD	765,81	253,77	307,42	522,81	283,77	363,54	393,15	381,78								
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	446	427	404	387								
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,0	448,0	402,0	365,0	331,0	315,0								
	Leistungsausgaben	Mean	203,36	71,45	75,78	96,46	119,11	88,70	138,64								
		CI Mean	[165,02; 241,71]	[48,09; 94,80]	[53,38; 98,17]	[60,26; 132,65]	[67,38; 170,83]	[51,96; 125,44]	[70,85; 206,42]								
	SD	844,01	264,31	241,85	370,26	504,18	341,05	613,81									
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	470	445	420	394									
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,5	428,0	387,5	343,5	321,0									
	Leistungsausgaben	Mean	167,94	109,29	88,57	81,90	71,46	93,72									
		CI Mean	[140,36; 195,51]	[72,84; 145,73]	[63,20; 113,93]	[53,40; 110,39]	[49,61; 93,32]	[59,51; 127,93]									
	SD	541,18	409,71	267,71	286,20	206,67	312,75										
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	440	400										
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,0	438,5	378,0	341,0										
	Leistungsausgaben	Mean	243,84	96,13	145,87	123,56	89,30										
		CI Mean	[190,01; 297,67]	[54,82; 137,44]	[89,58; 202,16]	[81,80; 165,32]	[58,31; 120,29]										
	SD	934,41	467,99	601,37	414,23	291,96											
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl		495	474	431											
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	427,5	384,5											
	Leistungsausgaben	Mean	179,73	68,05	87,85	92,10											
		CI Mean	[123,41; 236,05]	[40,12; 95,99]	[52,26; 123,45]	[47,66; 136,54]											
	SD	818,81	313,89	375,49	444,57												
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl		444	406												
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		432,5	388,5												
	Leistungsausgaben	Mean	209,89	79,47	104,95												
		CI Mean	[135,94; 283,85]	[46,04; 112,89]	[67,97; 141,93]												
	SD	743,73	354,65	371,86													
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl		489													
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		475,5													
	Leistungsausgaben	Mean		90,75													
		CI Mean		[61,35; 120,14]													
	SD		327,02														

Tabelle 5.7 gibt Auskunft über die durchschnittlichen Ausgaben je Patient für eine Anschlussrehabilitation. Patienten, die während des Berichtshalbjahres ausgeschieden sind, waren dabei entsprechend zu gewichten (siehe einführende Erläuterungen zu Berichtsteil II). Die Angaben in der Tabelle basieren auf einer Stichprobe.

Ausgewiesen werden für die auswertbaren und gewichteten Patienten das arithmetische Mittel, dessen 95%-Konfidenzintervall und die Standardabweichung. Zusätzlich zum Mittelwert für die einzelnen Halbjahre werden – bezogen auf den gesamten Auswertungszeitraum, für den Leistungsausgaben vorliegen, jedoch ohne Beitrittsjahr – die durchschnittlichen Kosten pro

Auswertungsjahr ermittelt. Dazu werden für jede Kohorte die Ausgaben aufsummiert und durch die Summe der Auswertungsjahre der gewichteten Patienten dividiert.

In der Kohorte 2004-2 betragen im letzten Berichtshalbjahr auf Basis der Stichprobe von 160,0 Patienten (auswertbar und gewichtet) die durchschnittlichen Ausgaben je Patient 47,51 Euro. Das 95%-Konfidenzintervall umfasst dabei den Wertebereich [0,00; 102,37].

Tabelle 5.7 Patienten und zugehörige Ausgaben für Anschlussrehabilitation in Euro (Stichprobe)

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Anschlussrehabilitation in Euro (Stichprobe)		Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr
	Anzahl	Anzahl																
2004-2	Patienten insgesamt			499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176
	Patienten auswertbar und gewichtet			493,5	434,5	364,5	319,5	283,0	254,5	238,0	228,5	212,5	202,0	193,5	182,5	176,5	170,0	160,0
	Leistungsausgaben	Mean	73,74	45,34	13,96	19,04	43,54	40,82	58,01	0,00	9,44	52,29	10,15	0,53	133,64	58,76	88,54	47,51
		CI Mean	[43,73; 103,75]	[13,44; 77,24]	[0,00; 32,03]	[0,00; 47,27]	[0,00; 89,61]	[0,00; 84,90]	[0,00; 128,03]	[0,00; 0,00]	[0,00; 27,96]	[5,36; 99,22]	[0,00; 30,04]	[0,00; 1,57]	[0,00; 285,83]	[0,00; 121,10]	[0,00; 240,85]	[0,00; 102,37]
SD		895,36	361,56	192,19	275,01	420,13	378,34	569,92	0,00	142,78	349,06	144,24	7,39	1048,95	422,56	1013,19	354,05	
2005-1	Patienten insgesamt			500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172	
	Patienten auswertbar und gewichtet			483,0	408,0	336,0	288,0	258,5	243,5	230,0	218,0	207,0	190,0	180,0	166,0	159,5	151,0	
	Leistungsausgaben	Mean	60,56	52,33	11,26	15,42	29,37	81,60	47,37	8,91	28,31	28,21	54,55	11,67	24,82	25,17	42,31	
		CI Mean	[39,84; 81,27]	[0,00; 106,72]	[0,00; 27,01]	[0,00; 37,09]	[0,00; 63,09]	[16,63; 146,57]	[0,00; 95,60]	[0,00; 26,38]	[0,00; 68,91]	[0,00; 68,93]	[7,22; 101,89]	[0,00; 34,53]	[0,00; 59,14]	[0,00; 59,96]	[0,00; 90,18]	
SD		582,29	609,81	162,28	202,65	291,94	532,97	383,99	135,18	305,87	298,89	332,90	156,53	225,63	224,16	300,09		
2005-2	Patienten insgesamt			500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220		
	Patienten auswertbar und gewichtet			488,5	423,0	350,0	315,5	291,0	278,5	267,0	255,0	236,5	225,5	215,0	205,0	190,5		
	Leistungsausgaben	Mean	73,36	93,77	66,89	18,75	11,30	6,53	14,96	67,21	63,28	76,06	17,82	8,44	11,38	76,51		
		CI Mean	[39,87; 106,86]	[39,46; 148,08]	[0,00; 163,74]	[0,00; 39,94]	[0,00; 26,98]	[0,00; 19,32]	[0,00; 35,75]	[0,00; 120,76]	[13,67; 115,55]	[11,02; 133,11]	[0,00; 42,48]	[0,00; 24,98]	[0,00; 33,69]	[0,00; 197,70]		
SD		974,66	612,44	1016,24	202,19	142,05	111,32	176,96	446,38	425,81	447,64	188,98	123,76	162,95	853,42			
2006-1	Patienten insgesamt			500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230			
	Patienten auswertbar und gewichtet			485,0	423,5	362,5	326,5	305,0	292,5	274,0	254,5	235,0	214,0	201,5	191,0			
	Leistungsausgaben	Mean	43,33	44,79	30,38	19,80	0,00	0,00	26,48	22,86	9,53	67,02	13,86	34,75	23,70			
		CI Mean	[22,47; 64,18]	[6,36; 83,21]	[0,00; 64,57]	[0,00; 42,46]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 57,29]	[0,00; 67,66]	[0,00; 28,22]	[0,00; 149,57]	[0,00; 34,94]	[0,00; 74,49]	[0,00; 56,54]			
SD		590,59	431,72	358,96	220,11	0,00	0,00	268,88	378,40	152,08	645,66	157,30	287,82	231,59				
2006-2	Patienten insgesamt			499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286				
	Patienten auswertbar und gewichtet			490,5	448,0	410,5	384,5	367,0	343,5	310,0	295,0	276,5	257,5	248,5				
	Leistungsausgaben	Mean	78,10	49,63	11,42	38,55	13,74	58,05	90,59	11,34	49,88	106,19	8,38	8,32				
		CI Mean	[50,96; 105,23]	[19,63; 79,63]	[0,00; 27,44]	[6,83; 70,27]	[0,00; 33,06]	[6,82; 109,28]	[21,31; 159,86]	[0,00; 27,28]	[4,51; 95,26]	[16,66; 195,72]	[0,00; 24,81]	[0,00; 24,62]				
SD		800,23	338,97	173,03	327,93	193,36	500,73	655,09	143,16	397,64	759,57	134,50	131,13					
2007-1	Patienten insgesamt			500	466	434	421	397	368	348	334	318	306					
	Patienten auswertbar und gewichtet			492,5	448,0	413,5	382,0	348,0	318,0	297,5	278,5	259,0	247,0					
	Leistungsausgaben	Mean	54,94	63,86	15,24	36,08	22,53	28,74	46,39	3,23	58,29	30,33	8,17					
		CI Mean	[33,82; 76,06]	[26,48; 101,23]	[0,00; 32,00]	[3,11; 69,06]	[0,45; 44,60]	[0,00; 57,53]	[0,00; 93,67]	[0,00; 9,55]	[0,59; 115,99]	[0,00; 65,10]	[0,00; 24,19]					
SD		589,47	423,19	180,92	342,10	220,11	273,95	430,19	55,66	491,25	285,51	128,42						
2007-2	Patienten insgesamt			500	483	463	437	405	389	378	365	345						
	Patienten auswertbar und gewichtet			491,5	463,0	422,0	386,0	349,5	322,0	304,5	286,5	269,0						
	Leistungsausgaben	Mean	36,11	56,28	4,54	20,32	10,80	26,11	0,00	37,32	40,77	13,33						
		CI Mean	[19,25; 52,96]	[22,85; 89,72]	[0,00; 13,43]	[0,00; 43,99]	[0,00; 28,91]	[0,19; 52,03]	[0,00; 0,00]	[2,07; 72,57]	[0,00; 82,82]	[0,00; 39,46]						
SD		455,26	378,16	97,60	248,12	181,53	247,21	0,00	313,86	363,17	218,63							

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Anschlussrehabilitation in Euro (Stichprobe)	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halb-jahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	494	480	431	401	378	365	348							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		498,5	469,5	435,5	385,0	342,5	311,5	291,0	271,0							
	Leistungsausgaben	Mean	60,53	49,75	30,35	29,88	0,82	34,94	103,30	7,10	7,56							
		CI Mean	[29,16; 91,89]	[19,59; 79,91]	[2,67; 58,04]	[6,04; 53,71]	[0,00; 2,41]	[4,12; 65,76]	[0,00; 210,68]	[0,00; 21,03]	[0,00; 22,39]							
	SD	801,07	343,58	306,09	253,79	16,00	290,98	966,88	121,17	124,53								
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	435	408	388	380	357								
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		489,0	445,0	388,0	352,0	322,0	300,0	280,0								
	Leistungsausgaben	Mean	36,62	34,36	28,21	10,35	26,34	10,93	29,50	0,00								
		CI Mean	[17,58; 55,66]	[6,69; 62,03]	[2,82; 53,61]	[0,00; 24,69]	[0,32; 52,35]	[0,00; 32,36]	[0,00; 63,60]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]							
	SD	443,81	312,20	273,33	144,09	249,03	196,15	301,41	0,00									
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	446	427	404	387									
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,0	448,0	402,0	365,0	331,0	315,0									
	Leistungsausgaben	Mean	75,12	58,29	54,65	46,77	28,98	12,44	37,84									
		CI Mean	[42,50; 107,74]	[25,35; 91,23]	[14,84; 94,46]	[8,51; 85,03]	[0,00; 59,28]	[0,00; 29,65]	[0,00; 84,10]									
	SD	717,93	372,74	429,89	391,39	295,32	159,78	418,83										
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	470	445	420	394										
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,5	428,0	387,5	343,5	321,0										
	Leistungsausgaben	Mean	59,42	93,17	37,78	38,56	20,04	18,63										
		CI Mean	[28,84; 90,01]	[51,93; 134,41]	[0,00; 76,05]	[7,20; 69,92]	[0,00; 40,86]	[0,00; 39,67]										
	SD	600,39	463,64	404,02	314,94	196,93	192,36											
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	440	400											
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,0	438,5	378,0	341,0											
	Leistungsausgaben	Mean	158,35	105,79	109,25	99,42	18,05											
		CI Mean	[71,85; 244,84]	[56,79; 154,80]	[19,47; 199,03]	[19,89; 178,95]	[0,00; 38,72]											
	SD	1501,40	555,14	959,20	788,85	194,70												
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl		495	474	431												
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	427,5	384,5												
	Leistungsausgaben	Mean	75,74	80,85	55,24	18,56												
		CI Mean	[18,73; 132,74]	[25,41; 136,29]	[4,50; 105,97]	[0,00; 39,50]												
	SD	828,79	622,91	535,19	209,55													
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl		444	406													
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		432,5	388,5													
	Leistungsausgaben	Mean	19,46	124,42	9,73													
		CI Mean	[0,00; 46,48]	[41,26; 207,58]	[0,00; 23,24]													
	SD	271,66	882,40	135,83														
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl		489														
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		475,5														
	Leistungsausgaben	Mean		52,03														
		CI Mean		[19,86; 84,19]														
	SD		357,83															

Tabelle 5.8 gibt Auskunft über die durchschnittlichen Ausgaben je Patient für **häusliche Krankenpflege**. Patienten, die während des Berichtshalbjahres ausgeschieden sind, waren dabei entsprechend zu gewichten (siehe einführende Erläuterungen zu Berichtsteil II). Die Angaben in der Tabelle basieren auf einer Stichprobe. Die Daten zur häuslichen Krankenpflege stehen erst ab dem Halbjahr 2006-1 zur Verfügung.

Ausgewiesen werden für die auswertbaren und gewichteten Patienten das arithmetische Mittel, dessen 95%-Konfidenzintervall und die Standardabweichung. Zusätzlich zum Mittelwert für die einzelnen Halbjahre werden – bezogen auf den gesamten

Auswertungszeitraum, für den Leistungsausgaben vorliegen (im Fall der häuslichen Krankenpflege erst ab 2006-1), jedoch ohne Beitrittsjahr – die durchschnittlichen Kosten pro Auswertungsjahr ermittelt. Dazu werden für jede Kohorte die Ausgaben aufsummiert und durch die Summe der Auswertungsjahre der gewichteten Patienten dividiert.

In der Kohorte 2004-2 betragen im letzten Berichtshalbjahr auf Basis der Stichprobe von 160,0 Patienten (auswertbar und gewichtet) die durchschnittlichen Ausgaben je Patient 110,50 Euro. Das 95%-Konfidenzintervall umfasst dabei den Wertebereich [32,82; 188,19].

Tabelle 5.8 Patienten und zugehörige Ausgaben für häusliche Krankenpflege in Euro (Stichprobe)

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für häusliche Krankenpflege in Euro (Stichprobe)	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl					319,5	283,0	254,5	238,0	228,5	212,5	202,0	193,5	182,5	176,5	170,0	160,0
	Leistungsausgaben	Mean	164,27				41,39	57,65	50,95	61,51	89,73	106,79	103,64	104,40	93,07	107,41	118,45	110,50
		CI Mean	[126,67; 201,88]				[8,45; 74,34]	[10,95; 104,36]	[5,22; 96,68]	[9,88; 113,14]	[20,88; 158,57]	[28,19; 185,39]	[25,09; 182,19]	[23,78; 185,02]	[13,94; 172,19]	[19,92; 194,90]	[28,01; 208,89]	[32,82; 188,19]
	SD	982,15				300,49	400,87	372,18	406,38	530,98	584,58	569,61	572,18	545,38	593,04	601,61	501,34	
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172	
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl				336,0	288,0	258,5	243,5	230,0	218,0	207,0	190,0	180,0	166,0	159,5	151,0	
	Leistungsausgaben	Mean	178,38			50,26	57,52	59,01	74,25	109,15	106,23	100,50	119,03	125,21	108,82	93,52	134,81	
		CI Mean	[139,88; 216,87]			[11,11; 89,40]	[10,27; 104,78]	[14,83; 103,18]	[14,79; 133,70]	[37,25; 181,06]	[25,85; 186,62]	[26,53; 174,47]	[40,64; 197,43]	[36,23; 214,18]	[23,35; 194,30]	[15,59; 171,46]	[38,02; 231,61]	
	SD	1006,72			366,06	409,15	362,36	473,33	556,39	605,54	542,96	551,31	609,03	561,85	502,19	606,85		
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220		
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl			423,0	350,0	315,5	291,0	278,5	267,0	255,0	236,5	225,5	215,0	205,0	190,5		
	Leistungsausgaben	Mean	85,44		32,00	22,83	25,62	29,99	25,34	23,28	49,72	41,98	48,03	82,89	82,15	101,00		
		CI Mean	[61,98; 108,91]		[1,79; 62,21]	[0,00; 54,19]	[0,00; 59,56]	[0,00; 67,88]	[0,00; 60,25]	[0,00; 50,07]	[6,19; 93,25]	[6,70; 77,26]	[8,82; 87,25]	[23,44; 142,34]	[20,22; 144,08]	[28,01; 173,99]		
	SD	682,82		317,00	299,33	307,64	329,74	297,22	223,36	354,66	276,84	300,47	444,77	452,39	513,99			
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230			
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	423,5	362,5	326,5	305,0	292,5	274,0	254,5	235,0	214,0	201,5	191,0			
	Leistungsausgaben	Mean	83,13	21,62	20,34	28,98	23,58	22,09	30,89	33,38	65,01	66,61	78,29	76,35	62,53			
		CI Mean	[63,25; 103,02]	[3,46; 39,79]	[1,99; 38,69]	[5,16; 52,81]	[0,59; 46,56]	[0,00; 46,17]	[3,53; 58,25]	[6,14; 60,62]	[22,57; 107,45]	[25,57; 107,65]	[22,81; 133,77]	[19,52; 133,18]	[13,16; 111,91]			
	SD	563,04	204,09	192,67	231,46	211,92	214,59	238,75	230,06	345,43	320,98	414,11	411,58	348,15				
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286				
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		490,5	448,0	410,5	384,5	367,0	343,5	310,0	295,0	276,5	257,5	248,5				
	Leistungsausgaben	Mean	130,40	11,57	29,13	30,98	44,89	58,49	75,91	97,53	92,76	83,51	86,04	98,30				
		CI Mean	[102,53; 158,27]	[0,57; 22,58]	[5,78; 52,48]	[2,62; 59,33]	[14,60; 75,17]	[23,02; 93,95]	[32,57; 119,24]	[42,83; 152,23]	[32,85; 152,67]	[23,64; 143,37]	[21,80; 150,29]	[35,19; 161,41]				
	SD	821,85	124,36	252,18	293,07	302,95	346,66	409,80	491,34	525,02	507,91	525,98	507,58					
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	466	434	421	397	368	348	334	318	306					
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,5	448,0	413,5	382,0	348,0	318,0	297,5	278,5	259,0	247,0					
	Leistungsausgaben	Mean	104,94	33,86	59,30	57,87	54,44	53,21	61,62	49,93	46,00	40,69	37,87					
		CI Mean	[77,99; 131,89]	[7,69; 60,02]	[20,13; 98,46]	[19,82; 95,92]	[13,88; 95,00]	[11,51; 94,91]	[18,48; 104,77]	[12,35; 87,51]	[5,81; 86,19]	[3,61; 77,78]	[0,00; 76,64]					
	SD	752,04	296,28	422,92	394,77	404,45	396,87	392,56	330,71	342,17	304,52	310,82						
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	463	437	405	389	378	365	345						
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		491,5	463,0	422,0	386,0	349,5	322,0	304,5	286,5	269,0						
	Leistungsausgaben	Mean	276,61	145,56	154,00	197,43	252,79	160,83	80,46	77,98	65,61	39,96						
		CI Mean	[129,95; 423,28]	[0,00; 362,44]	[0,00; 365,52]	[0,00; 469,87]	[0,00; 577,54]	[10,67; 310,98]	[29,21; 131,70]	[20,17; 135,79]	[10,43; 120,78]	[0,00; 88,20]						
	SD	3961,33	2453,13	2322,08	2855,41	3255,26	1432,22	469,16	514,70	476,50	403,65							

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für häusliche Krankenpflege in Euro (Stichprobe)	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	494	480	431	401	378	365	348							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		498,5	469,5	435,5	385,0	342,5	311,5	291,0	271,0							
	Leistungsausgaben	Mean	147,09	29,78	36,40	33,85	46,70	81,11	105,95	128,77	133,71							
		CI Mean	[113,28; 180,90]	[5,33; 54,24]	[9,96; 62,84]	[8,39; 59,32]	[13,96; 79,44]	[34,67; 127,54]	[45,85; 166,05]	[57,92; 199,63]	[67,66; 199,77]							
	SD	863,54	278,58	292,27	271,17	327,77	438,46	541,16	616,70	554,79								
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	435	408	388	380	357								
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		489,0	445,0	388,0	352,0	322,0	300,0	280,0								
	Leistungsausgaben	Mean	118,38	31,11	36,67	41,97	47,17	62,48	72,66	115,74								
		CI Mean	[80,22; 156,54]	[8,29; 53,92]	[9,66; 63,67]	[11,42; 72,52]	[8,49; 85,84]	[14,69; 110,28]	[17,00; 128,31]	[28,33; 203,15]								
	SD	889,48	257,37	290,66	307,03	370,20	437,58	491,80	746,25									
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	446	427	404	387									
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,0	448,0	402,0	365,0	331,0	315,0									
	Leistungsausgaben	Mean	106,15	31,77	52,79	39,64	50,74	61,44	64,55									
		CI Mean	[69,88; 142,42]	[7,09; 56,45]	[14,39; 91,18]	[6,78; 72,49]	[10,85; 90,63]	[13,94; 108,93]	[18,38; 110,72]									
	SD	798,31	279,28	414,61	336,10	388,83	440,88	418,11										
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	470	445	420	394										
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,5	428,0	387,5	343,5	321,0										
	Leistungsausgaben	Mean	139,17	57,30	65,00	80,67	72,89	58,78										
		CI Mean	[97,31; 181,02]	[26,09; 88,51]	[28,40; 101,60]	[34,67; 126,66]	[29,66; 116,12]	[17,29; 100,28]										
	SD	821,50	350,85	386,28	461,91	408,77	379,31											
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	440	400											
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,0	438,5	378,0	341,0											
	Leistungsausgaben	Mean	317,06	111,70	181,42	145,66	143,36											
		CI Mean	[237,68; 396,44]	[64,79; 158,61]	[111,12; 251,73]	[78,96; 212,37]	[76,06; 210,65]											
	SD	1377,84	531,38	751,11	661,69	634,02												
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl		495	474	431												
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	427,5	384,5												
	Leistungsausgaben	Mean	106,52	49,27	52,83	53,74												
		CI Mean	[53,05; 160,00]	[12,09; 86,46]	[15,14; 90,53]	[15,84; 91,64]												
	SD	777,51	417,84	397,62	379,17													
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl		444	406													
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		432,5	388,5													
	Leistungsausgaben	Mean	183,43	59,97	91,71													
		CI Mean	[77,45; 289,41]	[24,60; 95,33]	[38,72; 144,70]													
	SD	1065,76	375,25	532,88														
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl		489														
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		475,5														
	Leistungsausgaben	Mean		97,65														
		CI Mean		[55,10; 140,21]														
	SD		473,45															

Tabelle 5.9 gibt Auskunft über die durchschnittlichen Ausgaben für **Krankengeld** (ohne Kinderkrankengeld) bei Patienten mit Krankengeldanspruch. Der Krankengeldanspruch wird dabei grundsätzlich jeweils zum 1.1 eines Kalenderjahres erhoben. Bei Patienten, die zu diesem Stichtag einen Krankengeldanspruch hatten, wird angenommen, dass dieser während des gesamten Vorjahres galt. Fehlten die Angaben über den Krankengeldanspruch zum Jahresersten, wurden die Angaben vom Jahresersten des vorangegangenen Jahres übernommen. Da für den vorliegenden Bericht erstmalig im März 2008 Daten geliefert wurden, wird angenommen, dass der darin übermittelte Krankengeldanspruch auch in den davor liegenden Berichtshalbjahren galt.

Die Angaben für diese Tabelle basieren jedoch nur auf einer Teilmenge der Stichprobe. Im Unterschied zu den mittleren Ausgaben in den anderen Leistungsbereichen und bei den Leistungsausgaben insgesamt werden also nicht alle Patienten der Stichprobe berücksichtigt.

Ausgewiesen werden für die auswertbaren Patienten mit Krankengeldanspruch das arithmetische Mittel, dessen 95%-Konfidenzintervall und die Standardabweichung. Zusätzlich zum Mittelwert für die einzelnen Halbjahre werden – bezogen auf den gesamten Auswertungszeitraum, für den Leistungsausgaben vorliegen, jedoch ohne Beitrittsjahr – die durchschnittlichen Kosten pro Auswertungsjahr ermittelt. Dazu werden für jede Kohorte die Ausgaben aufsummiert und durch die Summe der Auswertungsjahre der Patienten dividiert.

In der Kohorte 2004-2 betragen im letzten Berichtshalbjahr auf Basis der 9 auswertbaren Patienten mit Krankengeldanspruch in der Stichprobe die durchschnittlichen Ausgaben für Krankengeld je Anspruchsberechtigtem 0,00 Euro. Das 95%-Konfidenzintervall umfasst dabei den Wertebereich [0,00; 0,00].

Tabelle 5.9 Patienten und zugehörige Ausgaben für Krankengeld – ohne Kinderkrankengeld – bei Anspruchsberechtigten (Stichprobe)¹³

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Krankengeld – ohne Kinderkrankengeld – bei Anspruchsberechtigten (Stichprobe)*		Durchschnittskosten/Jahr	Beitrittsjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		35	33	28	25	25	24	24	21	20	17	17	13	13	9	9
	Leistungsausgaben	Mean	700,29	1738,34	1155,13	788,29	55,30	0,00	84,65	283,42	207,79	524,24	509,34	201,55	0,00	0,00	0,00	0,00
		CI Mean	[342,57; 1058,02]	[538,13; 2938,56]	[69,74; 2240,51]	[28,78; 1547,80]	[0,00; 163,68]	[0,00; 0,00]	[0,00; 250,55]	[0,00; 652,01]	[0,00; 615,05]	[0,00; 1389,17]	[0,00; 1235,86]	[0,00; 539,54]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]
	SD	3043,11	3622,74	3181,16	2050,49	276,48	0,00	414,68	921,29	952,21	1973,52	1528,33	711,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172	
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		34	31	27	24	20	20	14	13	11	11	9	9	7	7	
	Leistungsausgaben	Mean	376,99	1048,87	201,75	113,43	15,91	0,00	310,40	170,46	188,82	501,67	0,00	0,00	0,00	115,08	1598,95	
		CI Mean	[99,98; 654,00]	[254,91; 1842,82]	[0,00; 548,66]	[0,00; 335,76]	[0,00; 47,08]	[0,00; 0,00]	[0,00; 847,43]	[0,00; 504,55]	[0,00; 480,59]	[0,00; 1484,95]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 261,22]	[0,00; 4359,61]	
	SD	2013,70	2361,99	985,44	589,41	77,92	0,00	1225,35	637,79	536,73	1663,86	0,00	0,00	0,00	197,27	3726,54		
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220		
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		59	48	38	33	32	27	27	22	22	20	20	17	17		
	Leistungsausgaben	Mean	1046,29	1040,62	844,70	304,21	138,78	225,63	727,00	270,99	694,80	305,72	960,54	230,98	894,52	1004,52		
		CI Mean	[607,14; 1485,44]	[427,66; 1653,59]	[174,05; 1515,34]	[0,00; 729,82]	[0,00; 388,07]	[0,00; 465,29]	[0,00; 1558,39]	[0,00; 802,14]	[0,00; 1737,72]	[0,00; 770,94]	[0,00; 2027,71]	[0,00; 603,95]	[0,00; 2589,63]	[0,00; 2874,42]		
	SD	4026,77	2402,18	2370,58	1338,60	730,64	691,72	2204,09	1408,12	2495,78	1113,31	2434,95	851,00	3565,88	3933,57			
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230			
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		58	52	44	40	37	37	31	30	25	23	20	19			
	Leistungsausgaben	Mean	730,83	1115,16	791,99	324,93	116,18	34,47	287,29	480,75	872,57	61,81	70,47	145,60	611,94			
		CI Mean	[447,69; 1013,97]	[375,44; 1854,89]	[114,36; 1469,62]	[58,30; 591,57]	[0,00; 301,94]	[0,00; 95,79]	[7,34; 567,23]	[78,48; 883,01]	[110,26; 1634,88]	[0,00; 161,06]	[0,00; 208,60]	[0,00; 430,99]	[0,00; 1422,88]			
	SD	2733,29	2874,28	2493,08	902,37	599,40	190,29	868,78	1142,70	2130,28	253,19	337,98	651,16	1803,48				
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286				
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		70	66	60	51	49	46	45	43	42	41	39				
	Leistungsausgaben	Mean	732,91	812,12	707,03	350,78	163,97	60,88	732,06	525,80	542,91	194,33	138,78	77,97				
		CI Mean	[463,77; 1002,05]	[331,47; 1292,77]	[183,94; 1230,13]	[0,00; 723,69]	[0,00; 396,49]	[0,00; 155,77]	[62,90; 1401,21]	[0,00; 1091,53]	[81,62; 1004,21]	[0,00; 571,20]	[0,00; 309,69]	[0,00; 200,50]				
	SD	3014,71	2051,74	2168,21	1473,72	847,20	338,90	2315,52	1936,26	1543,32	1246,12	558,34	390,40					
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	466	434	421	397	368	348	334	318	306					
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		68	64	54	51	44	42	34	33	28	28					
	Leistungsausgaben	Mean	961,61	734,98	890,57	352,15	439,21	655,05	316,38	203,03	214,20	395,50	577,69					
		CI Mean	[616,90; 1306,32]	[230,53; 1239,42]	[260,40; 1520,75]	[7,21; 697,09]	[120,62; 757,81]	[136,42; 1173,68]	[0,00; 654,65]	[0,00; 549,39]	[0,00; 447,45]	[0,00; 919,00]	[0,00; 1639,38]					
	SD	3419,36	2122,33	2572,15	1293,25	1160,83	1755,21	1118,50	1030,42	683,63	1413,31	2866,30						

¹³ berechnet unter der Annahme eines Krankengeldanspruchs wie im Begleittext zu Tabelle 5.9 beschrieben.

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Krankengeld – ohne Kinderkrankengeld – bei Anspruchsberechtigten (Stichprobe)*	Anzahl	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr		
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	463	437	405	389	378	365	345								
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		71	59	56	41	40	32	32	27	23								
	Leistungsausgaben	Mean		1508,97	950,58	1385,09	1092,35	461,91	627,79	416,27	470,10	447,86	282,26							
		CI Mean		[974,93; 2043,01]	[502,14; 1399,02]	[507,99; 2262,18]	[276,04; 1908,66]	[69,75; 854,08]	[101,06; 1154,53]	[0,00; 999,03]	[0,00; 1150,13]	[0,00; 1128,53]	[0,00; 835,49]							
		SD		4797,32	1927,86	3437,29	3116,68	1281,16	1699,68	1681,93	1962,66	1804,52	1353,68							
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	494	480	431	401	378	365	348									
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		55	51	39	38	32	30	22	20									
	Leistungsausgaben	Mean		1685,52	1037,56	665,06	285,89	390,39	630,27	911,72	2055,45	2143,86								
		CI Mean		[970,01; 2401,02]	[321,38; 1753,73]	[113,89; 1216,22]	[0,00; 600,69]	[0,00; 954,25]	[0,00; 1350,83]	[33,27; 1790,17]	[138,83; 3972,07]	[0,00; 4584,76]								
		SD		5560,33	2709,85	2008,22	1003,03	1773,39	2079,65	2454,83	4586,60	5569,41								
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	435	408	388	380	357										
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		73	55	46	40	38	38	37										
	Leistungsausgaben	Mean		708,73	1141,14	573,70	206,62	136,09	365,54	299,03	493,33									
		CI Mean		[351,48; 1065,98]	[547,37; 1734,91]	[123,30; 1024,11]	[0,00; 494,10]	[0,00; 383,30]	[0,00; 869,69]	[0,00; 757,34]	[0,00; 1108,62]									
		SD		2904,93	2588,36	1704,23	994,81	797,71	1585,60	1441,42	1909,50									
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	446	427	404	387											
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		74	70	61	58	50	49											
	Leistungsausgaben	Mean		1150,98	1623,01	902,70	734,24	736,94	69,24	235,90										
		CI Mean		[691,47; 1610,48]	[1053,18; 2192,84]	[358,96; 1446,43]	[118,51; 1349,97]	[140,14; 1333,73]	[0,00; 176,73]	[0,00; 548,80]										
		SD		3978,59	2500,95	2321,05	2453,58	2318,89	387,79	1117,49										
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	470	445	420	394												
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		69	51	50	45	40												
	Leistungsausgaben	Mean		1042,80	1569,56	1240,78	192,70	379,58	174,61											
		CI Mean		[429,84; 1655,76]	[882,50; 2256,62]	[252,57; 2229,00]	[0,00; 393,00]	[0,00; 824,62]	[0,00; 436,91]											
		SD		4265,13	2911,81	3600,64	722,64	1523,18	846,38											
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	440	400													
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		76	70	59	53													
	Leistungsausgaben	Mean		1574,30	1057,59	991,11	994,78	286,63												
		CI Mean		[853,64; 2294,97]	[435,36; 1679,82]	[363,43; 1618,79]	[217,68; 1771,89]	[0,00; 579,10]												
		SD		4960,35	2767,60	2679,36	3045,44	1086,31												
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl		495	474	431														
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		85	67	64														
	Leistungsausgaben	Mean		1718,44	1548,68	965,82	747,63													
		CI Mean		[719,49; 2717,40]	[843,37; 2253,99]	[244,98; 1686,66]	[53,11; 1442,15]													
		SD		5833,44	3317,68	3010,38	2834,78													
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl		444	406															
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		77	73															
	Leistungsausgaben	Mean		1164,64	840,55	582,32														
		CI Mean		[21,97; 2307,31]	[349,74; 1331,37]	[10,98; 1153,66]														
		SD		4981,12	2197,39	2490,56														
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl		489																
	auswertbar mit Krankengeldanspruch*	Anzahl		85																
	Leistungsausgaben	Mean		804,00																
		CI Mean		[346,51; 1261,48]																
		SD		2151,92																

Tabelle 5.10 gibt Auskunft über die durchschnittlichen Ausgaben je Patient für **Dialyse-Sachkosten**. Patienten, die während des Berichtshalbjahres ausgeschieden sind, waren dabei entsprechend zu gewichten (siehe einführende Erläuterungen zu Berichtsteil II). Die Angaben in der Tabelle basieren auf einer Stichprobe.

Ausgewiesen werden für die auswertbaren und gewichteten Patienten das arithmetische Mittel, dessen 95%-Konfidenzintervall und die Standardabweichung. Zusätzlich zum Mittelwert für die einzelnen Halbjahre werden – bezogen auf den gesamten Auswertungszeitraum, für den Leistungsausgaben vorliegen, jedoch ohne Beitrittsjahr – die durchschnittlichen Kosten pro

Auswertungsjahr ermittelt. Dazu werden für jede Kohorte die Ausgaben aufsummiert und durch die Summe der Auswertungsjahre der gewichteten Patienten dividiert.

In der Kohorte 2004-2 betragen im letzten Berichtshalbjahr auf Basis der Stichprobe von 160,0 Patienten (auswertbar und gewichtet) die durchschnittlichen Ausgaben je Patient 0,00 Euro. Das 95%-Konfidenzintervall umfasst dabei den Wertebereich [0,00; 0,00].

Tabelle 5.10 Patienten und zugehörige Ausgaben für Dialyse-Sachkosten in Euro (Stichprobe)

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Dialyse-Sachkosten in Euro (Stichprobe)	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb-jahr	11. Halb-jahr	12. Halb-jahr	13. Halb-jahr	14. Halb-jahr	15. Halb-jahr	
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl	499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176	
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl	493,5	434,5	364,5	319,5	283,0	254,5	238,0	228,5	212,5	202,0	193,5	182,5	176,5	170,0	160,0	
	Leistungsausgaben	Mean	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		CI Mean	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]
	SD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl	500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172		
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl	483,0	408,0	336,0	288,0	258,5	243,5	230,0	218,0	207,0	190,0	180,0	166,0	159,5	151,0		
	Leistungsausgaben	Mean	129,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30,47	111,85	74,17	64,48	134,10	150,22	163,93	168,44	183,66	
		CI Mean	[64,58; 195,01]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 90,20]	[0,00; 266,57]	[0,00; 197,93]	[0,00; 190,86]	[0,00; 320,01]	[0,00; 357,85]	[0,00; 390,49]	[0,00; 401,18]	[0,00; 437,43]	
SD		1833,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	475,52	1197,12	932,30	927,71	1307,41	1421,27	1489,24	1499,66	1590,95		
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl	500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220			
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl	488,5	423,0	350,0	315,5	291,0	278,5	267,0	255,0	236,5	225,5	215,0	205,0	190,5			
	Leistungsausgaben	Mean	7,46	1,85	0,00	0,00	11,54	28,59	0,00	0,00	0,00	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00		
		CI Mean	[0,00; 18,41]	[0,00; 5,47]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 34,15]	[0,00; 84,63]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 2,17]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]		
SD		318,50	40,85	0,00	0,00	204,93	487,74	0,00	0,00	0,00	11,27	0,00	0,00	0,00	0,00			
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl	500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230				
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl	485,0	423,5	362,5	326,5	305,0	292,5	274,0	254,5	235,0	214,0	201,5	191,0				
	Leistungsausgaben	Mean	141,19	27,88	15,96	37,30	41,41	44,33	46,22	67,42	108,95	115,65	132,13	136,69	143,41			
		CI Mean	[72,91; 209,47]	[0,00; 82,52]	[0,00; 47,25]	[0,00; 110,40]	[0,00; 122,57]	[0,00; 131,21]	[0,00; 136,82]	[0,00; 168,88]	[0,00; 259,71]	[0,00; 275,60]	[0,00; 314,89]	[0,00; 325,77]	[0,00; 342,95]			
SD		1933,31	613,93	328,50	710,14	748,26	774,17	790,53	856,82	1227,06	1251,05	1364,04	1369,34	1407,03				
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl	499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286					
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl	490,5	448,0	410,5	384,5	367,0	343,5	310,0	295,0	276,5	257,5	248,5					
	Leistungsausgaben	Mean	65,90	14,05	30,76	33,57	35,84	37,55	40,12	1,71	13,67	49,22	48,28	42,59				
		CI Mean	[21,77; 110,03]	[0,00; 41,58]	[0,00; 91,05]	[0,00; 99,37]	[0,00; 106,08]	[0,00; 111,14]	[0,00; 118,75]	[0,00; 0,00]	[0,00; 40,46]	[0,00; 145,68]	[0,00; 142,91]	[0,00; 126,07]				
SD		1301,39	311,11	651,06	680,15	702,76	719,32	743,54	30,10	234,76	818,39	774,76	671,43					
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl	500	466	434	421	397	368	348	334	318	306						
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl	492,5	448,0	413,5	382,0	348,0	318,0	297,5	278,5	259,0	247,0						
	Leistungsausgaben	Mean	96,44	0,00	26,03	4,27	35,16	42,95	53,33	92,64	103,88	53,87	60,90					
		CI Mean	[40,46; 152,42]	[0,00; 0,00]	[0,00; 77,04]	[0,00; 12,65]	[0,00; 103,15]	[0,00; 120,83]	[0,00; 140,44]	[0,00; 220,82]	[0,00; 239,57]	[0,00; 154,26]	[0,00; 171,95]					
SD		1562,06	0,00	550,90	86,88	677,99	741,20	792,56	1128,03	1155,31	824,32	890,46						
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl	500	483	463	437	405	389	378	365	345							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl	491,5	463,0	422,0	386,0	349,5	322,0	304,5	286,5	269,0							
	Leistungsausgaben	Mean	35,93	23,72	29,76	32,65	35,70	25,78	0,00	0,00	0,00	0,00						
		CI Mean	[1,39; 70,48]	[0,00; 70,22]	[0,00; 88,10]	[0,00; 96,66]	[0,00; 105,67]	[0,00; 61,63]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]						
SD		933,07	525,95	640,42	670,82	701,42	341,95	0,00	0,00	0,00	0,00							

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben für Dialyse-Sachkosten in Euro (Stichprobe)	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	494	480	431	401	378	365	348						
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		498,5	469,5	435,5	385,0	342,5	311,5	291,0	271,0						
	Leistungsausgaben	Mean	29,62	18,77	29,35	51,07	0,00	3,19	0,00	0,00	0,00						
		CI Mean	[0,00; 60,46]	[0,00; 52,82]	[0,00; 86,88]	[0,00; 114,30]	[0,00; 0,00]	[0,00; 9,44]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]						
	SD	787,67	387,83	635,97	673,20	0,00	59,01	0,00	0,00	0,00							
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	435	408	388	380	357							
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		489,0	445,0	388,0	352,0	322,0	300,0	280,0							
	Leistungsausgaben	Mean	72,16	27,65	53,12	53,27	37,23	42,26	0,00	15,28							
		CI Mean	[16,20; 128,12]	[0,00; 81,84]	[0,00; 126,70]	[0,00; 130,64]	[0,00; 110,20]	[0,00; 125,09]	[0,00; 0,00]	[0,00; 45,24]							
	SD	1304,39	611,41	791,95	777,58	698,47	758,36	0,00	255,73								
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	446	427	404	387								
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,0	448,0	402,0	365,0	331,0	315,0								
	Leistungsausgaben	Mean	109,11	48,31	39,91	66,42	75,51	37,70	53,68								
		CI Mean	[34,72; 183,50]	[0,00; 115,82]	[0,00; 97,24]	[0,00; 158,37]	[0,00; 180,02]	[0,00; 111,60]	[0,00; 138,92]								
	SD	1637,37	764,08	619,16	940,57	1018,73	685,98	771,90									
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	470	445	420	394									
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,5	428,0	387,5	343,5	321,0									
	Leistungsausgaben	Mean	85,59	27,85	31,59	60,92	36,68	42,39									
		CI Mean	[10,19; 160,98]	[0,00; 82,43]	[0,00; 93,50]	[0,00; 146,32]	[0,00; 108,58]	[0,00; 125,48]									
	SD	1479,93	613,60	653,52	857,74	679,87	759,54										
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	440	400										
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,0	438,5	378,0	341,0										
	Leistungsausgaben	Mean	129,43	55,64	63,25	68,70	62,17										
		CI Mean	[31,72; 227,13]	[0,00; 132,68]	[0,00; 150,83]	[0,00; 148,82]	[0,00; 145,68]										
	SD	1695,98	872,70	935,63	794,77	786,84											
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl		495	474	431											
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	427,5	384,5											
	Leistungsausgaben	Mean	72,64	31,20	36,34	36,30											
		CI Mean	[0,00; 158,43]	[0,00; 87,79]	[0,00; 86,86]	[0,00; 107,45]											
	SD	1247,30	635,88	532,93	711,79												
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl		444	406												
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		432,5	388,5												
	Leistungsausgaben	Mean	0,00	0,00	0,00												
		CI Mean	[0,00;0,00]	[0,00; 0,00]	[0,00; 0,00]												
	SD	0,00	0,00	0,00													
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl		489													
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		475,5													
	Leistungsausgaben	Mean	0,00	57,60													
		CI Mean	[0,00;0,00]	[0,00; 137,36]													
	SD	0,00	887,47														

Tabelle 5.11 gibt Auskunft über die durchschnittlichen **Gesamtausgaben** je Patient für alle bislang einzeln ausgewiesenen Leistungsbereiche. Patienten, die während des Berichtshalbjahres ausgeschieden sind, waren dabei entsprechend zu gewichten (siehe einführende Erläuterungen zu Berichtsteil II). Die Angaben in der Tabelle basieren auf einer Stichprobe. Das arithmetische Mittel der Gesamtausgaben in Tabelle 5.11 entspricht nicht der Summe der durchschnittlichen Ausgaben nach Leistungsbereichen, die in den vorangegangenen Tabellen ausgewiesen wurden. Das liegt daran, dass die Durchschnittsausgaben teils für unterschiedliche Personengruppen zu ermitteln waren. In der Regel wurden die Durchschnittsausgaben für alle auswertbaren und gewichteten Patienten der Stichprobe berechnet. Davon abweichend waren in Tabelle 5.9 die durchschnittlichen Krankengeldausgaben nicht für die gesamte Stichprobe zu ermitteln, sondern nur für die Patienten mit Krankengeldanspruch laut Stichtagsregelung wie im Begleittext beschrieben.

Ausgewiesen werden für die auswertbaren und gewichteten Patienten das arithmetische Mittel, dessen 95%-Konfidenzintervall und die Standardabweichung. Diese Angaben beziehen sich – wie bei der Darstellung der einzelnen Leistungsbereiche – auf die Ausgaben im jeweiligen Berichtshalbjahr bzw. im Durchschnitt der Patientenjahre. Bei der Interpretation der Gesamtausgaben im jeweiligen Berichtshalbjahr ist zu beachten, dass die Ausgaben für Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege erst ab 2006-1 enthalten sind.

Zusätzlich wird in dieser Tabelle das arithmetische Mittel der kumulierten Leistungsausgaben im Zeitverlauf dargestellt. In diese Durchschnittsbildung wurden alle Patienten einbezogen, die im Berichtshalbjahr noch Programmteilnehmer waren („Restkohorte“). Da im Berichtshalbjahr – nicht aber in den davor liegenden Halbjahren – die Gewichtungsregeln für verstorbene oder aus anderem Grund ausgeschiedene Kohortenmitglieder zu beachten sind, sind nicht einfach die Leistungsausgaben der Restkohorte bis zum aktuellen Berichtshalbjahr aufzusummieren und durch die Anzahl der Kohortenmitglieder zu teilen. Stattdessen sind Durchschnittswerte für alle betrachteten Halbjahre zu bilden und aufzusummieren. Umfasst beispielsweise eine Kohorte im Berichtshalbjahr 8.000 Patienten ungewichtet und 7.500 Patienten gewichtet und soll das kumulierte arithmetische Mittel für das dritte Halbjahr berechnet werden, ist folgendermaßen vorzugehen: Das arithmetische Mittel des ersten und zweiten Halbjahres wird jeweils gebildet, indem die jeweilige Summe der Leistungsausgaben der 8.000 Kohortenmitglieder durch ihre ungewichtete Anzahl dividiert wird. Das arithmetische Mittel des dritten Halbjahres – des Berichtshalbjahres – wird gebildet, indem die Summe der Leistungsausgaben der Kohortenmitglieder durch ihre gewichtete Anzahl geteilt wird, also durch 7.500. In der Tabelle wird dann als kumulierter Wert die Summe dieser drei Teilwerte ausgewiesen.

In der Kohorte 2004-2 betragen im letzten Berichtshalbjahr auf Basis der Stichprobe von 160,0 Patienten (auswertbar und gewichtet) die durchschnittlichen Ausgaben je Patient 2947,15 Euro. Die bis einschließlich des letzten Berichtshalbjahres kumulierten Ausgaben lagen durchschnittlich bei 33508,32 Euro.

Tabelle 5.11 Patienten und zugehörige Ausgaben der vorstehenden Leistungsbereiche – Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege ab 2006 – insgesamt in Euro (Stichprobe)

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben der vorstehenden Leistungsbereiche - Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege ab 2006 - insgesamt in Euro (Stichprobe)		Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halb-jahr	2. Halb-jahr	3. Halb-jahr	4. Halb-jahr	5. Halb-jahr	6. Halb-jahr	7. Halb-jahr	8. Halb-jahr	9. Halb-jahr	10. Halb-jahr	11. Halb-jahr	12. Halb-jahr	13. Halb-jahr	14. Halb-jahr	15. Halb-jahr
2004-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	454	376	329	294	264	241	232	225	210	202	193	188	184	176
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,5	434,5	364,5	319,5	283,0	254,5	238,0	228,5	212,5	202,0	193,5	182,5	176,5	170,0	160,0
	Leistungsausgaben	Mean	5188,23	2428,52	2566,44	2260,88	2220,43	1942,11	2209,88	2174,98	3512,53	2758,41	2874,65	3004,01	2933,17	3148,52	2817,42	2947,15
		CI Mean	[4832,01; 5544,44]	[2107,83; 2749,21]	[2105,40; 3027,48]	[1864,00; 2657,77]	[1815,79; 2625,06]	[1557,55; 2326,68]	[1838,69; 2581,08]	[1777,47; 2572,49]	[1928,63; 5096,43]	[1927,41; 3589,42]	[2256,91; 3492,40]	[2192,64; 3815,38]	[2255,54; 3610,80]	[2375,44; 3921,60]	[2234,98; 3399,86]	[2150,49; 3743,82]
		SD	10627,64	3634,73	4903,17	3865,96	3690,12	3300,67	3021,26	3128,84	12215,62	6180,54	4479,48	5758,43	4670,55	5240,12	3874,52	5141,37
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		2428,52	4895,47	6783,81	8589,70	10541,69	12618,23	14006,49	17449,34	18807,07	20690,53	23797,56	26189,33	29223,24	31990,95	33508,32	
2005-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	429	351	300	261	247	236	226	220	203	196	186	178	172	
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		483,0	408,0	336,0	288,0	258,5	243,5	230,0	218,0	207,0	190,0	180,0	166,0	159,5	151,0	
	Leistungsausgaben	Mean	5196,66	2408,51	2223,29	2138,48	2034,60	2268,55	1816,92	2413,52	2038,30	3543,41	3366,46	3579,33	3035,05	3569,68	3687,12	
		CI Mean	[4821,96; 5571,36]	[2090,02; 2727,01]	[1830,19; 2616,40]	[1734,13; 2542,83]	[1621,78; 2447,42]	[1719,30; 2817,81]	[1370,33; 2263,50]	[1842,22; 2984,82]	[1599,16; 2477,45]	[2187,38; 4899,45]	[2568,27; 4164,64]	[2533,13; 4625,53]	[2320,92; 3749,17]	[2495,75; 4643,60]	[2695,41; 4678,82]	
		SD	10532,71	3571,21	4051,21	3781,54	3574,35	4505,59	3555,49	4420,51	3308,10	9954,08	5613,40	7161,33	4694,31	6919,86	6217,51	
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		2408,51	4542,50	6220,29	8031,99	10065,87	11525,71	13818,09	15670,27	18991,37	21992,86	24832,18	27243,02	30785,59	33899,34		
2005-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	441	367	322	296	283	277	269	256	244	241	230	220		
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		488,5	423,0	350,0	315,5	291,0	278,5	267,0	255,0	236,5	225,5	215,0	205,0	190,5		
	Leistungsausgaben	Mean	4555,84	2979,86	2311,62	2041,70	2282,77	1752,05	1972,89	2053,88	2396,02	2525,53	2855,77	2839,23	2333,39	2349,57		
		CI Mean	[4230,11; 4881,56]	[2579,38; 3380,34]	[1886,93; 2736,32]	[1624,01; 2459,39]	[1817,98; 2747,56]	[1344,06; 2160,03]	[1646,24; 2299,54]	[1656,14; 2451,62]	[1917,48; 2874,57]	[2036,22; 3014,84]	[1586,02; 4125,52]	[1899,24; 3779,21]	[1860,97; 2805,81]	[1795,32; 2903,83]		
		SD	9477,64	4516,03	4456,48	3986,88	4212,09	3550,88	2781,27	3315,90	3898,82	3839,23	9728,29	7032,06	3451,03	3903,05		
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		2979,86	5223,35	6958,73	8821,03	10391,45	11530,25	13257,81	15475,75	18273,48	20527,76	23383,17	24418,52	26784,95			
2006-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	438	376	334	313	305	296	273	263	249	236	230			
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	423,5	362,5	326,5	305,0	292,5	274,0	254,5	235,0	214,0	201,5	191,0			
	Leistungsausgaben	Mean	5111,48	2717,63	2420,58	2086,31	2088,13	1913,02	2092,77	3262,93	2921,28	3078,18	3258,79	3159,37	2712,10			
		CI Mean	[4706,08; 5516,87]	[2350,17; 3085,09]	[1964,64; 2876,53]	[1713,78; 2458,84]	[1695,39; 2480,86]	[1564,07; 2261,97]	[1625,87; 2559,67]	[2042,84; 4483,03]	[2171,07; 3671,49]	[2284,05; 3872,31]	[2326,76; 4190,83]	[2221,49; 4097,26]	[1839,11; 3585,09]			
		SD	11478,83	4128,82	4787,20	3618,77	3620,65	3109,24	4074,06	10304,20	6106,18	6211,10	6956,37	6792,55	6155,59			
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		2717,63	5101,80	6969,52	8537,46	10385,13	12122,97	15052,36	17668,75	19730,42	23090,37	25679,35	28604,32				
2006-2	Patienten insgesamt	Anzahl		499	459	420	393	383	369	338	323	310	297	286				
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		490,5	448,0	410,5	384,5	367,0	343,5	310,0	295,0	276,5	257,5	248,5				
	Leistungsausgaben	Mean	5170,18	2805,18	2467,72	2244,19	2191,56	2464,82	3175,29	2420,64	2745,13	2977,84	2666,14	2824,69				
		CI Mean	[4826,95; 5513,40]	[2354,70; 3255,66]	[2081,52; 2853,91]	[1872,26; 2616,12]	[1790,75; 2592,38]	[2039,89; 2889,75]	[2412,28; 3938,30]	[1915,78; 2925,49]	[2282,92; 3207,34]	[2266,98; 3688,71]	[2095,45; 3236,84]	[1879,00; 3770,38]				
		SD	10121,90	5090,26	4170,53	3844,72	4009,94	4153,33	7215,00	4535,13	4050,36	6030,85	4672,36	7605,99				
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		2805,18	5317,05	7280,29	8924,83	11360,36	14406,49	16591,61	17863,56	20382,33	22301,96	24520,90					
2007-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	466	434	421	397	368	348	334	318	306					
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,5	448,0	413,5	382,0	348,0	318,0	297,5	278,5	259,0	247,0					
	Leistungsausgaben	Mean	5342,56	3115,48	2539,70	2686,38	2476,15	2854,09	2789,65	2941,19	2981,28	2682,69	2089,89					
		CI Mean	[4982,09; 5703,02]	[2664,63; 3566,33]	[2131,40; 2947,99]	[2095,30; 3277,46]	[2043,41; 2908,88]	[2290,66; 3417,52]	[2236,48; 3342,81]	[2363,93; 3518,45]	[2351,07; 3611,49]	[2039,16; 3326,22]	[1630,22; 2549,56]					
		SD	10058,94	5104,79	4409,17	6132,37	4315,17	5362,59	5032,84	5079,98	5365,90	5284,03	3685,84					
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		3115,48	5585,22	7761,89	9870,10	12237,75	14634,43	16440,72	18982,13	20451,86	22067,93						

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben der vorstehenden Leistungsbereiche - Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege ab 2006 - insgesamt in Euro (Stichprobe)	Anzahl	Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halb-jahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halb-jahr	11. Halb-jahr	12. Halb-jahr	13. Halb-jahr	14. Halb-jahr	15. Halb-jahr		
2007-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	463	437	405	389	378	365	345								
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		491,5	463,0	422,0	386,0	349,5	322,0	304,5	286,5	269,0								
	Leistungsausgaben	Mean		5672,05	3403,93	2545,09	2930,50	3343,16	2745,68	2668,95	3291,53	2769,86	2333,08							
		CI Mean		[5248,47; 6095,63]	[2855,78; 3952,07]	[2094,98; 2995,20]	[2303,26; 3557,74]	[2657,20; 4029,11]	[2233,30; 3258,06]	[2203,87; 3134,02]	[2422,96; 4160,11]	[2246,28; 3293,45]	[1786,30; 2879,86]							
		SD		11440,64	6200,12	4941,42	6574,10	6875,96	4887,18	4257,89	7732,99	4521,61	4575,41							
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		3403,93	5780,22	8739,92	11763,60	14428,35	15326,01	18667,99	19693,02	21340,65									
2008-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	494	480	431	401	378	365	348									
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		498,5	469,5	435,5	385,0	342,5	311,5	291,0	271,0									
	Leistungsausgaben	Mean		5349,67	2490,87	2328,85	3010,97	2489,67	2745,75	2794,99	2624,22	2823,75								
		CI Mean		[4970,30; 5729,04]	[2135,31; 2846,44]	[1970,65; 2687,04]	[2435,40; 3586,53]	[2054,21; 2925,14]	[2279,04; 3212,46]	[2265,05; 3324,93]	[2124,35; 3124,09]	[2154,23; 3493,28]								
		SD		9689,33	4050,38	3959,91	6128,18	4359,42	4406,80	4772,01	4350,59	5623,35								
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		2490,87	4869,04	7845,72	9650,21	11506,13	13865,16	15753,17	18461,06										
2008-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	435	408	388	380	357										
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		489,0	445,0	388,0	352,0	322,0	300,0	280,0										
	Leistungsausgaben	Mean		5279,40	3308,67	2993,43	2644,20	2649,01	2543,13	2691,44	2115,20									
		CI Mean		[4818,28; 5740,52]	[2767,21; 3850,12]	[2425,27; 3561,59]	[2155,26; 3133,14]	[1961,69; 3336,33]	[1988,68; 3097,57]	[2151,21; 3231,67]	[1677,22; 2553,18]									
		SD		10747,88	6108,82	6114,98	4913,78	6579,23	5076,08	4773,98	3739,17									
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		3308,67	6197,45	8232,08	10436,87	13134,35	14077,30	15493,15											
2009-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	483	446	427	404	387											
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		492,0	448,0	402,0	365,0	331,0	315,0											
	Leistungsausgaben	Mean		5150,43	3770,71	3023,67	2656,16	2535,62	2104,88	2374,22										
		CI Mean		[4735,84; 5565,02]	[3215,99; 4325,44]	[2475,24; 3572,11]	[2248,07; 3064,26]	[2103,18; 2968,05]	[1719,98; 2489,78]	[1924,19; 2824,24]										
		SD		9125,09	6277,73	5922,55	4174,62	4215,17	3572,78	4075,08										
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		3770,71	6832,58	9140,54	11922,50	13724,76	16099,47												
2009-2	Patienten insgesamt	Anzahl		500	470	445	420	394												
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,5	428,0	387,5	343,5	321,0												
	Leistungsausgaben	Mean		5333,05	4185,99	3085,94	2722,55	2833,48	1861,00											
		CI Mean		[4834,77; 5831,32]	[3679,38; 4692,60]	[2594,46; 3577,42]	[2202,97; 3242,13]	[2244,52; 3422,44]	[1557,65; 2164,36]											
		SD		9780,15	5695,25	5187,65	5218,33	5569,19	2772,98											
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		4185,99	6922,63	9572,54	11675,81	12671,68													
2010-1	Patienten insgesamt	Anzahl		500	480	440	400													
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		493,0	438,5	378,0	341,0													
	Leistungsausgaben	Mean		7058,56	4726,86	4180,00	3705,34	2497,35												
		CI Mean		[6125,66; 7991,46]	[4023,73; 5429,99]	[3148,97; 5211,02]	[3080,27; 4330,40]	[1991,11; 3003,58]												
		SD		16193,43	7965,30	11015,34	6200,33	4769,50												
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		4726,86	8815,03	11706,90	13690,51														
2010-2	Patienten insgesamt	Anzahl		495	474	431														
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		485,0	427,5	384,5														
	Leistungsausgaben	Mean		5010,84	3864,61	2943,30	2018,57													
		CI Mean		[4361,64; 5660,04]	[3328,84; 4400,39]	[2407,54; 3479,06]	[1685,13; 2352,02]													
		SD		9438,40	6020,05	5651,73	3335,93													
Leistungsausgaben kumuliert	Mean		3864,61	6730,96	8274,60															

EZ	Patienten und zugehörige Ausgaben der vorstehenden Leistungsbereiche - Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege ab 2006 - insgesamt in Euro (Stichprobe)		Durchschnittskosten/Jahr	Beitritts-halbjahr	2. Halbjahr	3. Halbjahr	4. Halbjahr	5. Halbjahr	6. Halbjahr	7. Halbjahr	8. Halbjahr	9. Halbjahr	10. Halbjahr	11. Halbjahr	12. Halbjahr	13. Halbjahr	14. Halbjahr	15. Halbjahr	
2011-1	Patienten insgesamt	Anzahl		444	406														
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		432,5	388,5														
	Leistungsausgaben	Mean	4980,76	4710,52	2490,38														
		CI Mean	[4139,78; 5821,73]	[4025,50; 5395,55]	[2069,89; 2910,87]														
		SD	8457,13	7268,49	4228,57														
<i>Leistungsausgaben kumuliert</i>	<i>Mean</i>		<i>4710,52</i>	<i>7064,18</i>															
2011-2	Patienten insgesamt	Anzahl		489															
	Patienten auswertbar und gewichtet	Anzahl		475,5															
	Leistungsausgaben	Mean		3456,52															
		CI Mean		[2909,05; 4004,00]															
		SD		6090,93															
<i>Leistungsausgaben kumuliert</i>	<i>Mean</i>		<i>3456,52</i>																

Auswertungskapitel 6: Kosten für Verwaltung und Qualitätssicherung

In den folgenden Tabelle 6.1 werden die Kosten für Qualitätssicherung und Verwaltung des DMP-Programms pro eingeschriebenem Patienten und Kalenderjahr ausgewiesen; eine Differenzierung nach Kohorten erfolgt dabei nicht. Zu beachten ist dabei, dass alle eingeschriebenen Patienten in die Berechnung eingehen; im Gegensatz zu den bisherigen Auswertungen im ökonomischen Berichtsteil wird also nicht auf eine Stichprobe zurückgegriffen. Da die Durchschnittskosten auch von der Anzahl der Programmteilnehmer abhängen, werden zur Information zudem die Versichertenjahre im Programm ausgewiesen.

Tabelle 6.1 Durchschnittliche Kosten für Verwaltung und Qualitätssicherung pro DMP-Teilnehmer und Jahr und Versichertenjahre¹⁴

EZ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verwaltungskosten in Euro	58,96	58,34	89,49	73,40	68,43	47,84	41,58	12,84
Qualitätssicherungskosten in Euro	100,28	23,30	8,43	4,43	2,47	1,97	1,64	1,94
Gesamtkosten in Euro	159,24	81,64	97,92	77,83	70,90	49,81	43,22	14,78
<i>zur Information: Versichertenjahre im Programm</i>	<i>581,2</i>	<i>9343,9</i>	<i>15163,1</i>	<i>30631,6</i>	<i>34124,0</i>	<i>50119,0</i>	<i>47756,0</i>	<i>49914,0</i>

¹⁴ Die Kosten der Qualitätssicherung und Verwaltung ergeben sich aus den gemäß den Vorgaben des BVA gebuchten Aufwendungen und deren Verhältnis zu Versicherten in Jahren. Zu beachten ist zudem, dass fusionsbedingt die Angaben von Versicherten der (ehemaligen) See-Krankenkasse ab 2008 nicht mehr in den AOK-, sondern in den Knappschaftsberichten berücksichtigt werden.

Berichtsteil III: Auswertungen zur Lebensqualität

Ein Bestandteil der Evaluation ist die Analyse, wie sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten im Laufe der Teilnahme an Disease-Management-Programmen verändert. Die Lebensqualität wird mittels des SF-36-Fragebogens erhoben. Der SF-36 zählt zu den bekanntesten und international am häufigsten eingesetzten generischen Instrumenten, um den Gesundheitszustand zu messen. Es handelt sich um ein standardisiertes Instrument, das von Patienten selbst ausgefüllt werden kann und auf seine metrischen Eigenschaften hin mit guten Ergebnissen geprüft wurde. Der SF-36 entstand im Rahmen der Medical Outcome Study (MOS) und ist die Kurzform einer 149 Items umfassenden Fragebatterie zur Funktionsfähigkeit und Lebensqualität. Der Fragebogen umfasst insgesamt 36 Items. Erfasst werden damit 8 Dimensionen der Gesundheit mit jeweils 2-10 Items sowie die Gesundheitsveränderungen in den vergangenen 12 Monaten mittels einer Frage. Die Skalen beinhalten folgende Dimensionen des Gesundheitszustandes:

- Körperliche Funktionsfähigkeit
- Körperliche Rollenfunktion
- Körperliche Schmerzen
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
- Vitalität
- Soziale Funktionsfähigkeit
- Emotionale Rollenfunktion
- Psychisches Wohlbefinden

Die Bearbeitungszeit des SF-36 wird von den Entwicklern auf 8-15 Minuten geschätzt. Der Fragebogen kann in zwei verschiedenen Versionen eingesetzt werden. Eine davon bezieht die Fragen rückblickend auf eine Woche, die andere im Rahmen der Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme eingesetzte Version hat ein Zeitfenster von 4 zurückliegenden Wochen (vgl. Bullinger/ Kirchberger 1998)¹⁵.

Die Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden mittels des SF 36 schriftlich erhoben. Der Versand der Fragebögen erfolgt durch die jeweils zuständige Krankenkasse. Dem Fragebogen ist ein standardisiertes Anschreiben, das zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem BVA abgestimmt wurde, beigelegt.

Analog zu den ökonomischen Auswertungen basieren auch die Auswertungen zum SF-36 nicht auf den Daten aller Patienten, sondern auf einer Stichprobe. Für den SF-36 werden genau dieselben Patienten befragt, für welche auch die ökonomischen Auswertungen vorgenommen wurden. Entsprechend beträgt der Stichprobenumfang in der Regel zehn Prozent der Patientenzahl der jeweiligen Kohorte, höchstens 500 und mindestens 100 Patienten. Bei Kohorten mit weniger als 100 Patienten werden Vollerhebungen durchgeführt. Davon wird jedoch abgesehen, wenn die Kohorte weniger als zehn Patienten umfasst. Um die Anonymität zu wahren, wird in diesen Fällen auf eine Auswertung verzichtet.¹⁶

Zu beachten ist dabei, dass die Stichprobenziehung gemäß der engen zeitlichen Vorgaben des BVA unmittelbar nach Eingang der PM-Daten beim Evaluator erfolgen muss. Etwaige zeitverzögerte Aktualisierungen der PM-Datenbasis können daher – anders als im Berichtsteil I – in der Stichprobe nicht mehr berücksichtigt werden. Daher kann sich auch bei Vollerhebungen die Anzahl der ausgewiesenen Patienten im Berichtsteile I von derjenigen in den Berichtsteilen II und III unterscheiden.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird ab der Eintrittskohorte 2007-2 erhoben. Für frühere Kohorten entfällt die Befragung zur Lebensqualität. Die Erstbefragung findet nach dem Beitrittsjahr statt; Wiederholungsbefragungen erfolgen in zweijährigen Abständen. Der vorliegende Bericht enthält somit Auswertungen zum SF-36 für die Erst-, Zweitbefragung sowie Drittbefragung der Kohorte 2007-2, für die Erst- und Zweitbefragungen der Kohorten 2008-1 bis 2009-2 und der Erstbefragungen der Kohorten 2010-1 bis 2011-2.

Um die gesundheitsbezogene Lebensqualität auszuwerten und darzustellen, werden die Items des Fragebogens nach einem standardisierten Algorithmus zu Skalenwerten verdichtet, die verschiedene Dimensionen des allgemeinen Gesundheitszustandes abbilden. Durch eine Transformation der Skalenrohre Werte können alle Skalen Werte zwischen „0“ und „100“ annehmen. Der Wert „100“ stellt dabei den Bestwert dar, d.h. je höher der Wert auf einer Skala für einen Patienten ausfällt, desto besser ist sein Gesundheitszustand in dieser Dimension. Neben den acht Subskalen des SF-36 können durch die Gewichtung

von Items zwei übergeordnete Dimensionen, d.h. eine körperliche Summenskala und eine psychische Summenskala berechnet werden, in die jeweils mehrere Skalenwerte eingehen. Diese können ebenfalls Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (bester Wert) annehmen.

Die Ergebnisse zur Lebensqualität beinhalten eine differenzierte Darstellung der Zahl der versendeten Fragebögen und des Rücklaufes je Kohorte und Erhebungszeitpunkt. Darüber hinaus werden die Ergebnisse in den durch den SF-36 erfassten Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie des Items „Veränderung der Gesundheit“ je Kohorte im Zeitverlauf aufgezeigt.

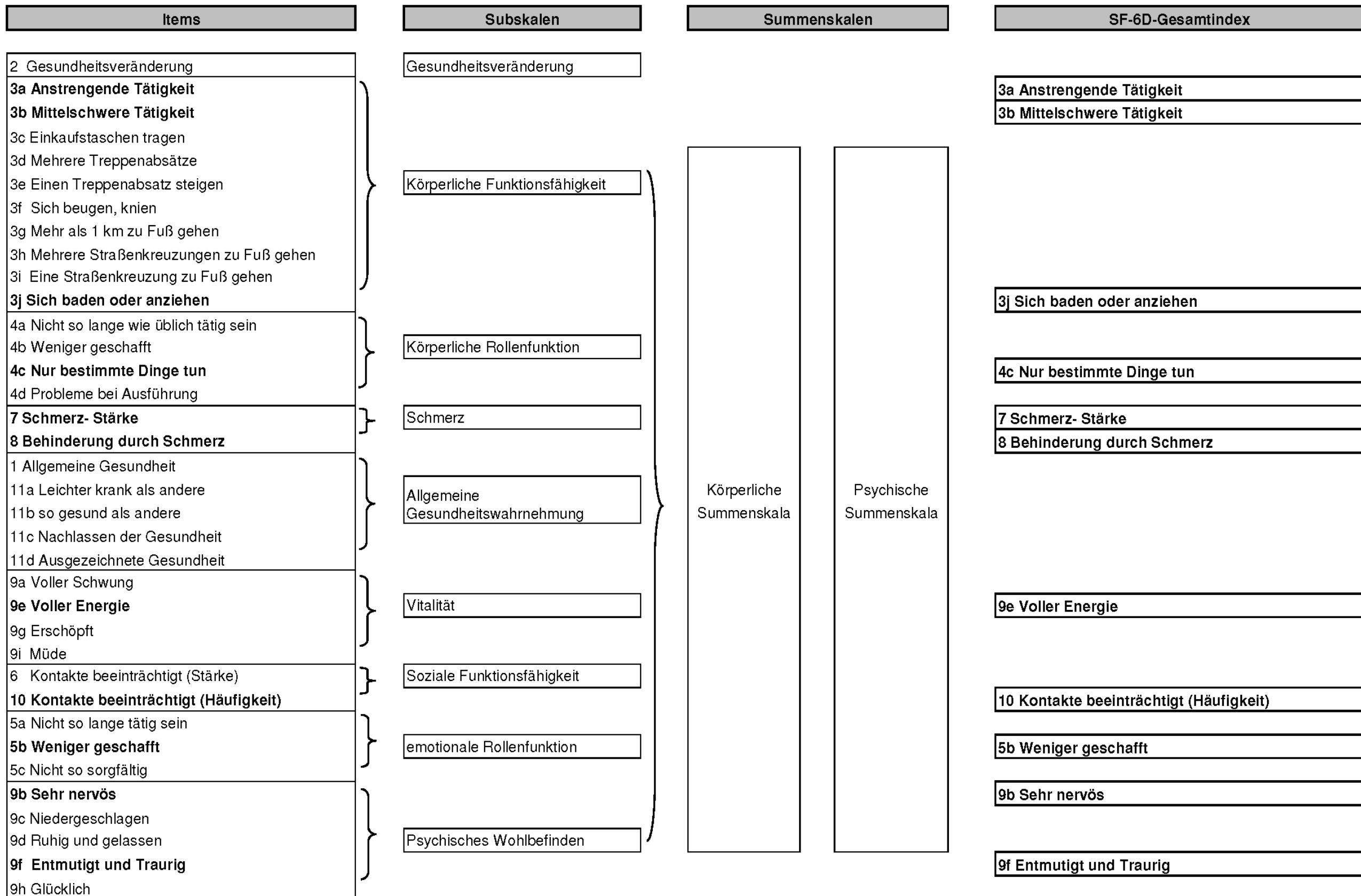
Die Lebensqualität und ihre Veränderung im Zeitverlauf werden zudem anhand eines Indexwertes, dem SF-6D (Short Form – 6 Dimensions) evaluiert. Der SF-6D ist ein krankheitsübergreifendes, standardisiertes Verfahren um die Lebensqualität in Form eines eindimensionalen Index- bzw. Nutzwertes subjektiv zu messen. Der Wertebereich reicht dabei von „0“ (schlechtester Gesundheitszustand) bis 1 (bestmöglicher Gesundheitszustand). Der SF-6D kann aus Erhebungsdaten des SF-36 anhand von 11 dazu benötigten Items mit jeweils zwei bis sechs Antwortabstufungen extrahiert werden. Der SF-6D umfasst insgesamt sechs Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Körperliche Funktionsfähigkeit, Rollenfunktion, Soziale Funktionsfähigkeit, Schmerz, Psychisches Wohlbefinden, Vitalität.

Der SF-6D wurde mit der Zielsetzung entwickelt, einen patientennahen Ergebnisindikator wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität in gesundheitsökonomischen Studien zur Effizienz- und Effektivitätsbeurteilung z.B. den Kosten einer Behandlungsmaßnahme entgegen zu setzen. Dazu ist es notwendig, die Lebensqualität, die physische, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit umfasst, zu einem einzigen Indexwert zu aggregieren.

¹⁵ Bullinger M., Kirchberger I: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand, Handanweisung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie 1998.

¹⁶ Fusionsbedingt können die Stichproben in den AOK-Berichten kleiner und in den Knappschafts-Berichten größer ausfallen als gemäß obiger Beschreibung zu erwarten wäre. Sofern die Stichprobe Versicherte der ehemaligen See-Krankenkasse enthielt, mussten diese mit der evaluationsseitigen Umsetzung der Fusion von Knappschaft und ehemaliger See-Krankenkasse aus den Auswertungen der AOK-Berichte ausgeschlossen und in die Auswertungen der Knappschaftsberichte aufgenommen werden.

Abb. III.1 Übersicht über die Bildung der Sub- bzw. Summenskalen und des SF-6D-Gesamtindex



Auswertungskapitel 7: Rücklaufstatistik

Tabelle 7.1 gibt für alle Kohorten Auskunft darüber, wie viele Patienten für die Auswertungen zur Lebensqualität zur Verfügung standen. Grundlage ist dieselbe Stichprobe aus der Gesamtzahl der Patienten wie für die Ausgabenanalysen in dem Auswertungskapitel 5. Die Anzahl der Stichprobenmitglieder kann sich im Laufe der weiteren Teilnahmehalbjahre verringern, weil Patienten wegen Tod, Ausschluss oder eigener Beendigung aus dem Programm ausscheiden.

Zur Berechnung der Durchschnittswerte für die Indikatoren der Lebensqualität ist jedoch nicht die Zahl der Patienten zu Beginn des Berichtshalbjahres relevant, sondern die Zahl der Patienten, für die in der jeweiligen Befragung die erforderlichen Angaben vorliegen. Daher werden in den folgenden Tabellen differenziertere Angaben gemacht. In der ersten Zeile wird ausgewiesen, wie viele Patienten die Stichprobe für die Befragung insgesamt umfasste (Brutto-Stichprobe). Anschließend wird dargestellt, wie groß der Stichprobenumfang nach Bereinigung um „neutrale Ausfälle“ war, also um Patienten, welche an der Befragung nicht mehr teilnehmen konnten, weil sie nach der Stichprobenziehung aus dem Programm ausgeschieden, verstorben, unbekannt verzogen oder nicht mehr Mitglied der Krankenkasse waren, die das evaluierte DMP anbietet (Netto-Stich-

probe). Anschließend wird dargestellt, wie viele Patienten den Fragebogen insgesamt zurückgesendet haben¹⁷, wie viele Patienten den Fragebogen *vollständig* ausgefüllt haben und welchem Anteil an der Brutto- bzw. Netto-Stichprobe dies jeweils entspricht.

In der Kohorte 2007-2 umfasst die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. Nach Bereinigung um neutrale Ausfälle umfasste die Netto-Stichprobe 485 Patienten. 305 von ihnen schickten den Fragebogen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 62,89 Prozent der Netto-Stichprobe. Bei der ersten wiederholten Befragung der Patienten dieser Kohorte 2007-2 lag die Rücklaufquote bei 57,22 Prozent.

¹⁷ Die an dieser Stelle ausgewiesene Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen kann – insbesondere in den von der Fusion betroffenen Halbjahren bis 2008-1 – von der entsprechenden Anzahl in den spezifischen Tabellen 7.1 und 8.1 bis 8.12 leicht abweichen. Auf die Anzahl der auswertbaren Fragebögen und damit auf die Auswertungsergebnisse zur Lebensqualität hat dies keinen Einfluss.

Tabelle 7.1 Patienten in der Stichprobe (Anzahl)

EZ	Patienten in der Stichprobe (Anzahl)		Befragung nach Beitrittsjahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2007-2	Stichprobenmitglieder (brutto)	Anzahl	500	389	293
	Stichprobenmitglieder (netto)	Anzahl	485	367	264
	zurückgesendete Fragebögen	Anzahl	305	210	142
		Anteil an Netto-SP in %	62,89	57,22	53,79
	vollständig ausgefüllte Fragebögen	Anzahl	277	191	130
		Anteil an Brutto-SP in %	55,40	49,10	44,37
		Anteil an Netto-SP in %	57,11	52,04	49,24
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>
2008-1	Stichprobenmitglieder (brutto)	Anzahl	500	394	
	Stichprobenmitglieder (netto)	Anzahl	494	394	
	zurückgesendete Fragebögen	Anzahl	318	229	
		Anteil an Netto-SP in %	64,37	58,12	
	vollständig ausgefüllte Fragebögen	Anzahl	273	205	
		Anteil an Brutto-SP in %	54,60	52,03	
		Anteil an Netto-SP in %	55,26	52,03	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>	
2008-2	Stichprobenmitglieder (brutto)	Anzahl	500	366	
	Stichprobenmitglieder (netto)	Anzahl	491	341	
	zurückgesendete Fragebögen	Anzahl	246	173	
		Anteil an Netto-SP in %	50,10	50,73	
	vollständig ausgefüllte Fragebögen	Anzahl	222	148	
		Anteil an Brutto-SP in %	44,40	40,44	
		Anteil an Netto-SP in %	45,21	43,40	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>	
2009-1	Stichprobenmitglieder (brutto)	Anzahl	500	386	
	Stichprobenmitglieder (netto)	Anzahl	492	362	
	zurückgesendete Fragebögen	Anzahl	247	203	
		Anteil an Netto-SP in %	50,20	56,08	
	vollständig ausgefüllte Fragebögen	Anzahl	220	170	
		Anteil an Brutto-SP in %	44,00	44,04	
		Anteil an Netto-SP in %	44,72	46,96	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>	

EZ	Patienten in der Stichprobe (Anzahl)		Befragung nach Beitrittsjahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-2	Stichprobenmitglieder (brutto)	Anzahl	500	367	
	Stichprobenmitglieder (netto)	Anzahl	466	337	
	zurückgesendete Fragebögen	Anzahl	232	172	
		Anteil an Brutto-SP in %	46,40	46,87	
		Anteil an Netto-SP in %	49,79	51,04	
	vollständig ausgefüllte Fragebögen	Anzahl	212	155	
		Anteil an Brutto-SP in %	42,40	42,23	
		Anteil an Netto-SP in %	45,49	45,99	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>	
	2010-1	Stichprobenmitglieder (brutto)	Anzahl	500	
Stichprobenmitglieder (netto)		Anzahl	455		
zurückgesendete Fragebögen		Anzahl	222		
		Anteil an Brutto-SP in %	44,40		
		Anteil an Netto-SP in %	48,79		
vollständig ausgefüllte Fragebögen		Anzahl	190		
		Anteil an Brutto-SP in %	38,00		
		Anteil an Netto-SP in %	41,76		
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>		
2010-2		Stichprobenmitglieder (brutto)	Anzahl	495	
	Stichprobenmitglieder (netto)	Anzahl	473		
	zurückgesendete Fragebögen	Anzahl	284		
		Anteil an Brutto-SP in %	57,37		
		Anteil an Netto-SP in %	60,04		
	vollständig ausgefüllte Fragebögen	Anzahl	259		
		Anteil an Brutto-SP in %	52,32		
		Anteil an Netto-SP in %	54,76		
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>		
	2011-1	Stichprobenmitglieder (brutto)	Anzahl	444	
Stichprobenmitglieder (netto)		Anzahl	417		
zurückgesendete Fragebögen		Anzahl	202		
		Anteil an Brutto-SP in %	45,50		
		Anteil an Netto-SP in %	48,44		
vollständig ausgefüllte Fragebögen		Anzahl	172		
		Anteil an Brutto-SP in %	38,74		
		Anteil an Netto-SP in %	41,25		
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>		
2011-2		Stichprobenmitglieder (brutto)	Anzahl	489	
	Stichprobenmitglieder (netto)	Anzahl	488		
	zurückgesendete Fragebögen	Anzahl	209		
		Anteil an Brutto-SP in %	42,74		
		Anteil an Netto-SP in %	42,83		
	vollständig ausgefüllte Fragebögen	Anzahl	180		
		Anteil an Brutto-SP in %	36,81		
		Anteil an Netto-SP in %	36,89		
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>		

Auswertungskapitel 8: Auswertungen zur Lebensqualität

Tabelle 8.1 gibt Auskunft über den **Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr**. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten die vergleichende Frage zum Gesundheitszustand im vergangenen Jahr beantwortet haben. Anschließend wird für diese Personengruppe ausgewiesen, wie sich die Antworten auf einer Skala von 1 „viel besser“ bis 5 „viel schlechter“ verteilen und auf welchen Wert die Antwort im Durchschnitt fiel.¹⁸

¹⁸ Abweichungen gegenüber früheren Berichten ergeben sich - neben fusionsbedingten Effekten - durch eine Aktualisierung der Tabelle,

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 297 Patienten hatten die Frage zum Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr beantwortet. 11 Prozent von ihnen ging es zum Zeitpunkt der Befragung im Vergleich zum vergangenen Jahr viel besser, 39 Prozent etwas besser.

Bei der ersten Wiederholungsbefragung der Kohorte 2007-2 sendeten 210 Patienten den Fragebogen zurück. Die Fragen zum Gesundheitszustand im Vergleich zum Vorjahr hatten 204 von ihnen beantwortet. Viel besser als im Vergleich zum Vorjahr ging es 7 Prozent, etwas besser 14 Prozent.

Tabelle 8.1 Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	Gesundheitszustand im Vergleich zu vergangenem Jahr: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	mit Angaben zum Gesundheits- zustand im Vergleich zu Vorjahr:	Anzahl	297	204	141
		Anteil in %	97,38	97,14	99,30
		Anteil 2 in %	59,40	52,44	48,12
	(1) viel besser	Anzahl	11	7	1
	(2) etwas besser	Anzahl	39	14	10
	(3) etwa gleich	Anzahl	132	77	58
	(4) etwas schlechter	Anzahl	84	69	54
	(5) viel schlechter	Anzahl	31	37	18
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>	
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	mit Angaben zum Gesundheits- zustand im Vergleich zu Vorjahr:	Anzahl	307	219	
		Anteil in %	96,54	95,63	
		Anteil 2 in %	61,40	55,58	
	(1) viel besser	Anzahl	9	5	
	(2) etwas besser	Anzahl	35	14	
	(3) etwa gleich	Anzahl	135	103	
	(4) etwas schlechter	Anzahl	99	69	
	(5) viel schlechter	Anzahl	29	28	
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>		
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	mit Angaben zum Gesundheits- zustand im Vergleich zu Vorjahr:	Anzahl	238	167	
		Anteil in %	96,75	96,53	
		Anteil 2 in %	47,60	45,63	
	(1) viel besser	Anzahl	10	3	
	(2) etwas besser	Anzahl	33	13	
	(3) etwa gleich	Anzahl	99	68	
	(4) etwas schlechter	Anzahl	77	65	
	(5) viel schlechter	Anzahl	19	18	
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>		

EZ	Gesundheitszustand im Vergleich zu vergangenem Jahr: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Beitrittsjahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203	
		Anteil in %	49,40	52,59	
	mit Angaben zum Gesundheitszustand im Vergleich zu Vorjahr:	Anzahl	240	195	
		Anteil in %	97,17	96,06	
		Anteil 2 in %*	48,00	50,52	
	(1) viel besser	Anzahl	14	5	
	(2) etwas besser	Anzahl	28	12	
	(3) etwa gleich	Anzahl	92	88	
	(4) etwas schlechter	Anzahl	78	62	
	(5) viel schlechter	Anzahl	28	28	
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>		
2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	367	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	232	172	
		Anteil in %	46,40	46,87	
	mit Angaben zum Gesundheitszustand im Vergleich zu Vorjahr:	Anzahl	224	166	
		Anteil in %	96,55	96,51	
		Anteil 2 in %*	44,80	45,23	
	(1) viel besser	Anzahl	6	1	
	(2) etwas besser	Anzahl	36	7	
	(3) etwa gleich	Anzahl	89	81	
	(4) etwas schlechter	Anzahl	65	59	
	(5) viel schlechter	Anzahl	28	18	
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>		
2010-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500		
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222		
		Anteil in %	44,40		
	mit Angaben zum Gesundheitszustand im Vergleich zu Vorjahr:	Anzahl	213		
		Anteil in %	95,95		
		Anteil 2 in %*	42,60		
	(1) viel besser	Anzahl	12		
	(2) etwas besser	Anzahl	28		
	(3) etwa gleich	Anzahl	85		
	(4) etwas schlechter	Anzahl	55		
	(5) viel schlechter	Anzahl	33		
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>			
2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495		
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	284		
		Anteil in %	57,37		
	mit Angaben zum Gesundheitszustand im Vergleich zu Vorjahr:	Anzahl	276		
		Anteil in %	97,18		
		Anteil 2 in %*	55,76		
	(1) viel besser	Anzahl	10		
	(2) etwas besser	Anzahl	50		
	(3) etwa gleich	Anzahl	101		
	(4) etwas schlechter	Anzahl	79		
	(5) viel schlechter	Anzahl	36		
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>			
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	444		
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	202		
		Anteil in %	45,50		
	mit Angaben zum Gesundheitszustand im Vergleich zu Vorjahr:	Anzahl	195		
		Anteil in %	96,53		
		Anteil 2 in %*	43,92		
	(1) viel besser	Anzahl	9		
	(2) etwas besser	Anzahl	26		
	(3) etwa gleich	Anzahl	72		
	(4) etwas schlechter	Anzahl	54		
	(5) viel schlechter	Anzahl	34		
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>			

EZ	Gesundheitszustand im Vergleich zu vergangenem Jahr: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Beitrittsjahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	209	
			Anteil in %	42,74	
	mit Angaben zum Gesundheitszustand im Vergleich zu Vorjahr:		Anzahl	204	
			Anteil in %	97,61	
			Anteil 2 in %	41,72	
	(1) viel besser		Anzahl	12	
	(2) etwas besser		Anzahl	40	
	(3) etwa gleich		Anzahl	75	
	(4) etwas schlechter		Anzahl	53	
(5) viel schlechter		Anzahl	24		
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>		

Tabelle 8.2 gibt Auskunft über die SF-36-Skala zur **Körperlichen Funktionsfähigkeit**. Die transformierten Skalenwerte können Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (bester Wert) in dieser Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität annehmen. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung der Skala herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Skalenwert und der z-Wert.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 303 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung der Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Skalenwert bei 45,27.

210 Patienten sendeten nach der ersten Wiederholungsbefragung ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 98,57 Prozent die Fragen zur körperlichen Funktionsfähigkeit beantwortet, so dass sie für die Skala auswertbar waren. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 42,46.

Tabelle 8.2 SF-36-Skala Körperliche Funktionsfähigkeit: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	SF-36-Skala Körperliche Funktionsfähigkeit: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Beitrittsjahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	für Skala auswertbar	Anzahl	303	207	142
		Anteil in %	99,34	98,57	100,00
		Anteil 2 in %*	60,60	53,21	48,46
	transformierte Skalenwerte	Mean	45,27	42,46	42,97
		SD	27,86	28,30	27,74
		CI	[42,13; 48,41]	[38,60; 46,31]	[38,40; 47,53]
		Range: Min.	0,00	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00	100,00
		z-Wert	-1,71	-1,84	-1,82
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	für Skala auswertbar	Anzahl	315	227	
		Anteil in %	99,06	99,13	
		Anteil 2 in %*	63,00	57,61	
	transformierte Skalenwerte	Mean	47,07	44,05	
		SD	28,31	28,35	
		CI	[43,94; 50,20]	[40,37; 47,74]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,64	-1,77	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>	
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	für Skala auswertbar	Anzahl	244	169	
		Anteil in %	99,19	97,69	
		Anteil 2 in %*	48,80	46,17	
	transformierte Skalenwerte	Mean	44,03	45,10	
		SD	27,70	28,78	
		CI	[40,55; 47,50]	[40,76; 49,44]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,77	-1,72	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>	

EZ	SF-36-Skala Körperliche Funktionsfähigkeit: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203
		Anteil in %	49,40	52,59
	für Skala auswertbar	Anzahl	246	202
		Anteil in %	99,60	99,51
		Anteil 2 in %	49,20	52,33
	transformierte Skalenwerte	Mean	46,31	44,59
		SD	30,92	29,87
		CI	[42,44; 50,17]	[40,47; 48,71]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-1,67	-1,74
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>
	2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	232	172
		Anteil in %	46,40	46,87
für Skala auswertbar		Anzahl	232	171
		Anteil in %	100,00	99,42
		Anteil 2 in %	46,40	46,59
transformierte Skalenwerte		Mean	46,43	44,61
		SD	27,33	27,15
		CI	[42,91; 49,95]	[40,54; 48,68]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-1,66	-1,74
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>
2010-1		Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222	
		Anteil in %	44,40	
	für Skala auswertbar	Anzahl	222	
		Anteil in %	100,00	
		Anteil 2 in %	44,40	
	transformierte Skalenwerte	Mean	46,62	
		SD	30,32	
		CI	[42,63; 50,61]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,66	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	
	2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	284	
		Anteil in %	57,37	
für Skala auswertbar		Anzahl	279	
		Anteil in %	98,24	
		Anteil 2 in %	56,36	
transformierte Skalenwerte		Mean	47,11	
		SD	28,49	
		CI	[43,77; 50,46]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,63	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	

EZ	SF-36-Skala Körperliche Funktionsfähigkeit: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	444	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	202	
		Anteil in %	45,50	
	für Skala auswertbar	Anzahl	200	
		Anteil in %	99,01	
		Anteil 2 in %	45,05	
	transformierte Skalenwerte	Mean	45,92	
		SD	28,65	
		CI	[41,95; 49,89]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,69	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>	
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	209	
		Anteil in %	42,74	
	für Skala auswertbar	Anzahl	206	
		Anteil in %	98,56	
		Anteil 2 in %	42,13	
	transformierte Skalenwerte	Mean	45,00	
		SD	28,57	
		CI	[41,09; 48,90]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,73	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>	

Tabelle 8.3 gibt Auskunft über die SF-36-Skala zur **Körperlichen Rollenfunktion**. Die transformierten Skalenwerte können Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (bester Wert) in dieser Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität annehmen. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung der Skala herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Skalenwert und der z-Wert.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 295 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung der Skala „Körperliche Rollenfunktion“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Skalenwert bei 33,67.

210 Patienten sendeten nach der ersten Wiederholungsbefragung ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 96,67 Prozent alle Fragen zur körperlichen Rollenfunktion beantwortet und konnten daher für die Skala ausgewertet werden. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 27,91.

Tabelle 8.3 SF-36-Skala Körperliche Rollenfunktion: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	SF-36-Skala Körperliche Rollenfunktion: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Beitrittsjahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	für Skala auswertbar	Anzahl	295	203	136
		Anteil in %	96,72	96,67	95,77
		Anteil 2 in %*	59,00	52,19	46,42
	transformierte Skalenwerte	Mean	33,67	27,91	25,92
		SD	39,65	38,86	37,62
		CI	[29,15; 38,20]	[22,57; 33,26]	[19,60; 32,24]
		Range: Min.	0,00	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00	100,00
		z-Wert	-1,41	-1,58	-1,64
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	für Skala auswertbar	Anzahl	300	223	
		Anteil in %	94,34	97,38	
		Anteil 2 in %*	60,00	56,60	
	transformierte Skalenwerte	Mean	32,81	29,04	
		SD	40,14	37,38	
		CI	[28,26; 37,35]	[24,13; 33,94]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,43	-1,54	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>	
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	für Skala auswertbar	Anzahl	237	164	
		Anteil in %	96,34	94,80	
		Anteil 2 in %*	47,40	44,81	
	transformierte Skalenwerte	Mean	33,51	27,18	
		SD	41,26	38,71	
		CI	[28,26; 38,76]	[21,26; 33,11]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,41	-1,60	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>	

EZ	SF-36-Skala Körperliche Rollenfunktion: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203
		Anteil in %	49,40	52,59
	für Skala auswertbar	Anzahl	238	192
		Anteil in %	96,36	94,58
		Anteil 2 in %	47,60	49,74
	transformierte Skalenwerte	Mean	34,07	35,33
		SD	41,43	40,70
		CI	[28,81; 39,33]	[29,57; 41,09]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-1,39	-1,36
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>
2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	367
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	232	172
		Anteil in %	46,40	46,87
	für Skala auswertbar	Anzahl	226	166
		Anteil in %	97,41	96,51
		Anteil 2 in %	45,20	45,23
	transformierte Skalenwerte	Mean	32,45	32,23
		SD	39,21	39,80
		CI	[27,34; 37,56]	[26,17; 38,28]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-1,44	-1,45
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>
2010-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222	
		Anteil in %	44,40	
	für Skala auswertbar	Anzahl	211	
		Anteil in %	95,05	
		Anteil 2 in %	42,20	
	transformierte Skalenwerte	Mean	38,94	
		SD	43,07	
		CI	[33,13; 44,75]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,25	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	
2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	284	
		Anteil in %	57,37	
	für Skala auswertbar	Anzahl	272	
		Anteil in %	95,77	
		Anteil 2 in %	54,95	
	transformierte Skalenwerte	Mean	35,32	
		SD	40,72	
		CI	[30,49; 40,16]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,36	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	

EZ	SF-36-Skala Körperliche Rollenfunktion: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	444	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	202	
		Anteil in %	45,50	
	für Skala auswertbar	Anzahl	190	
		Anteil in %	94,06	
		Anteil 2 in %	42,79	
	transformierte Skalenwerte	Mean	34,43	
		SD	40,33	
		CI	[28,70; 40,16]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,38	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>	
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	209	
		Anteil in %	42,74	
	für Skala auswertbar	Anzahl	195	
		Anteil in %	93,30	
		Anteil 2 in %	39,88	
	transformierte Skalenwerte	Mean	31,92	
		SD	38,79	
		CI	[26,48; 37,37]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,46	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>	

Tabelle 8.4 gibt Auskunft über die SF-36-Skala zu **Körperlichen Schmerzen**. Die transformierten Skalenwerte können Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (besten Wert) in dieser Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität annehmen. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung der Skala herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Skalenwert und der z-Wert.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 304 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung der Skala „Körperliche Schmerzen“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Skalenwert bei 45,48.

Im Rahmen der ersten Wiederholungsbefragung sendeten 210 Patienten ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 99,52 Prozent alle Fragen zum Thema „Körperliche Schmerzen“ beantwortet und wurden so für die Auswertung der Skala berücksichtigt. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 42,00.

Tabelle 8.4 SF-36-Skala Körperliche Schmerzen: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	SF-36-Skala Körperliche Schmerzen: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	für Skala auswertbar	Anzahl	304	209	142
		Anteil in %	99,67	99,52	100,00
		Anteil 2 in %*	60,80	53,73	48,46
	transformierte Skalenwerte	Mean	45,48	42,00	41,99
		SD	27,01	28,11	27,75
		CI	[42,45; 48,52]	[38,19; 45,81]	[37,42; 46,55]
		Range: Min.	0,00	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00	100,00
		z-Wert	-1,27	-1,42	-1,42
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	für Skala auswertbar	Anzahl	317	228	
		Anteil in %	99,69	99,56	
		Anteil 2 in %*	63,40	57,87	
	transformierte Skalenwerte	Mean	47,05	44,29	
		SD	27,93	28,82	
		CI	[43,98; 50,13]	[40,54; 48,03]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,21	-1,32	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>	
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	für Skala auswertbar	Anzahl	242	169	
		Anteil in %	98,37	97,69	
		Anteil 2 in %*	48,40	46,17	
	transformierte Skalenwerte	Mean	48,64	46,59	
		SD	29,37	27,65	
		CI	[44,94; 52,34]	[42,42; 50,76]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,14	-1,23	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>	

EZ	SF-36-Skala Körperliche Schmerzen: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203
		Anteil in %	49,40	52,59
	für Skala auswertbar	Anzahl	245	202
		Anteil in %	99,19	99,51
		Anteil 2 in %	49,00	52,33
	transformierte Skalenwerte	Mean	47,36	45,49
		SD	30,27	31,37
		CI	[43,57; 51,15]	[41,16; 49,81]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-1,19	-1,27
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>
2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	367
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	232	172
		Anteil in %	46,40	46,87
	für Skala auswertbar	Anzahl	232	172
		Anteil in %	100,00	100,00
		Anteil 2 in %	46,40	46,87
	transformierte Skalenwerte	Mean	47,63	44,30
		SD	28,46	28,55
		CI	[43,97; 51,30]	[40,04; 48,57]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-1,18	-1,32
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>
2010-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222	
		Anteil in %	44,40	
	für Skala auswertbar	Anzahl	218	
		Anteil in %	98,20	
		Anteil 2 in %	43,60	
	transformierte Skalenwerte	Mean	50,13	
		SD	30,38	
		CI	[46,10; 54,17]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,08	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	
2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	284	
		Anteil in %	57,37	
	für Skala auswertbar	Anzahl	282	
		Anteil in %	99,30	
		Anteil 2 in %	56,97	
	transformierte Skalenwerte	Mean	47,03	
		SD	28,43	
		CI	[43,71; 50,35]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,21	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	

EZ	SF-36-Skala Körperliche Schmerzen: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	444	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	202	
		Anteil in %	45,50	
	für Skala auswertbar	Anzahl	199	
		Anteil in %	98,51	
		Anteil 2 in %	44,82	
	transformierte Skalenwerte	Mean	48,55	
		SD	28,27	
		CI	[44,62; 52,48]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,14	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>	
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	209	
		Anteil in %	42,74	
	für Skala auswertbar	Anzahl	206	
		Anteil in %	98,56	
		Anteil 2 in %	42,13	
	transformierte Skalenwerte	Mean	49,66	
		SD	29,20	
		CI	[45,67; 53,65]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,10	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>	

Tabelle 8.5 gibt Auskunft über die SF-36-Skala zur **Allgemeinen Gesundheitswahrnehmung**. Die transformierten Skalenwerte können Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (bester Wert) in dieser Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität annehmen. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung der Skala herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Skalenwert und der z-Wert.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 297 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung der Skala „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Skalenwert bei 41,51.

Im Rahmen der ersten Wiederholungsbefragung sendeten 210 Patienten ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 97,14 Prozent alle Fragen zur allgemeinen Gesundheitswahrnehmung beantwortet und wurden so für die Auswertung der Skala berücksichtigt. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 40,05.

Tabelle 8.5 SF-36-Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	SF-36-Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Beitrittsjahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	für Skala auswertbar	Anzahl	297	204	139
		Anteil in %	97,38	97,14	97,89
		Anteil 2 in %*	59,40	52,44	47,44
	transformierte Skalenwerte	Mean	41,51	40,05	40,25
		SD	18,87	18,21	17,68
		CI	[39,36; 43,65]	[37,55; 42,55]	[37,31; 43,19]
		Range: Min.	0,00	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	92,00	85,00
		z-Wert	-1,52	-1,59	-1,58
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	für Skala auswertbar	Anzahl	307	223	
		Anteil in %	96,54	97,38	
		Anteil 2 in %*	61,40	56,60	
	transformierte Skalenwerte	Mean	42,23	42,42	
		SD	18,64	18,55	
		CI	[40,15; 44,32]	[39,98; 44,85]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	97,00	100,00	
		z-Wert	-1,49	-1,48	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>	
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	für Skala auswertbar	Anzahl	237	163	
		Anteil in %	96,34	94,22	
		Anteil 2 in %*	47,40	44,54	
	transformierte Skalenwerte	Mean	43,09	41,85	
		SD	18,59	19,16	
		CI	[40,72; 45,46]	[38,91; 44,79]	
		Range: Min.	10,00	0,00	
		Range: Max.	97,00	97,00	
		z-Wert	-1,44	-1,51	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>	

EZ	SF-36-Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203
		Anteil in %	49,40	52,59
	für Skala auswertbar	Anzahl	239	201
		Anteil in %	96,76	99,01
		Anteil 2 in %	47,80	52,07
	transformierte Skalenwerte	Mean	44,47	45,23
		SD	19,34	20,90
		CI	[42,02; 46,92]	[42,34; 48,12]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	92,00	97,00
		z-Wert	-1,38	-1,34
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>
	2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	232	172
		Anteil in %	46,40	46,87
für Skala auswertbar		Anzahl	226	167
		Anteil in %	97,41	97,09
		Anteil 2 in %	45,20	45,50
transformierte Skalenwerte		Mean	43,05	41,36
		SD	18,37	18,73
		CI	[40,66; 45,45]	[38,52; 44,20]
		Range: Min.	10,00	0,00
		Range: Max.	100,00	92,00
		z-Wert	-1,45	-1,53
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>
2010-1		Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222	
		Anteil in %	44,40	
	für Skala auswertbar	Anzahl	211	
		Anteil in %	95,05	
		Anteil 2 in %	42,20	
	transformierte Skalenwerte	Mean	44,77	
		SD	20,29	
		CI	[42,04; 47,51]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	97,00	
		z-Wert	-1,36	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	
	2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	284	
		Anteil in %	57,37	
für Skala auswertbar		Anzahl	274	
		Anteil in %	96,48	
		Anteil 2 in %	55,35	
transformierte Skalenwerte		Mean	43,56	
		SD	20,01	
		CI	[41,19; 45,93]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	97,00	
		z-Wert	-1,42	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	

EZ	SF-36-Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	444	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	202	
		Anteil in %	45,50	
	für Skala auswertbar	Anzahl	198	
		Anteil in %	98,02	
		Anteil 2 in %	44,59	
	transformierte Skalenwerte	Mean	44,67	
		SD	20,30	
		CI	[41,84; 47,50]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,37	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>	
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	209	
		Anteil in %	42,74	
	für Skala auswertbar	Anzahl	202	
		Anteil in %	96,65	
		Anteil 2 in %	41,31	
	transformierte Skalenwerte	Mean	43,75	
		SD	22,24	
		CI	[40,68; 46,82]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	92,00	
		z-Wert	-1,41	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>	

Tabelle 8.6 gibt Auskunft über die SF-36-Skala zur **Vitalität**. Die transformierten Skalenwerte können Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (bester Wert) in dieser Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität annehmen. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung der Skala herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Skalenwert und der z-Wert.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 302 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung der Skala „Vitalität“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Skalenwert bei 40,62.

Im Rahmen der ersten Wiederholungsbefragung sendeten 210 Patienten ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 99,05 Prozent alle Fragen zum Thema „Vitalität“ beantwortet und wurden so für die Auswertung der Skala berücksichtigt. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 38,12.

Tabelle 8.6 SF-36-Skala Vitalität: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	SF-36-Skala Vitalität: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	für Skala auswertbar	Anzahl	302	208	140
		Anteil in %	99,02	99,05	98,59
		Anteil 2 in %*	60,40	53,47	47,78
	transformierte Skalenwerte	Mean	40,62	38,12	38,36
		SD	21,01	21,48	20,59
		CI	[38,25; 42,99]	[35,20; 41,04]	[34,95; 41,77]
		Range: Min.	0,00	0,00	0,00
		Range: Max.	90,00	93,33	100,00
		z-Wert	-0,98	-1,10	-1,09
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	für Skala auswertbar	Anzahl	314	226	
		Anteil in %	98,74	98,69	
		Anteil 2 in %*	62,80	57,36	
	transformierte Skalenwerte	Mean	39,32	39,45	
		SD	21,14	20,17	
		CI	[36,98; 41,66]	[36,82; 42,08]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	95,00	90,00	
		z-Wert	-1,04	-1,04	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>	
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	für Skala auswertbar	Anzahl	243	170	
		Anteil in %	98,78	98,27	
		Anteil 2 in %*	48,60	46,45	
	transformierte Skalenwerte	Mean	37,41	36,63	
		SD	21,72	21,35	
		CI	[34,68; 40,15]	[33,42; 39,84]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,13	-1,17	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>	

EZ	SF-36-Skala Vitalität: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203
		Anteil in %	49,40	52,59
	für Skala auswertbar	Anzahl	242	201
		Anteil in %	97,98	99,01
		Anteil 2 in %	48,40	52,07
	transformierte Skalenwerte	Mean	40,83	39,76
		SD	21,75	22,58
		CI	[38,09; 43,57]	[36,64; 42,88]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-0,97	-1,02
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>
	2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	232	172
		Anteil in %	46,40	46,87
für Skala auswertbar		Anzahl	231	171
		Anteil in %	99,57	99,42
		Anteil 2 in %	46,20	46,59
transformierte Skalenwerte		Mean	41,41	39,87
		SD	20,94	20,63
		CI	[38,71; 44,11]	[36,78; 42,97]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	95,00
		z-Wert	-0,94	-1,01
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>
2010-1		Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222	
		Anteil in %	44,40	
	für Skala auswertbar	Anzahl	216	
		Anteil in %	97,30	
		Anteil 2 in %	43,20	
	transformierte Skalenwerte	Mean	41,30	
		SD	21,56	
		CI	[38,43; 44,18]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	90,00	
		z-Wert	-0,95	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	
	2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	284	
		Anteil in %	57,37	
für Skala auswertbar		Anzahl	279	
		Anteil in %	98,24	
		Anteil 2 in %	56,36	
transformierte Skalenwerte		Mean	40,17	
		SD	20,74	
		CI	[37,73; 42,60]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,00	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	

EZ	SF-36-Skala Vitalität: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	444	
	mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	202	
			Anteil in %	45,50	
	für Skala auswertbar		Anzahl	197	
			Anteil in %	97,52	
			Anteil 2 in %	44,37	
	transformierte Skalenwerte		Mean	40,64	
			SD	21,30	
			CI	[37,67; 43,62]	
			Range: Min.	0,00	
			Range: Max.	100,00	
			z-Wert	-0,98	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>		
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	209	
			Anteil in %	42,74	
	für Skala auswertbar		Anzahl	205	
			Anteil in %	98,09	
			Anteil 2 in %	41,92	
	transformierte Skalenwerte		Mean	40,36	
			SD	22,14	
			CI	[37,33; 43,39]	
			Range: Min.	0,00	
			Range: Max.	95,00	
			z-Wert	-0,99	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>		

Tabelle 8.7 gibt Auskunft über die SF-36-Skala zur **Sozialen Funktionsfähigkeit**. Die transformierten Skalenwerte können Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (bester Wert) in dieser Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität annehmen. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung der Skala herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Skalenwert und der z-Wert.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 304 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung der Skala „Soziale Funktionsfähigkeit“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Skalenwert bei 63,94.

Im Rahmen der ersten Wiederholungsbefragung sendeten 210 Patienten ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 98,57 Prozent alle Fragen zur sozialen Funktionsfähigkeit beantwortet und wurden so für die Auswertung der Skala berücksichtigt. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 60,69.

Tabelle 8.7 SF-36-Skala Soziale Funktionsfähigkeit: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	SF-36-Skala Soziale Funktionsfähigkeit: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Beitrittsjahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	für Skala auswertbar	Anzahl	304	207	142
		Anteil in %	99,67	98,57	100,00
		Anteil 2 in %*	60,80	53,21	48,46
	transformierte Skalenwerte	Mean	63,94	60,69	61,00
		SD	28,89	29,61	27,35
		CI	[60,69; 67,19]	[56,66; 64,72]	[56,51; 65,50]
		Range: Min.	0,00	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00	100,00
		z-Wert	-0,88	-1,02	-1,01
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	für Skala auswertbar	Anzahl	317	228	
		Anteil in %	99,69	99,56	
		Anteil 2 in %*	63,40	57,87	
	transformierte Skalenwerte	Mean	63,76	61,51	
		SD	26,93	28,96	
		CI	[60,80; 66,73]	[57,75; 65,27]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-0,89	-0,99	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>	
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	für Skala auswertbar	Anzahl	244	170	
		Anteil in %	99,19	98,27	
		Anteil 2 in %*	48,80	46,45	
	transformierte Skalenwerte	Mean	63,22	62,35	
		SD	29,76	28,75	
		CI	[59,48; 66,95]	[58,03; 66,67]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-0,91	-0,95	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>	

EZ	SF-36-Skala Soziale Funktionsfähigkeit: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203
		Anteil in %	49,40	52,59
	für Skala auswertbar	Anzahl	246	202
		Anteil in %	99,60	99,51
		Anteil 2 in %	49,20	52,33
	transformierte Skalenwerte	Mean	62,80	62,13
		SD	28,77	28,81
		CI	[59,21; 66,40]	[58,16; 66,10]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-0,93	-0,96
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>
	2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	232	172
		Anteil in %	46,40	46,87
für Skala auswertbar		Anzahl	231	172
		Anteil in %	99,57	100,00
		Anteil 2 in %	46,20	46,87
transformierte Skalenwerte		Mean	60,39	59,30
		SD	25,70	29,10
		CI	[57,08; 63,70]	[54,95; 63,65]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-1,04	-1,09
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>
2010-1		Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222	
		Anteil in %	44,40	
	für Skala auswertbar	Anzahl	216	
		Anteil in %	97,30	
		Anteil 2 in %	43,20	
	transformierte Skalenwerte	Mean	63,95	
		SD	30,17	
		CI	[59,92; 67,97]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-0,88	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	
	2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	284	
		Anteil in %	57,37	
für Skala auswertbar		Anzahl	282	
		Anteil in %	99,30	
		Anteil 2 in %	56,97	
transformierte Skalenwerte		Mean	65,20	
		SD	27,27	
		CI	[62,02; 68,39]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-0,82	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	

EZ	SF-36-Skala Soziale Funktionsfähigkeit: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	444	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	202	
		Anteil in %	45,50	
	für Skala auswertbar	Anzahl	201	
		Anteil in %	99,50	
		Anteil 2 in %	45,27	
	transformierte Skalenwerte	Mean	64,61	
		SD	28,62	
		CI	[60,66; 68,57]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-0,85	
		<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	209	
		Anteil in %	42,74	
	für Skala auswertbar	Anzahl	209	
		Anteil in %	100,00	
		Anteil 2 in %	42,74	
	transformierte Skalenwerte	Mean	61,24	
		SD	30,56	
		CI	[57,10; 65,39]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,00	
		<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>

Tabelle 8.8 gibt Auskunft über die SF-36-Skala zur **Emotionalen Rollenfunktion**. Die transformierten Skalenwerte können Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (bester Wert) in dieser Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität annehmen. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung der Skala herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Skalenwert und der z-Wert.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 291 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung der Skala „Emotionale Rollenfunktion“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Skalenwert bei 48,40.

Im Rahmen der ersten Wiederholungsbefragung sendeten 210 Patienten ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 94,76 Prozent alle Fragen zum Thema „Emotionale Rollenfunktion“ beantwortet und wurden so für die Auswertung der Skala berücksichtigt. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 45,56.

Tabelle 8.8 SF-36-Skala Emotionale Rollenfunktion: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	SF-36-Skala Emotionale Rollenfunktion: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Beitrittsjahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	für Skala auswertbar	Anzahl	291	199	133
		Anteil in %	95,41	94,76	93,66
		Anteil 2 in %*	58,20	51,16	45,39
	transformierte Skalenwerte	Mean	48,40	45,56	36,09
		SD	46,15	46,80	44,39
		CI	[43,09; 53,70]	[39,06; 52,06]	[28,55; 43,63]
		Range: Min.	0,00	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00	100,00
		z-Wert	-1,00	-1,08	-1,37
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	für Skala auswertbar	Anzahl	294	221	
		Anteil in %	92,45	96,51	
		Anteil 2 in %*	58,80	56,09	
	transformierte Skalenwerte	Mean	45,01	42,99	
		SD	46,77	45,70	
		CI	[39,66; 50,36]	[36,96; 49,01]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,10	-1,16	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>	
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	für Skala auswertbar	Anzahl	232	158	
		Anteil in %	94,31	91,33	
		Anteil 2 in %*	46,40	43,17	
	transformierte Skalenwerte	Mean	48,28	40,72	
		SD	47,11	45,40	
		CI	[42,21; 54,34]	[33,64; 47,80]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,00	-1,23	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>	

EZ	SF-36-Skala Emotionale Rollendunktion: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203
		Anteil in %	49,40	52,59
	für Skala auswertbar	Anzahl	235	187
		Anteil in %	95,14	92,12
		Anteil 2 in %	47,00	48,45
	transformierte Skalenwerte	Mean	52,84	48,93
		SD	46,67	46,01
		CI	[46,87; 58,80]	[42,34; 55,52]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-0,86	-0,98
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>
2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	367
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	232	172
		Anteil in %	46,40	46,87
	für Skala auswertbar	Anzahl	221	163
		Anteil in %	95,26	94,77
		Anteil 2 in %	44,20	44,41
	transformierte Skalenwerte	Mean	44,95	50,72
		SD	46,72	46,01
		CI	[38,79; 51,11]	[43,65; 57,78]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-1,10	-0,93
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>
2010-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222	
		Anteil in %	44,40	
	für Skala auswertbar	Anzahl	207	
		Anteil in %	93,24	
		Anteil 2 in %	41,40	
	transformierte Skalenwerte	Mean	48,55	
		SD	47,43	
		CI	[42,09; 55,01]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-0,99	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	
2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	284	
		Anteil in %	57,37	
	für Skala auswertbar	Anzahl	273	
		Anteil in %	96,13	
		Anteil 2 in %	55,15	
	transformierte Skalenwerte	Mean	54,46	
		SD	45,88	
		CI	[49,01; 59,90]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-0,81	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	

EZ	SF-36-Skala Emotionale Rollendunktion: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	444	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	202	
		Anteil in %	45,50	
	für Skala auswertbar	Anzahl	187	
		Anteil in %	92,57	
		Anteil 2 in %	42,12	
	transformierte Skalenwerte	Mean	48,84	
		SD	46,54	
		CI	[42,17; 55,51]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-0,98	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>	
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	209	
		Anteil in %	42,74	
	für Skala auswertbar	Anzahl	193	
		Anteil in %	92,34	
		Anteil 2 in %	39,47	
	transformierte Skalenwerte	Mean	45,68	
		SD	46,07	
		CI	[39,18; 52,18]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,08	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>	

Tabelle 8.9 gibt Auskunft über die SF-36-Skala zum **psychischen Wohlbefinden**. Die transformierten Skalenwerte können Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (bester Wert) in dieser Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität annehmen. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung der Skala herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Skalenwert und der z-Wert.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 301 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung der Skala „Psychisches Wohlbefinden“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Skalenwert bei 58,62.

Im Rahmen der ersten Wiederholungsbefragung sendeten 210 Patienten ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 98,57 Prozent alle Fragen zum psychischen Wohlbefinden beantwortet und wurden so für die Auswertung der Skala berücksichtigt. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 56,74.

Tabelle 8.9 SF-36-Skala Psychisches Wohlbefinden: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	SF-36-Skala Psychisches Wohlbefinden: Stichprobenmitglieder ihre Ergebnisse	Befragung nach Beitrittsjahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	für Skala auswertbar	Anzahl	301	207	140
		Anteil in %	98,69	98,57	98,59
		Anteil 2 in %*	60,20	53,21	47,78
	transformierte Skalenwerte	Mean	58,62	56,74	55,15
		SD	22,67	23,35	20,89
		CI	[56,06; 61,18]	[53,56; 59,92]	[51,69; 58,61]
		Range: Min.	0,00	4,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00	100,00
		z-Wert	-0,90	-1,01	-1,09
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	für Skala auswertbar	Anzahl	310	225	
		Anteil in %	97,48	98,25	
		Anteil 2 in %*	62,00	57,11	
	transformierte Skalenwerte	Mean	56,67	57,39	
		SD	23,06	22,53	
		CI	[54,10; 59,23]	[54,45; 60,34]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,01	-0,97	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>	
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	für Skala auswertbar	Anzahl	242	168	
		Anteil in %	98,37	97,11	
		Anteil 2 in %*	48,40	45,90	
	transformierte Skalenwerte	Mean	56,80	55,99	
		SD	22,12	23,57	
		CI	[54,01; 59,58]	[52,42; 59,55]	
		Range: Min.	0,00	0,00	
		Range: Max.	100,00	100,00	
		z-Wert	-1,00	-1,05	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>	

EZ	SF-36-Skala Psychisches Wohlbefinden: Stichprobenmitglieder ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203
		Anteil in %	49,40	52,59
	für Skala auswertbar	Anzahl	243	200
		Anteil in %	98,38	98,52
		Anteil 2 in %	48,60	51,81
	transformierte Skalenwerte	Mean	59,33	58,06
		SD	22,54	22,66
		CI	[56,49; 62,16]	[54,92; 61,20]
		Range: Min.	0,00	0,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-0,86	-0,93
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>
	2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	232	172
		Anteil in %	46,40	46,87
für Skala auswertbar		Anzahl	231	171
		Anteil in %	99,57	99,42
		Anteil 2 in %	46,20	46,59
transformierte Skalenwerte		Mean	58,10	56,81
		SD	22,29	22,72
		CI	[55,23; 60,98]	[53,40; 60,21]
		Range: Min.	4,00	8,00
		Range: Max.	100,00	100,00
		z-Wert	-0,93	-1,00
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>
2010-1		Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222	
		Anteil in %	44,40	
	für Skala auswertbar	Anzahl	215	
		Anteil in %	96,85	
		Anteil 2 in %	43,00	
	transformierte Skalenwerte	Mean	57,18	
		SD	22,87	
		CI	[54,12; 60,24]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-0,98	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	
	2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	284	
		Anteil in %	57,37	
für Skala auswertbar		Anzahl	279	
		Anteil in %	98,24	
		Anteil 2 in %	56,36	
transformierte Skalenwerte		Mean	57,61	
		SD	22,05	
		CI	[55,03; 60,20]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-0,96	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>	

EZ	SF-36-Skala Psychisches Wohlbefinden: Stichprobenmitglieder ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	444	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	202	
		Anteil in %	45,50	
	für Skala auswertbar	Anzahl	197	
		Anteil in %	97,52	
		Anteil 2 in %	44,37	
	transformierte Skalenwerte	Mean	57,55	
		SD	21,99	
		CI	[54,48; 60,62]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-0,96	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>	
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	209	
		Anteil in %	42,74	
	für Skala auswertbar	Anzahl	206	
		Anteil in %	98,56	
		Anteil 2 in %	42,13	
	transformierte Skalenwerte	Mean	55,12	
		SD	23,68	
		CI	[51,88; 58,35]	
		Range: Min.	0,00	
		Range: Max.	100,00	
		z-Wert	-1,10	
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>	

Tabelle 8.10 gibt Auskunft über die **körperliche Summenskala** des SF-36. Die transformierten Skalenwerte können Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (bester Wert) in dieser Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität annehmen. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung der Summenskala herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Skalenwert Wert.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 284 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung der „Körperlichen Summenskala“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Skalenwert bei 33,86.

Im Rahmen der ersten Wiederholungsbefragung sendeten 210 Patienten ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 92,38 Prozent alle nötigen Fragen, die „Körperliche Summenskala“ betreffend beantwortet und wurden so für die Auswertung der Skala berücksichtigt. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 32,52.

Tabelle 8.10 Körperliche Summenskala

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	Körperliche Summenskala: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142	
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46	
	für Skala auswertbar	Anzahl	284	194	131	
		Anteil in %	93,11	92,38	92,25	
		Anteil 2 in %*	56,80	49,87	44,71	
	transformierte Skalenwerte	Mean	33,86	32,52	33,02	
		SD	10,55	10,36	9,83	
		CI	[32,63; 35,08]	[31,06; 33,97]	[31,33; 34,70]	
		Range: Min.	9,19	12,05	12,31	
		Range: Max.	62,02	58,03	55,26	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>	
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229		
		Anteil in %	63,60	58,12		
	für Skala auswertbar	Anzahl	284	213		
		Anteil in %	89,31	93,01		
		Anteil 2 in %*	56,80	54,06		
	transformierte Skalenwerte	Mean	34,75	33,46		
		SD	10,51	10,39		
		CI	[33,52; 35,97]	[32,06; 34,85]		
		Range: Min.	10,59	12,04		
		Range: Max.	63,29	60,44		
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>		
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173		
		Anteil in %	49,20	47,27		
	für Skala auswertbar	Anzahl	227	153		
		Anteil in %	92,28	88,44		
		Anteil 2 in %*	45,40	41,80		
	transformierte Skalenwerte	Mean	34,54	34,24		
		SD	10,67	10,87		
		CI	[33,15; 35,92]	[32,52; 35,96]		
		Range: Min.	11,21	11,62		
		Range: Max.	59,55	58,81		
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>		

EZ	Körperliche Summenskala: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203	
		Anteil in %	49,40	52,59	
	für Skala auswertbar	Anzahl	226	181	
		Anteil in %	91,50	89,16	
		Anteil 2 in %*	45,20	46,89	
	transformierte Skalenwerte	Mean	34,80	34,96	
		SD	11,95	11,78	
		CI	[33,24; 36,36]	[33,24; 36,67]	
		Range: Min.	9,22	12,61	
		Range: Max.	62,47	58,47	
		<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>
	2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	367
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	232	172	
		Anteil in %	46,40	46,87	
für Skala auswertbar		Anzahl	218	160	
		Anteil in %	93,97	93,02	
		Anteil 2 in %*	43,60	43,60	
transformierte Skalenwerte		Mean	34,99	33,65	
		SD	10,71	10,82	
		CI	[33,56; 36,41]	[31,97; 35,32]	
		Range: Min.	12,56	13,83	
		Range: Max.	60,65	60,11	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>	
2010-1		Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222		
		Anteil in %	44,40		
	für Skala auswertbar	Anzahl	198		
		Anteil in %	89,19		
		Anteil 2 in %*	39,60		
	transformierte Skalenwerte	Mean	35,87		
		SD	11,70		
		CI	[34,24; 37,50]		
		Range: Min.	10,14		
		Range: Max.	58,34		
	<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>		
	2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495	
mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	284		
		Anteil in %	57,37		
für Skala auswertbar		Anzahl	266		
		Anteil in %	93,66		
		Anteil 2 in %*	53,74		
transformierte Skalenwerte		Mean	34,55		
		SD	10,92		
		CI	[33,24; 35,86]		
		Range: Min.	11,09		
		Range: Max.	62,53		
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>		

EZ	Körperliche Summenskala: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	444	
	mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	202	
			Anteil in %	45,50	
	für Skala auswertbar		Anzahl	179	
			Anteil in %	88,61	
			Anteil 2 in %*	40,32	
	transformierte Skalenwerte		Mean	35,23	
			SD	11,20	
			CI	[33,59; 36,87]	
			Range: Min.	11,08	
			Range: Max.	60,61	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>		
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	209	
			Anteil in %	42,74	
	für Skala auswertbar		Anzahl	185	
			Anteil in %	88,52	
			Anteil 2 in %*	37,83	
	transformierte Skalenwerte		Mean	34,77	
			SD	11,46	
			CI	[33,12; 36,42]	
			Range: Min.	13,08	
			Range: Max.	65,13	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>		

Tabelle 8.11 gibt Auskunft über die **psychische Summenskala** des SF-36. Die transformierten Skalenwerte können Werte zwischen „0“ (schlechtester Wert) und „100“ (besten Wert) in dieser Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität annehmen. Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung der Summenskala herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Skalenwert.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 284 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung der „Psychischen Summenskala“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Skalenwert bei 43,82.

Im Rahmen der ersten Wiederholungsbefragung sendeten 210 Patienten ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 92,38 Prozent alle notwendigen Fragen für die Auswertung der „Psychische Summenskala“ beantwortet. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 43,01.

Tabelle 8.11 Psychische Summenskala

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	Psychische Summenskala: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	für Skala auswertbar	Anzahl	284	194	131
		Anteil in %	93,11	92,38	92,25
		Anteil 2 in %*	56,80	49,87	44,71
	transformierte Skalenwerte	Mean	43,82	43,01	41,60
		SD	12,49	13,03	11,70
		CI	[42,37; 45,27]	[41,18; 44,84]	[39,59; 43,60]
		Range: Min.	8,65	13,28	17,06
		Range: Max.	68,55	72,52	67,22
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>	
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	für Skala auswertbar	Anzahl	284	213	
		Anteil in %	89,31	93,01	
		Anteil 2 in %*	56,80	54,06	
	transformierte Skalenwerte	Mean	42,36	42,74	
		SD	12,69	12,47	
		CI	[40,88; 43,84]	[41,07; 44,42]	
		Range: Min.	16,66	21,10	
		Range: Max.	69,12	69,68	
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>		
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	für Skala auswertbar	Anzahl	227	153	
		Anteil in %	92,28	88,44	
		Anteil 2 in %*	45,40	41,80	
	transformierte Skalenwerte	Mean	43,23	41,16	
		SD	12,23	12,82	
		CI	[41,64; 44,82]	[39,13; 43,19]	
		Range: Min.	17,70	8,89	
		Range: Max.	66,68	63,71	
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>		

EZ	Psychische Summenskala: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	500	386
	mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	247	203
			Anteil in %	49,40	52,59
	für Skala auswertbar		Anzahl	226	181
			Anteil in %	91,50	89,16
			Anteil 2 in %*	45,20	46,89
	transformierte Skalenwerte		Mean	44,17	43,75
			SD	12,12	12,12
			CI	[42,59; 45,75]	[41,98; 45,51]
			Range: Min.	15,07	17,34
			Range: Max.	69,10	65,32
	<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>
	2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	500
mit zurückgesendetem Fragebogen			Anzahl	232	172
			Anteil in %	46,40	46,87
für Skala auswertbar			Anzahl	218	160
			Anteil in %	93,97	93,02
			Anteil 2 in %*	43,60	43,60
transformierte Skalenwerte			Mean	42,49	43,35
			SD	11,87	12,30
			CI	[40,91; 44,06]	[41,44; 45,25]
			Range: Min.	16,17	12,91
			Range: Max.	71,67	69,50
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>	
2010-1		Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	500
	mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	222	
			Anteil in %	44,40	
	für Skala auswertbar		Anzahl	198	
			Anteil in %	89,19	
			Anteil 2 in %*	39,60	
	transformierte Skalenwerte		Mean	42,88	
			SD	12,04	
			CI	[41,20; 44,56]	
			Range: Min.	13,63	
			Range: Max.	64,73	
	<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>	
	2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	495
mit zurückgesendetem Fragebogen			Anzahl	284	
			Anteil in %	57,37	
für Skala auswertbar			Anzahl	266	
			Anteil in %	93,66	
			Anteil 2 in %*	53,74	
transformierte Skalenwerte			Mean	44,11	
			SD	12,31	
			CI	[42,63; 45,59]	
			Range: Min.	15,89	
			Range: Max.	68,19	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>		

EZ	Psychische Summenskala: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	444	
	mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	202	
			Anteil in %	45,50	
	für Skala auswertbar		Anzahl	179	
			Anteil in %	88,61	
			Anteil 2 in %*	40,32	
	transformierte Skalenwerte		Mean	43,29	
			SD	12,20	
			CI	[41,50; 45,08]	
			Range: Min.	17,00	
			Range: Max.	68,97	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>		
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt		Anzahl	489	
	mit zurückgesendetem Fragebogen		Anzahl	209	
			Anteil in %	42,74	
	für Skala auswertbar		Anzahl	185	
			Anteil in %	88,52	
			Anteil 2 in %*	37,83	
	transformierte Skalenwerte		Mean	41,77	
			SD	13,02	
			CI	[39,90; 43,65]	
			Range: Min.	13,17	
			Range: Max.	64,71	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>		

Tabelle 8.12 gibt Auskunft über den **SF-6D-Gesamtindex**. Der SF-6D (Short Form – 6 Dimensions) ist ein krankheitsübergreifendes, standardisiertes Verfahren um die Lebensqualität in Form eines eindimensionalen Index- bzw. Nutzwertes subjektiv zu messen. Der Wertebereich reicht dabei von „0“ (schlechtester Gesundheitszustand) bis „1“ (bestmöglicher Gesundheitszustand). Zunächst werden Angaben darüber gemacht, wie viele Patienten Stichprobenmitglieder waren, wie viele von Ihnen den Fragebogen zurückgesendet haben und wie viele Patienten alle Fragen beantwortet haben, die zur Auswertung des SF-6D-Gesamtindex herangezogen werden. Anschließend werden für diese Personengruppe die transformierten Skalenwerte ausgewiesen – neben dem Mittelwert, der Standardabweichung und dem Konfidenzintervall auch die Range, d.h. das Intervall zwischen kleinstem und größtem berechneten Indexwert. Darüber hinaus wird ausgewiesen, wie groß die Differenz zwischen der aktuellen Befragung und der ersten Befragung nach dem Beitrittsjahr auf patientenindividueller Ebene im Durchschnitt ist.

In der Kohorte 2007-2 umfasste die Stichprobe für die Befragung nach dem Beitrittsjahr 500 Patienten. 305 von ihnen sendeten den Fragebogen zurück. 280 Patienten hatten alle Fragen beantwortet, die zur Berechnung des „SF-6D-Gesamtindex“ notwendig waren. Im Durchschnitt dieser Patienten lag der Indexwert bei 0,61.

Im Rahmen der ersten Wiederholungsbefragung sendeten 210 Patienten ihren Fragebogen zurück. Von ihnen hatten 92,38 Prozent alle nötigen Fragen zur Ermittlung des „SF-6D-Gesamtindex“ beantwortet und wurden so für die Auswertung des Index berücksichtigt. Der durchschnittliche Skalenwert dieser Patienten lag bei 0,59.

Tabelle 8.12 SF-6D-Gesamtindex: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse

* Dieser Anteilswert bezieht sich auf die Zahl der Stichprobenmitglieder insgesamt, d.h. derjenigen Patienten, an die ein Fragebogen verschickt wurde.

EZ	SF-6D Gesamtindex: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse	Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr	
2007-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	389	293
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	305	210	142
		Anteil in %	61,00	53,98	48,46
	für Skala auswertbar	Anzahl	280	194	130
		Anteil in %	91,80	92,38	91,55
		Anteil 2 in %	56,00	49,87	44,37
	Indexwert	Mean	0,61	0,59	0,58
		SD	0,14	0,14	0,13
		CI	[0,59; 0,62]	[0,57; 0,61]	[0,56; 0,61]
		Range: Min.	0,30	0,30	0,30
		Range: Max.	0,96	0,97	0,97
		Mittlere Differenz zur Erstbefragung		-0,02	-0,06
		CI		[-0,03; 0,00]	[-0,09; - 0,04]
		Fallbasis		147	101
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>8506</i>	<i>6892</i>	<i>5731</i>	
2008-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	394	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	318	229	
		Anteil in %	63,60	58,12	
	für Skala auswertbar	Anzahl	294	212	
		Anteil in %	92,45	92,58	
		Anteil 2 in %	58,80	53,81	
	Indexwert	Mean	0,61	0,59	
		SD	0,14	0,14	
		CI	[0,59; 0,62]	[0,58; 0,61]	
		Range: Min.	0,30	0,30	
		Range: Max.	0,96	0,96	
		Mittlere Differenz zur Erstbefragung		-0,02	
		CI		[-0,03; 0,00]	
		Fallbasis		161	
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>16360</i>	<i>13020</i>		

EZ	SF-6D Gesamtindex: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2008-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	366	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	246	173	
		Anteil in %	49,20	47,27	
	für Skala auswertbar	Anzahl	229	161	
		Anteil in %	93,09	93,06	
		Anteil 2 in %	45,80	43,99	
	Indexwert	Mean	0,61	0,60	
		SD	0,15	0,14	
		CI	[0,59; 0,63]	[0,58; 0,62]	
		Range: Min.	0,30	0,30	
		Range: Max.	1,00	1,00	
		Mittlere Differenz zur Erstbefragung		-0,02	
		CI		[-0,04; 0,00]	
		Fallbasis		121	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6425</i>	<i>4992</i>	
2009-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	386	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	247	203	
		Anteil in %	49,40	52,59	
	für Skala auswertbar	Anzahl	230	186	
		Anteil in %	93,12	91,63	
		Anteil 2 in %	46,00	48,19	
	Indexwert	Mean	0,61	0,61	
		SD	0,15	0,15	
		CI	[0,59; 0,63]	[0,58; 0,63]	
		Range: Min.	0,30	0,30	
		Range: Max.	1,00	1,00	
		Mittlere Differenz zur Erstbefragung		-0,02	
		CI		[-0,04; 0,00]	
		Fallbasis		124	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>7317</i>	<i>5833</i>	
2009-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500	367	
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	232	172	
		Anteil in %	46,40	46,87	
	für Skala auswertbar	Anzahl	218	161	
		Anteil in %	93,97	93,60	
		Anteil 2 in %	43,60	43,87	
	Indexwert	Mean	0,60	0,61	
		SD	0,13	0,14	
		CI	[0,59; 0,62]	[0,58; 0,63]	
		Range: Min.	0,30	0,30	
		Range: Max.	1,00	1,00	
		Mittlere Differenz zur Erstbefragung		0,00	
		CI		[-0,02; 0,02]	
		Fallbasis		101	
<i>Patienten insgesamt</i>		<i>Anzahl</i>	<i>6252</i>	<i>4940</i>	

EZ	SF-6D Gesamtindex: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2010-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	500		
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	222		
		Anteil in %	44,40		
	für Skala auswertbar	Anzahl	198		
		Anteil in %	89,19		
		Anteil 2 in %	39,60		
	Indexwert	Mean	0,61		
		SD	0,15		
		CI	[0,59; 0,63]		
		Range: Min.	0,30		
		Range: Max.	0,93		
		Mittlere Differenz zur Erstbefragung			
		CI			
Fallbasis					
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>6050</i>			
2010-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	495		
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	284		
		Anteil in %	57,37		
	für Skala auswertbar	Anzahl	268		
		Anteil in %	94,37		
		Anteil 2 in %	54,14		
	Indexwert	Mean	0,61		
		SD	0,14		
		CI	[0,60; 0,63]		
		Range: Min.	0,30		
		Range: Max.	1,00		
		Mittlere Differenz zur Erstbefragung			
		CI			
Fallbasis					
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5121</i>			
2011-1	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	444		
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	202		
		Anteil in %	45,50		
	für Skala auswertbar	Anzahl	183		
		Anteil in %	90,59		
		Anteil 2 in %	41,22		
	Indexwert	Mean	0,61		
		SD	0,14		
		CI	[0,59; 0,63]		
		Range: Min.	0,30		
		Range: Max.	0,97		
		Mittlere Differenz zur Erstbefragung			
		CI			
Fallbasis					
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5066</i>			

EZ	SF-6D Gesamtindex: Stichprobenmitglieder und ihre Ergebnisse		Befragung nach Bei- trittshalb- jahr	Befragung nach 5. Halbjahr	Befragung nach 9. Halbjahr
2011-2	Stichprobenmitglieder insgesamt	Anzahl	489		
	mit zurückgesendetem Fragebogen	Anzahl	209		
		Anteil in %	42,74		
	für Skala auswertbar	Anzahl	183		
		Anteil in %	87,56		
		Anteil 2 in %	37,42		
	Indexwert	Mean	0,60		
		SD	0,14		
		CI	[0,58; 0,62]		
		Range: Min.	0,30		
		Range: Max.	0,97		
		Mittlere Differenz zur Erstbefragung			
		CI			
		Fallbasis			
<i>Patienten insgesamt</i>	<i>Anzahl</i>	<i>5054</i>			

Anhang A: Risikoadjustierter Berichtsteil

In den folgenden Kapiteln werden risikoadjustierte Werte zu einigen bislang ausgewiesenen Werten berechnet, z.T. sind für die Risikoadjustierung aber auch gänzlich neue Auswertungen vorzunehmen. Im Gegensatz zu den vorigen Berichtsteilen, in denen die Auswertungsergebnisse nach Beitrittskohorten und Teilnahmehalbjahren am Programm getrennt ausgewiesen wurden, wird bei den Berechnungen für die Risikoadjustierung nicht nach Kohorten und Halbjahren differenziert. Für jede Auswertung wird jeweils ein einziger (risikoadjustierter) Mittelwert ausgewiesen. Eine Entwicklung über die Zeit – sei es über die Teilnahmehalbjahre oder über das Halbjahr des Beitritts in ein DMP – lässt sich daher aus den risikoadjustierten Werten nicht ablesen. Dagegen geben die risikoadjustierten Werte darüber Aufschluss, ob für das betrachtete Programm insgesamt die medizinischen und ökonomischen Werte über- oder unterdurchschnittlich ausfallen, wenn diejenigen statistischen Einflüsse herausgerechnet werden, die sich aus der unterschiedlichen Risikostruktur der Teilnehmer der unterschiedlichen Kassen in den DMPs ergeben. Bei der Interpretation der Daten ist allerdings zu beachten, dass in die Risikoadjustierung nur diejenigen Variablen eingehen können, die in den Datensätzen zu den Patientenmerkmalen, den medizinischen Werten und den Leistungsausgaben vorliegen. Sozioökonomische Variablen wie Bildungsstand, Erwerbsstatus oder (Haushalts-) Einkommen sind in den genannten Datensätzen nicht enthalten; die Erkrankungsdauer vor Einschreibung ist seit eDMP nicht mehr enthalten. Welche Variablen bzw. Risikofaktoren in den jeweiligen Modellen für die Risikoadjustierung zu berücksichtigen waren, wurde vom Bundesversicherungsamt definiert und ist in Anhang B.4 ausführlich dargestellt.

1. Mittel der beobachteten Werte (O):

Hierzu wird das arithmetische Mittel (Mean) über *alle* für das Programm beobachteten Werte gebildet, unabhängig davon, in welcher Kohorte und in welchem Halbjahr diese Werte beobachtet wurden. Die Berechnung erfolgt dabei in zwei Schritten: Zunächst werden unabhängig von der Kohortenzugehörigkeit pro Patient die Durchschnitts- oder Anteilswerte über alle Halbjahre gebildet, bzw. pro Patient erfolgt anhand der Werte aller Halbjahre die Zuordnung zu einer interessierenden Kategorie (z.B. Patient mit mindestens einer neuen Inzidenz während seiner Programmteilnahme). Anschließend wird ein Gesamtdurchschnitts- bzw. Gesamt-Anteilswert über alle Patienten gebildet. Die neben dem Mittelwert ausgewiesene Fallbasis gibt demnach die Anzahl der Patienten (bzw. streng genommen: die Anzahl der Fälle) an, die in die Mittelwertberechnung einfließen, und *nicht* die Anzahl der beobachteten Werte.

2. Mittel der erwarteten Werte (E):

Die beobachteten medizinischen Werte bzw. Leistungsausgaben werden durch die Risikofaktoren der Patienten (z.B. Alter, Geschlecht, Begleiterkrankungen) determiniert. Bei unterschiedlicher Risikostruktur der Teilnehmer der unterschiedlichen Kassen in den DMPs ist daher das Mittel der beobachteten Werte nicht vergleichbar.

Deshalb ist es notwendig, für alle Patienten ergänzend zu ihren beobachteten Werten zunächst einen erwarteten Wert pro Halbjahr zu berechnen. Dieser Werte gibt an, welcher Wert bei gegebenem Risikoprofil des jeweiligen Patienten statistisch zu erwarten gewesen wäre.

Das arithmetische Mittel wurde wiederum in dem geschilderten zweistufigen Verfahren über alle erwarteten Werte gebildet, unabhängig davon, für welche Kohorte und in welchem Halbjahr diese Werte berechnet wurden. Zusätzlich wird die Fallbasis ausgewiesen. Die Berechnung der erwarteten Werte erfolgte dabei folgendermaßen:

Seien $x_1 \dots x_m$ die unabhängigen Variablen (Risikofaktoren) der Modelle und $b_1 \dots b_m$ jeweils die zugehörigen Koeffizientenvektoren, dann werden die erwarteten Werte E für jeden Patienten und jedes Halbjahr in Abhängigkeit von der Art des Zielwertes berechnet über:

Lineare Zielwerte:

$$E = b_0 + b_1x_1 + \dots + b_mx_m$$

Binäre Zielwerte:

$$E = \frac{\exp(b_0 + b_1x_1 + \dots + b_mx_m)}{1 + \exp(b_0 + b_1x_1 + \dots + b_mx_m)}$$

Ereigniszeiten:

Für alle Kalenderhalbjahre nach dem Beitrittsjahr $t = 1, 2, 3, \dots$, in denen ein Ereignis stattfinden kann, wird für jeden einzelnen Patienten berechnet, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Ereignis eintritt:

$$E(t) = 1 - (S_0(t))^{\exp(b_1x_1 + \dots + b_mx_m)}$$

wobei die Baseline-Survivalfunktion $S_0(t)$ der im Modell geschätzten Baseline-Survivalfunktion gegeben alle Kovariaten = 0 entspricht.

Im Modell geschätzte Baseline-Rate (1-S ₀ (t)) für die zwei Zielgrößen: ,Primärer Endpunkt' und 'Tod' (inkl. Beitrittsjahr, t=0)		
Zeitpunkt	Primärer Endpunkt	Tod
t ₀	---	0,00051
t ₁	0,00565	0,00103
t ₂	0,00446	0,00095
t ₃	0,00430	0,00098
t ₄	0,00446	0,00106
t ₅	0,00440	0,00109
t ₆	0,00509	0,00125
t ₇	0,00511	0,00139
t ₈	0,00520	0,00141
t ₉	0,00573	0,00159
t ₁₀	0,00550	0,00161
t ₁₁	0,00616	0,00176
t ₁₂	0,00695	0,00193
t ₁₃	0,00623	0,00218
t ₁₄	0,00962	0,00247
Mittlere Baseline-Rate	0,00527	0,00122

3. Risikoadjustierter Mittelwert (RA):

Der risikoadjustierte Wert wird bei binären Zielwerten berechnet als das Verhältnis von beobachtetem und erwartetem Durchschnittswert, multipliziert mit dem Gesamtmittelwert aller DMPs, der mit dem gepoolten Datensatz geschätzt wurde: (O/E)*G. Bei den linearen Zielwerten wird der risikoadjustierte Wert berechnet als Differenz von beobachtetem und erwartetem Durchschnittswert und anschließender Addition des Gesamtmittelwertes aller DMPs, der mit dem gepoolten Datensatz geschätzt wurde: (O-E)+G. Der risikoadjustierte Wert ist trotz der unterschiedlichen Risikostruktur der Teilnehmer der unterschiedlichen Kassen über alle DMPs (bedingt) vergleichbar. Es gelten die Einschränkungen, die sich aus der Nicht-Berücksichtigung sozioökonomischer Variablen oder medizinischer Variablen wie der Erkrankungsdauer vor Einschreibung ergeben, siehe oben.

Um ein Gegenüberstellen der risikoadjustierten Werte mit den beobachteten Werten zu erleichtern, die in den regulären Evaluationsberichten – nach Kohorten und Auswertungshalbjahren differenziert – ausgewiesen werden, wurde in den folgenden Kapiteln für inhaltlich vergleichbare Auswertungen eine analoge Nummerierung verwendet. Da Risikoadjustierungen nur zu den Auswertungskapiteln 3 und 5 der regulären Berichte vorzunehmen waren, sind dazu keine Kapitel A.1, A.2, A.4 und A.6 enthalten.

Eine Übersicht über die Zielvariablen, die Kollektivabgrenzung und die Gesamtmittelwerte (G) findet sich in Tabelle A.1 (s.u.). Eine ausführliche Beschreibung der Modellbildung erfolgt im Anhang zur Methodik und Datengrundlage in Kapitel B.4.

Tabelle A.1 Übersicht über die Zielwerte, Kollektivabgrenzung und die zugehörigen Gesamtmittelwerte¹⁹

* Auswertungen ohne Beitrittsjahr

Tab.-Nr.	Zielwerte	Gesamt- mittelwert
A.3.1.1	Raucheranteil 1: Anteil der Raucherhalbjahre pro Patient über alle Patienten	0,1083
	Raucheranteil 2: Anteil der Raucherhalbjahre pro Patient über ursprüngliche Raucher*	0,7589
	Raucheranteil 3: Patientenanteil mit mindestens einem Raucherhalbjahr in den Folgehalbjahren bei den Rauchern zur ED*	0,8815
	Hypertonieverlauf: Anteil der Halbjahre mit bestehender Hypertonie über alle Halbjahre (Hypertoniker zur ED)*	0,3926
A.3.3.1	Koronartherapeutische Intervention: Anteil der Halbjahre mit koronartherapeutischer Intervention über alle Patienten *	0,0463
	Wiederholte Revaskularisation <u>innerhalb eine Jahres</u> : Anteil der <u>Jahre</u> mit mindestens einer wiederholten Revaskularisation*	0,3204
A.3.4.1	Angina pectoris: Anteil der Halbjahre mit Angina pectoris pro Patient über alle Patienten*	0,2459
A.3.6.1	Erstauftreten Herzinsuffizienz: Anteil der Patienten, bei denen erstmals eine Herzinsuffizienz diagnostiziert wurde (Patienten ohne Herzinsuffizienz bei Einschreibung)*	0,2106
	Erstauftreten akutes Koronarsyndrom: Anteil der Patienten, bei denen erstmals ein neues akutes Koronarsyndrom diagnostiziert wurde (Patienten ohne akutes Koronarsyndrom bei Einschreibung)*	0,1567
A.5.1	Ausgaben f. ärztliche Behandlung und häusliche Krankenpflege: Durchschnittliche Halbjahresausgaben in Euro pro Patient über die Stichprobenmitglieder	516,48
	Ausgaben für Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation: Durchschnittliche Halbjahresausgaben in Euro pro Patient über die Stichprobenmitglieder	1.330,13
	Ausgaben für Arzneimittel: Durchschnittliche Halbjahresausgaben in Euro pro Patient über die Stichprobenmitglieder	617,76
	Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel: Durchschnittliche Halbjahresausgaben in Euro pro Patient über die Stichprobenmitglieder	116,98
	Ausgaben für Krankengeld: Durchschnittliche Halbjahresausgaben in Euro pro Patient über die Stichprobenmitglieder	80,12
	Leistungsausgaben insgesamt: Durchschnittliche Halbjahresausgaben in Euro pro Patient über die Stichprobenmitglieder	2.702,58

¹⁹ Die mit dem gepoolten Datensatz berechneten Mittelwerte als Schätzer für die Gesamtmittelwerte für das jeweilige Kollektiv wurden als Mittelwerte der Mittelwerte auf Versicherten-Ebene und nicht als Mittelwerte über alle Berichtshalbjahre berechnet.

A.3. Krankheitsverlauf nach Einschreibung

Die Auswertungskapitel 1 und 2 des Hauptteils im vorliegenden Evaluationsbericht sind für die Risikoadjustierung nicht relevant. Um den Vergleich mit den vorausgegangenen Berichtsteilen über eine analoge Nummerierung zu erleichtern, wird der Anhang zur Risikoadjustierung daher direkt mit dem Kapitel A.3 fortgesetzt. Die Auswertungen zum erstmaligen Auftreten einer Herzinsuffizienz bzw. eines Koronarsyndroms bilden an dieser Stelle eine Ausnahme. Im Hauptteil des Berichts werden diese Auswertungen als Ereigniszeitanalysen durchgeführt. Dieses Verfahren wird in der Risikoadjustierung jedoch nur für die Variablen Tod und Herzinfarkt angewandt.

Ein wesentliches Ziel der Evaluation besteht in der Überprüfung der medizinischen Versorgungsqualität der DMP-Patienten. Hierzu werden die patientenbezogenen Angaben zum Krankheitsverlauf nach der Einschreibung in das DMP aus den Dokumentationen der Leistungserbringer ausgewertet. Die risikoadjustierten Tabellen zum Evaluationsbericht weisen die Ergebnisse für die folgenden Bereiche und Variablen aus:

Risikofaktoren

- Raucherstatus
- Hypertonieverlauf

KHK-spezifische Intervention

- Koronartherapeutische Interventionen
- Wiederholte Revaskularisation

Symptome

- Auftreten einer Angina pectoris

Ereigniszeitanalysen

- Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier (Tod, Herzinfarkt)

Begleit- und Folgeerkrankungen

- Erstauftreten einer Herzinsuffizienz
- Erstauftreten eines akuten Koronarsyndroms

A.3.1 Risikofaktoren

In der folgenden Tabelle werden Auswertungen zu zwei Variablen dargestellt. Zunächst werden Auswertungen zum Raucherstatus vorgenommen. Rauchen stellt einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen dar. Eine Reduktion des Raucheranteils der DMP-Patienten ist demnach eine wichtige Zielsetzung der Behandlung. Anschließend werden Angaben zum Anteil der Hypertoniker gemacht, da der Bluthochdruck eine bedeutende Begleiterkrankung der Koro-

naren Herzkrankheit mit potenzierenden negativen Effekten auf die Herz-Kreislaufmorbidity und -mortality ist. Eine Senkung des Blutdrucks in den Normbereich bei den DMP-Patienten mit erhöhten Blutdruckwerten stellt demnach eine weitere wichtige Zielsetzung der Behandlung dar. Als Hypertoniker gelten Patienten, bei denen ein systolischer Blutdruckwert von mindestens 140 mmHg und/oder ein diastolischer Blutdruckwert von mindestens 90 mmHg dokumentiert ist.

Tabelle A.3.1.1 Risikofaktoren

Risikofaktoren:		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
Raucheranteil 1				
Anteil der Raucherhalbjahre pro Patient über alle Patienten	Anteil in %	20,56	18,22	9,60
	Fallbasis	111799	111799	111799
Raucheranteil 2				
Anteil der Raucherhalbjahre pro Patient über ursprüngliche Raucher	Anteil in %	80,70	81,04	76,21
	Fallbasis	17379	17379	17379
Raucheranteil 3				
Patientenanteil mit mindestens einem Raucherhalbjahr bei den Rauchern zur ED	Anteil in %	82,91	91,68	100,00
	Fallbasis	17379	17379	17379
Hypertonieverlauf				
Anteil der Halbjahre mit bestehender Hypertonie über alle Halbjahre (Hypertoniker zur ED)	Anteil in %	36,60	37,04	39,73
	Fallbasis	75608	75608	75608

A.3.3 KHK-spezifische Interventionen

Wie in Kapitel 3.3. beschrieben wurde, reicht die medikamentöse Therapie einer KHK nicht immer aus, um den gewünschten Behandlungserfolg zu erzielen. In diesen Fällen oder wenn ein erhöhtes Risiko vorliegt, werden weitergehenden Maßnahmen in Betracht gezogen. Es kann eine kathetergestützte Aufweitung der Herzkranzgefäße (perkutane Koronarintervention, PCI) oder ein chirurgischer Eingriff (Bypass-Operation) erwogen werden. Beide Methoden haben das Ziel, die Durchblutung des

Herzmuskels zu verbessern (Revaskularisation). Die Entscheidung für eine PCI oder eine Operation ist abhängig vom individuellen Krankheitsbefund sowie von der Lage und Ausdehnung der Gefäßeinengung.

Tabelle A.3.3.1 KHK-spezifische Interventionen

KHK-spezifische Interventionen		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
Koronartherapeutische Intervention				
Anteil der Halbjahre mit koronartherapeutischer Intervention über alle Patienten	Anteil in %	6,19	5,70	4,26
	Fallbasis	95990	95990	95990
Wiederholte Revaskularisation				
Anteil der Jahre mit mind. einer wiederholten Revaskularisation	Anteil in %	27,43	32,72	38,21
	Fallbasis	10028	10028	10028

A.3.4 Symptome

Angina pectoris-Beschwerden, die sich in anfallsartigen Brustschmerzen oder einem Engegefühl in der Brust äußern, sind wie in Kapitel 3.4 beschrieben wurde, das vorherrschende Symptom einer KHK. Sie werden durch eine Durchblutungsstörung bzw. eine akute Mangel durchblutung des Herzmuskels ausgelöst. Man unterscheidet die stabile Angina pectoris (AP) und die

instabile Angina pectoris. Bei der stabilen AP haben die Patienten Anfälle, die hinsichtlich des Auslösers, der Dauer und Anzahl unverändert bleiben. Wenn sich die Anfälle häufen, ohne erkennbaren Anlass auftreten und/oder zunehmend stärker werden, spricht man von einer instabilen AP.

Tabelle A.3.4.1 Symptome: Patienten mit Angina pectoris

Symptome: Patienten mit Angina Pectoris		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
Angina Pectoris				
Anteil der Halbjahre mit Angina pectoris pro Patient über alle Patienten	Anteil in %	28,37	27,10	23,49
	Fallbasis	95990	95990	95990

A.3.5 Ereigniszeitanalysen

In den folgenden Tabellen sind **kumulierte „Raten der ereignisfreien Zeit“ nach Kaplan-Meier** für die primären Endpunkte (Herzinfarkt oder Tod) sowie für den Tod ausgewiesen. Diese geben die Wahrscheinlichkeit dafür an, dass Patienten zum jeweiligen Halbjahr (noch) keines dieser Ereignisse aufweisen, bezogen auf die Patientengruppe, bei denen diese Ereignisse noch auftreten könnten. Hierbei wird jeweils nur das erste Auftreten eines Endpunktes betrachtet.²⁰

Die ermittelten Raten der ereignisfreien Zeit werden in Prozent ausgewiesen. Bei der Interpretation der Werte ist zudem zu beachten, dass es aufgrund der – in den ersten Jahren der Evaluationsphase zwangsläufig – geringen Anzahl von Messzeitpunkten zu verzerrten Parameterschätzungen kommen kann.²¹

²⁰ Für die Analyse der vorliegenden Ergebnisse ist zu beachten, dass der Zähler „t“ über die Folgehalbjahre läuft. Da in den medizinischen Erstdokumentationen das Erstauftreten der dokumentierten Endpunkte zeitlich nicht zugeordnet werden kann, können die Ereigniszeitanalysen erst ab dem 1. Folgehalbjahr beginnen, d.h. t=1, 2, ..., x. Für die in den PM-Daten enthaltenen Angaben über Todesfälle gilt diese Einschränkung nicht. Die Ereigniszeitanalysen bezüglich Tod können daher bereits im Beitrittsjahr beginnen, d.h. t=0, 1, 2, ..., x.

²¹ Auf diese Problematik hatte infas frühzeitig hingewiesen. Nach den Vorgaben des Bundesversicherungsamtes war dennoch von Beginn an das Auftreten von Endpunkten mit Ereigniszeitanalysen zu modellieren, da mit zunehmender Follow-up-Zeit in dieser Hinsicht keine gravierenden methodischen Probleme mehr zu erwarten seien.

Tabelle A.3.5.1 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=4, Tod t=5): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkte, t=4	Rate in %	92,53	93,55	95,35
	Fallbasis	40531	40531	40531
Tod, t=5	Rate in %	94,56	95,41	96,84
	Fallbasis	59585	59585	59585

Tabelle A.3.5.2 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=5, Tod t=6): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkte, t=5	Rate in %	90,77	92,07	94,44
	Fallbasis	34926	34926	34926
Tod, t=6	Rate in %	93,27	94,37	96,23
	Fallbasis	51899	51899	51899

Tabelle A.3.5.3 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=6, Tod t=7): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkte, t=6	Rate in %	89,10	90,75	93,45
	Fallbasis	29466	29466	29466
Tod, t=7	Rate in %	91,94	93,37	95,61
	Fallbasis	44423	44423	44423

Tabelle A.3.5.4 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=7, Tod t=8): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkte, t=7				
	Rate in %	87,53	89,52	92,52
	Fallbasis	25033	25033	25033
Tod, t=8				
	Rate in %	90,67	92,43	94,93
	Fallbasis	38288	38288	38288

Tabelle A.3.5.5 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte (t=8, Tod t=9): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkte, t=8				
	Rate in %	85,69	88,13	91,74
	Fallbasis	17654	17654	17654
Tod, t=9				
	Rate in %	89,15	91,36	94,42
	Fallbasis	27439	27439	27439

Tabelle A.3.5.6 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=9, Tod t=10): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkte, t=9				
	Rate in %	83,96	86,74	90,78
	Fallbasis	13741	13741	13741
Tod, t=10				
	Rate in %	87,68	90,22	93,69
	Fallbasis	21496	21496	21496

Tabelle A.3.5.7 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=10, Tod t=11): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkte, t=10				
	Rate in %	82,25	85,42	89,96
	Fallbasis	10327	10327	10327
Tod, t=11				
	Rate in %	86,25	89,13	92,99
	Fallbasis	16271	16271	16271

Tabelle A.3.5.8 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=11, Tod t=12): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittshalbjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkte, t=11				
	Rate in %	80,48	84,02	89,02
	Fallbasis	7328	7328	7328
Tod, t=12				
	Rate in %	84,72	88,05	92,34
	Fallbasis	11816	11816	11816

Tabelle A.3.5.9 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=12, Tod t=13): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkt, t=12	Rate in %	78,84	82,71	87,89
	Fallbasis	5244	5244	5244
Tod, t=13	Rate in %	83,24	86,93	91,51
	Fallbasis	8554	8554	8554

Tabelle A.3.5.10 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=13, Tod t=14): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkte, t=13	Rate in %	77,11	81,24	86,90
	Fallbasis	3283	3283	3283
Tod, t=14	Rate in %	81,45	85,61	90,69
	Fallbasis	5452	5452	5452

Tabelle A.3.5.11 Ereigniszeitanalysen (primäre Endpunkte t=14, Tod t=15): Kumulierte Raten der ereignisfreien Zeit nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr

Ereigniszeitanalysen nach Kaplan-Meier für Patienten ohne primäre Endpunkte im Beitrittsjahr: Kumulierte Raten		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
primäre Endpunkte, t=14	Rate in %	75,09	79,84	85,75
	Fallbasis	1291	1291	1291
Tod, t=15	Rate in %	80,14	84,69	89,67
	Fallbasis	2139	2139	2139

A.3.6 Begleit- und Folgeerkrankungen

Der Begriff **Herzinsuffizienz** bezeichnet die krankhaft verminderte Pumpfunktion des Herzens. Das Herz ist nicht mehr in der Lage, den Kreislauf mit ausreichend Blut zu versorgen, wodurch die Durchblutung der Organe und Gewebe vermindert ist. Dies führt u.a. zu Beschwerden wie Abnahme der körperlichen Belastbarkeit, Atemnot und Flüssigkeitseinlagerungen

(Ödeme). Das **akute Koronarsyndrom** ist ein Sammelbegriff für die Phasen der KHK, die mit einer anhaltenden Durchblutungsstörung einhergehen und unmittelbar lebensbedrohlich sind. In der klinischen Praxis handelt es sich hierbei um die instabile Angina pectoris, den akuten Herzinfarkt und den plötzlichen Herztod.

Tabelle A.3.6.1 Erstauftreten einer Herzinsuffizienz oder eines akuten Koronarsyndroms

Begleit- und Folgeerkrankungen		Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
Erstauftreten Herzinsuffizienz				
Anteil der Patienten, bei denen erstmals eine Herzinsuffizienz diagnostiziert wurde (Patienten ohne Herzinsuffizienz bei Einschreibung)	Anteil in %	19,36	17,48	19,02
	Fallbasis	80791	80791	80791
Erstauftreten akutes Koronarsyndrom				
Anteil der Patienten, bei denen erstmals ein neues akutes Koronarsyndrom diagnostiziert wurde (Patienten ohne akutes Koronarsyndrom bei Einschreibung)	Anteil in %	20,75	16,76	12,65
	Fallbasis	66495	66495	66495

A.5 Leistungsausgaben

Das Auswertungskapitel 4 der regulären Berichtsteile ist für die Risikoadjustierung nicht relevant. Um den Vergleich beider Auswertungen über eine analoge Nummerierung zu erleichtern, wird der vorliegende Berichtsteil mit dem Kapitel A.5 fortgesetzt.

Ein Grundziel der Evaluation ist laut Kriterien des BVA die Überprüfung der Kosten der Versorgung der DMP-Patienten. Entsprechende Auswertungen werden in diesem zweiten Teil des Evaluationsberichtes vorgenommen. Hierzu werden anhand von Zufallsstichproben die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Patient berechnet. In diese Betrachtung fließen alle Ausgaben für die betrachteten Leistungsbereiche ein, nicht nur die KHK-spezifischen Ausgaben.

Differenziert wird nach folgenden Bereichen:

- ambulante ärztliche Behandlung und häusliche Krankenpflege,
- Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation,
- Arzneimittel,
- Heil- und Hilfsmittel,
- Krankengeld (im Gegensatz zur Auswertung im Berichtsteil II sind die folgende Auswertung nicht auf Patienten mit Krankengeldanspruch bezogen, sondern für alle Patienten vorzunehmen).

Die Angaben zu den Leistungsausgaben liegen für eine Stichprobe aller evaluierten Patienten vor.

Tabelle A.5.1 Leistungsausgaben

	Leistungsausgaben (Stichprobe): Auswertungen einschließlich Beitrittsjahr	Risikoadjustierter Mittelwert	Mittel der beobachteten Werte	Mittel der erwarteten Werte
	Ausgaben f. ärztliche Behandlung und häusliche Krankenpflege			
	Durchschnittliche Halbjahresausgaben pro Patient über die Stichprobenmitglieder	Mean in Euro 563,25	556,70	509,93
		Fallbasis 6968	6968	6968
	Ausgaben für Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation			
	Durchschnittliche Halbjahresausgaben pro Patient über die Stichprobenmitglieder	Mean in Euro 1582,43	1537,04	1284,74
		Fallbasis 7368	7368	7368
	Ausgaben für Arzneimittel			
	Durchschnittliche Halbjahresausgaben pro Patient über die Stichprobenmitglieder	Mean in Euro 677,47	651,87	592,16
		Fallbasis 7368	7368	7368
	Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel			
	Durchschnittliche Halbjahresausgaben pro Patient über die Stichprobenmitglieder	Mean in Euro 128,69	123,99	112,28
		Fallbasis 6968	6968	6968
	Ausgaben für Krankengeld bei anspruchsberechtigten Patienten			
	Durchschnittliche Halbjahresausgaben pro Patient über die Stichprobenmitglieder	Mean in Euro 119,19	126,11	87,04
		Fallbasis 7368	7368	7368
	Leistungsausgaben insgesamt (einschl. Dialyse-Sachkosten)			
	Durchschnittliche Halbjahresausgaben pro Patient über die Stichprobenmitglieder	Mean in Euro 3104,31	3008,28	2606,55
		Fallbasis 7368	7368	7368

Anhang B: Methodik und Datengrundlage

In diesem Teil des Anhangs werden Herkunft, Inhalt und Handling derjenigen Datensätze beschrieben, die für den Evaluationsbericht zur Evaluation der Disease-Management-Programme (DMP) zur Behandlung von KHK herangezogen wurden. Dabei handelt es sich um drei Arten von Datensätzen, die jeweils für einen Patienten erhoben wurden:

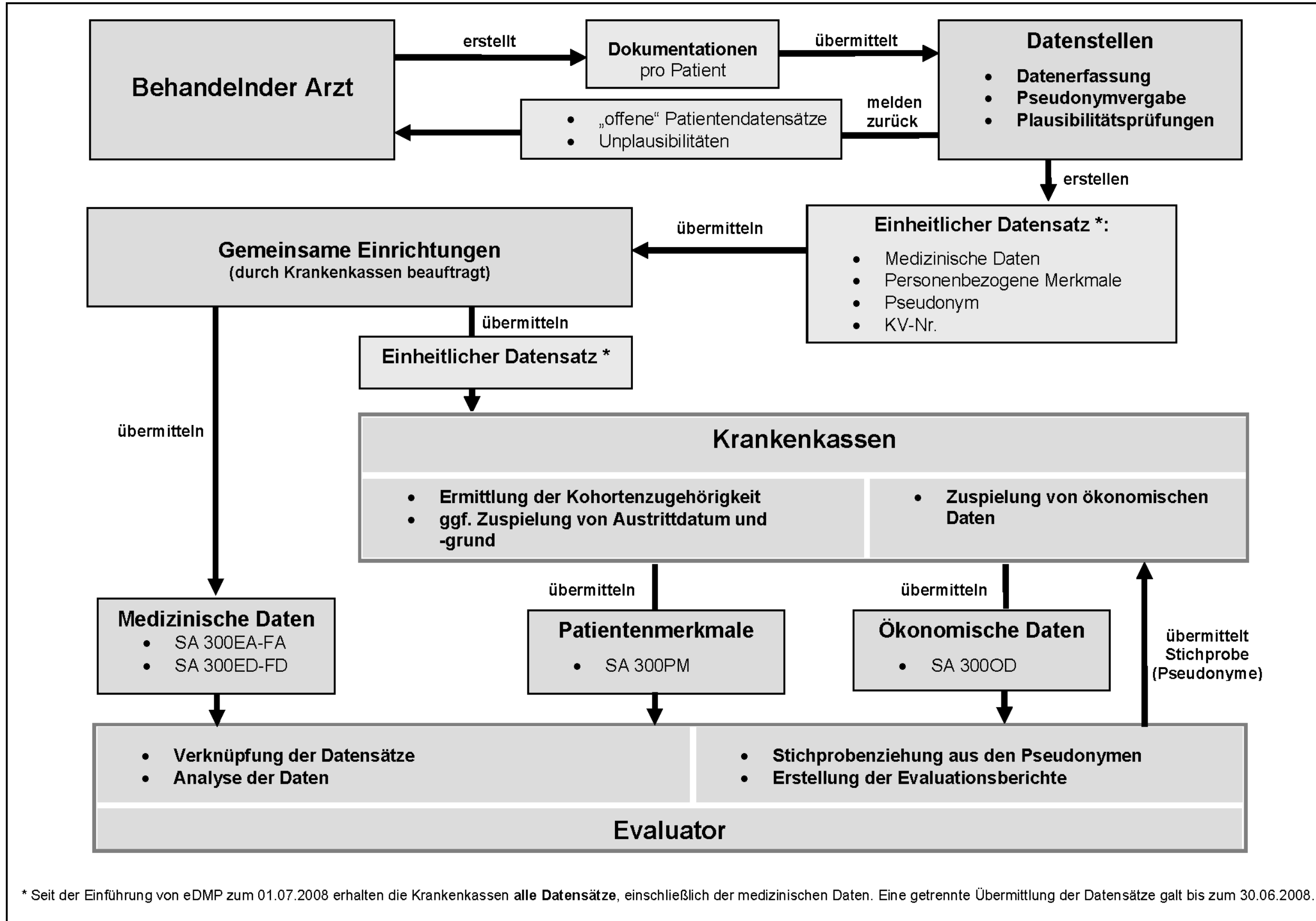
- Patientenmerkmale
- Medizinische Daten
- Ökonomische Daten

Die folgenden Erläuterungen gliedern sich in drei Abschnitte: Zunächst wird der Datenfluss im Rahmen der DMP beschrieben (siehe Abbildung B.1.1). Anschließend wird erläutert, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen seitens des Evaluators implementiert wurden. Abschließend wird darauf eingegangen, wie bei Sonderfällen hinsichtlich der medizinischen Datensätze verfahren wurde. Diese Erläuterungen beziehen sich auf alle Berichte zur Evaluation des DMP KHK von AOK und Knappschaft.

B.1 Datengrundlage

Datengrundlage bildet zunächst die Dokumentation, die der Arzt mit der Einschreibung eines Patienten in das Programm anlegt. Der erste Befund wird in der „**Erstdokumentation**“ (ED) dokumentiert, alle weiteren Befunde werden – in der Regel in viertel- bzw. halbjährlichen Abständen – in den „**Folgedokumentationen**“ (FD) festgehalten.

Abb. B.1.1 Datenfluss im Rahmen des DMP KHK unter vertraglicher Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) (Regelfall) - ab eDMP



* Seit der Einführung von eDMP zum 01.07.2008 erhalten die Krankenkassen **alle Datensätze**, einschließlich der medizinischen Daten. Eine getrennte Übermittlung der Datensätze galt bis zum 30.06.2008.

Voraussetzung für die Evaluation ist die unbedingte Einhaltung des Datenschutzes. Um eine adressatenorientierte Datentrennung, Pseudonymisierung und Übermittlung zu realisieren, wurden unabhängige Datenstellen zwischengeschaltet, an die alle von den Ärzten dokumentierten Informationen fließen. Die Datenstellen erfassen die Daten und überprüfen die Datensätze auf Vollständigkeit und Plausibilität. Bei Beanstandungen erfolgt eine Rückmeldung an den behandelnden Arzt, damit entsprechende Korrekturen an den Dokumentationen vorgenommen werden können. Nach Einführung der elektronischen Datenübermittlung (eDMP) ab Juli 2008 gibt es nur noch einen einheitlichen Datensatz, der alle erhobenen medizinischen Behandlungsdaten sowie die personenbezogenen Merkmale enthält.²² Dieser Datensatz wird allen an der DMP-Evaluation beteiligten Institutionen, also den Ärzten, den Datenstellen und den Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

Die Datenstellen erstellen die **medizinischen Datensätze** gemäß den in den Evaluationskriterien festgelegten Satzartbeschreibungen, die sie dem Evaluator übermitteln. Für das DMP Koronare Herzkrankheit finden die Satzartbeschreibungen SA300EA/FA und SA300ED/FD²³ Anwendung.

Da ab Einführung der elektronischen Datenübermittlungen auch die neuen Satzartbeschreibungen SA300ED/SA300FD Gültigkeit erlangten, wurden dem Evaluator wie oben beschrieben für den vorliegenden Evaluationsbericht die „a-Datensätze“ bis zum Berichtshalbjahr 2008-1 gemäß der Satzartbeschreibungen SA 300EA/FA übermittelt. Für alle Berichtshalbjahre ab 2008-2 werden dem Evaluator gemäß den Evaluationskriterien die medizinischen Daten des einheitlichen Datensatzes auf Basis der Satzartbeschreibungen SA300ED/FD übermittelt.

Die personenbezogenen Merkmale aus dem einheitlichen Datensatz werden von den Krankenkassen dazu genutzt, die bei Ihnen zu jedem Patienten vorhandenen **Patientenmerkmale** zu aktualisieren bzw. zu vervollständigen. Diese dienen dann versichertenbezogenen Qualitätssicherungsaufgaben wie z.B. Informations- und Erinnerungsfunktionen.

Die Kassen sorgen unter anderem anhand der Patientenmerkmale für die formal korrekte Einschreibung ihrer Versicherten in das Programm. Sie legen die Kohortenzugehörigkeit der Patienten fest und entscheiden unter anderem auf Basis fehlender Dokumentationen über deren Austrittsdatum aus dem Programm. Anschließend erstellen Kassen aus den solchermaßen ergänzten Patientenmerkmalen einen Datensatz gemäß der Satzartbeschreibung SA 300 PM (nachfolgend als „PM-Datensatz“ bezeichnet) und übermitteln ihn dem Evaluator. Voraussetzung dafür, dass ein Patient in diesen Datensatz aufgenommen wird, ist, dass für ihn eine gültige „Erstdokumentation“ vorliegt. Sobald dem Evaluator die Patientenmerkmale vorliegen, zieht er eine Zufallsstichprobe aus der Gesamtheit der Programmteilnehmer für die **Evaluation** der ökonomischen Daten. Der Stichprobenumfang beträgt dabei jeweils 10 Prozent der Ist-Größe einer Kohorte, jedoch mindestens 100 und höchstens 500 Patienten. Falls an einem Programm zwischen 10 und 100 Patienten teilnahmen, wird eine Vollerhebung durchgeführt. Davon wird jedoch abgesehen, wenn die Kohorte weniger als 10 Teilnehmer umfasst, da in diesem Fall aus Gründen der Wahrung der Anonymität auf eine Auswertung verzichtet wird. Der Evaluator übermittelt der Krankenkasse eine Liste mit den Pseudonymen der Stichprobe. Die Kasse spielt diesen Pseudonymen die mit der medizinischen Behandlung verbundenen Leistungsausgaben zu und erstellt daraus einen Datensatz gemäß der Satzartbeschreibung SA 300 OD. Ferner liefert sie Angaben zu den Kosten für Verwaltung und Qualitätssicherung im Disease-Management-Programm. („**ökonomische Daten**“).

Der damit beschriebene Datenfluss ist schematisch in Abbildung B.1.1 dargestellt und gilt für alle Kohorten.

Ab der Kohorte 2007-2 wurden die Auswertungen darüber hinaus um die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung zur Veränderung der subjektiven Lebensqualität ergänzt. Die Lebensqualität wird mittels des SF-36-Fragebogens erhoben. Der SF-36 zählt zu den bekanntesten und international am häufigsten eingesetzten generischen Instrumenten, um den Gesundheitszustand zu messen.

Befragt wird grundsätzlich die bereits oben beschriebene Stichprobe von Patienten. Die Kasse ermittelt für die vom Evaluator übermittelte Pseudonymliste die zugehörigen Adressdaten und versendet an diese Patienten den Fragebogen. Die Patienten senden die ausgefüllten Fragebögen direkt an den Evaluator zurück, wo sie ausgewertet werden.

Zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wurde in den bisherigen Erläuterungen wie auch in den tabellarischen Auswertungen von „Teilnehmern“ und „Patienten“ gesprochen und nicht von „Fällen“.

Bei der Interpretation der Auswertungen ist jedoch zu berücksichtigen, dass entsprechend der Kriterien des BVA eine **fallbezogene Auswertung** vorgenommen wurde und keine patientenbezogene. So wurde bei wiederholter Einschreibung ein neuer Fall gebildet und damit der Versicherte einer neuen Kohorte zugeordnet. Das könnte z.B. bei Unterbrechung der Teilnahme an einem Programm der Fall sein. Bei einer patientenbezogenen Auswertung würde hingegen der Patient weiterhin in der bisherigen Kohorte geführt und die formale Wiedereinschreibung ignoriert. Beispiel: Der Versicherte hat schon einmal am betrachteten DMP teilgenommen, ist dann aber ausgeschieden und meldet sich nun im selben DMP erneut an, allerdings in einer „jüngeren“ Kohorte. Dies war insbesondere in der Einführungsphase der DMP relevant, als Anlaufschwierigkeiten

dazu führten, dass Versicherte aus formalen Gründen von ihrer Krankenkasse aus dem DMP ausgeschlossen werden mussten und sich in der Folge erneut einschrieben. Der frühere, bereits dokumentierte Gesundheitszustand und die ggf. durch das DMP beeinflussten Ausprägungen (z.B. Verhaltensänderungen) vor Wiedereintritt ins DMP können somit nicht in der Auswertung berücksichtigt werden.

Bei der patientenbezogenen Betrachtungsweise hat die Unterbrechung der Teilnahme keinen Einfluss auf die Auswertung, während bei der fallbezogenen Betrachtungsweise die entsprechenden Versicherten als neue Fälle gelten und damit neu ausgewertet werden. Dies hat folgenden Nachteil: wird in einem bestimmten DMP ein Teilnehmer der Kohorte 2006-2 im 2. Halbjahr betrachtet, kann daraus nur mit Sicherheit geschlossen werden, dass er sich in diesem konkreten Programm und in dieser konkreten Kohorte genau im zweiten Teilnahmehalbjahr befindet – denn möglicherweise hat der betreffende Patient „Vorzeiten“ in einer anderen Kohorte und nimmt damit schon länger als die Tabelle vermuten ließe an einem DMP teil. Der Evaluator und die ihn beauftragenden Krankenkassen haben sich daher beim BVA dafür eingesetzt, dass die Versicherten nicht als neue Fälle ausgewertet werden; das BVA hat sich jedoch für das Fallkonzept entschieden.

Bei der Interpretation der tabellarischen Auswertungen nach vollendeten Lebensjahren ist zu berücksichtigen, dass nur Angaben zum Geburtsjahr, nicht aber zum Geburtsmonat oder gar Geburtstag vorlagen. Um für die Patienten dennoch zutreffende Angaben über die vollendeten Lebensjahre treffen zu können, musste auf die Altersangabe „vollendete Lebensjahre zum 1.1. des Auswertungsjahres“ zurückgegriffen werden, die sich nach den Berechnungsvorschriften des BVA ergeben als „Auswertungsjahr minus Geburtsjahr minus 1“. Dadurch ergibt sich eine Besonderheit. Die Patienten werden verglichen mit der für Durchschnittswerte häufig verwendeten Altersermittlung „Auswertungsjahr minus Geburtsjahr“ um ein Jahr jünger ausgewiesen.

²² Bis zum 30.06.2008 wurden die von den Datenstellen nicht beanstandeten bzw. korrigierten Daten durch die Datenstellen gesplittet, um die personenbezogenen Merkmale von bestimmten medizinischen Daten, für die stattdessen Pseudonyme für die Versicherten vergeben werden, zu trennen. Zum einen wurde dabei ein sog. „a-Datensatz“ in versichertenpseudonymisierter Form erstellt, der u.a. alle medizinischen Daten enthielt. Zum anderen wurde ein „b-Datensatz“ für die Krankenkassen erstellt. Dieser Kurzdatsatz enthielt bestimmte medizinische Daten sowie die personenbezogenen Merkmale wie Geschlecht, Geburtsdatum usw. Durch den Wegfall der Splittung in „a“- und „b“-Datensatz werden Verwaltungsaufwand und Kosten eingespart. Der Datenschutz für die am DMP teilnehmenden Patienten bleibt jedoch nach wie vor gewahrt.

²³ Das „E“ steht dabei für „Erstdokumentation“, das „F“ für „Folgedokumentation“. Mit den Buchstaben „A“ (alt) und „D“ wird unterschieden, ob sich die Dokumentation auf die Zeit vor oder nach Einführung der elektronischen Datenerfassung (eDMP) in den Arztpraxen bezieht.

B.2 Qualitätssicherung

In der praktischen Umsetzung der Datenverarbeitung kam es zu Abweichungen bei der erwarteten Datenqualität. Diese Abweichungen traten insbesondere zu Beginn der Programmlaufzeit, z.B. aufgrund der allgemeinen Anlaufschwierigkeiten, auf. Zur Sicherstellung der Datenqualität wurden daher seitens des Evaluators auf mehreren Ebenen aufwändige Kontroll- und Bereinigungsverfahren implementiert:

- Eingangskontrolle auf Datenformat- und Plausibilitätskriterien
- Dublettenbereinigung
- Matching-Kontrolle (PM- und medizinische Datensätze)
- Rücklaufkontrolle (OD-Datensätze)
- Kontrolle auf Fortschreibung im Zeitverlauf (PM-Datensätze)

Die Anforderungen an die Datensätze sind in den „Datensatzbeschreibungen zur Evaluation“ des BVA geregelt. Alle Daten, die dem Evaluator von den Krankenkassen, Datenstellen und gemeinsamen Einrichtungen geliefert wurden, wurden beim Import auf Verstöße gegen diese Datenanforderungen geprüft und mussten gegebenenfalls neu geliefert werden. Dabei wurden zwei Fehlerquellen festgestellt. Zum einen kam es vor, dass die Daten gegen das festgelegte **Datenformat** verstießen (unzulässige Spaltenlänge, unzulässige Anzahl der Zeichen pro Feld, unzulässige Trennzeichen der Datensätze). Zum anderen kam es vor, dass die medizinischen Daten gegen die festgelegten **Plausibilitätskriterien** verstießen (nicht ausgefüllte Pflichtfelder, unzulässige Einträge, unzulässige Kombinationen). Die Dateien mussten neu geliefert werden, sofern für mindestens ein Merkmal der Anteil der Datensätze mit einem Verstoß gegen die geprüften Plausibilitätskriterien bei 5 Prozent oder mehr lag.²⁴ Der Evaluator hat es allerdings nicht zu verantworten, wenn Teile der Datensätze weiterhin nicht auswertbar waren. Für die Richtigkeit der Rohdaten, die dem Evaluator geliefert wurden, kann er ebenfalls keine Gewähr übernehmen.

Alle anderen Dateien wurden in die tabellarische Auswertung mit einbezogen, also einschließlich der Datensätze mit einem oder mehreren Verstößen gegen die Plausibilitätsregeln. In diesen Fällen wurde im Zusammenspiel mit den Rechenregeln und den medizinischen Plausibilitätskriterien des BVA (siehe Tabelle 0.1.2) folgendermaßen verfahren: Sofern sich die Auswertung auf Merkmale bezog, bei denen kein Regelverstoß vorlag und die gemäß Rechenregeln auswertbar waren, gingen alle Datensätze ganz normal in die Auswertung ein. Sofern sich die Auswertung auf Merkmale bezog, bei denen Regelverstöße vorlagen oder die gemäß Rechenregeln nicht auswertbar waren, wurden Datensätze mit Regelverstoß als „nicht auswertbar“ ausgewiesen.

Zudem kam es vor, dass die gelieferten Dateien **Dubletten** enthielten, die aussortiert werden mussten. Diese Bereinigung erfolgte bei zwei Arten von Dubletten. Zum einen wurden **„Komplett-Dubletten“** aussortiert, also Datensätze, die in allen gelieferten Feldern exakt dieselben Inhalte aufwiesen wie ein bereits vorliegender Datensatz. Diese Dubletten traten in den PM-Datensätzen auf. Zum anderen wurden **„Auswertungsdubletten“** aussortiert. Dabei handelt es sich um Datensätze, die hinsichtlich der Kriterien „Antragsregion“, „Kassenart“ und „Kohortenzugehörigkeit“, also mit identischem Auswertungsschlüssel für einen Versicherten bzw. ein Pseudonym mehrfach vorliegen. Hierbei kann pro Variable nur ein einziger dieser Datensätze ausgewertet werden. Die übrigen Datensätze fallen als Auswertungsdubletten durch das Raster. Mit der Eingangskontrolle und der Dublettenbereinigung wurden Datenqualität und Auswertbarkeit für die einzelnen Datensatztypen (PM-Datensätze, Medizinische Datensätze, Ökonomische Datensätze) verbessert. In diesem Bericht steht jedoch nicht die getrennte Auswertung der einzelnen Datensatztypen im Vordergrund, sondern die Verknüpfung („**Matching**“) von Personenmerkmalen, medizinischen Daten und ökonomischen Daten anhand der Pseudonymnummern. Daher wurden alle nach Eingangskontrolle und Dublettenbereinigung verbliebenen PM- und medizinischen Datensätze – differenziert nach Kassen und Antragsregion – zunächst auf ihre Verknüpfbarkeit hin ausgewertet, um nicht zuordenbare Datensätze zu identifizieren. Hier ist zwischen folgenden Fällen von Verknüpfungsfehlern zu unterscheiden:

- Medizinische Datensätze (Erst- oder Folgedokumentationen) ohne zugehörigen PM-Datensatz
- PM-Datensätze ohne zugehörige Erstdokumentation

Bei der Analyse dieser Auswertung war zu berücksichtigen, dass ein 100-prozentiges Matching zwischen medizinischen Datensätzen und PM-Datensätzen nicht plausibel wäre. Denn neben einer fehlerhaften Pseudonymvergabe führen verschiedene Konstellationen dazu, dass sich Erstdokumentationen keinem PM-Datensatz zuordnen lassen.

Auch die Zuordnung von PM-Datensätzen zu Erstdokumentationen war aus plausiblen Gründen - wie z.B. falscher Datumsangabe oder Wechsel des Institutionskennzeichens - häufig nicht in 100 Prozent der Fälle möglich.

In die tabellarischen Auswertungen der Patientenmerkmale und der medizinischen Daten flossen nur die Werte derjenigen Patienten ein, für die neben dem PM-Datensatz auch eine zugehörige Erstdokumentation vorlag.

Bei den ökonomischen Datensätzen war eine Überprüfung auf Verknüpfbarkeit entbehrlich. Da sie durch das Zuspielen der Leistungsausgaben zu denjenigen Pseudonymnummern generiert wurden, die in einer Stichprobe aus den PM-Datensätzen gezogen worden waren, war für die zugespielten Leistungsausgaben eine Verknüpfbarkeit mit den PM-Datensätzen in jedem Fall gegeben. Dennoch konnten auch hier drei Arten von Problemfällen auftreten:

- In der Stichprobe gezogene Pseudonymnummern, denen keine Leistungsausgaben zugespielt worden waren
- In der Stichprobe gezogene Pseudonymnummern, denen die Leistungsausgaben doppelt und mit teils unterschiedlichen Werten zugespielt worden waren
- In der Stichprobe nicht gezogene Pseudonymnummern, die dennoch um Leistungsausgaben ergänzt geliefert wurden

Im Rahmen einer **Rücklaufkontrolle** wurde daher ein Abgleich vorgenommen zwischen denjenigen Pseudonymnummern, die der Evaluator in der Stichprobe gezogen hatte, und denjenigen Pseudonymnummern, für welche die Krankenkasse die zugehörigen Leistungsausgaben zugespielt hatte. Damit wurden – differenziert nach Kassen, Eintrittskohorte und Antragsregion – die Problemfälle identifiziert. Da es sich bei der letztgenannten Art von Problemfällen um nicht auswertungsrelevante Informationen handelt, wurden die entsprechenden Datensätze bei der Auswertung ignoriert. Analog wurde vorgegangen, wenn den Pseudonymnummern Leistungsausgaben für Halbjahre zugespielt wurden, in denen die entsprechenden Patienten nicht mehr Programmteilnehmer waren.

Dass die Krankenkassen nicht allen gezogenen Pseudonymnummern die Leistungsausgaben für die erwarteten Berichtshalbjahre zuspielten, lag zum Teil daran, dass die entsprechenden Patienten rückwirkend aus dem Programm ausgeschrieben worden waren, diese Information zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung aber noch nicht vorlag. Lagen andere Gründe dafür vor, wurden die Daten ggf. von Kassen ergänzt und eine Neulieferung der überarbeiteten ökonomischen Datensätze an den Evaluator vorgenommen. Lagen in einer Datenlieferung für eine Pseudonymnummer zwei oder mehr ökonomische Datensätze mit unterschiedlichen Leistungsausgaben vor, floss der ökonomisch ungünstigste Wert in die Evaluation ein.

Bei der Evaluation war zudem bei den PM-Daten eine **Kontrolle auf Fortschreibung im Zeitverlauf** vorzunehmen. Denn nach der erstmaligen Lieferung der PM-Daten stellen die Kassen dem Evaluator halbjährlich den jeweils neuesten Stand der PM-Datensätze zur Verfügung. Um Auswertungen im Zeitverlauf zu ermöglichen, müssen die neuen PM-Datenlieferungen sowohl die PM-Daten aller bisherigen Programmteilnehmer – egal ob mittlerweile ausgeschieden oder nach wie vor Mitglied der Restkohorte – als auch die PM-Daten aller seitdem neu in das Programm eingetretenen Versicherten enthalten. Die neuen PM-Datensätze, die dem Evaluator zur Verfügung gestellt wurden, erfüllten diese Anforderung jedoch nicht in allen Fällen. Die Datenbasis der Auswertungen wurde daher durch einen Abgleich der bisherigen mit den neuen PM-Daten gewonnen:

- Grundlage der Datenbasis sind die PM-Datensätze der Erstlieferung, die in die veröffentlichten Berichte eingegangen sind (bis zum Berichtshalbjahr 2011-2)
- Sie werden ergänzt durch die in der aktuellen Datenlieferung enthaltenen PM-Datensätze für alle bisher noch nicht ausgewerteten Eintrittskohorten.
- Änderungen in den PM-Datensätzen der neuen Lieferung, die sich auf bereits veröffentlichte Kohorten beziehen, werden ignoriert.

²⁴ Der Fehleranteil wurde auf die „Netto“-Datei bezogen ermittelt: Für jede Satzart wurde von den Datenstellen eine „Brutto“-Datei geliefert, wobei je nach Datenstelle die Versichertendaten mehrerer Kassen und/oder Kassenarten in einer Datei enthalten sein konnten. Aus dieser Datei wurden die Komplettdubletten aussortiert (siehe nächster Absatz). Die sich daraus ergebende Netto-Datei war die Basis für die Plausibilitätsprüfungen und die Berechnung der Fehleranteile.

B.3 Sonderfälle bei den medizinischen Datensätzen

Im Standardfall, der bei den bisherigen Erläuterungen implizit unterstellt wurde, liegt für einen DMP-Teilnehmer für das Beitrittsjahr genau eine Erstdokumentation und ab dem 2. Halbjahr genau eine Folgedokumentation vor. Tatsächlich kam es in den vorliegenden medizinischen Datensätzen teilweise zu Abweichungen von diesem Schema. Im Folgenden wird beschrieben, wie bei diesen Sonderfällen in der Auswertung vorgegangen wurde:

- **Folgedokumentationen bereits im Beitrittsjahr**
Liegt für das Beitrittsjahr eines Versicherten eine oder mehrere Folgedokumentationen vor, sind diese dem 1. Folgejahr zuzuordnen. Es gelten die abgestimmten Regeln für das Vorgehen bei Vorliegen mehrerer Dokumentationen in einem Halbjahr, wie in Tabelle B.3.1 erläutert.
- **Folgedokumentationen außerhalb des Teilnahmezeitraums**
Liegen Folgedokumentationen für ein Berichtsjahr vor, das vor dem Beitrittsjahr oder nach dem Austrittsjahr liegt, werden die entsprechenden Datensätze in der Auswertung nicht berücksichtigt.
- **Mehrere Erstdokumentationen im Beitrittsjahr²⁵**
Wenn zwei oder mehr ED für das Beitrittsjahr eines Versicherten vorliegen, ist diejenige mit dem frühesten Datum als relevante ED zu werten. Die andere/anderen ED können nicht als erste FD gewertet werden, da sich die Dokumentationsparameter zum Teil inhaltlich deutlich unterscheiden (Prävalenz vs. Inzidenz = bei Einschreibung bekannt vs. neu aufgetreten). Falls eine eindeutige, zeitliche Differenzierung von 2 oder mehr ED im Beitrittsjahr nicht möglich ist, sind die in Tabelle B.3.1 festgelegten Vorgehensweisen bei Vorliegen mehrerer Dokumentationen anzuwenden.
- **Erstdokumentationen und Folgedokumentationen im Beitrittsjahr**
Lagen sowohl mehrere Erstdokumentationen als auch mehrere Folgedokumentationen für das Beitrittsjahr vor, wurden die Erstdokumentationen gemäß der vorherigen Regel berücksichtigt. Bezüglich der Folgedokumentationen findet die erste oben genannte Regel Anwendung.

²⁵ Diese Regelung wurde im Herbst 2010 in die Berechnungsvorschriften aufgenommen und gilt somit erstmals für die KHK-Berichte zum 31.03.2011.

Tabelle B.3.1 Medizinische Daten: Umgang bei mehreren Dokumentationen in einem Berichtshalbjahr

Parameter	Umgang bei mehreren Dokumentationen in einem Berichtshalbjahr
Definition „Raucher“	Für das betreffende Halbjahr als „Raucher“ zu bewerten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde
Blutdruck	Jeweils letztes vorliegendes plausibles Blutdruck-Werte-Paar des Auswertungshalbjahres *
Medikation	Jeweils letzter* vorliegender plausibler Wert des Auswertungshalbjahres **
Angina pectoris	als „neu aufgetreten“ zu werten, wenn in mindestens einer Dokumentation „typisch“ oder „atypisch“ angegeben wurde
Herzinsuffizienz ***	als „neu aufgetreten“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde
Hypertonie (Anamnese)	als „neu aufgetreten“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde
Akutes Koronarsyndrom „Herzinfarkt“	als „neu aufgetreten“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde
Akutes Koronarsyndrom „andere Form“	als „neu aufgetreten“ zu werten, wenn dies in mindestens einer Dokumentation angegeben wurde
Koronartherapeutische Intervention (bis einschließlich 20081 als PCI oder Bypass-OP)	als „durchgeführt“ zu werten, wenn in mindestens einer Dokumentation „koronartherapeutische Intervention“ mit „ja“ angegeben wurde
NUR als Kovariate für RA:	
Diabetes mellitus	als Begleiterkrankung bei Einschreibung zu werten, wenn dies in der ED angegeben wurde
Fettstoffwechselstörung	als Begleiterkrankung bei Einschreibung zu werten, wenn dies in der ED angegeben wurde
Herzinsuffizienz	als Begleiterkrankung bei Einschreibung zu werten, wenn dies in der ED angegeben wurde
Hypertonie (Anamnese)	als Begleiterkrankung bei Einschreibung zu werten, wenn dies in der ED angegeben wurde
Akutes Koronarsyndrom „Herzinfarkt“	als Begleiterkrankung bei Einschreibung zu werten, wenn dies in der ED angegeben wurde

* Der „**letzte**“ Wert wird anhand des Unterschriftsdatums des Arztes identifiziert. War diese Definition nicht eindeutig, weil für ein Halbjahr mehrere Dokumentationen mit dem gleichen Datum vorlagen, wurde folgendermaßen verfahren: War die Dokumentation in verschiedenen Datenlieferungen enthalten, wurde diejenige aus der letzten Datenlieferung verwendet. Lagen danach immer noch zwei oder mehrere Dokumentationen mit demselben Unterschriftsdatum vor, wurde der medizinisch ungünstigste Wert in die Auswertung einbezogen.

** Wenn zu einem letzten Arztdatum in einem Halbjahr 2 oder mehr Dokumentationen mit Angaben zur Medikation vorliegen, sind alle Informationen zu verwenden. Bei Widersprüchen (z.B. Medikament X ja und nein) ist von der Anwendung des Medikamentes auszugehen.

*** Es sind die Angaben zur Herzinsuffizienz aus der erstmaligen Angabe laut Anamnese zu berücksichtigen. Für die Halbjahre bis 2008-1 sind zusätzlich die erstmaligen Angaben zu den NYHA-Stadien zu berücksichtigen.

B.4 Modellbildung für die Risikoadjustierung

Der folgende Bericht erläutert die Modellschätzungen für die Risikoadjustierung zentraler Werte im Rahmen der Evaluation der Disease Management Programme für das Krankheitsbild der koronaren Herzkrankheiten (KHK).

Allen Modellen liegt ein im Wesentlichen einheitlicher Kovariatensatz zu Grunde, der im Rahmen hierarchischer Modelle mit jeweils zwei Ebenen („Patient“ und „DMP einer Krankenkasse in einer Region“) verwendet wurde. Die Modelle wurden mit einem Datensatz geschätzt, der sich aus jeweils einer Stichprobe aus dem Gesamtdatenbestand der beiden Evaluationsinstitute zusammensetzt. In beiden Instituten wurde dazu jeweils eine Stichprobe von 130.000 Patienten gezogen, die zwischen dem 2. Halbjahr 2004 und dem 2. Halbjahr 2011 in die Programme eingetreten sind. Die beiden Stichproben wurden zusammengeführt und anonymisiert (Vergabe zufällig generierter Werte für die DMP-Kennung und die Patientennummer). Für jeden Patienten können in halbjährlichem Abstand mehrere Messzeitpunkte vorliegen, wobei der Beobachtungszeitraum bis maximal zum 2. Halbjahr 2011 reicht. Eintritte in die Programme erfolgten ab dem 2. Halbjahr 2004. Die maximale Anzahl an Beobachtungszeitpunkten und damit die maximale Anzahl an Records pro Patient in dem Datensatz beträgt demnach 15 (Eintritt in das DMP im 2. Halbjahr 2004 und das letzte Beobachtungshalbjahr ist das 2. Halbjahr 2011).

Insgesamt setzte sich der anonymisierte gepoolte Datensatz aus 260.000 Patienten und 1.671.359 Records zusammen. Enthalten waren 277 DMP, die allerdings zum Teil nur sehr gering besetzt waren. Deshalb wurden zwölf DMP mit weniger als drei Patienten für die Modellschätzung aus dem Datensatz entfernt. Zusätzlich wurden Halbjahre ohne Erst- bzw. Folgedokumentation aus dem Datensatz entfernt. Der letztlich für die Modellschätzung der medizinischen Zielgrößen verwendete Datensatz setzt sich aus 265 DMP mit 259.983 Patienten und 1.549.028 auswertbaren Records zusammen.

Da die ökonomischen Werte nur für eine Stichprobe aller Patienten vorliegen, basieren auch die Modelle zur Schätzung der ökonomischen Zielgrößen auf einer kleineren Fallzahl. Insgesamt lagen in dem gepoolten Gesamtdatensatz für 36.679 Patienten mit 208.958 Records ökonomische Werte vor. Die Zahl der DMP lag bei 253. Allerdings waren auch unter den 248 DMP mit Patienten mit ökonomischen Werten noch einige weitere DMP sehr gering besetzt, weshalb auch hier alle DMP mit weniger als drei Patienten für die Modellschätzung der ökonomischen Zielgrößen aus dem Datensatz entfernt wurden. Der letztlich für die Modellschätzung der ökonomischen Zielgrößen verwendete Datensatz setzt sich aus 248 DMP mit 36.672 Patienten und 208.924 Records zusammen.

In allen Modellen mit Ausnahme der Übergangsratenmodelle ist die Eintrittskohorte (kodiert von 1 bis 15) und das Kalenderhalbjahr (kodiert von 0 bis 14) enthalten. In den Übergangsratenmodellen ist nur die Eintrittskohorte als unabhängige Variable enthalten, da das Kalenderhalbjahr zum Zeitpunkt des Ereigniszeitpunkts die abhängige Variable definiert. Bei dem definierten Zielereignis „Tod“ können für alle Halbjahre einschließlich des Beitrittsjahres Ereignisse auftreten, d.h. hier kann sich der Beobachtungszeitraum über alle 15 Halbjahre erstrecken. Im Gegensatz dazu zählen bei dem definierten Zielereignis „primärer Endpunkt“ nur Ereignisse in den Folgedokumentationen, der Beobachtungszeitraum erstreckt sich hier also über maximal 14 Halbjahre.

Bei der Ausreißerbehandlung wurde auf die bereits vorhandenen medizinischen Wertebereiche zurückgegriffen. Falls die Werte außerhalb der gültigen Wertebereiche lagen, waren die Werte bereits im gepoolten Datensatz mit dem Code für fehlende Angaben (-1) abgelegt. Für alle anderen Variablen wurden keine gültigen Wertebereiche definiert.

Fehlende Angaben wurden nicht ersetzt (imputiert), d.h. Records mit fehlenden Angaben sind in der Modellierung nicht enthalten. Bei der unabhängigen Variablen „BMI-Kategorie“ wurden fehlende Angaben allerdings als gesonderte Kategorie (mit dem Wert 9) in die Modelle aufgenommen, da die Anzahl der fehlenden Halbjahre bei dieser Variable mit knapp 6.245 Halbjahren (0,40%) deutlich größer als bei allen anderen unabhängigen Variablen war.

Kollektivabgrenzung

Da im risikoadjustierten Berichtsteil die Werte aus den Rohberichten zu adjustieren sind, wurden grundsätzlich dieselben Abgrenzungen gewählt wie im Rohberichtsteil. Dies betrifft insbesondere die Abgrenzung der Kollektive. Deshalb wurden bei der Modellbildung für KHK die Modelle über eine Selektion auch ausschließlich für die jeweiligen Kollektive geschätzt, für die auch die risikoadjustierten Werte berechnet werden sollen. Die anzuwendenden Koeffizienten wurden demnach nur an der jeweiligen Gruppe, die das Kollektiv bilden, bestimmt. Sie gelten insofern nicht für alle Programmteilnehmer.

Entsprechend wurden auch die mit dem gepoolten Datensatz berechneten Mittelwerte, als Schätzer für die Gesamtmittelwerte, nur für das jeweilige Kollektiv berechnet.

Mit der Kollektivabgrenzung einher geht in vielen Fällen eine Selektion der Eintrittskohorten und der Kalenderhalbjahre. Wenn beispielsweise die Raucheranteile bei den Patienten, die zu ED geraucht haben, betrachtet werden, müssen folgerichtig alle Eintrittshalbjahre (Zähler des Kalenderhalbjahres = 0) und mithin die letzte Eintrittskohorte (derzeit das 2. Halbjahr 2011) ausgeschlossen werden.

Modelle

Für die Schätzung wurden Random-Intercept-Two-Level-Modelle (hierarchische Modelle, Mehrebenen-Modelle, gemischte Modelle) berechnet. Level 1 bilden die Patienten, Level 2 bilden die DMP einer Krankenkasse in einer Region (DMP).

Bei diesen Modellen wird stochastische Variation (Heterogenität), d.h. Zufallseffekte auf der Ebene 2 (den DMP) angenommen. Die Modellierung eines Random-Intercept-Modells erlaubt diese Zufallseffekte auf der Ebene der DMP in der Modellierung und damit der Schätzung der fixen Effekte, d.h. der Koeffizienten der unabhängigen Variablen auf der Ebene 1 (der Patienten) mit zu berücksichtigen.²⁶

Für die intervallskalierten Zielwerte wurden lineare Random-Intercept-Two-Level-Modelle geschätzt. Für die binären bzw. binomialen Zielwerte wurden logit Random-Intercept-Two-Level-Modelle geschätzt. Für die Übergangsratenmodelle wurden u.a. auch aus Gründen der Rechenzeit Proportional-Hazardratenmodelle (Cox-Regressionsmodelle) with shared frailty (gemeinsamer unbeobachteter Heterogenität) geschätzt. Modelliert wird eine gammaverteilte gemeinsame unbeobachtete Heterogenität (der Zufallseffekt auf dem zweiten Level), die multiplikativ auf die Hazardfunktion wirkt.

Während die intervallskalierten Werte direkt modelliert werden (mit dem Modell wird der Wert der abhängigen Variablen geschätzt), gilt für die binären Werte, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens des jeweiligen Ereignisses im Beobachtungszeitraum modelliert wird (mit dem Modell wird die Wahrscheinlichkeit zwischen 0 und 1 für das Ereignis vorhergesagt). Bei den Übergangsratenmodellen wird die Rate, d.h. die Wahrscheinlichkeit des Auftretens zu einem bestimmten Zeitpunkt unter Berücksichtigung der Zensierungen geschätzt.

Für die Schätzungen der linearen und binären medizinischen Zielwerte wurde das Statistikprogramm „Stata“ (die Module xtmixed und xtmelogit) verwendet.

„xtmixed“ verwendet für die linearen Modelle als Schätzmethode REML (Maximum Restricted Likelihood). Als Schätzmethode für die logit-Modelle wird adaptive quadrature mit sieben Integrationspunkten verwendet.

²⁶ Es wird angenommen, dass die mehrfachen Messungen innerhalb eines DMP nicht unabhängig sind, dass diese Abhängigkeit aber nicht beobachtet werden kann.

Zielwerte und Kollektive

Für die folgenden Zielwerte jeweils für die genannten Patientengruppen wurden Modelle geschätzt:

Tabelle B.4.1 Medizinische Zielwerte

Zielwert	Betrachtete Patienten / Kollektivabgrenzung
Tod (Übergangsratenmodell)	alle Patienten
Erstauftreten eines primären Endpunkts (Übergangsratenmodell)	Patienten ohne primäre Endpunkte laut ED
Raucheranteil	alle Patienten
Raucheranteil	Raucher zur ED
Hypertonieverlauf	Hypertoniker laut Anamnese zur ED
Koronartherapeutische Intervention	alle Patienten
Wiederholte Revaskularisation <u>innerhalb eines Jahres</u>	alle Patienten mit mindestens einer Revaskularisation in einer FD, die in den jeweils nachfolgend betrachteten zwei Halbjahren Teilnehmer mit Dokumentation waren
Angina pectoris	alle Patienten
Erstauftreten einer Herzinsuffizienz	Patienten ohne Herzinsuffizienz laut Anamnese zur ED
Erstauftreten eines akuten Koronarsyndroms	Patienten ohne akutes Koronarsyndrom laut ED

Tabelle B.4.2 Ökonomische Zielwerte

Zielwert	Betrachtete Patienten / Kollektivabgrenzung
Leistungsausgaben für ärztliche Behandlung u. häusliche Krankenpflege (ambulant)	alle Patienten aus der OD-Stichprobe
Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation (stationär)	alle Patienten aus der OD-Stichprobe
Leistungsausgaben für Arzneimittel	alle Patienten aus der OD-Stichprobe
Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel	alle Patienten aus der OD-Stichprobe
Leistungsausgaben für Krankengeld	alle Patienten aus der OD-Stichprobe
Leistungsausgaben insgesamt	alle Patienten aus der OD-Stichprobe

Bei einigen der medizinischen Zielwerte handelt es sich um Ereignisse, die korrekterweise unter Berücksichtigung der Rechtszensierungen (d.h. Berücksichtigung der zeitlichen Begrenzung des Beobachtungszeitpunkts) berechnet werden sollten. Da allerdings die Ereignishäufigkeit (Inzidenz) im Beobachtungszeitraum z. T. sehr gering ist und zudem in den Evaluationsberichten ebenfalls auf die Berücksichtigung von Zensierungen verzichtet wurde, wurde für diese Zielwerte die Auftretenswahrscheinlichkeit im Beobachtungszeitraum modelliert.

Da die nur halbjahresgenaue Messung der Verweildauern bzw. Ereigniszeiten für die Übergangsratenmodelle vergleichsweise unpräzise ist, treten in den Daten viele Endpunkte mit gleicher Zeit, d.h. gleiche Messwerte (Ties, Bindungen) auf, was zu verzerrten Parameterschätzungen führen kann. Allerdings sinkt mit zunehmender Follow-up-Zeit die Zahl der Bindungen. Auf der anderen Seite können nur im Rahmen von Übergangsratenmodellen Rechtszensierungen überhaupt adäquat berücksichtigt werden. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zahl der Bindungen bei den beiden Zielwerten zum gegebenen Beobachtungszeitraum.

Tabelle B.4.3 Gemessene Ereigniszeiten und Zahl der Bindungen bei Zielvariable Tod

Zeitpunkt (Zähler Kalenderhalbjahr)	Zensierungen	Ereignisse	Gesamt
Beitrittsjahr	34.979	1.289	36.268
1. Folgehalbjahr = 1	28.392	2.150	30.542
2. Folgehalbjahr = 2	23.071	1.655	24.726
3. Folgehalbjahr = 3	19.254	1.451	20.705
4. Folgehalbjahr = 4	16.526	1.342	17.868
5. Folgehalbjahr = 5	15.541	1.183	16.724
6. Folgehalbjahr = 6	15.398	1.142	16.540
7. Folgehalbjahr = 7	18.365	1.049	19.414
8. Folgehalbjahr = 8	16.459	824	17.283
9. Folgehalbjahr = 9	14.862	705	15.567
10. Folgehalbjahr = 10	10.950	520	11.470
11. Folgehalbjahr = 11	10.117	413	10.530
12. Folgehalbjahr = 12	10.523	308	10.831
13. Folgehalbjahr = 13	8.803	176	8.979
14. Folgehalbjahr = 14	2.494	42	2.536
Gesamt	<i>245.734</i>	<i>14.249</i>	<i>259.983</i>

Tabelle B.4.4 Gemessene Ereigniszeiten und Zahl der Bindungen bei Zielvariable primäre Endpunkte

Zeitpunkt (Zähler Kalenderhalbjahr)	Zensierungen	Ereignisse	Gesamt
Beitrittsjahr	24.461	0	24.461
1. Folgehalbjahr = 1	19.153	2.461	21.614
2. Folgehalbjahr = 2	15.375	1.591	16.966
3. Folgehalbjahr = 3	12.905	1.288	14.193
4. Folgehalbjahr = 4	11.034	1.119	12.153
5. Folgehalbjahr = 5	10.329	930	11.259
6. Folgehalbjahr = 6	10.177	896	11.073
7. Folgehalbjahr = 7	9.855	726	10.581
8. Folgehalbjahr = 8	8.745	571	9.316
9. Folgehalbjahr = 9	7.948	475	8.423
10. Folgehalbjahr = 10	5.995	327	6.322
11. Folgehalbjahr = 11	5.189	264	5.453
12. Folgehalbjahr = 12	5.259	199	5.458
13. Folgehalbjahr = 13	4.513	93	4.606
14. Folgehalbjahr = 14	1.325	30	1.355
Gesamt	<i>152.263</i>	<i>10.970</i>	<i>163.233</i>

Unabhängige Variablen

Der gemeinsame Kovariatenatz für die Modelle enthält die folgenden unabhängigen Variablen:

- Altersgruppe
- Geschlecht
- Kohortenzugehörigkeit
- Kalenderhalbjahr
- Interaktion Kohortenzugehörigkeit x Kalenderhalbjahr
- Raucherstatus bei Einschreibung
- BMI-Klasse bei Einschreibung
- Herzinfarkt bei Einschreibung
- Chronische Herzinsuffizienz bei Einschreibung
- Hypertonus bei Einschreibung
- Diabetes mellitus bei Einschreibung
- Fettstoffwechselstörung bei Einschreibung
- Krankengeldanspruch (nur bei Zielwert „Krankengeld“)

In den Modellen enthalten sind also jeweils die in der folgenden Tabelle dargestellten Variablen, wobei keine zu den Zielvariablen sowie der Kollektivabgrenzung redundanten Variablen als unabhängige Variablen in das Modell aufgenommen wurden (z.B. wurde bei Zielwert „Hypertonieverlauf“ die unabhängige Variable „Hypertonus bei Einschreibung“ nicht in das Modell aufgenommen). Bei den Übergangsratenmodellen ist selbstverständlich auch das Kalenderhalbjahr nicht im Modell enthalten, da darüber die Verweildauer bestimmt wird.

Die kategorialen abhängigen Variablen wurden dummy-kodiert mit jeweils der niedrigsten Kategorie als Referenz in das Modell aufgenommen.

Bei der unabhängigen Variablen „BMI-Klasse bei Einschreibung“ wurden fehlende Angaben einer Person in einem Kalenderhalbjahr in einer gesonderten Kategorie (mit dem Wert 9) kodiert.

Der Interaktionseffekt von Beitrittskohorte und Kalenderhalbjahr wurde als linearer Interaktionseffekt modelliert, d.h. er wurde als Produkt aus der rekodierten Beitrittskohorte (1 - 11) und dem Zähler des Kalenderhalbjahres (0 – 10) gebildet.

Tabelle B.4.5 Übersicht über den gemeinsamen Kovariatenansatz für die Modellierung

A) Bei den Zielwerten, bei denen auf Grund der Kollektivabgrenzung das Beitrittsjahr nicht in den Modellen enthalten ist, wurde das 1. Folgehalbjahr als Referenzkategorie verwendet.

Unabhängige Variable	Kodierung	Variablenname im Modell
Altersgruppe:	Indikator:	RAKH_026
- unter 51Jahre	1	Referenz
- 51 - unter 61Jahre	2	2
- 61 - unter 71Jahre	3	3
- 71 - unter 81Jahre	4	4
- 81 Jahre und älter	5	5
Geschlecht:	Dummy:	
- Männer	1	RAKH027R
- Frauen	0	Referenz
Kohortenzugehörigkeit:	Indikator:	RAKH028R
- 2004-2	1	Referenz
- 2005-1	2	2
- 2005-2	3	3
- 2006-1	4	4
- 2006-2	5	5
- 2007-1	6	6
- 2007-2	7	7
- 2008-1	8	8
- 2008-2	9	9
- 2009-1	10	10
- 2009-2	11	11
- 2010-1	12	12
- 2010-2	13	13
- 2011-1	14	14
- 2011-2	15	15
Kalenderhalbjahr ^{A)}:	Indikator:	RAKH_030
- Beitrittsjahr	0	Referenz
- 1. Folgehalbjahr	1	1
- 2. Folgehalbjahr	2	2
- 3. Folgehalbjahr	3	3
- 4. Folgehalbjahr	4	4
- 5. Folgehalbjahr	5	5
- 6. Folgehalbjahr	6	6
- 7. Folgehalbjahr	7	7
- 8. Folgehalbjahr	8	8
- 9. Folgehalbjahr	9	9
- 10. Folgehalbjahr	10	10
- 11. Folgehalbjahr	11	11
- 12. Folgehalbjahr	12	12
- 13. Folgehalbjahr	13	13
- 14. Folgehalbjahr	14	14
Auswertungsjahr (nur für Jahresauswertung):	Indikator:	jahr
- Jahr 1	1	Referenz
- Jahr 2	2	2
- Jahr 3	3	3
- Jahr 4	4	4
- Jahr 5	5	5
- Jahr 6	6	6
Interaktionsterm:	Metrisch:	
- Kohortenzugehörigkeit x Kalenderhalbjahr	0 56	intkohj

Unabhängige Variable	Kodierung	Variablenname im Modell
Interaktionsterm (nur für Jahresauswertung): - Kohortenzugehörigkeit x Kalenderjahr	Metrisch: 1 24	intkoj
Raucherstatus bei Einschreibung: - Raucher - Nichtraucher	Dummy: 1 0	RAKH_031 Referenz
BMI-Klassen bei Einschreibung: - unter 25 - 25 – unter 30 - 30 und höher - fehlende Angabe	Indikator: 1 2 3 9	RAKH_033 Referenz 2 3 9
Herzinfarkt bei Einschreibung: - Ja - Nein	Dummy: 1 0	RAKH_036 Referenz
chronische Herzinsuffizienz bei Einschreibung: - Ja - Nein	Dummy: 1 0	RAKH_037 Referenz
Hypertonus bei Einschreibung: - Ja - Nein	Dummy: 1 0	RAKH_038 Referenz
Diabetes Mellitus bei Einschreibung: - Ja - Nein	Dummy: 1 0	RAKH_039 Referenz
Fettstoffwechselstörung bei Einschreibung: - Ja - Nein	Dummy: 1 0	RAKH_040 Referenz
Krankengeldanspruch (nur bei Zielwert Kosten Krankengeld): - Ja - Nein	Dummy: 1 0	RAKH_023 Referenz

Eine detaillierte Darstellung der Modellergebnisse findet sich in infas (2013): DMP-Evaluation Koronare Herzerkrankungen (KHK): Bericht zur Modellbildung für die Risikoadjustierung. März 2013.

Anhang C: Glossar

ACE-Hemmer – Sind Hemmstoffe (Inhibitoren) des Angiotensin-konvertierenden Enzyms (Angiotensin Converting Enzyme = ACE).

Akutes Koronarsyndrom (ACS) – Ist in der Humanmedizin ein Sammelbegriff für alle Phasen von akuten Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, die unmittelbar lebensbedrohlich sein können. In der klinischen Praxis sind dies die instabile Angina, der akute Myokardinfarkt und der plötzliche Herztod. ACS wird insbesondere in der Notfallmedizin als vorläufige Diagnose bei Patienten mit länger anhaltenden Angina pectoris-Beschwerden verwendet, solange zwischen einem akuten Herzinfarkt und „instabiler Angina pectoris“ noch nicht unterschieden werden kann.

Angina pectoris (AP) – (Synonym: Stenokardie, deutsch: Brustenge, Herzschmerz). Die AP ist eine anfallsartige Enge in der Brust. Der damit verbundene Schmerz in der Brust wird durch eine Durchblutungsstörung des Herzens ausgelöst. Meist beruht diese Durchblutungsstörung auf einer Engstelle (= Stenose) eines Herzkranzgefäßes. Beim Herzinfarkt sind dagegen Durchblutung und Sauerstoffzufuhr in einem bestimmten Bezirk des Herzens plötzlich und auf Dauer unterbrochen, weil eine Koronararterie vollständig blockiert ist.

Anschlussrehabilitation (-heilbehandlung) – Eine solche schließt sich unmittelbar an eine stationäre Behandlung im Krankenhaus an und dient der raschen und sozialen Wiedereingliederung des Versicherten in Beruf und Gesellschaft.

Antragsregion – Region, für die ein DMP beantragt werden konnte; zumeist deckungsgleich mit den Bundesländern. Es gibt 17 Antragsregionen: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe.

arithmetisches Mittel – Das arithmetische Mittel (auch Durchschnitt) ist der am häufigsten benutzte Mittelwert und wird deshalb auch als Standardmittelwert bezeichnet.

Arteriosklerose – (auch Atherosklerose) fortschreitende Veränderung der Gefäßwände der Arterien durch Ablagerungen von Blutfetten, Thromben, Bindegewebe und Kalk. Die Erkrankung kann über Jahre symptomlos verlaufen und sich dann plötzlich durch Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombose u.a. bemerkbar machen.

auswertbare Patienten – Patienten, die im Berichtshalbjahr noch Programmteilnehmer sind, d.h. die der Restkohorte angehören, und für die auswertbare medizinische Daten vorliegen.

Auswertungs(halb)jahr – Jeweiliges Kalender(halb)jahr, für das Auswertungen zu den Patientenmerkmalen, den medizinischen Parametern oder den ökonomischen Daten der DMP-Teilnehmer erfolgen.

Beitritts(halb)jahr – Kalender(halb)jahr, in dem ein Versicherter in ein DMP eingeschrieben wurde.

Beta-Blocker (β-Blocker) – Senken den kardialen Sauerstoffbedarf durch Hemmung der anregenden Wirkung von Katecholaminen (z.B. Adrenalin, Noradrenalin) auf Herzfrequenz, Kontraktilität und Blutdruck.

Bluthochdruck – Ein Bluthochdruck liegt vor, wenn bei mindestens zwei Gelegenheitsblutdruckmessungen an zwei unterschiedlichen Tagen Blutdruckwerte von größer gleich 140 mmHg systolisch und/oder größer gleich 90 mmHg diastolisch vorliegen.

Bradykardie – Herzschlagfrequenz erniedrigt.

(koronare) Bypass-Operation – Eine koronare Bypass-Operation ist eine Operation zur Wiederherstellung der Sauerstoffzufuhr zum Herzen. Ein chirurgischer Eingriff, bei dem der Blutfluss um die blockierte Arterie herum geleitet wird. Bei diesem Verfahren ermöglicht ein transplantiertes Gefäßstück (Bypassprothese) dem Blut, die Blockierung der Arterie zu umgehen.

Ca-Antagonisten bzw. Calciumantagonisten (Ca-Antagonisten) – Auch als Kalzium-Antagonisten oder Kalziumkanalblocker bezeichnet, wirken bei der Behandlung der Angina pectoris insbesondere durch die Verringerung der Nachlast und der Kontraktilität, indem Sie die Aufnahme von Kalzium in die Muskelzelle und damit den Kontraktionsvorgang hemmen.

CABG (coronary artery bypass graft) – s. (koronare) Bypass-Operation.

CI (confidence interval) – Das Konfidenzintervall (Vertrauensbereich) sagt etwas über die Präzision der Lageschätzung eines Populationsparameters aus, zum Beispiel eines Mittel- oder eines Anteilswertes. Das Vertrauensintervall schließt einen Bereich um den auf Basis einer Stichprobe geschätzten Parameter ein, der mit einer zuvor festgelegten Wahrscheinlichkeit die wahre Lage des Parameters in der Population trifft. Würden aus der Grundgesamtheit sehr viele Stichproben gezogen und für jede dieser Stichproben ein Schätzwert für das arithmetische Mittel (oder einen Anteilswert) samt zugehörigem 95%-Konfidenzintervall berechnet, würden 95 Prozent dieser Intervalle den „wahren“ Wert für das arithmetische Mittel (oder den Anteilswert) in der Grundgesamtheit enthalten. Die Breite des CI wird maßgeblich von der Stichprobengröße (der Fallzahl) bestimmt.

diastolischer Blutdruck – Der sich während der Erschlaffung der Herzkammer (Diastole) ergebende niedrigste Punkt der Blutdruckkurve (auch als unterer Blutdruckwert bezeichnet). Da dieser Druck während des größten Teils des Herzzyklus auf den Gefäßwänden lastet, ist er für die Langzeitprognose bedeutend.

Diabetes Mellitus – Die Zuckerkrankheit ist die häufigste endokrine Störung und betrifft mit seinem Typ 2 dem Erwachsenen-diabetes etwa 5 Mio. Menschen in Deutschland. Allen Typen ist ein absoluter oder relativer Mangel an Insulin gemeinsam. Gefürchtet sind in erster Linie die Folgeerkrankungen des Diabetes. Z.B. autonome Neuropathie (z.B. diabetischer Fuß), Arteriosklerose (mit erhöhtem Risiko für Schlaganfall und arterielle Verschlusskrankheit), koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt oder auch gefäßbedingte Schädigungen der Netzhaut (bis zur Erblindung) oder der Niere (bis zum Nierenversagen).

DMP (Disease-Management-Programm[e]) – Es handelt sich um systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin gestützt sind. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden diese Programme auch als strukturierte Behandlungsprogramme oder Chronikerprogramme bezeichnet.

ED – s. Erstdokumentation.

Eintrittszeitpunkt (EZ) – In allen tabellarischen Auswertungen wird in der ersten Spalte ausgewiesen, in welchem Kalenderhalbjahr der Eintrittszeitpunkt des Patienten in das Programm fiel bzw. welcher Halbjahreskohorte er angehört.

Erstdokumentation – Mit der Einschreibung des Patienten in das Programm erhebt der behandelnde Arzt standardisierte Dokumentationsdaten. Der erste Befund wird in der Erstdokumentation dokumentiert, alle weiteren Befunde werden – in der Regel in viertel- bzw. halbjährlichen Abständen – in den so genannten Folgedokumentationen festgehalten.

Erstmanifestation – Erstmaliges Erkennbarwerden z.B. einer Erkrankung oder einer Erbanlage.

EZ – s. Eintrittszeitpunkt.

FD – s. Folgedokumentation.

Fettstoffwechselstörungen – Gelten als Risikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislaufkrankungen wie Arteriosklerose, Koronare Herzerkrankung, Schlaganfall oder Herzinfarkt. Wenn der Fettspiegel im Blut ansteigt, treten erhöhte Cholesterin- oder Triglyceridspiegel oder die Erhöhung beider Werte auf.

Folgedokumentation – Nach der Erhebung der ersten Befunde in der sog. Erstdokumentation werden alle weiteren Befunde in der Regel in viertel- bzw. halbjährlichen Abständen in den sog. Folgedokumentationen festgehalten.

(Gesamt-)Cholesterin – Ist das insgesamt im Blutplasma vorhandene Cholesterin. Generell nimmt der Gesamtcholesterin-Spiegel mit dem Alter deutlich zu. Vielfach wird nur ein Augenmerk auf das Gesamtcholesterin gelegt. In Bezug auf das Risiko, Herz-Kreislaufkrankungen wie Arteriosklerose oder Herzinfarkt zu entwickeln, besitzt dieser Wert separat betrachtet nur eine begrenzte Aussagekraft. Wichtiger ist es, die Werte des LDL-Cholesterins und des HDL-Cholesterins bzw. deren Verhältnis zu kennen.

Häusliche Krankenpflege – In der Wohnung der Patienten erfolgende Krankenpflege, die als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unter bestimmten Voraussetzungen neben der ärztlichen Behandlung dann erbracht wird, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn diese dadurch vermieden oder verkürzt wird (sog. Krankenhausersatzpflege), ferner dann, wenn sie zur Sicherung des Ziels ambulanter ärztlicher Behandlung erforderlich ist (sog. Behandlungssicherungs-pflege). Nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege, bei der es sich um eine Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung handelt.

HDL-Cholesterin – Wird von Geweben zur Leber transportiert. Ein Teil des HDL-Cholesterins kann auch aus arteriosklerotischen Plaques stammen und dadurch Gefäßablagerungen verringern. Daher auch als „gutes“ Cholesterin bezeichnet. Prognostisch entscheidend ist aber das Verhältnis von HDL- und LDL-Cholesterin.

Hemmer – s. Inhibitoren.

Heilmittel – Mittel zur Behandlung von Krankheiten, die (im Gegensatz zu Arzneimitteln) v.a. äußerlich angewendet werden (Definition der GKV). Ferner alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von einem entsprechend ausgebildeten Personenkreis erbracht werden dürfen. Z.B. physikalisch-medizinische Leistungen und medizinische Bäder, wenn sie von Krankengymnasten (Physiotherapeuten), Sprach- (Logopäden) und Beschäftigungstherapeuten (Ergotherapeuten), Masseuren oder medizinischen Bademeistern ausgeführt werden.

Herzinfarkt (oder Myokardinfarkt) – Ist eine akute und lebensbedrohliche Erkrankung des Herzens. Es handelt sich dabei um Absterben oder Gewebsuntergang von Teilen des Herzmuskels auf Grund von Durchblutungsstörungen. Normalerweise kommt es zu sehr starken Schmerzempfindungen („tonnenschwere Last auf der Brust“, „Eisenring, der einem die Luft nimmt“) sowie zu starken Angstgefühlen („Todesangst“). Bei Diabetikern wiederum können sog. „stumme Infarkte“ ohne jegliche Schmerzsymptome beobachtet werden.

Herzinsuffizienz – Ist das Unvermögen des Herzens, die vom Körper benötigte Blutmenge bedarfsgerecht zu befördern. Die Herzinsuffizienz kann in zwei verschiedenen Verlaufsformen auftreten, der chronischen und der akuten Form. Symptome einer Herzinsuffizienz äußern sich insbesondere in Form von Atemnot (Dyspnoe) und Flüssigkeitseinlagerungen ins Gewebe (Ödeme). Die Schweregrade der Herzinsuffizienz werden üblicherweise nach der Klassifikation der New York Heart Association (NYHA) in die Stadien I bis IV eingeteilt.

HDL (High Density Lipoprotein) – Nimmt überschüssiges Cholesterin auf und transportiert es von den Geweben zur Leber zurück. HDL kann dabei auch Cholesterin aus arteriosklerotischen Plaques aufnehmen. So verringert es Gefäßablagerungen.

Hilfsmittel – Laut Definition der GKV Hilfen, die im Einzelfall zum Ausgleich eines körperlichen Funktionsdefizits (Behinderung), zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung, zur Sicherung des Erfolgs einer Heilbehandlung oder zum Ausgleich einer Behinderung erforderlich sind. Versicherte haben in diesen Fällen Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen (Brillen, Hörgeräte), Körperersatzstücken (Arm- und Beinprothesen), orthopädischen (Einlagen, Geh- und Stützapparate, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe) und andere Hilfsmittel (Treppen- oder Badewannenlift, WC-Sitzerhöhung).

HMG CoA Reduktase (β -Hydroxy- β -Methylglutaryl-Coenzym A-Reduktase) – Ist ein an der Cholesterinproduktion in der Leber beteiligtes Enzym.

Hypertoniker – Patienten mit dauerhaft erhöhten Blutdruckwerten.

Hypertonus (Hypertonie) – Bluthochdruck, Hochdruckkrankheit. Ein Bluthochdruck liegt vor, wenn bei mindestens zwei Gelegenheitsblutdruckmessungen an zwei unterschiedlichen Tagen Blutdruckwerte von größer gleich 140 mmHg systolisch und/oder größer gleich 90 mmHg diastolisch vorliegen.

Indikation – der Begriff steht dafür, ob bei einem bestimmten Krankheitsbild eine bestimmte medizinische Maßnahme angezeigt oder angebracht ist.

Invasiv – In der Medizin beschreibt dieser Begriff diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, die gewebeverletzend sind, also in den Körper eindringen.

INR (International Normalized Ratio) – Ist die Folgenormung zum Quickwert. International wird die Blutgerinnungszeit anhand dieses Messwerts angegeben. Diese Standardisierung wurde erforderlich, da der Quickwert bei identischer, korrekter Messung teilweise unterschiedliche Ergebnisse liefert.

Kohorte bzw. Halbjahreskohorte – Gesamtheit der Teilnehmer eines DMP, die im selben Kalenderhalbjahr in das Programm eingeschrieben wurden. So bilden alle Patienten, die zwischen dem 1.7.2004 und dem 31.12.2004 eingeschrieben wurden, die „Kohorte 2004-2“.

Kollektiv – Einem „Kollektiv“ wird diejenige Teilgruppe der Patienten einer Kohorte zugeordnet, bei denen zum Zeitpunkt der Erstdokumentation eine bestimmte Indikation oder eine bestimmte Verhaltensweise vorlag. Diese Einteilung bleibt unabhängig von der weiteren Entwicklung des interessierenden Parameters über den ganzen Berichtszeitraum bestehen.

Konfidenzintervall – s. CI.

Koronare Herzkrankheit (KHK) – Die KHK ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzgefäßen. Bei höhergradigen Einengungen resultiert ein Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot in der Herzmuskulatur. Die Koronare Herzkrankheit ist in den Industrieländern die häufigste Todesursache.

Krankengeld – Beim Krankengeld handelt es sich um eine gesetzlich vorgeschriebene Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arbeitsunfähigkeit, die als Geldleistung zur wirtschaftlichen Sicherung bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ausbezahlt wird. Das Krankengeld soll dabei dem Krankenversicherten den Verdienstausfall ersetzen. Es beträgt bei Arbeitnehmern 70% des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt), höchstens jedoch 90% des Nettoarbeitsentgelts und wird bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit für längstens 78 Wochen gezahlt.

LDL-Cholesterin – LDL kann Cholesterin auch im Blut abgeben, wo es sich dann in Form von Arteriosklerose an den Gefäßwänden ablagert. Das geschieht verstärkt, wenn zu viel Cholesterin vorhanden ist, das der Körper nicht verwerten kann. Prognostisch entscheidend ist aber das Verhältnis von HDL- und LDL-Cholesterin.

LDL (Low Density Lipoprotein) – Transportiert Cholesterin von der Leber zu Körpergeweben. Dort wird das Cholesterin gebraucht, um verschiedene Hormone und auch Vitamin D herzustellen. LDL kann Cholesterin auch im Blut abgeben, wo es sich dann in Form von Arteriosklerose an den Gefäßwänden ablagert. Das geschieht verstärkt, wenn zu viel Cholesterin vorhanden ist, das der Körper nicht verwerten kann.

Lipide (Fette) – Durch Nahrung aufgenommene, oder im Organismus selbst produzierte Triglyceride und Cholesterin. Zum einen ein wichtiger Baustein von Zellen und Geweben, zum anderen ein wichtiger Energieträger und Energiespeicher.

Mean – s. arithmetisches Mittel.

Median – Der Median oder Zentralwert bezeichnet eine Grenze zwischen zwei Hälften. In der Statistik ist er definiert als jener Beobachtungswert, bei dem die Werte jeweils mindestens der Hälfte der Beobachtungen kleiner oder gleich und die Werte mindestens der Hälfte größer oder gleich diesem Wert sind.

Medizinische Datensätze – Datensätze, welche die Befundwerte aus den Erst- und Folgedokumentationen der behandelnden Ärzte enthalten. Dazu liegen vier Satzarten (SA) vor: Für die Werte der Erstdokumentation die SA 300 EA und (ab der 9. RSA-ÄndV) SA 300 EN sowie für die Folgedokumentationen die SA 300 FA und (ab der 9. RSA-ÄndV) SA 300 FN.

Metabolisches Syndrom – Manchmal auch als tödliches Quartett oder Syndrom X bezeichnet, wird heute als der entscheidende Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten angesehen. Voraussetzung für das Vorhandensein des metabolischen Syndroms ist zunächst der Risikofaktor Adipositas bzw. vielmehr das Vorliegen einer bauchbetonten Adipositas. Kommen noch weitere Risikofaktoren wie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörungen oder Bluthochdruck (Hypertonie) hinzu, besteht eine deutlich höhere Gefahr, im Laufe des Lebens eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu erleiden. In diesem Fall liegt das so genannte „Metabolische Syndrom“ vor. Die Risikofaktoren Adipositas, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck werden aus diesem Grund in Fachkreisen auch kardiometabolische Risikofaktoren genannt.

Monotherapie – Unter einer Monotherapie versteht man die Behandlung mit einem Medikament, das nur eine Wirksubstanz enthält. Eine Kombinationstherapie arbeitet dagegen mit Medikamenten, die zwei oder mehr Wirksubstanzen enthalten.

Nitrate – Diese senken durch Reduktion von Vor- und Nachlast den Sauerstoffverbrauch der Herzmuskulatur (Myokard).

OD-Daten – Ökonomische Daten. In die Evaluation fließen zwei Arten von ökonomischen Daten ein. Erstens: Die mit der medizinischen Behandlung der DMP-Teilnehmer verbundenen Leistungsausgaben; sie sind patientenbezogen und liegen für eine Stichprobe der DMP-Teilnehmer vor. Diese Daten werden als Satzart 300 OD bezeichnet. Zweitens: Die Kosten für Verwaltung und Qualitätssicherung im Disease-Management-Programm. Diese Daten liegen als jährliche Durchschnittswerte pro Patient und Jahr vor.

PCI (Percutane Coronare Interventionen) – Umfassen die PTCA und den nachfolgende Platzierung einer Gefäßendoprothese (Stent) an der erweiterten Gefäßstelle um diese trotz etwaiger Wandinstabilität offen zu halten.

Plaque – herdförmige Veränderung der Gefäßinnenwand, z.B. im Rahmen einer Arteriosklerose.

PM-Daten – Patientenmerkmalsdaten. Kurzdatensätze, welche Patientenmerkmale wie Geschlecht und Geburtsjahr enthalten, jedoch keinerlei medizinischen Befunde. Zudem enthalten sie die für die Zuordnung bei der Auswertung benötigten Angaben über Kohortenzugehörigkeit, Einschreibedatum und ggf. Beendigungsdatum.

Programtteilnehmer – Versicherte, die in ein DMP eingeschrieben sind.

PTCA (Percutane Transluminale Coronare Angioplastie) – Bezeichnet die Erweiterung der Herzkranzgefäße (Koronarien) (Angioplastie) mit Hilfe eines - in einer durch die Haut punktierten (percutan) Arterie (transluminal) entgegen dem Blutstroms (retrograd) zum Herzen vorgeschobenen - Ballonkatheters.

Quickwert – (auch: Thromboplastinzeit (TPZ)). Ist ein Maß der Funktionsleistung der Blutgerinnung.

Restkohorte – Gesamtheit der Patienten einer Kohorte, die zu Beginn des Berichtshalbjahres noch Programtteilnehmer sind. Formal wird dies daran festgemacht, dass im PM-Datensatz kein „Austrittsdatum“ vermerkt ist.

(wiederholte) Revaskularisation – Bezeichnet die (Wieder-)Eröffnung eines (teil-) verschlossenen Gefäßes mittels PTCA bzw. PCI oder auch die Umgehung der verschlossenen Gefäßstelle mittels eines Bypasses.

Risikostrukturausgleichsänderungsverordnung (RSA-ÄndV) – Zwischen den Krankenkassen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Damit werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Zahl der Familienversicherten und der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen zwischen den Krankenkassen ausgeglichen. Der RSA soll künftig auch Unterschiede bei der Krankheitslast (Morbidity) zwischen den Krankenkassen berücksichtigen. Die Ergänzung des RSA um einen DMP-RSA für im DMP eingeschriebene Versicherte stellt eine erste Stufe zum morbiditätsorientierten RSA dar.

(symptomatische) Herzrhythmusstörungen – Sind Störungen der normalen Herzschlagfolge, verursacht durch nicht regelrechte Vorgänge bei der Erregungsbildung und -leitung im Herzmuskel. Je nach zugrunde liegender Grunderkrankung sind symptomatische Formen möglich, die durch Herzklopfen, Herzrasen, unregelmäßigen Pulsschlag, Schwindel, Kollaps oder gar Ohnmachtsanfälle auffallen. Im Extremfall kann es zu einer bösartigen Rhythmusstörung oder zum plötzlichen Herztod kommen.

systolischer Blutdruck – Der sich während des Zusammenziehens bzw. der Kontraktion der Herzkammer (Systole) ergebende höchste Punkt der Blutdruckkurve (auch als oberer Blutdruckwert bezeichnet).

Statin – Im allgemeinen medizinischen Sprachgebrauch ein Arzneistoff, der der pharmakologischen Substanzklasse der 3-Hydroxy-3-Methylglutaryl-Coenzym-A-Reduktase-(HMG-CoA-Reduktase)-Inhibitoren angehört. Da HMG-CoA ein Zwischen-

produkt der menschlichen Cholesterinsynthese ist, werden Statine bislang hauptsächlich bei Fettstoffwechselstörungen als Cholesterinsenker eingesetzt.

Stents – Medizinische Implantate, die in bestimmte Organe (z.B. Herzkranzgefäße) eingebracht werden, um ihre Wand ringsum abzustützen. Es handelt sich um ein kleines Gittergerüst in Röhrenform aus Metall oder Kunststoff. Die Oberfläche der Stents kann dabei mit Antibiotika oder radioaktiven Substanzen beschichtet sein, um Entzündungsvorgänge zu minimieren.

(arterielle) Thrombose – Eine Gefäßerkrankung, bei der sich ein Blutgerinnsel (Thrombus) in einem Gefäß bildet. Unter einer arteriellen Thrombose versteht man die Bildung eines Blutgerinnsels (Thrombus) in einer Schlagader (Arterie). Sie kann im betroffenen Organ zu einer Durchblutungsstörung und damit zu einem Sauerstoffmangel führen. Gefährdet sind u. a. die Herzkranzgefäße (Herzinfarkt), die hirnversorgenden Gefäße (Schlaganfall) und die Beinschlagadern (Arterieller Verschluss, vgl. Arterielle Verschlusskrankheit). Aber auch die Nieren, das Auge (retinaler Arterienverschluss), der Darm (Mesenterialinfarkt) und andere Organe können betroffen sein.

Thrombozytenaggregationshemmer – Medikamente, welche die Verklumpung von Blutplättchen (Thrombozytenaggregation) hemmen. Sie werden in der Medizin eingesetzt, um das Wachstum von Blutgerinnseln (Thromben) insbesondere in den Schlagadern (Arterien) zu verhindern. So werden sie beispielsweise bei der Vorbeugung und Behandlung von Schlaganfällen, Herzinfarkten und anderen Durchblutungsstörungen verordnet. Einer der bekanntesten Vertreter der Medikamentengruppe ist die Acetyl-Salicyl-Säure (ASS), die unter dem Präparatnamen Aspirin weltbekannt wurde.

VLDL (Very Low Density Lipoprotein) – Ist ein Lipoprotein mit sehr niedriger Dichte. Es transportiert Triglyceride, Cholesterin und Phospholipide von der Leber zu den Geweben. Dabei verliert es „unterwegs“ immer mehr Triglyceride und zwar so lange, bis sich das VLDL in LDL umgewandelt hat.