

Gesundheitsreport 2024

Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation
der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg

Impressum

Gesundheitsreport 2024 der
AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse

Herausgegeben von der
AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211/8791-0,
Internet: www.aok.de/rh

Redaktion: Bereich Gesundheitsmanagement,
Abteilung Steuerung und Versorgungsentwicklung –
Olga Dortmann, Anja Köhler, Stefan Lopez Seijas,
Dr. Volquart Stoy
E-Mail: versorgungsentwicklung_se@rh.aok.de

Gestaltung: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
10178 Berlin, Rosenthaler Straße 31,
Grafik: Geertje Steglich, Redaktion: Annette Affhüppe
Druck: ALBERSDRUCK GmbH & Co. KG, Düsseldorf

Gesamtverantwortung:
AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse

Alle Rechte vorbehalten.
Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung
– auch auszugsweise – nicht gestattet.



Vorwort

Gesundheitsversorgung vor Ort im Blick

Die AOK Rheinland/Hamburg ist als große Versorgerkasse in den Regionen verankert. Wir sind vor Ort. Wir sind ansprechbar – für unsere Kundinnen und Kunden, aber auch für unsere Partnerinnen und Partner. Wir bringen uns ein. Wir setzen Impulse und gestalten Versorgung in den Regionen. Sei es durch unser Engagement für Gesundheitskioske, durch unsere Patientenbegleitung oder die Aktivitäten unserer Regionaldirektionen.

In dieser Tradition steht auch der jährliche Gesundheitsreport. Der Report nimmt die Gesundheit und Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger in den Gemeinden und Stadtbezirken des Rheinlands und Hamburgs in den Blick. Mit diesen kleinräumigen Ergebnissen möchten wir einen Beitrag zur Diskussion um die Versorgung in den Regionen leisten. Denn die Gesundheitsversorgung und die Schaffung gesunder Lebensbedingungen passieren vor Ort.

Das Schwerpunktthema in diesem Jahr ist die Versorgungssituation bei chronischen Erkrankungen. Die Auswertungen im Report beleuchten, wie die Behandlung in den Regionen erfolgt und inwiefern es gelingt, unerwünschte Folgeereignisse einer chronischen Erkrankung zu vermeiden. Weitere spannende Einblicke geben die neuen Analysen zur ambulanten Notfallversorgung, zur zukünftigen Krankenhausplanung und zu Polypharmazie.

Die Auswertungen des Reports machen Auffälligkeiten vor Ort deutlich. Die AOK Rheinland/Hamburg möchte – gemeinsam mit ihren Partnerinnen und Partnern – die richtigen Schlussfolgerungen ziehen und die Gesundheitsversorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterentwickeln.

Wir laden Sie ein, mit uns ins Gespräch zu kommen!

Düsseldorf, April 2024



Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes

Inhaltsverzeichnis

Kernaussagen	5
Lebenserwartung und Mortalität	13
Rahmenbedingungen und Gesundheitsvorsorge	17
Behandlung chronischer Krankheiten	29
Ambulante Versorgung	71
Stationäre Versorgung	85
Kinder- und Jugendgesundheit	104
Arzneimittel	117
Arbeitsunfähigkeit	127
Pflege	133
Methodische Erläuterungen	144

Kernaussagen

Lebenserwartung

Die **Lebenserwartung** ist im Zeitraum der Corona-Pandemie leicht zurückgegangen. Bei Männern und Frauen ist sie jeweils um etwa zweieinhalb Monate gesunken. Ursächlich hierfür waren die erhöhten Sterbefallzahlen während der Wellen der Pandemie.

Gesundheitsvorsorge

Durch **Früherkennungsuntersuchungen** sollen Krankheiten möglichst frühzeitig entdeckt werden. Rechtzeitig erkannt, sind die Krankheiten oftmals gut zu behandeln. So lassen sich in vielen Fällen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und Komplikationen vermeiden. Etwa die Hälfte der anspruchsberechtigten Versicherten (52 Prozent der Frauen und 46 Prozent der Männer) haben zwischen 2020 und 2022 an der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung („**Check-Up**“) teilgenommen. Der Anteil ist durch die Einschränkungen der Corona-Pandemie deutlich gesunken. Vor der Pandemie waren es noch zwei Drittel der Frauen und 58 Prozent der Männer.

Die **jährliche Krebsfrüherkennung** wird von jeder dritten Frau und weniger als jedem fünften Mann genutzt. Die Teilnahme am **Mammographie-Screening** ist für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre möglich. In den Jahren 2021 und 2022 lag die Teilnahmerate bei 46 Prozent.

Eine **Grippeschutzimpfung** soll Grippeerkrankungen und daraus resultierende Folgen wie Krankenhausfälle und Sterbefälle in besonders gefährdeten Risikogruppen vermeiden. Insbesondere Personen mit Vorerkrankungen, Schwangere und ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe. Nur etwa jede vierte Person mit einem dokumentierten Risiko hat sich in der Impfsaison 2022/2023 gegen Grippe impfen lassen. Am höchsten war die Impfquote bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern (58 Prozent), am niedrigsten bei Schwangeren (17 Prozent).

Die Gürtelrose (Herpes zoster) äußert sich durch einen stark schmerzenden, halbseitigen Hautausschlag. Im Anschluss kommt es – je nach Alter – bei bis zu zwanzig Prozent der Erkrankten zu starken chronischen Nervenschmerzen. Seit Mai 2019 können sich Menschen ab 60 Jahren – bei erhöhtem Risiko bereits ab 50 Jahren – gegen Gürtelrose impfen lassen. Gerade einmal sieben Prozent der Personen, für die eine Impfung empfohlen ist, haben seit 2019 eine zweifache **Impfung gegen Gürtelrose** erhalten.

Schwerpunktthema: Behandlung chronischer Erkrankungen

Der Gesundheitsreport 2024 untersucht in seinem Schwerpunktthema die **Versorgungssituation bei chronischen Erkrankungen**. Betrachtet werden Typ-2-Diabetes, die koronare Herzkrankheit (KHK), Vorhofflimmern, Asthma, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und die chronische Nierenerkrankung. Die Krankheiten sollten ärztlich begleitet und therapiert werden, um die Erkrankung zu kontrollieren und schwere Krankheitsverläufe zu vermeiden. Die Auswertungen im Report beleuchten, wie die Behandlung in den Regionen erfolgt.

Zusätzlich zur Beschreibung der Behandlungssituation wird betrachtet, inwiefern es in den Regionen gelingt, unerwünschte Folgeereignisse einer chronischen Erkrankung zu vermeiden. Die individuelle Wahrscheinlichkeit für einen schweren Krankheitsverlauf hängt von verschiedenen Einflussfaktoren ab. Dazu zählen die Krankheitsschwere, das Vorliegen relevanter Begleiterkrankungen sowie die soziale Lage. Diese Faktoren sind in der Versorgung nur bedingt zu beeinflussen. Um die Anzahl der Komplikationen zwischen den Regionen zu vergleichen, wird für jede Region eine **risikoadjustierte Ereignisrate** berechnet. Dadurch werden Unterschiede in der Risikostruktur der Bevölkerung herausgerechnet.

Jede **zehnte erwachsene Person ist an Typ-2-Diabetes erkrankt**. Bei ihnen ist die Blutzuckerkonzentration chronisch erhöht. Der hohe Blutzuckerspiegel schädigt auf Dauer Blutgefäße und Nerven.

Drei Viertel aller Versicherten mit Typ-2-Diabetes nehmen am **strukturierten Behandlungsprogramm (DMP)** teil. Das Programm hat das Ziel, in der hausärztlichen Versorgung eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu schaffen. Wesentlicher Bestandteil sind die Vereinbarung von individuellen Therapiezielen, die Teilnahme an Schulungen und Präventionsangeboten sowie regelmäßige Kontrolltermine.

Wenn die nicht-medikamentöse Basistherapie bei Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes ausgeschöpft ist, soll eine **medikamentöse Therapie** Anwendung finden, um den Blutzuckerspiegel zu kontrollieren und Folgeschäden zu verhindern. Nur etwa die Hälfte der Betroffenen hat im Jahr 2022 Medikamente gegen Typ-2-Diabetes in ausreichender Menge erhalten. Inwiefern diese niedrigen Raten in einer mangelnden Therapietreue der Patientinnen und Patienten, dem Ordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte oder strukturellen Problemen im Gesundheitswesen begründet sind, ist anhand der Routinedaten nicht zu klären.

Bei jeder dritten Person mit Typ-2-Diabetes hat die Erkrankung bereits **Gefäße oder Nerven dauerhaft geschädigt**. Typische Folgen sind zum Beispiel Nervenkrankheiten (bei 21% der Typ-2-Diabetes-Patientinnen und -Patienten), Schädigungen der Netzhaut des Auges (bei 7,5%), Schädigungen der herzfernen Blutgefäße (bei 5%) oder chronische Wunden an den Füßen (12%). In vielen Fällen wären diese Folgeerkrankungen durch einen gut eingestellten Blutzucker und Blutdruck vermeidbar.

Gelingt es nicht, den Blutzuckerspiegel zu kontrollieren, kommt es zu einer Unter- bzw. Überzuckerung – der Diabetes wird als entgleist bezeichnet. In diesen Fällen treten akute Symptome wie Übelkeit, Zittern, Schweißausbruch, Verwirrtheit, starker Durst oder Müdigkeit auf. Im schlimmsten Fall kann es zu schweren Bewusstseinsstörungen und Koma kommen. Teilweise kann der Blutzucker erst im Rahmen einer Krankenhaus-Behandlung reguliert werden. Innerhalb von sechs Jahren wurde fast jede fünfte Person mit Typ-2-Diabetes **stationär mit entgleistem Diabetes** behandelt.

In Duisburg und Krefeld lag der Anteil der Versicherten, die mit entgleistem Typ-2-Diabetes stationär behandelt wurden, 25 Prozent über dem Durchschnitt des Versorgungsgebiets. Im Kreis Heinsberg hingegen 30 Prozent niedriger. Diese Zahlen sind **risikoadjustiert**, das heißt sie berücksichtigen die Unterschiede in der Versichertenstruktur. Diese Kennzahlen können Hinweise auf Defizite in der Versorgung geben.

8,6 Prozent der Bevölkerung ab 30 Jahren im Rheinland und in Hamburg leiden an einer **koronaren Herzkrankheit (KHK)**. Die Herzkranzgefäße sind verengt. Es kommt zu einer Mangeldurchblutung des Herzmuskels. In der Folge können Beschwerden wie Atemnot sowie ein Druckgefühl bzw. Schmerzen im Brustbereich auftreten. Das Herzinfarkt-Risiko ist deutlich erhöht.

Gut die Hälfte der Versicherten mit einer KHK nehmen am **strukturierten Behandlungsprogramm** teil. Die Teilnahme am DMP soll gewährleisten, dass auch in der hausärztlichen Praxis eine Behandlung gemäß aktuellen Therapiestandards erfolgt.

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Bei schwerem Krankheitsverlauf oder einer dauerhaft hohen Instabilität trotz intensiver Therapie soll eine **Kardiologin oder ein Kardiologe in die Betreuung eingebunden** werden. Im Jahr 2022 waren 48 Prozent der Versicherten mit einer entsprechenden Indikation in fachärztlicher Behandlung.

57 Prozent der KHK-Patientinnen und Patienten erhielten im Jahr 2022 **ausreichend Cholesterinsenker**. Die Medikamente beseitigen zwar nicht die Einengung an den Herzkranzgefäßen, verhindern aber, dass es zu weiteren Ablagerungen kommt. Dadurch lässt sich das Risiko für Folgeerkrankungen und Sterblichkeit signifikant verringern.

Bestehen trotz Therapie weiterhin Brustschmerzen oder kommt es zu Nebenwirkungen, kann die Durchblutung der Herzkranzgefäße durch einen Eingriff verbessert werden. Entweder kann hierfür eine Gefäßstütze („Stent“) eingesetzt werden oder die Engstelle durch eine künstlich angelegte Umgehung überbrückt werden („Bypass“). Innerhalb von sechs Jahren wurde bei 15 Prozent der KHK-Patientinnen und Patienten eine sogenannte **Revaskularisation** durchgeführt.

Bei 7,7 Prozent der Versicherten mit einer koronaren Herzkrankheit ist es innerhalb von sechs Jahren zu einem **Herzinfarkt** gekommen. Unter Berücksichtigung der Risikostruktur der Patientinnen und Patienten, kam es in Remscheid zu 28 Prozent mehr Infarkten, in Mülheim an der Ruhr und im Kreis Euskirchen zu 17 Prozent weniger Infarkten als im Rheinland-Hamburg-Durchschnitt.

8,6 Prozent der AOK-Versicherten ab 50 Jahren leiden an **Vorhofflimmern (VHF)**. Bei dieser Herzrhythmusstörung schlägt das Herz unregelmäßig und häufig zu schnell. In der Folge können vermehrt Blutgerinnsel entstehen, die Gefahr für Schlaganfälle ist deutlich erhöht. Studien zeigen, dass Vorhofflimmern nur bei zwei Dritteln der Betroffenen entdeckt wird.

Vorhofflimmern ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für einen Schlaganfall. Im Mittel weisen Menschen mit Vorhofflimmern ein vier- bis fünffach erhöhtes Schlaganfallrisiko auf. Studien zeigen, dass sich durch die Einnahme sogenannter oraler Antikoagulantien etwa zwei Drittel der blutgefäßbedingten Schlaganfälle verhindern lassen. Zwei Drittel der VHF-Patientinnen und Patienten erhalten diese **Medikamente zur Schlaganfallvermeidung gemäß aktueller Leitlinien**.

Ein wichtiges Ziel bei der Therapie von Vorhofflimmern ist es, den Herzrhythmus zu normalisieren. Als Alternative zu einer medikamentösen Therapie besteht die Möglichkeit einer sogenannten **Katheterablation**. Dabei wird das entsprechende Muskelgewebe durch Hitze oder Kälte verödet und die Quelle der Rhythmusstörung beseitigt. Innerhalb von sechs Jahren wurde ein solcher Eingriff bei 2,2 Prozent der Versicherten mit Vorhofflimmern durchgeführt.

Bei 6,8 Prozent der VHF-Patientinnen und Patienten ist innerhalb von sechs Jahren ein **Schlaganfall** durch ein Blutgerinnsel ausgelöst worden. Unter Berücksichtigung der Risikostruktur der Versicherten waren im Kreis Kleve 23 Prozent mehr Versicherte als im Durchschnitt des Versorgungsgebiets betroffen, im Kreis Heinsberg 28 Prozent weniger.

4,7 Prozent der Bevölkerung im Rheinland und in Hamburg haben **Asthma bronchiale**. Asthma ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege. Eine Überempfindlichkeit der Bronchien führt wiederkehrend zu einer Verengung der Atemwege. Typische Symptome sind anfallartig auftretende Atemnot, ein Engegefühl in der Brust, eine pfeifende Atmung und Husten.

Nur jede fünfte Person mit Asthma bronchiale ist in ein **strukturiertes Behandlungsprogramm** eingeschrieben.

Versicherte mit Asthma sollten bei schwerem Krankheitsverlauf oder einer dauerhaft hohen Instabilität trotz intensiver Therapie eine Lungenärztin oder einen Lungenarzt aufsuchen. Im Jahr 2022 waren 47 Prozent der Asthma-Patientinnen und Patienten mit entsprechender Indikation in **fachärztlicher Behandlung**.

Die **medikamentöse Asthma-Therapie** zielt darauf ab, die Krankheit zu kontrollieren. Je nach Erfolg der bestehenden Behandlung kann die Therapie entlang eines fünfstufigen Stufenschemas intensiviert werden. 41 Prozent aller Asthma-Patientinnen und Patienten erhalten eine intensivierte Therapie der Stufe 4 oder 5 des Stufenschemas.

Ein Bestandteil der medikamentösen Asthma-Therapie sind Asthmasprays mit Kortison. Bei schwerem Asthma kann der Wirkstoff als letzte Therapieoption auch längerfristig in Tablettenform eingenommen werden – er wirkt dann nicht mehr lokal, sondern im ganzen Körper. Vier Prozent der Asthma-Patientinnen und Patienten erhalten **systemische Glukokortikoide**, obwohl andere Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft sind.

Neun Prozent der Asthma-Patientinnen und Patienten entwickeln innerhalb von sechs Jahren **schweres Asthma**. In diesem Stadium lässt sich die Erkrankung selbst mit einer hochdosierten Therapie aus Kortison-Spray und langwirksamen Beta2-Sympathomimetika nicht gut kontrollieren. Unter Berücksichtigung der Risikostruktur waren in Solingen 50 Prozent mehr und in Leverkusen 50 Prozent weniger Versicherte betroffen als im Durchschnitt des Versorgungsgebietes.

8,3 Prozent der Bevölkerung im Rheinland und in Hamburg leiden an der **chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)**. Bei ihnen besteht eine irreversible und zumeist fortschreitende Verengung der tiefen Atemwege. In der Folge kommt es zu Atemnot, Husten und Auswurf.

Bei einem Drittel der COPD-Patientinnen und Patienten ist die Erkrankung so weit fortgeschritten, dass sie auf eine **intensivierte Therapie (Triple-Therapie)** angewiesen sind. Neun Prozent sind für eine ausreichende Sauerstoffversorgung auf die Zufuhr **zusätzlichen Sauerstoffs** angewiesen. Beide Indikatoren geben Aufschluss über die **Krankheitsschwere**.

Jede dritte Person mit COPD nimmt am **strukturierten Behandlungsprogramm** teil.

Patientinnen und Patienten mit COPD werden regelhaft in der hausärztlichen Versorgung betreut. Bei schwerem Krankheitsverlauf oder einer dauerhaft hohen Instabilität trotz intensivierter Therapie soll eine Lungenärztin oder ein Lungenarzt in die Betreuung eingebunden werden. Jede zweite Person mit entsprechender Indikation war im Jahr 2022 in **fachärztlicher Behandlung**.

Bei 17,5 Prozent der COPD-Patientinnen und Patienten hat sich die Erkrankung innerhalb von sechs Jahren so stark verschlechtert, dass sie eine **Sauerstofftherapie beginnen** mussten. Unter Berücksichtigung der Risikostruktur sind es im Kreis Viersen und im Oberbergischen Kreis ein Fünftel mehr Versicherte als im Durchschnitt, in Leverkusen hingegen 30 Prozent weniger.

7,8 Prozent der AOK-Versicherten im Rheinland und in Hamburg haben eine ärztlich diagnostizierte **chronische Nierenkrankheit**. Bei der Erkrankung nimmt die Nierenfunktion über einen längeren Zeitraum hinweg kontinuierlich ab und führt im terminalen Stadium zu einem vollständigen Ausfall der Nierenfunktion.

Bei knapp 80 Prozent der Versicherten mit chronischer Nierenkrankheit wurde im Jahr 2022 die Nierenfunktion mittels einer **Kreatininwert-Messung** überprüft. Zur Beobachtung des Krankheitsverlaufs sollte – je nach Schweregrad der Erkrankung – mindestens einmal jährlich eine Messung des Kreatininwertes durchgeführt werden.

Die **medikamentöse Therapie** einer chronischen Nierenkrankheit hat die Kontrolle der Ursachen zum Ziel. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen Diabetes und Bluthochdruck. 42 Prozent der Versicherten mit Nierenversagen und Bluthochdruck bzw. Typ-2-Diabetes haben im Jahr 2022 ausreichend Medikamente gemäß den Leitlinien-Empfehlungen erhalten.

Bei fortschreitendem Krankheitsstadium sollten Patientinnen und Patienten mit chronischer Nierenkrankheit **fachärztlich** betreut werden. Im Jahr 2022 waren nur 50 Prozent der Versicherten mit entsprechender Indikation bei einer Nephrologin bzw. einem Nephrologen in Behandlung.

Bei 5,9 Prozent der Versicherten mit chronischer Nierenkrankheit ist die Krankheit innerhalb von sechs Jahren so weit fortgeschritten, dass ihre Nieren komplett ausgefallen sind. Sie sind für ihr Überleben auf eine externe Blutwäsche (**Dialyse**) angewiesen. Unter Berücksichtigung der Risikostruktur waren in Düsseldorf und im Kreis Mettmann 40 Prozent mehr Versicherte und im Oberbergischen Kreis und in Oberhausen ein Drittel weniger Versicherte betroffen.

Der **sozioökonomische Status** hat maßgeblichen Einfluss auf den Verlauf chronischer Erkrankungen. Bei Bezieherinnen und Beziehern von Bürgergeld kommt es häufiger zu **schweren Krankheitsverläufen** als bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Die Wahrscheinlichkeit, bei chronischer Nierenkrankheit dialysepflichtig zu werden ist um 76 Prozent erhöht. Eine Krankenhausbehandlung mit einem entgleiten Typ-2-Diabetes ist 51 Prozent wahrscheinlicher. Auch das Risiko für Akutereignisse wie Schlaganfall (+45%) und Herzinfarkt (+38%) ist deutlich höher.

Ambulante Versorgung

Die **wohntnahe Erreichbarkeit** der **hausärztlichen Versorgung** im Rheinland und in Hamburg ist gut. 84 Prozent der Behandlungsfälle fanden in einer Praxis statt, die von der Wohnung der Versicherten mit dem Auto innerhalb von 15 Minuten Fahrzeit zu erreichen ist.

Behandlungsfälle **in kinder- und jugendärztlichen Praxen** finden zumeist wohnortnah statt. In 90 Prozent der Kontakte war die aufgesuchte Praxis mit dem Auto innerhalb von 20 Minuten **Fahrzeit** zu erreichen.

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert. Grundsätzlich dürfen in Deutschland aber alle hausärztlich tätigen Ärzte Kinder und Jugendliche behandeln. 20 Prozent aller allgemeinmedizinischen **Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen** fanden **in einer hausärztlichen Praxis** statt. In Gemeinden an den Rändern des Versorgungsgebietes beträgt der Anteil teilweise sogar 50 Prozent. Dazu zählen Emmerich und Rees im Kreis Kleve sowie die südlichen Gemeinden des Oberbergischen Kreises und des Kreises Euskirchen. Diese hohen Werte lassen auf Probleme in der kinder- und jugendärztlichen Versorgungsstruktur schließen.

Der Gesundheitsreport 2024 widmet sich in einem weiteren kleinen **Schwerpunkt der ambulanten Notfallversorgung**. Außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen – in der Regel bis 22 Uhr – steht Patientinnen und Patienten der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Dieser ist inzwischen flächendeckend in sogenannten Portalpraxen direkt an Krankenhäusern eingerichtet. Im Zentrum der Auswertungen steht die Frage, warum Menschen in diesem Zeitraum zur Behandlung ins Krankenhaus und nicht in den vertragsärztlichen Notdienst gehen. Die Ergebnisse geben Hinweise, wie eine Steuerung der Patientinnen und Patienten gelingen kann.

Während der Öffnungszeiten der Portalpraxen gab es durchschnittlich **20 ambulante Notfälle je 100 Versicherte**. Etwa die Hälfte davon (48 Prozent) wurden in den **Notfallambulanzen der Krankenhäuser** behandelt.

In der aktuellen, zweigliedrigen Struktur der Notfallversorgung liegt die Verantwortung für die „richtige“ Auswahl der Notfalleinrichtung bei den Patientinnen und Patienten. Die Auswertungen im Report zeigen, dass die Selbststeuerung im Großen und Ganzen gut funktioniert. Aber in vielen Fällen ist es für medizinische Laien schwierig, akute Beschwerden richtig einzuschätzen. Auch lässt es die Angebotsstruktur vor Ort nicht immer zu, zu jeder Tages- und Nachtzeit das vermeintlich benötigte Angebot vorzufinden. Die **AOK Rheinland/Hamburg unterstützt** daher die aktuellen Bestrebungen des Bundesgesundheitsministeriums zur **Reform der Notfallversorgung**. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, die ineffiziente und für Patientinnen und Patienten verwirrende Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Notfall-Bereich zu überwinden. Im Notfall brauchen Patientinnen und Patienten eine zentrale Anlaufstelle, die für die richtige Versorgung sorgt.

Das **Leitsymptom** ist der **wichtigste Einflussfaktor** für die Auswahl der genutzten Notfallstruktur. Je besorgniserregender der Behandlungsanlass, desto eher suchen Patientinnen und Patienten zur Abklärung die Notaufnahme eines Krankenhauses auf. Schwangere sowie Patientinnen und Patienten mit Verletzungen oder Problemen mit dem Allgemeinzustand begeben sich zumeist direkt in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Insbesondere Infekte, aber auch Probleme mit Augen, Ohren oder der Haut werden vorrangig im vertragsärztlichen Notdienst untersucht.

Die **Erreichbarkeit der Portalpraxis** ist ein wichtiger Einflussfaktor. Je größer der Fahrzeitunterschied zwischen nächstgelegener Portalpraxis und nächstgelegenen Krankenhaus, desto eher wird die Notaufnahme eines Krankenhauses angesteuert.

Personenbezogene, soziodemographische Aspekte sind gegenüber dem Behandlungsanlass und strukturellen Variablen **nachrangige Erklärungsfaktoren** in Hinblick auf die genutzte Notfallstruktur.

Für Versicherte mit **ausländischer Staatsangehörigkeit** ist es tendenziell schwieriger, sich in den Notfallstrukturen zurechtzufinden. Insbesondere Patientinnen und Patienten aus Syrien sowie aus europäischen Ländern östlich von Deutschland haben eine etwas erhöhte Wahrscheinlichkeit, mit einem akuten Anliegen die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufzusuchen.

Der Einfluss der **sozialen Situation der Patientinnen und Patienten** entspricht nicht den weitläufig bestehenden Erwartungen. Versicherte mit hohem Einkommen nutzen mit der gleichen Wahrscheinlichkeit die Notaufnahme eines Krankenhauses wie Bürgergeld-Beziehende. Im Rentenalter nimmt die Wahrscheinlichkeit mit steigendem Renteneinkommen sogar zu.

Der Anteil der **im Krankenhaus behandelten ambulanten Notfälle** ist von vielen Faktoren abhängig. Regional sind diese Faktoren wie zum Beispiel die Erreichbarkeit der Portalpraxis oder die Sozialstruktur der Bevölkerung unterschiedlich ausgeprägt und kaum zu beeinflussen. Zur Beurteilung, wie gut die Steuerung der ambulanten Notfälle in einer Region funktioniert, können diese **Einflussfaktoren herausgerechnet** werden. Demnach wurden in Mülheim an der Ruhr ein Drittel mehr ambulante Notfälle im Krankenhaus behandelt als im Durchschnitt. In Krefeld waren es hingegen 37 Prozent weniger Fälle.

Stationäre Versorgung

Nordrhein-Westfalen wird, voraussichtlich zum Oktober 2024, eine **neue Krankenhausplanung** umsetzen. Erstmals in Deutschland werden sich die Versorgungsaufträge der Krankenhäuser nicht mehr auf ganze Fachabteilungen, sondern auf sogenannte Leistungsgruppen beziehen. Der Gesundheitsreport betrachtet die zu erwartenden Auswirkungen auf Fahrzeit und Qualität für ausgewählte Leistungsgruppen auf Basis der Voten der Krankenkassen. Diese Darstellung soll mögliche Änderungen transparent darlegen. Sie stellt dezidiert keine Vorwegnahme der finalen Entscheidung durch das Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalens dar.

Die Vorschläge der Krankenkassen zur neuen Krankenhausplanung sehen keine Änderungen in der stationären Grundversorgung vor. Die **Erreichbarkeit** eines Krankenhauses mit einer **Allgemeinen Inneren Chirurgie** und einer **Allgemeinen Chirurgie** wäre wohnortnah gegeben. Die durchschnittliche Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus läge bei weniger als zehn Minuten. In keiner Region im Rheinland müssten die Menschen mehr als 30 Minuten zum nächsten Krankenhaus fahren.

In der bisherigen Krankenhausplanung erstreckt sich der Versorgungsauftrag von Krankenhäusern in der Regel auf ganze Fachabteilungen. Jedes Krankenhaus mit einer Inneren Medizin darf bislang auch **komplexe Herzschrittmacher** einsetzen, jedes Krankenhaus mit einer Chirurgie darf **künstliche Hüftgelenke** implantieren. Im neuen Planungssystem werden solche komplexen Eingriffe aus den allgemeinen Versorgungsaufträgen ausgegliedert und separat geplant. In den Leistungsgruppen der sogenannten Kardialen Devices und der Hüftendoprothetik haben die Krankenkassen vorgeschlagen, dass die Versorgungsaufträge insbesondere bei Krankenhäusern mit geringen Fallzahlen künftig entfallen sollen. Dies soll eine spezialisierte Versorgung gewährleisten. Der Zusammenhang zwischen Operationshäufigkeit und Qualität ist wissenschaftlich gut belegt.

Im Jahr 2023 gab es 216 **Krankenhäusfälle** je 1.000 AOK-Versicherte. Im Vergleich zum Zeitraum vor der Corona-Pandemie ist dies ein Rückgang um 14 Prozent. Dieser Rückgang ist nachhaltig und legt nahe, dass eine gewisse Konzentration auf wirklich notwendige Eingriffe stattgefunden hat.

Deutschland hat im internationalen Vergleich auch weiterhin eine sehr hohe Anzahl an Krankenhausfällen. Bei bestimmten Krankenhausfällen bestehen Zweifel, ob eine stationäre Aufnahme medizinisch tatsächlich erforderlich war. Verdacht auf eine **potenzielle primäre Fehlbelegung** besteht zum Beispiel bei vielen einfachen Eingriffen ohne komplizierende Faktoren. Hiervon gab es im Jahr 2023 30 Krankenhausfälle je 1.000 AOK-Versicherte. Auch eine kurze Verweildauer im Krankenhaus deutet auf ein ambulantes Potenzial hin. In 2023 waren etwa die Hälfte aller Krankenhausfälle **Kurzliegerfälle**.

Werden Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt bald wieder stationär aufgenommen, bezeichnet man dies als „Drehtür-Effekt“. Zu den Gründen hierfür zählen zum Beispiel eine mangelnde Anschlussversorgung oder eine Überforderung der Patientinnen und Patienten im Alltag, aber auch Komplikationen in Folge des Ersteingriffs. Nach jedem sechsten Krankenhausfall von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren erfolgt innerhalb von 30 Tagen eine **stationäre Wiederaufnahme**.

Knapp 30 Prozent der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren nehmen innerhalb von drei Monaten nach einer orthopädischen oder kardiologischen Operation bzw. einer Schlaganfallbehandlung an einer **Rehabilitationsmaßnahme** teil.

Nach einer Krankenhauserkrankung benötigen einige Patientinnen und Patienten weiterhin vorübergehend oder dauerhaft Unterstützung bei der pflegerischen Versorgung. In 15 Prozent der Fälle erhalten Versicherte ab 65 Jahren nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus Leistungen der **häuslichen Krankenpflege**, nach 2,4 Prozent der Fälle nutzen Patientinnen und Patienten ab 65 Jahre die **Kurzzeitpflege** und nach 2,7 Prozent aller Krankenhausfälle erfolgt eine **Aufnahme in ein Pflegeheim**.

Kinder- und Jugendgesundheit

Nur 44 Prozent der Mütter werden nach der Geburt eines Kindes durch eine **Hebamme** betreut. Die regionalen Unterschiede sind eklatant: In den Kreisen Kleve und Euskirchen kommt in fast 70 Prozent der Fälle eine Hebamme zur Wochenbettbetreuung, in Duisburg und Mönchengladbach nur nach jeder vierten Geburt.

Der Familie kommt bei der kindlichen Entwicklung eine entscheidende Rolle zu. Eigene Belastungen der Eltern können sich negativ auf das Kind auswirken. Jedes zweite bei der AOK-versicherte Kind wächst in einem **Haushalt mit mindestens einer familiären Belastungssituation** auf. Kinder mit einer familiären Belastungssituation haben ein um 25 Prozent höheres Risiko für gesundheitliche Auffälligkeiten und Probleme.

Die **Früherkennungsuntersuchungen** bei Kindern werden bis ins Kleinkindalter sehr rege genutzt. Die U7a für Kinder am Ende des dritten Lebensjahrs nehmen noch 93 Prozent der Kinder wahr. Die U10 im Grundschulalter und die J1-Untersuchung rund um das 13. Lebensjahr nutzen hingegen nur noch 50 bzw. 46 Prozent. Deutliche regionale Unterschiede deuten darauf hin, dass es in einigen Kreisen und kreisfreien Städten besser gelingt, die Bevölkerung zur Teilnahme an einer Früherkennung zu motivieren. Im Kreis Mettmann nutzen fast 71 Prozent der Jugendlichen die J1-Untersuchung, in Remscheid ist es hingegen nur jede und jeder Vierte.

4,3 Prozent der Kinder und Jugendlichen ab sechs Jahren haben die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (kurz: **ADHS**). Auffällig sind die hohen Raten im Altkreis Aachen und der Stadt Aachen. Hier liegt der Anteil an betroffenen Kindern teilweise doppelt so hoch wie im Durchschnitt. 45 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit **ADHS** erhalten eine **medikamentöse Therapie**. Im Kreis Viersen sind es sogar über 60 Prozent.

Arzneimittel

Vier von zehn Versicherten ab 65 Jahren erhalten fünf und mehr Medikamente verschrieben. Dies ist ein Hinweis auf **Polypharmazie**. Wenn sich verschiedene Wirkstoffe gegenseitig beeinflussen, können diese Wechselwirkungen zu Problemen führen.

Eine Analyse der Medikamentenverordnungen bei Polypharmazie-Patientinnen und Patienten gibt Aufschluss über die häufigsten **Einsatzgebiete**: Die meisten Verordnungen entfallen auf Herzerkrankungen (insbesondere Bluthochdruck), Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes und muskuloskelettale Leiden wie Rückenschmerzen und Arthrose.

Zumeist erhalten Versicherte Medikamente von Ärztinnen und Ärzten aus unterschiedlichen Praxen verordnet. Bei knapp 30 Prozent der Polypharmazie-Patientinnen und Patienten gibt es **keinen zentralen Hauptverordner**. Dies erhöht die Gefahr, dass mögliche Wechselwirkungen unberücksichtigt bleiben.

Protonenpumpenhemmer sind Medikamente, die die Magensäureproduktion reduzieren. Sie werden bei einer Vielzahl von Beschwerden des Magen-Darm-Trakts eingesetzt. Mehr als jede fünfte erwachsene Person hat im Jahr 2022 eine entsprechende Medikamentenverordnung erhalten.

Protonenpumpeninhibitoren werden meistens bei Erkrankungen eingesetzt, für die das Medikament offiziell gar nicht zugelassen ist. In 15 Prozent der Verordnungen ist in den Daten überhaupt **kein rechtfertigender Behandlungsanlass** ersichtlich.

Aufgrund möglicher Langzeitfolgen sollen Protonenpumpenhemmer vorrangig in geringer Dosis und so kurz wie möglich eingesetzt werden. 30 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Protonenpumpenhemmern erhalten eine **Hochdosistherapie über einen Behandlungszeitraum** von 56 Tagen hinaus.

Pflege

Jede 16. Person im Rheinland und in Hamburg ist **pflegebedürftig** (6,6 Prozent) – jede sechste davon wird stationär in einem Pflegeheim betreut. Zwischen den Kreisen bzw. kreisfreien Städten variiert der Anteil der auf Pflege angewiesenen Personen deutlich.

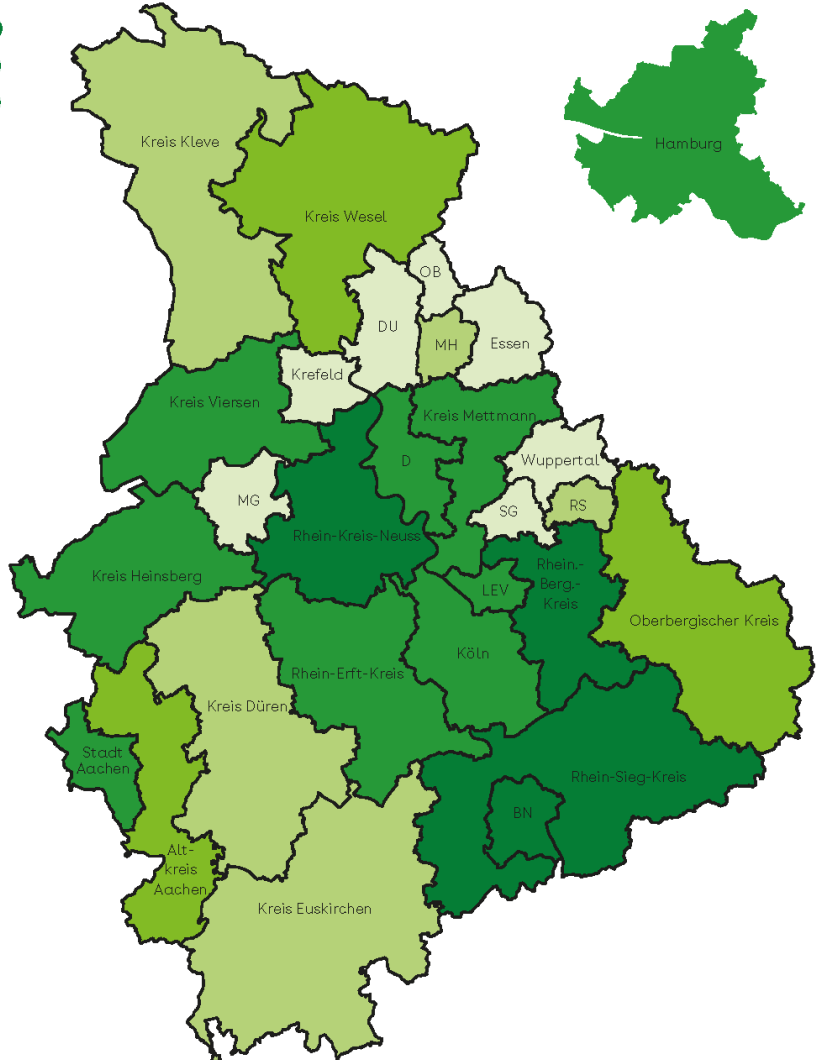
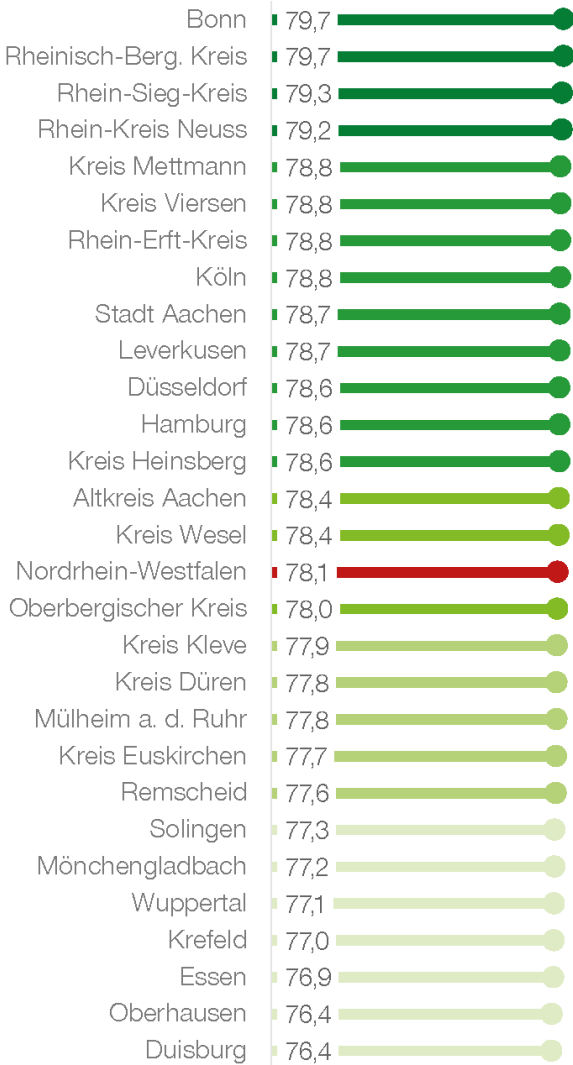
Krankenhauseinweisungen bei pflegebedürftigen Menschen sind oftmals vermeidbar. Zum einen könnten bestimmte Behandlungsanlässe, wie zum Beispiel Wunden oder Dehydrierung, durch eine gute Pflege verhindert werden. Hier kam es im Jahr 2023 durchschnittlich zu 13 Krankenhausfällen je 100 ganzjährig im Pflegeheim gepflegte Personen. Zum anderen ließen sich viele Erkrankungen durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten bereits im Pflegeheim behandeln. Im Jahr 2023 hätten dadurch 46 Krankenhausfälle je 100 ganzjährig im Pflegeheim gepflegte Personen vermieden werden können.

Zehn Prozent aller **demenziell erkrankten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner** erhalten **dauerhaft Antipsychotika**. Antipsychotika haben einen sedierenden Effekt. Sie reduzieren die emotionale Erregbarkeit, den Antrieb und die Spontanbewegung. Weglauftendenzen oder beständiges Rufen können mit Psychopharmaka unterdrückt werden. Nicht zuletzt aufgrund des Risikos für schwerwiegende Nebenwirkungen sollte der Einsatz kurzfristig, niedrig dosiert und engmaschig kontrolliert erfolgen.

Lebenserwartung und Mortalität

Lebenserwartung Männer

Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren



Was sagt die Lebenserwartung aus?

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist ein Indikator zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Es handelt sich um eine statistisch modellierte Maßzahl. Sie gibt an, wie lange Neugeborene eines bestimmten Jahrgangs durchschnittlich leben würden, wenn die aktuell beobachteten altersspezifischen Sterblichkeitsraten während ihres ganzen Lebens konstant blieben. Insofern handelt es sich bei dem Indikator nicht um eine Vorhersage, sondern um eine Beschreibung des Ist-Zustandes. Im Gegensatz zum durchschnittlichen Sterbealter werden bei diesem Indikator Veränderungen der Altersstruktur herausgerechnet, sodass die Werte über die Zeit und zwischen verschiedenen Regionen vergleichbar sind.

Der Indikator wird nach Geschlecht getrennt dargestellt.

Zeitraum

2020 bis 2022

Aufgreifkriterien

alle Todesfälle

Standardisierung

keine

Datenquelle

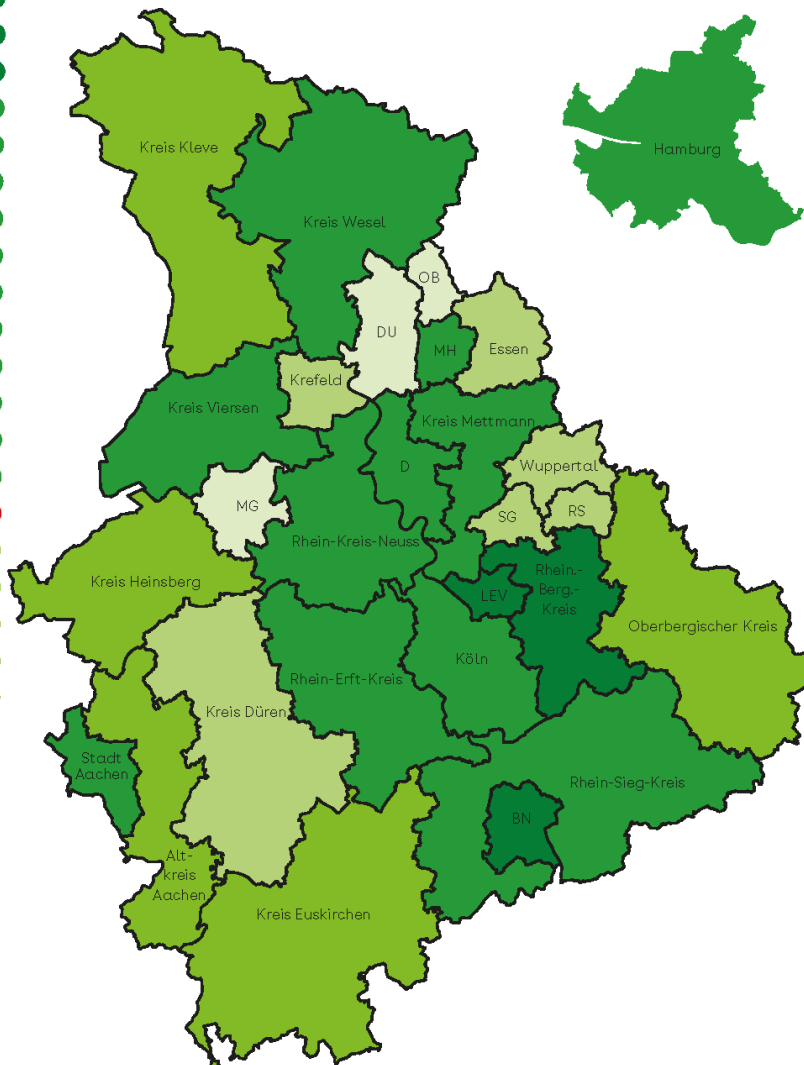
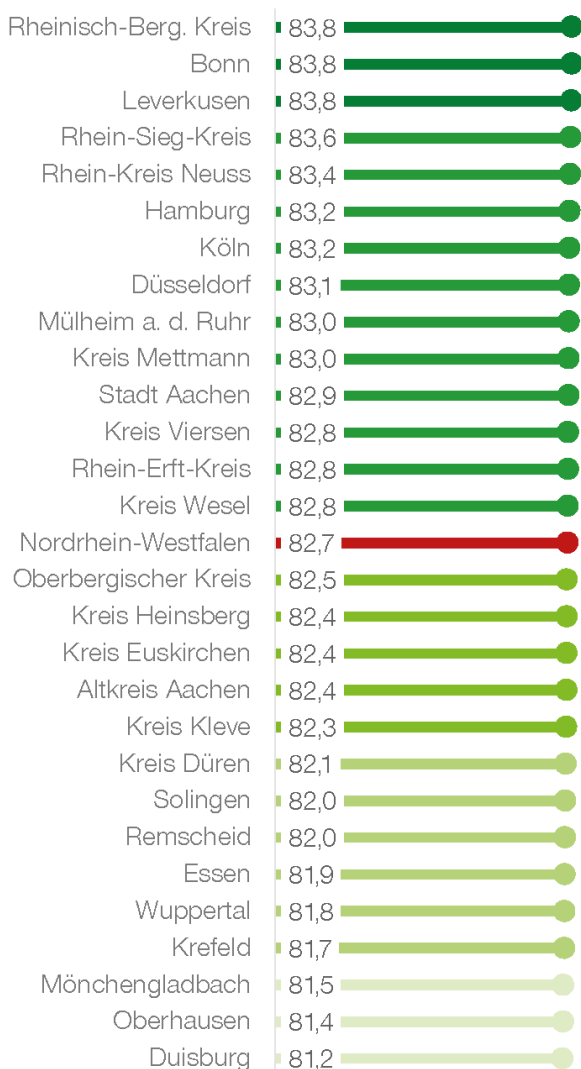
LZG.NRW und Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung

Wohnort

Lebenserwartung Frauen

Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren



Was sagt die Lebenserwartung aus?

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist ein Indikator zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Es handelt sich um eine statistisch modellierte Maßzahl. Sie gibt an, wie lange Neugeborene eines bestimmten Jahrgangs durchschnittlich leben würden, wenn die aktuell beobachteten altersspezifischen Sterblichkeitsraten während ihres ganzen Lebens konstant blieben. Insofern handelt es sich bei dem Indikator nicht um eine Vorhersage, sondern um eine Beschreibung des Ist-Zustandes. Im Gegensatz zum durchschnittlichen Sterbealter werden bei diesem Indikator Veränderungen der Altersstruktur herausgerechnet, sodass die Werte über die Zeit und zwischen verschiedenen Regionen vergleichbar sind.

Der Indikator wird nach Geschlecht getrennt dargestellt.

Zeitraum

2020 bis 2022

Aufgreifkriterien

alle Todesfälle

Standardisierung

keine

Datenquelle

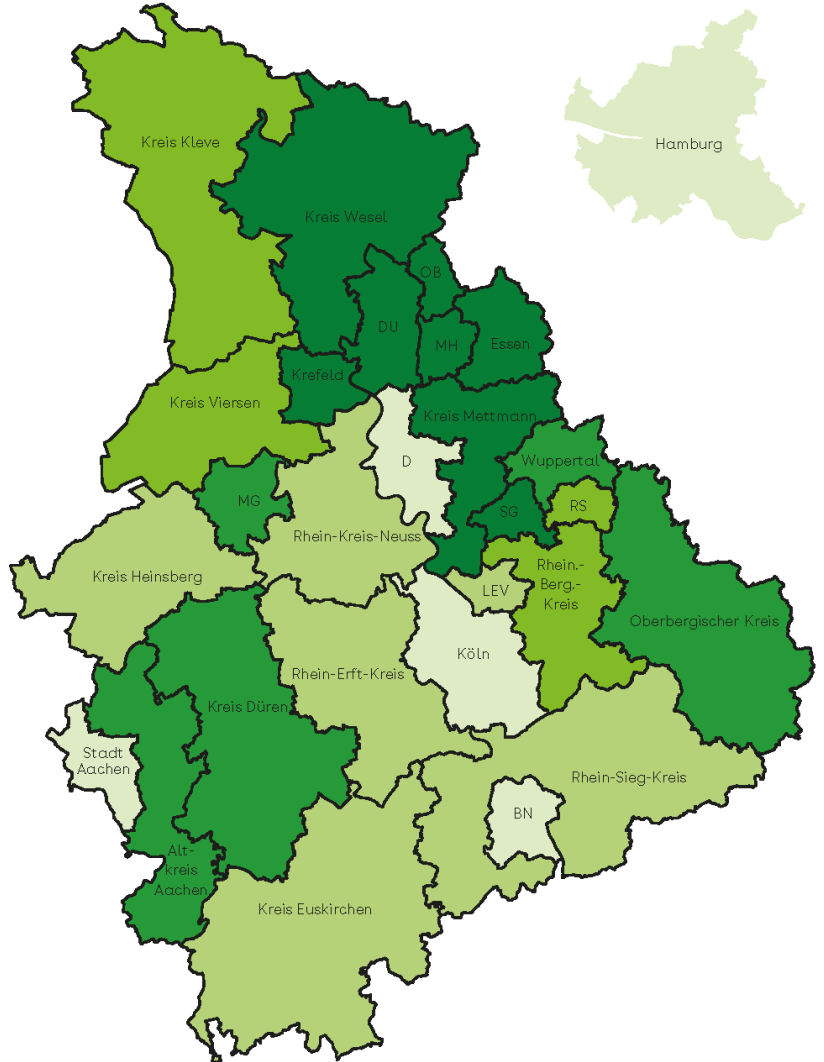
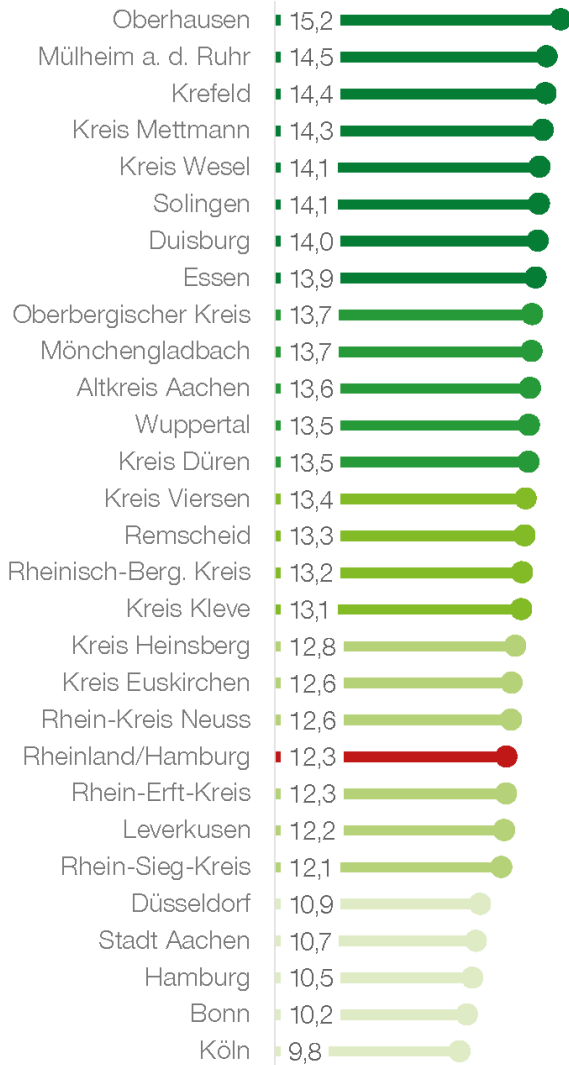
LZG.NRW und Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung

Wohnort

Mortalität

Sterbefälle je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Wie wird die Mortalität erfasst?

Die Daten stammen aus der amtlichen Statistik der Sterbefälle, in der alle Todesfälle unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK Rheinland/Hamburg erfasst werden.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

alle Todesfälle

Standardisierung

keine

Datenquelle

IT.NRW, Statistisches Bundesamt

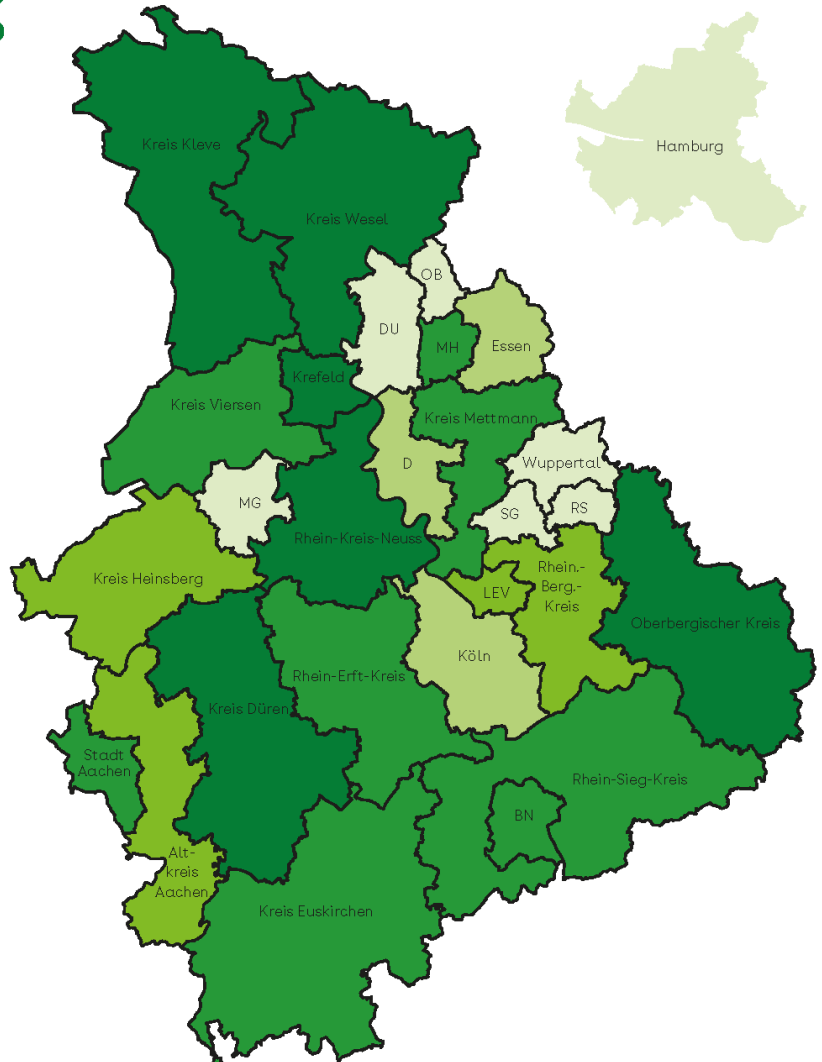
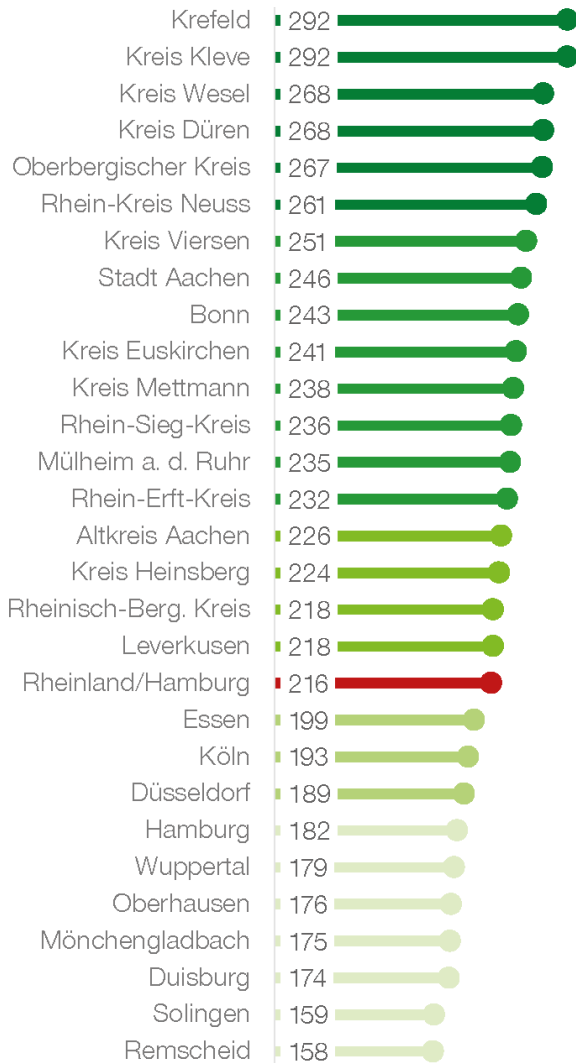
Regionale Zuordnung

Wohnort

Rahmenbedingungen und Gesundheitsvorsorge

Mitgliedschaften in Sportvereinen

Mitgliedschaften je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Wie werden die Mitgliedschaften in Sportvereinen erfasst?

Die Anzahl der Mitgliedschaften in Sportvereinen ist ein Indikator für die sportliche Aktivität der Bevölkerung. Die Mitgliederzahlen der Sportvereine werden nicht personenbezogen gemeldet. Eine Person, die Mitglied in mehreren Vereinen ist, wird somit mehrfach in der Statistik gezählt. Der Organisationsgrad der Bevölkerung in Sportvereinen lässt sich daher nicht erfassen, sondern lediglich die Anzahl der Mitgliedschaften pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Die hohen Mitgliederzahlen der Fußballbundesligisten verzerren dieses Bild, da es sich zum Großteil um passive Mitglieder handelt. Daher wurden die Werte der Kreise um die Mitgliederzahlen ihrer Erst- und Zweitligaver-eine der Fußballbundesliga reduziert und pauschal 1.500 als aktive Sportlerinnen und Sportler pro Verein berücksichtigt.

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

alle Mitgliedschaften

Standardisierung

keine

Datenquelle

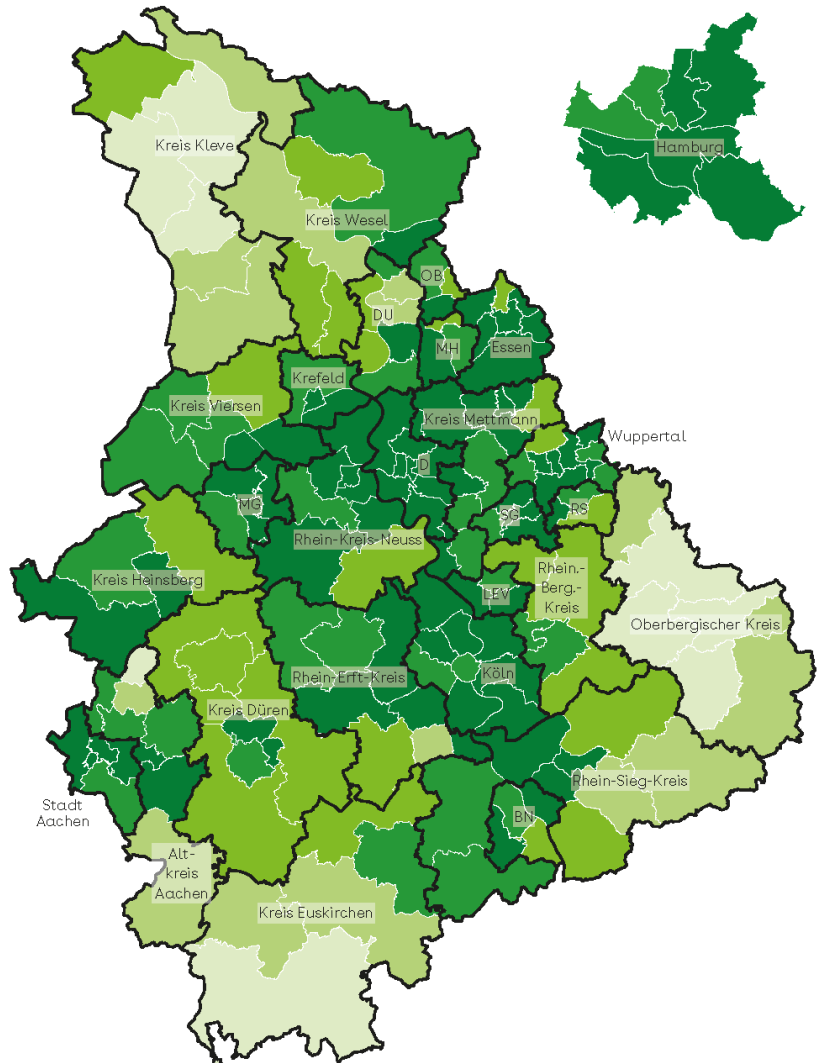
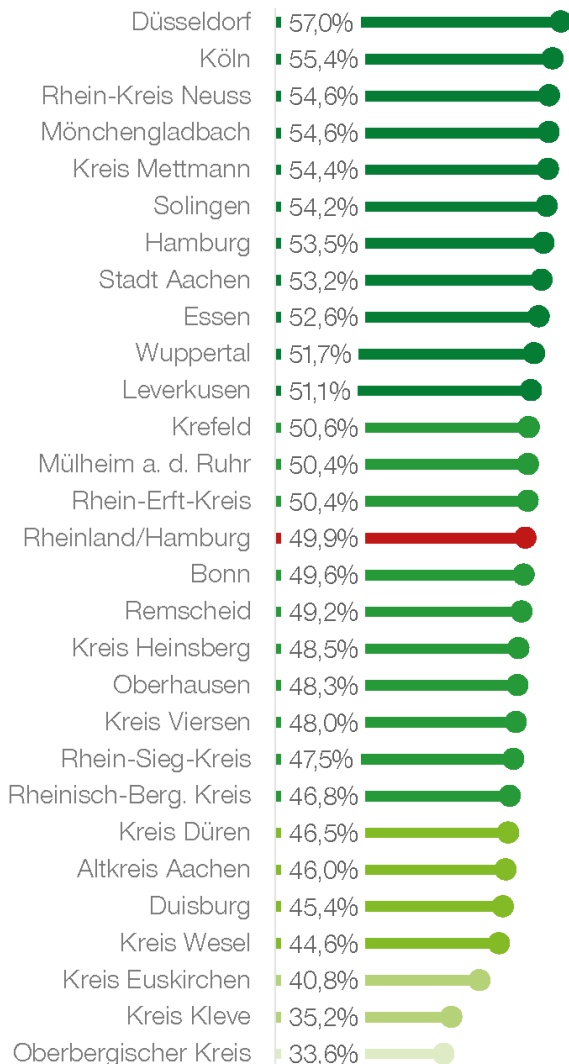
Landessportbund NRW,
Hamburger Sportbund

Regionale Zuordnung

Sitz des Sportvereins

Check-up bei Frauen

Inanspruchnahme bei Frauen ab 35 Jahren



Was wird beim Check-up gemacht?

Versicherte ab 35 Jahre haben alle drei Jahre Anspruch auf eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung (ehemals Check-up 35). Bei der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung sollen gesundheitliche Risiken und Belastungen frühzeitig erfasst werden. Sie dient außerdem der Früherkennung von häufig auftretenden Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes. Hierzu werden Vorerkrankungen und Beschwerden besprochen, eine vollständige körperliche Untersuchung durchgeführt, der Blutdruck gemessen sowie eine Blutprobe entnommen und im Labor ausgewertet. Die Ergebnisse werden in einem abschließenden Gespräch besprochen.

Zeitraum

2020 bis 2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01732

Standardisierung

Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

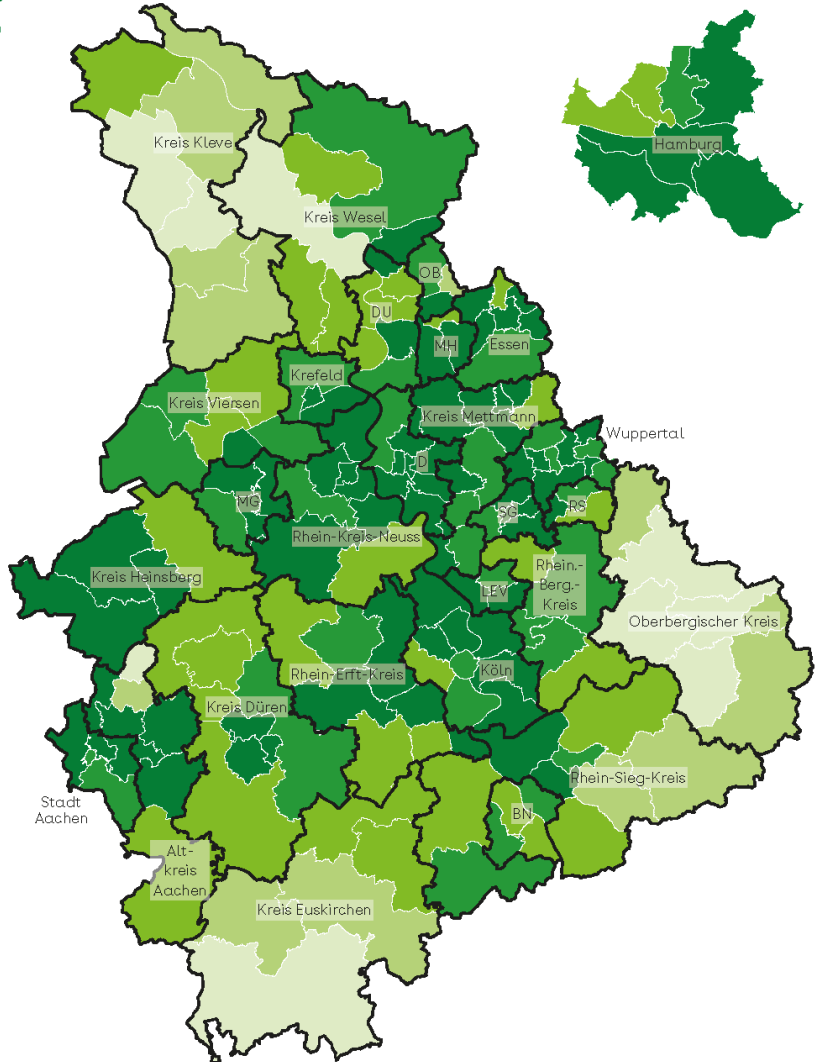
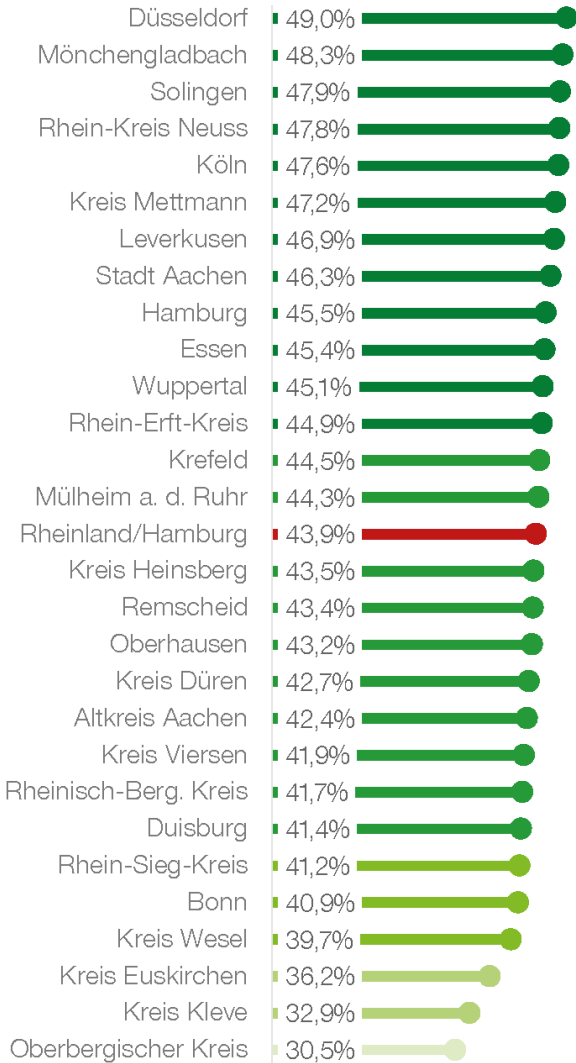
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Check-up bei Männern

Inanspruchnahme bei Männern ab 35 Jahren



Was wird beim Check-up gemacht?

Versicherte ab 35 Jahre haben alle drei Jahre Anspruch auf eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung (ehemals Check-up 35). Bei der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung sollen gesundheitliche Risiken und Belastungen frühzeitig erfasst werden. Sie dient außerdem der Früherkennung von häufig auftretenden Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes. Hierzu werden Vorerkrankungen und Beschwerden besprochen, eine vollständige körperliche Untersuchung durchgeführt, der Blutdruck gemessen sowie eine Blutprobe entnommen und im Labor ausgewertet. Die Ergebnisse werden in einem abschließenden Gespräch besprochen.

Zeitraum

2020 bis 2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01732

Standardisierung

Alter auf männliche Bundesbevölkerung

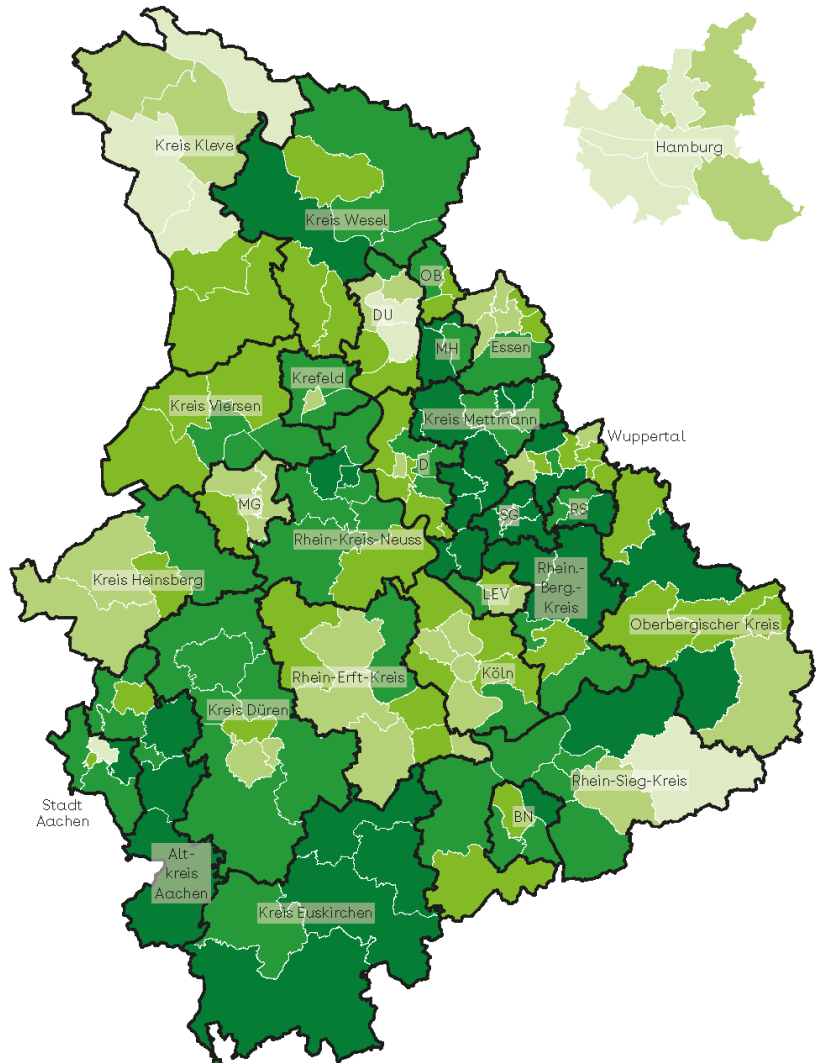
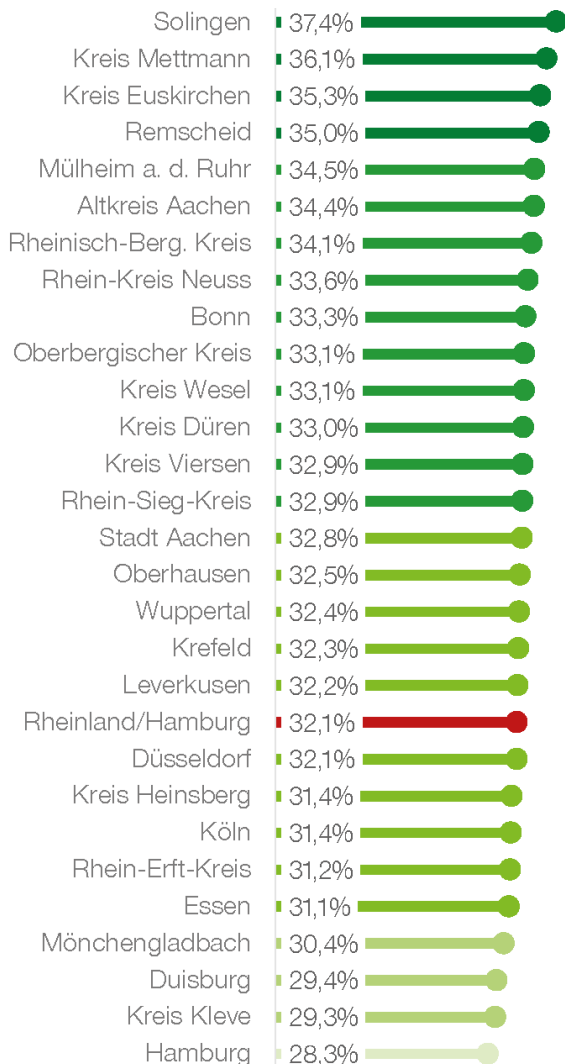
Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau Inanspruchnahme bei Frauen ab 20 Jahren



Was wird bei der Früherkennung gemacht?

Im Rahmen der gynäkologischen Früherkennungsuntersuchung können sich Frauen ab 20 Jahren einmal pro Jahr bei der Frauenärztin bzw. dem Frauenarzt auf Krebs im Genitalbereich, insbesondere Gebärmutterhalskrebs, untersuchen lassen. Die Untersuchung besteht aus einer Begutachtung des Genitalbereichs, einer Tastuntersuchung der inneren Genitalien sowie einer Betrachtung der Scheide und des Muttermundes mittels eines Spiegels. Bei Frauen unter 35 Jahren wird jährlich ein Abstrich vom Gebärmutterhals genommen (Pap-Test). Bei Frauen ab 35 Jahren wird alle drei Jahre ein kombinierter Pap-Abstrich und Test auf Humane Papillomviren durchgeführt. Bei Frauen ab 30 Jahren wird zudem die Brust abgetastet.

i Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg mit einem genetischen Risiko für Brust- und/oder Eierstockkrebs können ein Beratungs- und Früherkennungsangebot in spezialisierten Einrichtungen nutzen.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
EBM-Ziffern: 01760, 01761

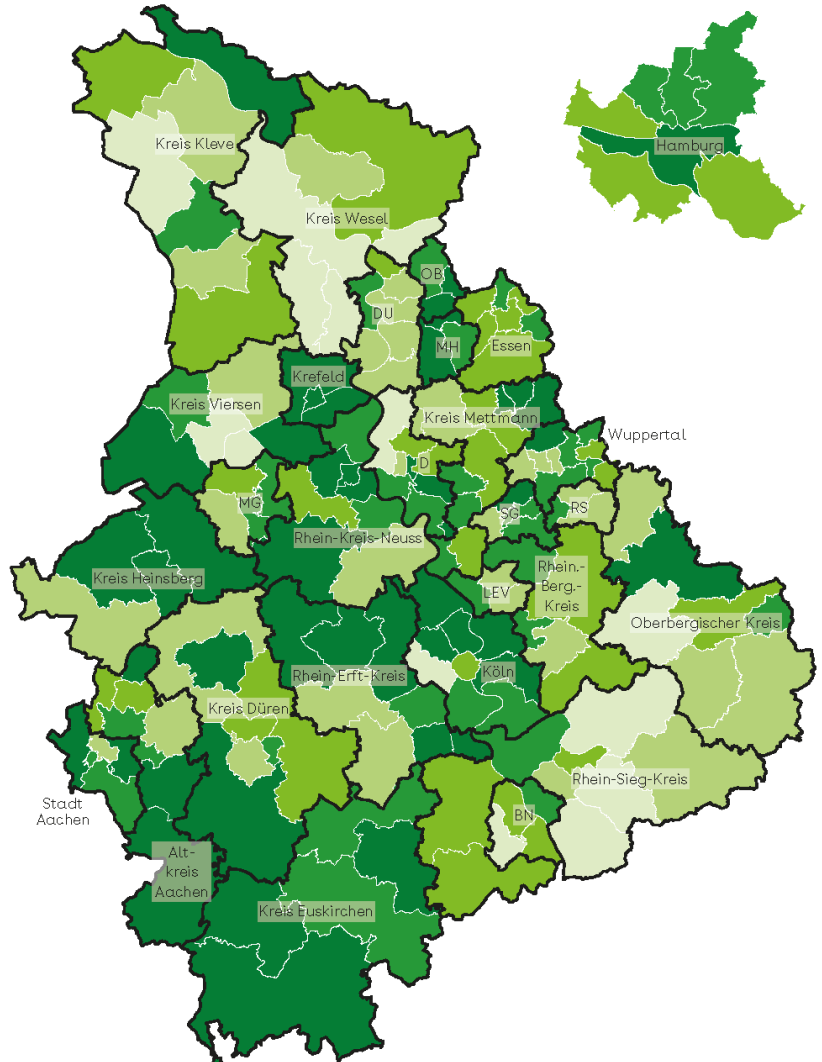
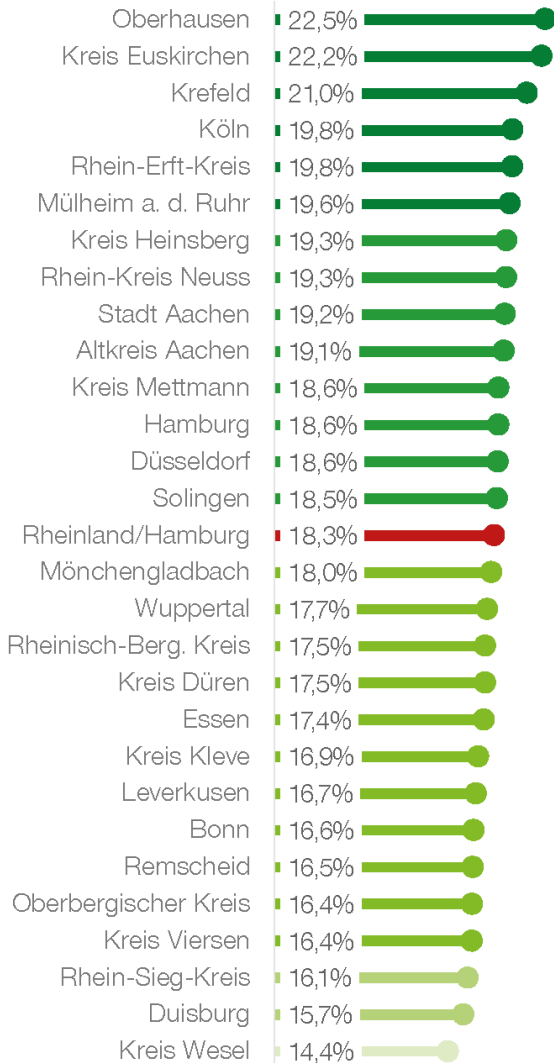
Standardisierung
Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann

Inanspruchnahme bei Männern ab 45 Jahren



Was wird bei der Früherkennung gemacht?

Im Rahmen der urologischen Früherkennungsuntersuchung können sich Männer ab 45 Jahren einmal pro Jahr auf Krebs im Genitalbereich untersuchen lassen. Sie besteht aus der Inspektion des äußeren Genitals und der Tastuntersuchung auf Prostatakrebs. Früherkennungsmaßnahmen können Krebs in der Regel zwar nicht verhindern, aber möglichst frühzeitig entdecken und somit die Heilungschancen verbessern.

i Die AOK bietet mit Vorsorg-O-Mat ein Online-Tool, um den Überblick der anstehenden Früherkennungsuntersuchungen zu behalten.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01731

Standardisierung

Alter auf männliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

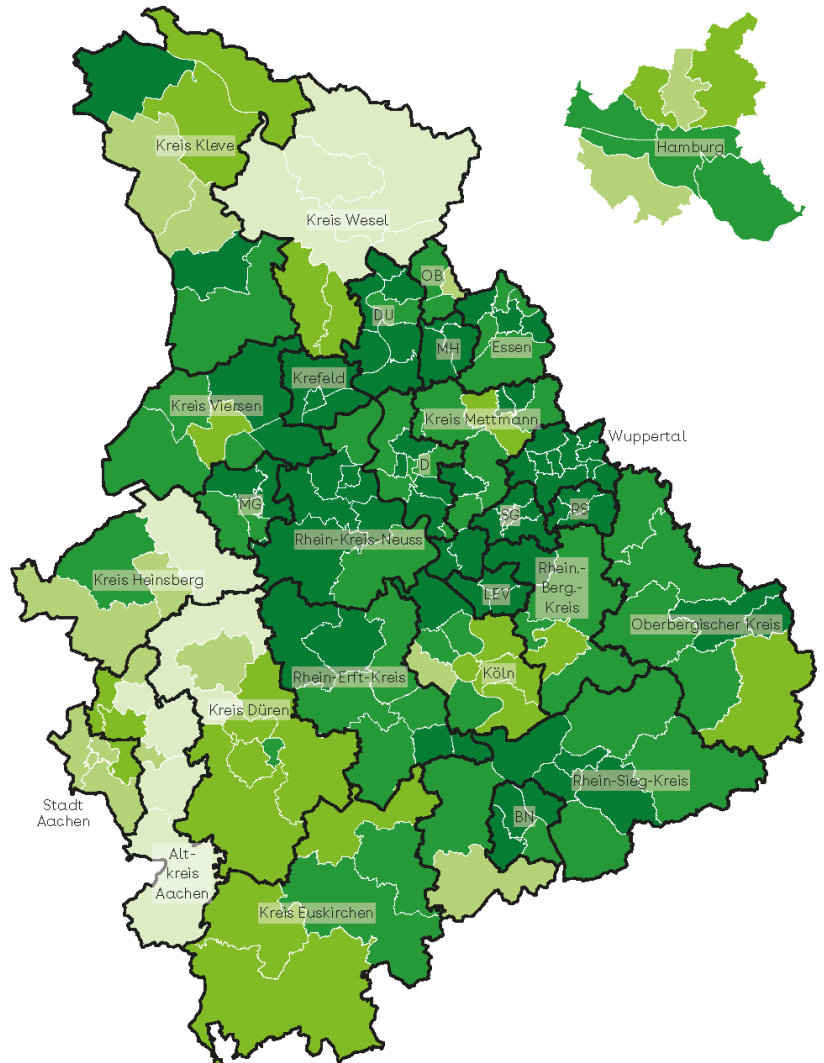
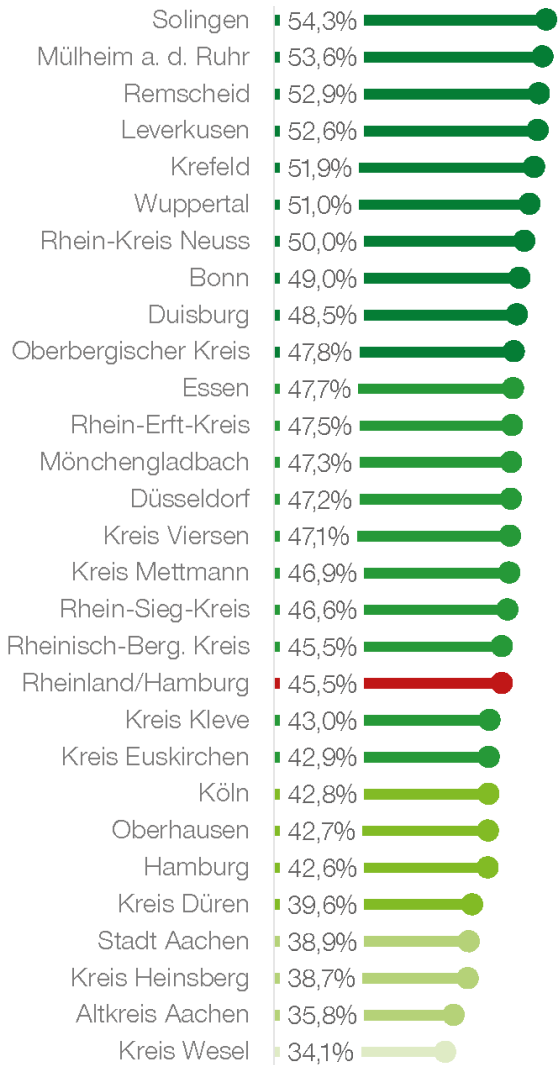
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Mammographie-Screening

Inanspruchnahme bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren



Warum gibt es ein Mammographie-Screening?

Brustkrebs ist die mit Abstand häufigste Krebsart bei Frauen. Jährlich erkranken 170 je 100.000 Frauen neu an Brustkrebs. Brustkrebs ist heutzutage – wenn er frühzeitig erkannt und leitliniengerecht behandelt wird – in vielen Fällen heilbar. Um die Erkrankung möglichst früh zu erkennen, besteht in Deutschland mit dem Mammographie-Screening ein Früherkennungsprogramm. Alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden verdachtsunabhängig alle zwei Jahre schriftlich zur Röntgenuntersuchung der Brust eingeladen. Die Durchführung findet in Mammographiezentren statt. Ziel des Screenings ist es, Krebs in einem frühen Stadium zu erkennen, in dem er sich noch gut behandeln lässt.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Frauen in der Altersgruppe der Einladung zum Mammographie-Screening in den Jahren 2021 und 2022 gefolgt sind.

Zeitraum

2021 bis 2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01750

Standardisierung

Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

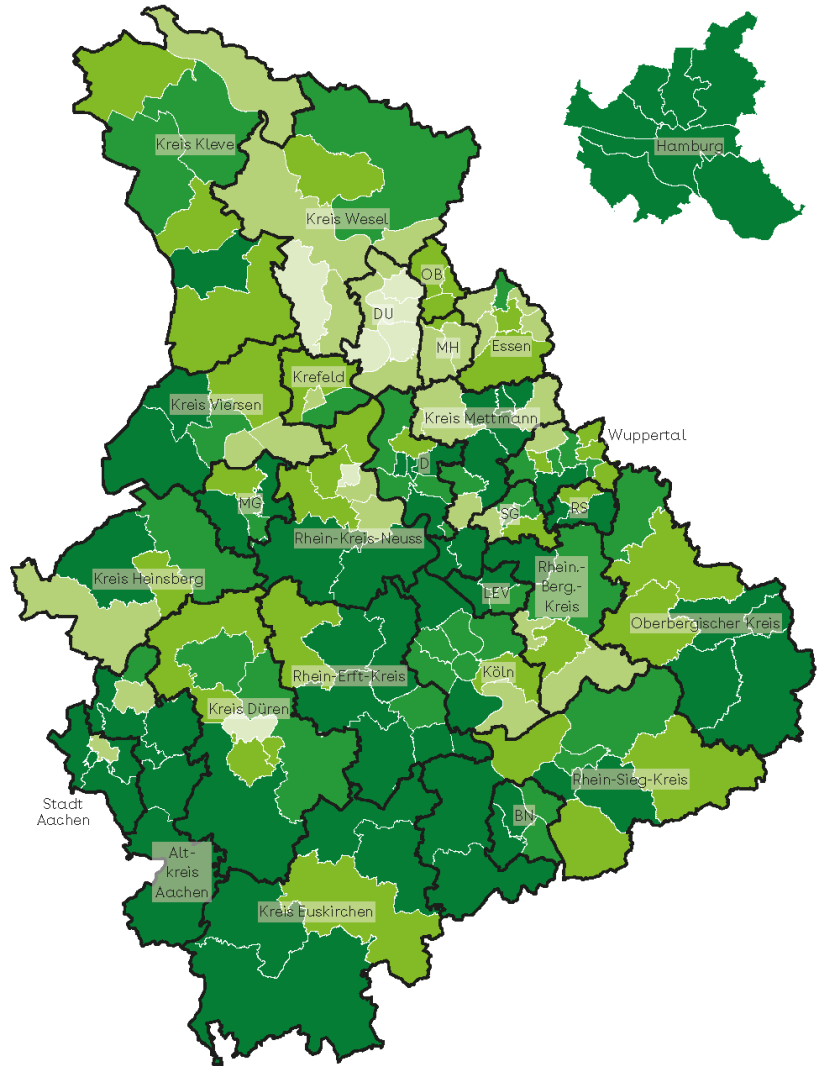
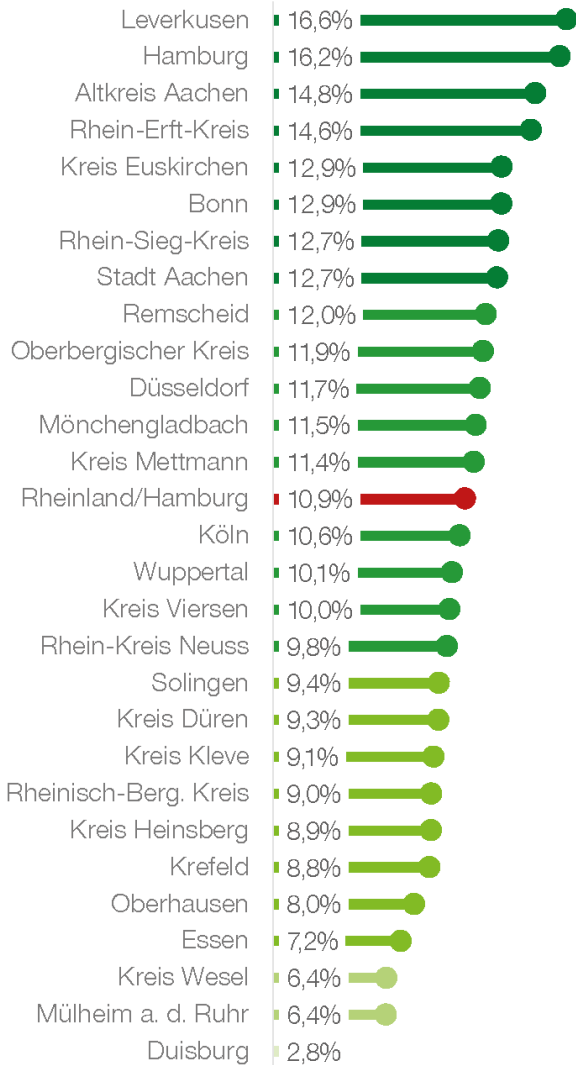
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungskoloskopie

Inanspruchnahme in den ersten fünf Jahren nach erstmaliger Anspruchsberechtigung



Warum ist die Früherkennungskoloskopie besonders sinnvoll?

Die Koloskopie (Darmspiegelung) ist die derzeit zuverlässigste Methode, um Darmkrebs frühzeitig zu erkennen. Sie ermöglicht, Krebsvorstufen zu entfernen und somit das Risiko für die Entstehung von Darmkrebs deutlich zu senken. Versicherte haben ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf eine Früherkennungs-Koloskopie, die nach 10 Jahren einmal wiederholt werden kann. Seit dem 19. April 2019 können Männer bereits ab dem Alter von 50 Jahren eine Früherkennungskoloskopie in Anspruch nehmen. Diese Neuerung schlägt sich in dieser Auswertung noch nicht nieder. Die Auswertung weist die Inanspruchnahme innerhalb der ersten fünf Jahre nach dem 55. Geburtstag für drei Geburtsjahrgänge aus.

Zeitraum

2016 bis 2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01741

Standardisierung

keine

Datenquelle

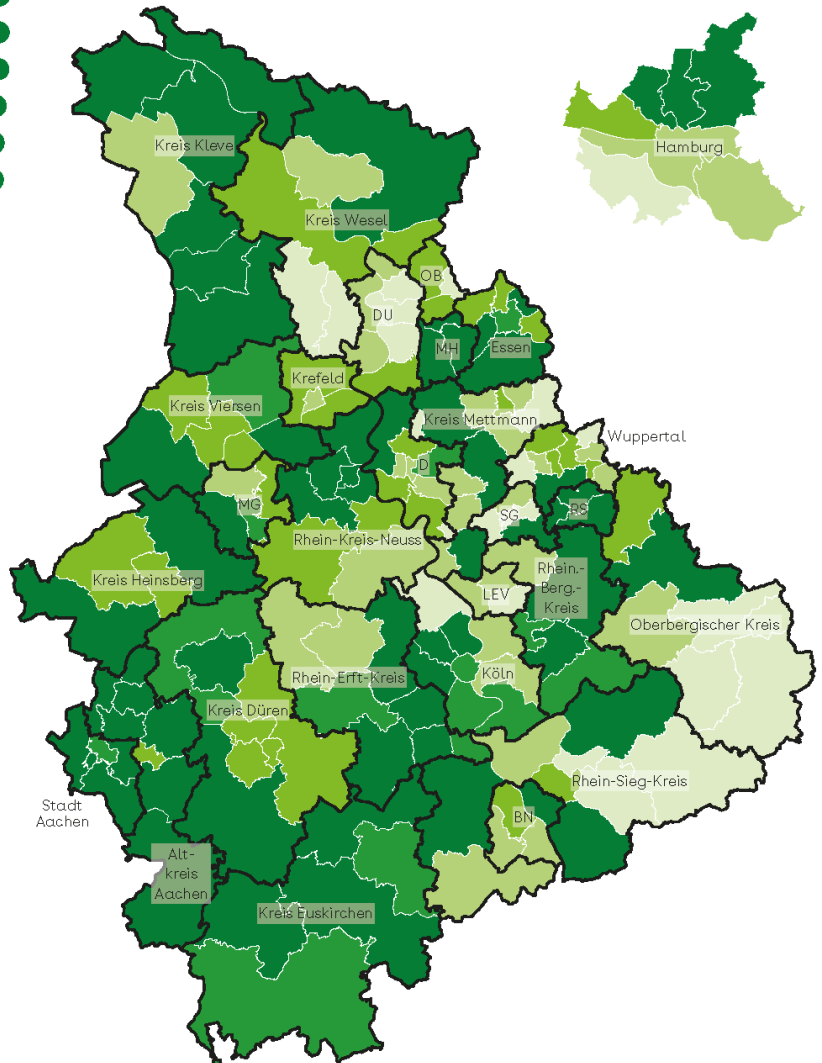
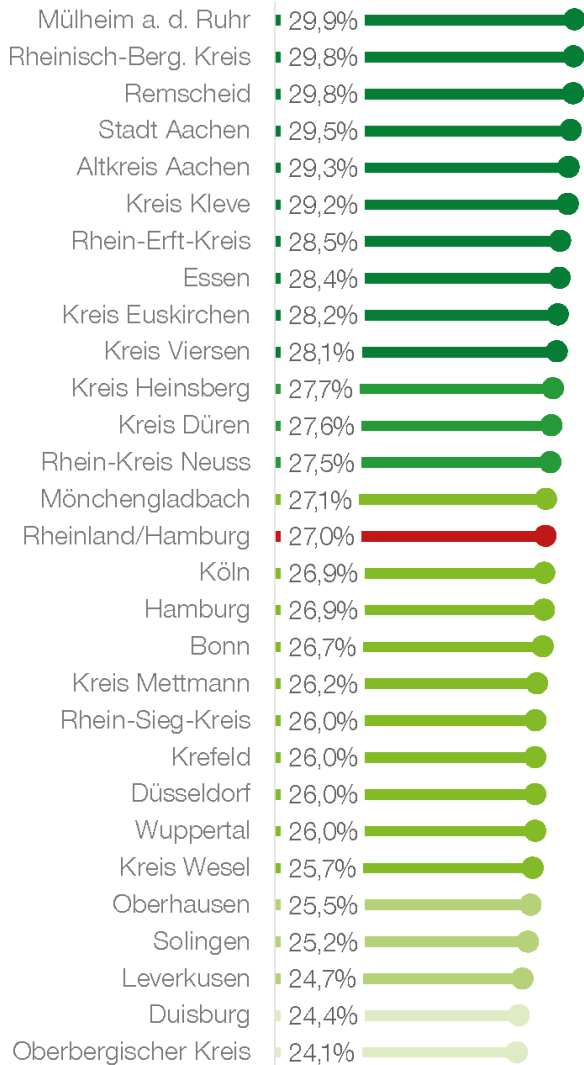
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Gripeschutzimpfung

Anteil an allen Versicherten mit Impfpfempfehlung durch die Ständige Impfkommission, Impfsaison 2022/2023



Warum ist eine Gripeschutzimpfung sinnvoll?

Eine Gripeschutzimpfung soll Grippeerkrankungen und resultierende Folgen wie Krankenhausfälle und Sterbefälle in besonders gefährdeten Risikogruppen vermeiden. Insbesondere Personen mit Vorerkrankungen, Schwangere und ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe. Auch wenn die Wirksamkeit der Gripeschutzimpfung vergleichsweise moderat ist, stellt die Impfung aufgrund der weiten Verbreitung der Grippe eine sinnvolle Präventionsmaßnahme dar.

Die Auswertung weist den Anteil an allen Personen mit erhöhtem Risiko aus, die in der Saison 2022/2023 gegen Grippe geimpft worden sind. Als Risikogruppen zählen gemäß der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) Personen ab 60 Jahren, mit COPD, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronischer Nieren- oder Lebererkrankung, Multiple Sklerose, Immundefizienz oder Diabetes sowie Schwangere ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel.

Zeitraum

September 2022 bis
März 2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 89111, 89112

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf
den Versichertenkreis mit
Impfpfempfehlung

Datenquelle

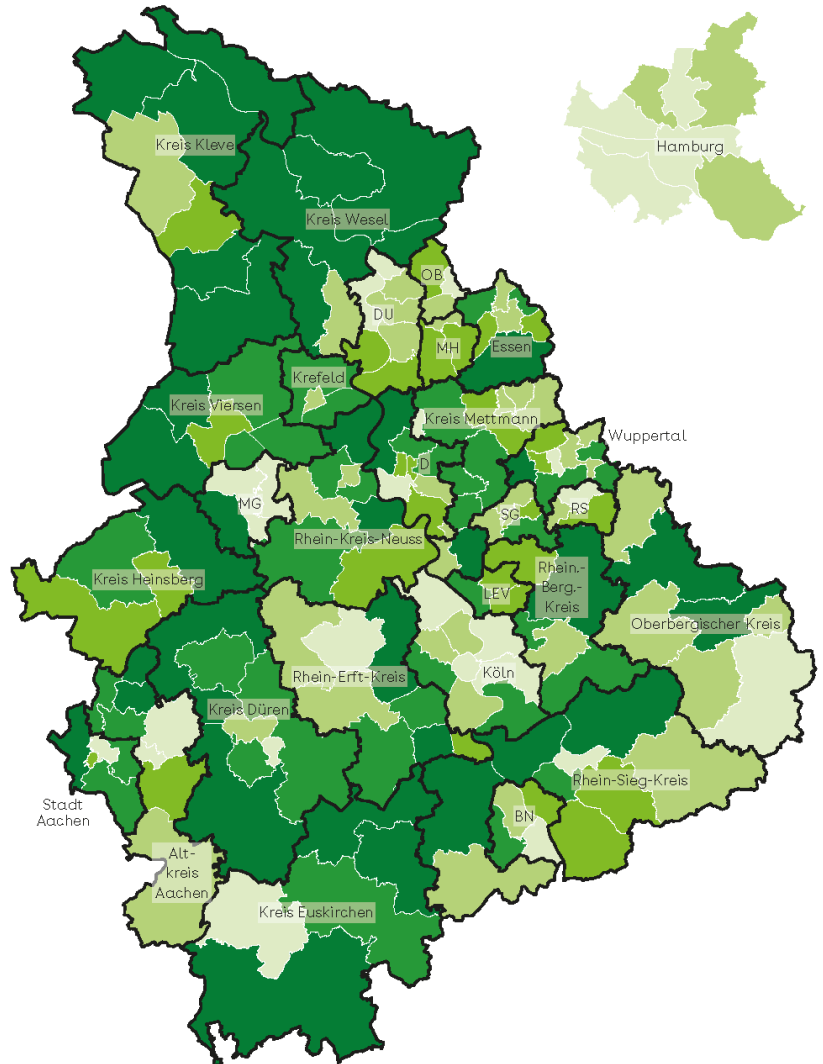
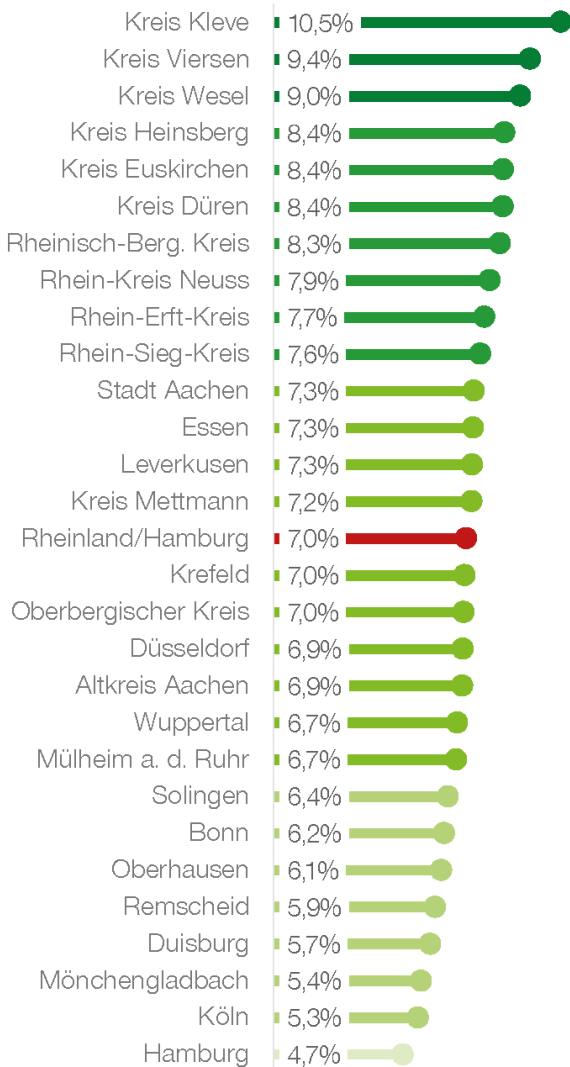
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Impfung gegen Gürtelrose

Anteil an allen Versicherten mit Impfpfhlung durch die Ständige Impfkommission



Wer sollte sich gegen Gürtelrose impfen lassen?

Gürtelrose ist die geläufige Bezeichnung für die Erkrankung Herpes zoster. Sie wird durch das Windpocken-Virus ausgelöst, das nach einer Windpocken-Erkrankung lebenslang im Körper verbleibt und zu einem späteren Zeitpunkt Herpes zoster auslösen kann. Die Gürtelrose äußert sich durch einen stark schmerzenden, halbseitigen Hautausschlag. Sie heilt in der Regel nach zwei bis vier Wochen ab. Im Anschluss kommt es – je nach Alter – bei bis zu zwanzig Prozent der Erkrankten zu starken chronischen Nervenschmerzen, der postherpetischen Neuralgie. Die Wahrscheinlichkeit an Herpes zoster zu erkranken und die Schwere der Erkrankung nehmen mit dem Alter deutlich zu. Allen Personen ab 60 Jahren wird eine Impfung gegen Gürtelrose empfohlen, Personen mit erhöhtem Risiko bereits ab 50 Jahren. Die Impfung wird seit Mai 2019 von den Krankenkassen übernommen.

Diese Auswertung gibt den Anteil der Personen mit Impfpfhlung an, die sich seit 2019 zweifach gegen Gürtelrose haben impfen lassen.

Zeitraum

2019 bis 2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 89128

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf den Versichertenkreis mit Impfpfhlung

Datenquelle

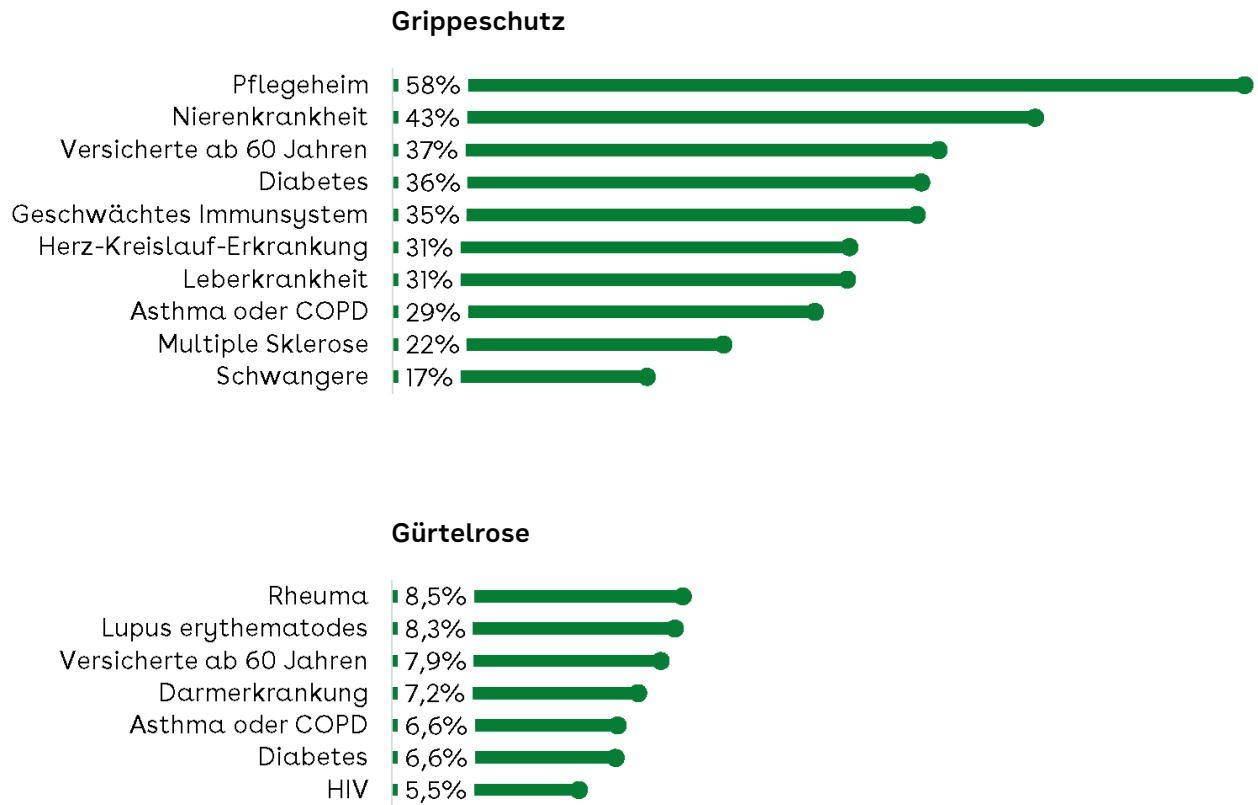
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Impfraten der Risikogruppen

Anteil an allen Versicherten der Risikogruppe



Warum ist eine Darstellung nach Risikogruppen sinnvoll?

Impfungen gegen Grippe und Gürtelrose sind insbesondere für Personen mit einem erhöhten Risiko für schwere Krankheitsverläufe empfohlen. Dazu gehören ältere Personen und Menschen mit Vorerkrankungen. Die beiden vorhergehenden Seiten weisen die regionalen Impfquoten für alle Risikogruppen gemeinsam aus. Zwischen den Risikogruppen gibt es erhebliche Unterschiede. Diese werden auf dieser Seite für das gesamte Versorgungsgebiet der AOK Rheinland/Hamburg dargestellt. Daraus lassen sich Hinweise für zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten ableiten.

Schwangere ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel und Personen mit Chemotherapie (als Bestandteil der Gruppe „geschwächtes Immunsystem“), werden berücksichtigt, wenn die zeitbezogene Impfempfehlung in den Zeitraum von September 2022 bis März 2023 fiel.

Zeitraum

Gripeschutz: September 2022 bis März 2023,
Gürtelrose: 2019 bis 2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 89111, 89112, 89128

Standardisierung

keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

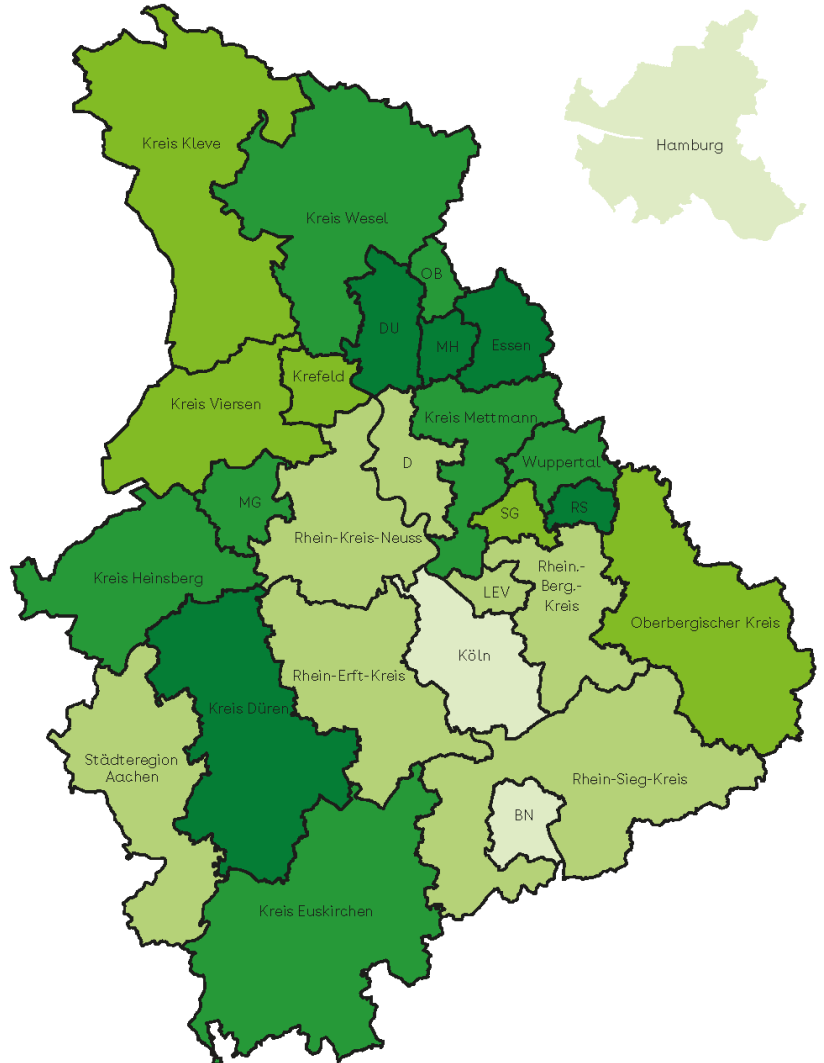
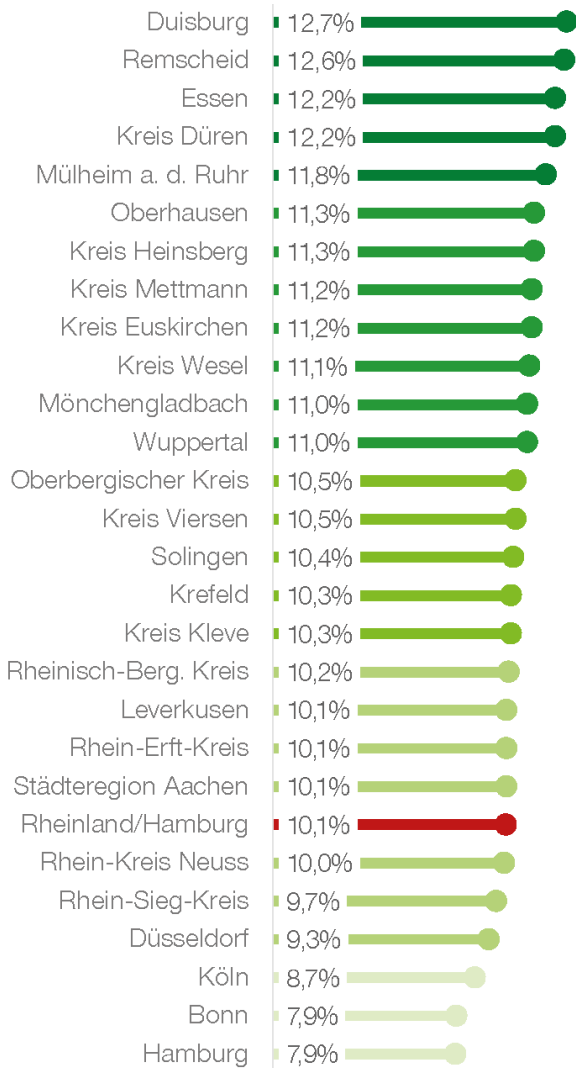
Regionale Zuordnung

keine

Behandlung chronischer Krankheiten

Typ-2-Diabetes: Prävalenz

Anteil an Bevölkerung ab 20 Jahren



Was ist Diabetes mellitus Typ 2?

Diabetes mellitus Typ 2 ist eine Stoffwechselerkrankung, die durch eine chronisch erhöhte Blutzuckerkonzentration gekennzeichnet ist. Eine eingeschränkte Insulinwirkung führt dazu, dass die Körperzellen den Zucker aus dem Blut nicht mehr aufnehmen können. Der hohe Blutzuckerspiegel schädigt auf Dauer Blutgefäße und Nerven. Der Typ-2-Diabetes kommt vorwiegend im höheren Lebensalter vor und wird durch das Zusammenwirken von genetischer Veranlagung und Umweltfaktoren, insbesondere dem Lebensstil, verursacht.

Die ausgewiesenen Werte geben die Krankheitsprävalenz der gesamten Bevölkerung in den Kreisen wieder.

i Der Online-Coach Diabetes unterstützt Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 dabei, einen positiven Umgang mit der Erkrankung zu finden.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

gemäß WIdO-Gesundheitsatlas

Standardisierung

keine

Datenquelle

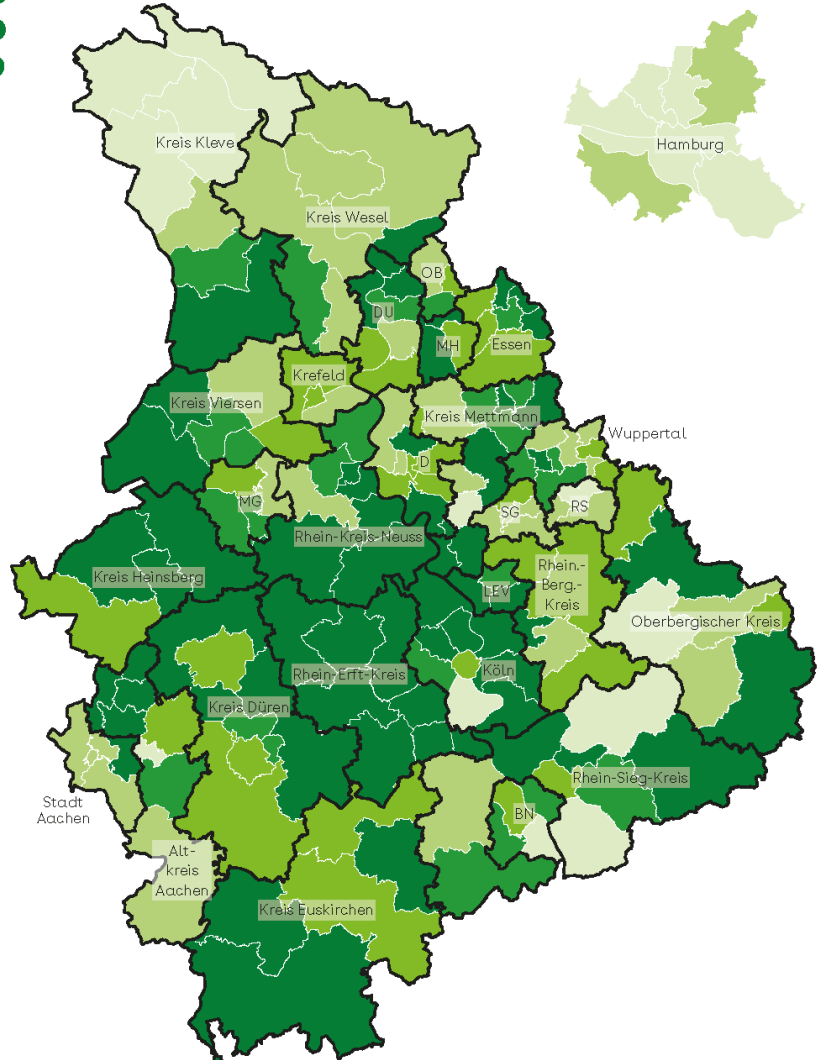
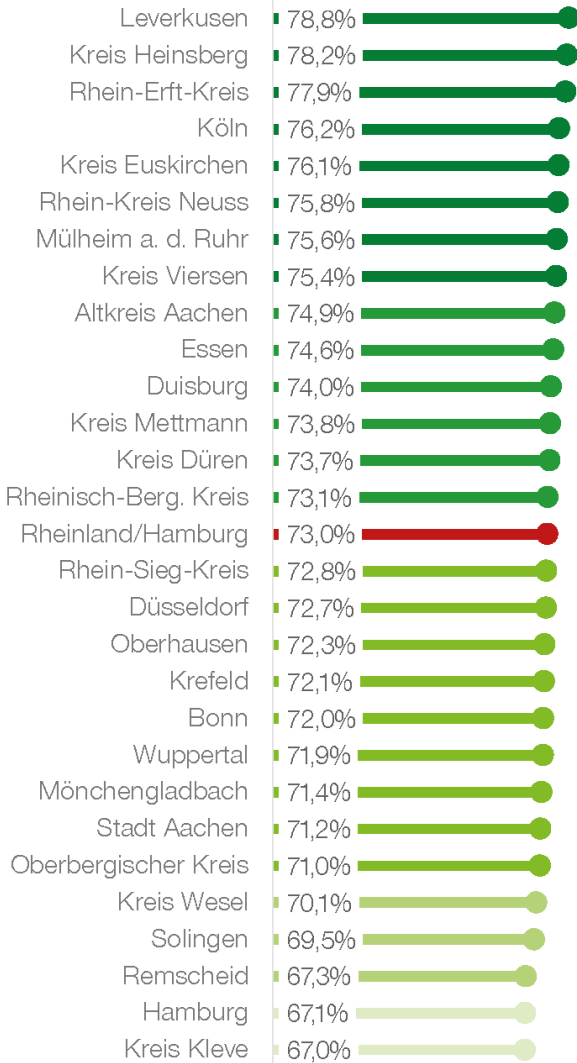
WIdO-Gesundheitsatlas

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Typ-2-Diabetes: Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm

Anteil an allen Versicherten mit Typ-2-Diabetes



Warum ist eine Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm sinnvoll?

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Eine routinemäßige Behandlung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt ist weder medizinisch erforderlich, noch bei der großen Anzahl betroffener Menschen umsetzbar. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) haben das Ziel, in der hausärztlichen Versorgung eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu schaffen. Wesentlicher Bestandteil sind die Vereinbarung von individuellen Therapiezielen, die Teilnahme an Schulungen und Präventionsangeboten sowie regelmäßige Kontrolltermine. Die Auswertung gibt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes an, die 2022 an dem DMP teilgenommen haben.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: E11-E14,
DMP-Teilnahme

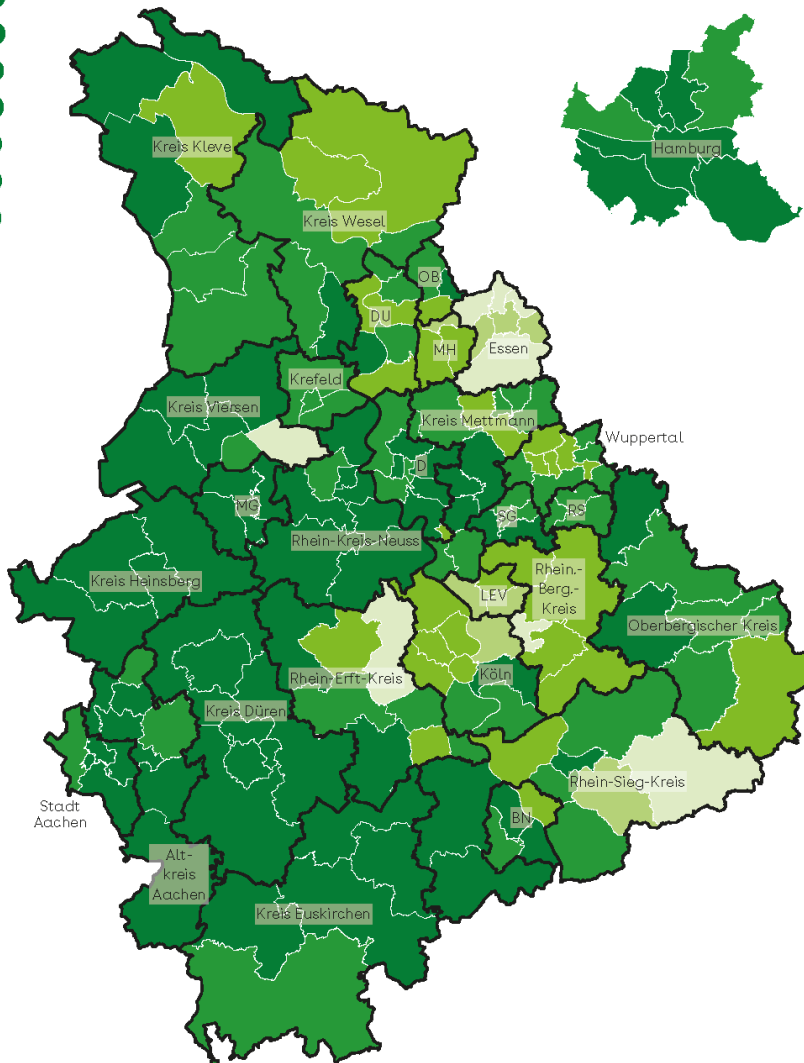
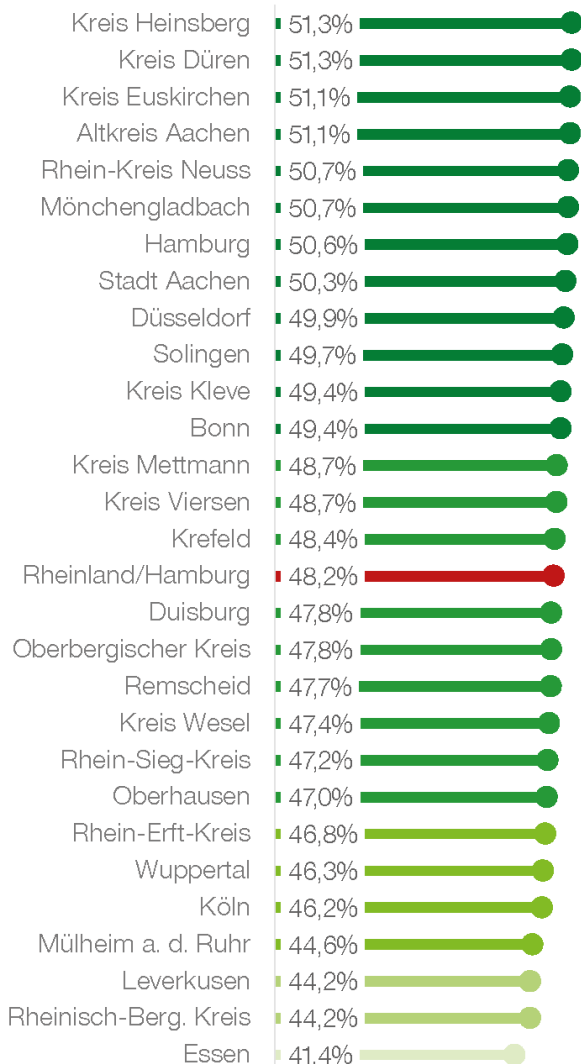
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf
betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Typ-2-Diabetes: Medikamentöse Therapie

Anteil an allen Versicherten mit Typ-2-Diabetes



Wie sollten Patientinnen und Patienten mit Diabetes behandelt werden?

Die vorrangige Form der Diabetes-Therapie sind nicht-medikamentöse Maßnahmen, wie zum Beispiel regelmäßiger Sport und eine Umstellung der Ernährung. Wenn die nicht-medikamentöse Basistherapie ausgeschöpft ist, soll eine medikamentöse Therapie Anwendung finden. Vorrangig empfohlen wird Metformin. Nur bei fortgeschrittener Nierenkrankheit sollte es nicht eingesetzt werden. Für Patientinnen und Patienten mit zusätzlich erhöhtem kardiovaskulären Risiko stehen mit den SGLT2-Inhibitoren und den GLP-1-Rezeptoragonisten Medikamente zur Vermeidung kardiovaskulärer Folgeereignisse zur Verfügung. Auch Insuline senken den Blutzucker. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte mit Typ-2-Diabetes eine Medikation in ausreichender Menge erhalten haben.

i Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg können kostenlos an digitalen Kursen zur Ernährungsumstellung teilnehmen.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: E11-E14, ATC-Codes: A10A, A10BA02, A10BH, A10BJ, A10BK

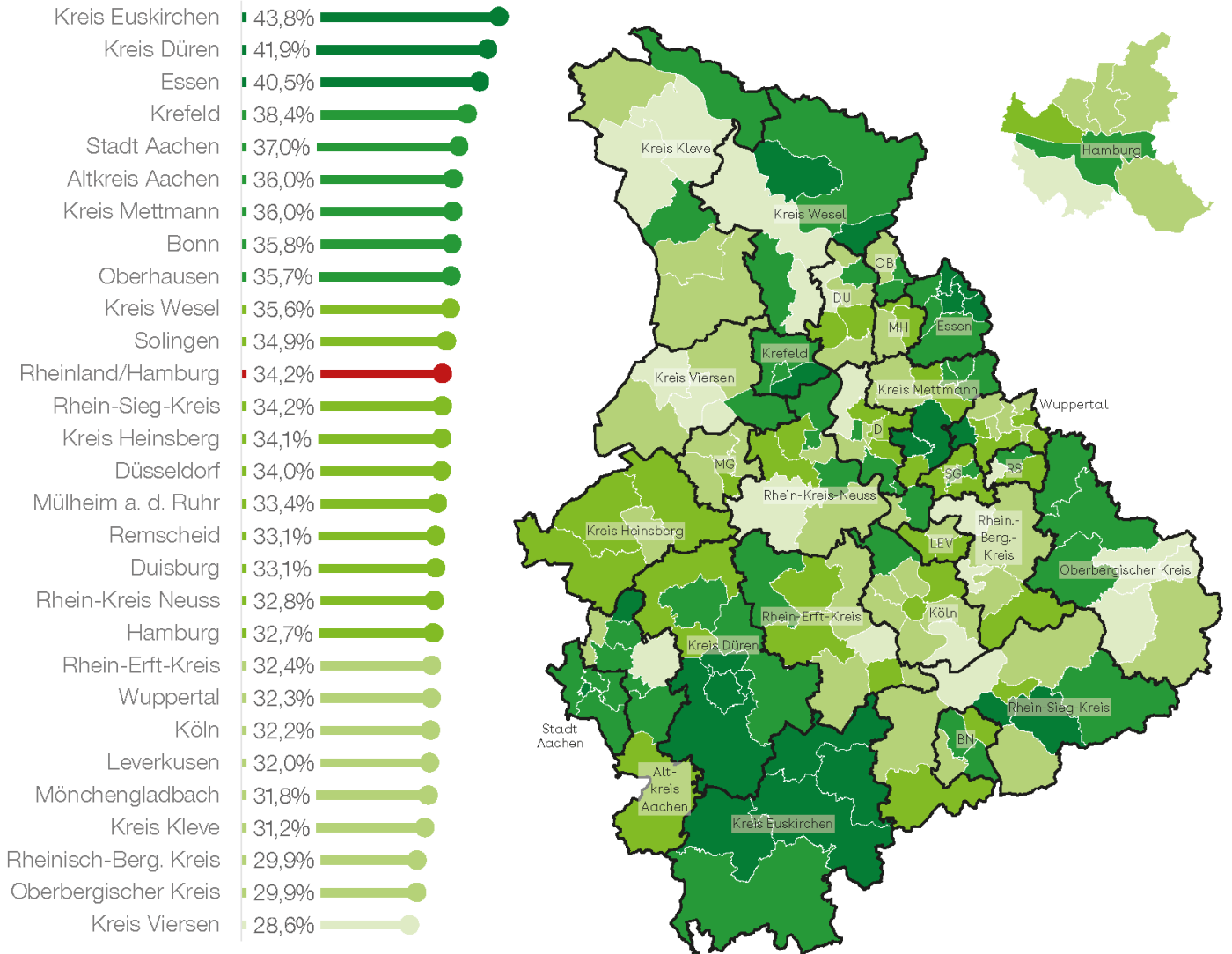
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Typ-2-Diabetes: Diabetesbedingte Folgeerkrankungen

Anteil an allen Versicherten mit Typ-2-Diabetes



Warum kommt es bei Diabetes oftmals zu Folgeerkrankungen?

Diabetes mellitus Typ 2 ist eine Stoffwechselerkrankung, die durch eine chronisch erhöhte Blutzuckerkonzentration gekennzeichnet ist. Der hohe Blutzuckerspiegel schädigt auf Dauer Blutgefäße und Nerven. Typische Folgen sind zum Beispiel Nervenkrankheiten (bei 21% der Typ-2-Diabetes-Patientinnen und -Patienten), Schädigungen der Netzhaut des Auges (bei 7,5%), Schädigungen der herzfernen Blutgefäße (bei 5%) oder chronische Wunden an den Füßen (12%). In vielen Fällen wären diese Folgeerkrankungen durch einen gut eingestellten Blutzucker und Blutdruck vermeidbar.

Diese Auswertung gibt den Anteil der Versicherten mit Typ-2-Diabetes und mindestens einer diabetesbedingten Begleiterkrankung an. Es wurden nur Komplikationen erfasst, bei denen der Diabetes als ursächlich für die Erkrankung angegeben wurde. Über diese enge Definition hinaus ist Diabetes mit vielen weiteren Krankheiten wie zum Beispiel Herzschwäche, koronarer Herzkrankheit oder Schlaganfällen assoziiert.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: E11-14.0-7, G59.0, G63.2, G73.0, G99.0, H28.0, H36.0, I79.2, M14.2

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

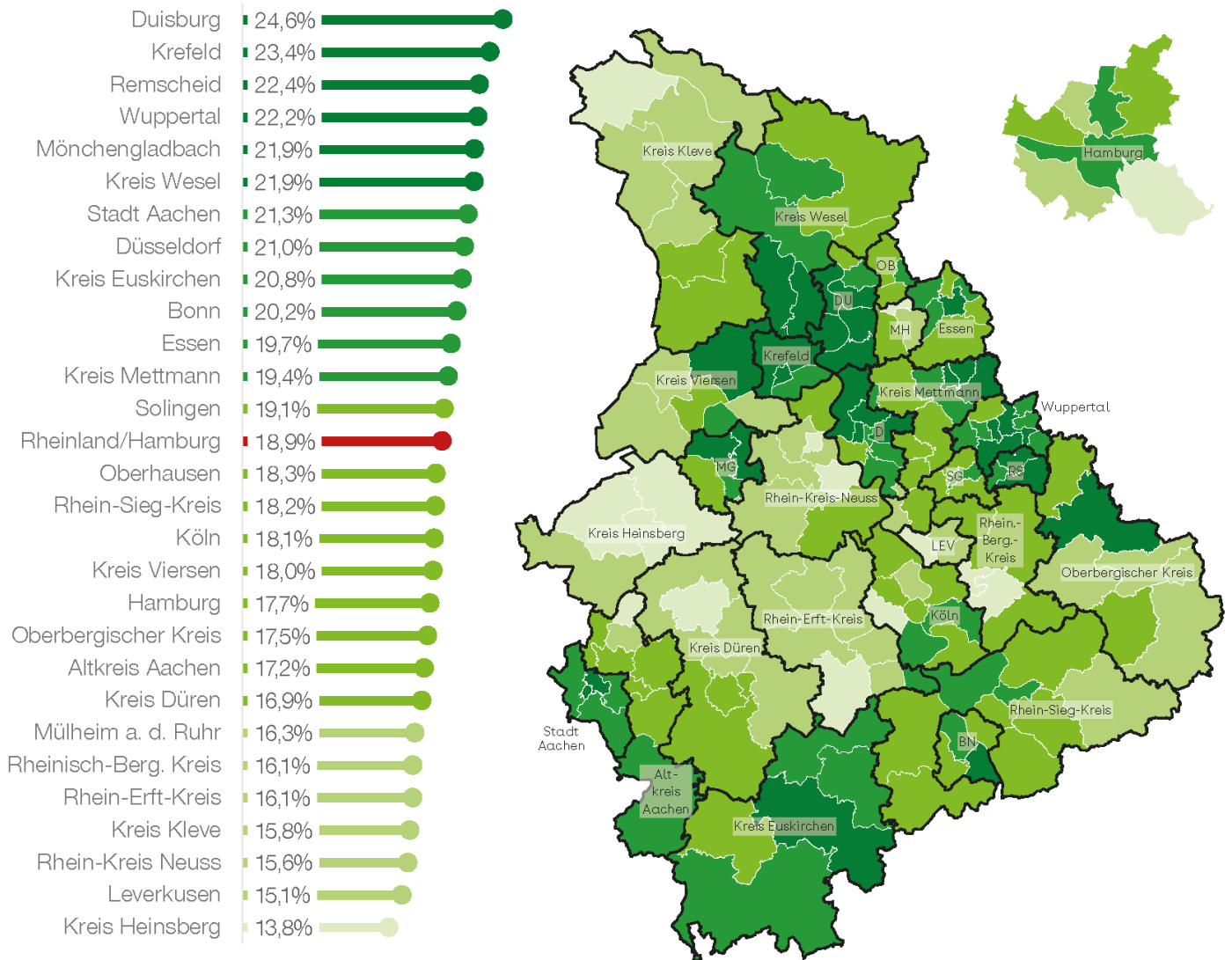
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Typ-2-Diabetes: Krankenhausaufenthalt mit entgleistem Diabetes

Anteil an allen Versicherten mit Typ-2-Diabetes im Jahr 2016



Was bedeutet es, wenn ein Diabetes „entgleist“?

Der Blutzuckerspiegel lässt sich bei einer Diabetes-Erkrankung durch nicht-medikamentöse Maßnahmen und Medikamente kontrollieren. Gelingt dies nicht, kommt es zu einer Unter- bzw. Überzuckerung – der Diabetes wird als entgleist bezeichnet. In diesen Fällen treten akute Symptome wie Übelkeit, Zittern, Schweißausbruch, Verwirrtheit, starker Durst oder Müdigkeit auf. Im schlimmsten Fall kann es zu schweren Bewusstseinsstörungen und Koma kommen. Kann der Blutzucker nicht durch die Gabe von Insulin oder die Aufnahme schnellwirksamer Kohlenhydrate wieder selbstständig reguliert werden, ist oftmals eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich. Ist der Stoffwechsel gut eingestellt, treten Notfallsituationen sehr selten auf. Die Auswertung zeigt, wie viele Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2016 einen Typ-2-Diabetes hatten, in den folgenden sechs Jahren mit einem entgleisten Diabetes im Krankenhaus behandelt wurden.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: E11-E14 mit Endsteller 1

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

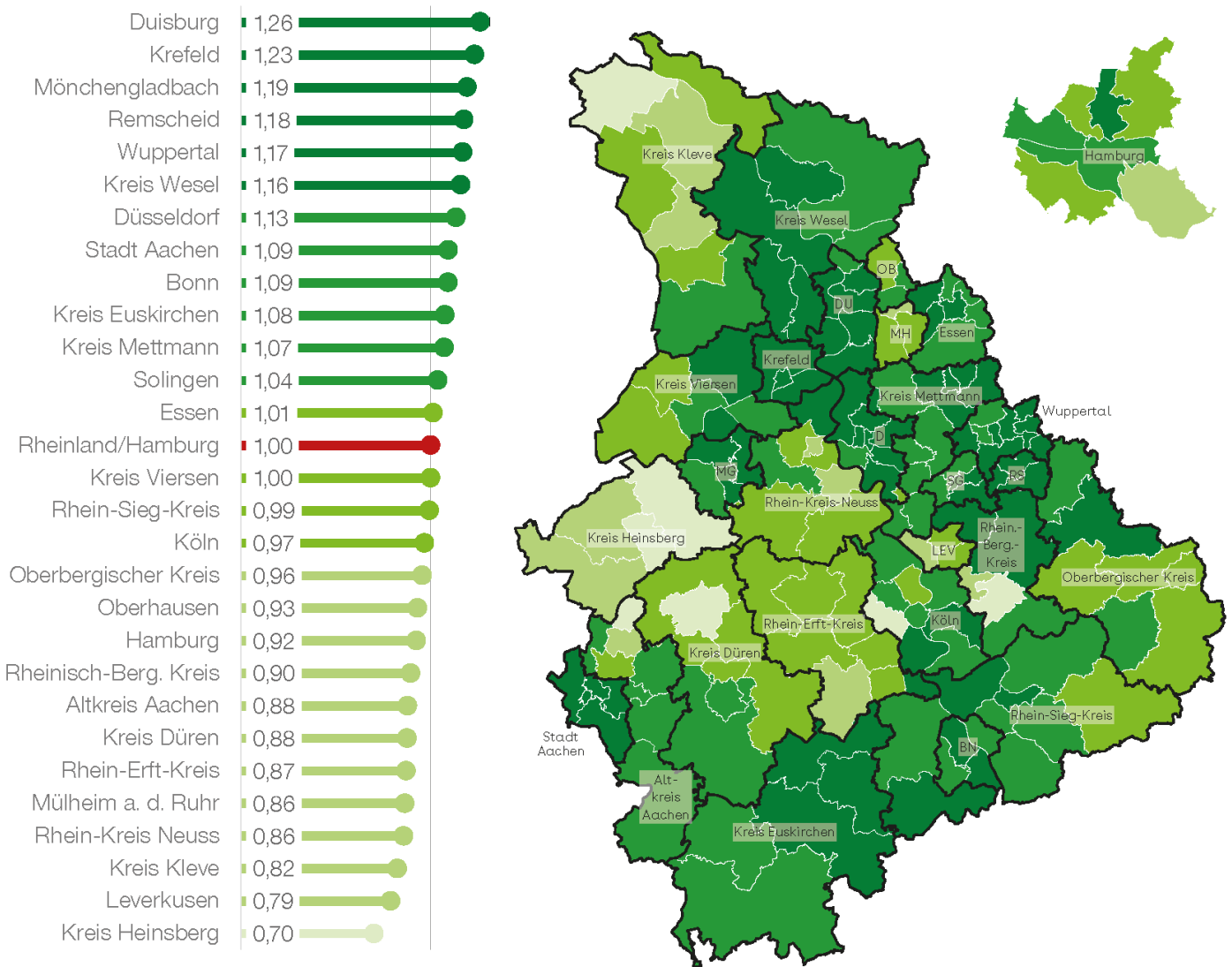
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Typ-2-Diabetes: Krankenhausaufenthalt mit entgleistem Diabetes

Versicherte mit Ereignis – beobachtete Anzahl im Verhältnis zu der statistisch erwarteten Anzahl



Was sagt der Verhältniswert aus?

Das Risiko für einen Krankenhausaufenthalt mit entgleistem Typ-2-Diabetes wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dazu zählt zum Beispiel die Krankheitsschwere sowie das Vorliegen relevanter Begleiterkrankungen. Auch die soziale Lage hat einen wichtigen Einfluss, denn sie bildet näherungsweise die Gesundheitskompetenz der Versicherten ab. Diese Einflussfaktoren sind in der Versorgung nur bedingt zu beeinflussen. Um die Anzahl der Krankenhausaufenthalte zwischen den Regionen zu vergleichen, wird daher berechnet, wie viele stationäre Aufnahmen unter Berücksichtigung der Risikostruktur der Bevölkerung zu erwarten gewesen wären. Teilt man die beobachteten durch die statistisch erwarteten Ereignisse, ergibt sich ein Verhältniswert. Ist dieser größer als eins, ist es in der Region zu mehr Krankenhausaufenthalten gekommen als erwartet. Ist der Wert kleiner eins, gab es in der Region weniger stationäre Aufnahmen als erwartet.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

siehe Erläuterungen im Anhang

Standardisierung

multifaktorielle Risikoadjustierung

Datenquelle

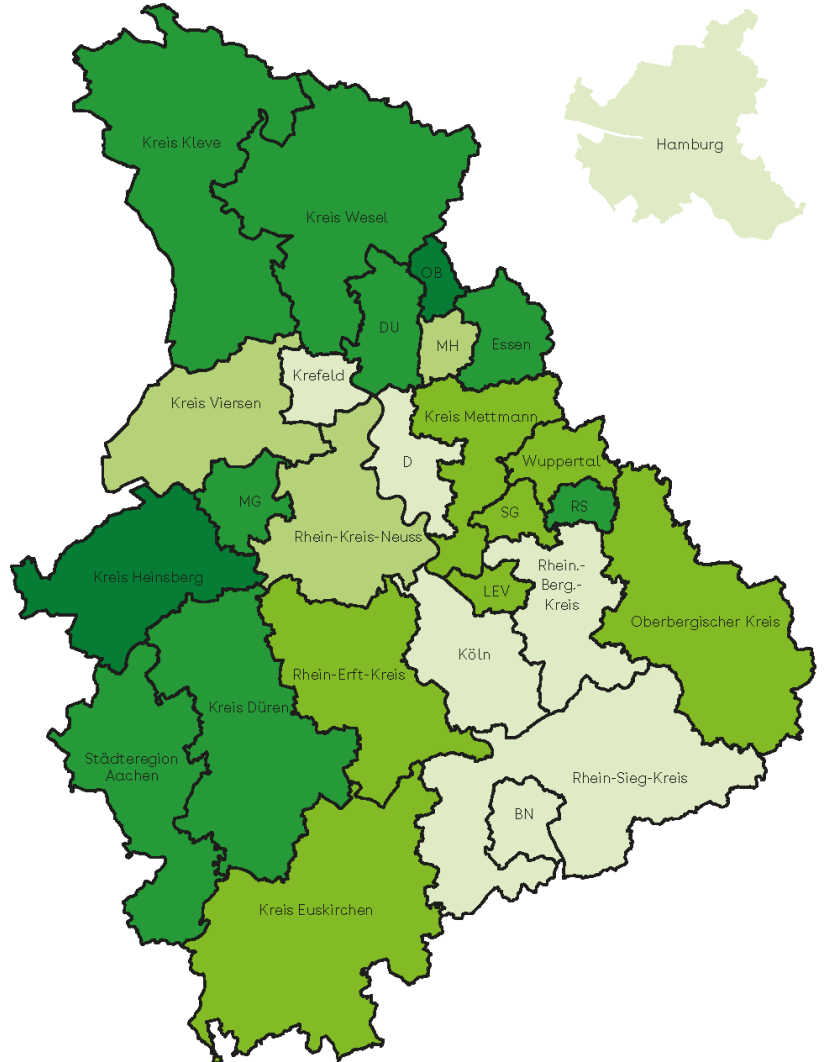
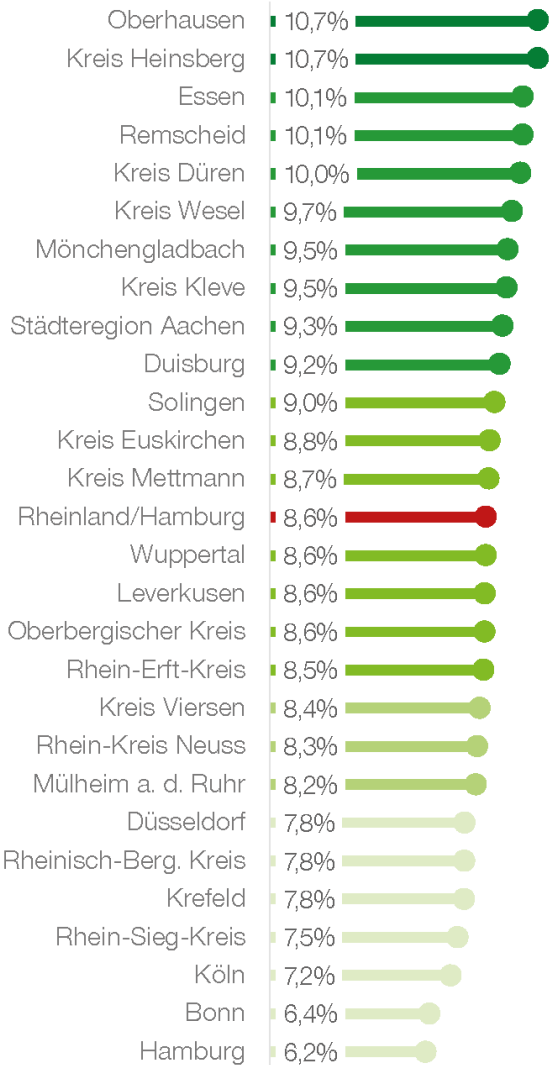
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Koronare Herzkrankheit: Prävalenz

Anteil an der Bevölkerung ab 30 Jahren



Was ist eine koronare Herzkrankheit?

Bei der koronaren Herzkrankheit (KHK) sind die Herzkranzgefäße (Koronararterien) durch Fett- und Kalkablagerungen (Plaques) an den Innenwänden verengt. In der Folge kann das sauerstoffreiche Blut nicht wie gewohnt zum Herzen transportiert werden. Es kommt zu einer Mangel durchblutung des Herzmuskels. Es können Beschwerden wie Atemnot sowie ein Druckgefühl bzw. Schmerzen im Brustbereich auftreten. Reißen die Plaques auf, können sich an dieser Stelle Blutgerinnsel bilden, die die Arterie verschließen und so zu einem Herzinfarkt führen.

Die ausgewiesenen Werte geben die Krankheitsprävalenz der gesamten Bevölkerung in den Kreisen wieder.

i Die AOK Rheinland/Hamburg beteiligt sich an einem Vertrag zur Umsetzung einer leitliniengerechte Diagnosestellung einer KHK.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

gemäß WIdO-Gesundheitsatlas

Standardisierung

keine

Datenquelle

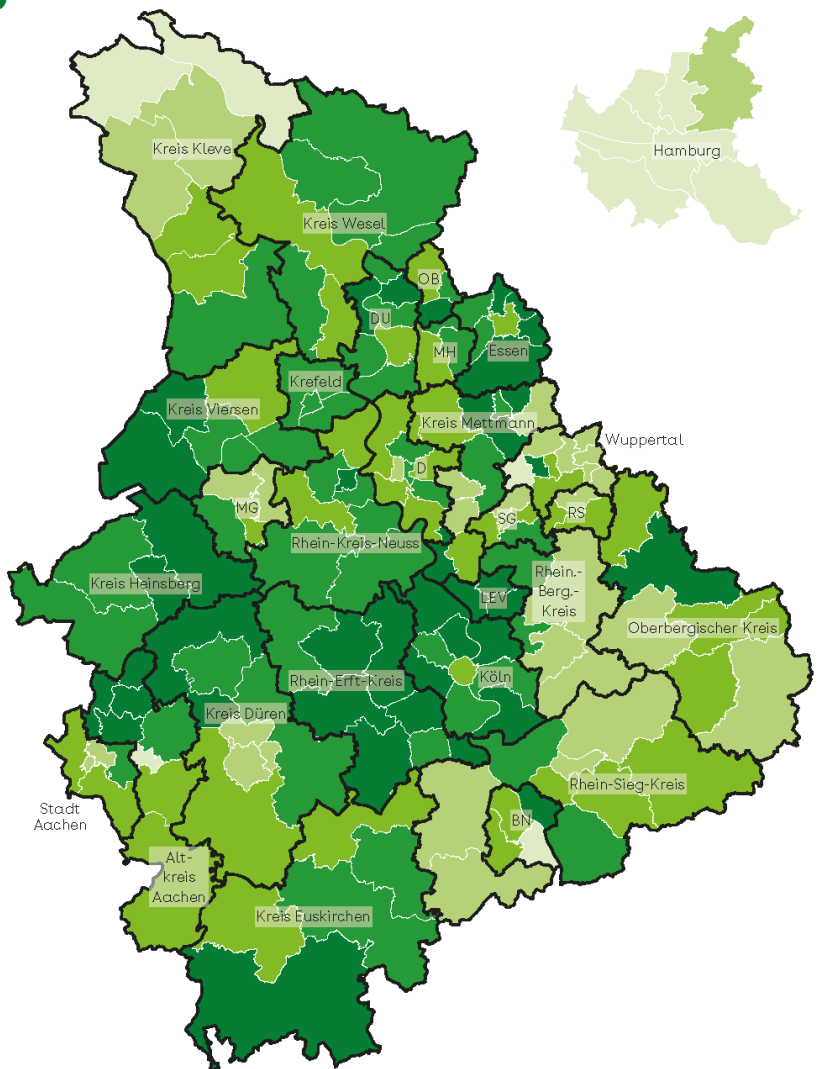
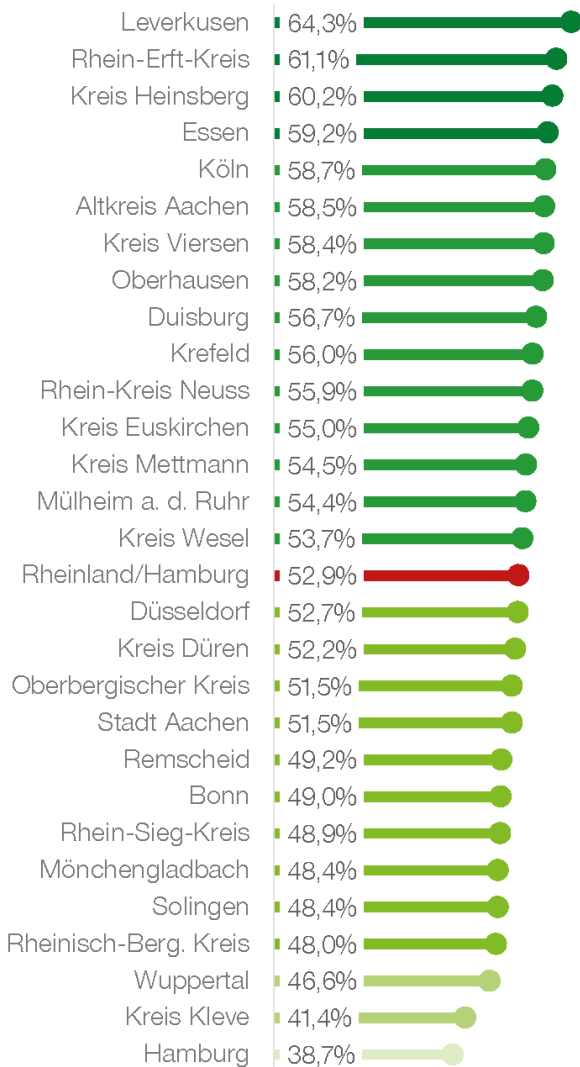
WIdO-Gesundheitsatlas

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Koronare Herzkrankheit: Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm

Anteil an allen Versicherten mit koronarer Herzkrankheit



Warum ist eine Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm sinnvoll?

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit (KHK) erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Eine routinemäßige Behandlung bei einer Kardiologin oder einem Kardiologen ist weder medizinisch erforderlich, noch bei der großen Anzahl betroffener Menschen umsetzbar. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) haben das Ziel, in der hausärztlichen Versorgung eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu schaffen. Wesentlicher Bestandteil sind die Vereinbarung von individuellen Therapiezielen, die Teilnahme an Schulungen und Präventionsangeboten sowie regelmäßige Kontrolltermine.

Die Auswertung gibt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit an, die an dem DMP KHK teilgenommen haben.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I20-I25,
DMP-Teilnahme

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf
betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

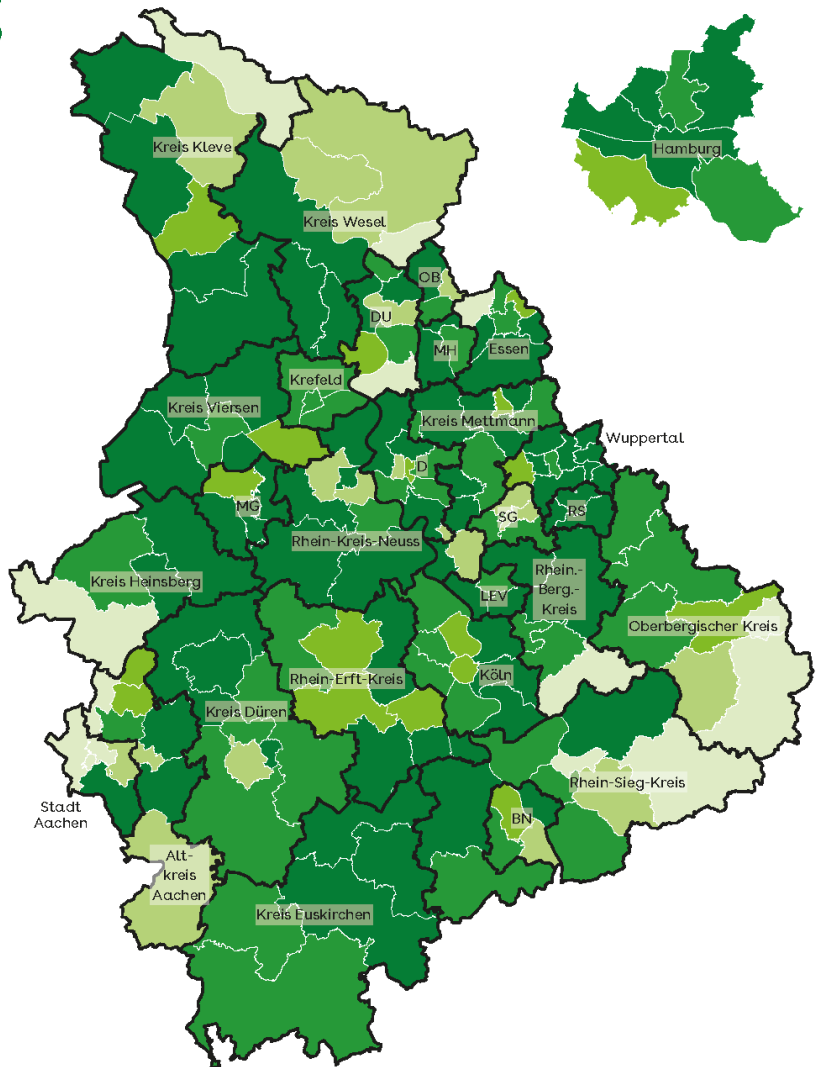
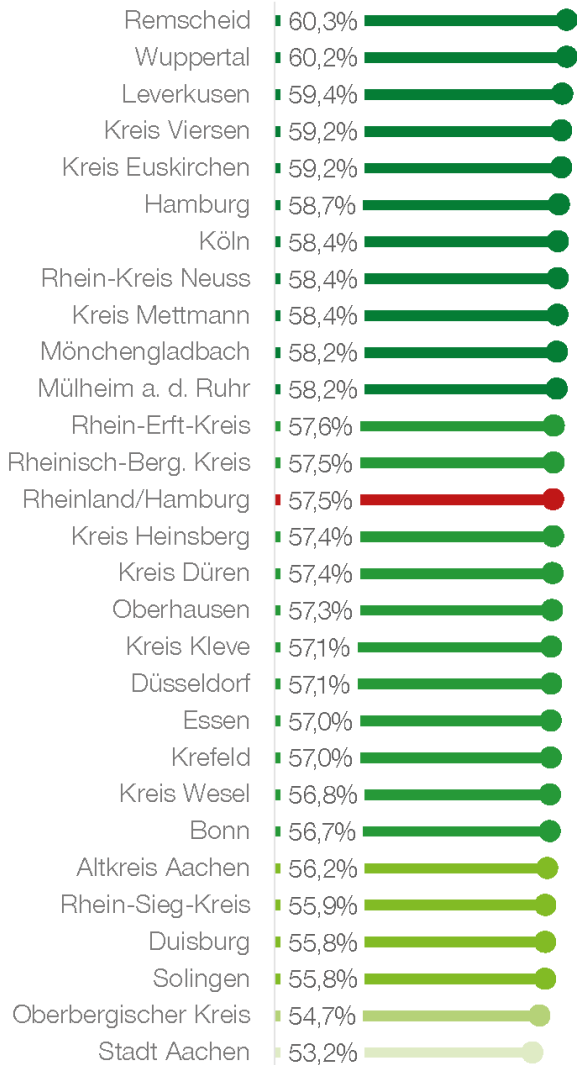
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Koronare Herzkrankheit: Medikamentöse Therapie

Anteil an allen Versicherten mit koronarer Herzkrankheit



Welche Therapie ist bei einer koronaren Herzkrankheit empfohlen?

Medizinische Leitlinien empfehlen, alle Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit mit Statinen zu behandeln, sofern keine Kontraindikation vorliegt. Statine sind cholesterinsenkende Medikamente, die verhindern, dass sich Ablagerungen in den Gefäßen bilden, die zu Verengungen führen. Die Medikamente beseitigen zwar nicht die Einengung an den Herzkranzgefäßen, verhindern aber, dass es zu weiteren Ablagerungen kommt. Dadurch lässt sich das Risiko für Folgeerkrankungen und Sterblichkeit signifikant verringern.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit Statine erhalten haben. Diese gilt als gegeben, wenn für mindestens 80 Prozent des Jahres Medikamente bezogen wurden.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I20-I25, ATC-Codes: C10AA, C10BA

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

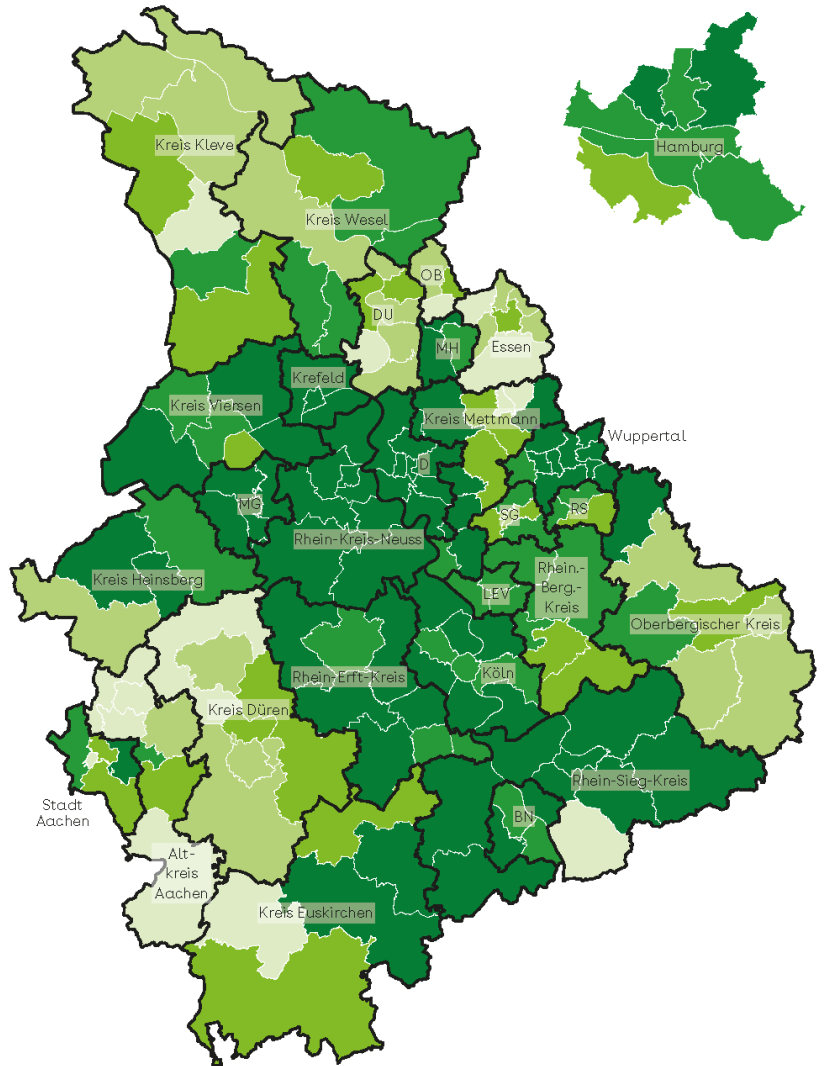
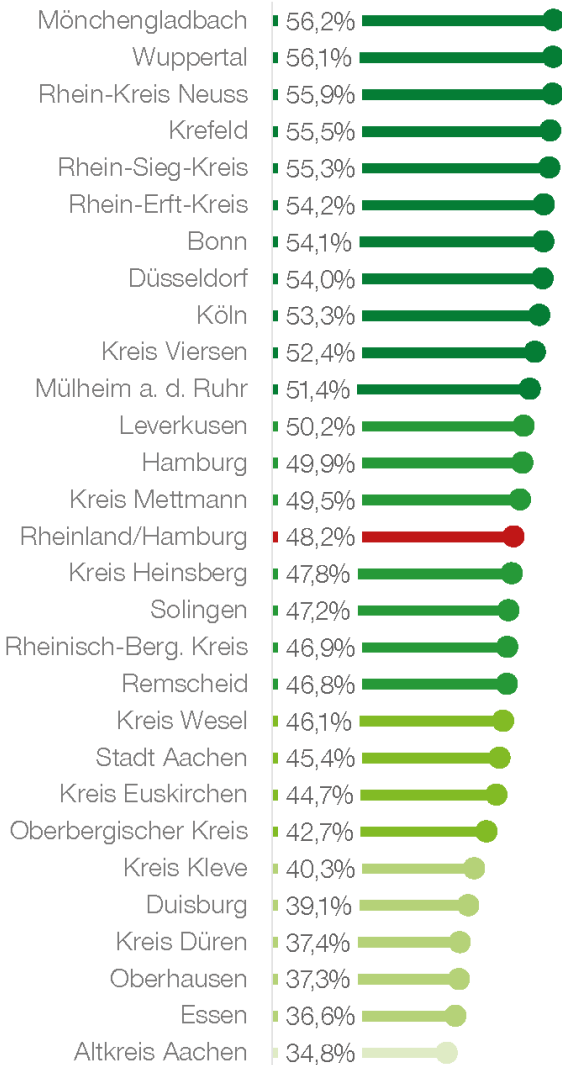
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

KHK: Versicherte mit Facharztkontakt Kardiologie

Anteil an allen Versicherten mit koronarer Herzkrankheit mit Empfehlung für kardiologisch fachärztliche Mitbetreuung



Wann sollte eine koronare Herzkrankheit fachärztlich behandelt werden?

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) KHK stellt eine evidenzbasierte und wirksame Behandlung sicher. Bei schwerem Krankheitsverlauf oder einer dauerhaft hohen Instabilität trotz intensivierter Therapie soll eine Kardiologin oder ein Kardiologe in die Betreuung eingebunden werden. Das DMP empfiehlt die Einbeziehung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes unter anderem bei erneutem oder zunehmendem Brustengegefühl, neu aufgetretener oder zunehmender Herzschwäche, neu aufgetretener oder symptomatischer Herzrhythmusstörung oder bei Herzklappenfehlern. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten aus diesem Personenkreis mindestens einen kardiologischen Facharztkontakt hatten.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
auf Anfrage

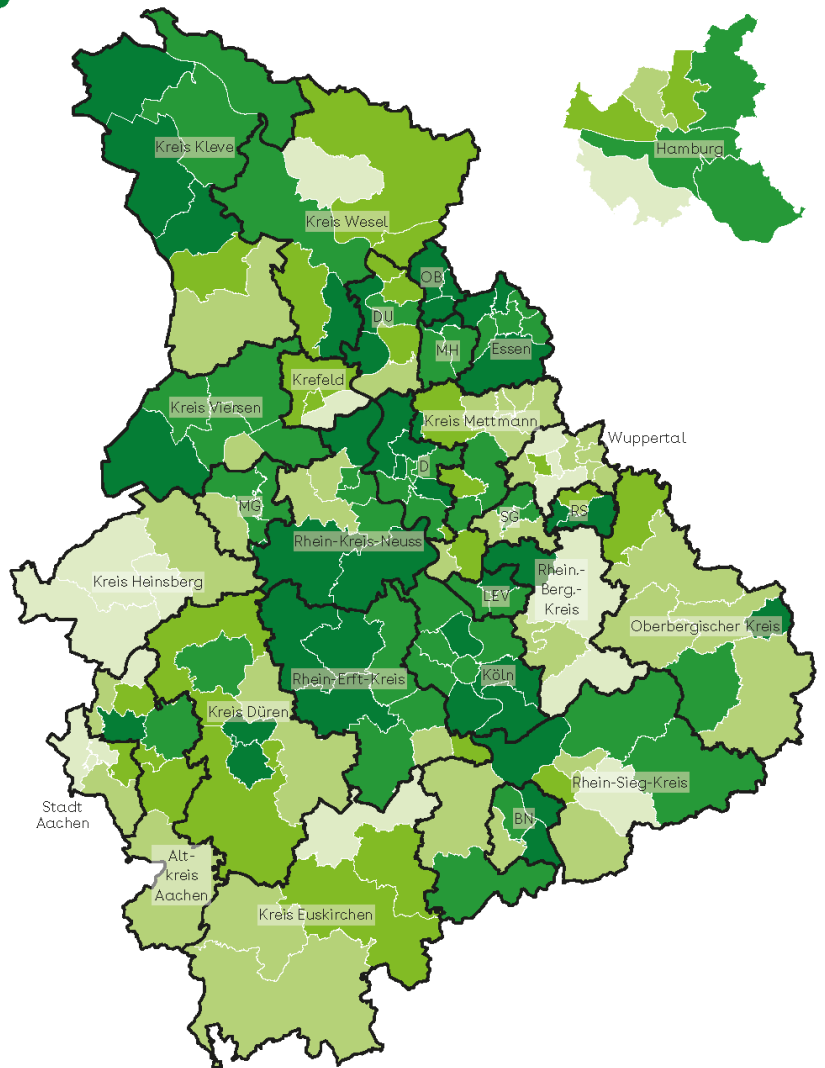
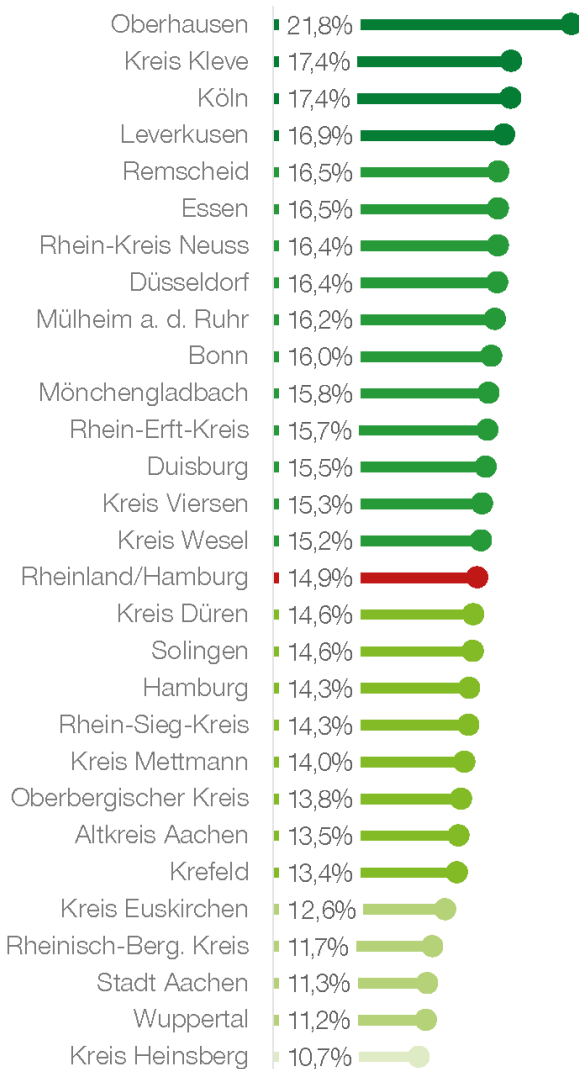
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Koronare Herzkrankheit: Versicherte mit Stentimplantation oder Bypass-OP

Anteil an allen Versicherten mit koronarer Herzkrankheit im Jahr 2016



Wann sollte ein Eingriff an den Herzkranzgefäßen erfolgen?

Bei der koronaren Herzkrankheit sind die Koronararterien durch Fett- und Kalkablagerungen an den Innenwänden verengt. Diese Verengungen können mit verschiedenen Ansätzen behandelt werden. Die medikamentöse Therapie stellt eine wirkungsvolle Behandlungsoption dar. Bestehen trotz Therapie weiterhin Brustschmerzen oder kommt es zu Nebenwirkungen, kann die Durchblutung der Herzkranzgefäße durch einen Eingriff verbessert werden. Entweder kann hierfür eine Gefäßstütze („Stent“) eingesetzt werden oder die Engstelle durch eine künstlich angelegte Umgehung überbrückt werden („Bypass“).

Diese Auswertung weist aus, bei wie vielen Versicherten, die im Jahr 2016 eine KHK hatten, in den folgenden sechs Jahren eine Revaskularisation (Stent oder Bypass) durchgeführt wurde.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I20-I25, OPS-Codes: 5-361, 5-362, 8-837.k/m

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

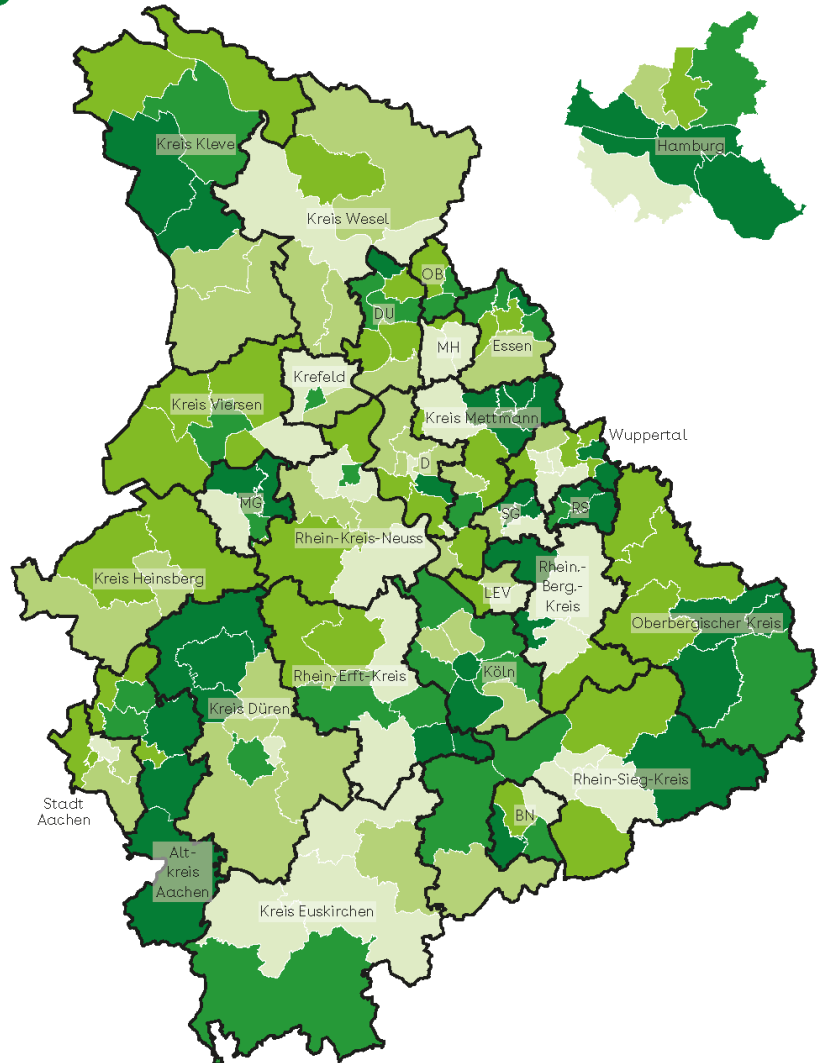
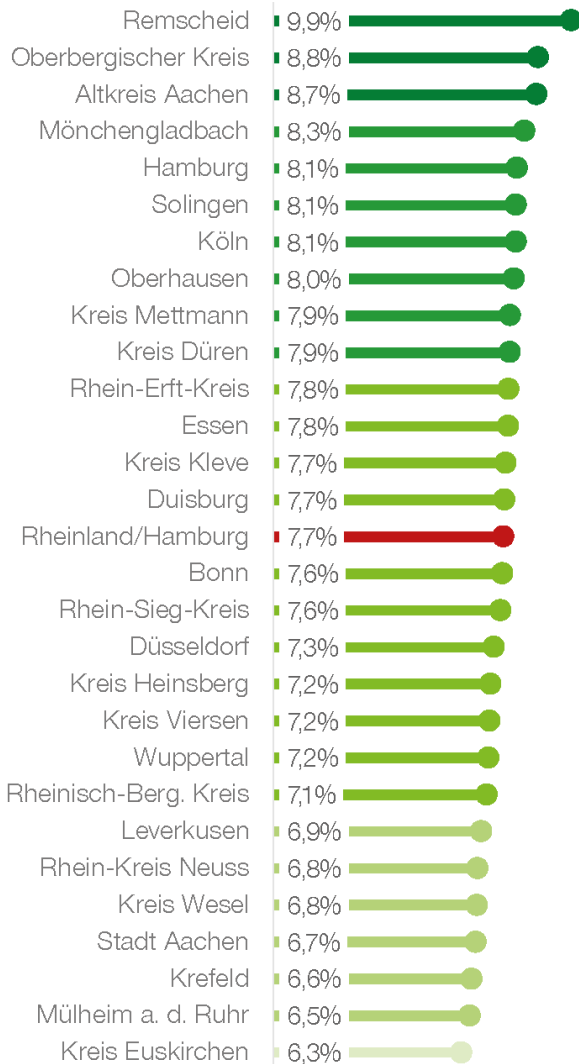
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Koronare Herzkrankheit: Versicherte mit Herzinfarkt

Anteil an allen Versicherten mit koronarer Herzkrankheit im Jahr 2016



Wie ist der Zusammenhang zwischen koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt?

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist für über 90 Prozent der Herzinfarkte verantwortlich. Bei einer koronaren Herzkrankheit sind die Herzkranzgefäße durch Fett- und Kalkablagerungen, den sogenannten Plaques, verengt. Reißt eine Plaque auf, bildet sich an dieser Stelle ein Blutgerinnsel, das das Gefäß verschließt. In der Folge kann der Herzmuskel nicht mehr mit Sauerstoff versorgt werden. Wenn die Verstopfung zu lange anhält, stirbt ein Teil des Herzmuskels ab. Ein Herzinfarkt ist oft lebensbedrohlich. Oberstes Ziel der Behandlung einer KHK ist es, einen Verschluss der Koronararterien zu verhindern.

Die Auswertung zeigt, wie viele Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2016 eine KHK hatten, in den folgenden sechs Jahren einen Herzinfarkt erlitten haben.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I21, I22

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

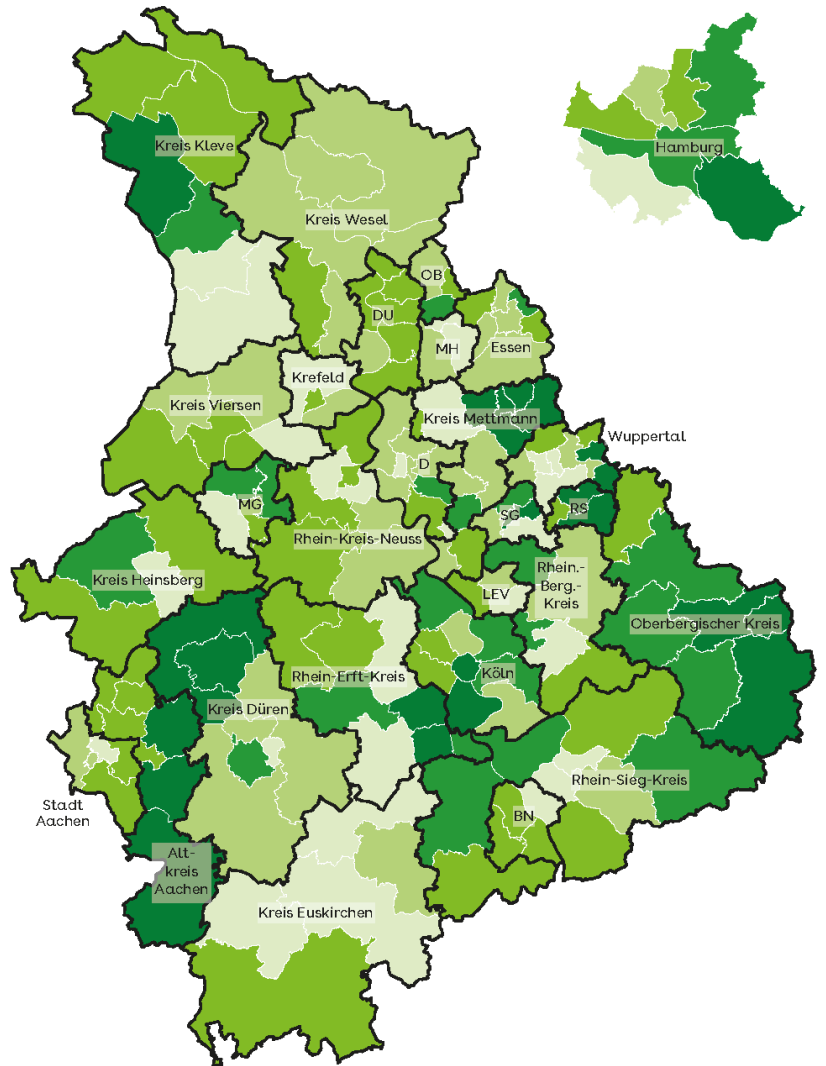
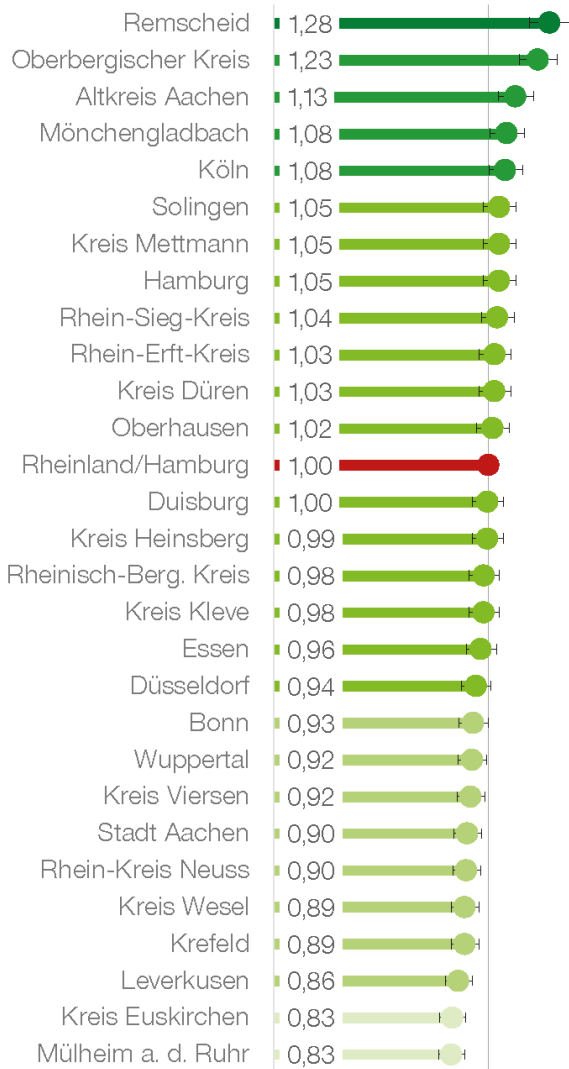
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Koronare Herzkrankheit: Versicherte mit Herzinfarkt

Versicherte mit Ereignis - beobachtete Anzahl im Verhältnis zu der statistisch erwarteten Anzahl



Was sagt der Verhältniswert aus?

Das Risiko für einen Herzinfarkt wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dazu zählt zum Beispiel die Anzahl der verengten Herzkranzgefäße, vorheriger Herzinfarkte und das Vorliegen relevanter Begleiterkrankungen wie Diabetes oder einer Nierenkrankheit. Auch die soziale Lage hat einen wichtigen Einfluss, denn sie bildet näherungsweise die Gesundheitskompetenz der Versicherten ab. Diese Einflussfaktoren sind in der Versorgung nur bedingt zu beeinflussen. Um die Anzahl der Herzinfarkte zwischen den Regionen zu vergleichen, wird daher berechnet, wie viele Herzinfarkte unter Berücksichtigung der Risikostruktur der Bevölkerung zu erwarten gewesen wären. Teilt man die beobachteten durch die statistisch erwarteten Herzinfarkte, ergibt sich ein Verhältniswert. Ist dieser größer als eins, ist es in der Region zu mehr Ereignissen gekommen als erwartet. Ist der Wert kleiner eins, gab es in der Region weniger Herzinfarkte als erwartet.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

siehe Erläuterungen im Anhang

Standardisierung

multifaktorielle Risikoadjustierung

Datenquelle

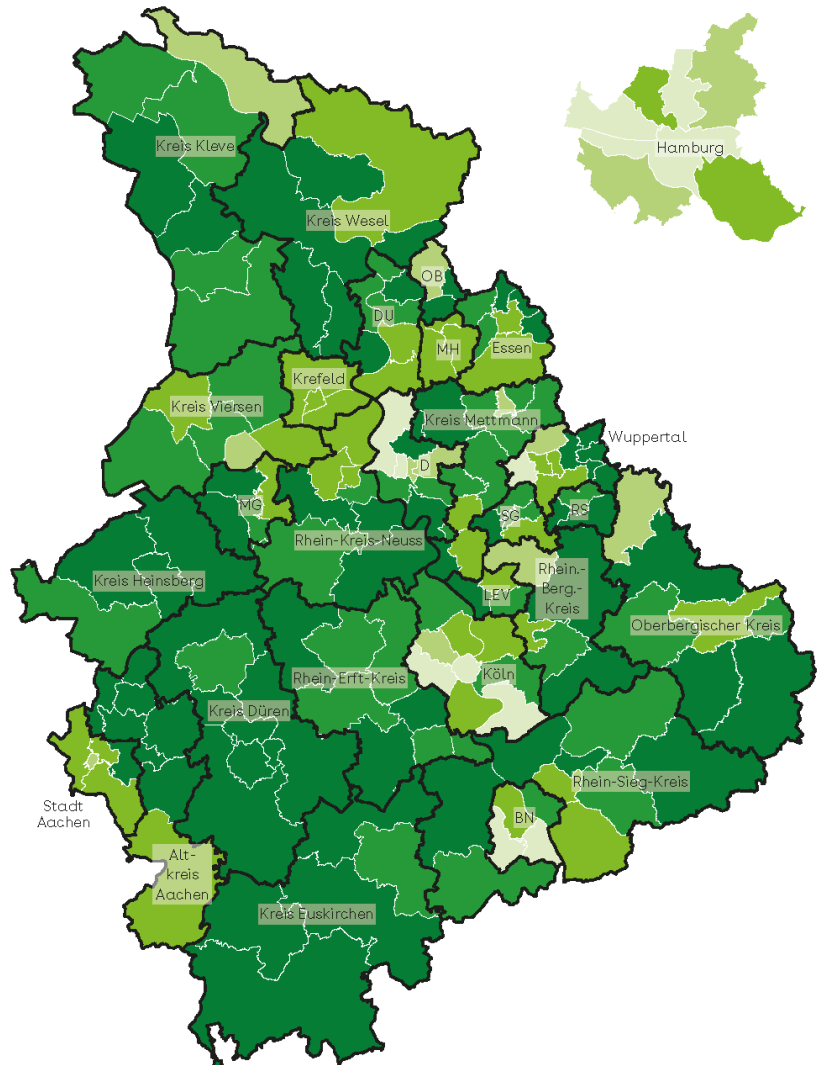
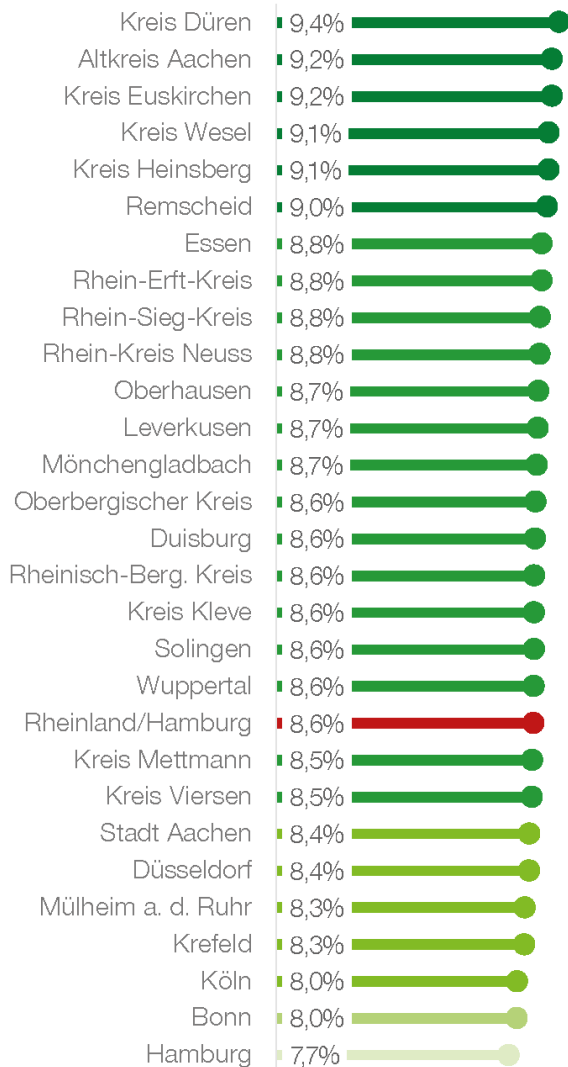
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Vorhofflimmern: Prävalenz

Anteil an allen Versicherten ab 50 Jahren



Was ist Vorhofflimmern?

Vorhofflimmern ist eine Form der Herzrhythmusstörung. Das Herz schlägt unregelmäßig und häufig zu schnell. Die Herzvorhöfe ziehen sich nicht vollständig zusammen, das Blut staut sich und verklumpt leichter. Dadurch können sich Blutgerinnsel bilden, die – wenn sie ins Gehirn gelangen – einen Schlaganfall auslösen können. Etwa jeder vierte Schlaganfall ist auf Vorhofflimmern zurückzuführen. Die Auswertung beziffert den Anteil der Versicherten ab 50 Jahren mit diagnostiziertem Vorhofflimmern. Laut Studien wird Vorhofflimmern nur bei zwei Dritteln der Betroffenen entdeckt. Inwiefern eine niedrige regionale Rate demnach auf eine geringe Krankheitslast zurückzuführen ist oder aus seltenerem Erkennen der Krankheit resultiert, lässt sich anhand der Krankenkassendaten nicht beurteilen.

i Mit der App **Preventicus Heartbeats** können Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg mit einem Risiko für Vorhofflimmern kostenlos ihren Herzrhythmus überwachen und so ggf. Vorhofflimmern entdecken.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: I48

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

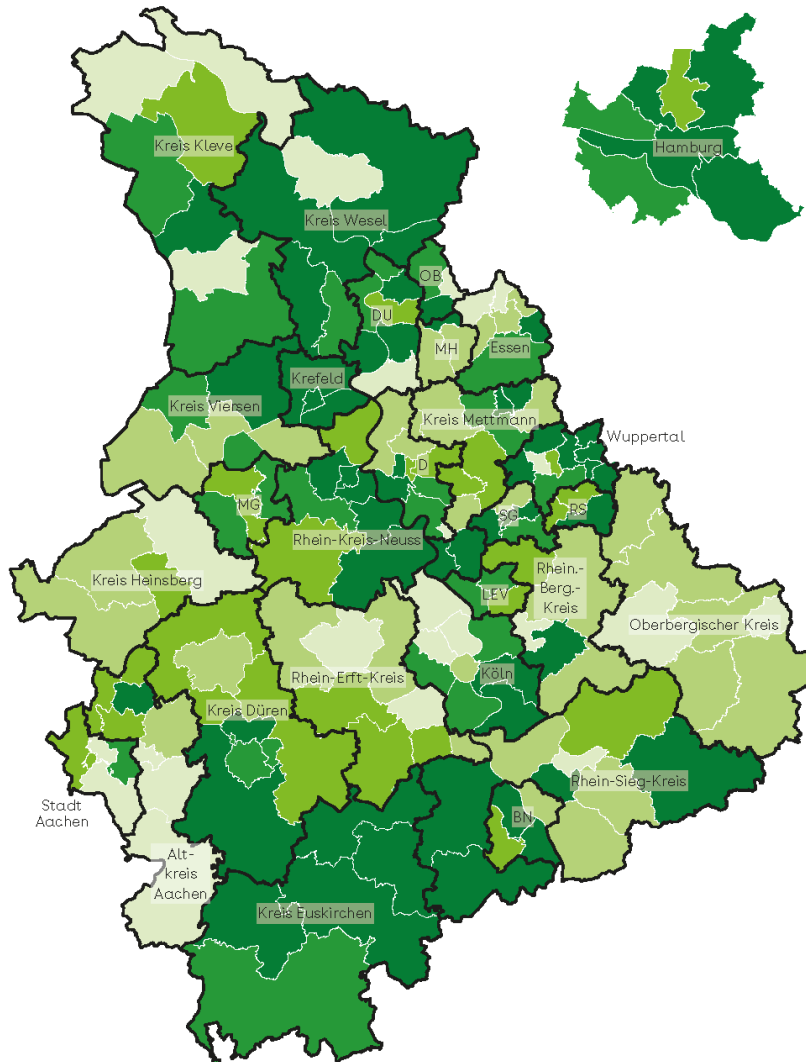
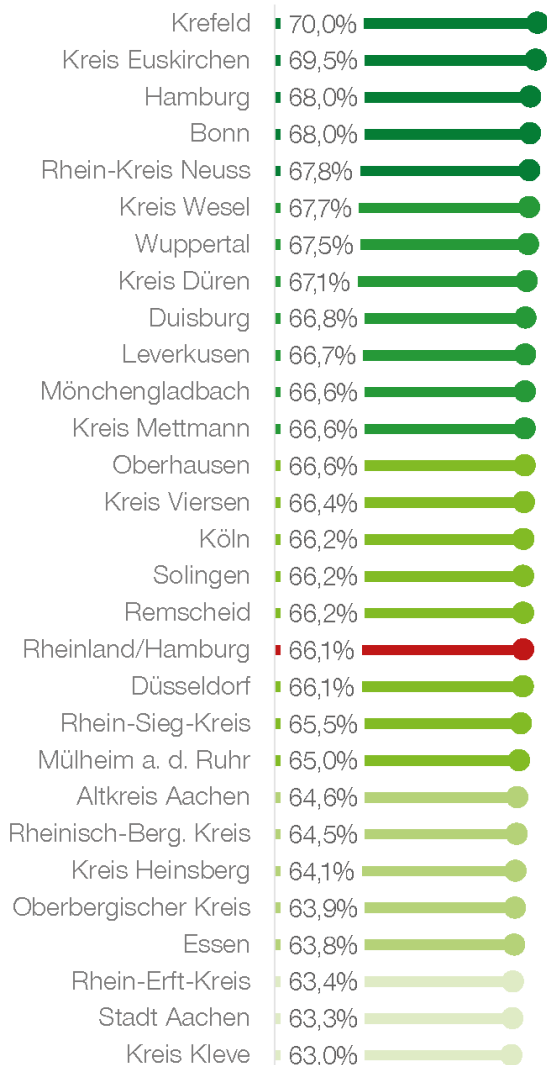
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Vorhofflimmern: Medikamentöse Therapie zur Schlaganfallvermeidung

Anteil an allen Versicherten mit Vorhofflimmern



Welches Ziel haben orale Antikoagulantien bei Vorhofflimmern?

Ein wichtiges Ziel bei der Therapie von Vorhofflimmern ist die Vermeidung eines Schlaganfalls. Durch die Gabe von gerinnungshemmenden Medikamente soll verhindert werden, dass sich Blutgerinnsel bilden. Studien zeigen, dass sich durch die Einnahme sogenannter oraler Antikoagulantien etwa zwei Drittel der Schlaganfälle verhindern lassen. Medizinische Leitlinien empfehlen, dass Personen mit Vorhofflimmern und einem erhöhten Schlaganfallrisiko eine orale Antikoagulation erhalten sollen. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern eine Therapie mit oralen Antikoagulantien erhalten haben. Diese gilt als gegeben, wenn für mindestens 80 Prozent des Jahres Medikamente bezogen wurden.

i Die AOK Rheinland/Hamburg bietet ihren Versicherten mit der Diagnose Vorhofflimmern eine telemedizinische Nachsorge an.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: I48,
ATC-Codes: B01AA, B10AF,
B01AE07

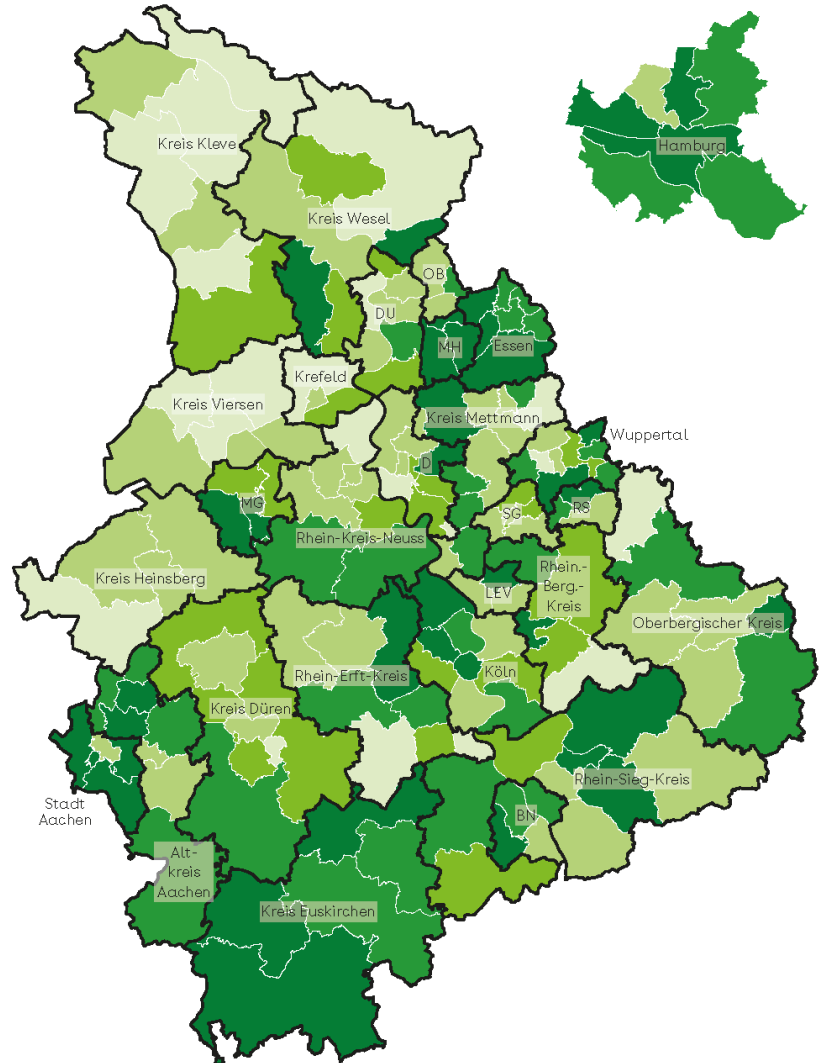
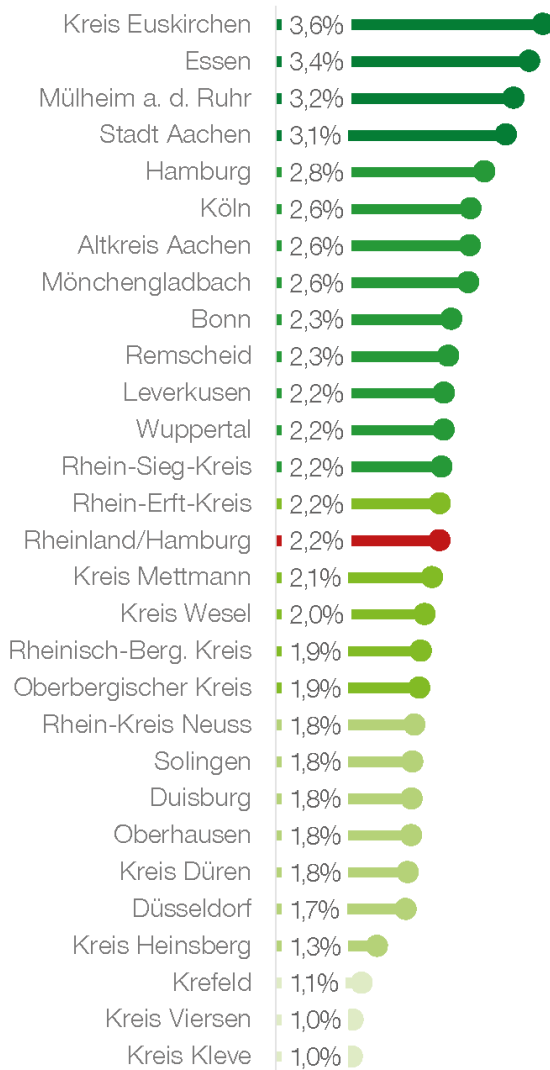
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf
betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Vorhofflimmern: Katheterablation

Anteil an allen Versicherten mit Vorhofflimmern im Jahr 2016



Wozu dient eine Katheterablation bei Vorhofflimmern?

Ein wichtiges Ziel bei der Therapie von Vorhofflimmern ist es, den Herzrhythmus zu normalisieren und Symptome wie Herzrasen zu vermeiden. Die Therapie erster Wahl war hierzu lange Zeit die medikamentöse Therapie mit Antiarrhythmika wie Betablockern. Eine Alternative besteht in der sogenannten Katheterablation. Dies ist ein minimal-invasives Verfahren am Herzen, bei dem das Muskelgewebe am Herzen, das für das Vorhofflimmern verantwortlich ist, durch Hitze oder Kälte verödet wird. In den meisten Fällen kann das Vorhofflimmern dauerhaft beseitigt werden. Bis vor Kurzem wurde eine Ablation nur empfohlen, wenn zuvor eine intensive medikamentöse Therapie nicht erfolgreich war oder nicht vertragen wurde. Inzwischen raten immer mehr Medizinerinnen und Mediziner zu einer frühzeitigen Katheterablation. Die Auswertung zeigt, bei wie vielen Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2016 ein Vorhofflimmern hatten, in den folgenden sechs Jahren eine Katheterablation durchgeführt wurde.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: I48,
OPS-Codes: 5-371, 8-835

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf
betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

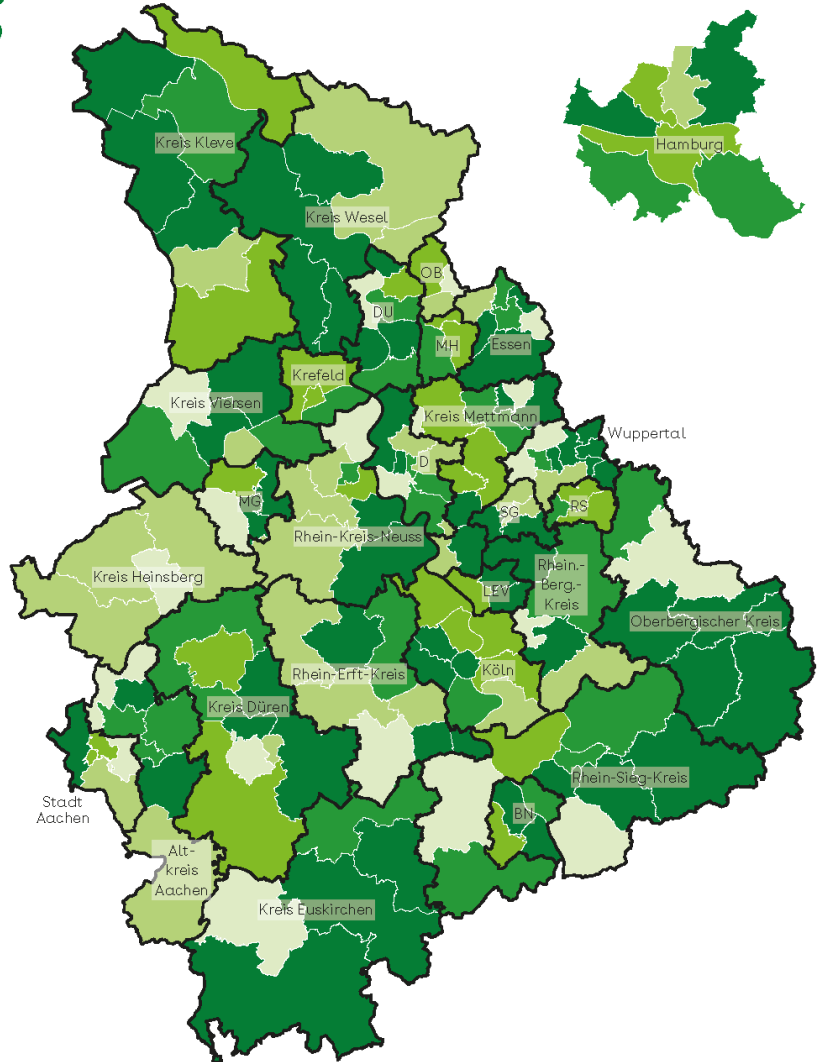
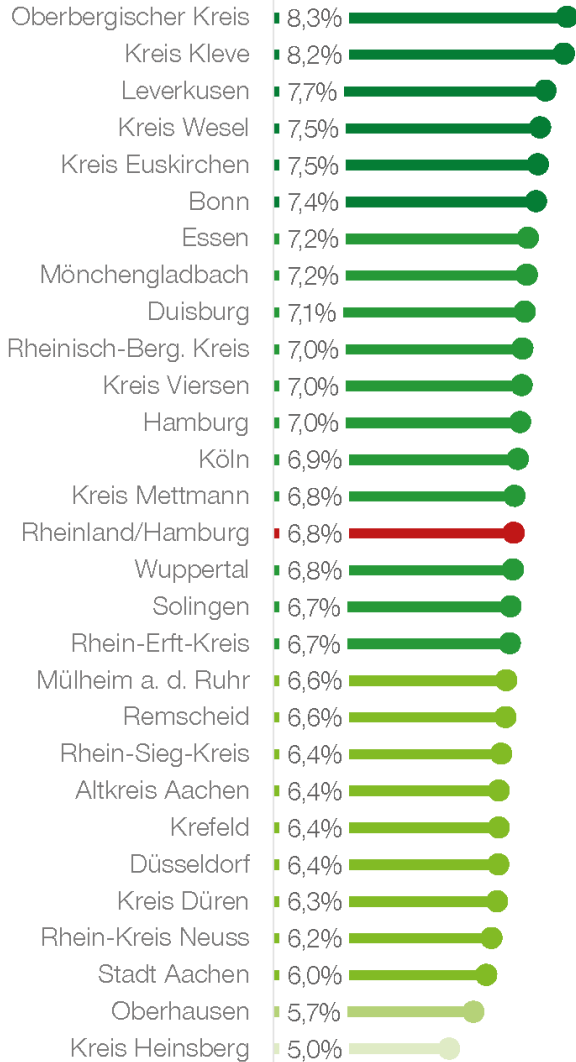
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Vorhofflimmern: Schlaganfall

Anteil an allen Versicherten mit Vorhofflimmern im Jahr 2016



Wie ist der Zusammenhang zwischen Vorhofflimmern und Schlaganfall?

Vorhofflimmern stellt einen der bedeutsamsten unabhängigen Risikofaktoren für ein Schlaganfallereignis dar. Durch den unregelmäßigen Herzrhythmus können sich Blutgerinnsel bilden, die – wenn sie ins Gehirn gelangen – einen Schlaganfall auslösen können. Bleibt das Gehirn zu lange mit Blut und Sauerstoff unterversorgt, stirbt Hirngewebe ab. Je nach Bedeutung der verstopften Arterie kann der Schlaganfall das Gehirn schwer schädigen und bleibende neurologische Störungen, insbesondere Lähmungen, Sprachstörungen und kognitive Beeinträchtigungen, verursachen. Im Mittel weisen Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern ein circa 4- bis 5-fach erhöhtes Schlaganfallrisiko auf. Etwa jeder vierte Schlaganfall ist auf Vorhofflimmern zurückzuführen.

Die Auswertung zeigt, wie viele Menschen, die im Jahr 2016 Vorhofflimmern hatten, in den folgenden sechs Jahren einen ischämischen Schlaganfall erlitten haben.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: I63

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

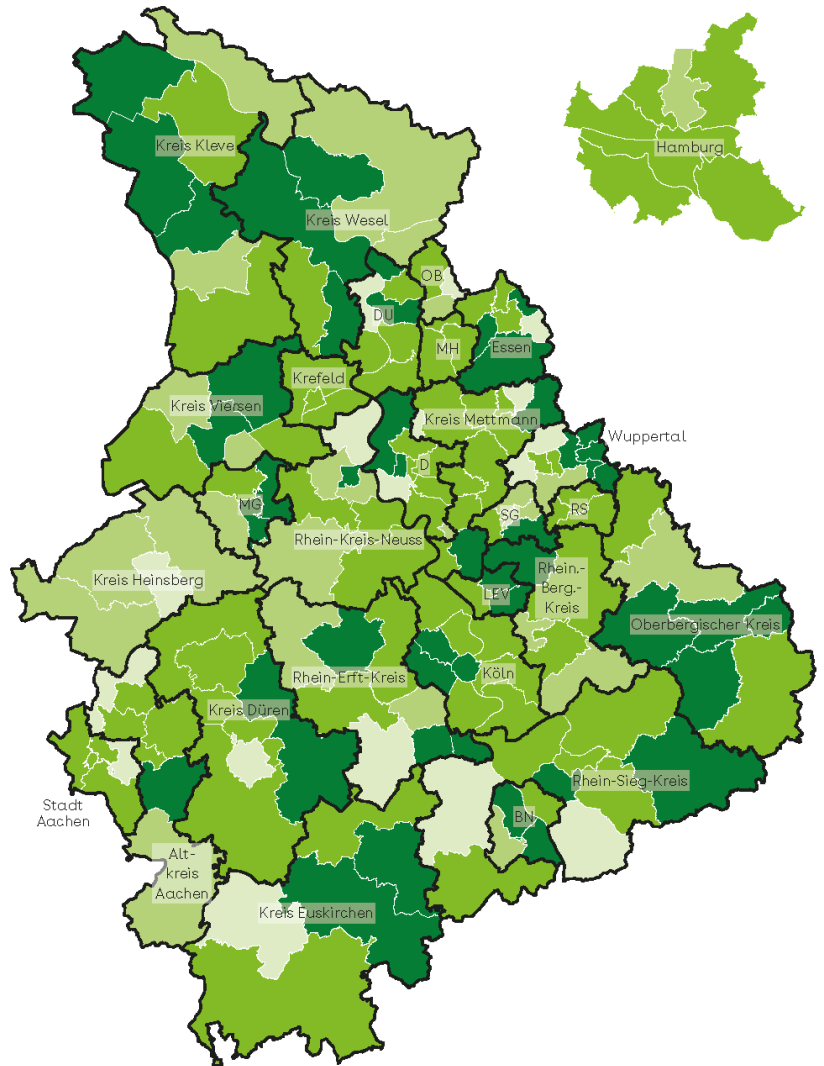
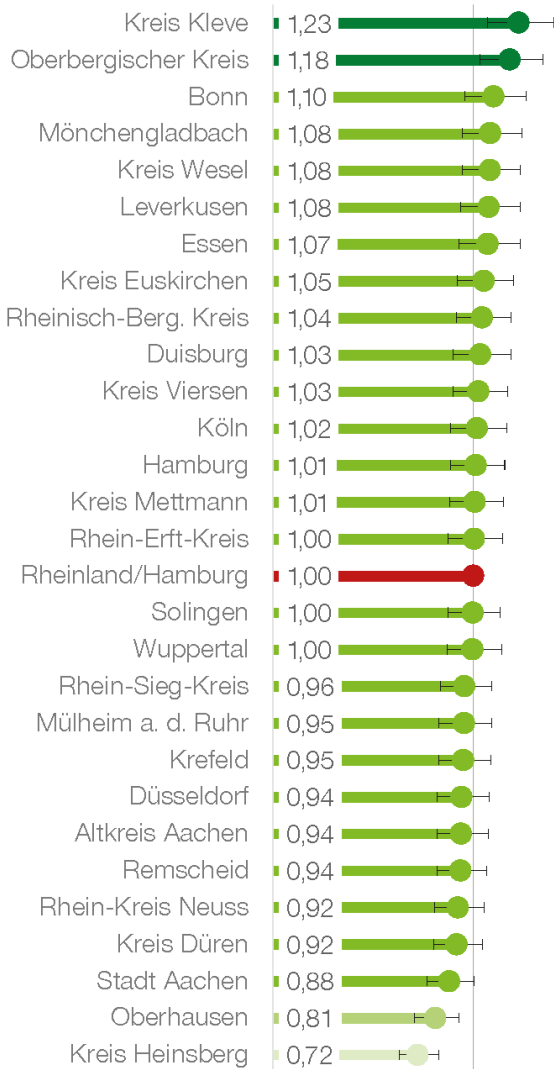
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Vorhofflimmern: Schlaganfall

Versicherte mit Ereignis – beobachtete Anzahl im Verhältnis zu der statistisch erwarteten Anzahl



Was sagt der Verhältniswert aus?

Das Risiko für einen Schlaganfall bei Vorhofflimmern wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dazu zählt zum Beispiel die Häufigkeit des Vorhofflimmerns, ein vorheriger Schlaganfall und das Vorliegen relevanter Begleiterkrankungen. Auch die soziale Lage hat einen wichtigen Einfluss, denn sie bildet näherungsweise die Gesundheitskompetenz der Versicherten ab. Diese Einflussfaktoren sind in der Versorgung nur bedingt zu beeinflussen. Um die Anzahl der Schlaganfälle zwischen den Regionen zu vergleichen, wird daher berechnet, wie viele ischämische Schlaganfälle unter Berücksichtigung der Risikostruktur der Bevölkerung zu erwarten gewesen wären. Teilt man die beobachteten durch die statistisch erwarteten Ereignisse, ergibt sich ein Verhältniswert. Ist dieser größer als eins, ist es in der Region zu mehr Schlaganfällen gekommen als erwartet. Ist der Wert kleiner eins, gab es in der Region weniger Hirninfarkte als erwartet.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

siehe Erläuterungen im Anhang

Standardisierung

multifaktorielle Risikoadjustierung

Datenquelle

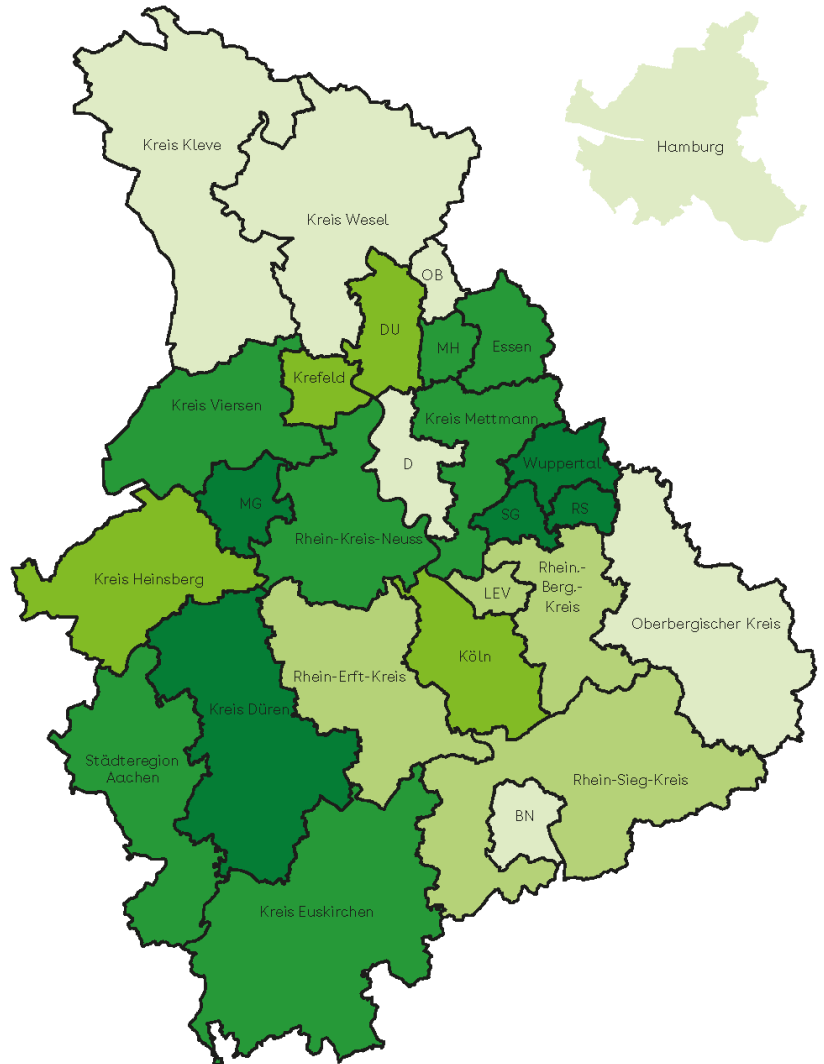
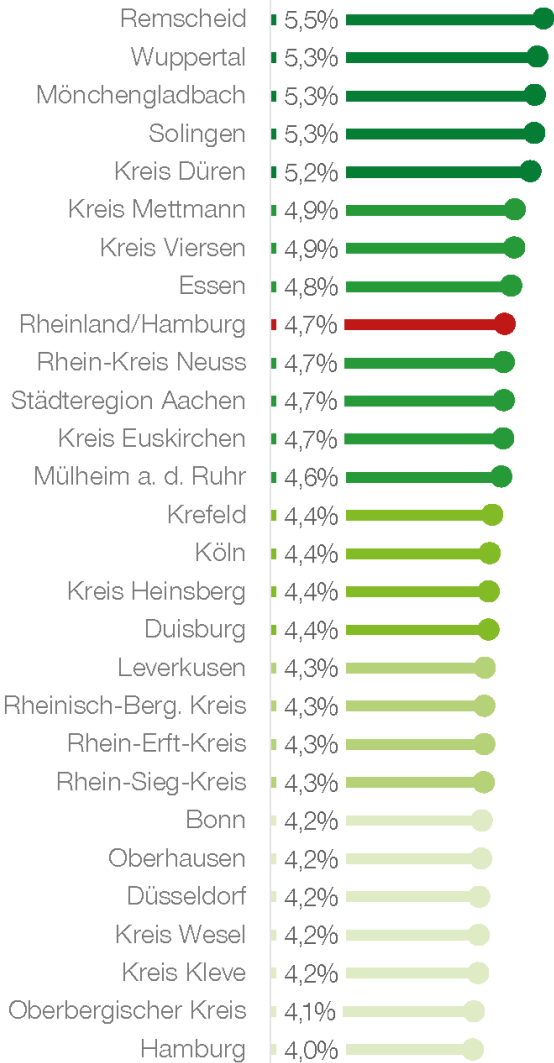
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Asthma: Prävalenz

Anteil an der Bevölkerung



Was ist Asthma?

Asthma bronchiale ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege. Eine Überempfindlichkeit der Bronchien führt wiederkehrend zu einer Verengung der Atemwege. Typische Symptome sind anfallartig auftretende Atemnot, ein Engegefühl in der Brust, eine pfeifende Atmung und Husten. In den meisten Fällen kann die Krankheit durch eine medikamentöse Therapie kontrolliert und ein Fortschreiten verhindert werden. Die Ursachen für Asthma bronchiale sind noch nicht vollständig geklärt. Als Risikofaktor gilt das Zusammenwirken von genetischer Veranlagung und Reizstoffen in der Luft.

Die ausgewiesenen Werte geben die Krankheitsprävalenz der gesamten Bevölkerung in den Kreisen wider. Sie basieren auf einem innovativen Verfahren, das Gesamtprävalenzen anhand der AOK-Routinedaten und der Krankenhausstatistik schätzt.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

gemäß WIdO-Gesundheitsatlas

Standardisierung

keine

Datenquelle

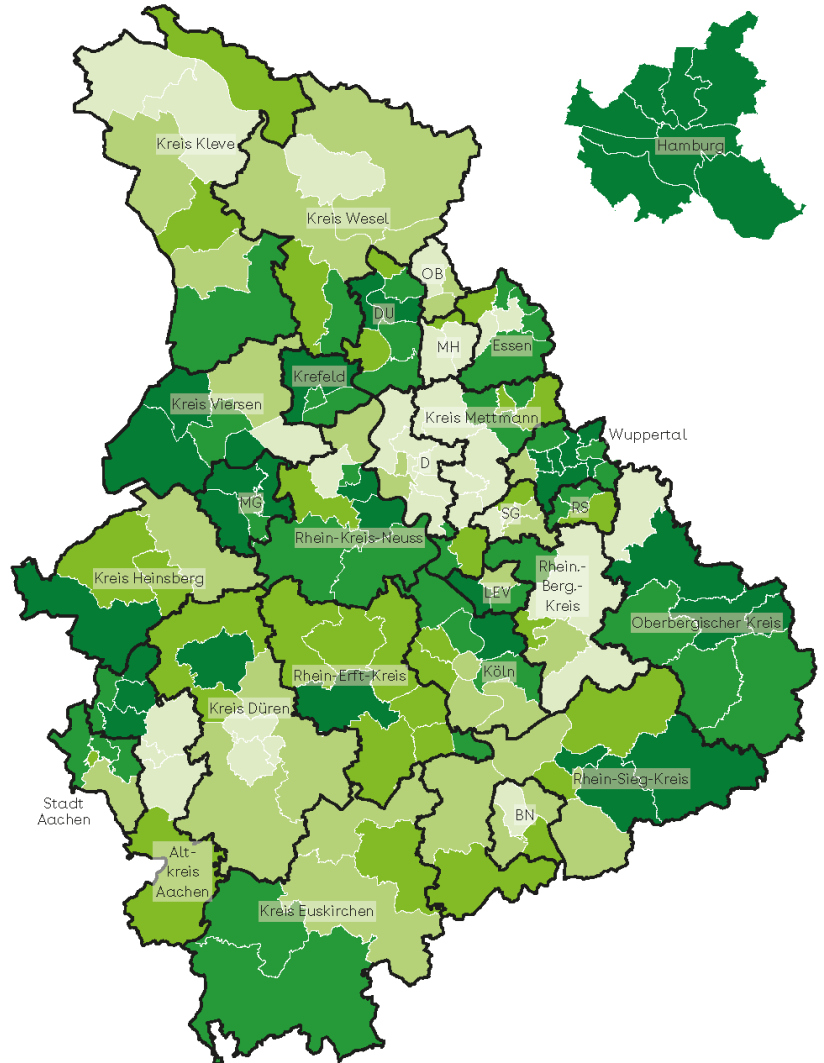
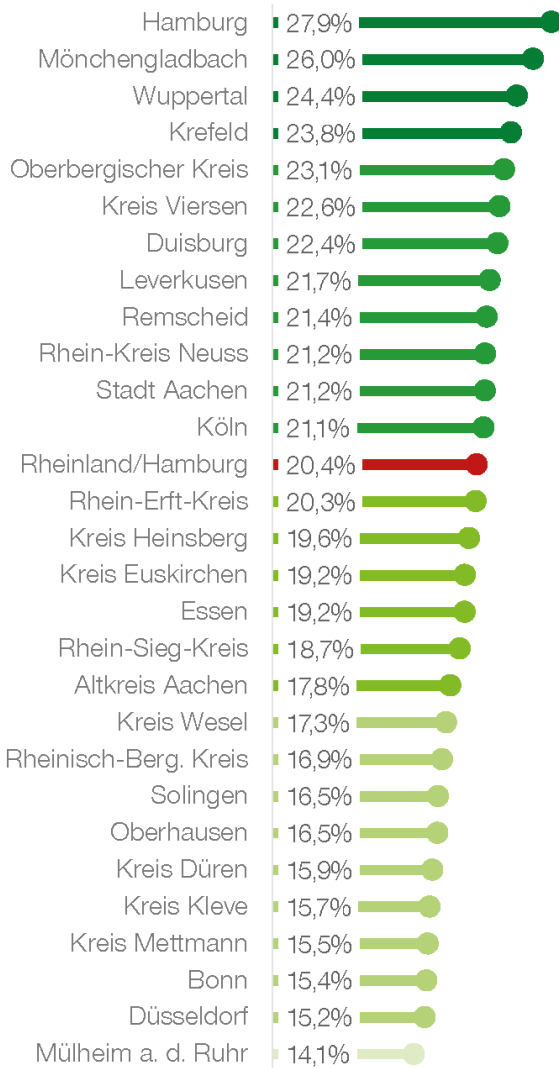
WIdO-Gesundheitsatlas

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Asthma: Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm

Anteil an allen Versicherten mit Asthma



Warum ist eine Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm sinnvoll?

Die Betreuung von Asthma-Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Eine routinemäßige Behandlung bei einer Lungenärztin oder einem Lungenarzt ist weder medizinisch erforderlich, noch bei der großen Anzahl betroffener Menschen umsetzbar. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) haben das Ziel, in der hausärztlichen Versorgung eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu gewährleisten. Wesentlicher Bestandteil sind die Vereinbarung von individuellen Therapiezielen, die Teilnahme an Schulungen und Präventionsangeboten sowie regelmäßige Kontrolltermine. Die Auswertung gibt den Anteil der Asthma-Patientinnen und -Patienten an, die an dem DMP Asthma teilgenommen haben.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: J45,
DMP-Teilnahme

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf
betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

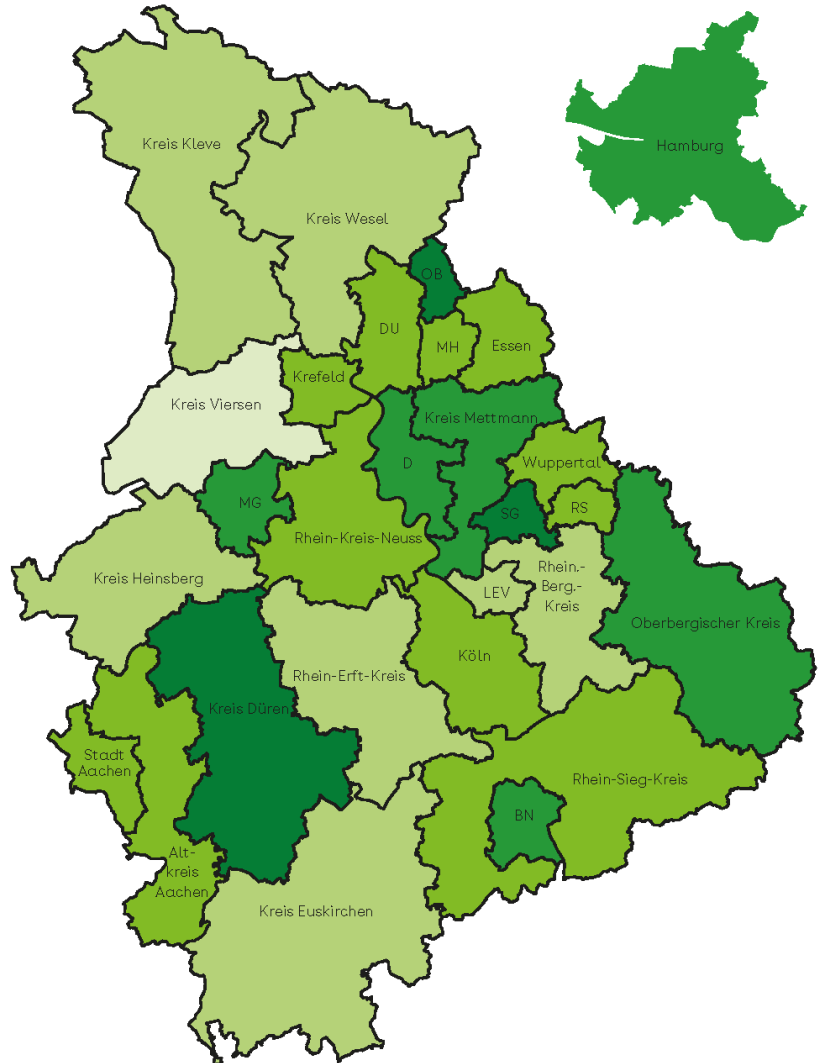
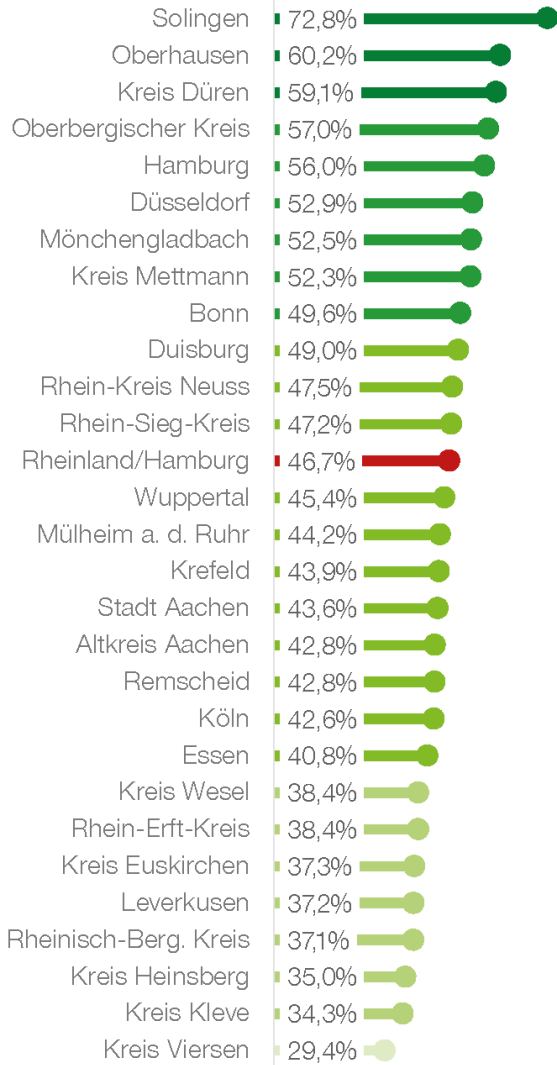
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Asthma: Versicherte mit Facharztkontakt Pneumologie

Anteil an allen Versicherten mit Asthma, für die gemäß DMP-Programm eine Mitbetreuung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt empfohlen wird



Wann sollte Asthma fachärztlich behandelt werden?

Die Betreuung von Asthma-Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) Asthma stellt eine evidenzgesicherte und wirksame Behandlung sicher. Bei schwerem Krankheitsverlauf oder einer dauerhaft hohen Instabilität trotz intensiver Therapie soll eine Lungenärztin oder ein Lungenarzt in die Betreuung eingebunden werden. Die Einbeziehung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes wird unter anderem bei einer Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikoiden sowie bei der Initiierung einer Therapie mit Antikörpern empfohlen. Diese beiden Behandlungsmöglichkeiten stellen die intensivste medikamentöse Therapie des Asthmas dar und sind den schweren Fällen vorbehalten.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Menschen aus diesem Personenkreis mindestens einen pneumologischen Facharztkontakt hatten.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: J45, ATC-Codes: H02AB01/02/04/06-08/14, D11AH05, R03DX05/08-11

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

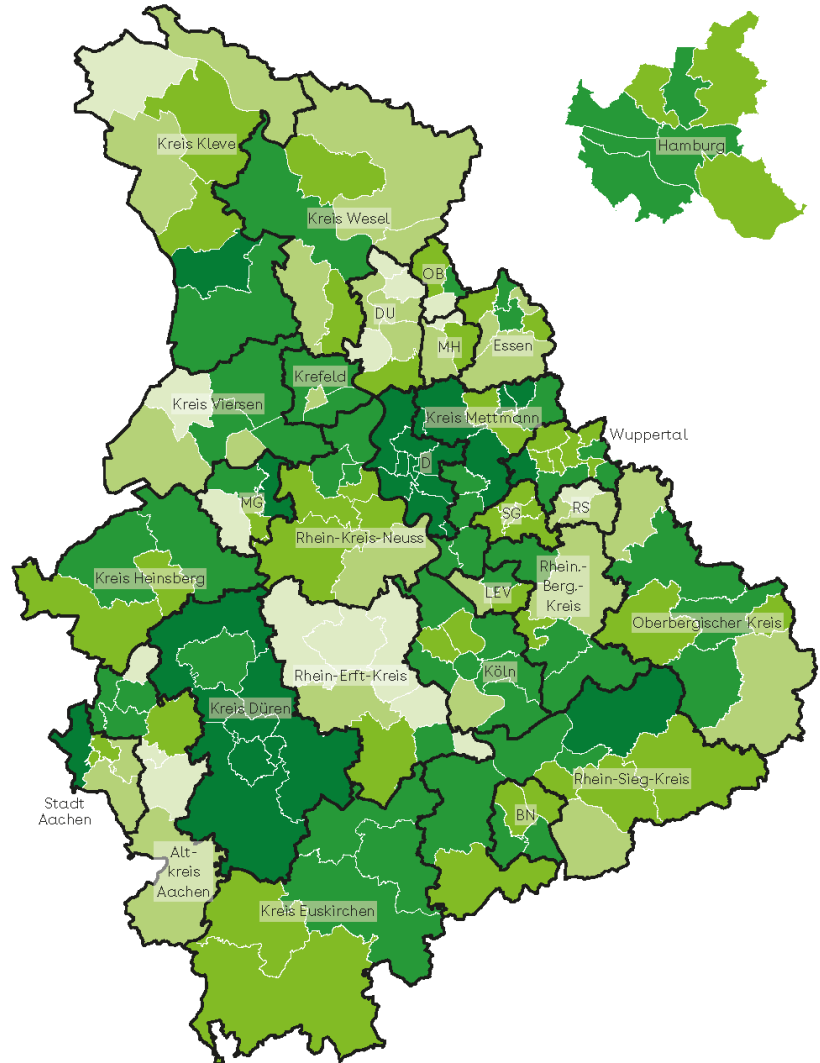
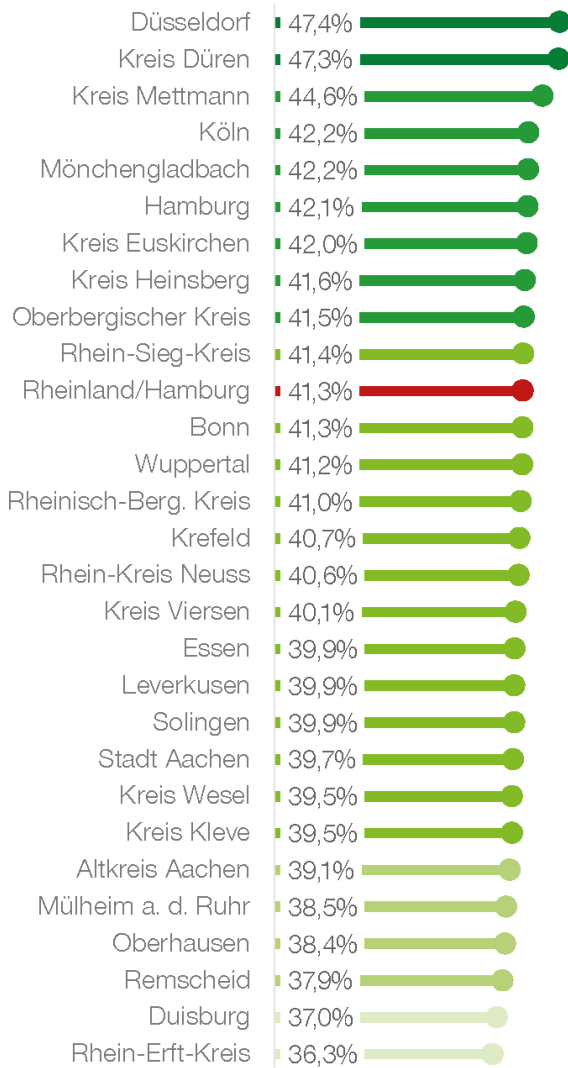
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Asthma: Intensivierte Therapie

Anteil an allen Versicherten mit Asthma



Welche Rückschlüsse lässt die Medikation auf die Ausprägung des Asthmas zu?

Die Symptome von Asthma – Atemnot, Engegefühl in der Brust, pfeifende Atmung und Husten – treten in der Regel plötzlich auf. Die medikamentöse Asthma-Therapie zielt darauf ab, die Krankheit zu kontrollieren. Von kontrolliertem Asthma spricht man, wenn die Symptome selten bis gar nicht auftreten und keine Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten bestehen. Je nach Erfolg der bestehenden Behandlung kann die Therapie entlang eines fünfstufigen Stufenschemas intensiviert werden. Die Art der Medikation lässt daher auf die Schwierigkeit schließen, das Asthma medikamentös zu kontrollieren.

Diese Auswertung weist den Anteil der Asthma-Patientinnen und -Patienten aus, bei denen zur Asthma-Kontrolle eine intensivierete Medikation der Stufen vier und fünf des Stufenschemas erforderlich ist.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
auf Anfrage

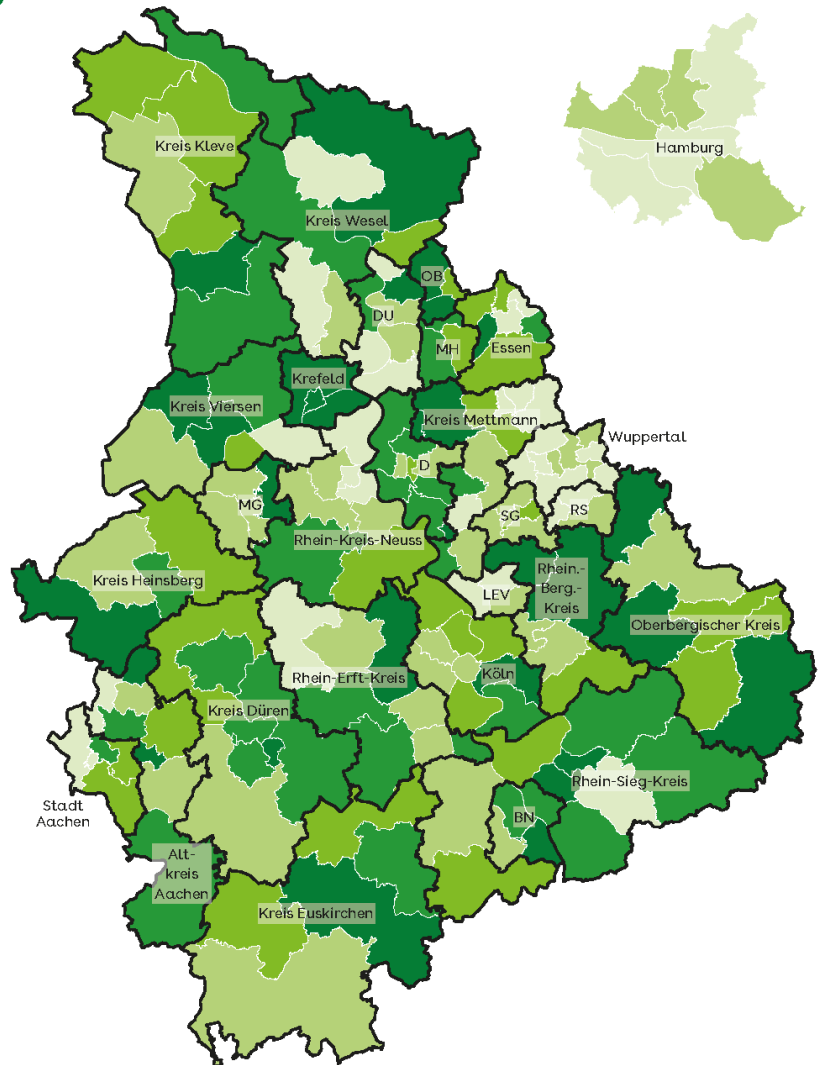
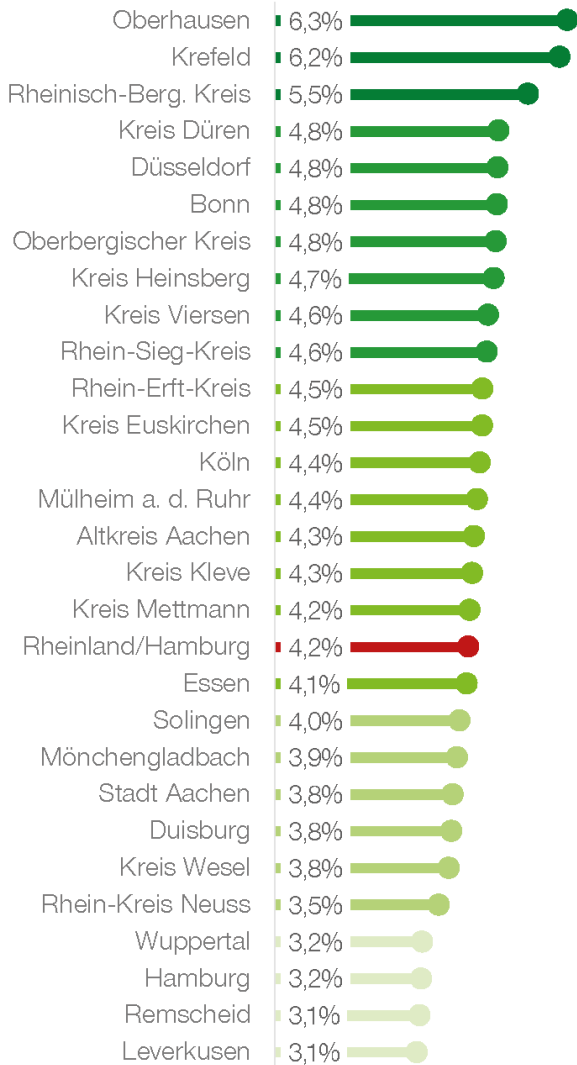
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Asthma: Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikoiden (OCS)

Anteil an allen Versicherten mit Asthma ohne Indikation für OCS-Langzeittherapie



Wie sollten Glukokortikoide bei Asthma eingesetzt werden?

Ein Bestandteil der medikamentösen Asthma-Therapie sind Asthmasprays mit Kortison. Die Aerosole gelangen durch die Inhalation in die Lunge und lindern dort die asthmabedingte Entzündung der Bronchien. Der Einsatz erfolgt lokal begrenzt, systemische Nebenwirkungen werden weitgehend vermieden. Bei einer akuten Verschlechterung der Krankheit können Glukokortikoide zeitlich begrenzt auch in Tablettenform genommen werden. Eine orale Dauermedikation ist nur in der fünften Stufe des medikamentösen Stufenschemas, wenn andere Therapieoptionen keine zufriedenstellende Asthma-Kontrolle bewirken konnten, vorgesehen. Durch die orale Einnahme entfaltet sich die Wirkung im ganzen Körper – die Gefahr für Nebenwirkungen steigt. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit Asthma außerhalb der Stufe 5 des medikamentösen Stufenschemas eine nicht leitlinienkonforme Einnahme von oralen Glukokortikoiden an mehr als 30 aufeinander folgenden Tagen hatten.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: J45,
ATC-Codes:
H02AB01/02/04/06-08/14

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

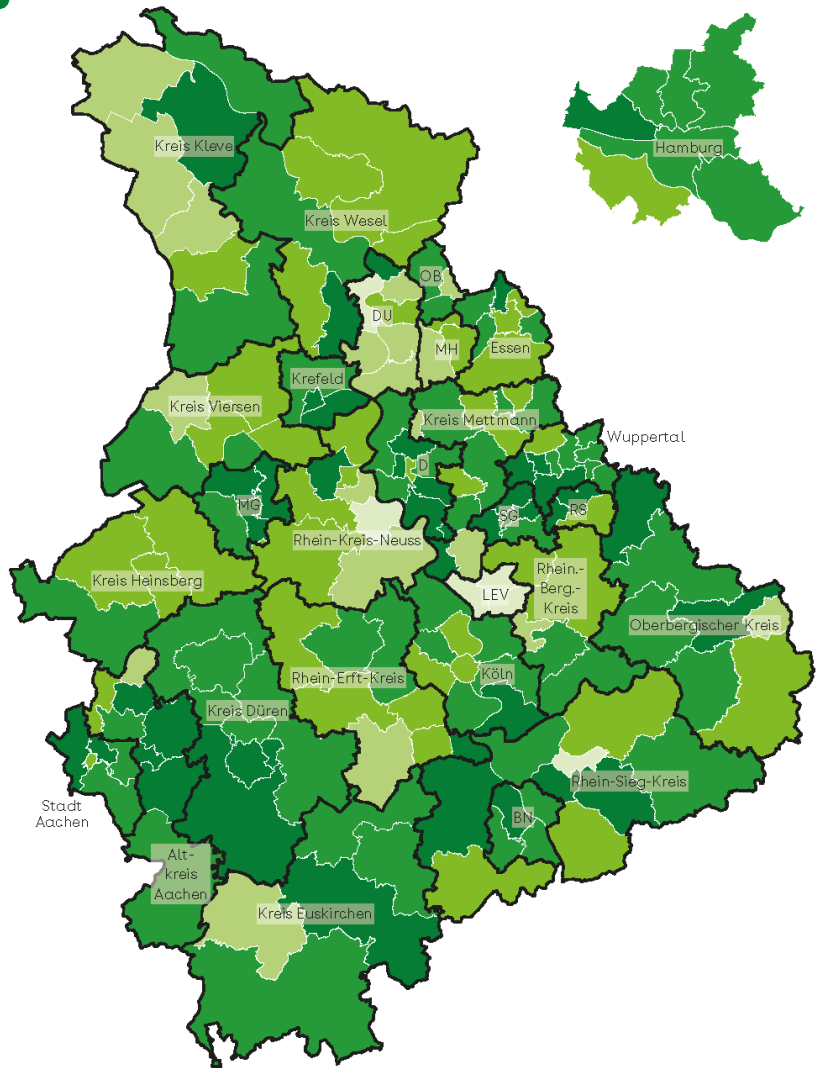
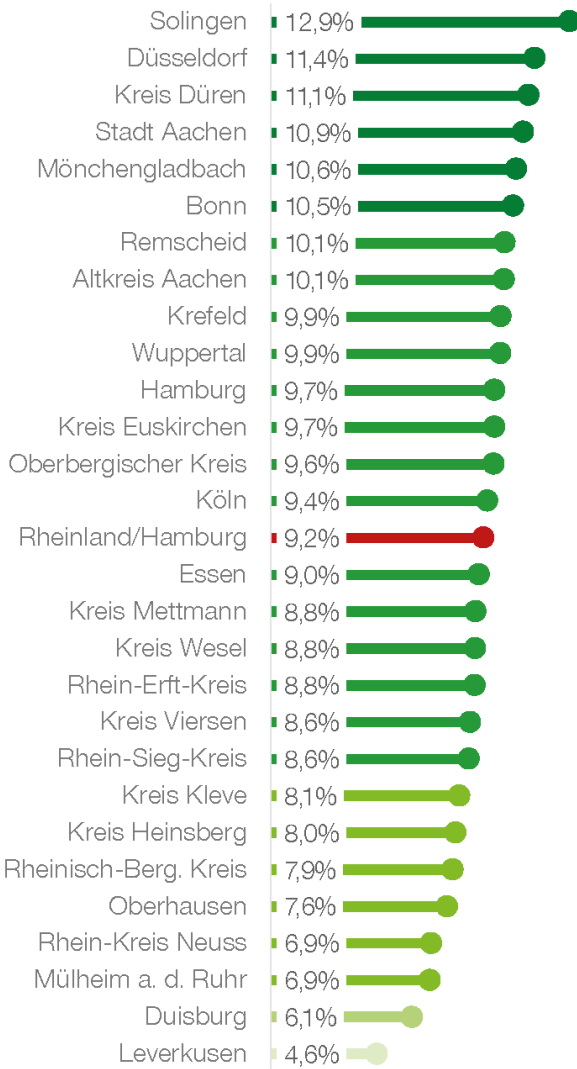
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Asthma: Versicherte mit schwerem Krankheitsverlauf

Anteil an allen Versicherten mit Asthma im Jahr 2016



Was ist schweres Asthma?

Eine intensivierete Asthma-Therapie lässt darauf schließen, dass es trotz ärztlicher und medikamentöser Behandlung immer wieder zu Asthma-Symptomen kommt. Lässt sich die Erkrankung selbst mit einer hochdosierten Therapie aus Kortison-Spray und langwirksamen Beta2-Sympathomimetika nicht gut kontrollieren, gilt sie als schwer. In diesen Fällen kommt als letzte Therapieoption eine hochdosierte Dreifachkombination (das heißt zusätzlich langwirksame Anticholinergika) sowie Antikörper und/oder systemische Glukokortikoide als Dauertherapie zum Einsatz. Die Auswertung zeigt, wie viele Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2016 Asthma hatten, in den folgenden sechs Jahren erstmalig mit einer Medikamentenkombination der Stufe 5 des Stufenschemas behandelt wurden.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

auf Anfrage

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

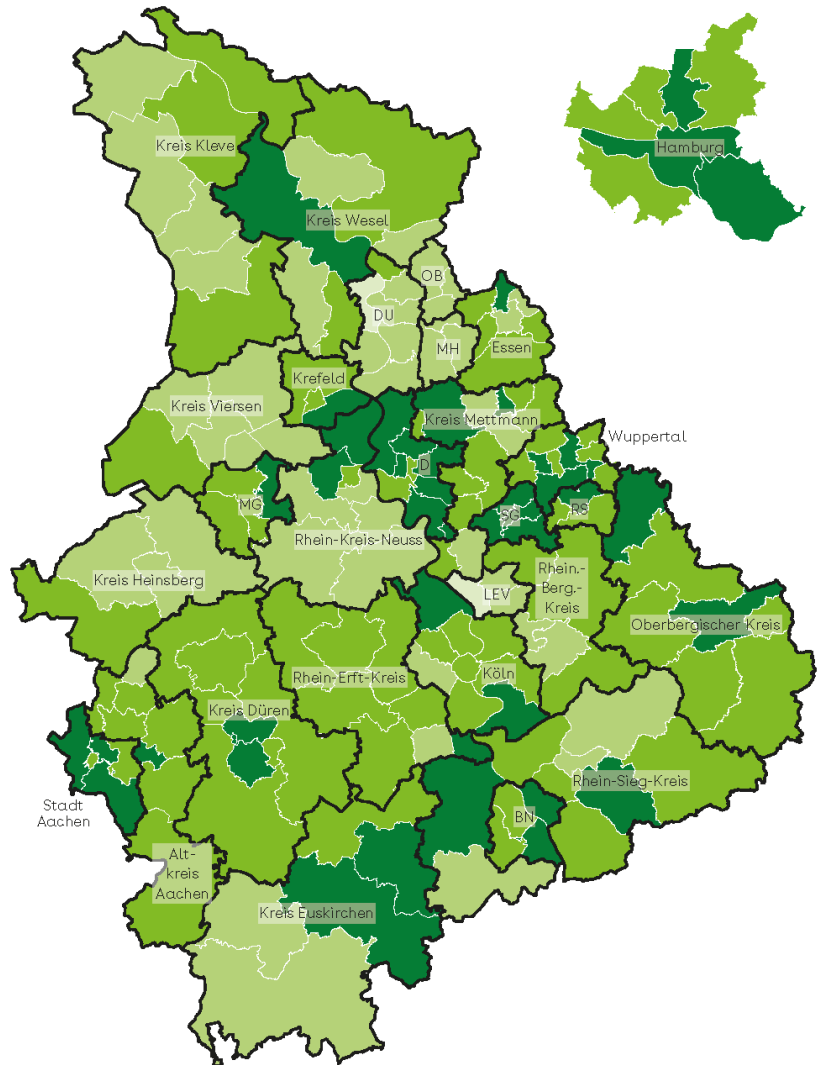
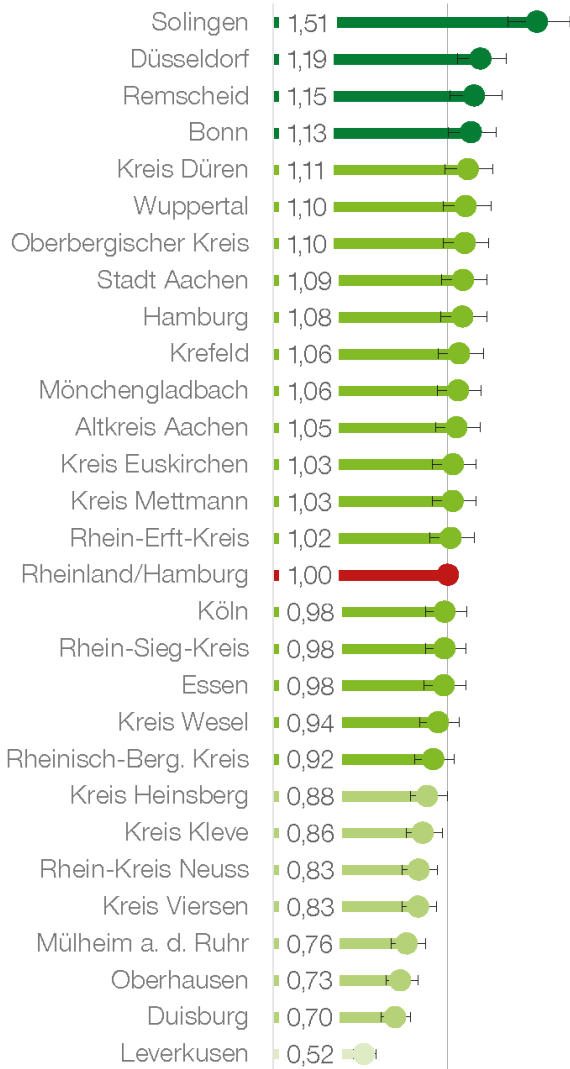
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Asthma: Versicherte mit schwerem Krankheitsverlauf

Versicherte mit Ereignis – beobachtete Anzahl im Verhältnis zu der statistisch erwarteten Anzahl



Was sagt der Verhältniswert aus?

Das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf bei Asthma wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen im Wesentlichen das Stadium sowie das Vorliegen relevanter Begleiterkrankungen wie zum Beispiel COPD. Auch die soziale Lage hat einen wichtigen Einfluss, denn sie bildet näherungsweise die Gesundheitskompetenz der Versicherten ab. Diese Einflussfaktoren sind in der Versorgung nur bedingt zu beeinflussen. Um die Anzahl der Fälle schwerer Krankheitsverläufe zwischen den Regionen zu vergleichen, wird daher berechnet, wie viele Ereignisse unter Berücksichtigung der Risikostruktur der Bevölkerung zu erwarten gewesen wären. Teilt man die beobachteten durch die statistisch erwarteten Fälle, ergibt sich ein Verhältniswert. Ist dieser größer als eins, ist es in der Region zu mehr Ereignissen gekommen als erwartet. Ist der Wert kleiner eins, haben in der Region weniger Patientinnen und Patienten schweres Asthma entwickelt als erwartet.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

siehe Erläuterungen im Anhang

Standardisierung

multifaktorielle Risikoadjustierung

Datenquelle

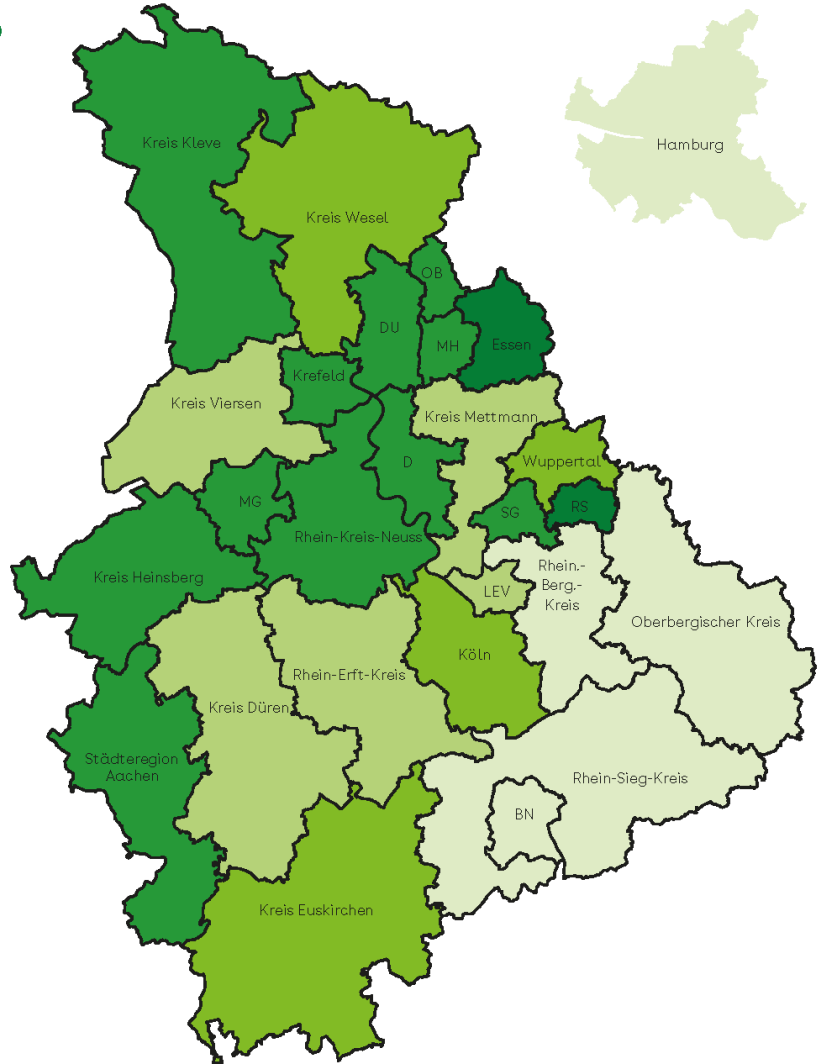
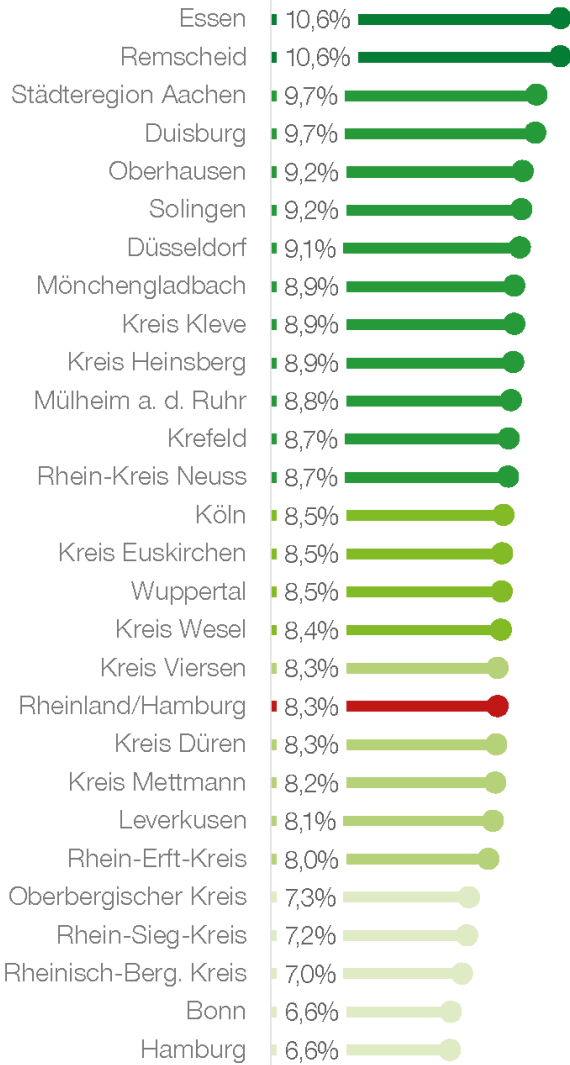
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

COPD: Prävalenz

Anteil an Bevölkerung ab 40 Jahren



Was ist COPD?

Bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) besteht eine irreversible und zumeist fortschreitende Verengung der tiefen Atemwege. In der Folge kommt es zu Atemnot, Husten und Auswurf. Die Einschränkungen der Lungenfunktion nehmen im Krankheitsverlauf zu, auch steigt das Risiko für eine akute Verschlimmerung der Krankheit sowie für Schädigungen anderer Organe. Der größte Risikofaktor für die COPD ist das Rauchen.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

gemäß WIdO-Gesundheitsatlas

Standardisierung

keine

Datenquelle

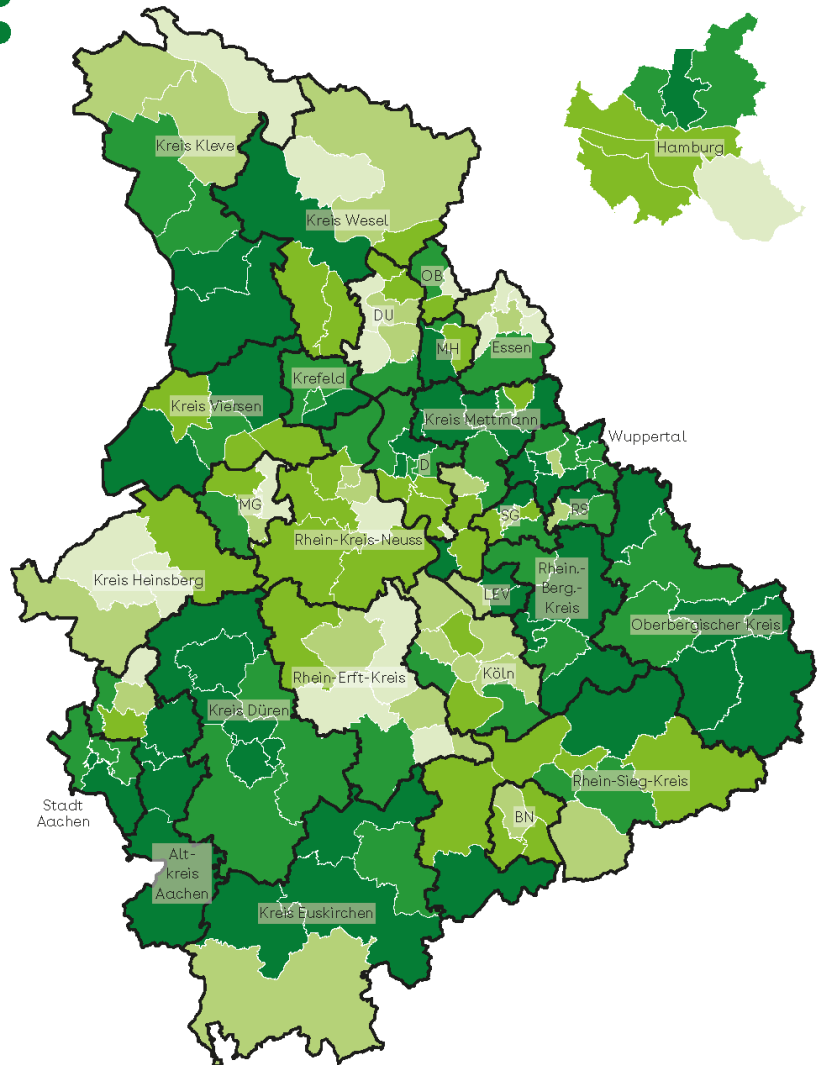
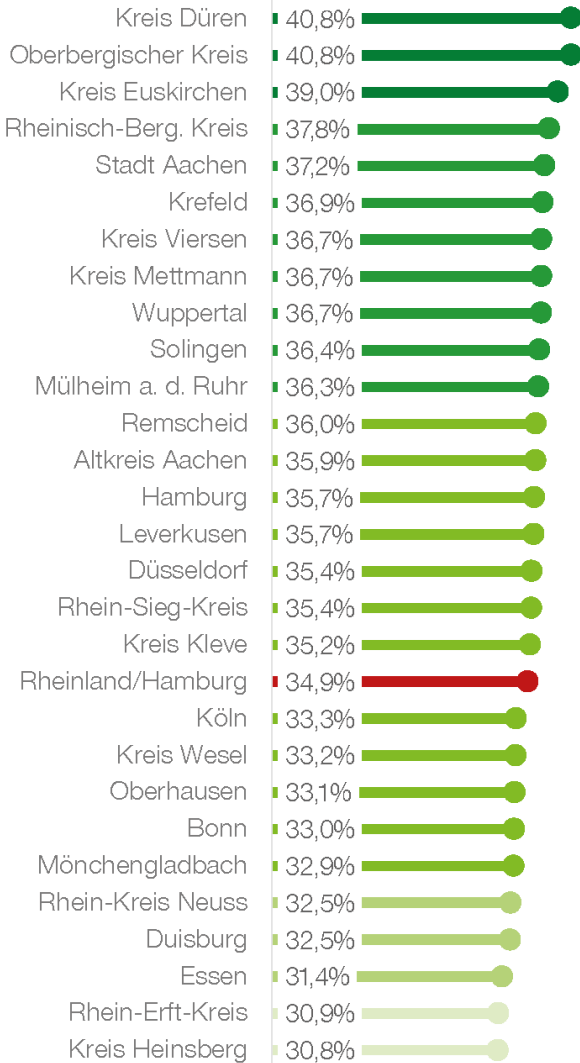
WIdO-Gesundheitsatlas

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

COPD: schweres COPD

Anteil an allen Versicherten mit COPD



Wie wird der Schweregrad bei einer COPD in den Daten erfasst?

COPD ist eine fortschreitende Erkrankung. Im Anfangsstadium ist die Lungenfunktion erst wenig eingeschränkt. Die Beeinträchtigungen im Alltag sind gering. Mit zunehmender Einschränkung der Lungenfunktion nehmen die Atembeschwerden zu. Bei einer sehr schweren COPD sind die Patientinnen und Patienten chronisch mit Sauerstoff unterversorgt. Sie leiden unter schwerer Atemnot, auch teilweise im Ruhezustand.

Der Schweregrad einer COPD wird in den Diagnosedaten nicht zuverlässig kodiert. Daher wurde die Krankheitsschwere anhand der Medikamentenverordnungen abgeschätzt. Bei einer sehr schweren COPD wird eine Dreifachtherapie aus langwirkenden Anticholinergika (LAMA), langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (LABA) und inhalativen Kortikosteroiden (ICS) empfohlen. Die Auswertung gibt den Anteil der COPD-Patientinnen und -Patienten mit einer Dreifachtherapie an.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

auf Anfrage

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

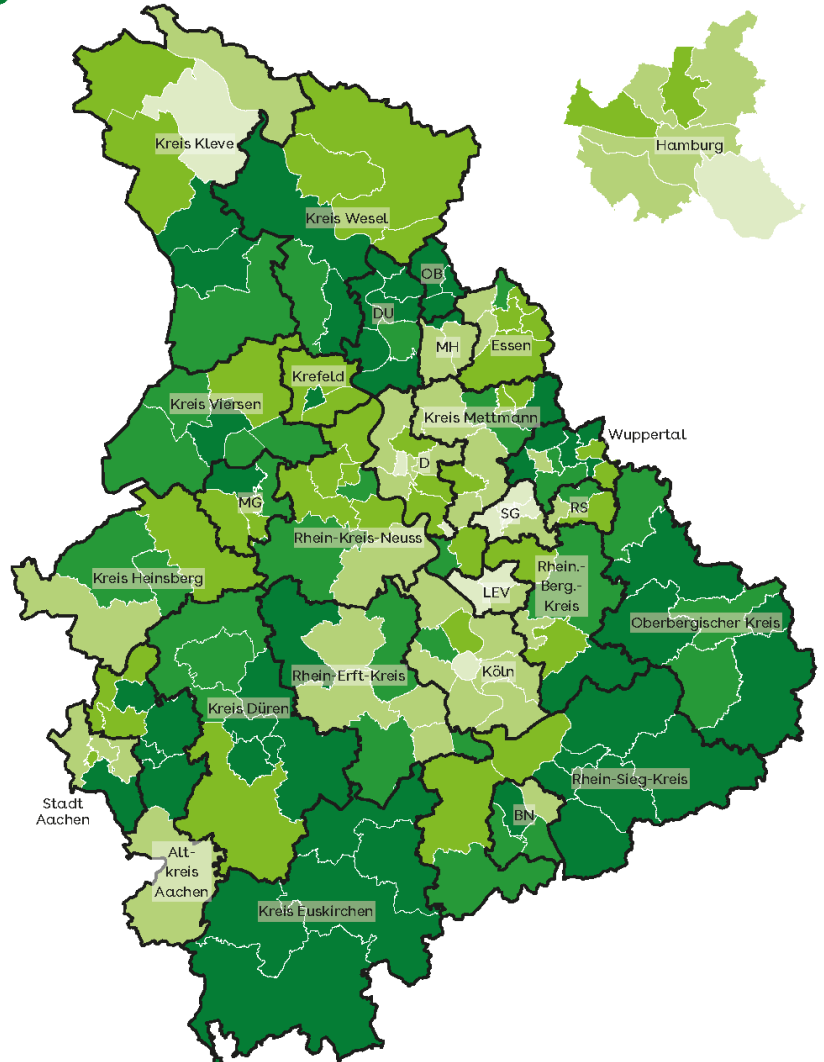
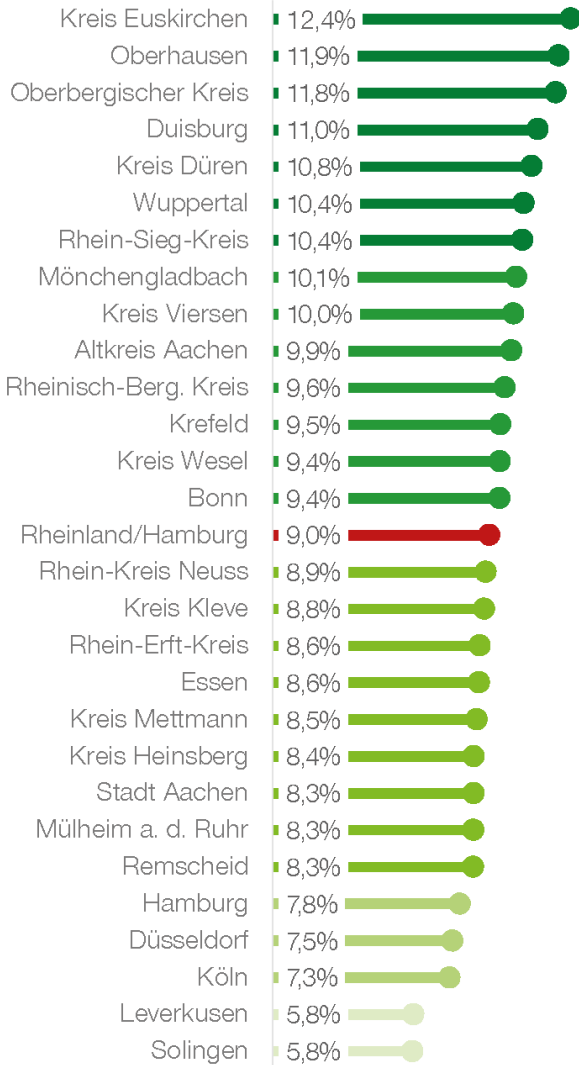
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

COPD: Sauerstofftherapie

Anteil an allen Versicherten mit COPD



Wann ist eine Sauerstofftherapie notwendig?

Patientinnen und Patienten mit einer sehr schweren COPD sind chronisch mit Sauerstoff unterversorgt. Der Sauerstoffgehalt im Blut ist deutlich reduziert. In der Folge kommt es zu Müdigkeit, schwerer Atemnot, auch teilweise im Ruhezustand, und reduzierter Belastbarkeit.

Unterschreitet der Sauerstoffgehalt einen kritischen Wert, ist eine Sauerstofftherapie angezeigt. Dabei wird dem Organismus über eine Nasenbrille zusätzlicher Sauerstoff zugeführt. Die zusätzliche Gabe von Sauerstoff reduziert nicht nur die Atemnot, sondern verbessert auch die Lebenserwartung. Diese Auswertung zeigt, wie viele COPD-Patientinnen und -Patienten Sauerstofftherapiegeräte haben.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: J43.2, J43.8, J43.9, J44

Hilfsmittel-GPOS:

142404, 142405, 142406

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

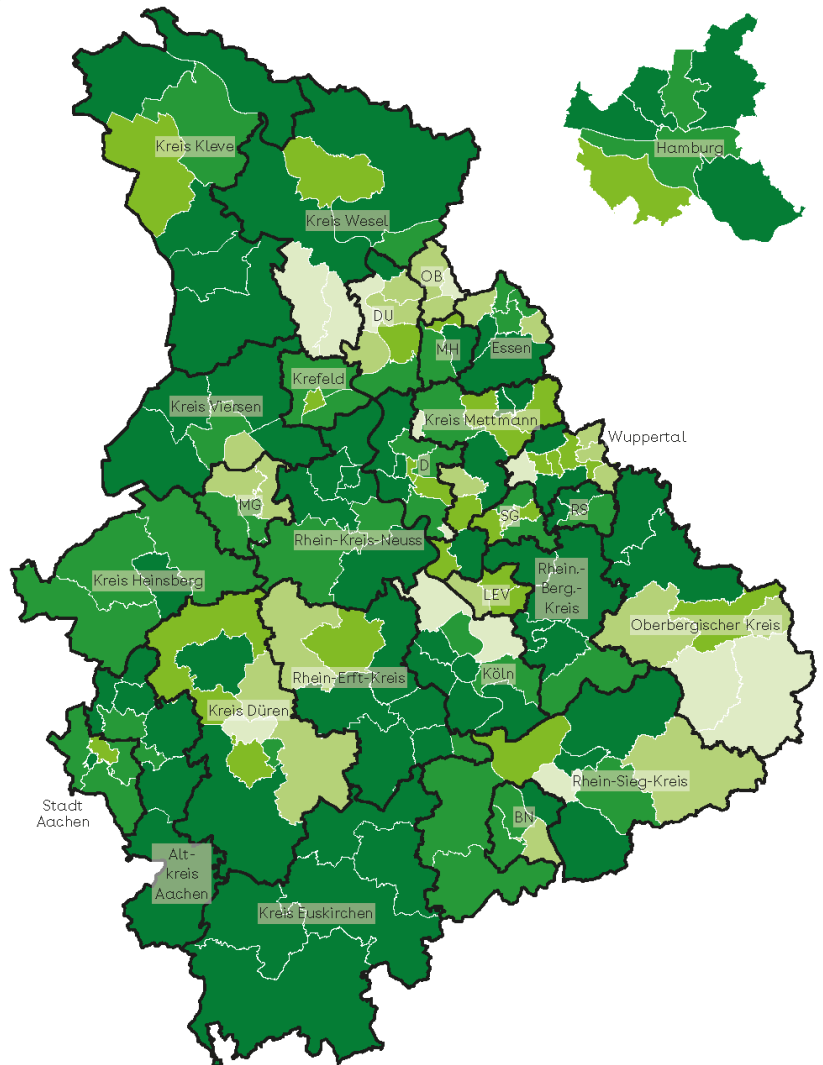
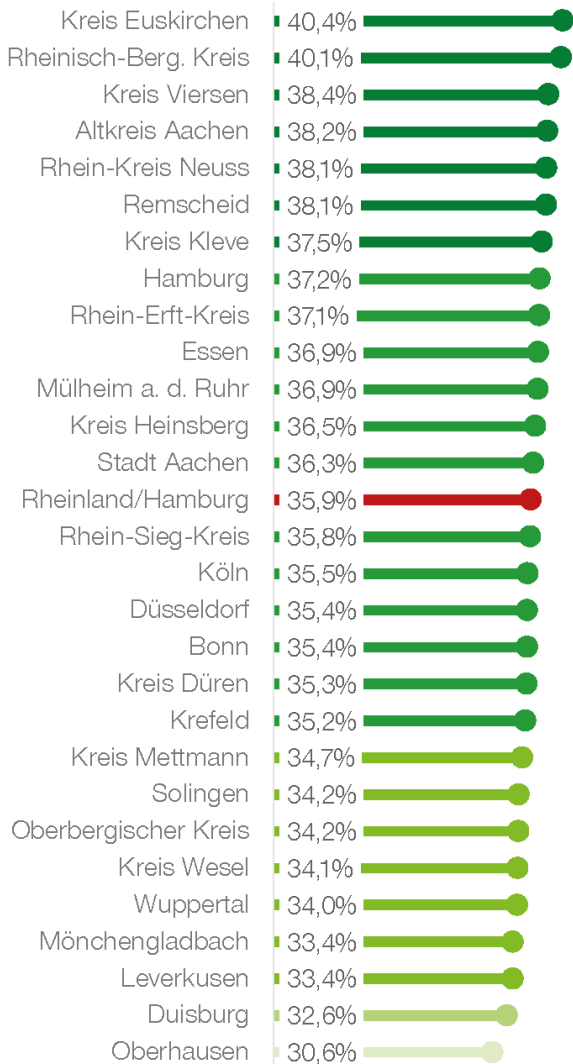
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

COPD: Gripeschutzimpfung

Anteil an allen Versicherten mit COPD



Warum sollten sich Patientinnen und Patienten mit COPD gegen Grippe impfen?

Akute Atemwegsinfektionen führen oftmals dazu, dass sich eine COPD anfallartig verschlechtert. Nicht selten ist dann eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich. Daher sollte eine Ansteckung vermieden werden. Die Gripeschutzimpfung kann das Erkrankungsrisiko reduzieren und resultierende Folgen wie Krankenhausfälle und Tod verringern. Zwar ist wissenschaftlich noch unklar, in welchem Ausmaß eine Gripeschutzimpfung vor anfallartigen Verschlechterungen der COPD schützt. Eine Impfung wird dennoch allen COPD-Patientinnen und -Patienten empfohlen – nicht zuletzt, da die Impfung sicher ist. Die Impfung beugt einer Grippeerkrankung vor, hat aber keinen therapeutischen Einfluss auf die Grunderkrankung. Die Auswertung gibt an, wie viele COPD-Patientinnen und -Patienten zwischen September 2022 und März 2023 gegen Grippe geimpft wurden.

Zeitraum

September 2022 bis März 2023

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: J43.2, J43.8, J43.9, J44
EBM-Ziffern: 89111, 89112

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

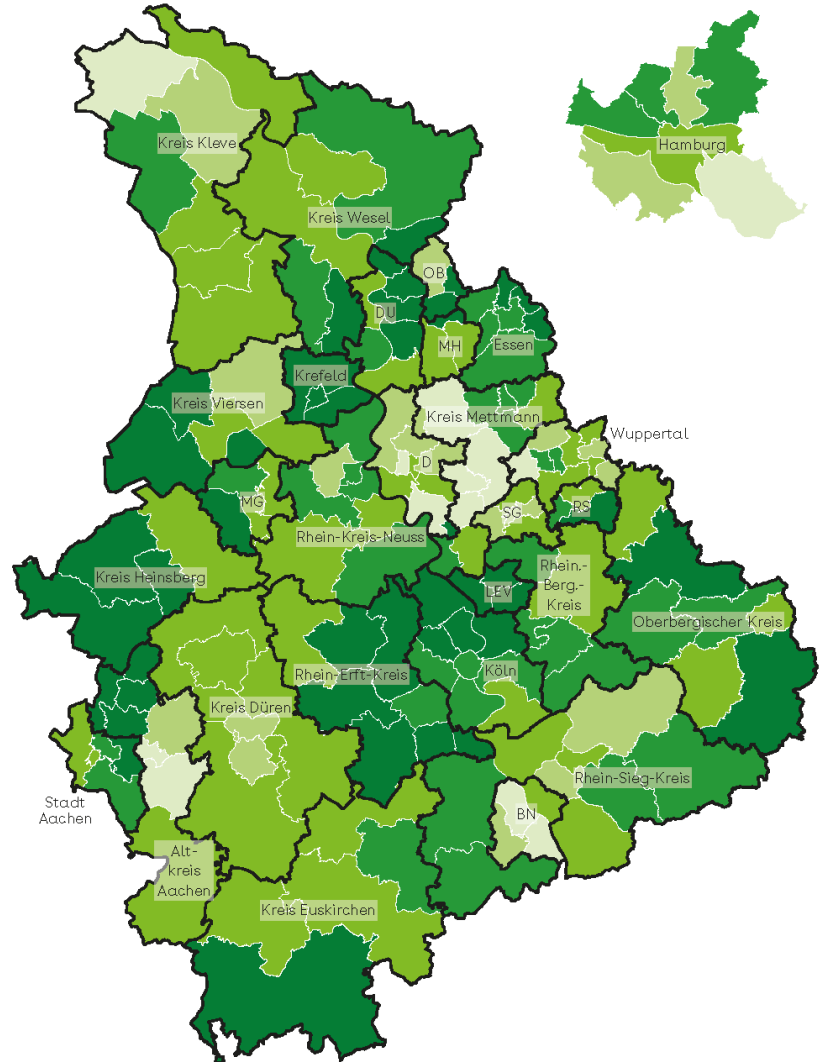
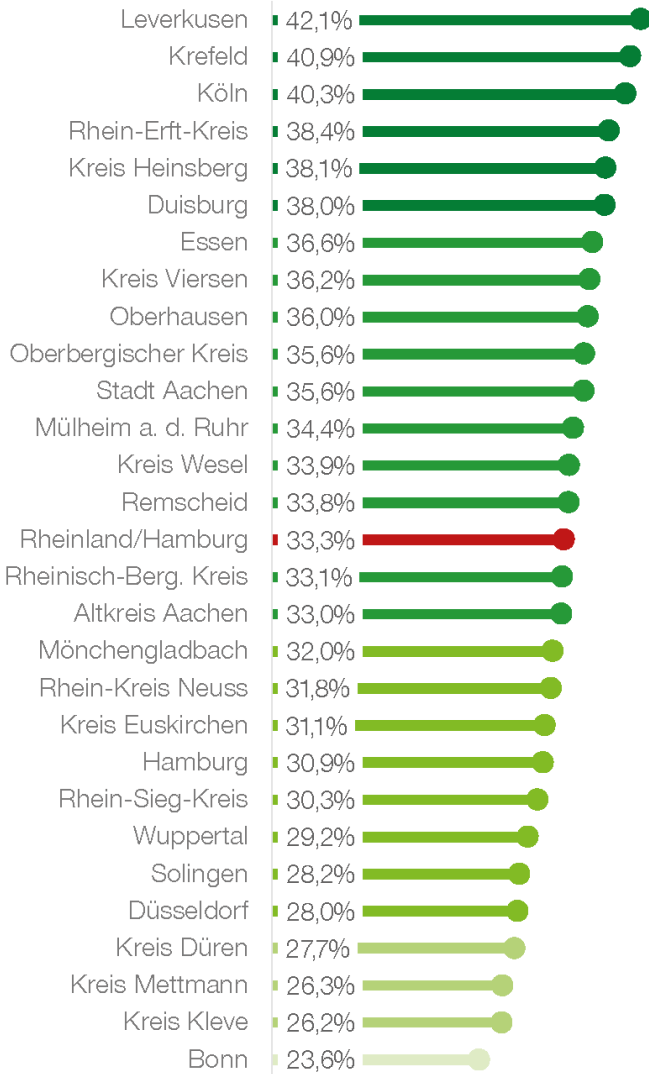
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

COPD: Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm

Anteil an allen Versicherten mit COPD



Warum ist eine Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm sinnvoll?

Die Betreuung von COPD-Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Eine routinemäßige Behandlung bei einer Lungenärztin oder einem Lungenarzt ist weder medizinisch erforderlich, noch bei der großen Anzahl betroffener Menschen umsetzbar. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) haben das Ziel, in der hausärztlichen Versorgung eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu gewährleisten. Wesentlicher Bestandteil sind die Vereinbarung von individuellen Therapiezielen, die Teilnahme an Schulungen und Präventionsangeboten sowie regelmäßige Kontrolltermine. Die Auswertung gibt den Anteil der COPD-Patientinnen und -Patienten an, die an dem DMP COPD teilgenommen haben.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: J43.2, J43.8, J43.9, J44
DMP-Teilnahme

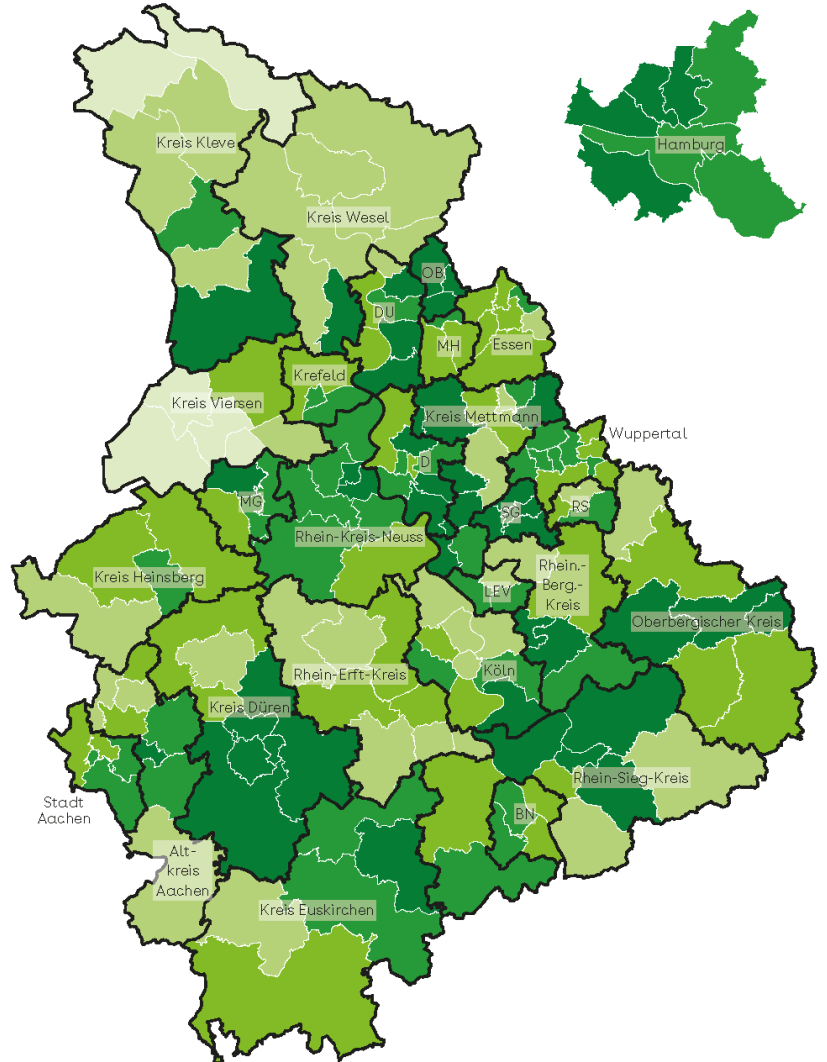
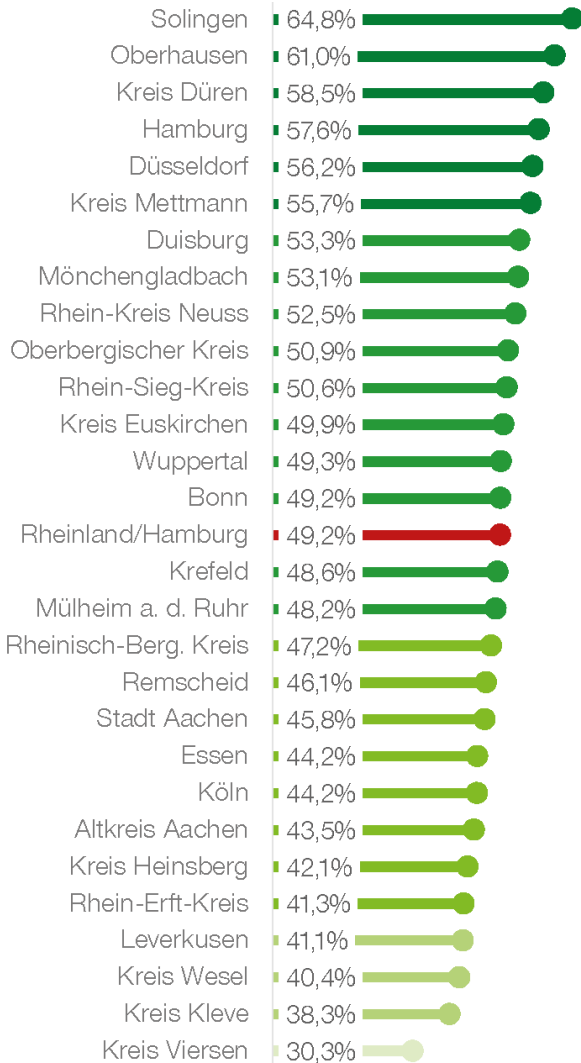
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

COPD: Versicherte mit Facharztkontakt Pneumologie

Anteil an allen Versicherten mit COPD, für die gemäß Leitlinie eine Mitbetreuung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt empfohlen wird



Wann sollte eine COPD fachärztlich behandelt werden?

Die Betreuung von COPD-Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) COPD stellt eine evidenzbasierte und wirksame Behandlung sicher. Bei schwerem Krankheitsverlauf oder einer dauerhaft hohen Instabilität trotz intensiverer Therapie soll eine Lungenärztin oder ein Lungenarzt in die Betreuung eingebunden werden. Die Leitlinie empfiehlt die Einbeziehung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes unter anderem bei einer Langzeit-Sauerstofftherapie, einer Therapie mit systemischen Glukokortikoiden, der Initiierung einer Triple-Therapie und/oder einer zusätzlichen Therapie mit Roflumilast sowie nach einem intensivmedizinischen Krankenhausaufenthalt. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten aus diesem Personenkreis mindestens einen pneumologischen Facharztkontakt hatten.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
auf Anfrage

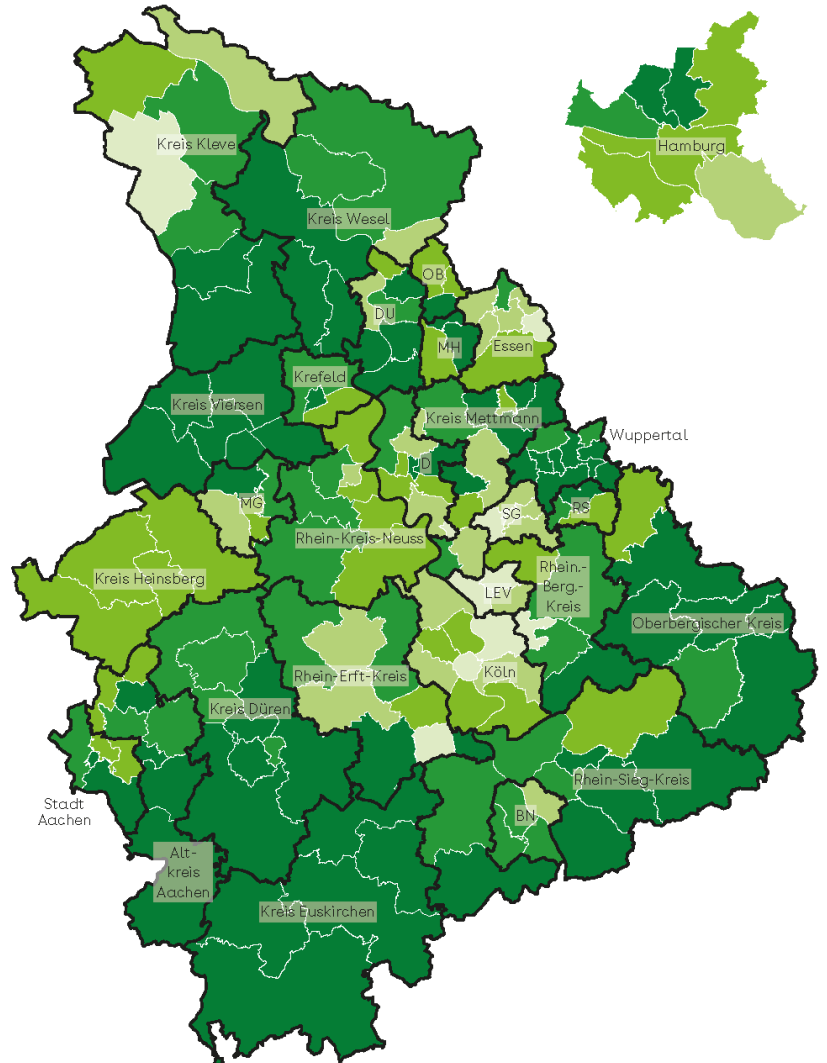
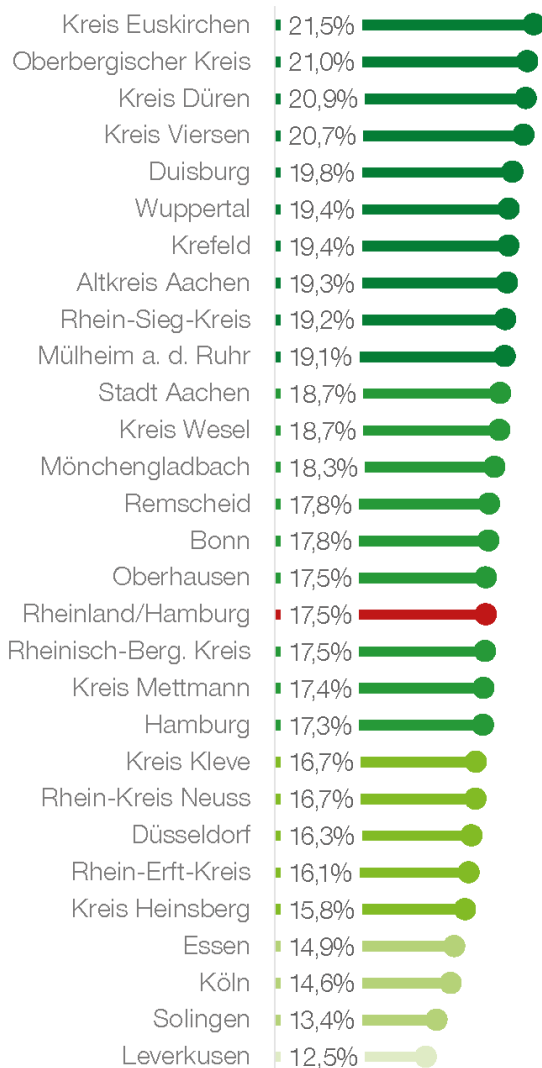
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

COPD: Versicherte mit Beginn einer Sauerstofftherapie

Anteil an allen Versicherten mit COPD und ohne Sauerstofftherapie im Jahr 2016



Warum wird Sauerstofftherapie als zu vermeidendes Ereignis einer COPD betrachtet?

COPD ist eine fortschreitende, bis heute nicht heilbare Erkrankung. Die COPD-Therapie hat unter anderem das Ziel, das Fortschreiten der Krankheit zu verringern. Der Beginn einer Sauerstofftherapie ist ein Indikator für einen schweren Krankheitsverlauf. Bei einer Sauerstofftherapie wird dem Organismus über eine Nasenbrille zusätzlicher Sauerstoff zugeführt. Sie ist bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer COPD indiziert, wenn eine ausreichende Sauerstoffversorgung des Körpers ohne Unterstützung nicht mehr gelingt.

Die Auswertung zeigt, wie viele Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2016 eine COPD und noch keine Sauerstofftherapie hatten, in den folgenden sechs Jahren eine Sauerstofftherapie begonnen haben.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: J43.2, J43.8, J43.9, J44; Hilfsmittel-GPOS: 142404,142405,142406

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

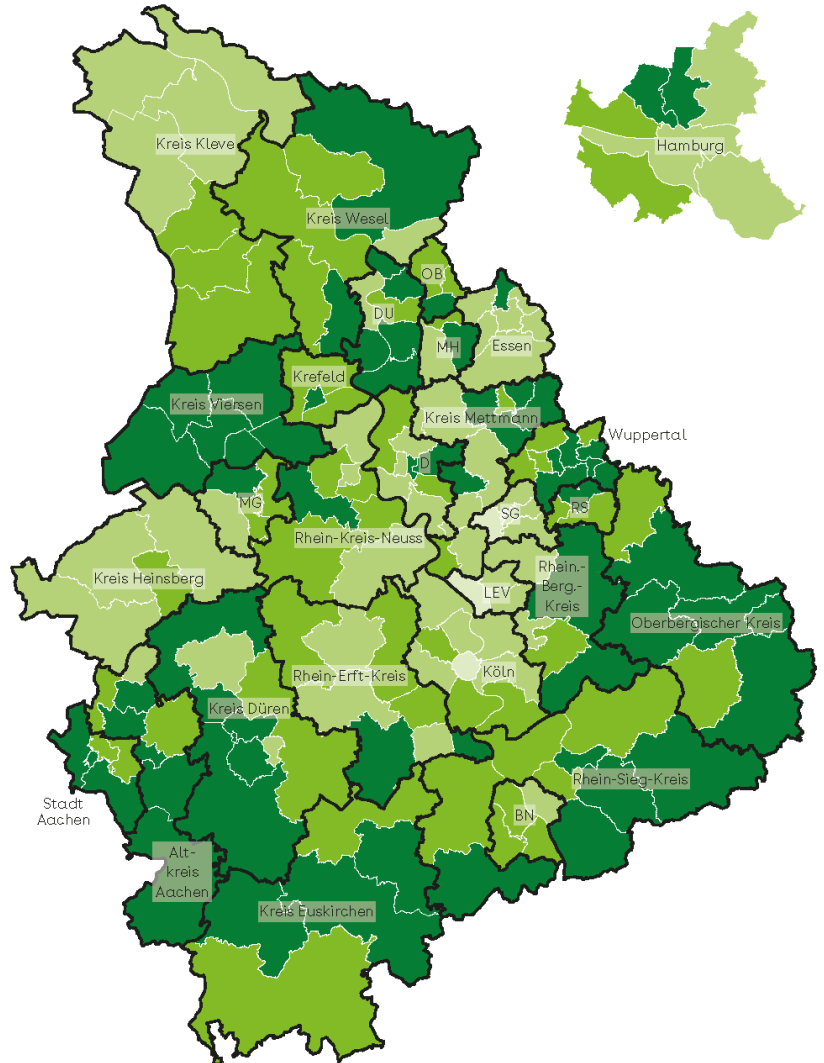
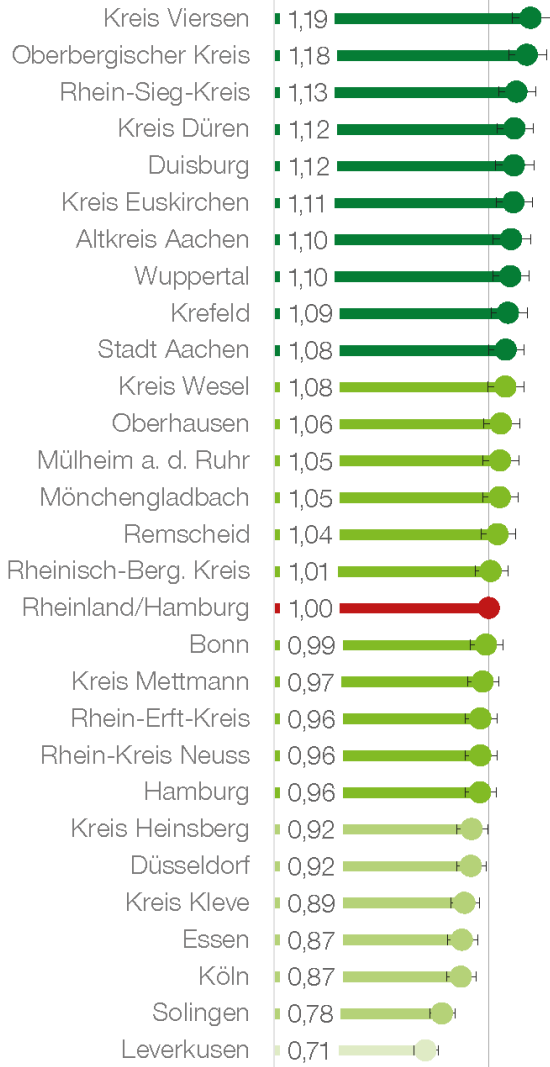
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

COPD: Versicherte mit Beginn einer Sauerstofftherapie

Versicherte mit Ereignis – beobachtete Anzahl im Verhältnis zu der statistisch erwarteten Anzahl



Was sagt der Verhältniswert aus?

Das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf einer COPD wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen zum Beispiel die Krankheitsschwere und das Vorliegen relevanter Begleiterkrankungen wie zum Beispiel Herzschwäche oder Durchblutungsstörung der Beine. Auch die soziale Lage hat einen wichtigen Einfluss, denn sie bildet näherungsweise die Gesundheitskompetenz der Versicherten ab. Diese Einflussfaktoren sind in der Versorgung nur bedingt zu beeinflussen. Um die Anzahl der Versicherten mit neuer Sauerstofftherapie zwischen den Regionen zu vergleichen, wird daher berechnet, wie viele Ereignisse unter Berücksichtigung der Risikostruktur der Bevölkerung zu erwarten gewesen wären. Teilt man die beobachteten durch die statistisch erwarteten Fälle, ergibt sich ein Verhältniswert. Ist dieser größer als eins, ist es in der Region zu mehr Ereignissen gekommen als erwartet. Ist der Wert kleiner eins, wurden in der Region weniger Sauerstofftherapien begonnen als erwartet.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

siehe Erläuterungen im Anhang

Standardisierung

multifaktorielle Risikoadjustierung

Datenquelle

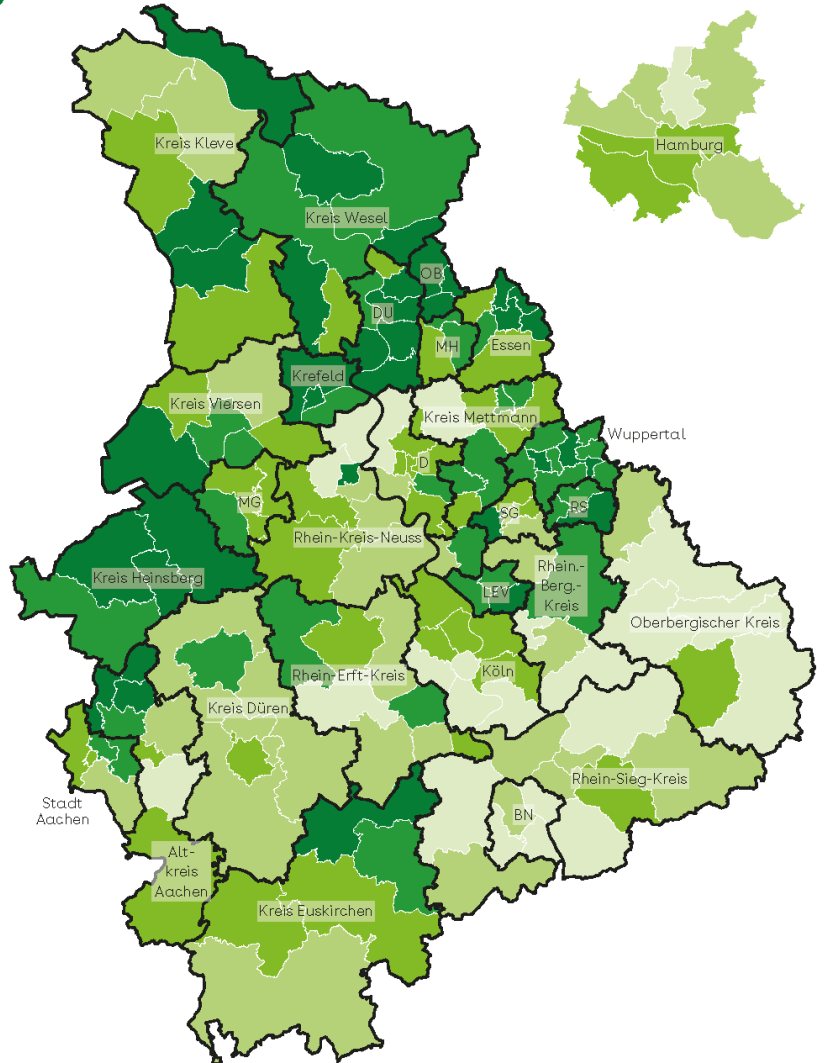
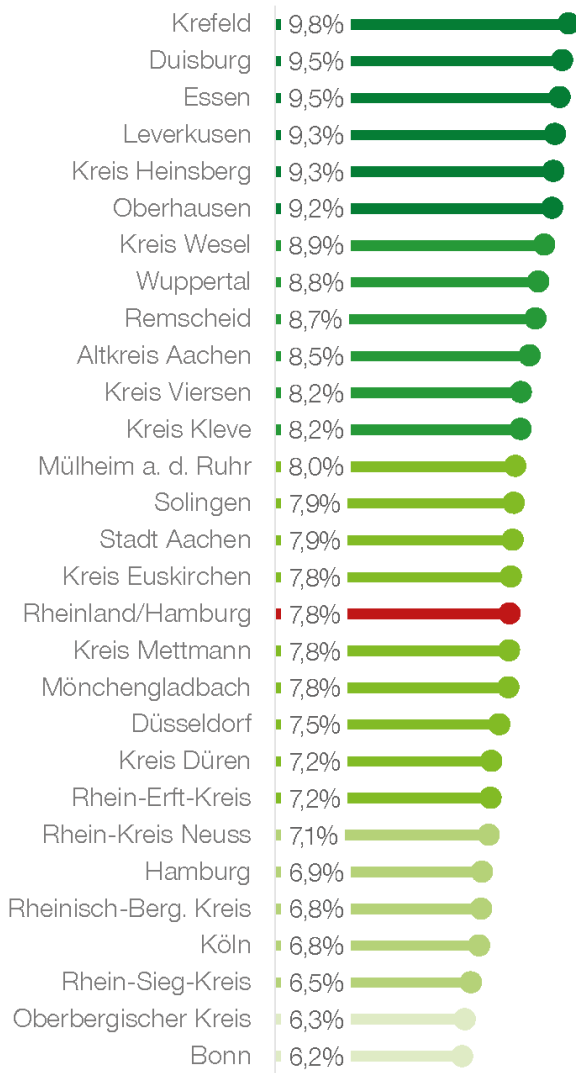
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Nierenkrankheit: Prävalenz

Anteil an allen Versicherten ab 50 Jahren



Was ist die Nierenkrankheit?

Bei der chronischen Nierenkrankheit nimmt die Nierenfunktion über einen längeren Zeitraum hinweg kontinuierlich ab und führt im terminalen Stadium zu einem vollständigen Ausfall der Nierenfunktion. Die Patientinnen und Patienten im terminalen Stadium sind für ihr Überleben auf eine künstliche Blutreinigung (Dialyse) angewiesen. Daher ist es wichtig, die Erkrankung frühzeitig zu erkennen und die Ursachen, wie zum Beispiel Diabetes oder Bluthochdruck, zu behandeln.

Die Auswertung gibt den Anteil der Versicherten bei der AOK Rheinland/Hamburg ab 50 Jahren an, die eine diagnostizierte Nierenkrankheit haben. Insbesondere im frühen Stadium, wenn die Erkrankung noch keine Probleme verursacht, bleibt sie oftmals unentdeckt. Inwiefern eine niedrige regionale Rate tatsächlich auf eine geringe Krankheitslast zurückzuführen ist oder daraus resultiert, dass die Krankheit seltener erkannt wird, ist anhand der Krankenkassendaten nicht zu beurteilen.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: N18

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

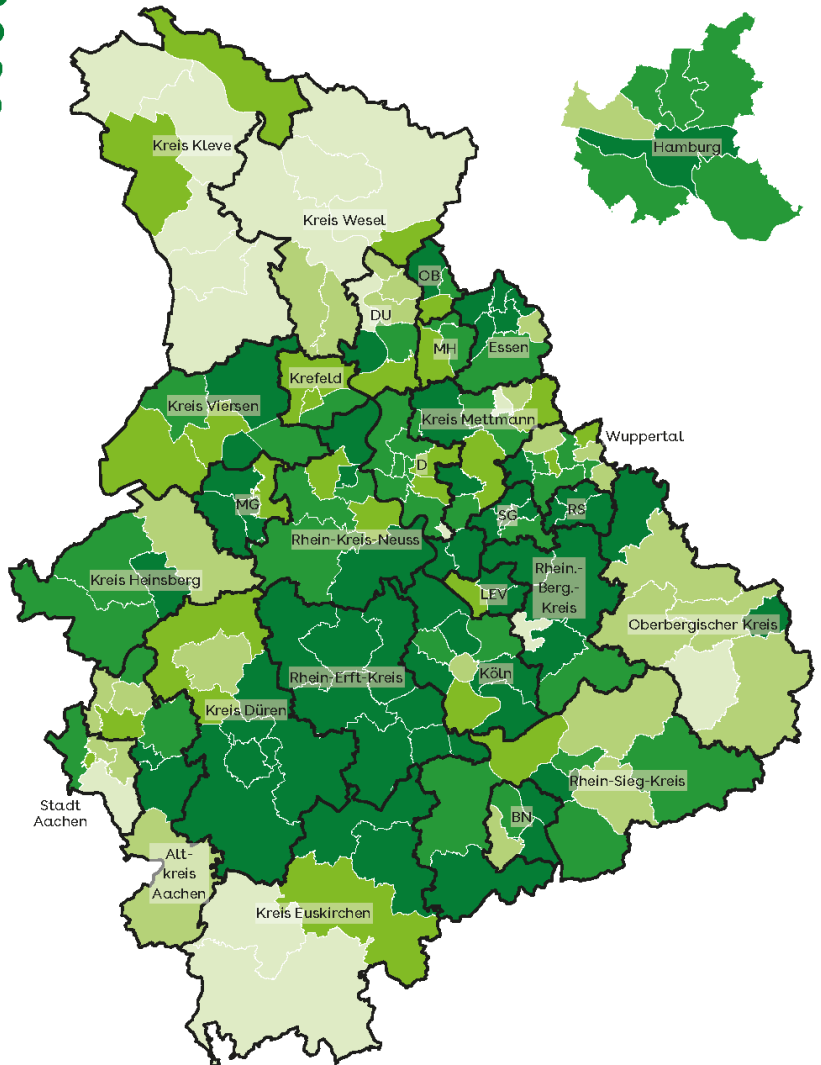
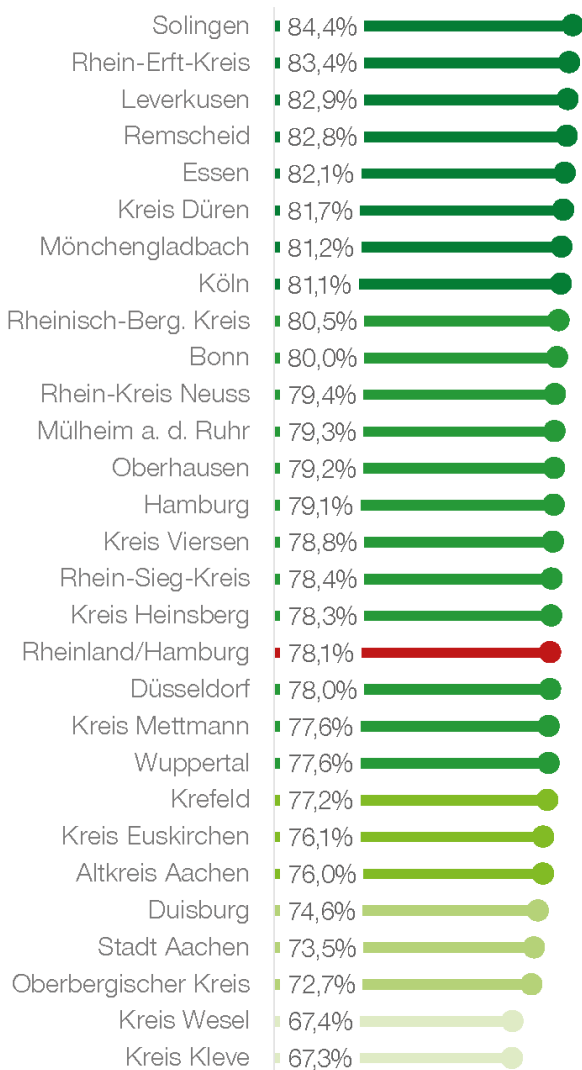
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Nierenkrankheit: Kreatininwert-Messung

Anteil an allen Versicherten mit chronischer Nierenkrankheit



Wozu dient die Messung des Kreatininwertes?

Die chronische Nierenkrankheit ist eine fortschreitende Erkrankung. Die Krankheit sollte beobachtet werden, um den Krankheitsverlauf im Blick zu haben. Entscheidendes Kriterium zur Beurteilung der Nierenfunktion ist die sogenannte glomeruläre Filtrationsleistung (GFR). Sie beschreibt die Menge des Blutes, das in einer bestimmten Zeit gefiltert wird. Sie kann mittels einer Messung des Serumkreatinins, eines körperlichen Abbauprodukts, das über den Urin ausgeschieden wird, abgeschätzt werden. Bei Patientinnen und Patienten mit einer Nierenkrankheit sollte – je nach Schweregrad der Erkrankung – mindestens einmal jährlich eine Messung des Kreatininwertes durchgeführt werden.

Diese Auswertung gibt den Anteil aller Versicherten mit chronischer Nierenkrankheit an, bei denen in dem Jahr 2022 eine Kreatininwertmessung durchgeführt wurde.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: N18,
EBM-Ziffern: 32066, 32067

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

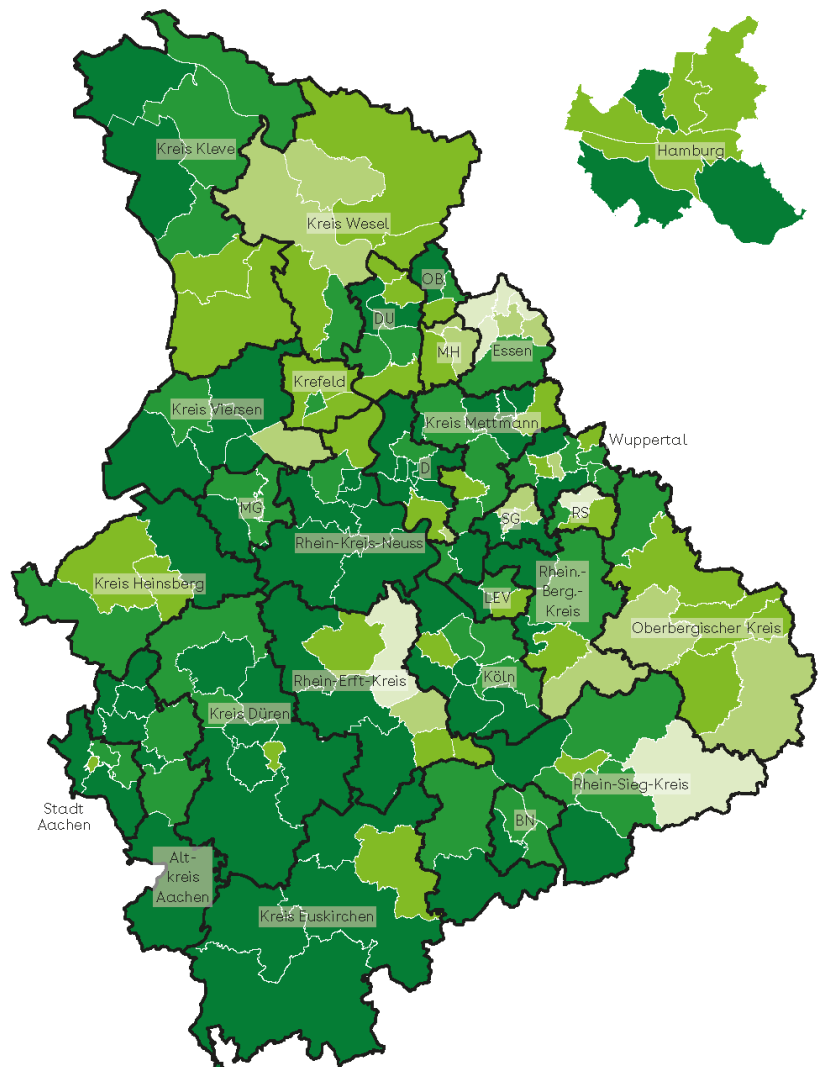
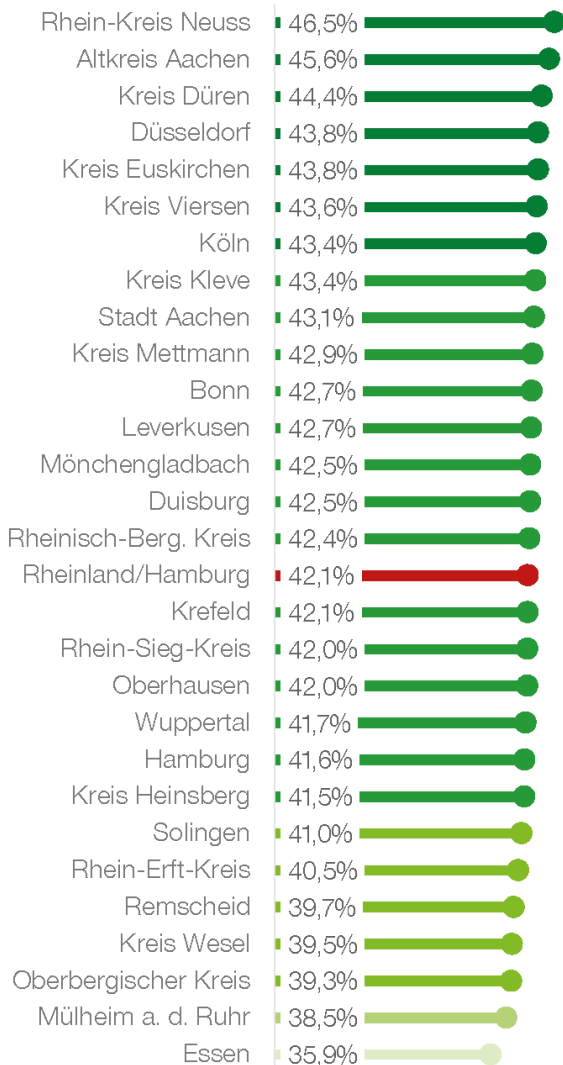
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Nierenkrankheit: Medikamentöse Therapie

Anteil an allen Versicherten mit chronischer Nierenkrankheit und Bluthochdruck bzw. Typ-2-Diabetes



Wie sollte die Nierenkrankheit behandelt werden?

Eine Wiederherstellung verlorengangener Nierenfunktionsfähigkeit ist nicht möglich. Ziel der Behandlung ist es, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Dabei ist es wichtig, die Ursachen des Nierenversagens zu kontrollieren. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen Diabetes und Bluthochdruck. Beide Erkrankungen sind mit einem erheblich erhöhten Risiko für eine terminale Niereninsuffizienz verbunden. Zur medikamentösen Therapie der Nierenkrankheit gehören Blutdrucksenker bei Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck sowie Diabetes-Medikamente bei Diabetikerinnen und Diabetikern.

Diese Auswertung zeigt, wie viele Versicherte mit Nierenkrankheit und Bluthochdruck bzw. Typ-2-Diabetes entsprechend therapiert wurden. Von einer ausreichenden Therapie wurde ausgegangen, wenn für mindestens 80 Prozent des Beobachtungszeitraums Medikamente bezogen wurden.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: N18, E11-E14, I10-I15, ATC-Codes: C09A-D, A10A, A10BA02, A10BK, A10BJ, A10BH

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

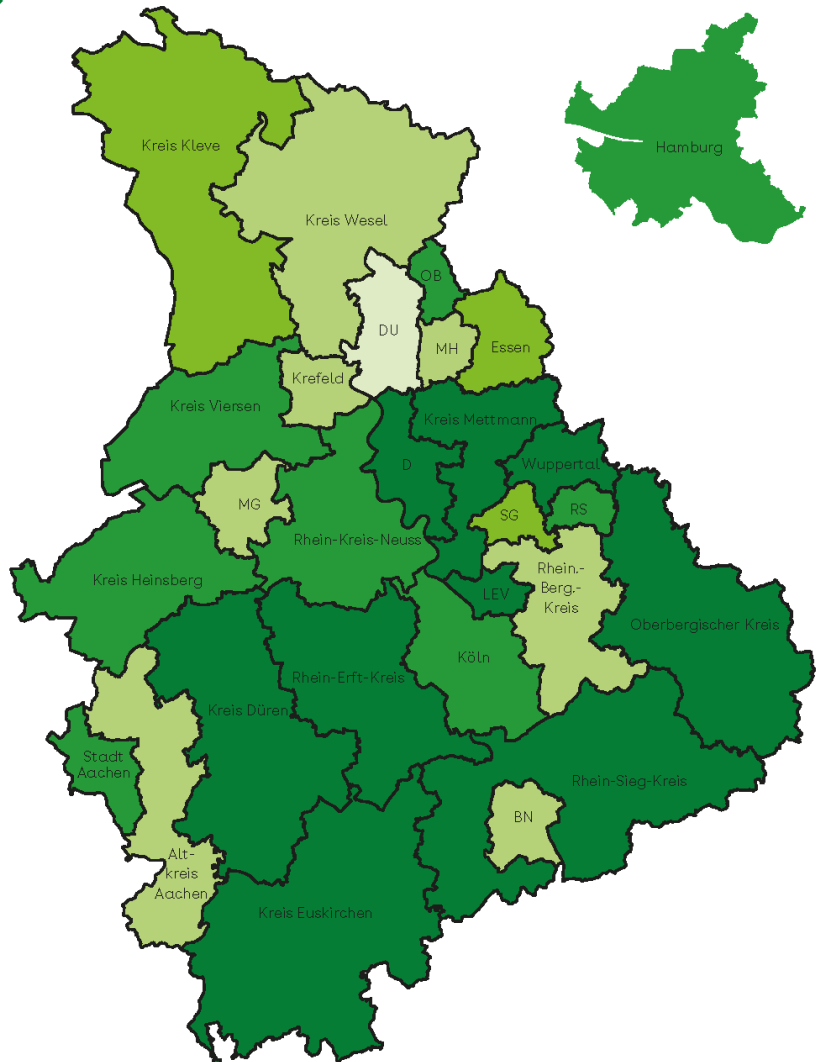
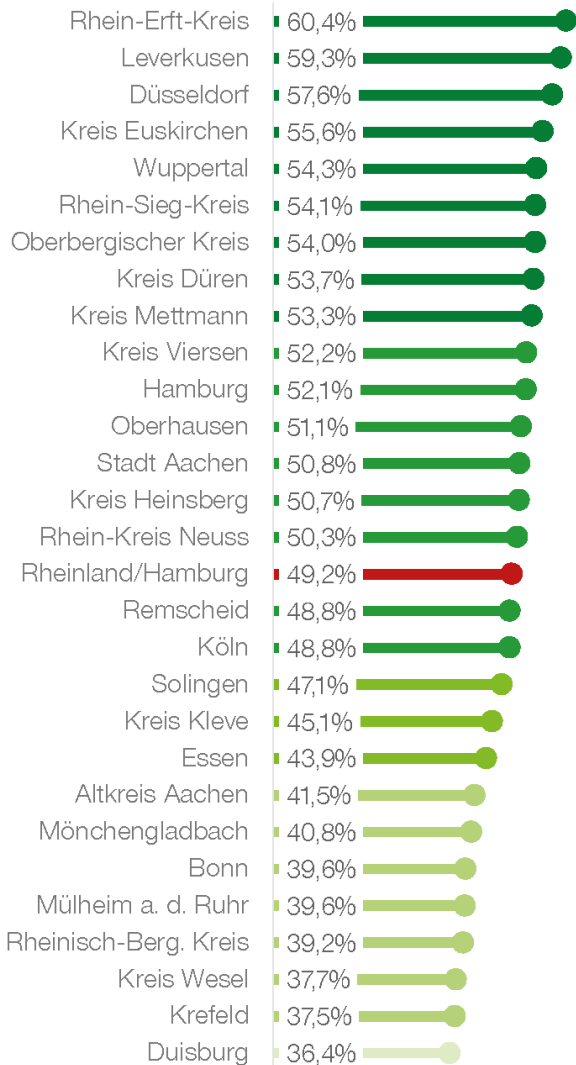
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Nierenkrankheit: Versicherte mit Nierenarztkontakt

Anteil an allen Versicherten mit chronischer Nierenkrankheit und Erstdiagnose eines fortgeschrittenen Stadiums



Wann sollte ein Nierenversagen fachärztlich behandelt werden?

Bei chronischer Nierenschwäche nimmt die Nierenfunktion über einen längeren Zeitraum bis zum vollständigen Ausfall der Nierenfunktion kontinuierlich ab. Die Betreuung der Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel durch die Hausärztin oder den Hausarzt. Schreitet die Krankheit schnell voran oder bestehen Komplikationen, soll eine Abklärung durch eine Nephrologin bzw. einen Nephrologen erfolgen.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit erstmaligem Auftreten eines Stadiums 4 (Versicherte unter 50 Jahren bei Stadium 3) bei einer Nierenärztin oder einem Nierenarzt waren. Diese Behandlungsempfehlung ergibt sich aus der Leitlinie.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: N18.3, N18.4

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

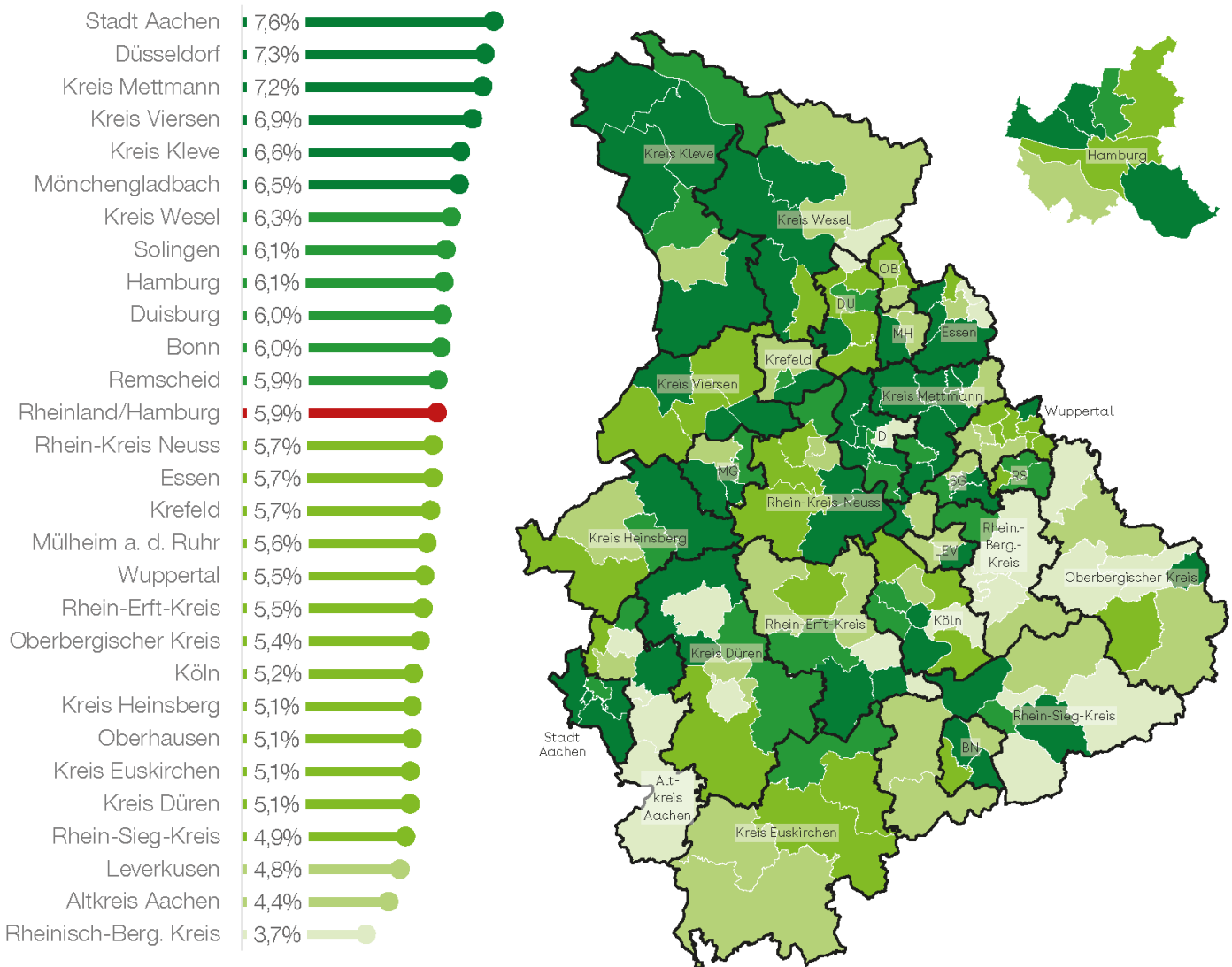
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Nierenkrankheit: Beginn einer Dialysebehandlung

Anteil an allen Versicherten mit chronischer Nierenkrankheit im Jahr 2016



Was bedeutet es, wenn Menschen auf Dialyse angewiesen sind?

Die chronische Nierenkrankheit ist eine fortschreitende Erkrankung, bei der die Nierenfunktion über einen längeren Zeitraum kontinuierlich abnimmt. Wenn die Nieren komplett ausfallen, sind die Patientinnen und Patienten für ihr Überleben auf eine künstliche Blutreinigung (Dialyse) angewiesen. Das gängigste Verfahren ist die sogenannte Hämodialyse. Dabei wird das Blut über Schläuche außerhalb des Körpers in einer Maschine gereinigt. Sie wird in den meisten Fällen dreimal pro Woche für etwa vier bis fünf Stunden in einem Dialysezentrum durchgeführt. Alternative Verfahren sind die Hämodialyse zu Hause oder die Filterung des Blutes innerhalb des Körpers über das Bauchfell („Peritonealdialyse“).

Diese Auswertung gibt an, wie viele Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2016 eine Nierenkrankheit hatten, in den folgenden sechs Jahren eine Dialysebehandlung begonnen haben.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: N18, Z49, Z99.2

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

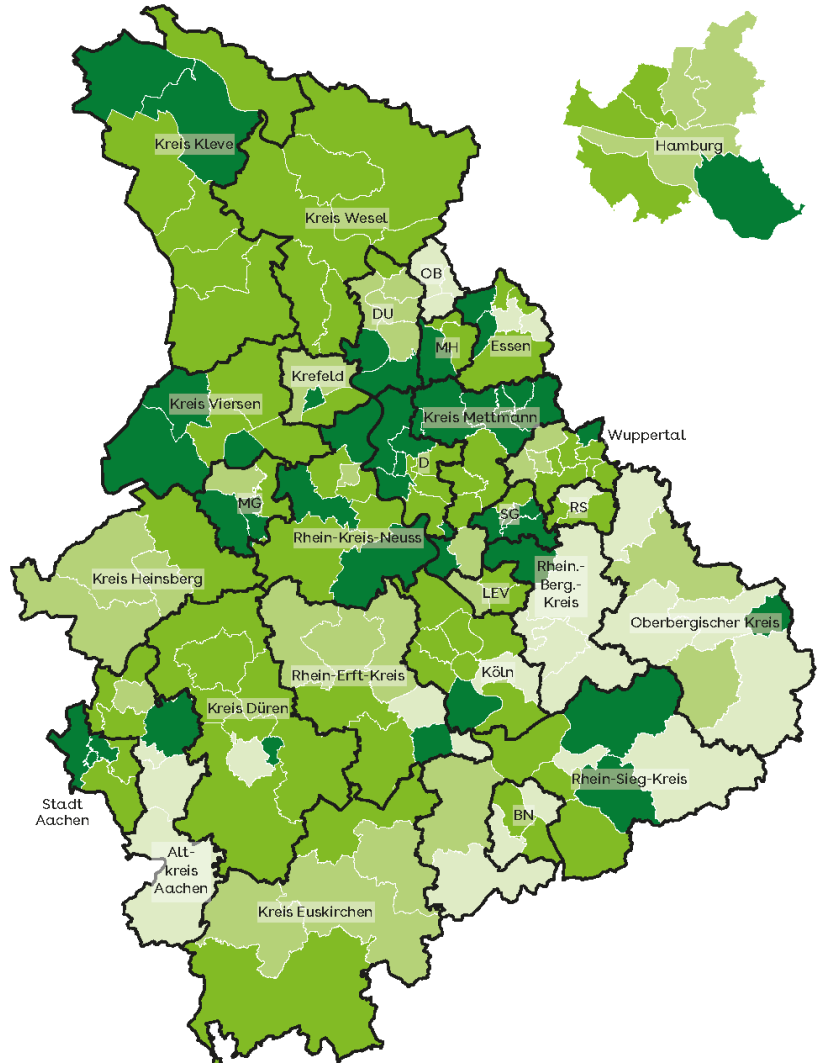
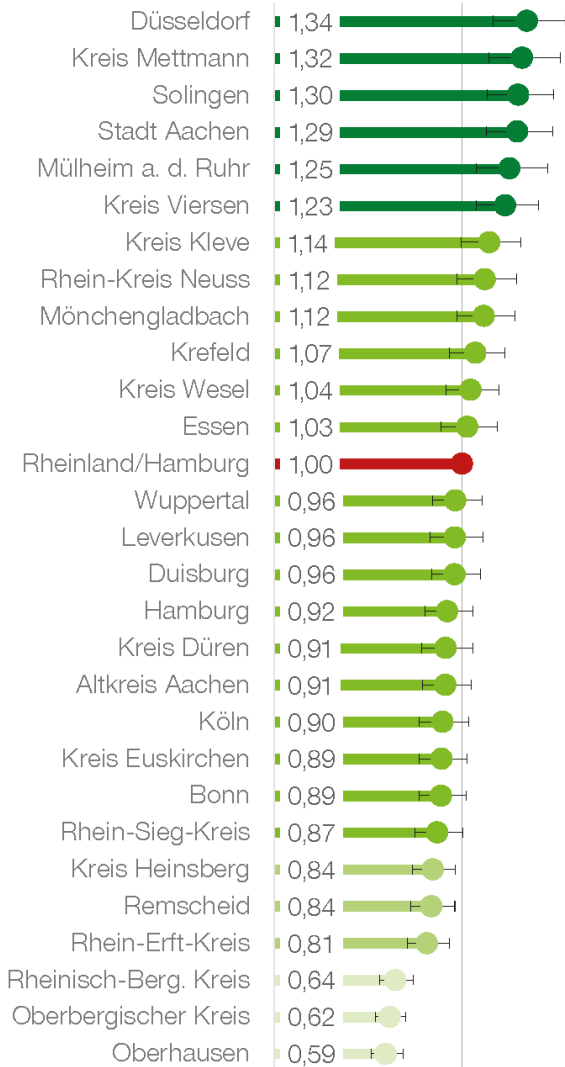
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Nierenkrankheit: Beginn einer Dialysebehandlung

Versicherte mit Ereignis - beobachtete Anzahl im Verhältnis zu der statistisch erwarteten Anzahl



Was sagt der Verhältniswert aus?

Das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf einer Nierenkrankheit wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen zum Beispiel die Krankheitsschwere und das Vorliegen relevanter Begleiterkrankungen wie zum Beispiel Diabetes oder Bluthochdruck. Auch die soziale Lage hat einen wichtigen Einfluss, denn sie bildet näherungsweise die Gesundheitskompetenz der Versicherten ab. Diese Einflussfaktoren sind in der Versorgung nur bedingt zu beeinflussen. Um die Anzahl der Fälle neuer Dialysebehandlungen zwischen den Regionen zu vergleichen, wird daher berechnet, wie viele Ereignisse unter Berücksichtigung der Risikostruktur der Bevölkerung zu erwarten gewesen wären. Teilt man die beobachteten durch die statistisch erwarteten Fälle, ergibt sich ein Verhältniswert. Ist dieser größer als eins, ist es in der Region zu mehr Ereignissen gekommen als erwartet. Ist der Wert kleiner eins, wurden in der Region weniger Dialysebehandlungen begonnen als erwartet.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

siehe Erläuterungen im Anhang

Standardisierung

multifaktorielle Risikoadjustierung

Datenquelle

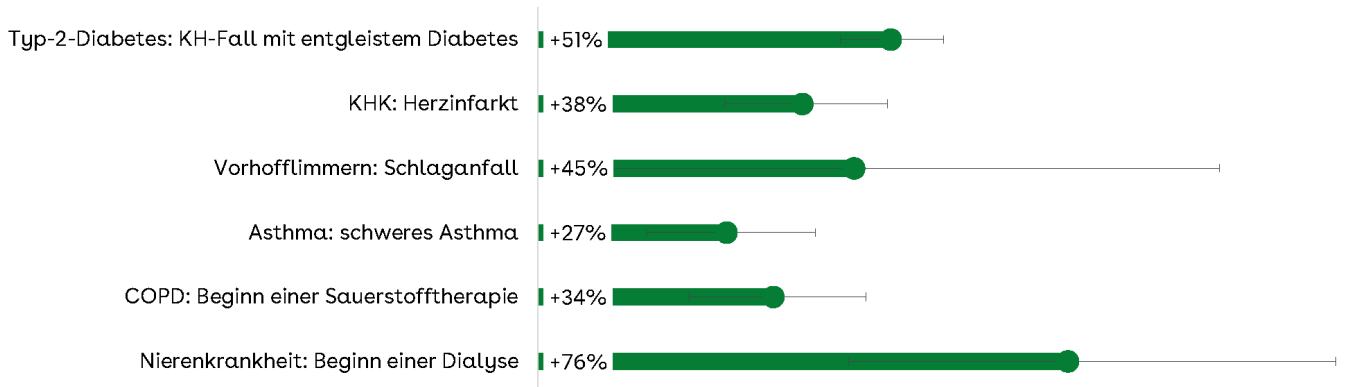
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Einfluss der sozialen Lage auf die Wahrscheinlichkeit für schwere Krankheitsverläufe

Erhöhte Wahrscheinlichkeit für schwere Krankheitsverläufe bei Bürgergeld-Beziehenden im Vergleich zu Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern



Warum beeinflusst die soziale Lage die Gesundheit?

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand. Ursächlich sind insbesondere sozial bedingte Unterschiede der individuellen Gesundheitsressourcen und -belastungen sowie daraus resultierende Unterschiede im Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Viele Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status verfügen über eine geringe Gesundheitskompetenz. Ihnen fehlen oftmals das Wissen und die Kompetenzen für gesundheitsförderliche Entscheidungen. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status leiden nicht nur häufiger, sondern oftmals auch schwerer an chronischen Erkrankungen.

Diese Darstellung weist die erhöhte Wahrscheinlichkeit für schwere Krankheitsverläufe von Bürgergeld-Beziehenden im Vergleich zu Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern unter den Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg aus. Die Werte wurden mittels logistischer Regression unter Kontrolle von Alter und Geschlecht, Krankheitsschwere, relevanten Begleiterkrankungen und der Region berechnet.

i Die AOK Rheinland/Hamburg finanziert in verschiedenen Städten sogenannte Gesundheitskioske in sozial benachteiligten Quartieren, um die Gesundheitschancen der Menschen zu verbessern.

Zeitraum

2016–2022

Aufgreifkriterien

siehe Erläuterungen im Anhang

Standardisierung

multifaktorielle
Risikoadjustierung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

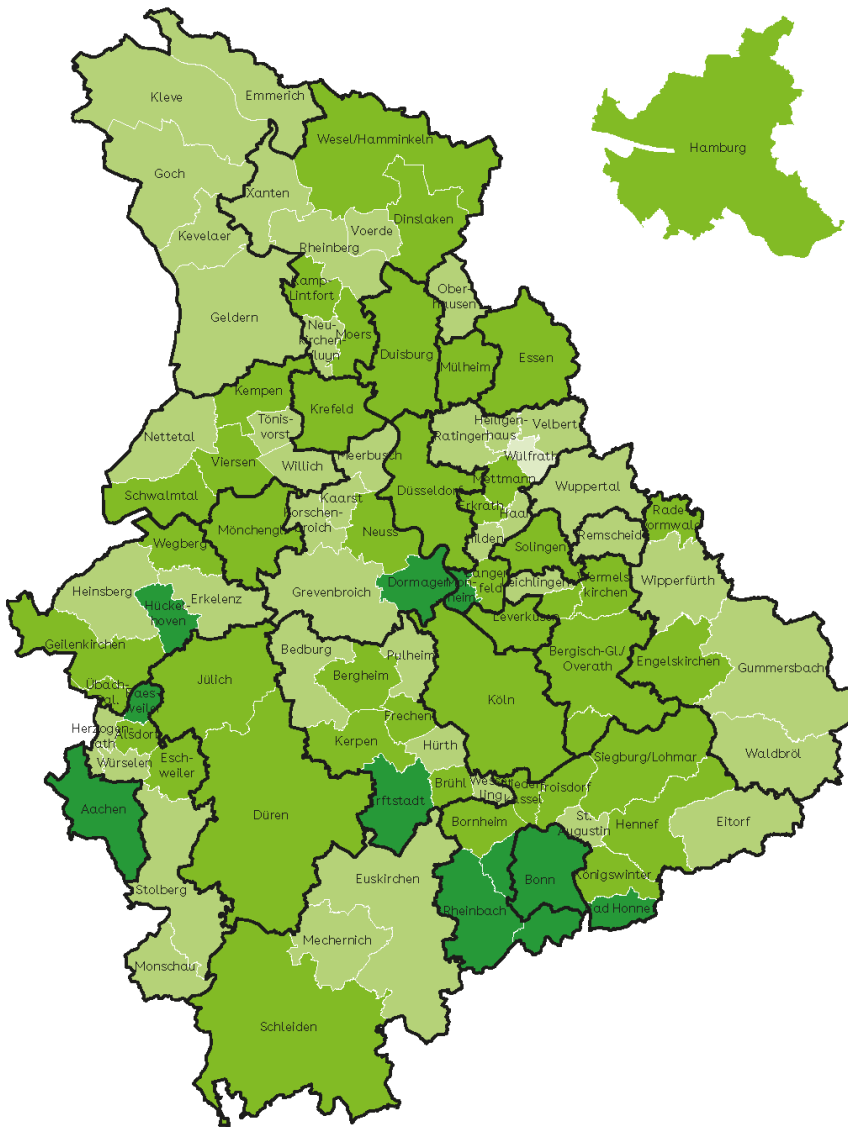
Regionale Zuordnung

keine

Ambulante Versorgung

Hausärztliche Versorgung

Versorgungsgrad in Prozent, 2023



Versorgungsgrad

- Unter 75 Prozent**
Unterversorgung
Fördermaßnahmen sind einzuleiten
- 75 bis 100 Prozent**
Drohende Unterversorgung
Fördermaßnahmen können eingeleitet werden, wenn eine Unterversorgung zu erwarten ist
- 100 bis 110 Prozent**
Weder Unter- noch Überversorgung
Kein Handlungsbedarf
- 110 bis 140 Prozent**
Gesperrter Planungsbereich
Keine zusätzlichen Zulassungen
- Über 140 Prozent**
Gesperrter Planungsbereich
Nachbesetzung soll nicht stattgegeben werden, Aufkauf der Arztpraxis durch Kassenärztliche Vereinigung

Wie wird der Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung berechnet?

Niedergelassene Ärzte unterliegen in Deutschland einer Bedarfsplanung. Sie dient der Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen ambulanten Versorgung der Bevölkerung.

Zur Bewertung der Versorgung in einer Region dient der Versorgungsgrad. Der Versorgungsgrad ist das Verhältnis der Anzahl der niedergelassenen Ärzte zu einer rechnerischen Sollzahl an Ärzten, die ein angemessenes Niveau beschreibt. Bei den Hausärzten liegt dieser Sollzahl ein Verhältnis von einem Hausarzt je 1.671 Einwohnern zugrunde. Die Planung erfolgt kleinräumig auf Ebene der sogenannten Mittelbereiche.

Zeitraum

01.07.2023

Standardisierung

keine

Datenquelle

Bedarfsplanung der KV Nordrhein und der KV Hamburg

Regionale Zuordnung

Arztsitz und Wohnort

Hausärztliche Versorgung

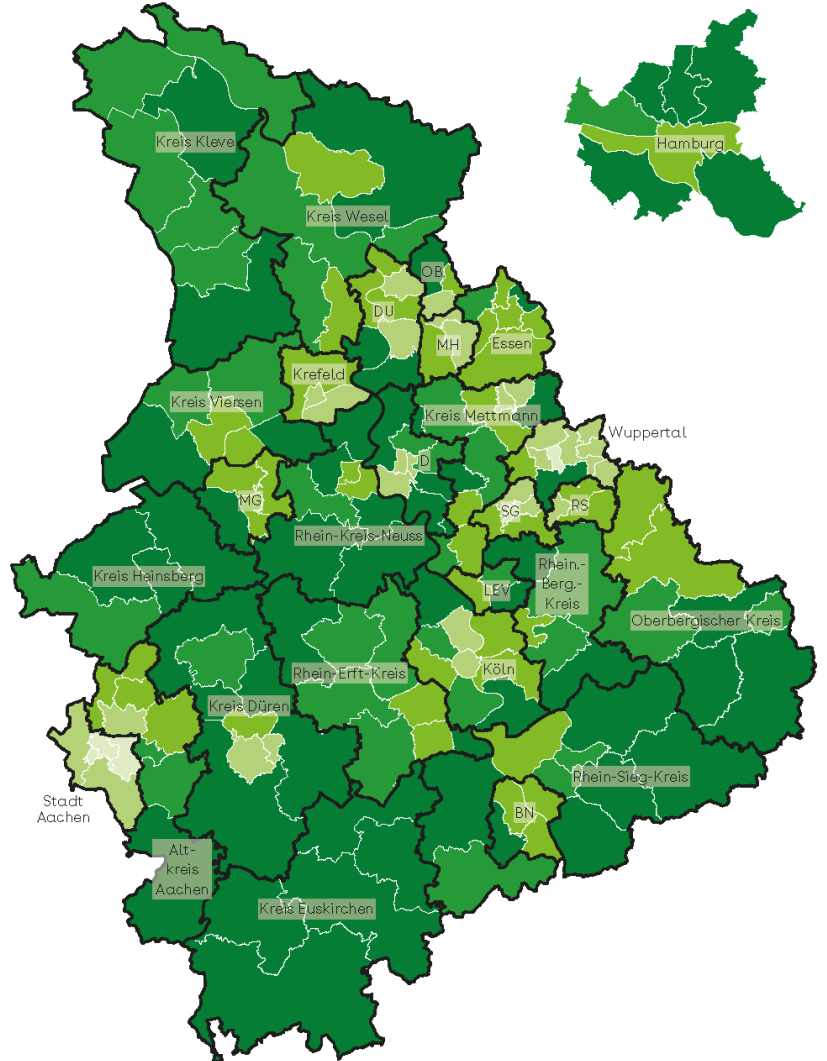
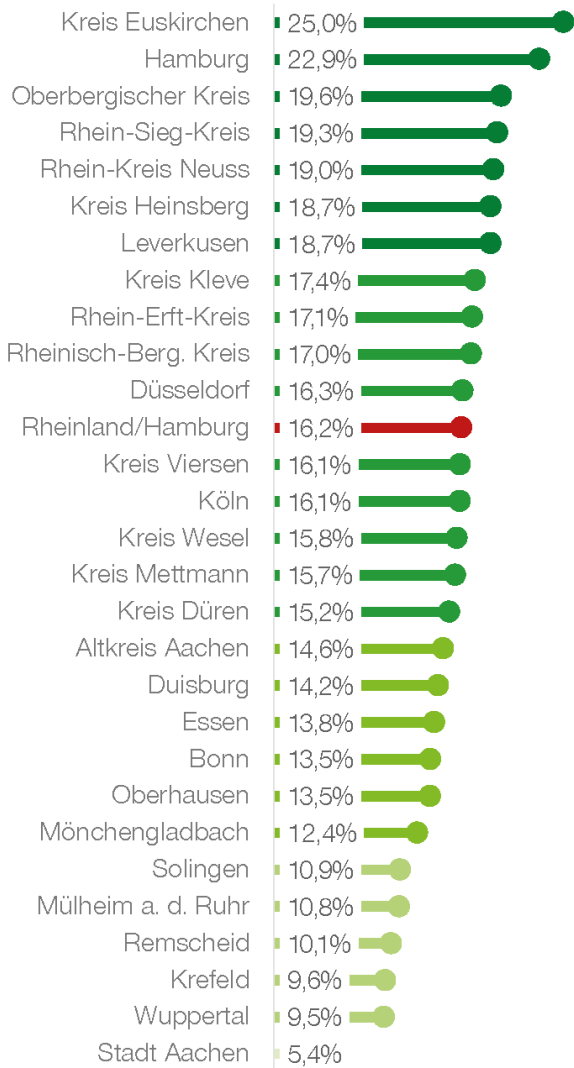
Versorgungsgrad in Prozent, 2023

Planungsbereich	Kreis	in %
Bad Honnef	Rhein-Sieg-Kreis	132,0
Aachen	Städteregion Aachen	114,9
Erfstadt	Rhein-Erft-Kreis	113,1
Hückelhoven	Kreis Heinsberg	112,9
Dormagen	Rhein-Kreis-Neuss	112,8
Baesweiler	Städteregion Aachen	111,9
Bonn	Bonn	111,1
Monheim	Kreis Mettmann	110,9
Rheinbach	Rhein-Sieg-Kreis	110,5
Übach-Pal.	Kreis Heinsberg	110,5
Königswinter	Rhein-Sieg-Kreis	110,3
Köln	Köln	110,0
Schleiden	Kreis Euskirchen	109,8
Schwalmtal	Kreis Viersen	109,7
Leverkusen	Leverkusen	109,6
Düsseldorf	Düsseldorf	109,3
Hamburg	Hamburg	109,2
Krefeld	Krefeld	108,9
Viersen	Kreis Viersen	108,4
Essen	Essen	107,9
Troisdorf	Rhein-Sieg-Kreis	107,6
Neuss	Rhein-Kreis-Neuss	107,4
Kempfen	Kreis Viersen	107,2
Dinslaken	Kreis Wesel	106,8
Radevormwald	Oberbergischer Kreis	106,7
Wesel/Hamminkeln	Kreis Wesel	106,6
Alsdorf	Städteregion Aachen	106,5
Jülich	Kreis Düren	106,4
Brühl	Rhein-Erft-Kreis	106,3
Mülheim a. d. Ruhr	Mülheim an der Ruhr	105,9
Geilenkirchen	Kreis Heinsberg	105,4
Bergheim	Rhein-Erft-Kreis	105,2
Langenfeld	Kreis Mettmann	105,0
Mettmann	Kreis Mettmann	104,8
Moers	Kreis Wesel	104,8
Engelskirchen	Oberbergischer Kreis	104,3
Erkrath	Kreis Mettmann	104,3
Siegburg/Lohmar	Rhein-Sieg-Kreis	104,2
Niederkassel	Rhein-Sieg-Kreis	104,0
Bornheim	Rhein-Sieg-Kreis	103,7
Düren	Kreis Düren	103,7
Frechen	Rhein-Erft-Kreis	102,9
Hennef	Rhein-Sieg-Kreis	102,5
Solingen	Solingen	102,4
Kamp-Lintfort	Kreis Wesel	102,3
Bergisch-Gl./Overath	Rheinisch-Bergischer Kreis	102,2
Wermelskirchen	Rheinisch-Bergischer Kreis	102,1

Planungsbereich	Kreis	in %
Duisburg	Duisburg	102,0
Eschweiler	Städteregion Aachen	102,0
Kerpen	Rhein-Erft-Kreis	101,8
Wegberg	Kreis Heinsberg	100,6
Rheinberg	Kreis Wesel	100,5
Oberhausen	Oberhausen	99,4
Herzogenrath	Städteregion Aachen	99,4
Haan	Kreis Mettmann	99,3
Geldern	Kreis Kleve	98,7
Wipperfürth	Oberbergischer Kreis	98,4
Grevenbroich	Rhein-Kreis-Neuss	98,3
Willich	Kreis Viersen	98,2
St. Augustin	Rhein-Sieg-Kreis	97,7
Wuppertal	Wuppertal	97,7
Leichlingen	Rheinisch-Bergischer Kreis	97,5
Meerbusch	Rhein-Kreis-Neuss	97,4
Nettetal	Kreis Viersen	97,2
Würselen	Städteregion Aachen	97,2
Mechernich	Kreis Euskirchen	97,0
Ratingen	Kreis Mettmann	96,8
Pulheim	Rhein-Erft-Kreis	96,5
Wesseling	Rhein-Erft-Kreis	96,5
Hürth	Rhein-Erft-Kreis	96,3
Erkelenz	Kreis Heinsberg	96,2
Euskirchen	Kreis Euskirchen	95,9
Goch	Kreis Kleve	95,7
Stolberg	Städteregion Aachen	95,3
Hilden	Kreis Mettmann	93,4
Voerde	Kreis Wesel	92,1
Bedburg	Rhein-Erft-Kreis	91,8
Heinsberg	Kreis Heinsberg	91,7
Emmerich	Kreis Kleve	91,6
Eitorf	Rhein-Sieg-Kreis	91,3
Remscheid	Remscheid	90,1
Kaarst	Rhein-Kreis-Neuss	89,4
Monschau	Städteregion Aachen	89,3
Velbert	Kreis Mettmann	89,0
Gummersbach	Oberbergischer Kreis	88,1
Kleve	Kreis Kleve	87,4
Neukirchen-Vluyn	Kreis Wesel	86,3
Kevelaer	Kreis Kleve	85,1
Xanten	Kreis Wesel	84,9
Tönisvorst	Kreis Viersen	84,0
Korschenbroich	Rhein-Kreis-Neuss	83,9
Waldbröl	Oberbergischer Kreis	78,9
Heiligenhaus	Kreis Mettmann	77,1
Wülfrath	Kreis Mettmann	73,0

Fahrzeiten in der hausärztlichen Versorgung

Anteil der Behandlungskontakte mit Fahrzeit von mehr als 15 Minuten



Warum ist die Erreichbarkeit der Hausärztinnen und Hausärzte wichtig?

Hausärztinnen und Hausärzte sind die erste ärztliche Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung. Sie übernehmen Diagnostik und Therapie bei akuten Gesundheitsproblemen und in der Langzeitbehandlung bei anhaltenden Krankheiten. Die Versorgung soll flächendeckend und wohnortnah gewährleistet sein.

Für die Auswertung wurden adressgenaue Berechnungen der Fahrzeit mit einem PKW von der Meldeadresse bis zum Sitz der Praxis durchgeführt. Die ausgewiesenen Anteile drücken aus, in wie vielen Behandlungsfällen die Fahrzeit mehr als fünfzehn Minuten betrug. Eine Behandlung in einer weiter entfernten Arztpraxis kann dem geschuldet sein, dass keine nähere Behandlungsmöglichkeit bestand, oder aber, dass die Versicherten bewusst eine weiter entfernt liegende Praxis aufgesucht haben.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 03001-05

Standardisierung

keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Allgemeine Facharztversorgung

Versorgungsgrad in Prozent, 2023

Planungsbereich	Augenheil- kunde	Chirurgie und Orthopädie	Gynäkologie	Dermatologie	HNO	Kinderheil- kunde	Neurologie	Psycho- therapie	Urologie
Stadt Aachen	115	140	114	101	109	124	126	110	116
Altkreis Aachen	114	148	155	150	115	146	121	163	116
Bonn	143	158	129	145	142	116	148	246	145
Duisburg	113	119	121	121	128	111	111	110	132
Düsseldorf	126	145	133	114	145	116	126	115	141
Kreis Düren	133	149	122	116	124	111	124	140	122
Essen	131	164	144	178	143	118	121	123	133
Kreis Euskirchen	111	114	127	122	113	106	108	119	155
Hamburg	114	130	109	115	114	109	127	161	119
Kreis Heinsberg	96	135	129	113	112	109	108	111	123
Kreis Kleve	100	112	111	111	108	108	106	112	110
Köln	111	137	111	119	114	113	124	193	125
Krefeld	112	137	130	144	113	118	118	142	130
Leverkusen	108	143	105	123	108	109	122	181	112
Kreis Mettmann	113	153	130	151	141	126	109	118	122
Mönchengladbach	109	133	121	123	116	108	132	137	109
Mülheim an der Ruhr	118	154	140	160	129	114	120	128	115
Oberbergischer Kreis	115	136	140	87	127	104	109	124	113
Oberhausen	117	139	111	123	140	115	117	111	113
Remscheid	173	211	183	215	151	154	174	241	182
Rheinisch-Berg. Kreis	109	123	114	124	110	108	119	125	148
Rhein-Erft-Kreis	114	153	137	114	113	120	120	165	120
Rhein-Kreis Neuss	109	155	117	114	118	112	108	116	112
Rhein-Sieg-Kreis	110	138	131	129	134	113	110	129	116
Solingen	157	199	166	174	182	149	203	236	131
Kreis Viersen	115	122	115	117	114	117	109	122	117
Kreis Wesel	110	141	127	115	113	115	108	*	108
Wuppertal	116	148	109	128	127	110	134	141	124

* Bei den Psychotherapeuten besteht für den Kreis Wesel eine kleinräumigere Planung auf der Ebene von vier Regionen. Region Dinslaken (134), Region Moers (106), Region Rheinberg (116) und Region Wesel (105).“

Wie wird der Versorgungsgrad der fachärztlichen Versorgung berechnet?

Niedergelassene Ärzte unterliegen in Deutschland einer Bedarfsplanung. Sie dient der Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen ambulanten Versorgung der Bevölkerung.

Zur Bewertung der Versorgung in einer Region dient der Versorgungsgrad. Der Versorgungsgrad ist das Verhältnis der Anzahl der niedergelassenen Ärzte zu einer rechnerischen Sollzahl an Ärzten, die ein angemessenes Niveau beschreibt. Da die allgemeine fachärztliche Versorgung von starken Mitversorgereffekten der Städte für das Umland geprägt ist, unterscheidet sich die zugrunde gelegte Verhältniszahl je nach Raumordnungstyp. Die Planung erfolgt auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte.

i Die AOK Rheinland/Hamburg unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Vermittlung von Arztterminen.

Zeitraum

1.7.2023

Standardisierung

keine

Datenquelle

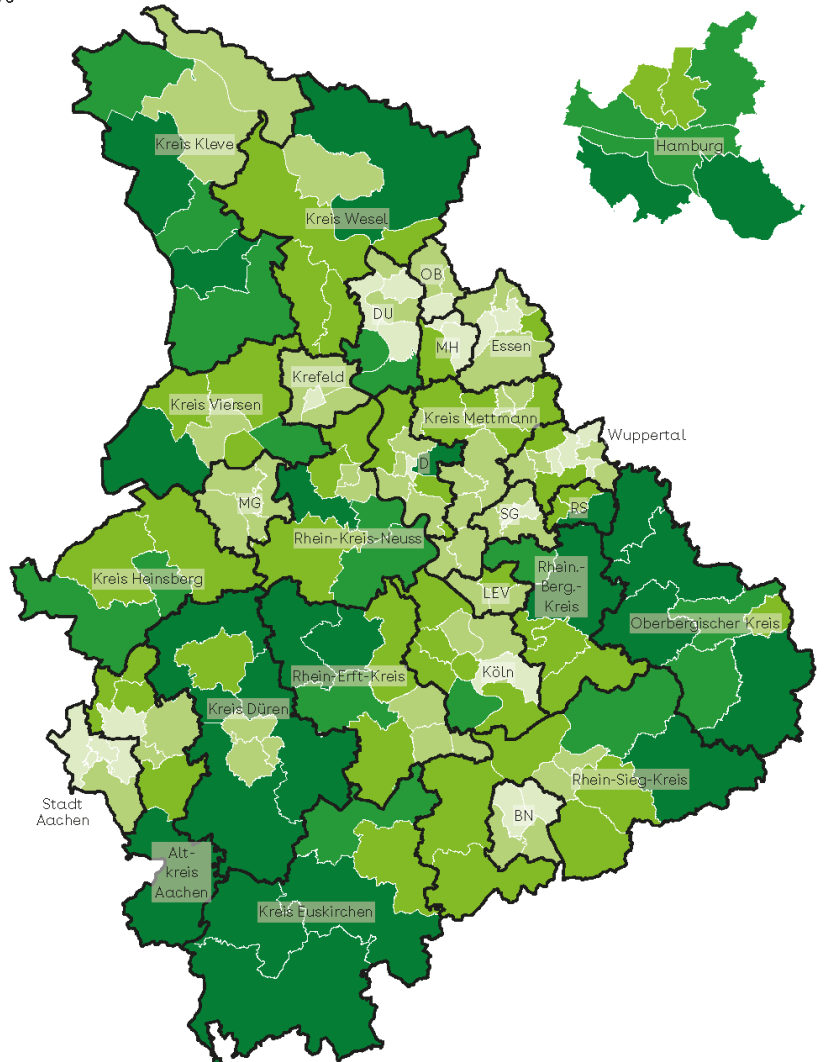
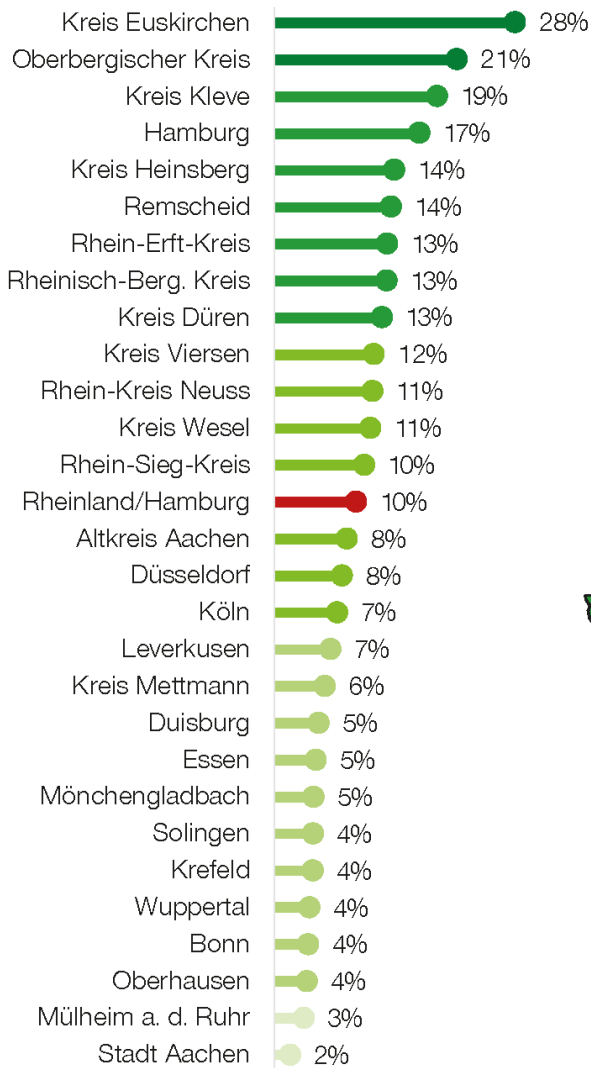
Bedarfsplanungen der KV Nordrhein und der KV Hamburg

Regionale Zuordnung

Arztstz und Wohnort

Fahrzeiten in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung

Anteil der Behandlungskontakte mit Fahrzeit von mehr als 20 Minuten



Warum ist die Erreichbarkeit der Kinderärztinnen und -ärzte wichtig?

Kinderarztpraxen sind die erste ärztliche Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung für Kinder vom Säuglingsalter bis zum Alter von 18 Jahren. Die pädiatrische Versorgung ist wohnortnah sicherzustellen. Ein Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt auf der Prävention von Krankheiten. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen sind von großer Bedeutung. Des Weiteren behandeln sie Kinder und Jugendliche bei akuten Krankheitssymptomen.

Für die Auswertung wurden adressgenaue Berechnungen der Fahrzeit von der Meldeadresse bis zum Sitz der Praxis durchgeführt. Die ausgewiesenen Anteile drücken aus, in wie vielen Behandlungsfällen die Fahrzeit mehr als zwanzig Minuten betrug.

i Fahrzeitberechnungen zu weiteren Facharztgruppen finden Sie online im Gesundheitsreport interaktiv unter www.aok.de/rh/reporte.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 04001-02

Standardisierung

keine

Datenquelle

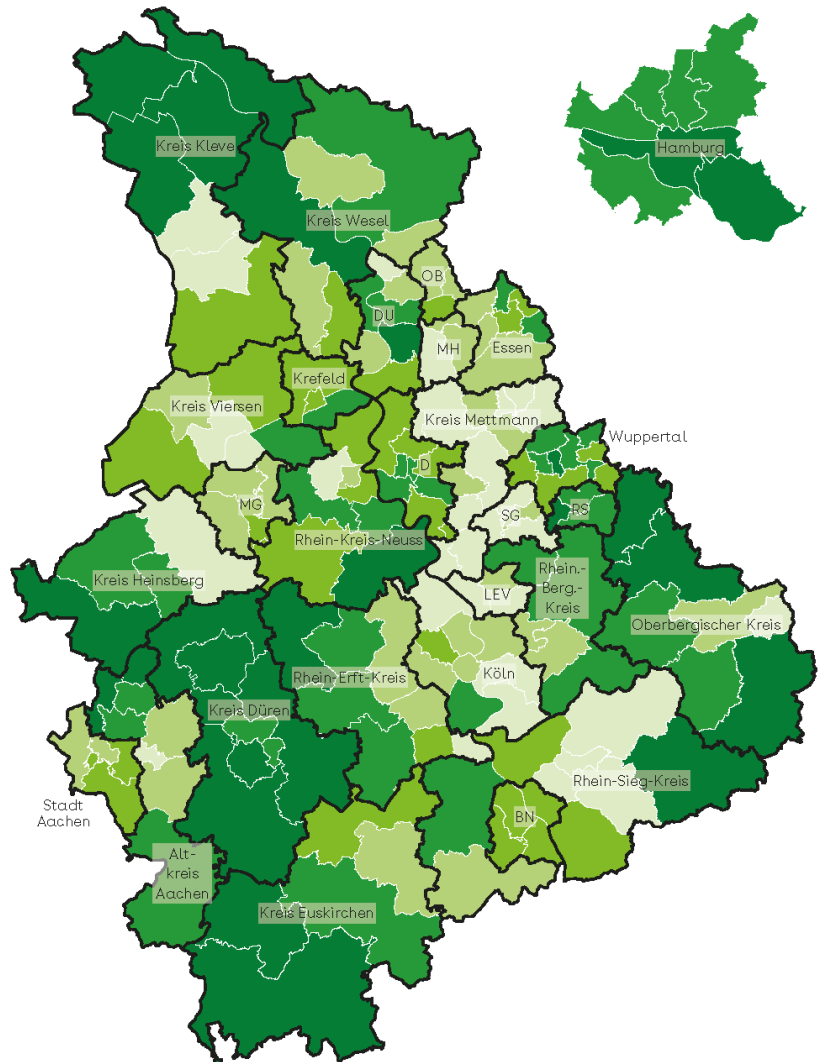
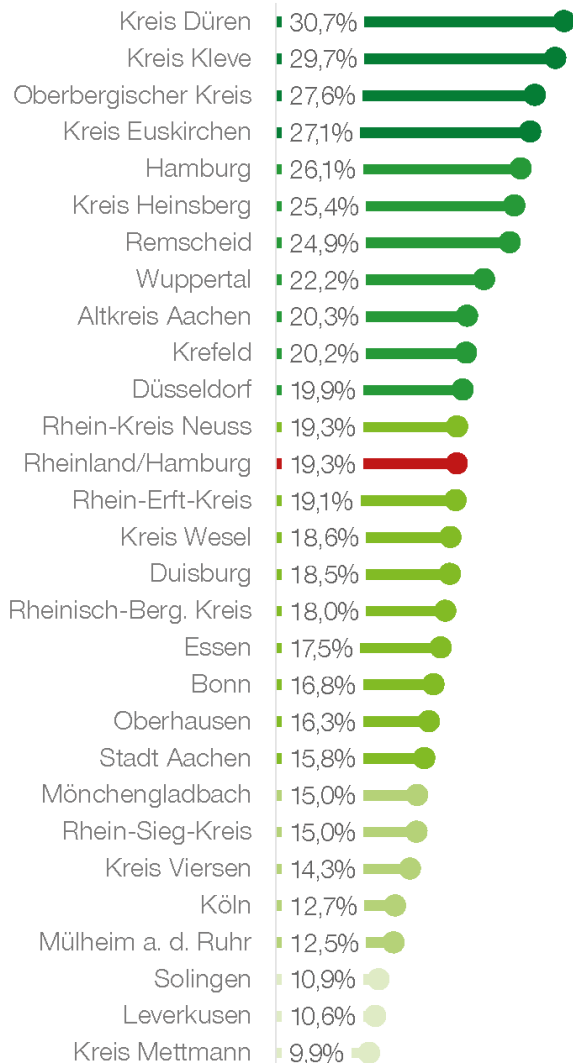
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in der hausärztlichen Praxis

Anteil an allen ambulanten Behandlungsfällen von Kindern und Jugendlichen



Von wem können Kinder und Jugendliche behandelt werden?

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert. Während einer fünfjährigen Facharztweiterbildung haben sie die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen erworben. Grundsätzlich dürfen in Deutschland aber alle hausärztlich tätigen Ärzte Kinder und Jugendliche behandeln. Ein Nachweis von bestimmten Fortbildungsmaßnahmen ist nicht erforderlich.

Diese Auswertung gibt an, wie viele ambulante Behandlungen von Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt und somit nicht bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgten.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 03001-02, 04001-02

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

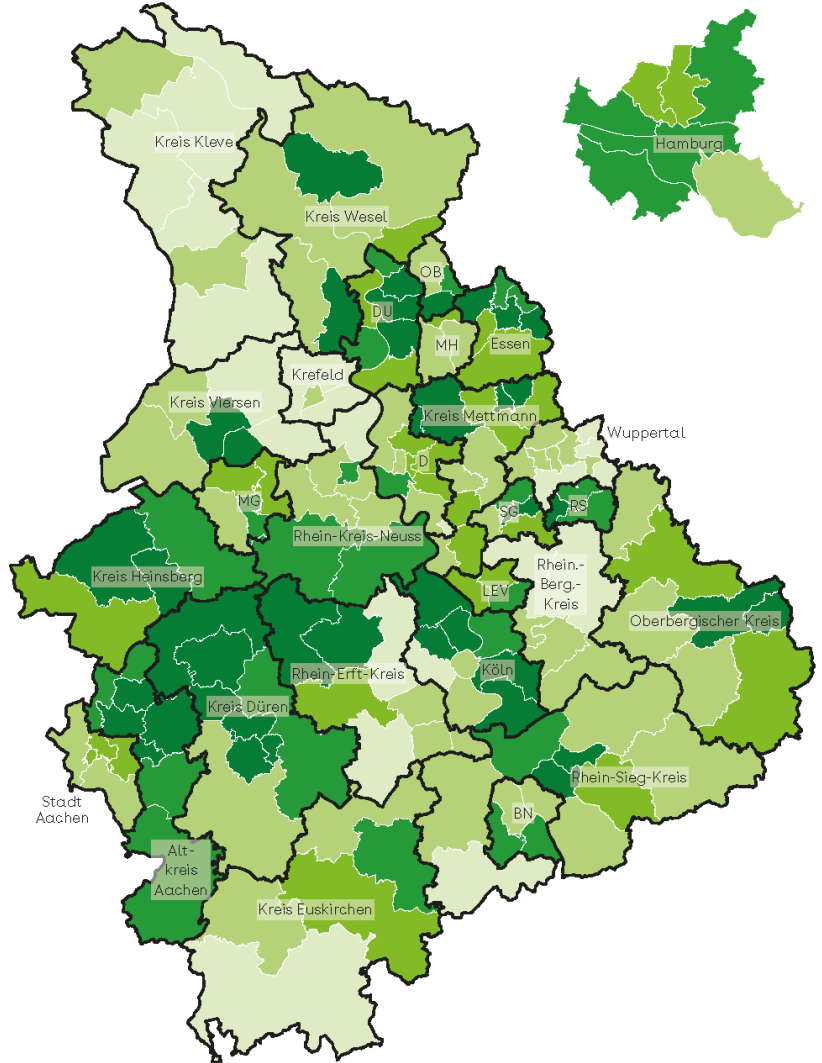
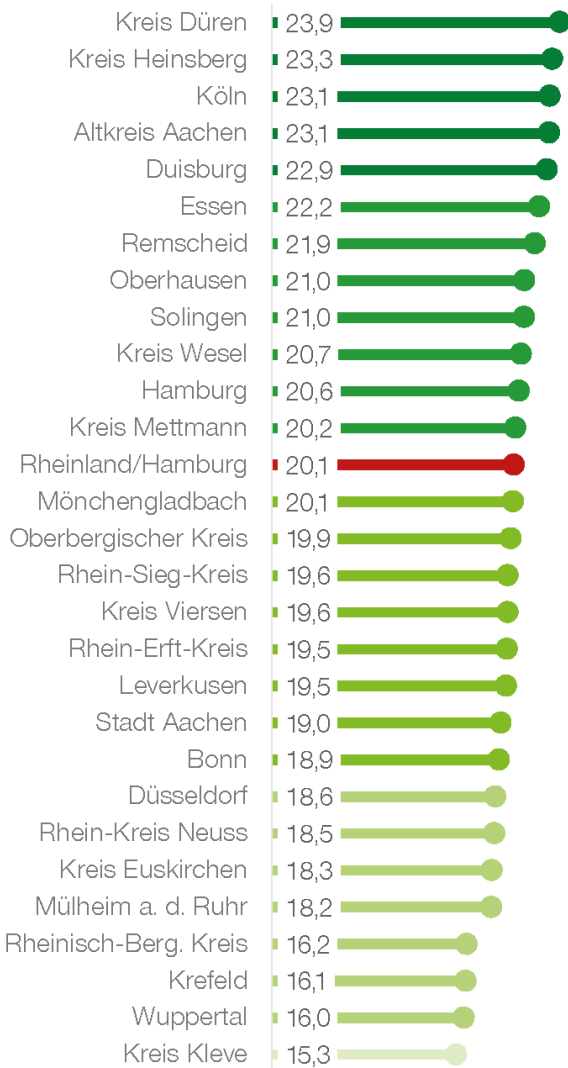
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Ambulante Notfälle

Kontakte während der Öffnungszeiten von Portalpraxen je 100 Versicherte



Was sind ambulante Notfälle?

Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden sind oftmals besorgt und haben den Wunsch, die Symptome möglichst unverzüglich abzuklären. Außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen steht ihnen der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Dieser ist inzwischen flächendeckend in sogenannten Portalpraxen an Krankenhäusern organisiert. Die Notfallambulanzen der Krankenhäuser können – insbesondere beim Verdacht auf dringliche Behandlungsanlässe – ganztägig aufgesucht werden. Sofern keine stationäre Aufnahme erfolgt, gelten alle Behandlungen in diesen Notfallstrukturen als ambulante Notfälle.

i Das AOK Service-Telefon „Clarimedis“ ist für AOK-Versicherte bei medizinischen Anliegen rund um die Uhr kostenlos erreichbar.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

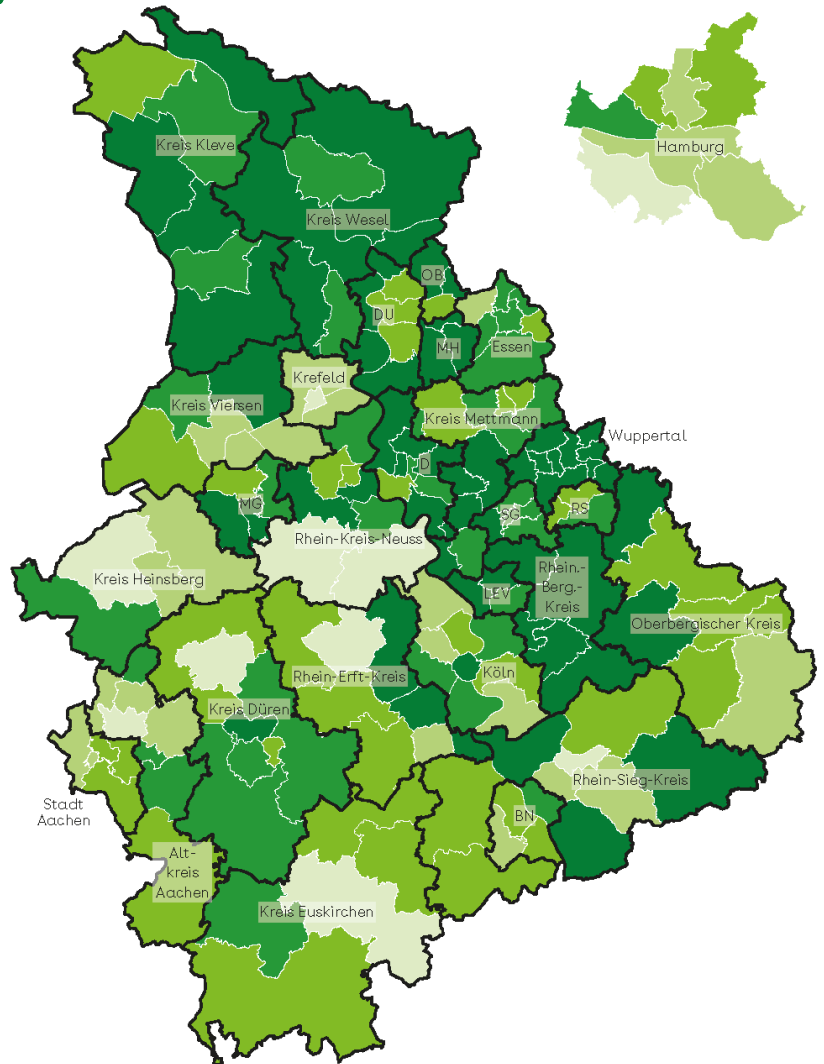
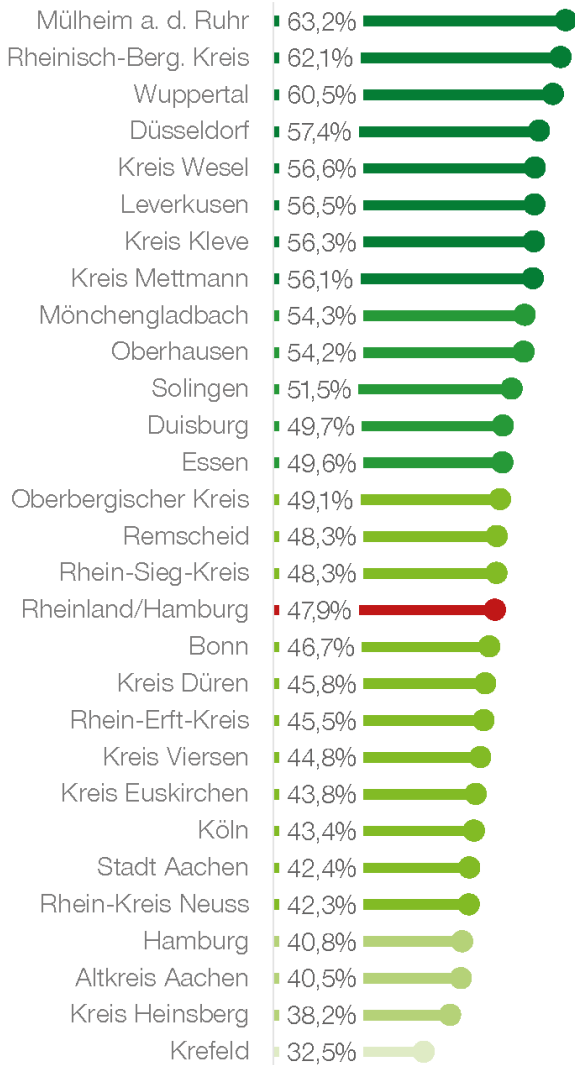
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Im Krankenhaus behandelte ambulante Notfälle

Anteil an allen ambulanten Notfällen während der Öffnungszeiten von Portalpraxen



Welche Rolle spielen die Notfallambulanzen der Krankenhäuser?

Als ambulante Notfälle gelten alle Behandlungen, die innerhalb der ambulanten Notfallstrukturen erfolgen – unabhängig davon, ob eine unverzügliche Abklärung tatsächlich notwendig war. Dies umfasst die Behandlungen im Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung sowie in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Patientinnen und Patienten, die infolge einer Untersuchung in der Notfallambulanz eines Krankenhauses stationär aufgenommen werden, sind hier nicht erfasst.

Viele Notfälle können im Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung versorgt werden. Ein Teil der ambulanten Notfälle benötigt jedoch das Leistungsangebot eines Krankenhauses. Der erforderliche Anteil der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus ist nicht eindeutig zu bestimmen. Die regionalen Unterschiede machen jedoch deutlich, dass die Steuerung der Notfälle in einigen Kreisen nicht optimal funktioniert.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

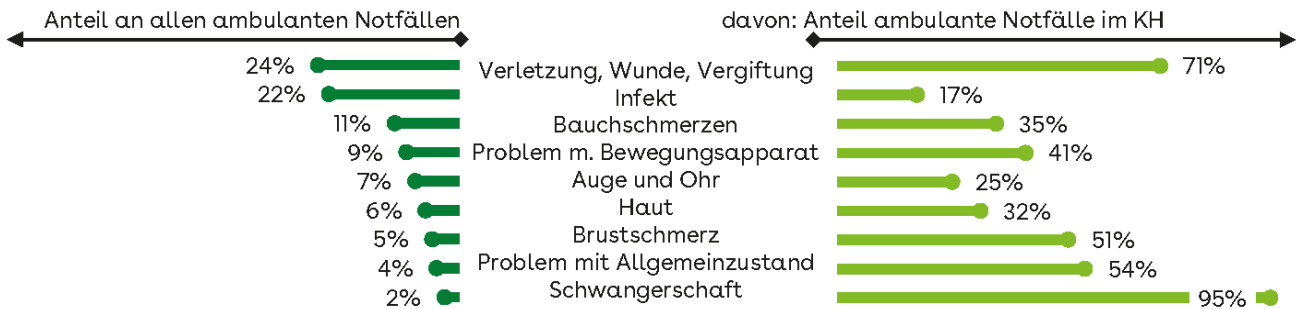
Ambulante Notfälle während der Öffnungszeit von Portalpraxen

Beschreibung der Einflussfaktoren

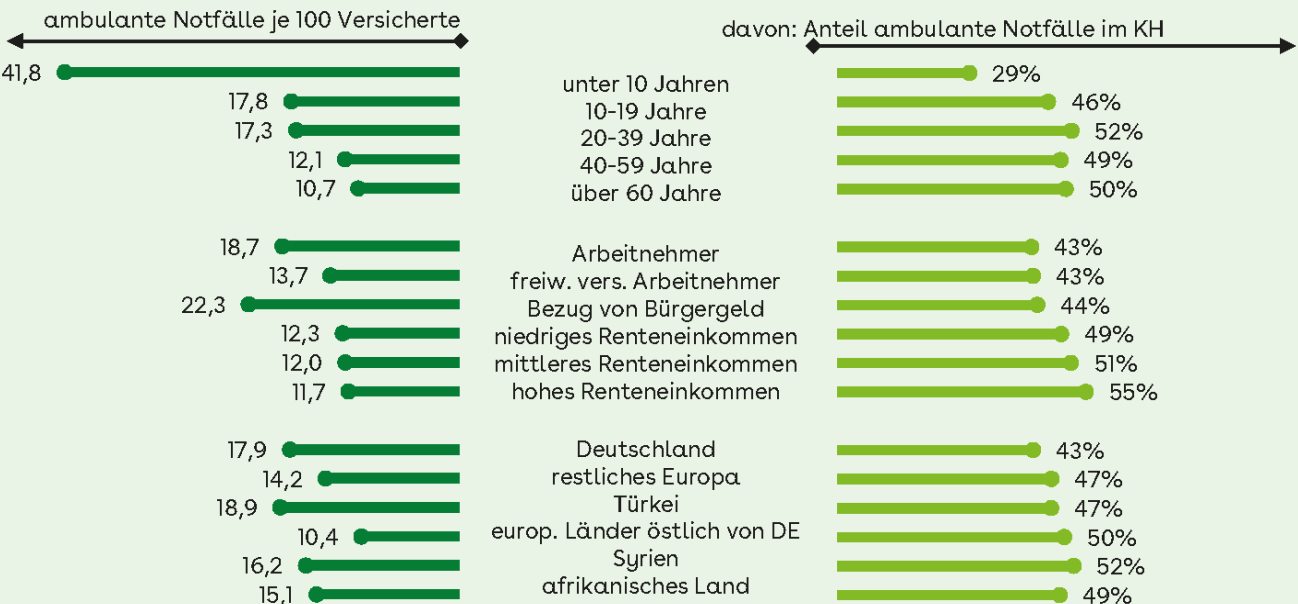
Struktur der Notfallversorgung



Behandlungsanlass



Soziodemographie

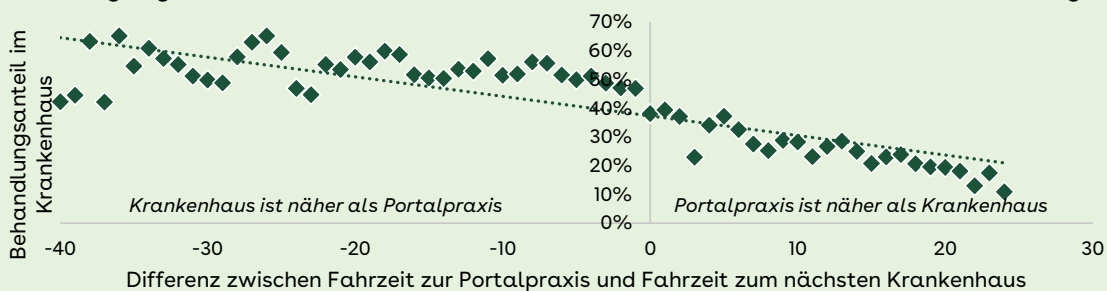


Einflussfaktoren für eine ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus

Sortierung der Einflussfaktoren gemäß ihrer Erklärungskraft

1. Behandlungsanlass: Je besorgniserregender der Behandlungsanlass, desto eher suchen Patientinnen und Patienten zur Abklärung die Notaufnahme eines Krankenhauses auf. **Schwangere sowie Patientinnen und Patienten mit Verletzungen oder Problemen mit dem Allgemeinzustand** begeben sich zumeist direkt in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Insbesondere Infekte, aber auch **Probleme mit Augen, Ohren oder der Haut** werden vorrangig im vertragsärztlichen Notdienst untersucht.

2. Fahrzeit zur Portalpraxis: Je größer der Fahrzeitunterschied zwischen nächstgelegener Portalpraxis und nächstgelegenen Krankenhaus, desto eher wird die Notaufnahme eines Krankenhauses angesteuert.



3. Alter: Die Wahrscheinlichkeit, mit einem akuten Behandlungsanlass die Notaufnahme eines Krankenhauses zu nutzen, **nimmt mit dem Alter stetig zu.**

4. Tageszeit: Die Wahrscheinlichkeit, den vertragsärztlichen Notdienst zu kontaktieren, ist **vormittags** am höchsten und nimmt über den **Nachmittag** bis hin zum **Abend** ab.

5. Tag: Am **Montag, Dienstag und Donnerstag** ist die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass Patientinnen und Patienten ihr akutes Anliegen im vertragsärztlichen Notdienst abklären – an Wochenenden und Feiertagen am niedrigsten.

6. Nationalität: Für Versicherte mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist es tendenziell schwieriger, sich in den Notfallstrukturen zurechtzufinden. Insbesondere Patientinnen und Patienten aus **Syrien** sowie **aus europäischen Ländern östlich von Deutschland** haben eine etwas erhöhte Wahrscheinlichkeit, mit einem akuten Anliegen die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufzusuchen.

7. Pflegegrad: Mit **steigendem Pflegegrad** nimmt die Wahrscheinlichkeit einer ambulanten Abklärung des Anliegens in einem Krankenhaus ab. Das Gleiche gilt für Pflegeheim-Bewohnerinnen und -Bewohner. Dies dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass Menschen mit hohem Pflegebedarf tendenziell häufiger stationär aufgenommen werden und dann nicht mehr als ambulanter Notfall zählen.

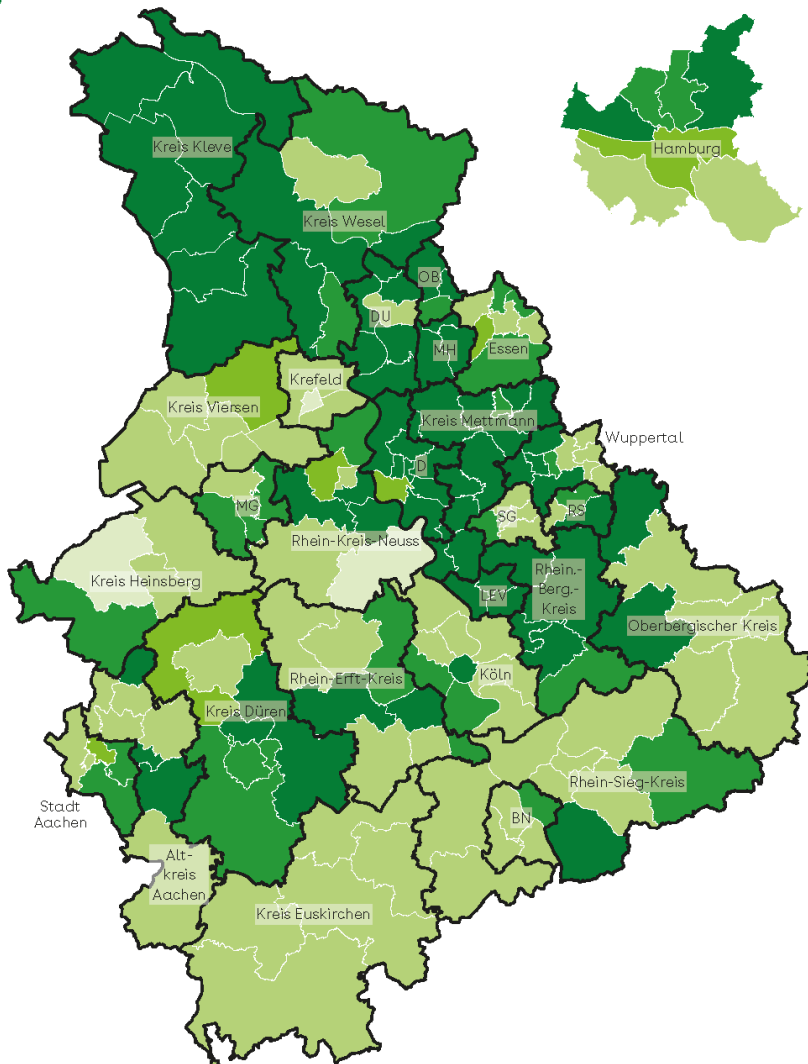
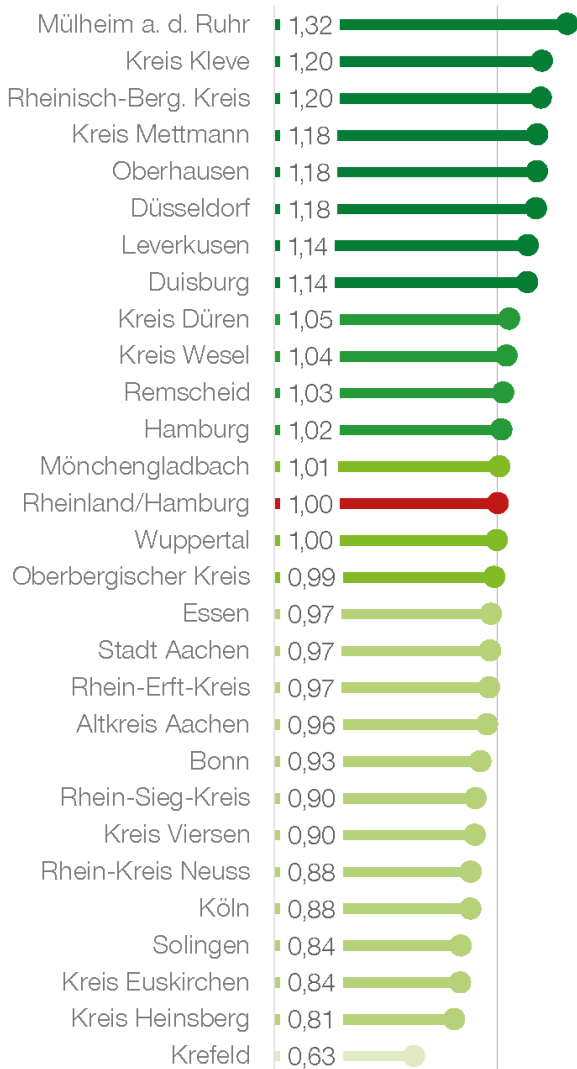
8. Soziale Lage: Der Einfluss der sozialen Situation entspricht nicht den weitläufig bestehenden Erwartungen. Versicherte mit hohem Einkommen nutzen mit der gleichen Wahrscheinlichkeit die Notaufnahme eines Krankenhauses wie Bürgergeld-Beziehende. Im Rentenalter nimmt die Wahrscheinlichkeit mit **steigendem Renteneinkommen** sogar zu.

9. Geschlecht: **Männer** nutzen mit einer etwas höheren Wahrscheinlichkeit die Notaufnahme des Krankenhauses als Frauen.

10. Vorheriger Krankenhausaufenthalt: Versicherte, die **vor Kurzem einen Krankenhausaufenthalt hatten**, lassen akute Beschwerden mit höherer Wahrscheinlichkeit in der Notaufnahme eines Krankenhauses abklären.

Im Krankenhaus behandelte ambulante Notfälle

Tatsächliche Fälle im Vergleich zu der statistisch erwarteten Anzahl an ambulanten Notfällen im Krankenhaus



Was sagt der Verhältniswert aus?

Der Anteil der im Krankenhaus behandelten Notfälle ist von vielen Faktoren abhängig. Dazu zählen anlassbezogene Faktoren, Strukturvariablen und soziodemographische Aspekte. Regional sind diese Faktoren wie zum Beispiel die Erreichbarkeit der Portalpraxis oder die Sozialstruktur der Bevölkerung unterschiedlich ausgeprägt. Diese Faktoren sind in der Regel nicht beeinflussbar. Um zu messen, wie gut die Steuerung der ambulanten Notfälle in einer Region funktioniert, wird daher berechnet, wie viele Notfälle im Krankenhaus unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren zu erwarten gewesen wären. Teilt man die beobachteten durch die statistisch erwarteten Fälle, ergibt sich ein Verhältniswert. Ist dieser größer als eins, ist es in der Region zu mehr Ereignissen gekommen als erwartet. Ist der Wert kleiner eins, wurden in der Region weniger Notfälle im Krankenhaus behandelt als erwartet.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
EBM-Ziffern: Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

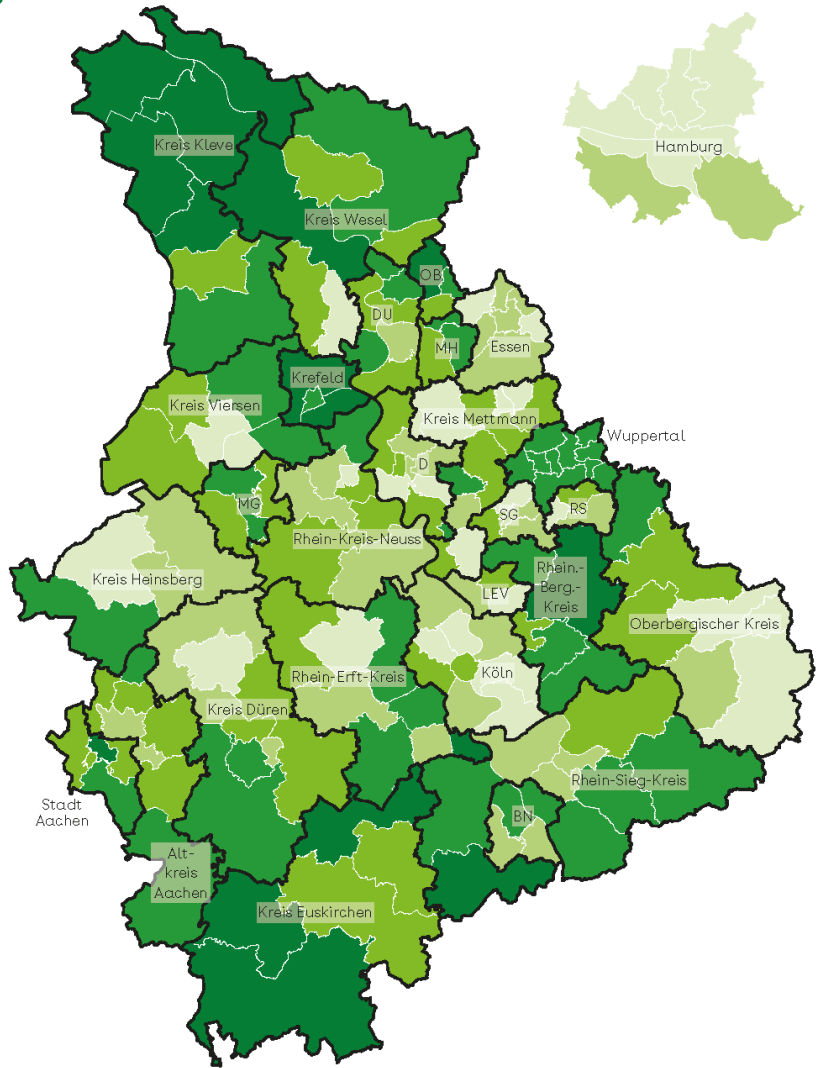
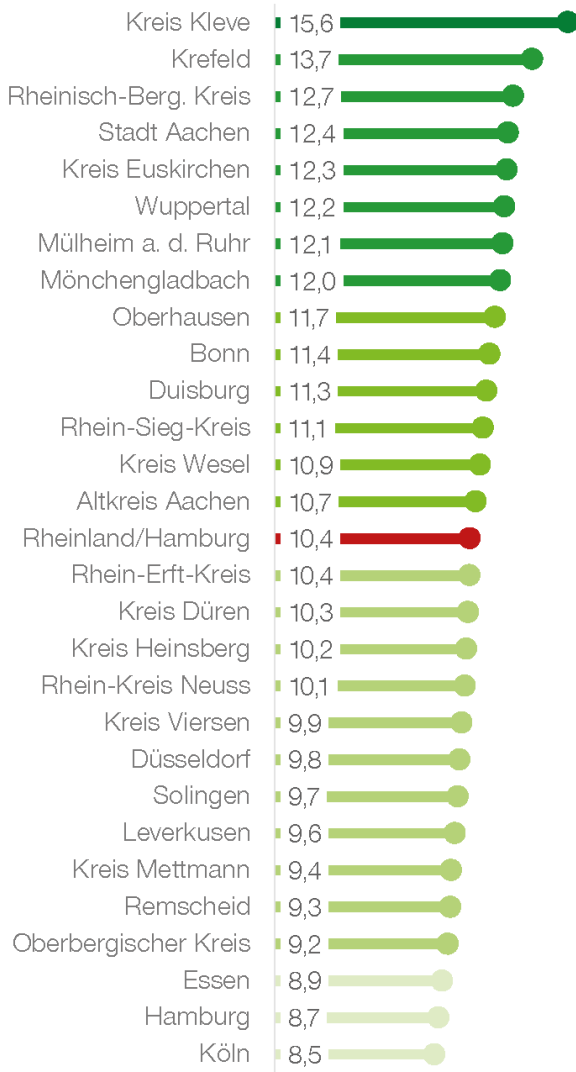
Standardisierung
multifaktorielle Risiko-adjustierung mit Einflussfaktoren gemäß Seite 81

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Stationäre Aufnahme von Kurzliegern während der Öffnungszeit von Portalpraxen

Anzahl Fälle je 100 ambulante Notfälle im gleichen Zeitraum



Warum empfiehlt es sich, auch die Anzahl der Krankenhausaufnahmen anzuschauen?

Vergütungstechnisch werden in Deutschland ambulante und stationäre Notfälle unterschieden. Der Behandlungsort ist hierfür nicht entscheidend. Kommt eine Versicherte in die Notfallambulanz eines Krankenhauses und kann nach der Behandlung wieder nach Hause gehen, handelt es sich um einen ambulanten Notfall. Wird sie hingegen stationär aufgenommen, ist sie ein stationärer Notfall.

Werden in einer Region wenige ambulante Notfälle in Krankenhäusern behandelt, kann dies für eine gute Patientensteuerung sprechen. Es kann aber auch daraus resultieren, dass hier Notfälle in Krankenhäusern häufiger stationär aufgenommen werden. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten während der Öffnungszeit der Portalpraxen stationär aufgenommen wurden. Der Fokus auf Kurzliegern mit einer Verweildauer mit bis zu drei Tagen schränkt die Betrachtung auf Fälle mit tendenziell ambulantem Potenzial ein.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

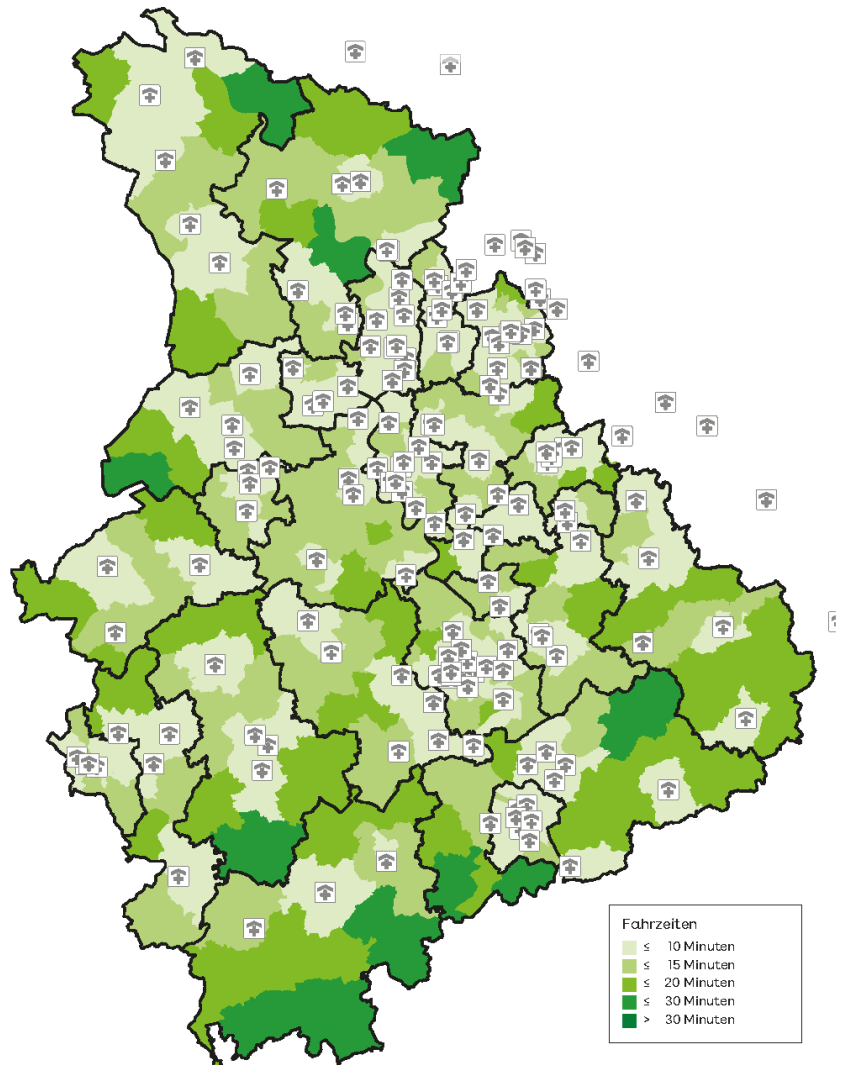
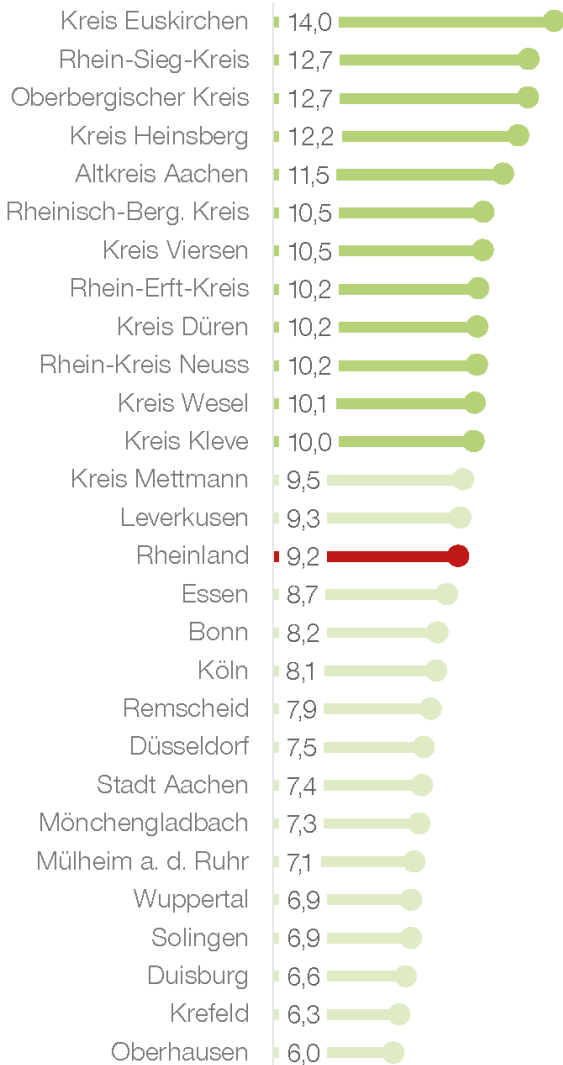
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Stationäre Versorgung

Neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen: Allgemeine Innere Medizin

Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus



Was ändert sich durch die neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen?

Nordrhein-Westfalen wird, voraussichtlich zum Oktober 2024, eine neue Krankenhausplanung umsetzen. Erstmals in Deutschland werden sich die Versorgungsaufträge der Krankenhäuser nicht mehr auf ganze Fachabteilungen, sondern auf sogenannte Leistungsgruppen beziehen. Die Leistungsgruppe der Allgemeinen Inneren Medizin zum Beispiel beinhaltet im Wesentlichen die stationären Behandlungen aus dem Gebiet der Inneren Medizin. Einige komplexe Erkrankungskontexte sind aber in eigene Leistungsgruppen ausgelagert, um eine spezialisierte Versorgung zu gewährleisten. Bei der Allgemeinen Inneren Medizin schlagen die Krankenkassen keine Reduzierung der Krankenhausstandorte vor. Die Fahrzeiten wurden adressgenau auf Basis der Voten der Krankenkassen berechnet. Die finale Festlegung der Versorgungsaufträge erfolgt durch das Land Nordrhein-Westfalen.

Zeitraum

Simulation anhand der Krankenhausfälle der Jahre 2021 und 2022

Aufgreifkriterien

Krankenhausstandorte der Leistungsgruppe gemäß Votum der Krankenkassen

Standardisierung

keine

Datenquelle

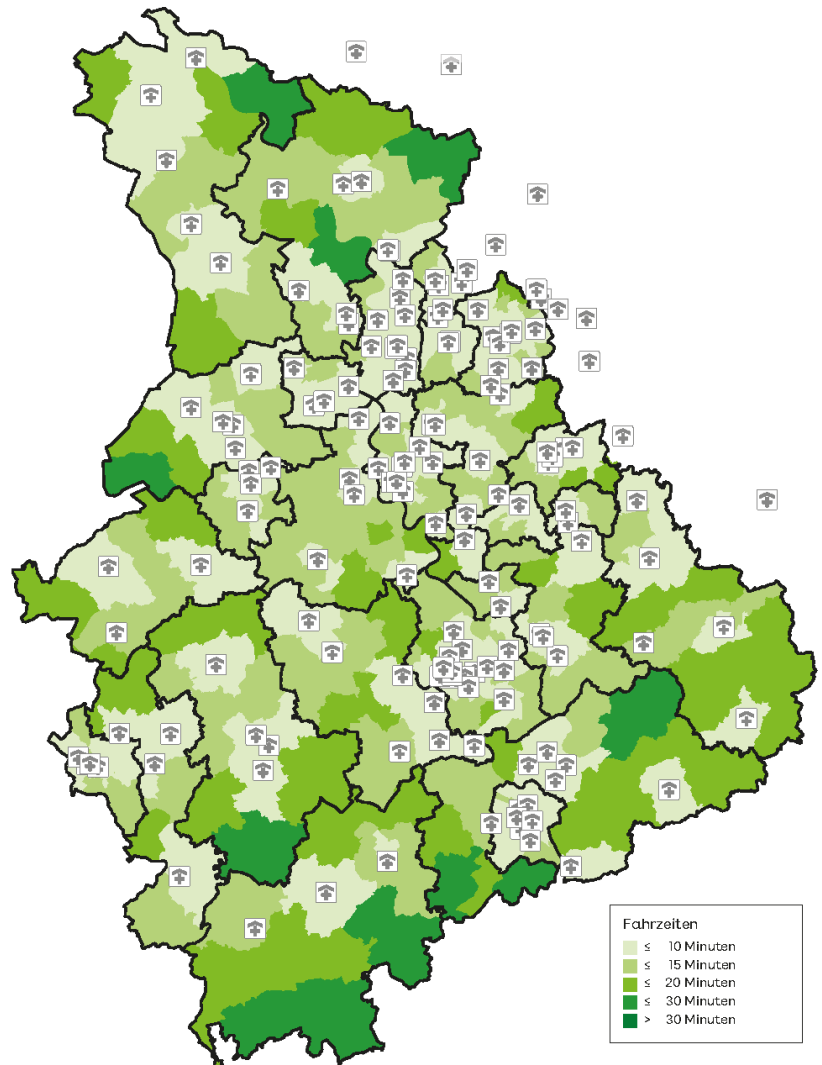
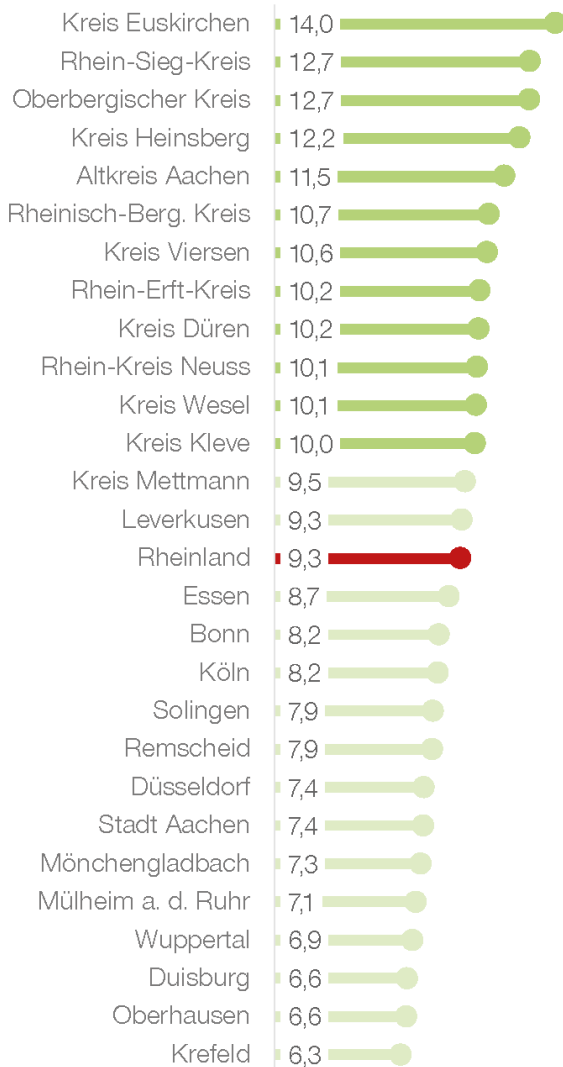
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen: Allgemeine Chirurgie

Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus



Was ändert sich durch die neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen?

Nordrhein-Westfalen wird, voraussichtlich zum Oktober 2024, eine neue Krankenhausplanung umsetzen. Erstmals in Deutschland werden sich die Versorgungsaufträge der Krankenhäuser nicht mehr auf ganze Fachabteilungen, sondern auf sogenannte Leistungsgruppen beziehen. Dürfen Krankenhäuser mit einer Chirurgie bisher sämtliche chirurgischen Eingriffe durchführen, werden zukünftig komplexe Operationen separat in Leistungsgruppen geplant. Dies soll eine spezialisierte Versorgung gewährleisten. Bei Leistungen der Allgemeinen Chirurgie schlagen die Krankenkassen keine Reduzierung der Krankenhausstandorte vor.

Die Fahrzeiten wurden adressgenau auf Basis der Voten der Krankenkassen berechnet. Die finale Festlegung der Versorgungsaufträge erfolgt durch das Land Nordrhein-Westfalen.

Zeitraum

Simulation anhand der Krankenhausfälle der Jahre 2021 und 2022

Aufgreifkriterien

Krankenhausstandorte der Leistungsgruppe gemäß Votum der Krankenkassen

Standardisierung

keine

Datenquelle

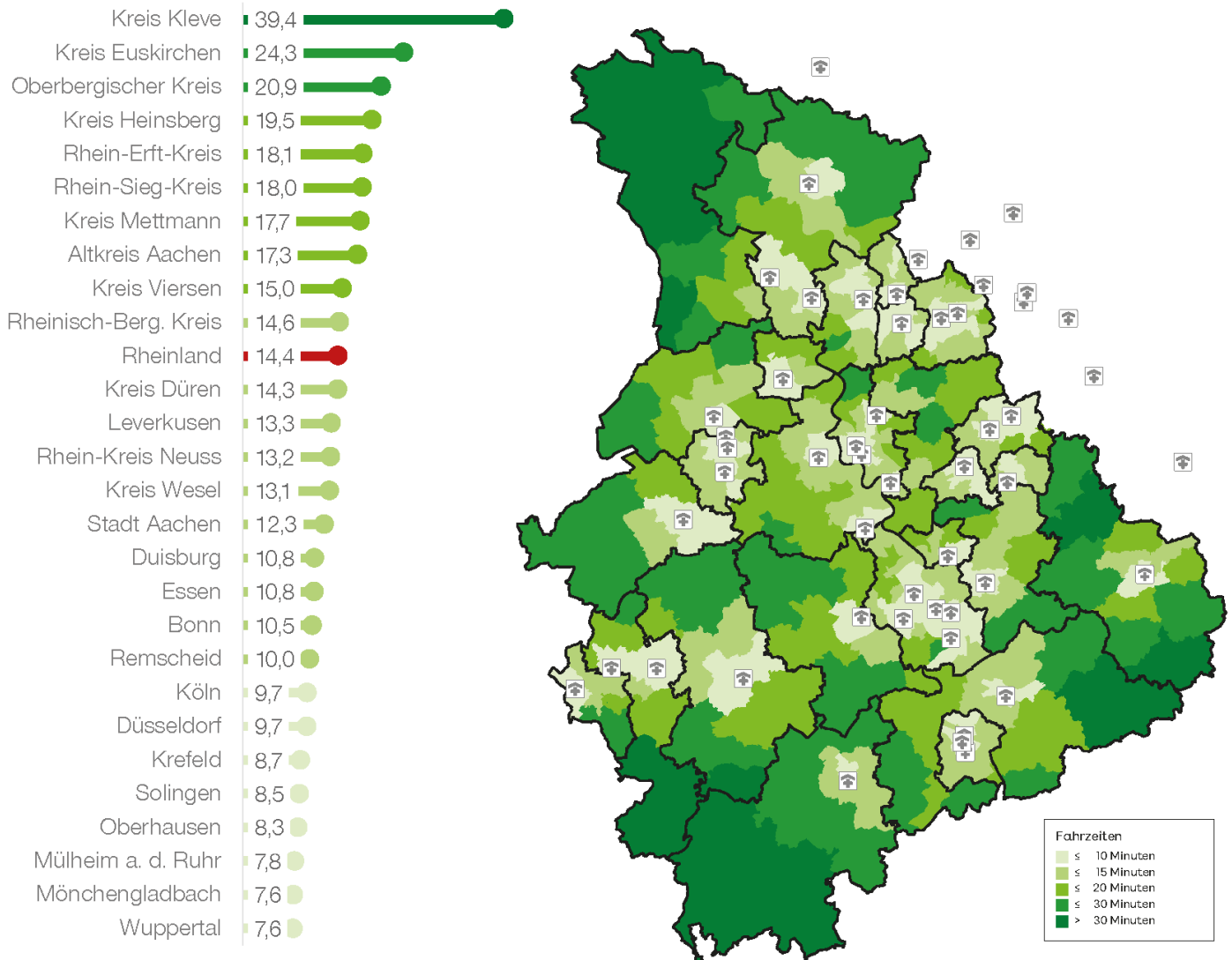
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen: Komplexe Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus



Was wird sich bei der Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren ändern?

Bisher war das Fachgebiet der Kardiologie nicht Bestandteil der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. Rechtlich dürfen bislang alle Kliniken mit einer Inneren Medizin Herzschrittmacher und Defibrillatoren einsetzen. Auch zukünftig dürfen „einfache“ Schrittmacherimplantationen von allen Krankenhäusern der Grundversorgung durchgeführt werden. Komplexe Eingriffe werden hingegen nun in einer eigenen Leistungsgruppen geplant. Für diese Eingriffe schlagen die Krankenkassen eine deutliche Reduzierung der leistungsberechtigten Krankenhausstandorte vor. Dies soll eine spezialisierte Versorgung gewährleisten. Die Fahrzeiten wurden adressengenau auf Basis der Voten der Krankenkassen berechnet. Die finale Festlegung der Versorgungsaufträge erfolgt durch das Land Nordrhein-Westfalen.

Zeitraum

Simulation anhand der Krankenhausfälle der Jahre 2021 und 2022

Aufgreifkriterien

Krankenhausstandorte der Leistungsgruppe gemäß Votum der Krankenkassen

Standardisierung

keine

Datenquelle

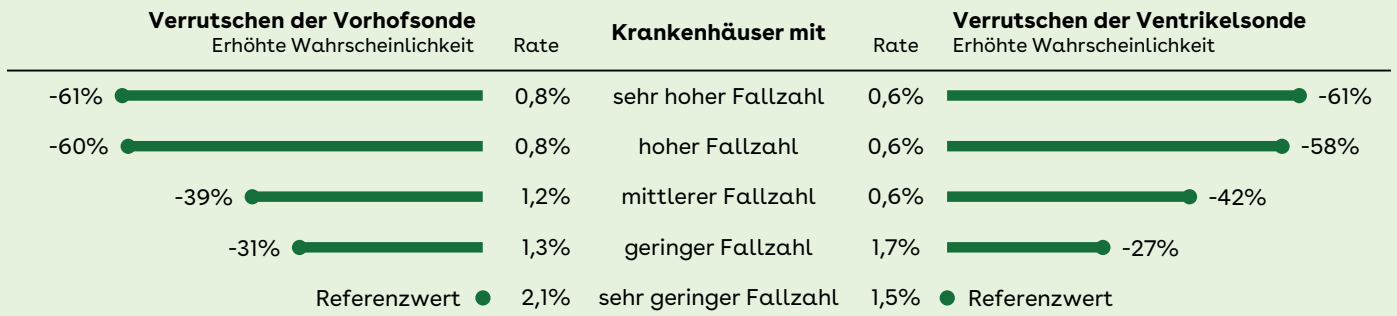
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

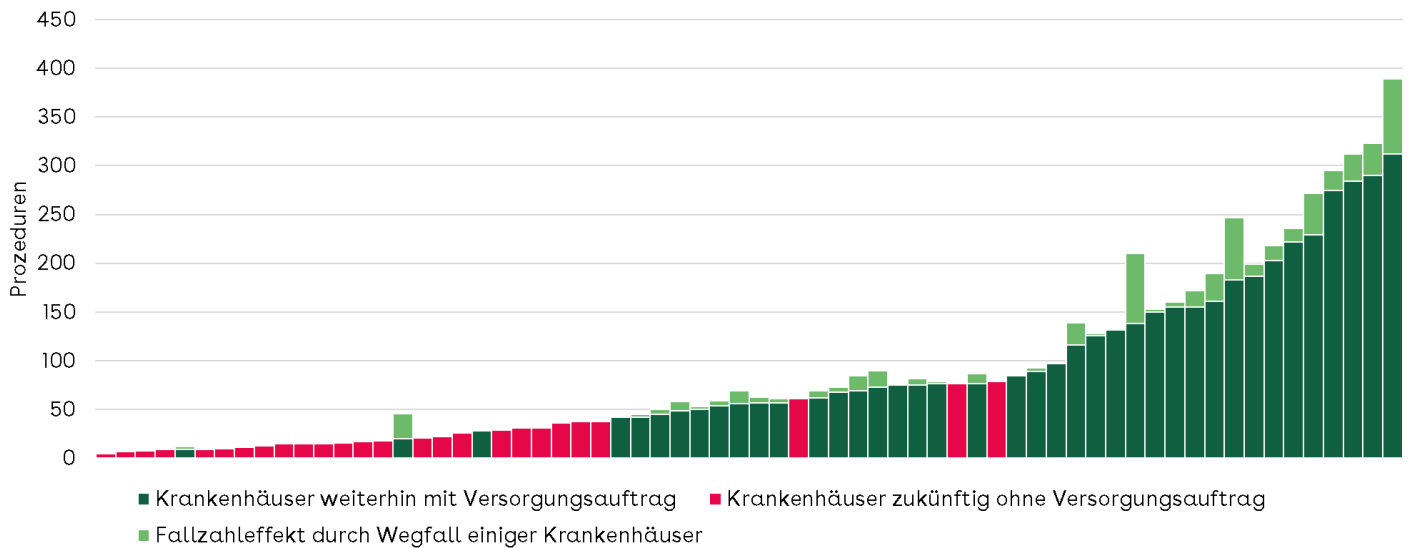
Neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen: Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Einfluss der Routine auf die Behandlungsqualität bei der Implantation von Herzschrittmachern



Verringerte Wahrscheinlichkeit für Komplikationen im Vergleich zu Krankenhäusern mit sehr niedriger Fallzahl unter Berücksichtigung der relevanten Risikofaktoren (Quelle: Nowak et al. 2015, s. methodische Erläuterungen)

Prozeduren der Krankenhäuser mit und ohne Versorgungsauftrag



Warum ist eine Spezialisierung der Versorgung sinnvoll?

In der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen orientieren sich die Leistungsgruppen im Wesentlichen an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Komplexere Erkrankungen und Eingriffe, die eine gewisse Erfahrung und Übung benötigen, werden in separaten Leistungsgruppen geplant. Studien zeigen, dass es zum Beispiel bei der Implantation von Herzschrittmachern in Krankenhäusern mit geringen Fallzahlen häufiger zu Komplikationen kommt. Durch die Vorschläge der Krankenkassen würden die Kliniken mit der geringsten Routine größtenteils aus der Versorgung genommen. Simulationsanalysen zeigen, inwieweit dadurch die Anzahl der Behandlungen an den verbliebenen Standorten gesteigert werden kann.

Zeitraum

Simulation anhand der Krankenhausfälle des Jahres 2021

Aufgreifkriterien

OPS-Codes: auf Anfrage

Standardisierung

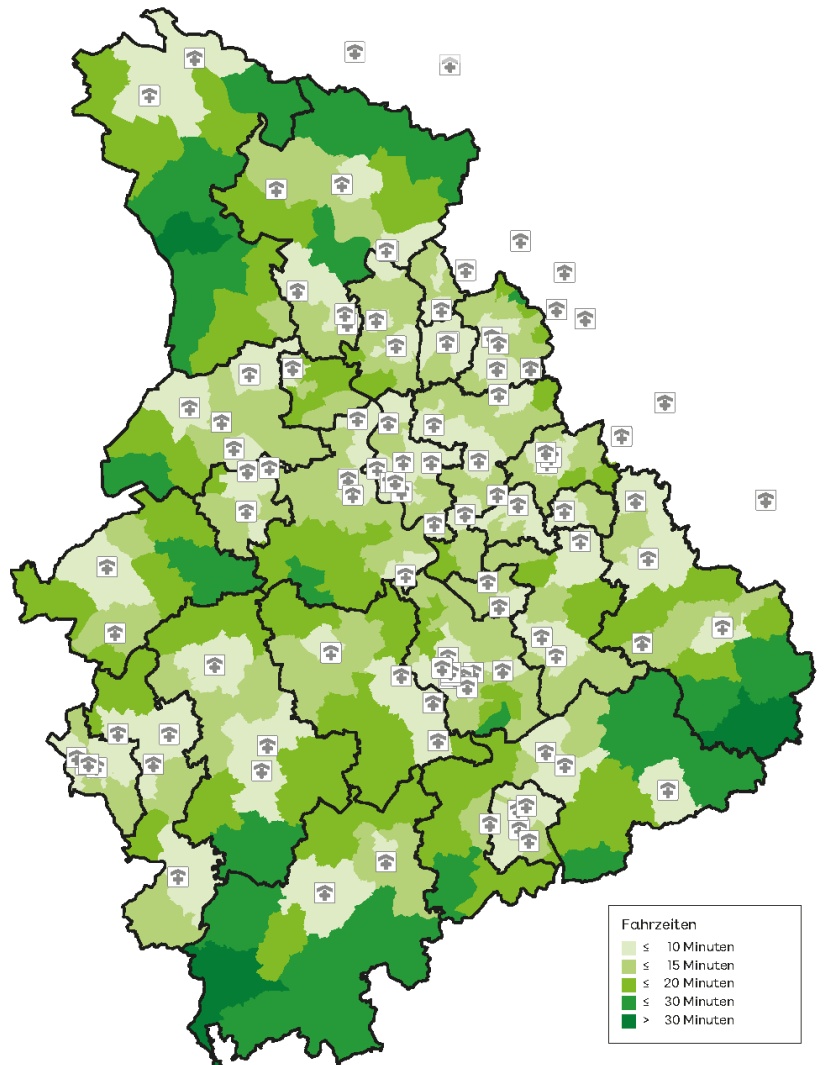
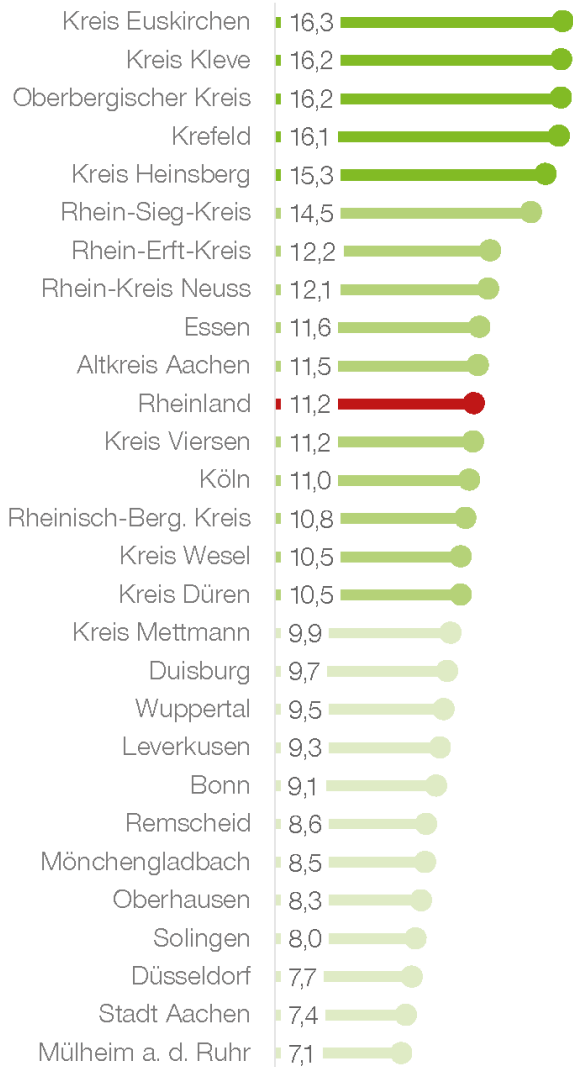
keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg, SQB-Daten

Neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen: Künstliche Hüftgelenke

Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus



Fahrzeiten
 ≤ 10 Minuten
 ≤ 15 Minuten
 ≤ 20 Minuten
 ≤ 30 Minuten
 > 30 Minuten

Was wird sich bei der Implantation künstlicher Hüftgelenke ändern?

Bisher war das Fachgebiet der Chirurgie in der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen nicht weiter untergliedert. Rechtlich dürfen bislang alle Kliniken mit einer Chirurgie sämtliche chirurgischen Eingriffe, wie zum Beispiel die Implantation künstlicher Hüftgelenke, erbringen. Fast alle tun dies auch. Allein im Rheinland setzen rund 140 Krankenhäuser neue Hüften ein. In der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen werden diese Eingriffe nun in einer eigenen Leistungsgruppen geplant. Die Krankenkassen schlagen eine deutliche Reduzierung der leistungsberechtigten Krankenhausstandorte vor. Dies soll eine spezialisierte Versorgung gewährleisten.

Die Fahrzeiten wurden adressgenau auf Basis der Voten der Krankenkassen berechnet. Die finale Festlegung der Versorgungsaufträge erfolgt durch das Land Nordrhein-Westfalen

Zeitraum

Simulation anhand der Krankenhausfälle der Jahre 2021 und 2022

Aufgreifkriterien

Krankenhausstandorte der Leistungsgruppe gemäß Votum der Krankenkassen

Standardisierung

keine

Datenquelle

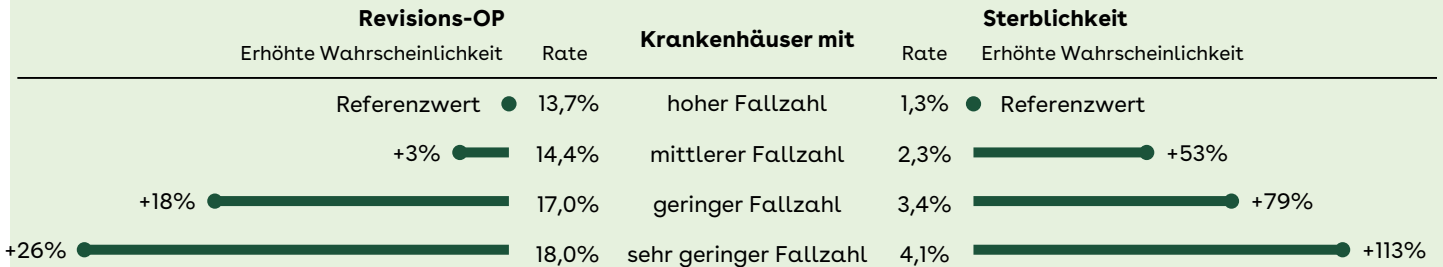
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

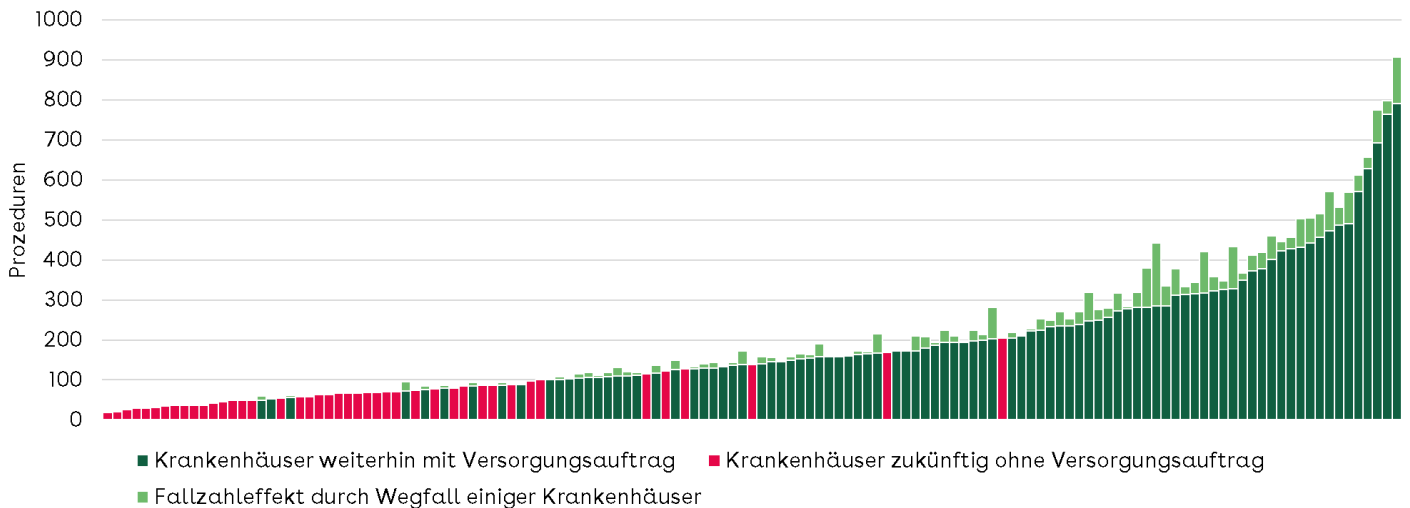
Neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen: Künstliche Hüftgelenke

Einfluss der Routine auf die Behandlungsqualität bei der Implantation von künstlichen Hüftgelenken



Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Komplikationen im Vergleich zu Krankenhäusern mit hoher Fallzahl unter Berücksichtigung der relevanten Risikofaktoren (Quelle: Jeschke et al. 2019, s. methodische Erläuterungen)

Prozeduren der Krankenhäuser mit und ohne Versorgungsauftrag



Warum ist eine Spezialisierung der Versorgung sinnvoll?

In der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen orientieren sich die Leistungsgruppen im Wesentlichen an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Komplexere Erkrankungen und Eingriffe, die eine gewisse Erfahrung und Übung benötigen, werden in separaten Leistungsgruppen geplant. Studien zeigen, dass es zum Beispiel bei der Implantation von künstlichen Hüftgelenken in Krankenhäusern mit geringen Fallzahlen häufiger zu Komplikationen kommt. Durch die Vorschläge der Krankenkassen würden im Wesentlichen die Kliniken mit der geringsten Routine aus der Versorgung genommen. Simulationsanalysen zeigen, inwieweit dadurch die Anzahl der Behandlungen an den verbliebenen Standorten gesteigert werden kann.

Zeitraum

Simulation anhand der Krankenhausfälle des Jahres 2021

Aufgreifkriterien

OPS-Code: 5-820

Standardisierung

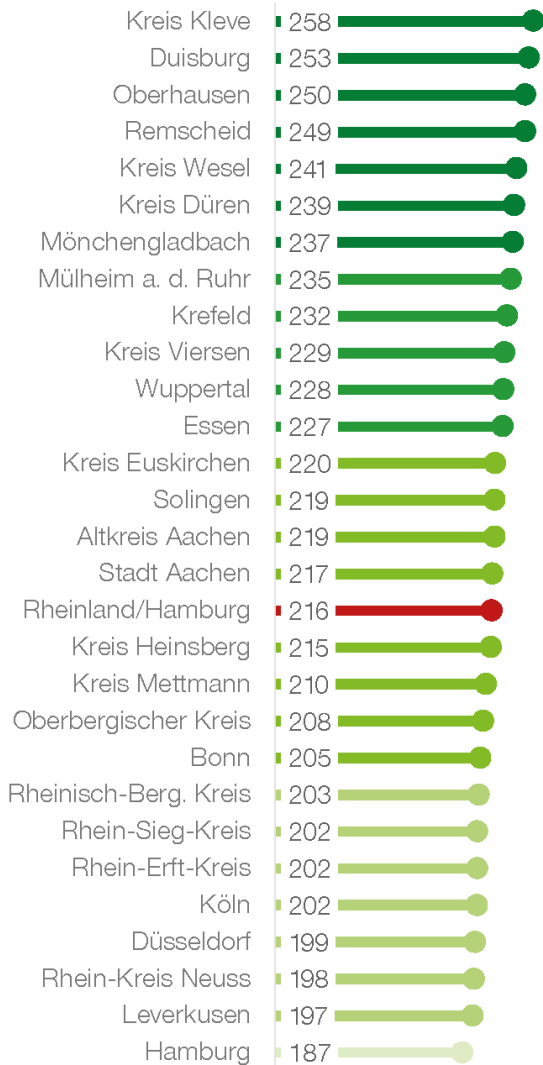
keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg, SQB-Daten

Krankenhausfälle

Fälle je 1.000 Versicherte



Wie ist die Anzahl der Krankenhausfälle einzuordnen?

Die stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfolgt in der Regel aufgrund einer akuten Behandlungsbedürftigkeit oder eines besonderen diagnostischen Abklärungsbedarfs. Sie sollte im gegliederten deutschen Gesundheitssystem den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht gleichermaßen behandelt werden können. Im europäischen Vergleich ist die Anzahl der Krankenhausfälle in Deutschland sehr hoch. Die Anzahl der Fälle je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ist beispielsweise im Vergleich zu den Niederlanden (+186%), Schweden (+88%), Frankreich (+41%) oder der Schweiz (+41%) deutlich erhöht. In Nordrhein-Westfalen liegt die Rate noch einmal knapp elf Prozent über dem Bundesdurchschnitt. So stellt das offizielle Gutachten zur Krankenhauslandschaft im Auftrag des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium fest: „Es gibt kein anderes Bundesland, in dem mehr Fälle bei vergleichbarer Altersstruktur in Krankenhäusern versorgt werden.“

Zeitraum
2023

Aufgreifkriterien
alle Krankenhausfälle

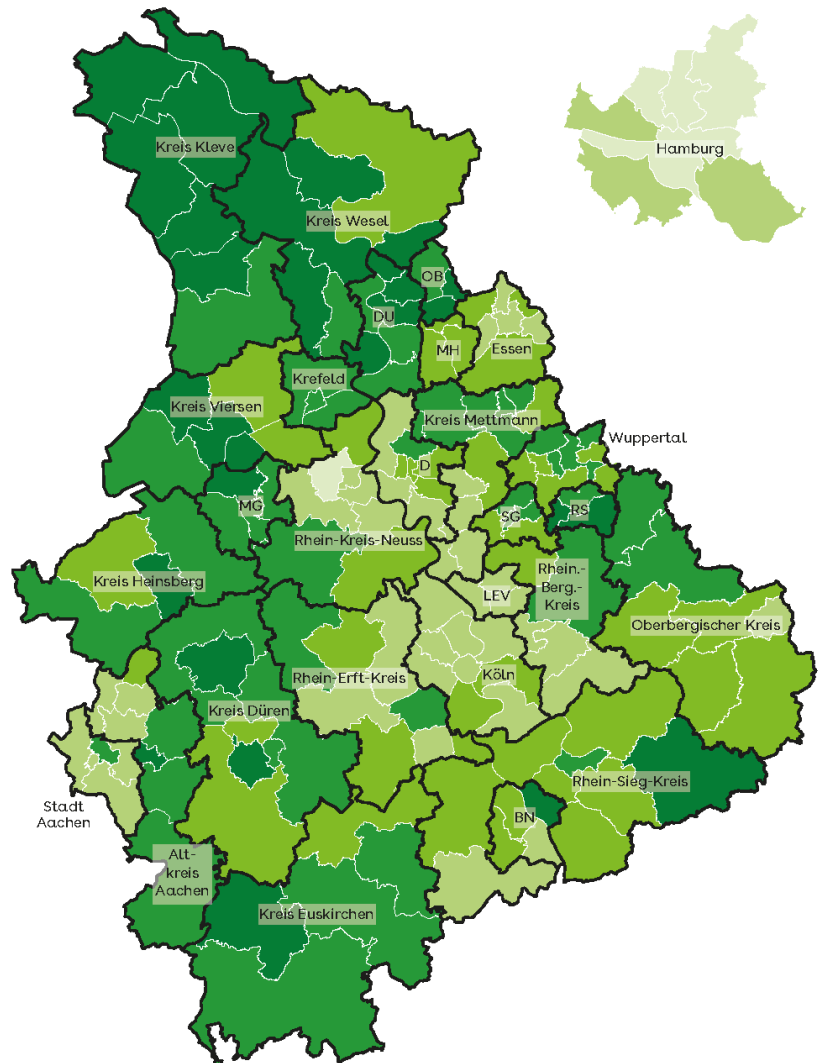
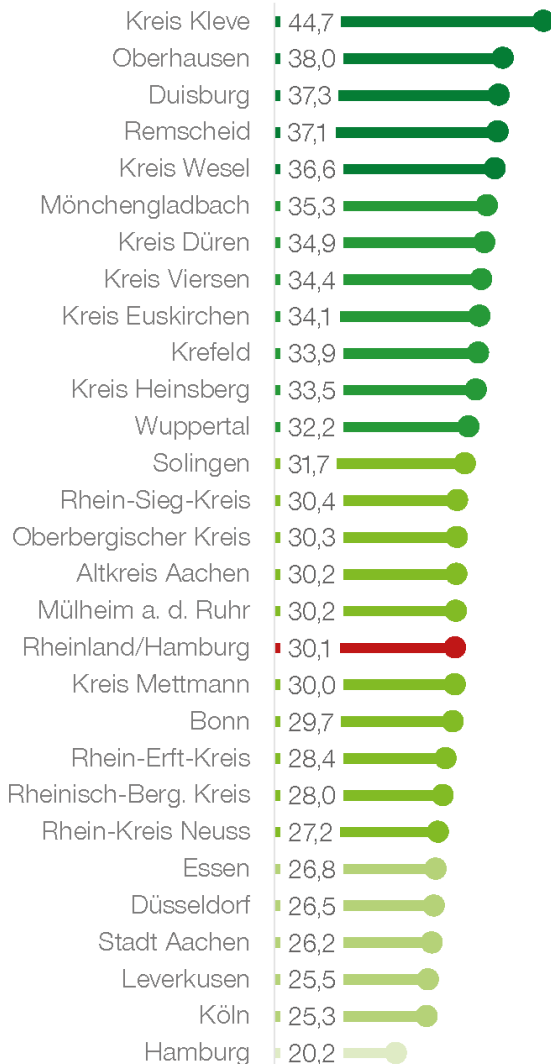
Standardisierung
Alter und Geschlecht,
indirekt

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Krankenhausfälle mit potenzieller primärer Fehlbelegung

Fälle je 1.000 Versicherte



Was sind Fälle mit Verdacht auf primäre Fehlbelegung?

Krankenhausbehandlungen sollten im gegliederten deutschen Gesundheitssystem den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht gleichermaßen behandelt werden können. Bei bestimmten Krankenhausfällen bestehen Zweifel, ob eine stationäre Aufnahme medizinisch tatsächlich erforderlich war. Stationäre Fälle sind besser vergütet als ambulante Behandlungen, sodass für die Krankenhäuser ein finanzieller Anreiz für eine Aufnahme über Nacht besteht. Im Interesse einer wirtschaftlichen Verwendung der Gelder der Beitragszahlenden lassen die Krankenkassen auffällige Krankenhausfälle vom Medizinischen Dienst auf ihre Erforderlichkeit überprüfen.

Diese Auswertung betrachtet 25 Fallpauschalen, welche die Krankenkassen am häufigsten auf primäre Fehlbelegung prüfen lassen. Sie entstammen einer Zusammenstellung durch das IGES-Institut im Rahmen seines Gutachtens nach §115b Abs. 1a SGB V.

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

DRG-Codes gemäß IGES-Gutachten nach §115b Abs. 1a SGB V

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

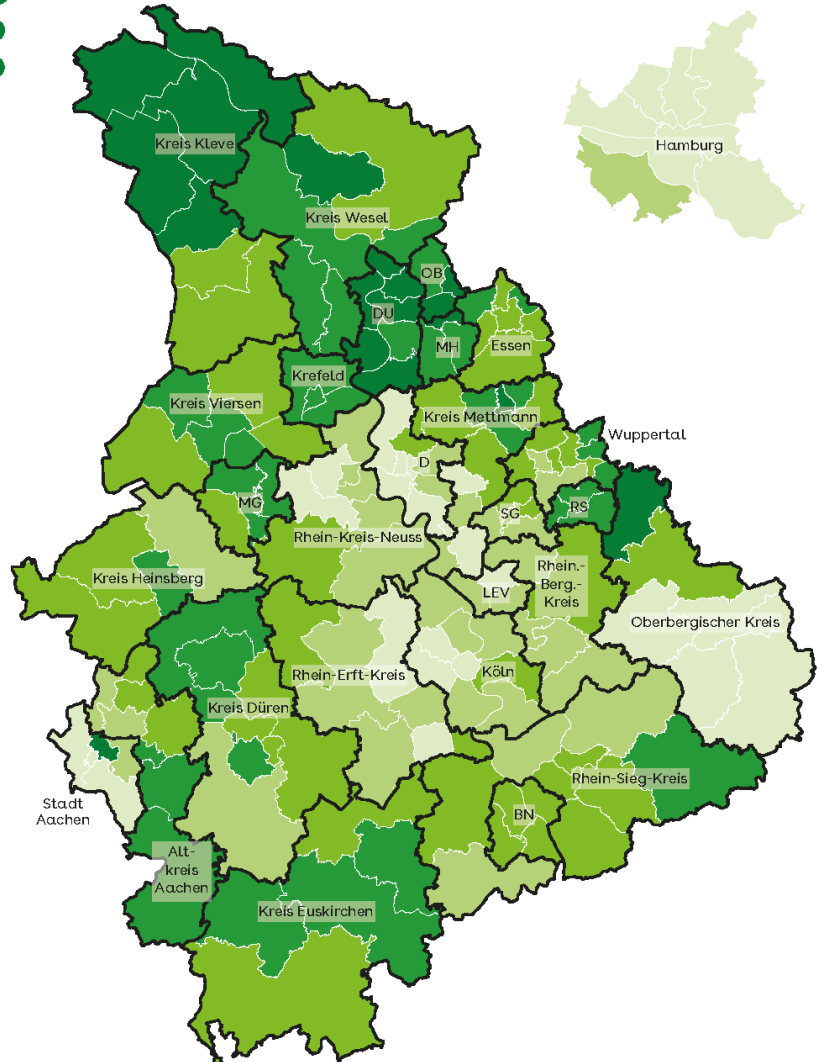
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Krankenhausfälle mit Verweildauer von bis zu drei Tagen

Fälle je 1.000 Versicherte



Was sind „Kurzlieger“?

Krankenhausbehandlungen sollten im gegliederten deutschen Gesundheitssystem den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht gleichermaßen behandelt werden können. Bei bestimmten Krankenhausfällen bestehen Zweifel, ob eine stationäre Aufnahme medizinisch tatsächlich erforderlich war. Stationäre Fälle sind besser vergütet als ambulante Behandlungen, sodass für die Krankenhäuser ein finanzieller Anreiz für eine Aufnahme über Nacht besteht. Als „Kurzlieger“ werden Patientinnen und Patienten bezeichnet, die bis zu drei Tage im Krankenhaus verbringen. Ein großer Teil der Kurzliegerfälle sind dem ambulanten Potenzial zuzurechnen und könnten oftmals ambulant versorgt werden.

i Das Projekt STATAMED der AOK Rheinland/Hamburg erprobt, wie Notfall-einweisungen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten durch eine neue Form der kurzstationären Versorgung reduziert werden können.

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

alle Krankenhausfälle mit Verweildauer von 1 bis 3 Tagen

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

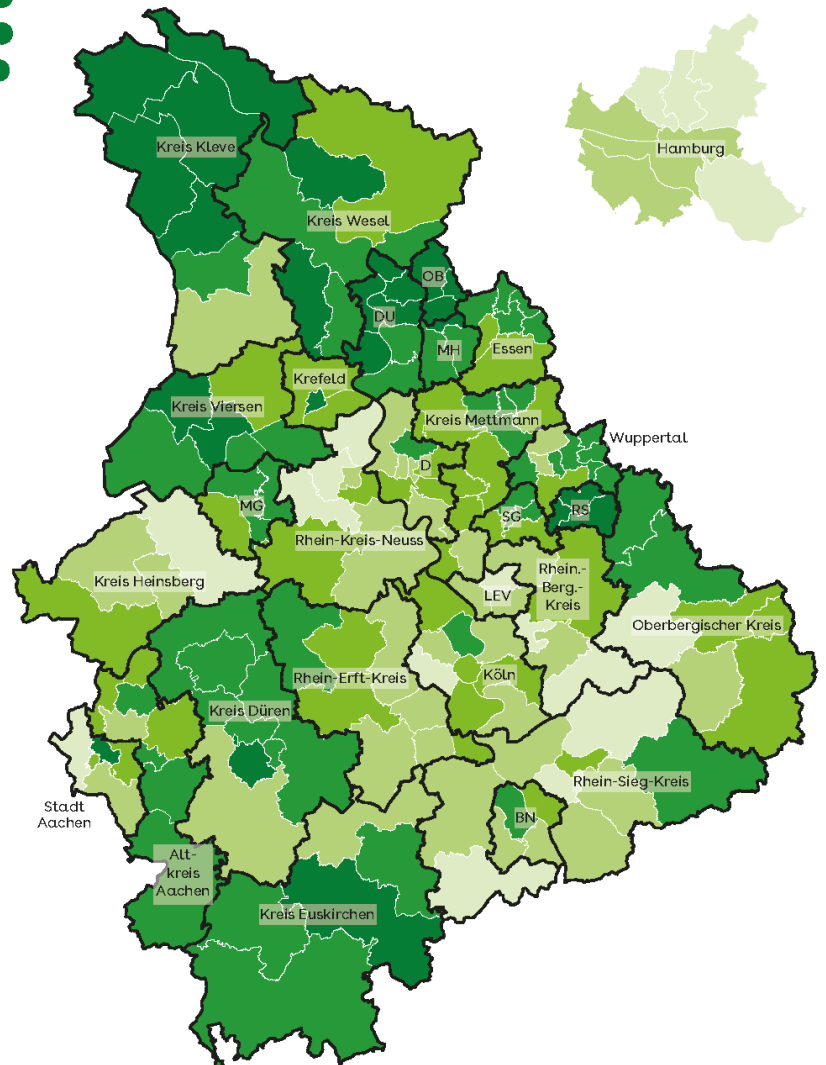
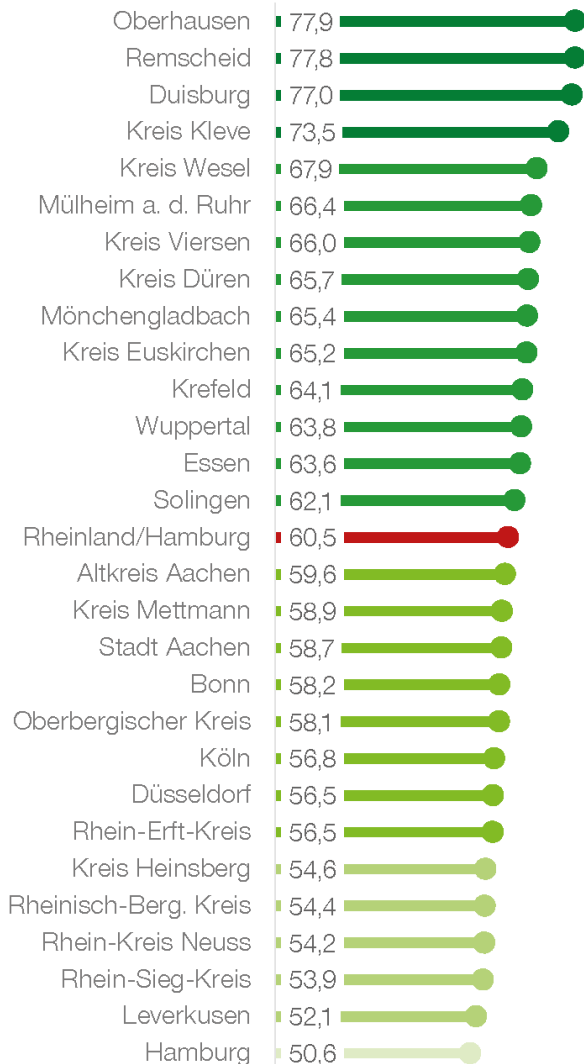
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle

Fälle je 1.000 Versicherte



Wie könnten Krankenhausfälle vermieden werden?

Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle werden mit dem Konzept der ambulant-sensitiven Konditionen erfasst. Es beinhaltet solche Fälle, die im Vorfeld durch effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen hätten vermieden werden können. Ein Schlüsselfaktor hierzu ist eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung. Die Anzahl der vermeidbaren Krankenhaus-Einweisungen kann daher als Indikator für die Qualität der ambulanten Versorgung betrachtet werden. Für die Auswertung verwenden wir die Definition von Sundmacher aus dem Jahr 2015, wobei nur die wichtigsten Krankheiten berücksichtigt wurden („core list“).

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

Core-List nach Sundmacher

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

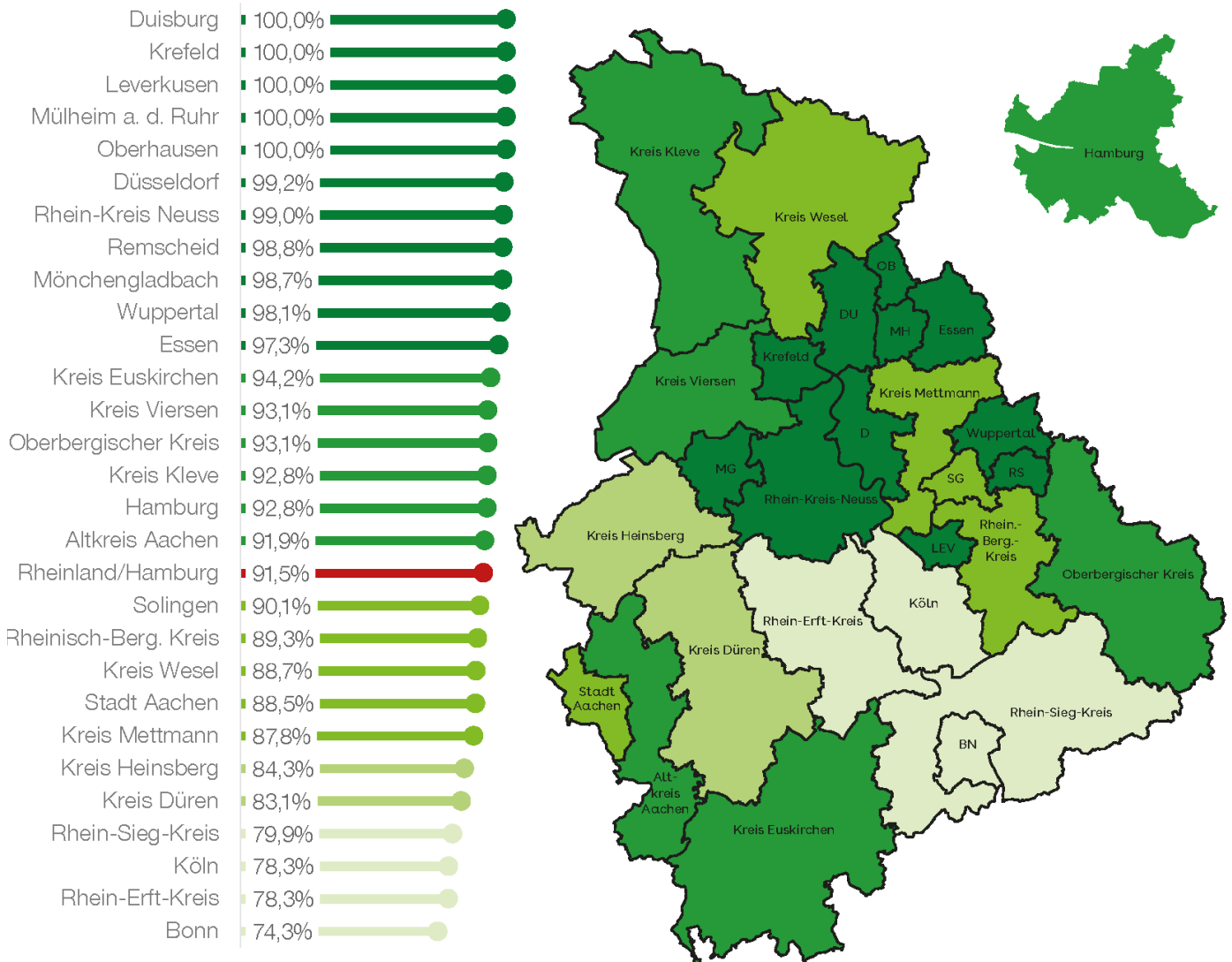
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Versorgung von Herzinfarkten in Krankenhäusern mit Linksherzkathetermessplatz

Anteil an allen Krankenhausfällen mit Herzinfarkt nach Notfallfahrt



Warum ist bei Herzinfarkten ein Linksherzkathetermessplatz erforderlich?

Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt bietet ein Krankenhaus mit einem Linksherzkathetermessplatz (LHKM) die bestmögliche Versorgung. Ein LHKM ermöglicht es, festzustellen, ob die Herzkranzgefäße verschlossen sind. Die nötigen Behandlungsmaßnahmen können sofort eingeleitet werden. Rettungsdienste sollten bei akutem Myokardinfarkt daher nur Kliniken ansteuern, die über einen rund um die Uhr einsatzbereiten LHKM verfügen – so schreibt es zum Beispiel auch der Hamburger Krankenhausplan vor.

Bei der Auswertung wird betrachtet, ob die Rettungsdienste Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt in geeignete Krankenhäuser einliefern.

Zeitraum
2023

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: I21, I22

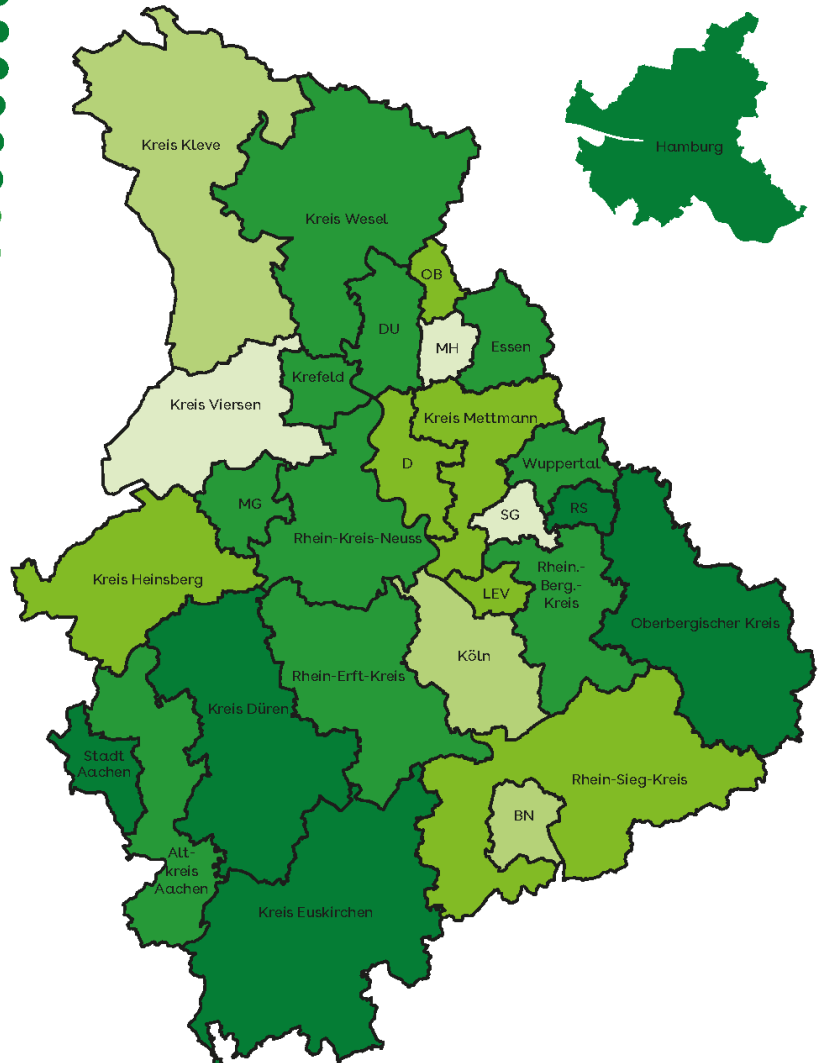
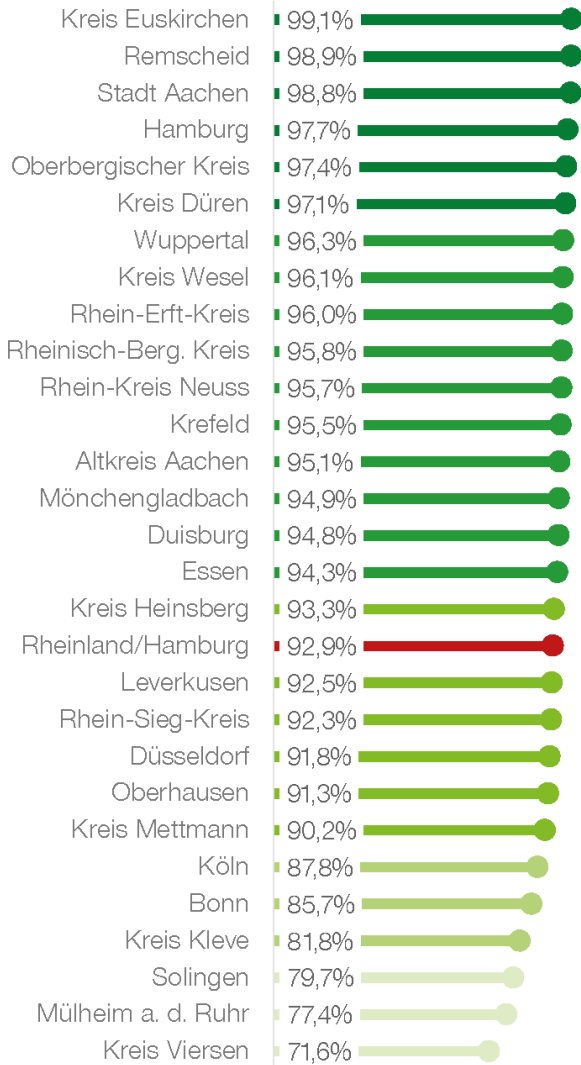
Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Versorgung von Schlaganfällen in Stroke-Units

Anteil an allen Krankenhausfällen mit Schlaganfall nach Notfallfahrt



Warum sollten Schlaganfälle in Stroke-Units behandelt werden?

„Stroke-Units“ sind auf die Schlaganfallversorgung spezialisiert. Alle Schlaganfallpatientinnen und -patienten sollen dort behandelt werden – so die Vorgabe der Krankenhauspläne von Nordrhein-Westfalen und Hamburg. Bei Verdacht auf einen Schlaganfall sollen Rettungsdienste die Kliniken mit entsprechend ausgestatteten Stationen anfahren.

Als „Stroke-Units“ wurden bei der Auswertung nur Schlaganfalleinrichtungen gezählt, die gemäß der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft zertifiziert oder im Krankenhausplan NRW als Stroke-Unit geführt sind. Bei der Auswertung wird betrachtet, ob die Rettungsdienste Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall in geeignete Krankenhäuser einliefern.

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I60-I64, G45

Standardisierung

keine

Datenquelle

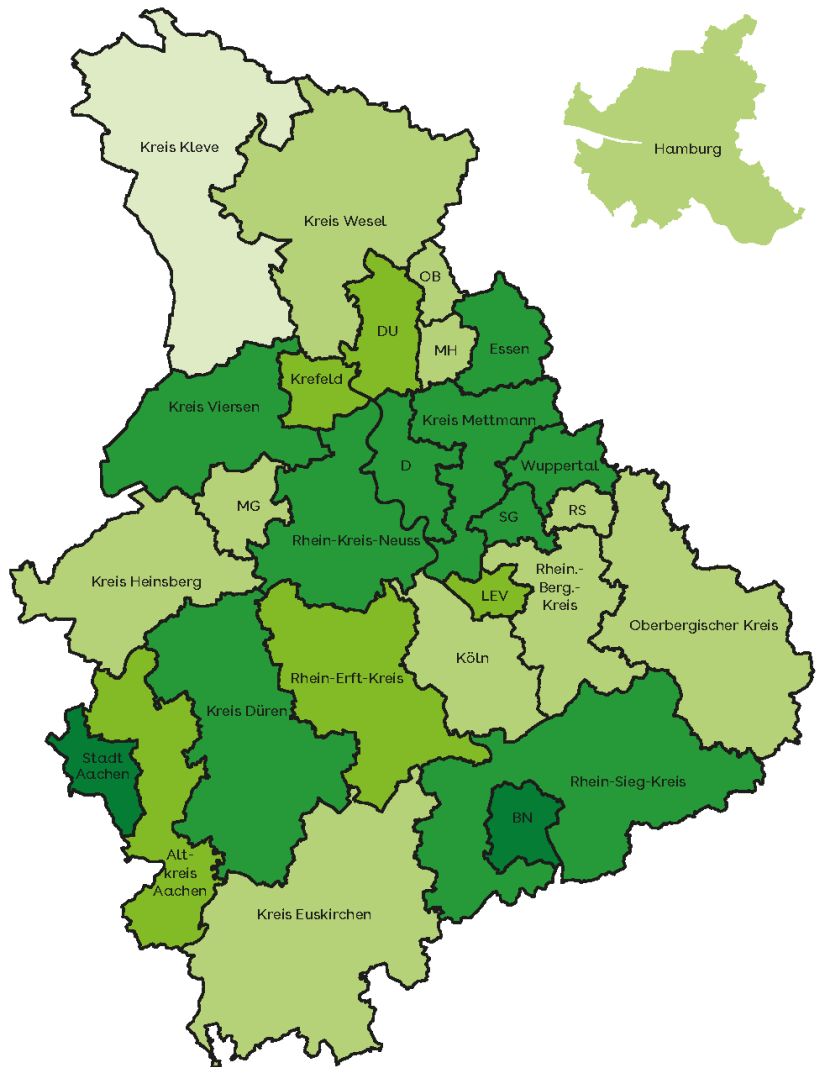
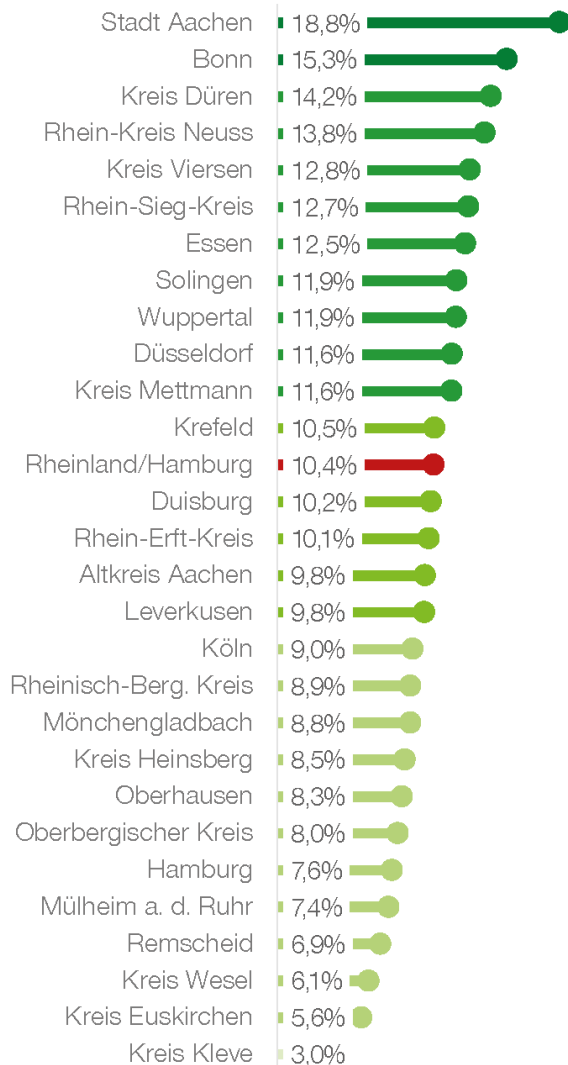
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Thrombektomie bei Schlaganfall

Anteil an allen Krankenhausfällen mit ischämischem Schlaganfall



Warum sollten ischämische Schlaganfälle mit einer Thrombektomie behandelt werden?

Schlaganfälle resultieren in den meisten Fällen aus einem Verschluss eines oder mehrerer Blutgefäße im Gehirn – zumeist ausgelöst durch ein Blutgerinnsel. Bei der mechanischen Thrombektomie wird das Blutgerinnsel mit einem Röhrchen oder Schlauch, dem Katheter, entfernt. So können viele schwere Schlaganfälle mit großen Gerinnseln ohne große Gewebeerlusten behandelt werden. Oftmals lassen sich so neurologische Ausfallerscheinungen und irreparable Schäden vermeiden oder zumindest reduzieren. In Krankenhäusern, in denen keine Möglichkeit zur mechanischen Thrombektomie besteht, soll ein „Bridging-Konzept“ – das heißt der Beginn der Lysetherapie und die Verlegung per Rettungswagen – zur Anwendung kommen.

Die Unterschiede im Kreisvergleich machen deutlich, dass das Verfahren in vielen Regionen noch zu selten zur Anwendung kommt.

Zeitraum
2023

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: I63, OPS-Code: 8-836.8

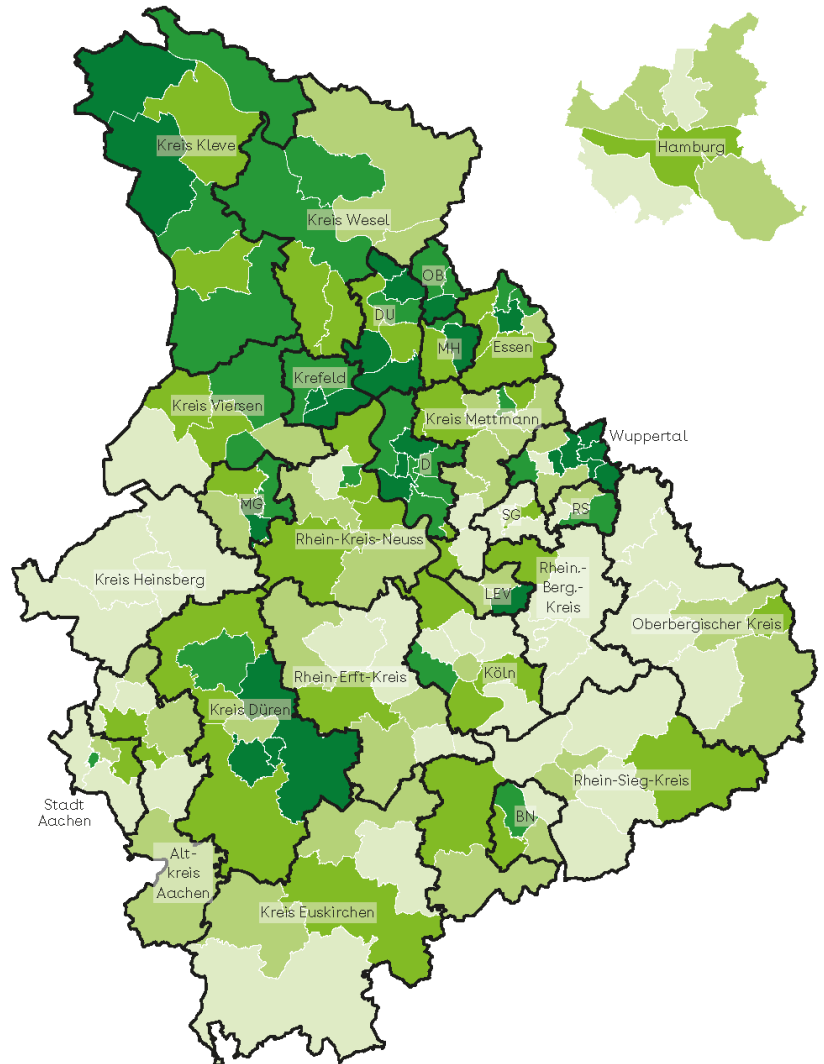
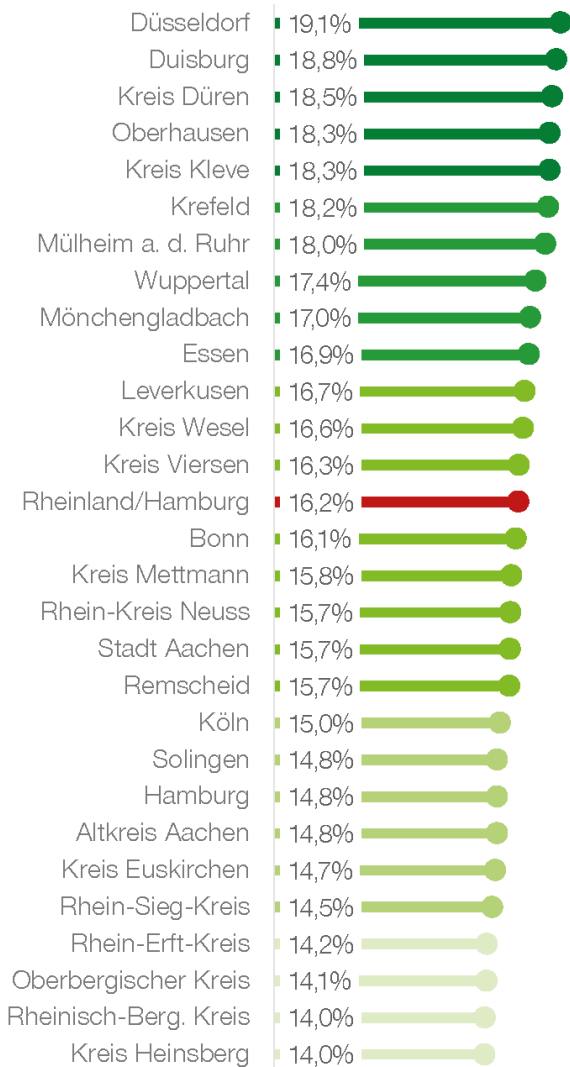
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausesentlassung

Anteil an allen Krankenhausfällen bei Personen ab 65 Jahren



Was ist der sogenannte Drehtüreffekt?

Ein Krankenhausaufenthalt erfolgt in der Regel aufgrund einer akuten Behandlungsbedürftigkeit oder eines besonderen diagnostischen Abklärungsbedarfs. Er endet, wenn das Behandlungsziel erreicht ist und die Patientin oder der Patient fortan nicht mehr auf eine Behandlung im Krankenhaus angewiesen ist. Im Rahmen Ihres Entlassmanagements haben die Krankenhäuser darauf hinzuwirken, dass die Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung medizinisch und pflegerisch gut versorgt sind. In der Praxis ist zu beobachten, dass viele Patientinnen und Patienten innerhalb kurzer Zeit nach ihrer Entlassung wieder stationär in einem Krankenhaus aufgenommen werden. Dieser sogenannte „Drehtüreffekt“ kann unterschiedliche Gründe haben, wie zum Beispiel eine mangelnde Anschlussversorgung oder eine Überforderung der Patientinnen und Patienten im Alltag. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren nach der Entlassung aus einem Krankenhaus innerhalb eines Monats wieder stationär aufgenommen werden.

Zeitraum

2022 und 2023

Aufgreifkriterien

alle Krankenhausfälle

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

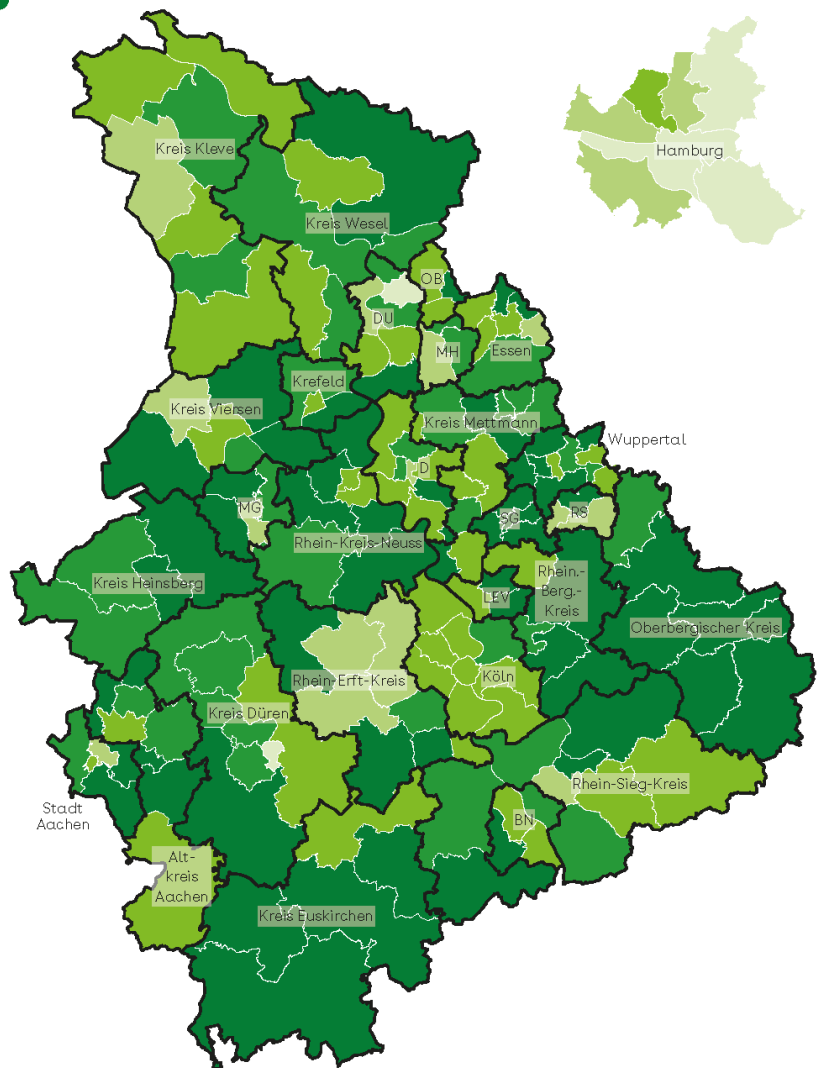
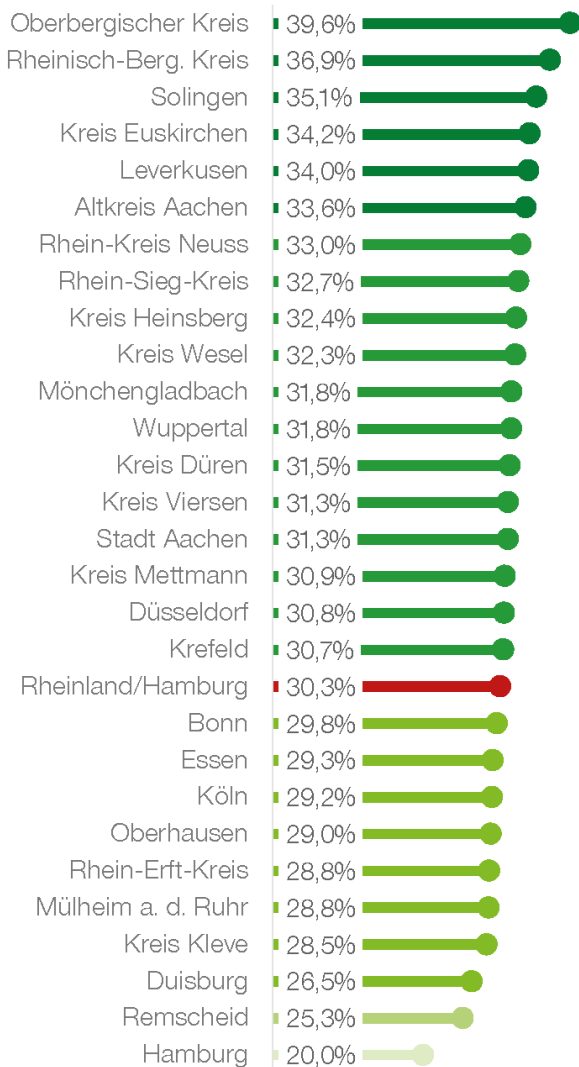
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Reha-Maßnahme nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Krankenhausfällen bei Personen ab 65 Jahren



Wozu dient eine Reha-Maßnahme?

Ein Krankenhausaufenthalt dient in vielen Fällen der Behandlung eines akuten Leidens. Im Anschluss bestehen bei den Patientinnen und Patienten oftmals körperliche Einschränkungen, die ihnen eine Rückkehr in den Alltag und ins Berufsleben erschweren. Durch eine Rehabilitationsmaßnahme soll die Gesundheit so weit wie möglich wiederhergestellt und die Einschränkungen überwunden werden. Die Maßnahmen können in Abhängigkeit des Therapiebedarfs entweder ambulant in einer wohnortnahen Rehabilitationseinrichtung oder stationär in einer Rehaklinik erfolgen. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von 90 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teilgenommen haben. Dabei wurden ausschließlich Krankenhausfälle mit orthopädischen oder kardiologischen Operationen bzw. einer Intervention bei Schlaganfall betrachtet.

Zeitraum

2022 und 2023

Aufgreifkriterien

Reha-Maßnahme

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

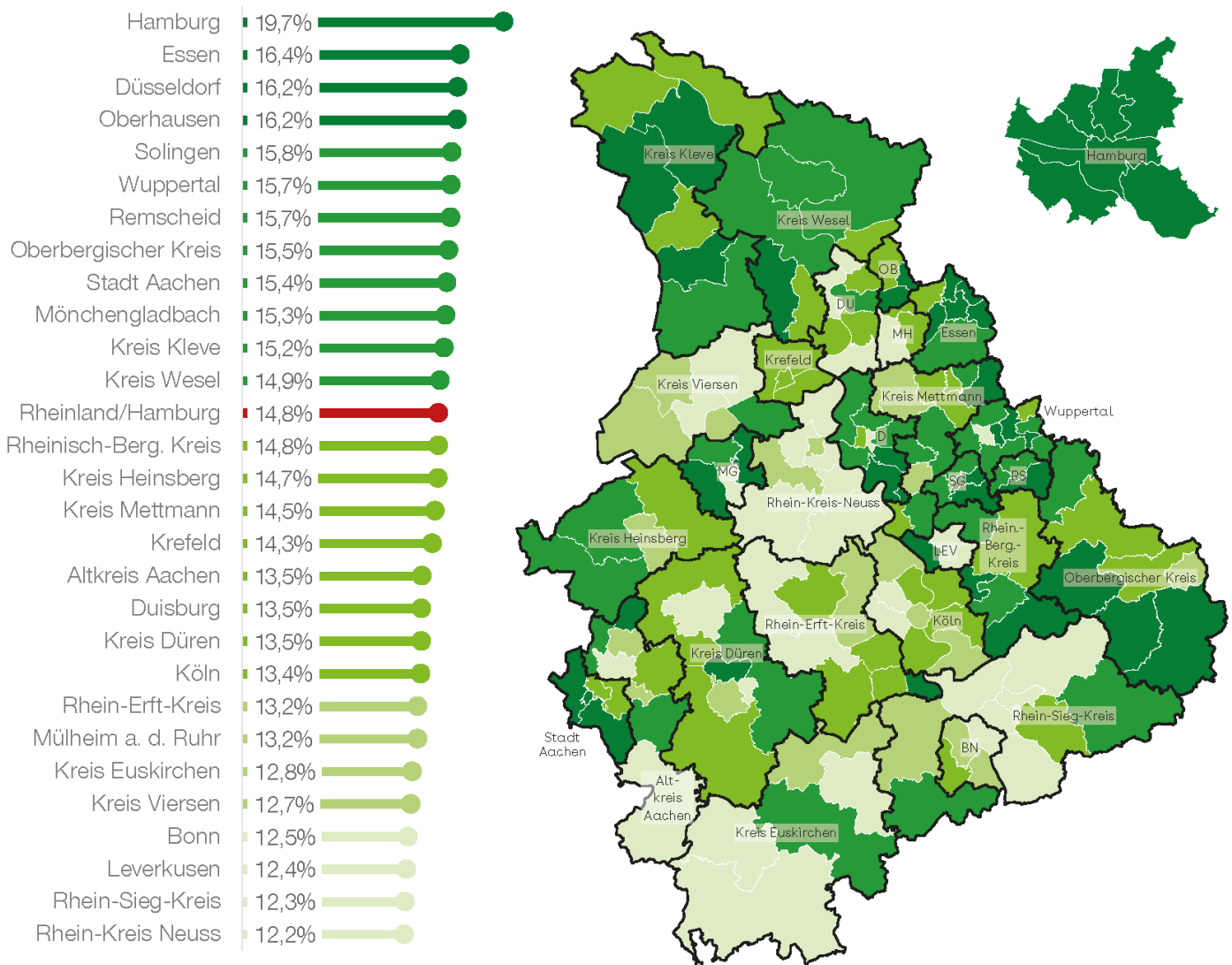
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Häusliche Krankenpflege nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Krankenhausfällen bei Personen ab 65 Jahren



Was ist die häusliche Krankenpflege?

Nach einer Krankenhausentlassung benötigen einige Patientinnen und Patienten weiterhin vorübergehend Unterstützung bei der pflegerischen Versorgung. Sofern sie nicht dauerhaft pflegebedürftig sind und keine andere Person im Haushalt die Pflege im erforderlichen Umfang leisten kann, stehen ihnen Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu. Sie wird durch einen ambulanten Pflegedienst geleistet. Die Pflege umfasst die ärztlich verordnete Versorgung der Erkrankung, wie zum Beispiel die Wundversorgung, aber auch die allgemeine Körperpflege und Unterstützung im Haushalt.

Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren innerhalb von 30 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt häusliche Krankenpflege erhalten haben. Dabei werden nur Personen ohne häusliche Krankenpflege vor dem Krankenhausaufenthalt betrachtet.

Zeitraum

2022 und 2023

Aufgreifkriterien

Häusliche Krankenpflege

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

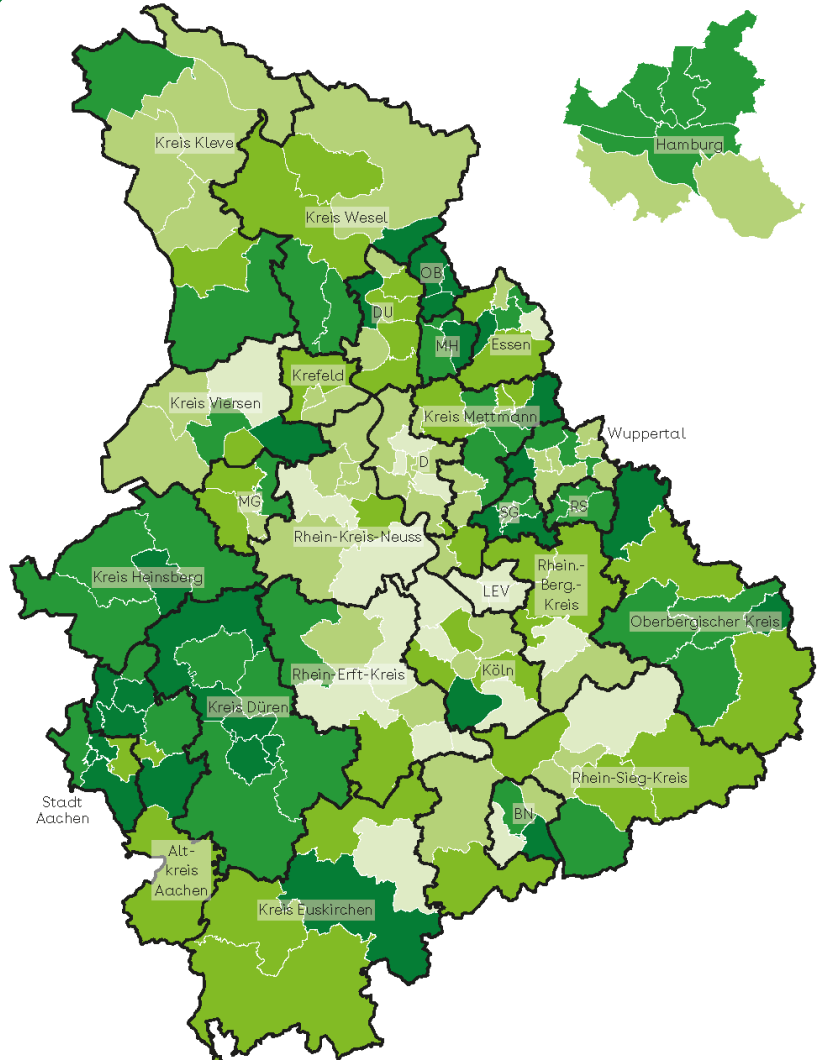
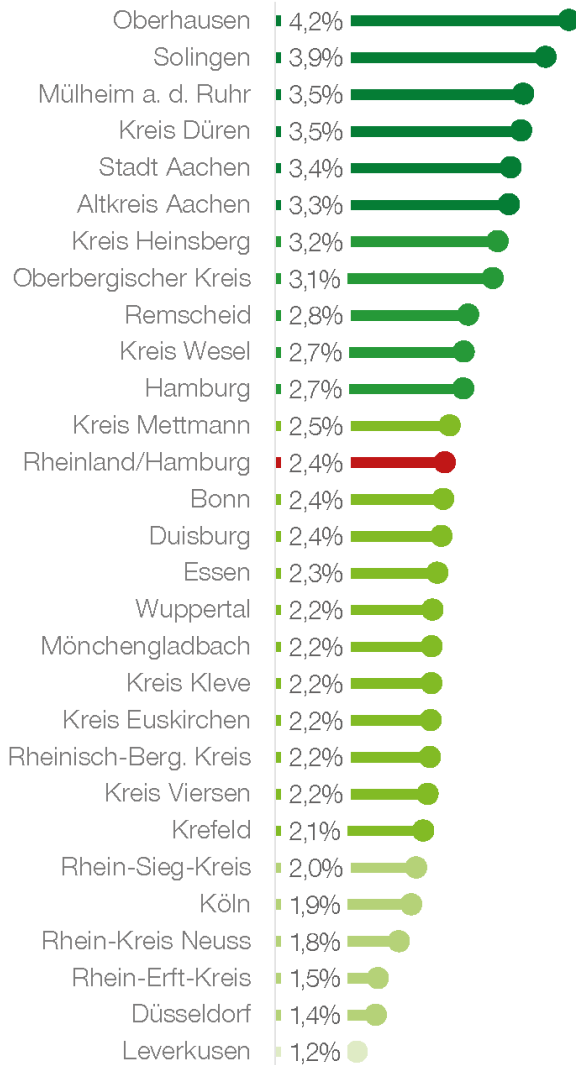
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Krankenhausfällen bei Personen ab 65 Jahren



Wozu dient die Kurzzeitpflege?

Nicht immer gelingt es, durch Akutbehandlungen im Krankenhaus nachhaltige Schädigungen zu vermeiden. Insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten bleiben oftmals nachhaltige Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltag. In der Folge sind viele Patientinnen und Patienten dauerhaft auf Pflege angewiesen (vergleiche Seite 137 und 138). In dieser Situation muss in kurzer Zeit die häusliche Pflege (neu) organisiert oder ein Pflegeheimplatz gefunden werden. Zur Überbrückung stehen Personen mit anerkanntem Pflegebedarf Leistungen der Kurzzeitpflege zu. Dabei handelt es sich um eine vorübergehende Unterbringung von maximal acht Wochen in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren innerhalb von 30 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt Kurzzeitpflege erhalten haben.

Zeitraum

2022 und 2023

Aufgreifkriterien

Kurzzeitpflege

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

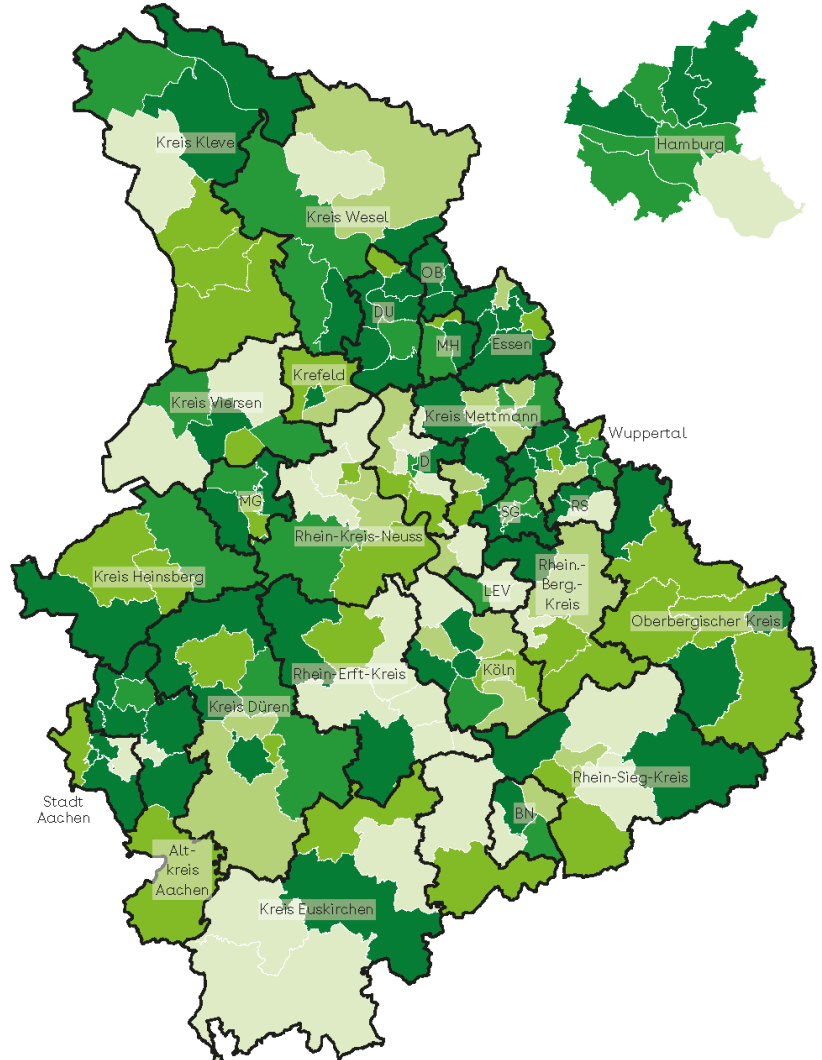
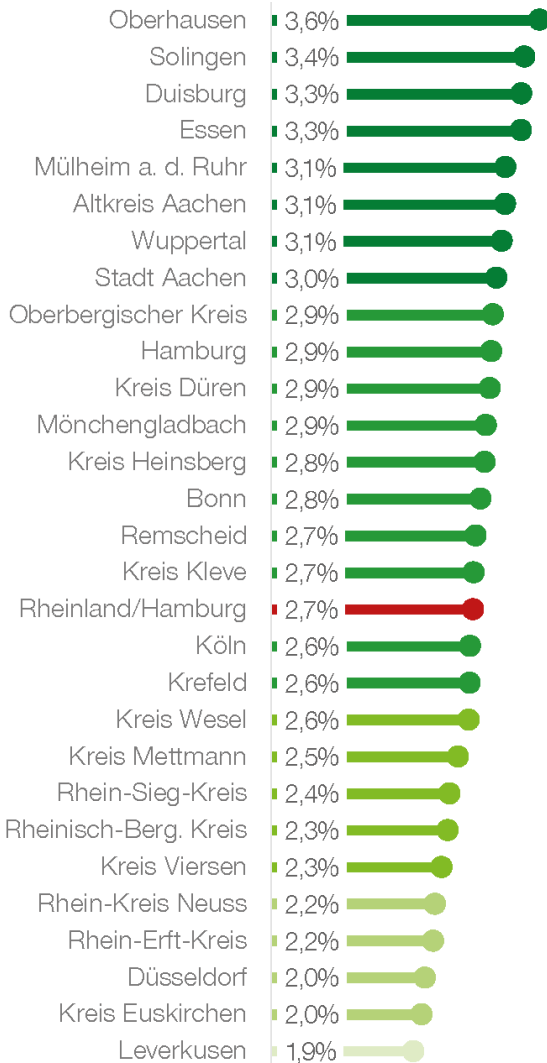
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Aufnahme in Pflegeheim nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Krankenhausfällen bei Personen ab 65 Jahren



Wann wird nach einem Krankenhausaufenthalt eine stationäre Pflege notwendig?

Nicht immer gelingt es, durch Akutbehandlungen im Krankenhaus nachhaltige Schädigungen zu vermeiden. Insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten bestehen oftmals nachhaltige Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltag. In der Folge sind viele Patientinnen und Patienten dauerhaft auf Pflege angewiesen (vergleiche Seite 137 und 138). Sofern eine Pflege in der eigenen Häuslichkeit nicht möglich ist, wird eine stationäre Pflege erforderlich. Das Krankenhaus unterstützt im Rahmen des Entlassmanagements bei der Suche nach einem Pflegeheimplatz. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren innerhalb von 90 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt neu in ein Pflegeheim kommen.

i Auf der Internetseite des AOK-Pflegenavigators können Angehörige nach Pflegeheimen suchen.

Zeitraum

2022 und 2023

Aufgreifkriterien

stationäre Pflege

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

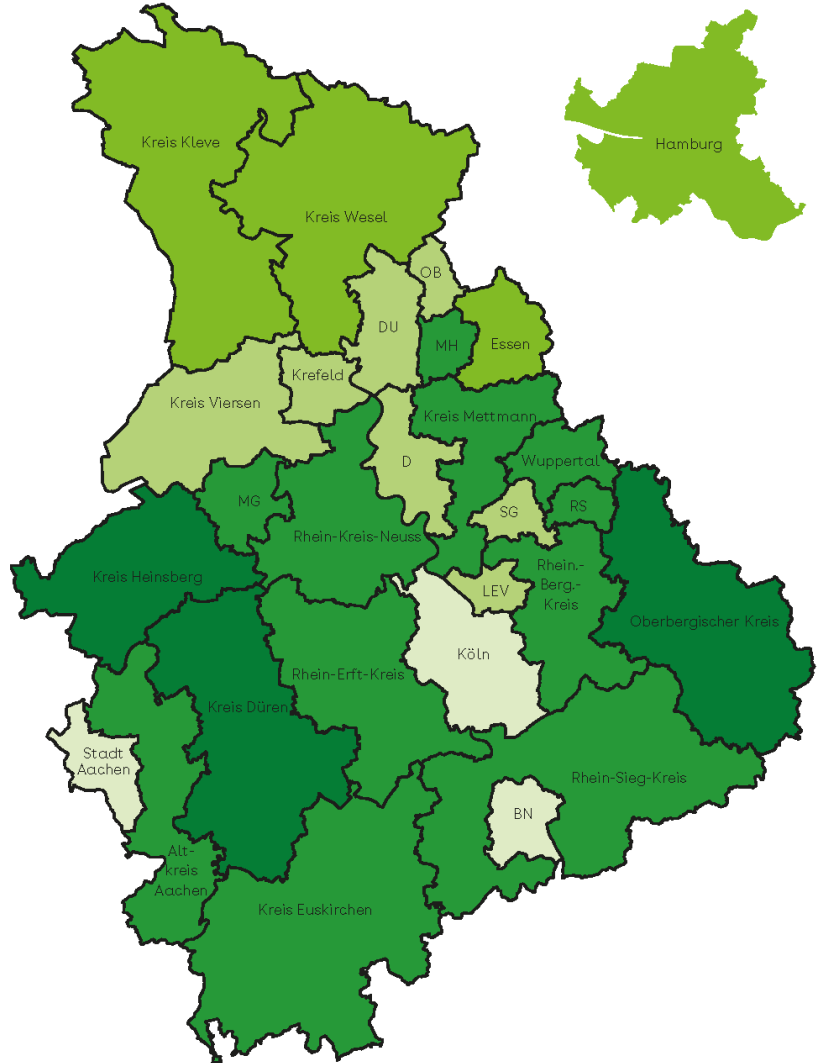
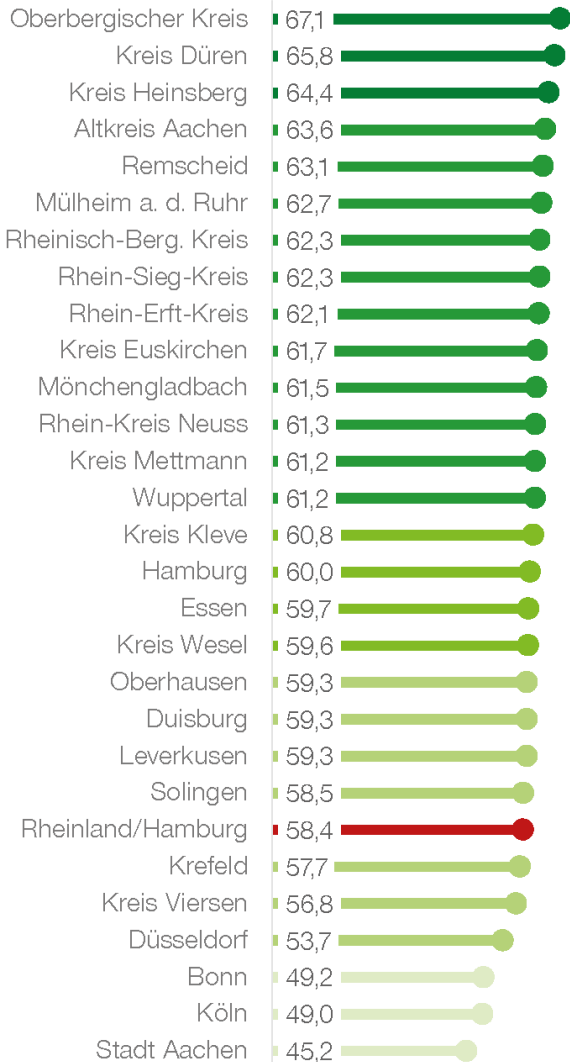
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kinder- und Jugendgesundheit

Lebendgeborene

Je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren



Wie wird der Indikator „Lebendgeborene“ erfasst?

Dieser Indikator gibt das Verhältnis der in einem Jahr lebend geborenen Kinder zu 1.000 Frauen der Altersgruppe von 15 bis 44 Jahren an. Die Angaben stammen aus der amtlichen Statistik und umfassen alle Geburten unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK Rheinland/Hamburg. Die Erfassung der Lebendgeborenen erfolgt nach der Wohnge-
meinde der Mütter (Wohnortprinzip).

i Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt auch für werdende Väter die Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

alle Geburten

Standardisierung

LZG.NRW und Statistisches Bundesamt

Datenquelle

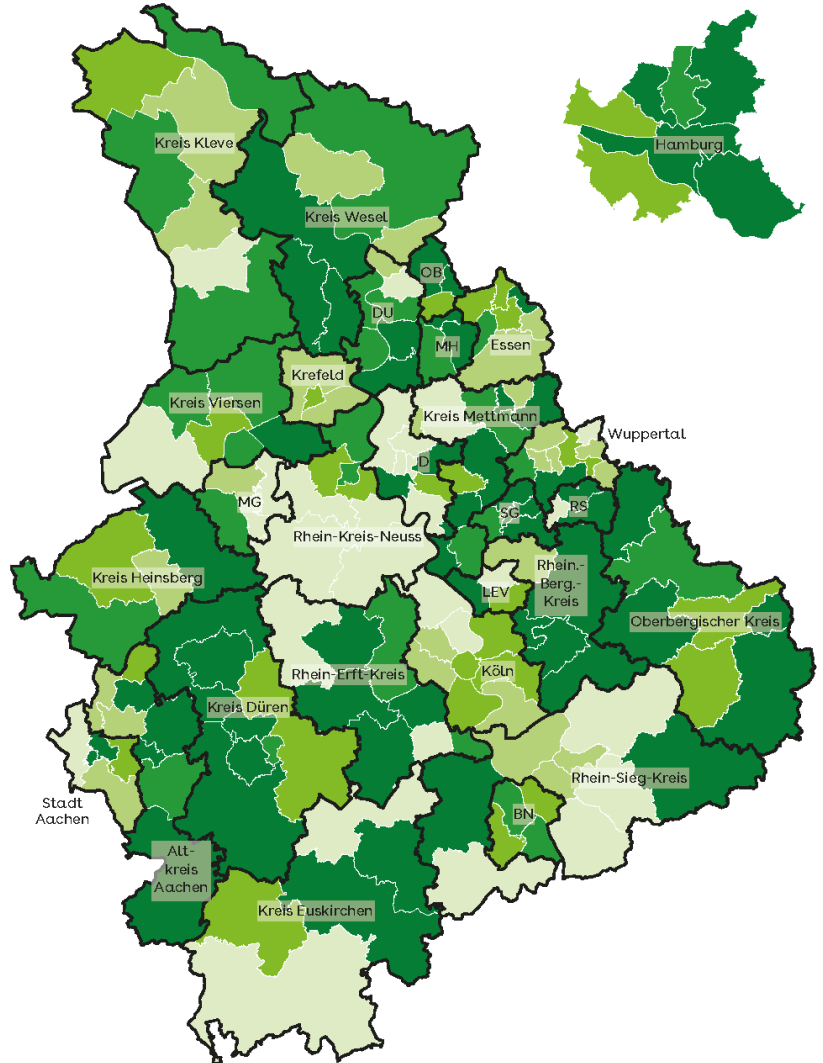
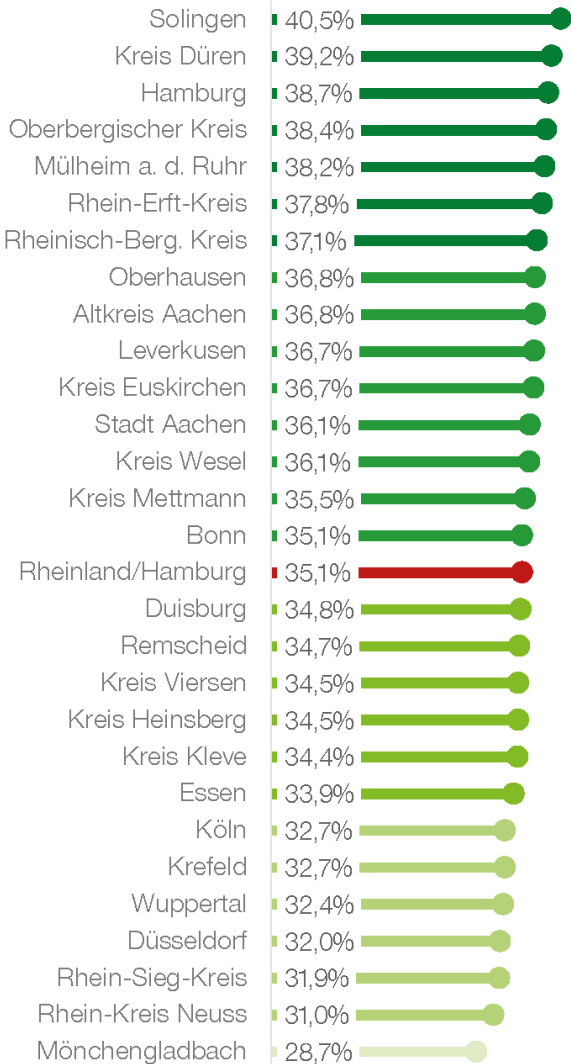
keine

Regionale Zuordnung

Wohnort der Mutter

Kaiserschnitt

Anteil an allen Geburten im Krankenhaus



Wann wird ein Kaiserschnitt durchgeführt?

Eine Geburt ist ein natürlicher Prozess, der meist spontan und ohne ärztliches Eingreifen verläuft. Wenn ernste Folgen für Leben und Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter drohen, ist jedoch eine Schnittentbindung angebracht. Es gibt Indikationen, bei denen ein Kaiserschnitt aus medizinischen Gründen (=absolut) erforderlich ist bzw. unter Berücksichtigung der Umstände (=relativ) erwogen werden sollte. Als absolute Indikationen gelten zum Beispiel eine Querlage des Kindes, ein Schädel-Becken-Missverhältnis oder mütterliche Infektionen. Relative Indikationen sind zum Beispiel eine Beckenendlage des Kindes, eine sehr lange Geburtsdauer, Auffälligkeiten bei der Herzton- und Wehenmessung (CTG) oder eine frühere Kaiserschnittgeburt. Eine Kaiserschnittentbindung ist mit Risiken für Mutter und Kind verbunden und sollte daher eher restriktiv angewendet werden.

i Die AOK Rheinland/Hamburg beteiligt sich an den Kosten für die Rufbereitschaft der persönlichen Hebamme zur Geburt.

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

OPS-Codes: auf Anfrage

Standardisierung

Alter auf Frauen mit Entbindung in 2023

Datenquelle

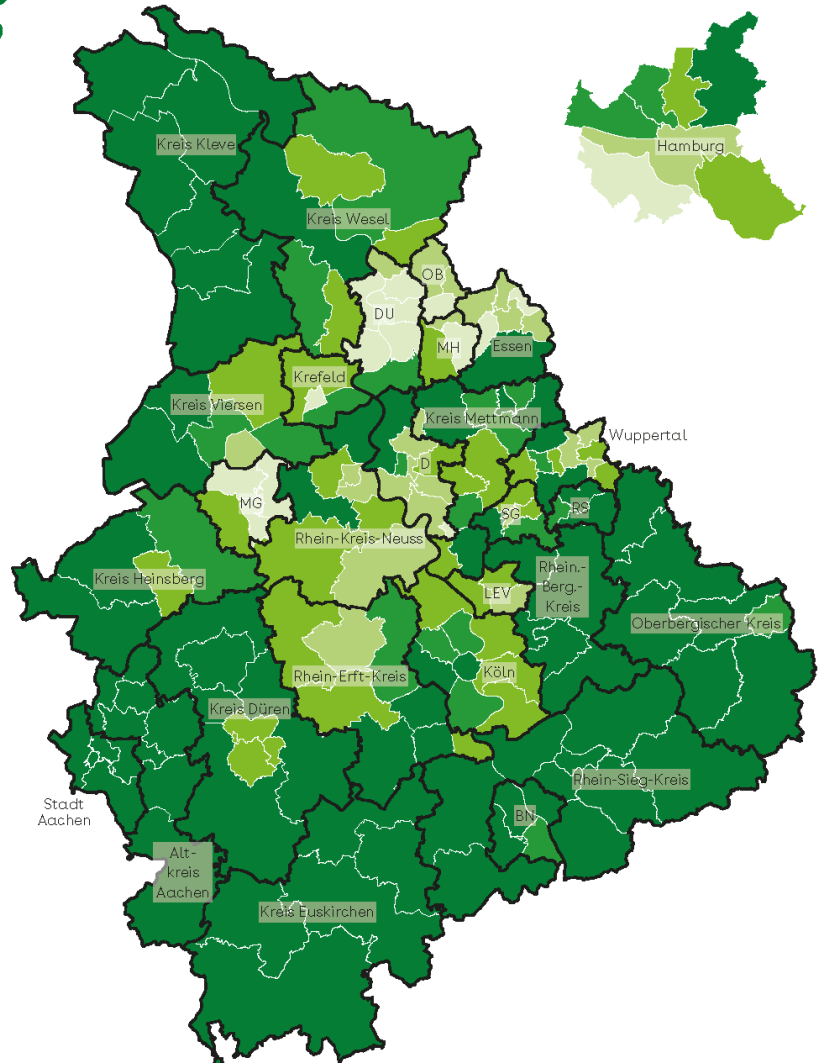
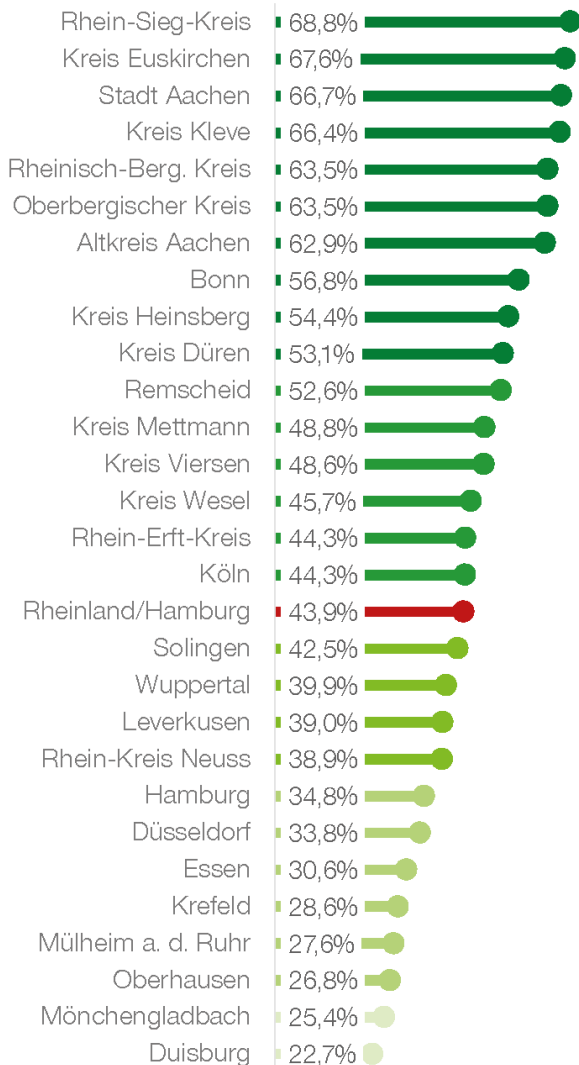
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Wochenbettbetreuung durch Hebammen

Anteil an allen Frauen, die im Jahr 2022 entbunden haben



Warum ist eine Wochenbettbetreuung wichtig?

In den ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt – dem sogenannten Wochenbett – ist die Begleitung von Eltern und Neugeborenem durch eine Hebamme sehr wichtig. Bei der aufsuchenden Wochenbettbetreuung kommt die Hebamme zu den Eltern nach Hause. Sie betreut die Mutter und ihr Kind nach der Geburt umfassend. Zum einen übernimmt die Hebamme die medizinische Nachsorge der Frau nach der Geburt. Sie beobachtet die Rückbildung der Gebärmutter sowie – falls es während der Geburt zu Verletzungen kam – die Wundheilung. Zum anderen hilft sie den Eltern, Unsicherheiten abzubauen und stärkt ihr Vertrauen in die eigene Fähigkeit, das Kind selbstständig und gut zu versorgen. Dazu gehört auch die Beratung und Anleitung beim Stillen.

i Im Rahmen ihres Baby-Bonus bezuschusst die AOK Rheinland/Hamburg zahlreiche Zusatzleistungen während und nach der Schwangerschaft.

Zeitraum

2022 und 2023

Aufgreifkriterien

Positionsnummern: 180, 181

Standardisierung

keine

Datenquelle

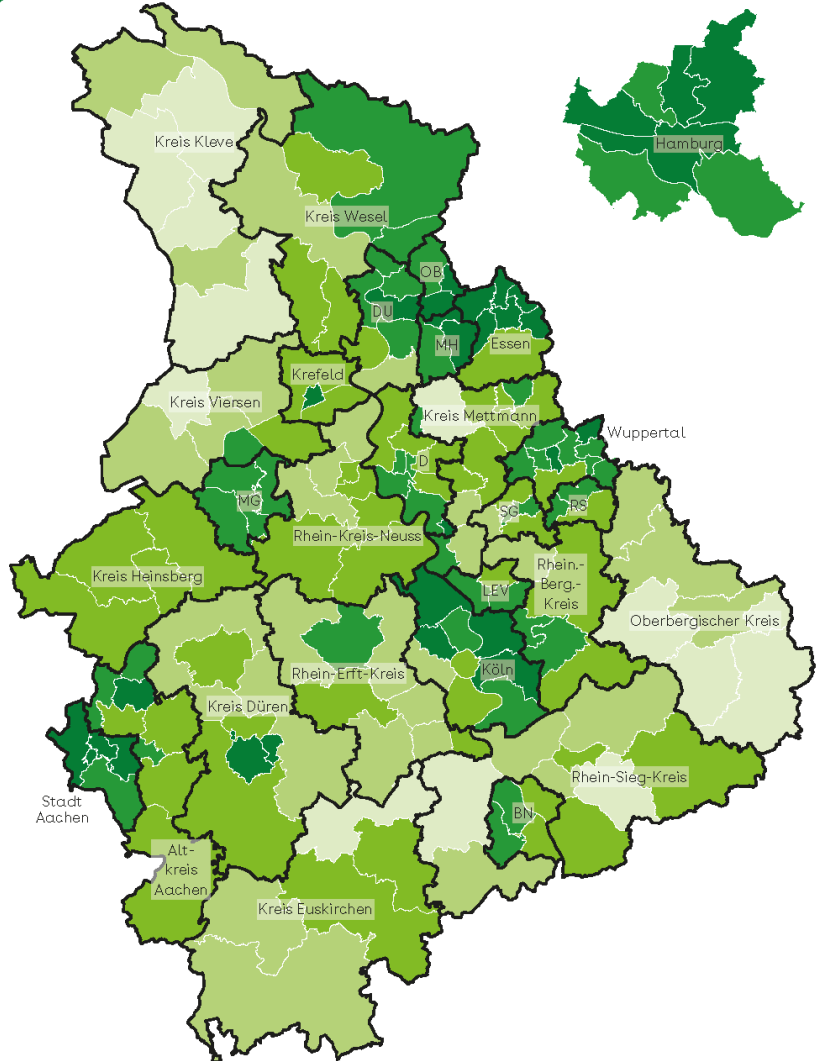
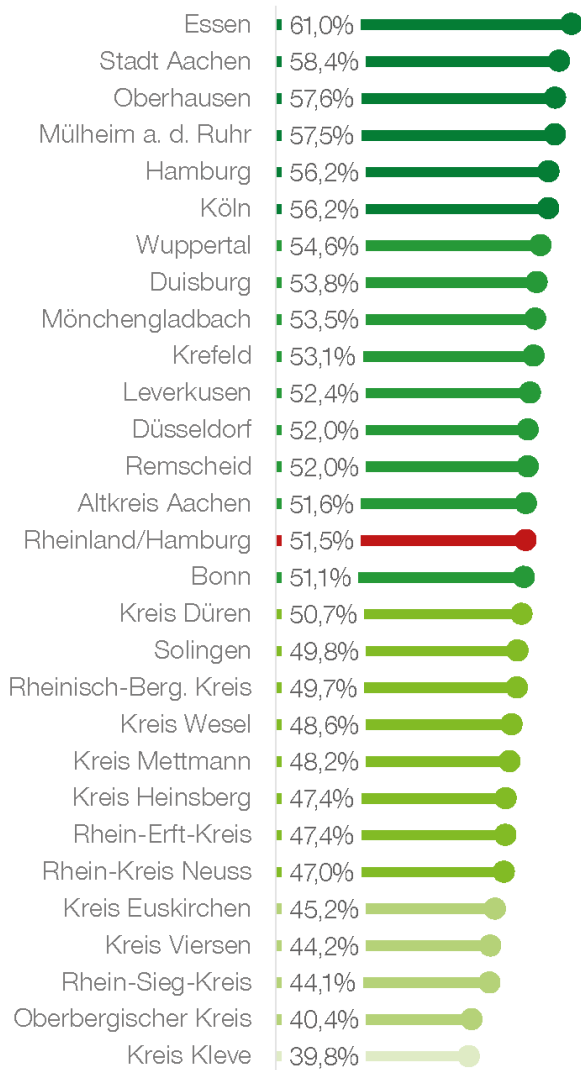
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kinder mit mindestens einer Belastungssituation

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen



Welche Bedeutung haben familiäre Belastungssituationen für die Kindergesundheit?

Die ersten Jahre im Leben eines Menschen sind prägend. Kinder erlernen in dieser Zeit die Fähigkeiten, die sie für ihr Leben brauchen. Der Familie kommt dabei eine entscheidende Rolle zu. Sie ist für Kinder der wichtigste soziale Bezugspunkt und Bildungsort. Eigene Belastungen der Eltern können sich negativ auf das Kind auswirken. Anspannung, Stress oder Schmerzen machen es Eltern schwer, ihre Elternrolle uneingeschränkt auszufüllen. Auch spüren Kinder die Belastungssituation und stellen ihre Bedürfnisse hinten an. Diese Auswertung stellt im Überblick dar, wie viele Kinder und Jugendliche in einem Haushalt mit mindestens einer Belastungssituation aufwachsen. Berücksichtigt werden chronische Erkrankungen und soziale Benachteiligung, definiert als Bürgergeld-Bezug.

i Die AOK Rheinland/Hamburg unterstützt das Projekt KID-PROTEKT, das Hilfe für Schwangere und Familien in prekären Lebenslagen bietet.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
auf Anfrage

Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Gesundheit und Gesundheitsversorgung bei Kindern und Jugendlichen mit familiärer Belastungssituation

Indikator	Alter	Rate	Erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, die keine Belastungssituation haben
mindestens eine der Auffälligkeiten	0-17	24,6%	+24%
niedriges Geburtsgewicht	0	7,3%	+35%
Schädigung des Fötus	0	0,8%	+178%
Probleme in Perinatalphase	0	19,3%	+13%
Asthma	1-17	4,5%	+9%
Adipositas	3-17	7,7%	+32%
Sprachentwicklungsstörungen	3-17	12,0%	+11%
Motorische Entwicklungsstörung	3-17	3,5%	+25%
ADHS	3-17	4,2%	+52%
Sozialverhaltensstörung	3-17	2,9%	+66%
Essstörung	10-17	0,5%	Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit
Sucht	14-17	0,3%	+78%

Indikator	Alter	Rate	Erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, die nicht diese spezifische Belastungssituation haben
Fehlende Teilnahme U-Untersuchung	0-5	25,7%	+37%
Unvollständiger Impfschutz	0-3	56,8%	+10%
Krankenhausaufnahme	0-17	9,2%	+9%
Ambulanter Notfall	0-17	27,7%	-1%
Psychotherapie	6-17	7,7%	+41%
Psychopharmaka	10-17	3,9%	+45%

Wie interpretiere ich die Werte?

Jedes Kind hat – unabhängig von seiner Lebenssituation – ein gewisses Risiko, Auffälligkeiten und Krankheiten zu entwickeln. Verschiedene Faktoren können die Krankheitswahrscheinlichkeit positiv oder negativ beeinflussen. Familiäre Belastungssituationen haben einen negativen Einfluss. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind in seiner Entwicklung gestört wird. Dieser Effekt wird in den Balken ausgedrückt. Sie geben an, wie stark erhöht die Erkrankungswahrscheinlichkeit eines Kindes mit einer Belastungssituation im Vergleich zu einem unbelasteten Kind ist. Zur Einordnung der Häufigkeit sollte auch immer die „Rate“ betrachtet werden. Sie gibt den Anteil mit der Erkrankung an allen Kindern und Jugendlichen mit einer familiären Belastungssituation an.

i Die AOK Rheinland/Hamburg beteiligt sich beim Versorgungsprojekt **DreiFürEins**, bei dem eine aufsuchende Versorgung für auffällige Kinder innerhalb des (vor-)schulischen Systems getestet wird.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
siehe methodische Erläuterungen

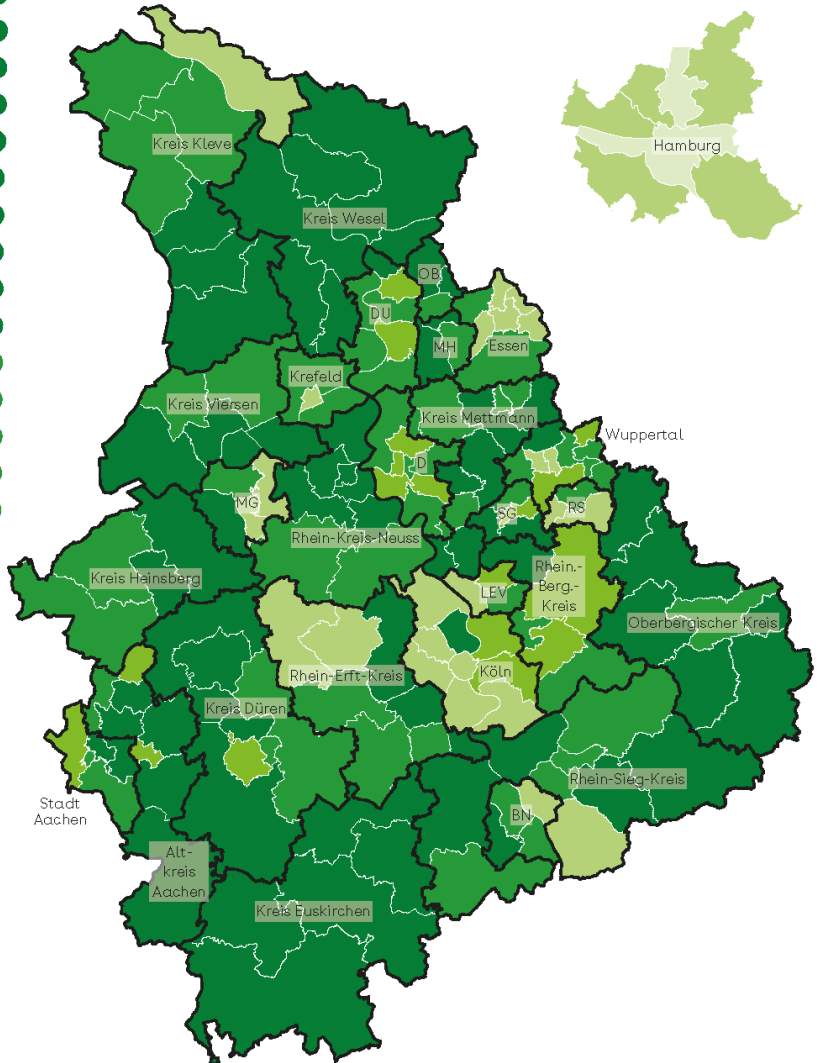
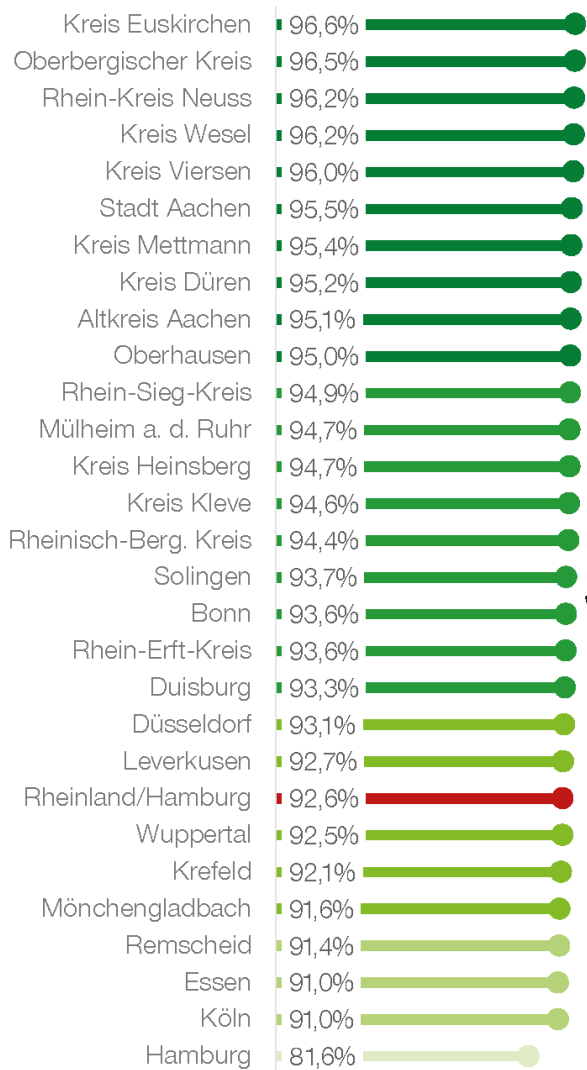
Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
keine

Früherkennungsuntersuchungen Kinder – U7a

Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2018



Was wird bei der U7a gemacht?

Insbesondere in den ersten Lebensjahren entwickeln sich Kinder sehr schnell. Um mögliche Gesundheitsstörungen oder Auffälligkeiten in der Entwicklung frühzeitig zu erkennen und behandeln zu können, wird dringend empfohlen, das Kind regelmäßig von der Kinderärztin oder dem Kinderarzt untersuchen zu lassen. Bis zur Volljährigkeit sind 13 Untersuchungen vorgesehen, davon allein sechs im ersten Lebensjahr und vier weitere bis zum Schuleintritt.

Die U7a findet am Ende des dritten Lebensjahres (34. bis 36. Lebensmonat) statt. Die Untersuchung soll mögliche Entwicklungsverzögerungen unter anderem bei Sprache, Motorik und Sozialverhalten erkennen. Die Ärztin oder der Arzt führt zudem Sehtests durch und achtet auch auf den Zustand der Zähne und des Kiefers.

i Der Gesundheitsreport interaktiv (www.aok.de/rh/reporte) enthält die Teilnehmeraten zu allen U-Untersuchungen.

Zeitraum

2020–2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01723

Standardisierung

keine

Datenquelle

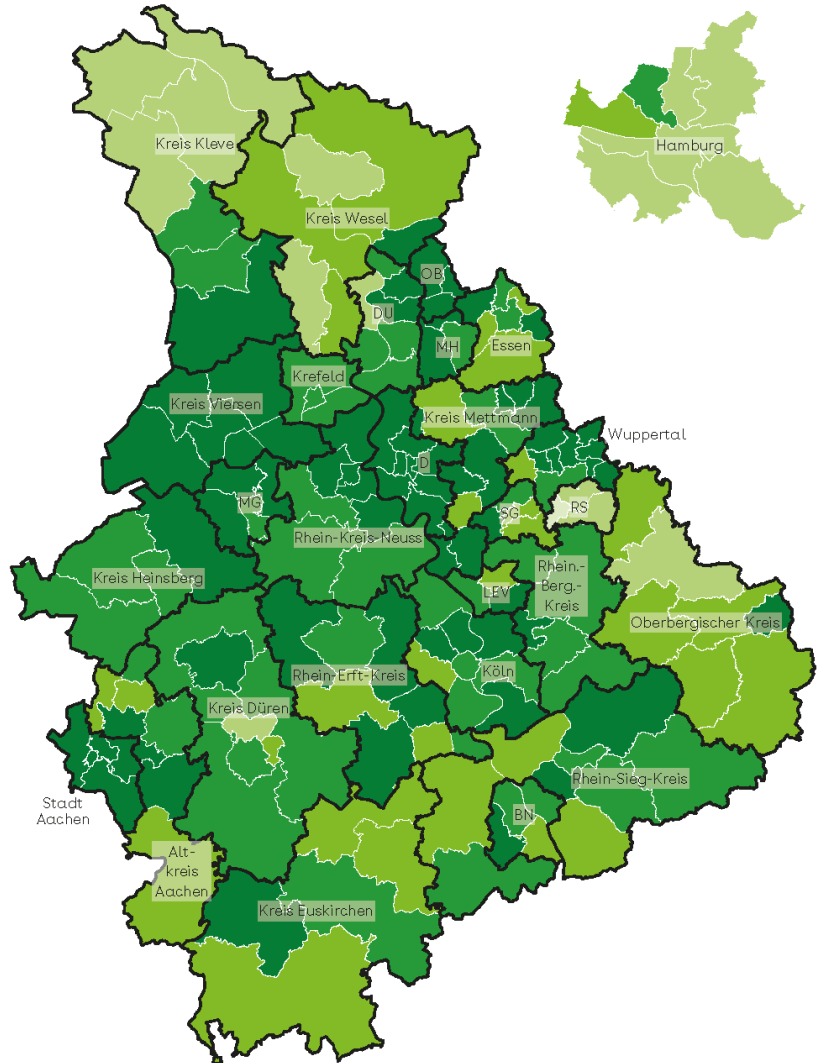
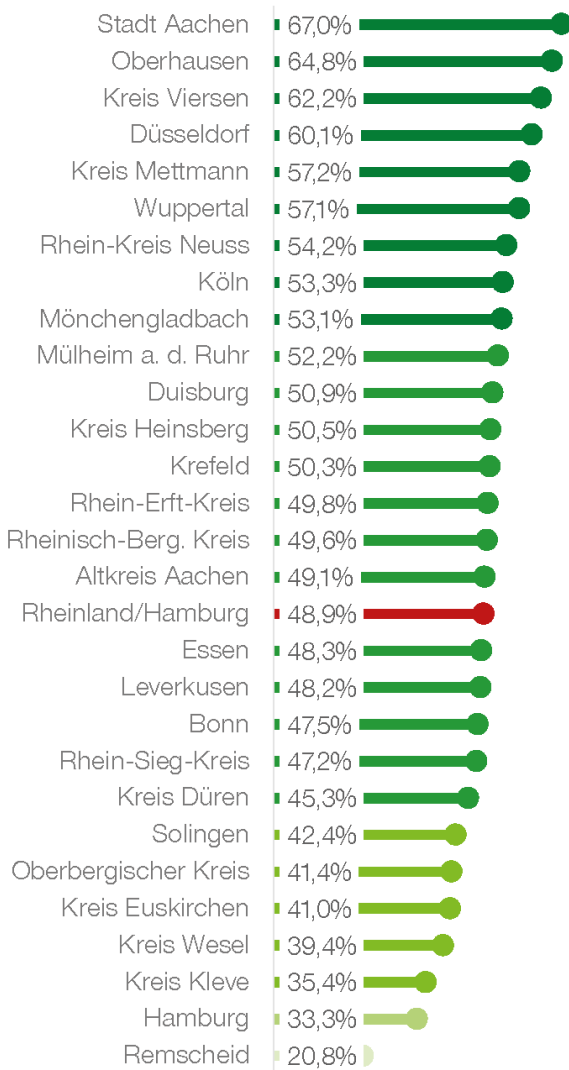
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungsuntersuchungen Kinder – U10

Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2013



Was wird bei der U10 gemacht?

Die U10 findet im Grundschulalter (achtes bis neuntes Lebensjahr) statt. Schwerpunkt der Untersuchung ist das Erkennen und die Therapieeinleitung von Entwicklungsstörungen (wie zum Beispiel Lese-Rechtschreib-Rechenstörungen), Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen (zum Beispiel ADHS), die nach dem Schuleintritt oft deutlich werden. Die U10-Untersuchung gehört nicht zum vorgegebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

i Die AOK Rheinland/Hamburg bietet ihren Versicherten die kostenlose Teilnahme an der Untersuchung an, um die große Lücke bis zur J1-Untersuchung (13. Lebensjahr) zu überbrücken.

Zeitraum

2020–2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 91710, 91810, 99057, 99455
GPOS-Nr. 295A0334

Standardisierung

keine

Datenquelle

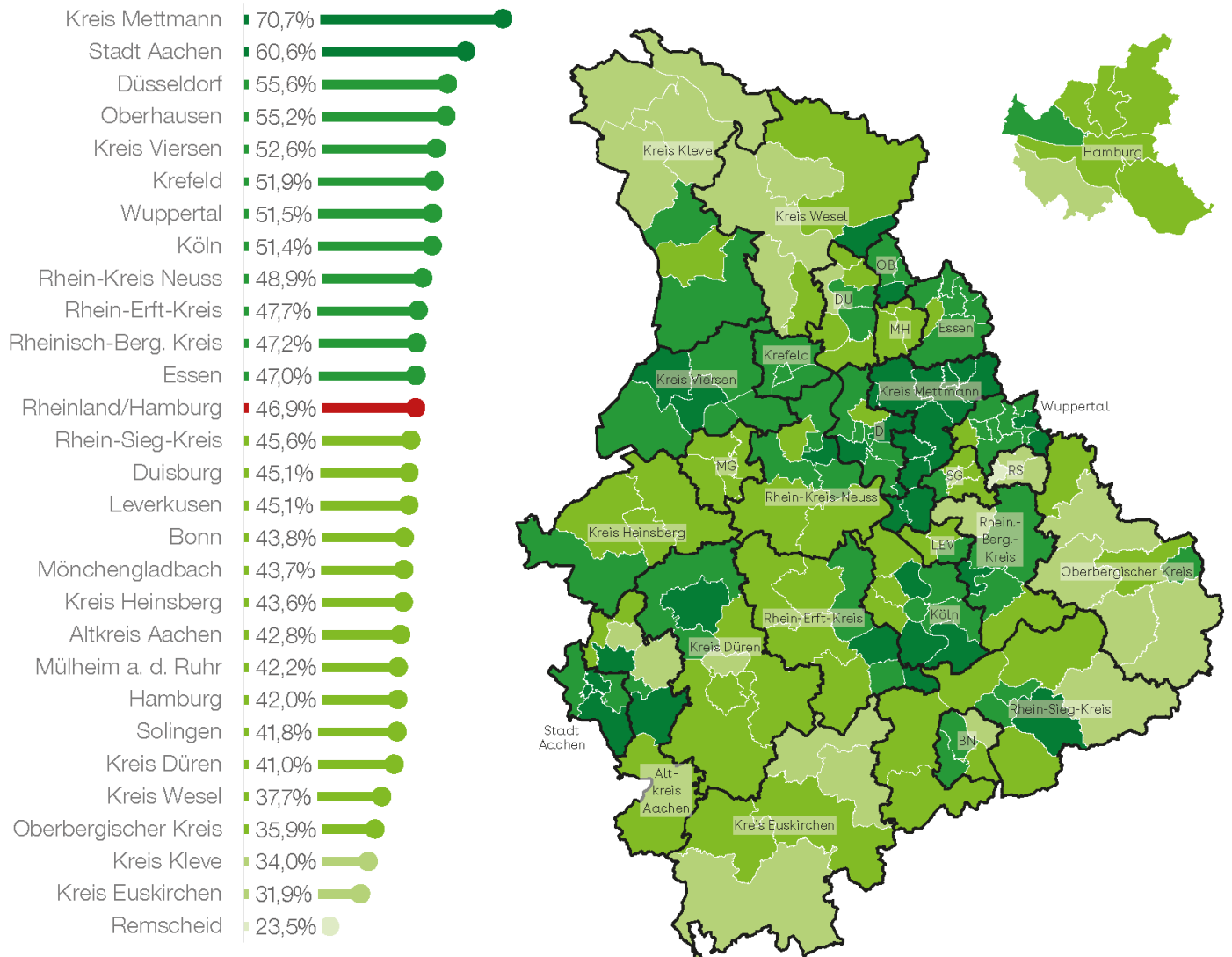
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungsuntersuchungen Jugendliche – J1

Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2007



Was wird bei der J1 gemacht?

Die J1 ist die erste Jugenduntersuchung. Sie findet im Alter von zwölf bis 14 Jahren statt. Die Untersuchung dient unter anderem dazu, frühzeitig chronische Krankheiten und Allergien, aber auch Probleme in der seelischen Entwicklung zu erkennen. Die Ärztin oder der Arzt untersucht den gesamten Körper und kontrolliert Blut- und Urinwerte. Zur J1 gehört auch ein ausführliches Gespräch mit den Jugendlichen, auf Wunsch auch ohne Eltern. Dabei geht es um Themen wie Drogen- und Medienkonsum, Essverhalten, aber auch um Sexualität und mögliche Probleme in der Schule oder in der Familie.

i Die AOK Rheinland/Hamburg informiert alle Jugendlichen postalisch über die anstehende Untersuchung.

Zeitraum

2019–2022

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01720

Standardisierung

keine

Datenquelle

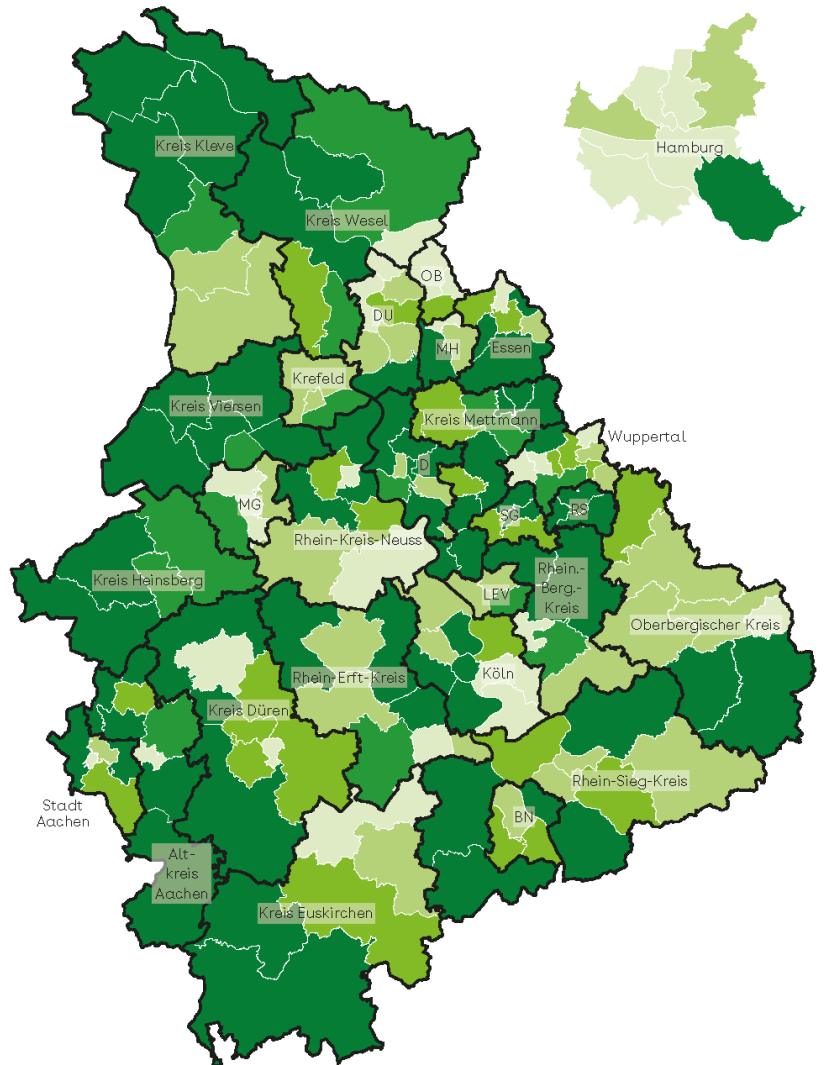
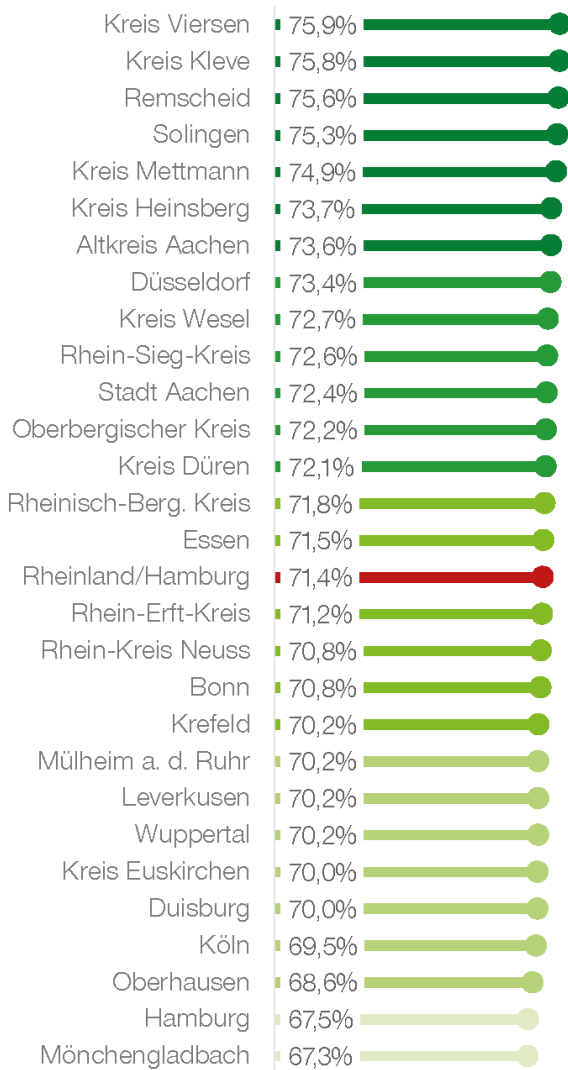
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kinder mit Gebiss ohne Füllungen

Anteil an allen Kindern der Geburtsjahrgänge 2015 und 2016



Was misst der Indikator „Gebiss ohne Füllungen“?

Karies ist die häufigste Zahnerkrankung. Sie tritt oftmals bereits im Kindesalter auf. Karies ist vermeidbar. Für die Prävention von Karies spielt neben einer intensiven Mundhygiene auch die Ernährung eine wichtige Rolle: Der Konsum von Getränken und Nahrungsmitteln mit einem hohen Zuckeranteil fördert die Kariesentstehung. Die Bundeszahnärztekammer hatte im Rahmen der WHO-Initiative „Global Goals for Oral Health 2020“ für Deutschland das Ziel formuliert, dass bis zum Jahr 2020 80 Prozent der sechsjährigen Kinder ein naturgesundes Gebiss ohne Karies und Füllungen haben sollen. Im zahnärztlichen Bereich liegen keine Diagnose-Codes vor. Daher ist der Status „kariesfreies Gebiss“ nur indirekt zu ermitteln. Diese Auswertung betrachtet, bei wie vielen Kindern im Alter von sechs Jahren in den fünf Jahren zuvor keine Füllungen abgerechnet wurden. Diese Maßzahl ist eine Näherung an den Indikator „naturgesundes Gebiss“, da ein gefüllter Zahn in der Regel vorher von Karies befallen war.

Zeitraum

2016 bis 2022

Aufgreifkriterien

BEMA-Ziffer: 13*

Standardisierung

Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

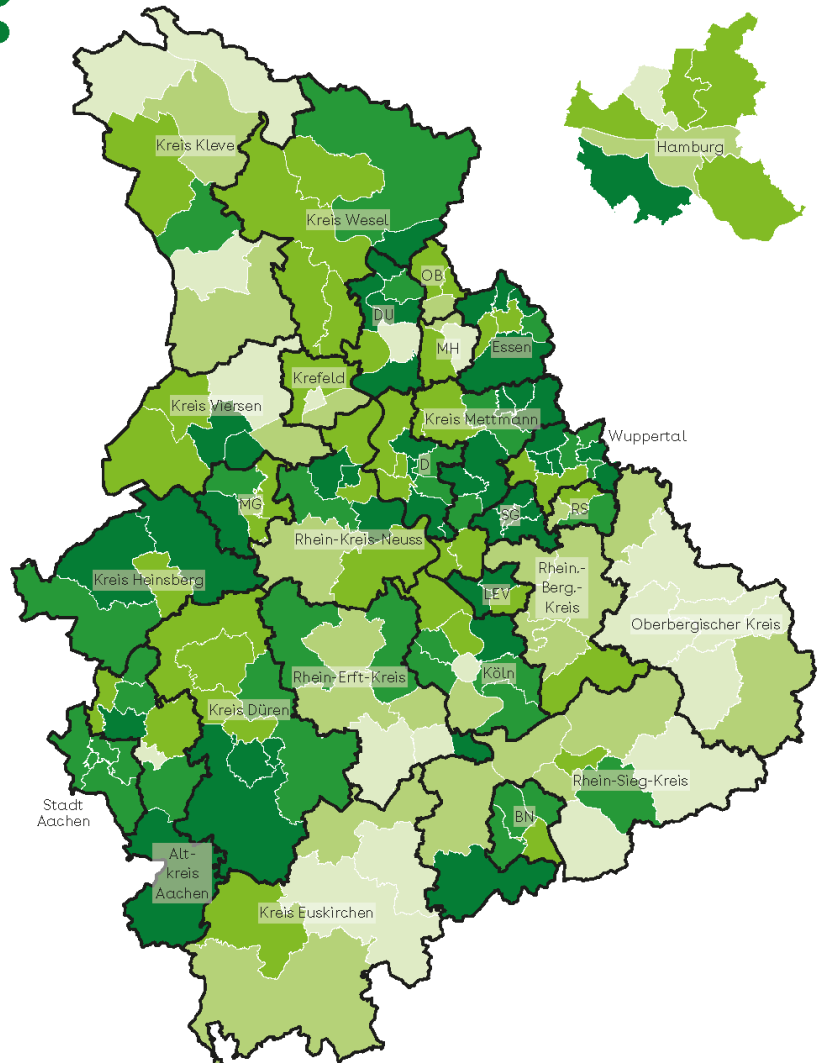
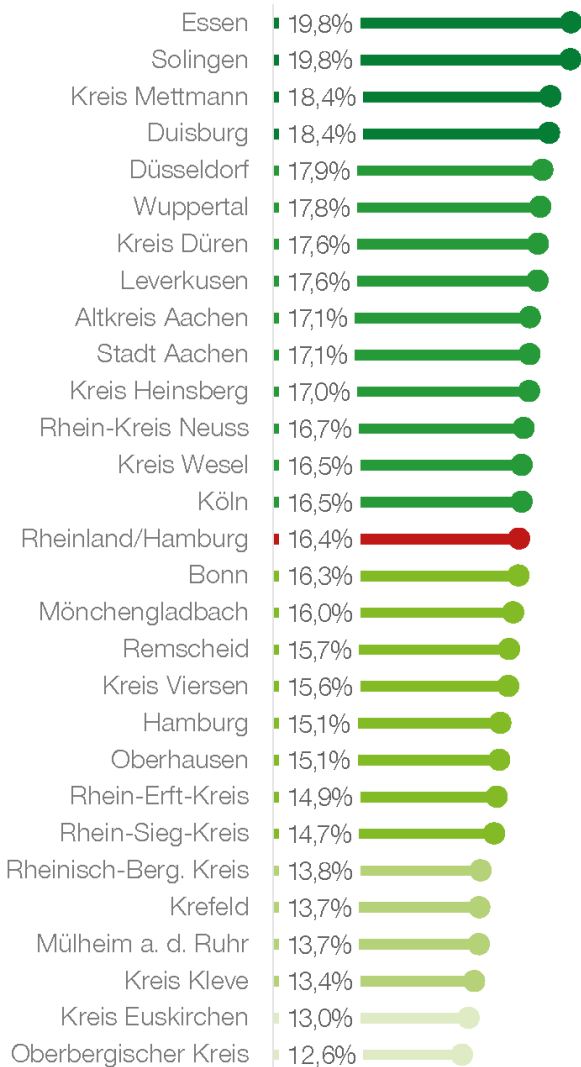
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Allergien: Prävalenz bei Kindern

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen



Warum sollte man Allergien ernst nehmen?

Allergien sind die häufigste chronische Erkrankung bei Kindern. Sie sind eine Überreaktion des Immunsystems auf an sich harmlose Stoffe. In der Folge treten – je nach Allergie – Symptome wie Schnupfen, Husten, Juckreiz oder Schwellungen auf. Im schlimmsten Fall kann es zu einem lebensbedrohlichen, sogenannten anaphylaktischen Schock kommen. Frühzeitig erkannt, lassen sich Allergien behandeln und eine Verschlechterung der Krankheit verhindern.

Allergien sind oftmals erblich bedingt, werden aber auch durch Umwelteinflüsse wie zum Beispiel Luftverschmutzung, Tabakrauch oder die Ernährung beeinflusst. Auch eine übermäßige Hygiene gilt als allergiefördernd.

Die Auswertung betrachtet den allergischen Schnupfen zum Beispiel aufgrund von Pollen oder Hausstaub, allergisches Asthma, allergiebedingte Hautreizungen, das atopische Exzem („Neurodermitis“), Nahrungsmittelunverträglichkeit sowie nicht näher bezeichnete Allergien.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: J30.1-4, J45.0, J45.8, L20, L23, T78.1/4

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

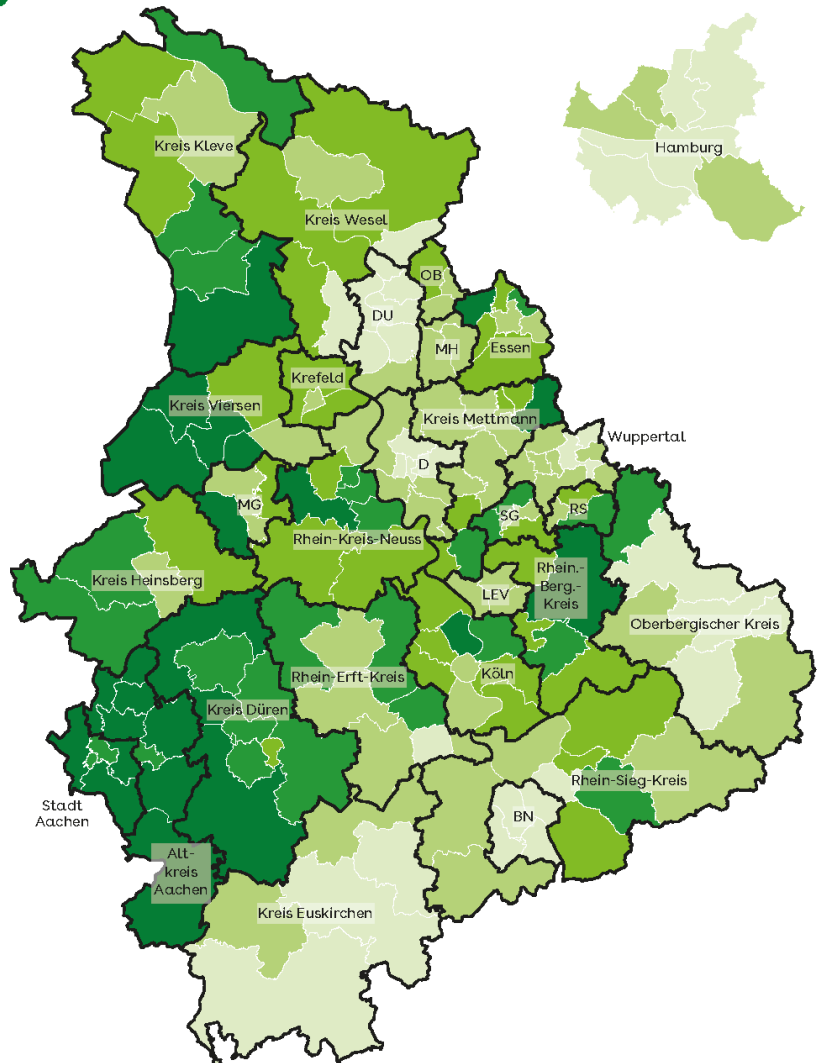
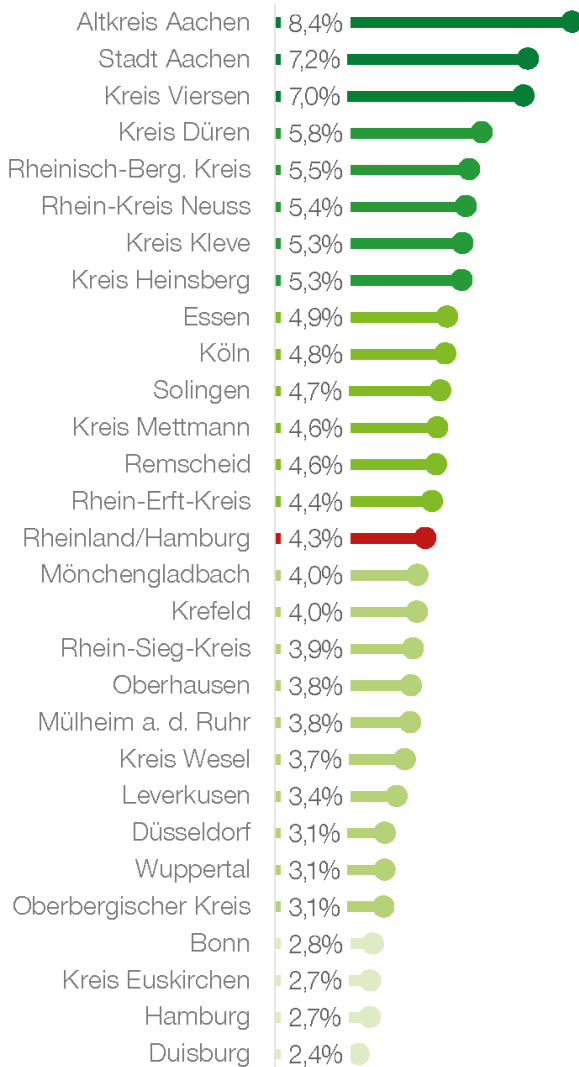
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Prävalenz bei Kindern

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen von 6 bis 17 Jahren



Was ist ADHS?

Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (kurz: ADHS) bezeichnet eine psychische Krankheit, die vor allem bei Kindern und Jugendlichen auftritt. Betroffene Kinder haben Probleme, sich zu konzentrieren und lassen sich schnell ablenken. Sie haben einen hohen Bewegungsdrang und verhalten sich oftmals unkontrolliert und unachtsam. Diese Verhaltensweisen sind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern besonders ausgeprägt. In der Folge kommt es bei vielen betroffenen Kindern zu Schwierigkeiten in der Familie, mit Freundinnen und Freunden oder in der Schule. In diesen Fällen ist zumeist eine Therapie erforderlich.

Die Auswertung betrachtet, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen ADHS in mindestens zwei Quartalen ärztlich festgestellt wurde.

i Die AOK Rheinland/Hamburg hat einen eigenen Versorgungsvertrag zur Verbesserung der Diagnosestellung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F90

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

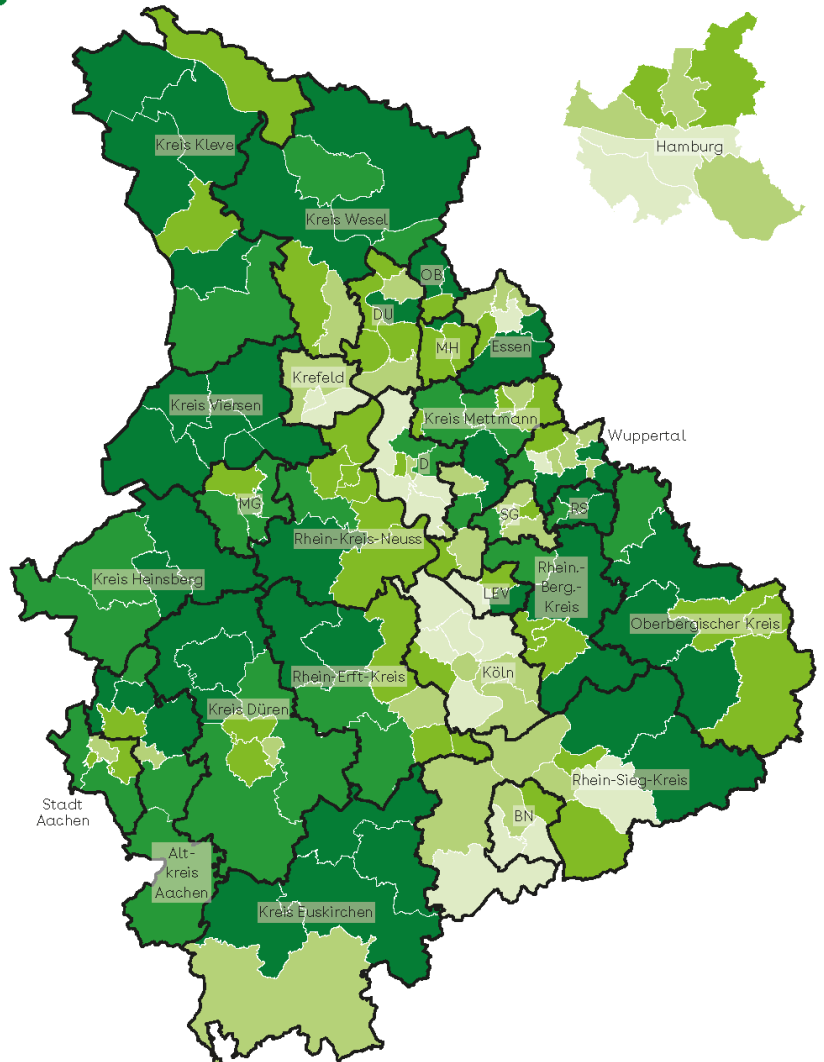
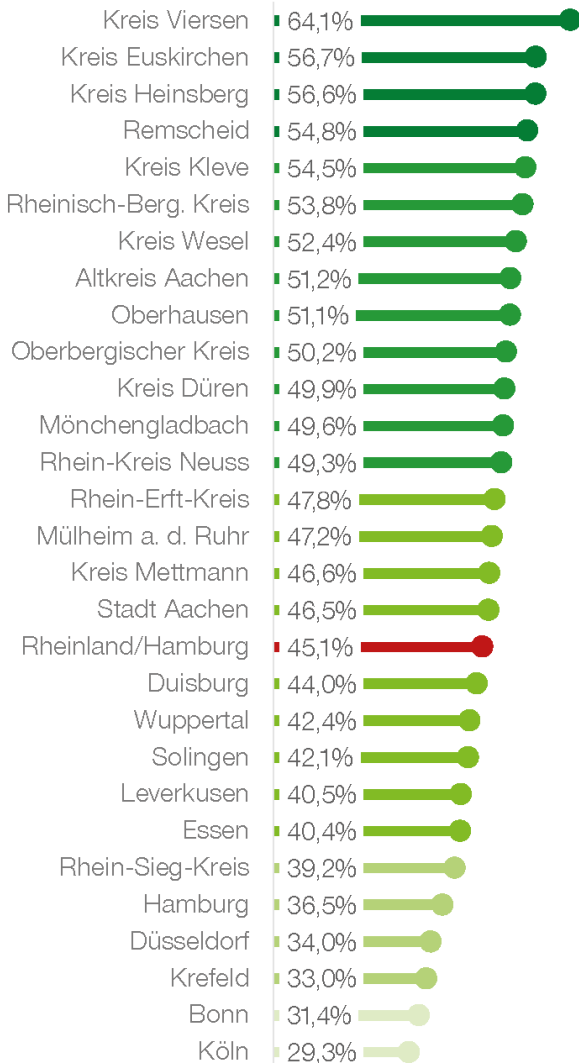
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Medikamentöse Therapie

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen mit ADHS



Wann soll ADHS mit Medikamenten behandelt werden?

Der Einsatz einer medikamentösen Behandlung ist im Einzelfall unter Berücksichtigung des Alters des Kindes, des Schweregrades der Erkrankung und der individuellen Situation des Kindes zu entscheiden. Bei Kindern im Vorschulalter und bei leichter Krankheits schwere sollten nicht-medikamentöse Therapieansätze verfolgt werden. Bei mittelgradiger ADHS ist der Einsatz von Arzneimitteln im Einzelfall abzuwägen. Vor allem bei schwerer Krankheitsausprägung mit deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag ist eine medikamentöse Therapie die vorrangige Therapieoption. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose im Jahr 2022 ADHS-spezifische Medikamente verordnet bekommen hatten.

i Zur Unterstützung der Eltern von Kindern mit ADHS bietet die AOK mit dem ADHS-Elterntainer ein Online-Schulungsprogramm.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: F90, ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA21

Standardisierung
keine

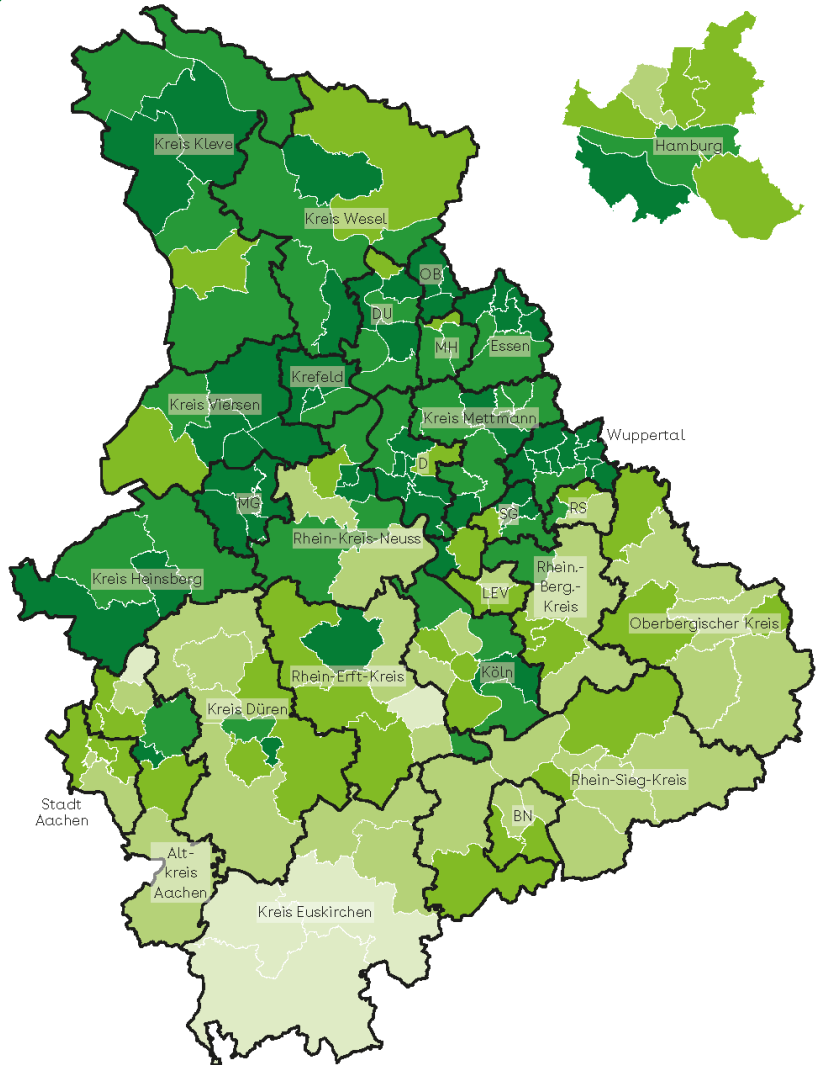
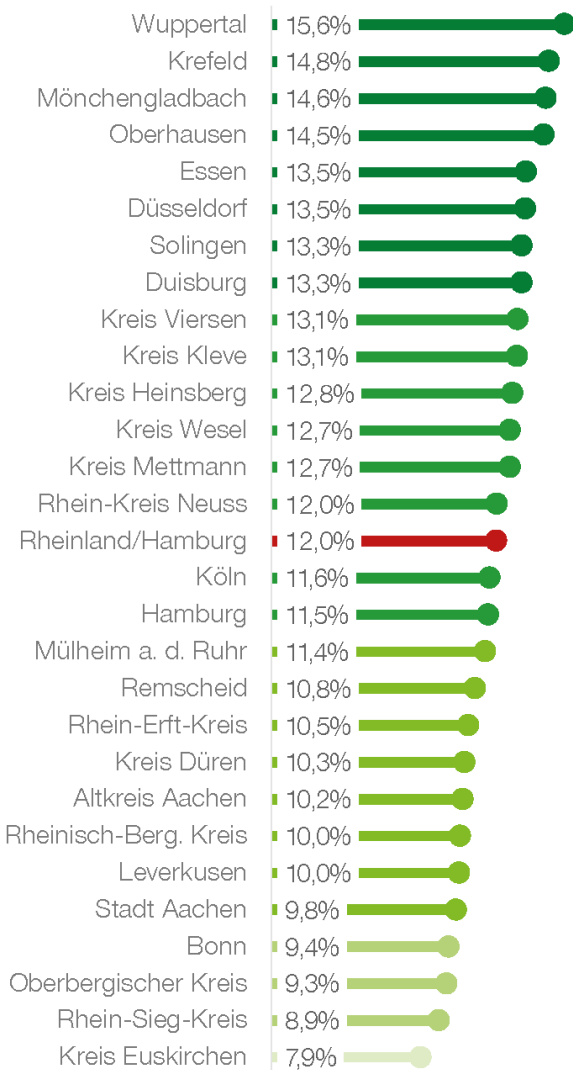
Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Arzneimittel

Antibiotika bei Atemwegsinfektionen

Anteil an allen Versicherten mit Atemwegsinfektionen



Warum sollten Antibiotika zurückhaltend eingesetzt werden?

Antibiotika sind wichtige Medikamente zur Behandlung von Infektionskrankheiten. Auch aufgrund wachsender Antibiotikaresistenzen sollten sie umsichtig eingenommen werden und nur dann verschrieben werden, wenn sie indiziert sind. Antibiotika wirken nur gegen Bakterien. Erkältungskrankheiten werden hingegen in den meisten Fällen durch Viren ausgelöst. Der Einsatz von Antibiotika ist bei Erkältungen daher zumeist wirkungslos. Auch bei bakteriellen Infekten ist nicht immer gleich ein Antibiotikum erforderlich. In der Auswertung wird der Antibiotikaeinsatz bei akuten Fällen von Erkältungsschnupfen, Nasennebenhöhlen-, Rachen-, Mandel- und Kehlkopfentzündung sowie Bronchitis betrachtet. Diese Erkrankungen können bakteriell bedingt sein, sodass Antibiotika durchaus medizinisch erforderlich sein können. Eine „richtige“ Verschreibungsrate lässt sich nicht bestimmen. Die Unterschiede zwischen den Kreisen machen aber unterschiedliche Verordnungspraktiken deutlich.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: J01-J06, J20,
ATC-Code: J01

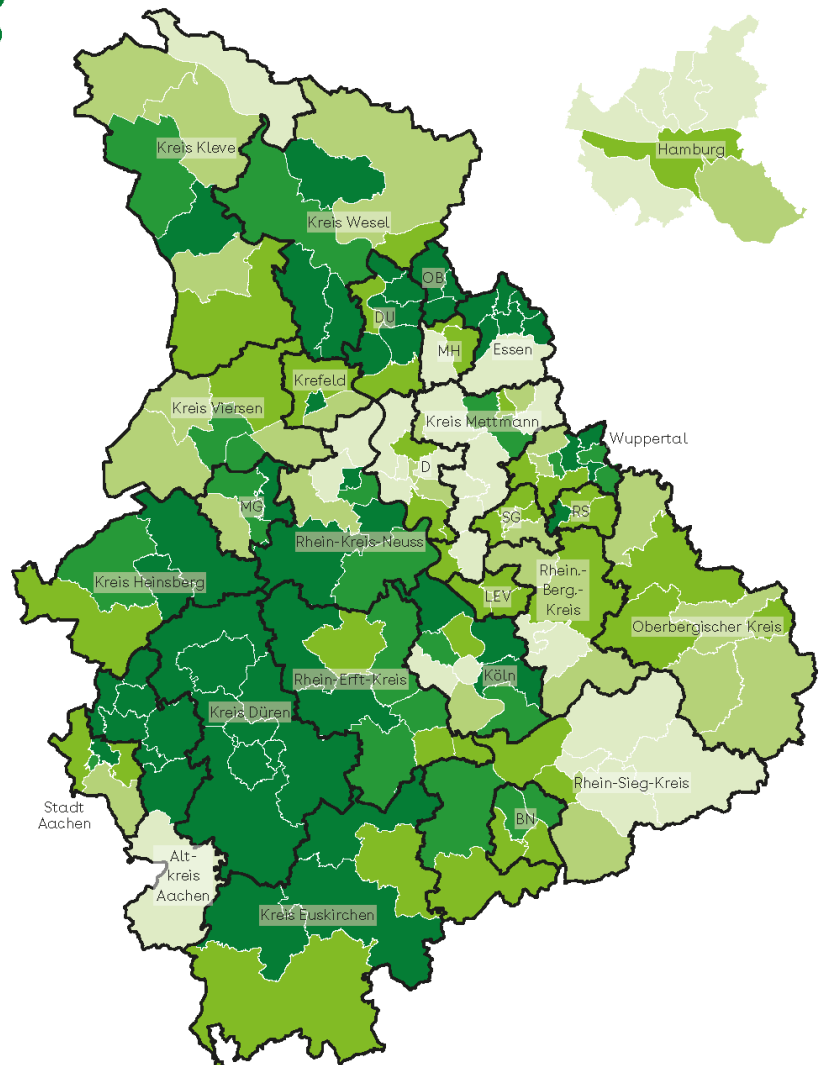
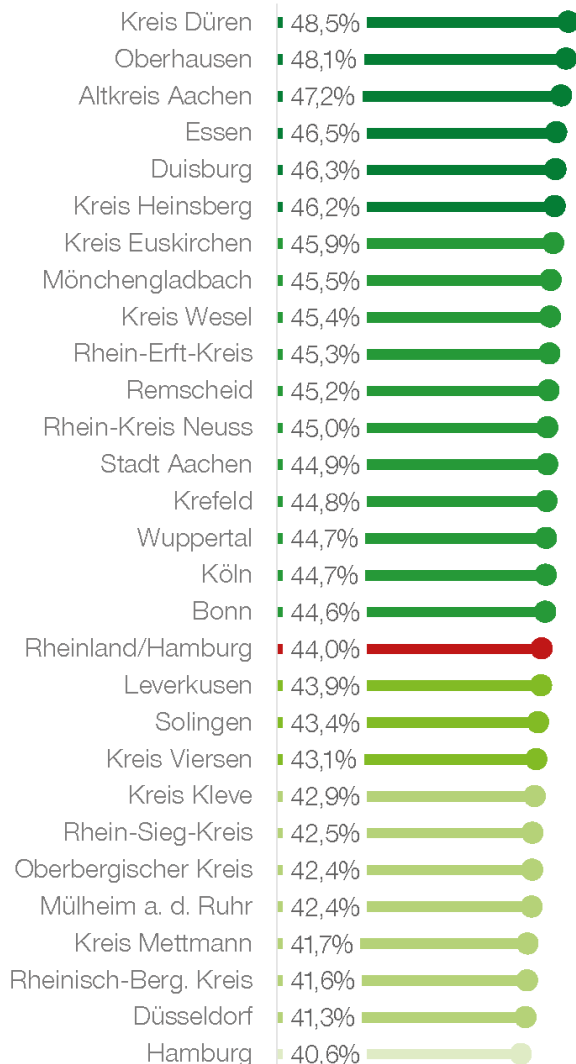
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf
Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Polypharmazie

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren



Warum ist Polypharmazie ein wichtiges Thema?

Polypharmazie bezeichnet die gleichzeitige und dauerhafte Einnahme mehrerer Wirkstoffe. Insbesondere bei älteren Menschen ist die Einnahme mehrerer Medikamente aufgrund ihrer Erkrankungen häufig medizinisch erforderlich. Durch die Einnahme mehrerer Medikamente können sich die Wirkstoffe gegenseitig beeinflussen. Diese Wechselwirkungen können zu Problemen führen. Es ist Aufgabe der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, die Wechselwirkungen der unterschiedlichen Arzneien im Blick zu haben und Einschränkungen des therapeutischen Effekts sowie unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden.

Die Auswertung weist den Anteil der Versicherten ab 65 Jahren aus, die in mindestens einem Quartal fünf oder mehr systemisch wirkende Arzneimittel erhalten haben. Die Medikamente mussten in mindestens zwei Quartalen verordnet worden sein.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

fünf Wirkstoffe und mehr

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Polypharmazie: Betrachtung nach Krankheitsgruppen

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren mit Polypharmazie

Erkrankung	Anzahl weitere Erkrankungen	Polypharmazie-Patientinnen und -Patienten		Anteil an allen Verordnungen	Anzahl Tagesdosen	Versicherte mit zentralem Hauptverordner
		mit Erkrankung	mit Medikament			
Bluthochdruck	9,2	91%	91%	16,0%	1.037	92%
Fettstoffwechselstörung	6,7	62%	49%	2,8%	388	92%
Diabetes	5,3	50%	34%	2,6%	324	89%
Rückenschmerzen	5,2	44%	37%	4,3%	173	73%
Neuropathien	5,2	43%	39%	4,9%	202	70%
Koronare Herzkrankheit	4,6	41%	43%	9,1%	1.328	91%
Arthrose	4,8	40%	35%	3,9%	156	73%
Weitere muskuloskelettale Erkrankungen	4	32%	35%	5,1%	244	68%
Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens	3,8	32%	62%	5,1%	542	90%
Depression und affektive Störungen	3,6	30%	22%	2,6%	307	81%
Herzinsuffizienz	3,5	28%	32%	7,6%	1.287	89%
Krankheiten der Schilddrüse	3,2	28%	23%	1,3%	194	93%
COPD und chronische Bronchitis	3,1	26%	17%	1,5%	267	83%
Vorhofflimmern	2,9	25%	22%	2,0%	268	91%
Chronische Krankheiten des Darmes	2,9	22%	22%	2,9%	267	74%
Chronische Erkrankungen der Nieren	2,7	21%	22%	3,6%	957	89%
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	2,5	20%	16%	1,2%	476	92%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2,5	20%	17%	2,5%	228	71%
Solide Tumore	2,3	20%	4%	0,3%	265	89%

Wie sind die Kennwerte in der Tabelle zu interpretieren?

Alle Polypharmazie-Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren wurden anhand ihrer Krankheitsdiagnosen in Krankheitsgruppen eingeteilt. Die verordneten Medikamente wurden denselben Krankheitsgruppen zugeordnet. Die Interpretation der Werte wird anhand des Beispiels Bluthochdruck erklärt. Polypharmazie-Patientinnen und -Patienten mit Bluthochdruck hatten im Schnitt 9,2 weitere Erkrankungen (Spalte 2). Von allen Personen mit Mehrfachmedikation hatten 91 Prozent Bluthochdruck (Spalte 3), 91 Prozent haben Medikamente gegen Bluthochdruck erhalten (Spalte 4). Insgesamt entfielen 16 Prozent aller Verordnungen auf Bluthochdruckmedikamente (Spalte 5), im Durchschnitt erhielt eine Person aus der Krankheitsgruppe 1.037 Tagesdosen. Acht Prozent hatten keinen zentralen Hauptverordner für die Medikamente der Krankheitsgruppe (Spalte 6, Definition s. Seite 122). Es wurden nur Krankheitsgruppen mit einer Prävalenz von mindestens 20 Prozent bei den Polypharmazie-Patientinnen und -Patienten dargestellt.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

siehe Erläuterungen im Anhang

Standardisierung

keine

Datenquelle

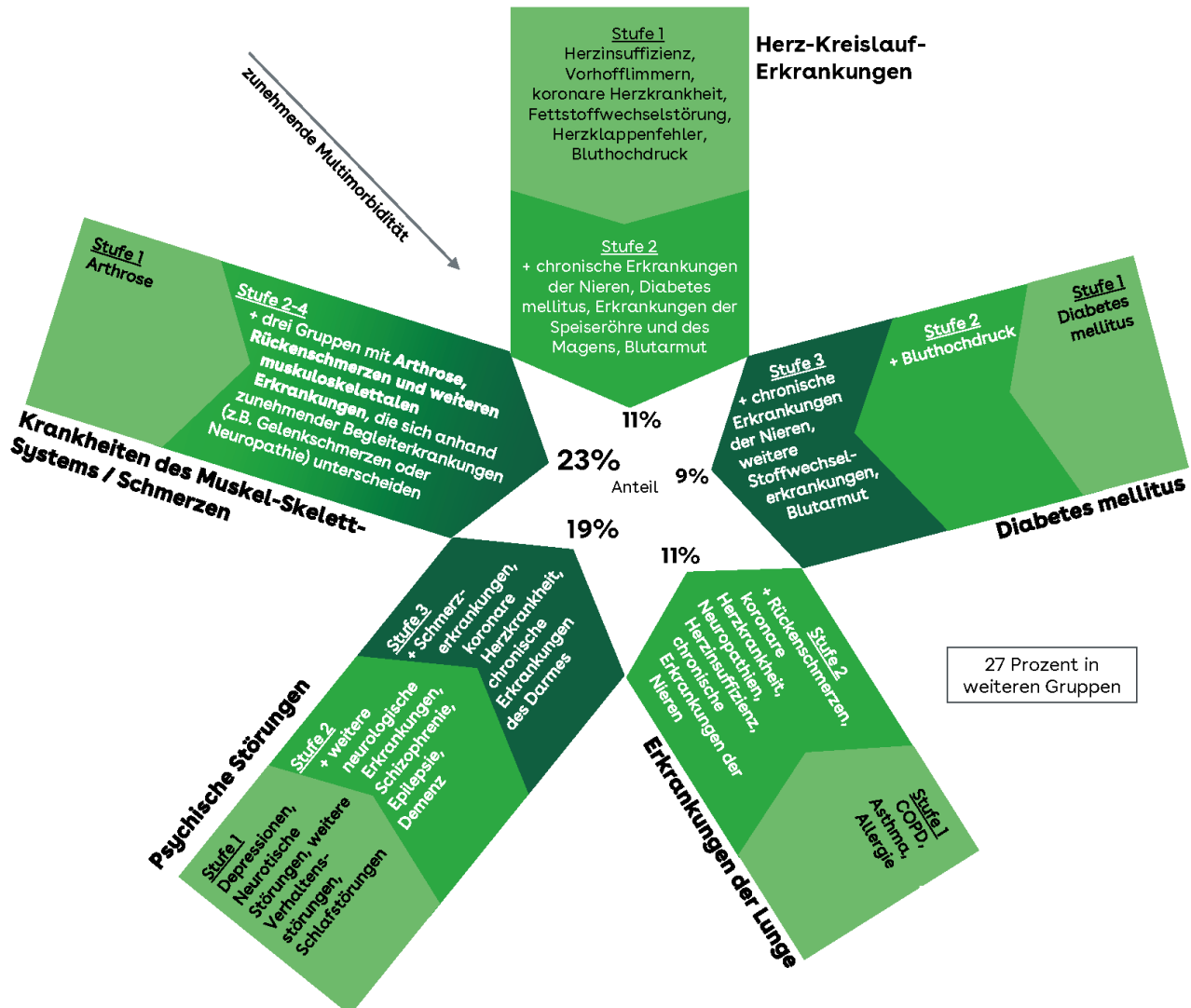
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

keine

Polypharmazie: Beschreibung unterschiedlicher Versichertengruppen

Gruppierung der Versicherten anhand ihrer krankheitsbezogenen Medikation



Wie lassen sich Polypharmazie-Patientinnen und Patienten gruppieren?

Diese Auswertung untersucht, ob es bei den Polypharmazie-Patientinnen und Patienten unterschiedliche Gruppen gibt, die sich anhand ihrer Medikamentenverordnungen unterscheiden. Mittels eines Clusterverfahrens wurden die Patientinnen und Patienten in Gruppen eingeteilt. Diese Cluster wurden anhand ihrer Merkmalsausprägungen inhaltlich verschiedenen Krankheitsgruppen zugeordnet. Zur Beschreibung wurden nur die Krankheiten herangezogen, bei denen sich ein Cluster am deutlichsten vom Durchschnitt abgehoben hat. Versicherte eines Clusters haben in der Regel weitere Erkrankungen, die aber innerhalb dieser Gruppe nicht auffällig häufig auftraten. Ebenso ist bei der Interpretation zu beachten, dass nie alle Versicherten in einem Cluster auch alle beschriebenen Erkrankungen aufweisen. Der Großteil der gebildeten Cluster mit etwa drei Viertel der Patientinnen und Patienten konnte fünf Haupterkrankungsgruppen zugewiesen werden.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

siehe Erläuterungen im Anhang

Standardisierung

keine

Datenquelle

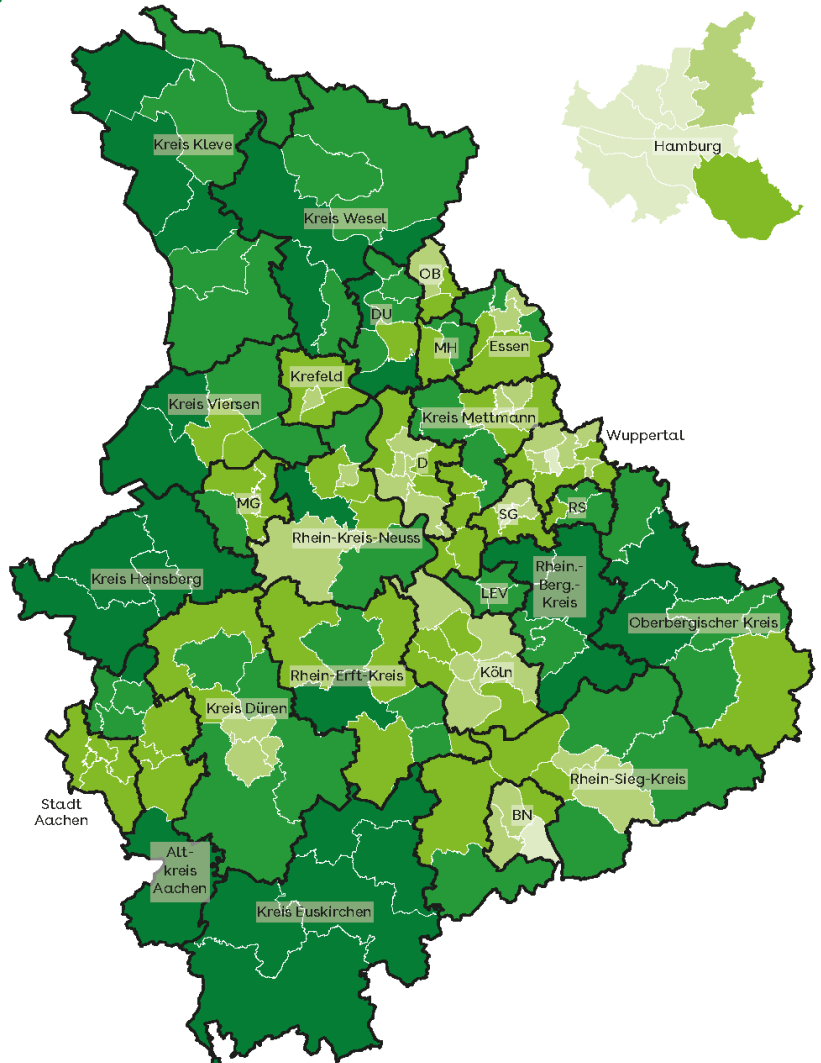
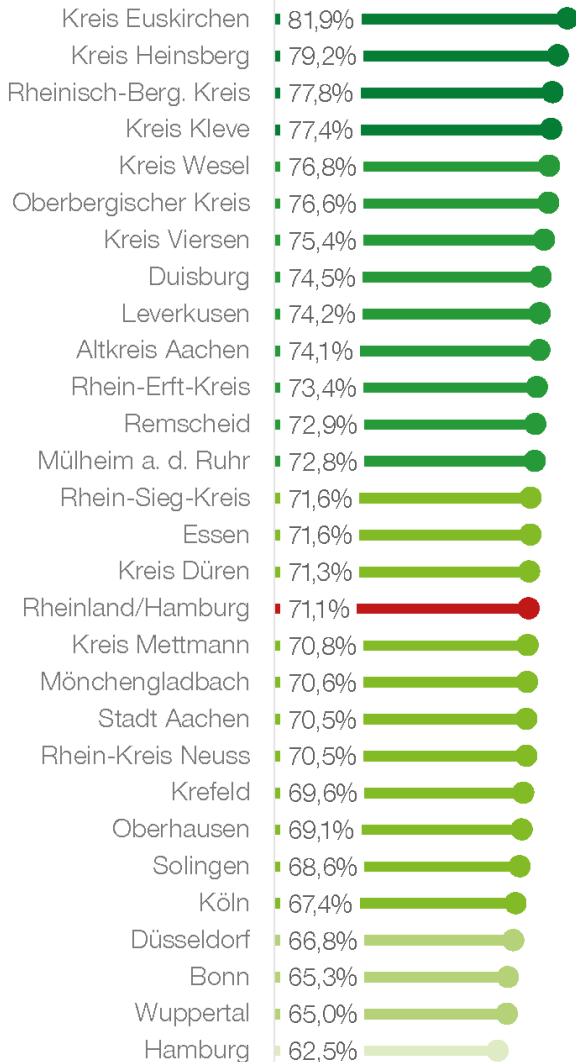
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

keine

Polypharmazie: Versicherte mit Hauptverordner

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren mit Polypharmazie



Warum ist es sinnvoll, wenn Versicherte einen Hauptverordner haben?

Viele Patientinnen und Patienten mit mehreren Erkrankungen sind bei unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten in Behandlung. Inwiefern dies im Rahmen einer integrierten, das heißt abgestimmten Versorgung erfolgt, kann anhand von Routinedaten nicht geklärt werden. Generell wird davon ausgegangen: Verschreiben mehrere Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Praxen Medikamente, besteht eher die Gefahr, dass mögliche Wechselwirkungen unberücksichtigt bleiben. Dies ist insbesondere bei Polypharmazie-Patientinnen und -Patienten problematisch.

Diese Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte mit Polymedikation einen zentralen Hauptverordner der Medikamente hatten. Davon wurde ausgegangen, wenn mindestens 75 Prozent aller Arzneimittelverordnungen für einen Versicherten von einer einzigen Praxis ausgestellt wurden. In diesem Fall wird angenommen, dass eine Praxis die Wechselwirkungen der unterschiedlichen Arzneien im Blick hat.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
fünf Wirkstoffe und mehr

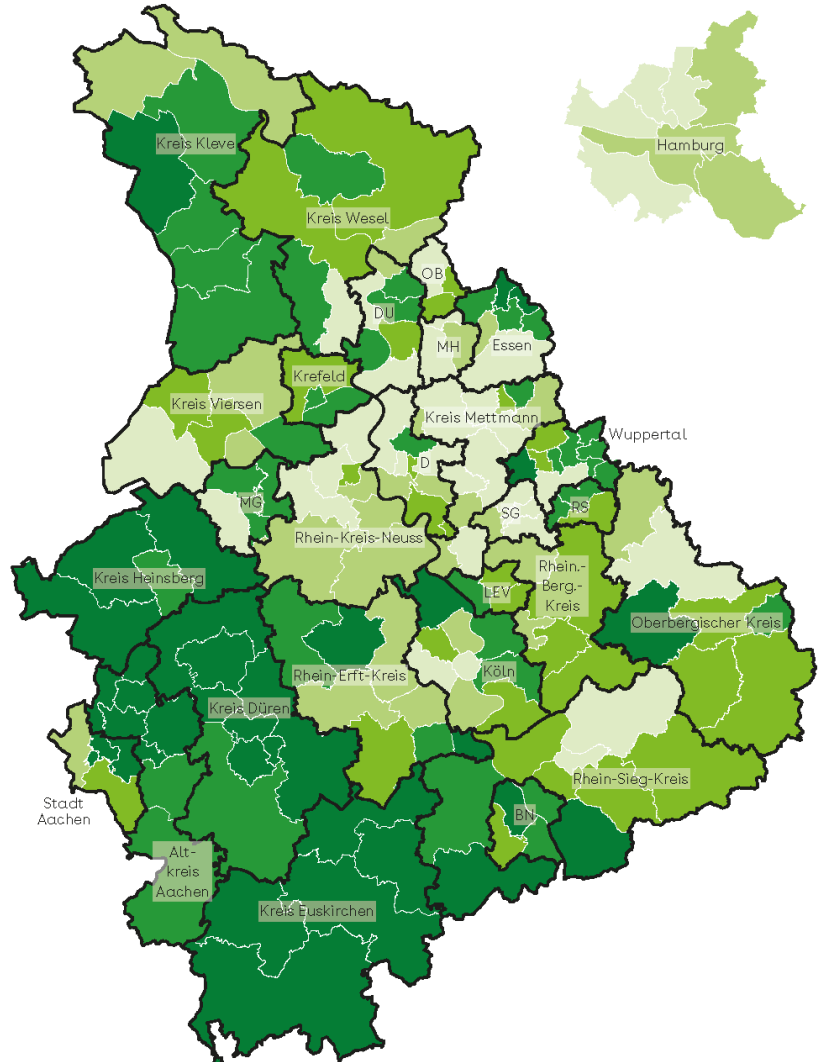
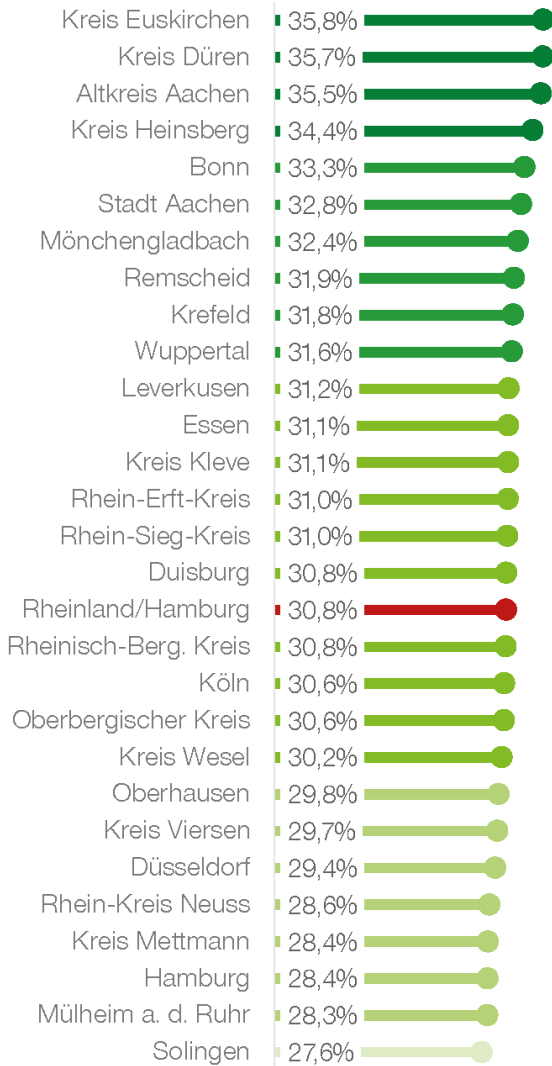
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
keine

Potenziell ungeeignete Arzneimittel bei älteren Menschen

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren



Warum sind einige Arzneimittel bei älteren Menschen potenziell ungeeignet?

Einige Medikamente können für ältere Menschen unerwünschte Risiken und Wechselwirkungen haben. Sie sollten daher möglichst nicht oder nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden. Dazu gehören beispielsweise Medikamente, die das Sturzrisiko erhöhen, Verwirrung auslösen oder Schlafstörungen zur Folge haben können. Mit der Priscus-Liste existiert eine Aufstellung dieser für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Medikamente. Die Liste wurde speziell für den deutschen Markt erarbeitet und 2023 aktualisiert. Sie enthält Wirkstoffe, die in Deutschland verhältnismäßig häufig verordnet werden.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte über 65 Jahren mindestens ein Medikament der Priscus-Liste erhalten haben.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

Medikamente der Priscus-2.0-Liste

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

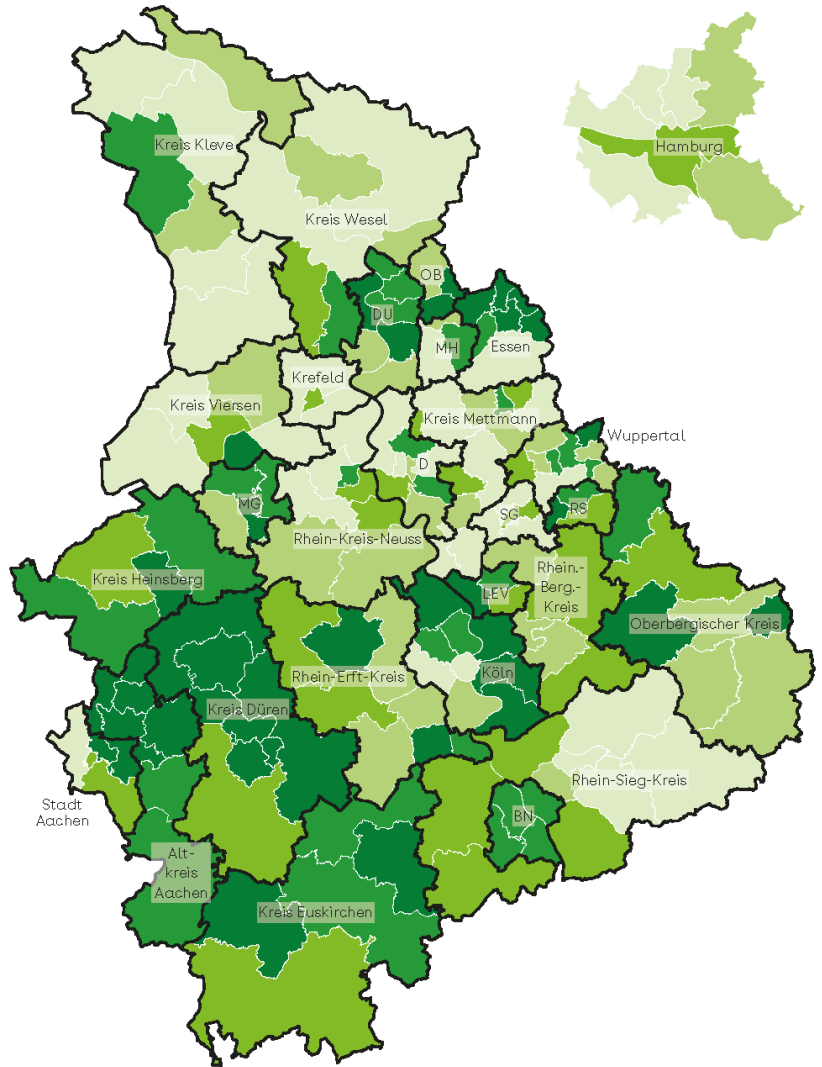
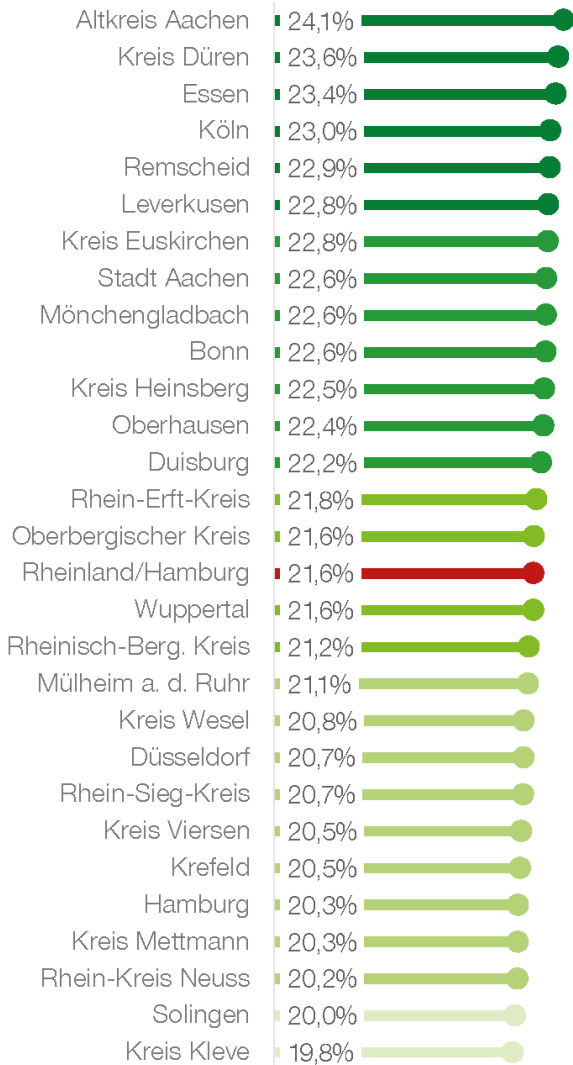
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Protonenpumpenhemmer: Versicherte mit Verordnung

Anteil an allen Versicherten ab 18 Jahren



Was sind Protonenpumpenhemmer?

Magensäure hilft bei der Verdauung und tötet Krankheitserreger ab. Wird aber zu viel Magensäure produziert, verursacht sie Beschwerden wie Sodbrennen, Magenschmerzen oder Übelkeit. Auch kann sie Magengeschwüre auslösen und die Speiseröhre schädigen. Protonenpumpenhemmer sind Arzneimittel, welche die Produktion von Magensäure unterdrücken. Zudem werden sie zum Schutz der Magenschleimhaut bei blutverdünnenden Arzneimitteln und gegen Magenkeime eingesetzt. Protonenpumpenhemmer gehören zu den am häufigsten verschriebenen Medikamenten in Deutschland. Die Studienlage weist auf ein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen hin.

Die Auswertung legt dar, wie viele erwachsene Versicherte im Jahr 2022 mindestens eine Verordnung eines Protonenpumpenhemmers hatten. Dabei sind nur Medikamente berücksichtigt, die von der Krankenkasse bezahlt wurden. Protonenpumpenhemmer sind in geringer Stückzahl frei in Apotheken verkäuflich.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ATC-Codes: A02BC, A02BD04, A02BD05

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

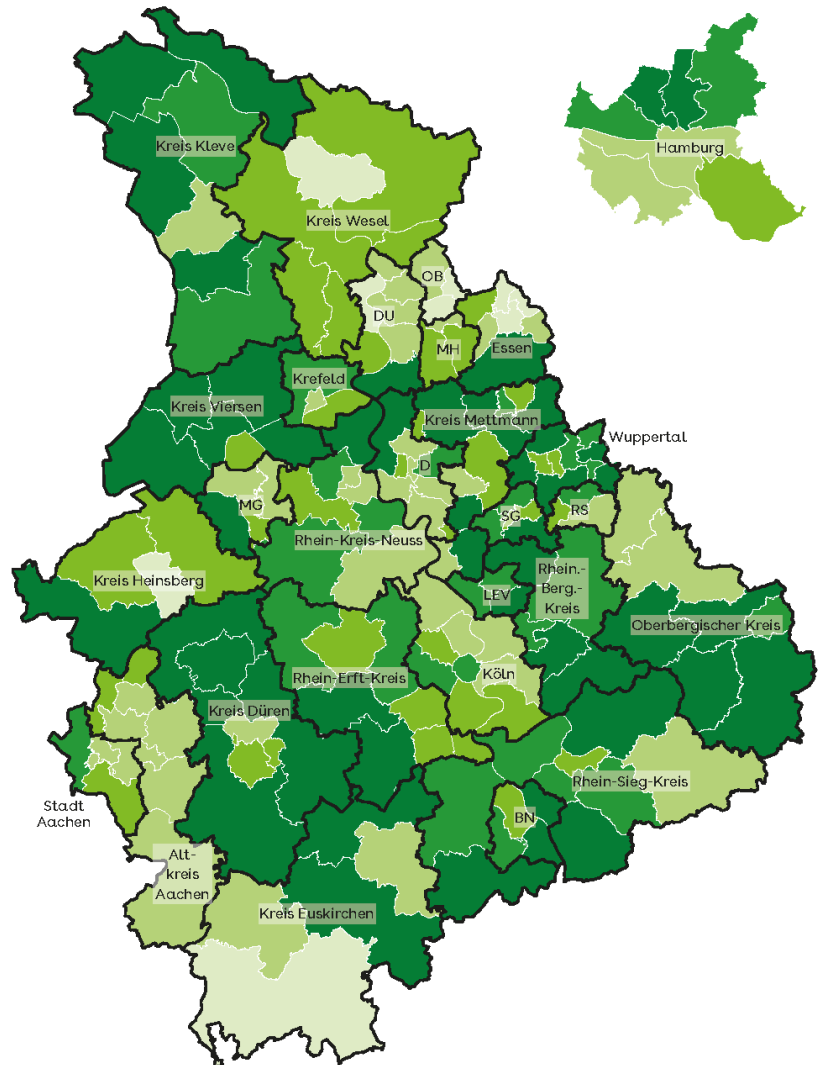
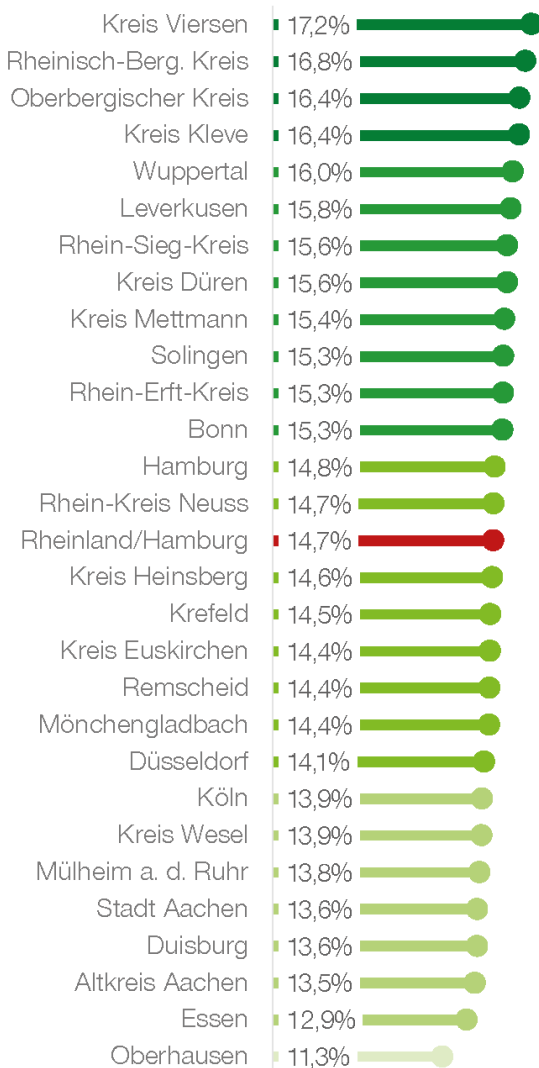
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Protonenpumpenhemmer: Verordnung ohne Indikation

Anteil an allen Versicherten mit Verordnungen von Protonenpumpenhemmern



Wann sollten Protonenpumpenhemmer eingesetzt werden?

Protonenpumpenhemmer werden bei einer Vielzahl von Beschwerden des Magen-Darm-Trakts eingesetzt. Leitliniengerecht erfolgt eine Behandlung unter anderem bei Sodbrennen, dem Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre, Magengeschwüren, Entzündungen der Speiseröhre, im Einsatz gegen den Magenkeim *Helicobacter pylori* und zum Schutz der Magenschleimhaut bei Dauereinnahme von blutverdünnenden Arzneimitteln, wie zum Beispiel Schmerzmitteln. Oftmals kommen sie aber auch bei unklaren Beschwerden oder Magenschleimhautentzündungen zum Einsatz. Für diese Verwendung liegt keine Zulassung vor („off-label“) und die Wirksamkeit ist nicht nachgewiesen. Nicht selten ist in den Daten gar kein rechtfertigender Behandlungsanlass ersichtlich.

Diese Auswertung gibt an, wie viele Versicherte Protonenpumpenhemmer erhalten haben, ohne dass eine (on- oder off-label) Indikation hierzu dokumentiert ist.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ATC-Codes: A02BC, A02BD04, A02BD05

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

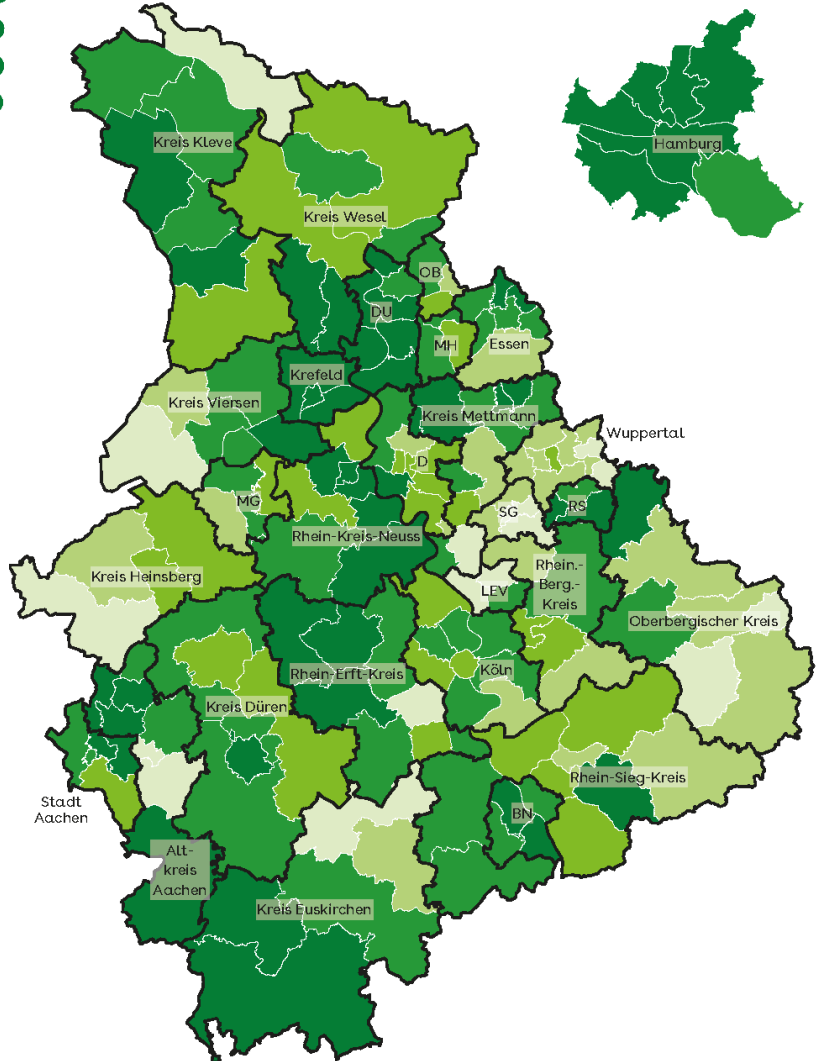
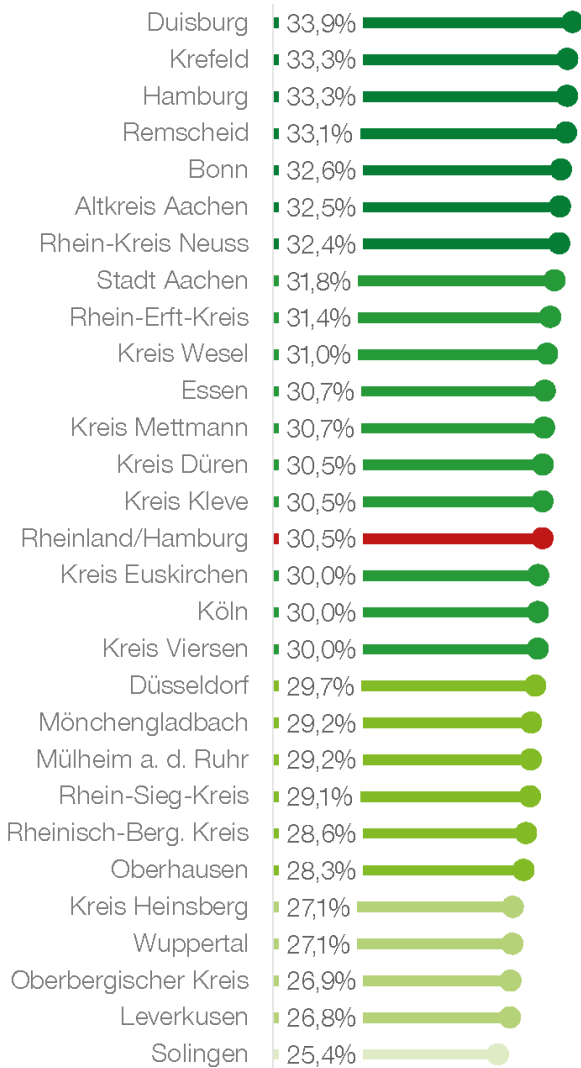
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Protonenpumpenhemmer: Langzeittherapie mit Hochdosis

Anteil an allen Versicherten mit Verordnung von Protonenpumpenhemmern



Warum sollten Protonenpumpenhemmer nicht zu lange eingenommen werden?

Protonenpumpenhemmer gelten als gut verträglich und werden als unbedenklich wahrgenommen. In kleinen Mengen sind sie ohne Rezept erhältlich. Jedoch gibt es Hinweise darauf, dass eine Langzeitanwendung mit unerwünschten Nebenwirkungen verbunden sein kann. Die Medikamente stehen unter anderem im Verdacht, Demenz und Knochenschwund zu befördern sowie die Nieren zu schädigen. Der Nachweis in überzeugenden Studien steht jedoch noch aus. Angesichts der unklaren Studienlage über ihr Schadenspotenzial sollten Protonenpumpenhemmer vorrangig in geringer Dosis und so kurz wie möglich eingesetzt werden.

Diese Auswertung weist aus, wie viele Patientinnen und Patienten mit Protonenpumpenhemmern eine Hochdosistherapie über den höchstmöglich zugelassenen Behandlungszeitraum von 56 Tagen erhalten haben.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ATC-Codes: A02BC, A02BD04, A02BD05

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

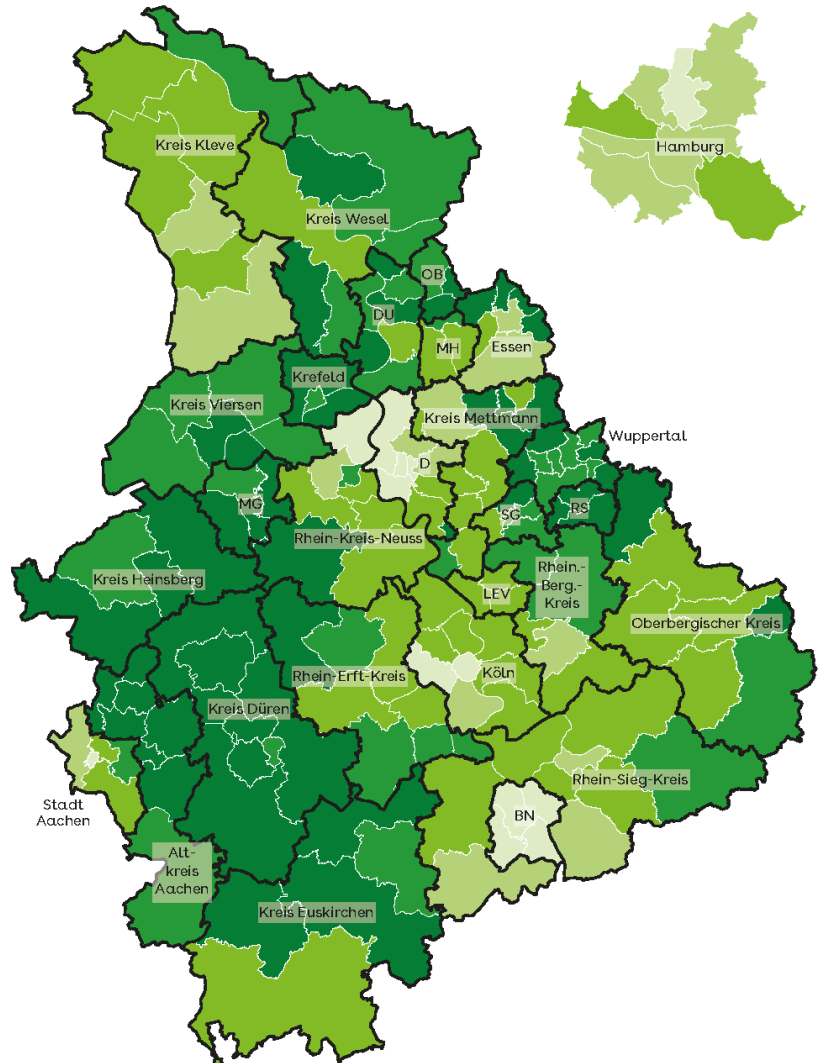
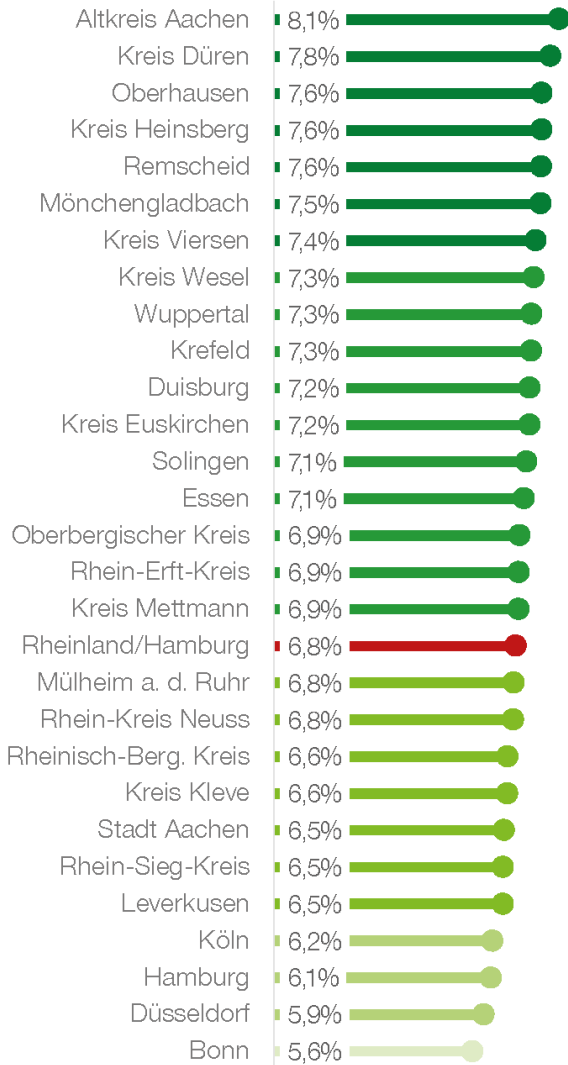
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit

Krankenstand

Anteil der durch Arbeitsunfähigkeit verlorenen Arbeitszeit



Wie wird der Krankenstand erfasst?

Erwerbstätige, die ihre Tätigkeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr oder nur unter Gefahr ihrer Gesundheit ausüben können, können von einer Ärztin oder einem Arzt arbeitsunfähig geschrieben werden. Eine ärztliche Bescheinigung muss in der Regel ab dem vierten Krankheitstag ausgestellt werden. Diese Angaben liegen der Berechnung zur Arbeitsunfähigkeit (AU) zugrunde, daher sind kurze Fehlzeiten ohne Bescheinigung nicht berücksichtigt. Die Angaben beziehen sich auf die erwerbstätigen Mitglieder der AOK Rheinland/Hamburg. Der Krankenstand drückt den durchschnittlichen Anteil der Tage eines Jahres aus, für die eine ärztliche AU-Bescheinigung vorlag.

i Das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung der AOK Rheinland/Hamburg unterstützt Betriebe bei der Entwicklung eigener Gesundheitsmanagementprogramme.

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

AU-Bescheinigung

Standardisierung

keine

Datenquelle

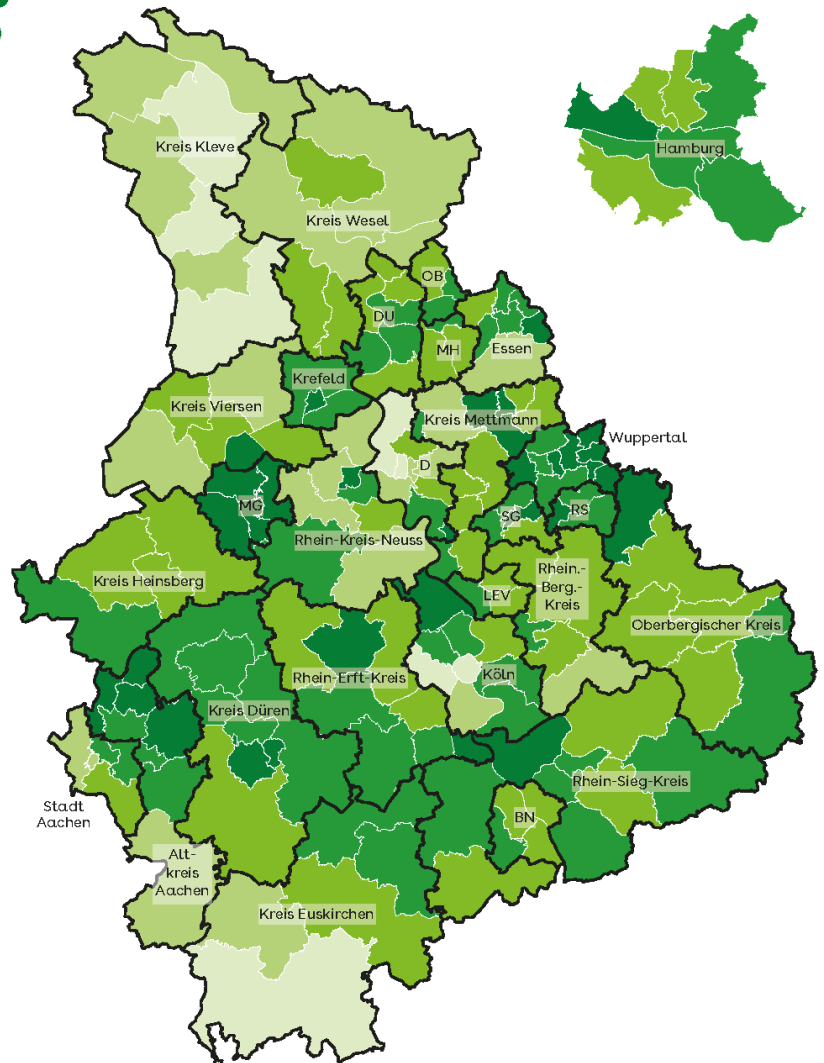
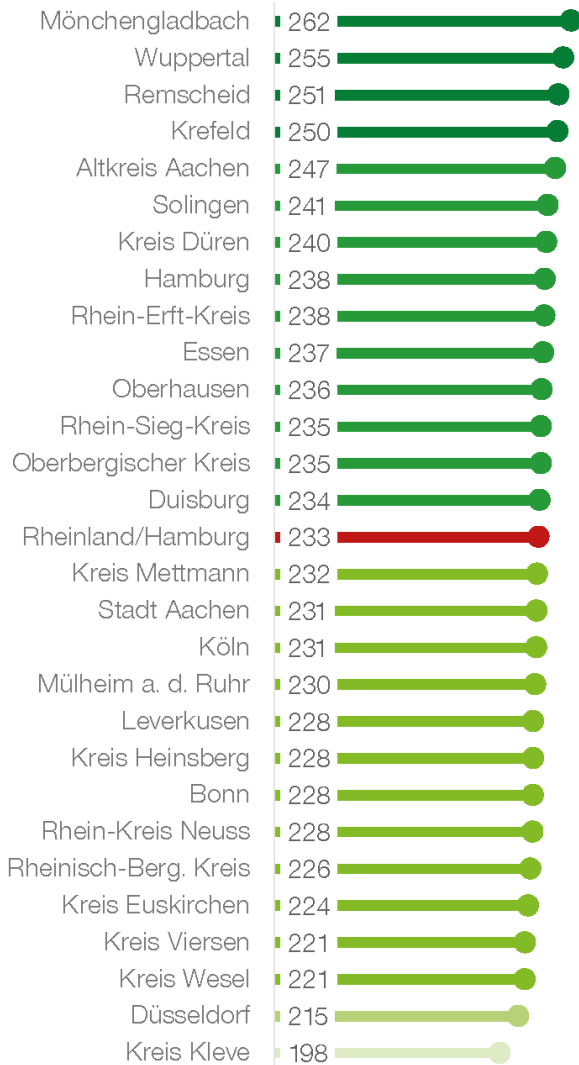
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit – gesamt

Fälle je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld



Wie werden Arbeitsunfähigkeitstage erfasst?

Erwerbstätige, die ihre Tätigkeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr oder nur unter Gefahr ihrer Gesundheit ausüben können, können von einer Ärztin oder einem Arzt arbeitsunfähig geschrieben werden. Für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit (AU) haben sie das Recht, der Arbeit fernzubleiben. Eine ärztliche Bescheinigung muss in der Regel ab dem vierten Krankheitstag ausgestellt werden. Diese Angaben liegen der Berechnung zur Arbeitsunfähigkeit zugrunde. Nicht berücksichtigt sind daher kurze Fehlzeiten ohne Bescheinigung. Die Angaben beziehen sich auf die erwerbstätigen Mitglieder der AOK Rheinland/Hamburg.

Jede AU-Meldung, mit Ausnahme von Verlängerungen von vorangegangenen, wird als ein Fall gezählt. Im Jahr kann ein Versicherter mehrere AU-Fälle haben.

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

AU-Bescheinigung

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf krankengeldberechtigte Mitglieder

Datenquelle

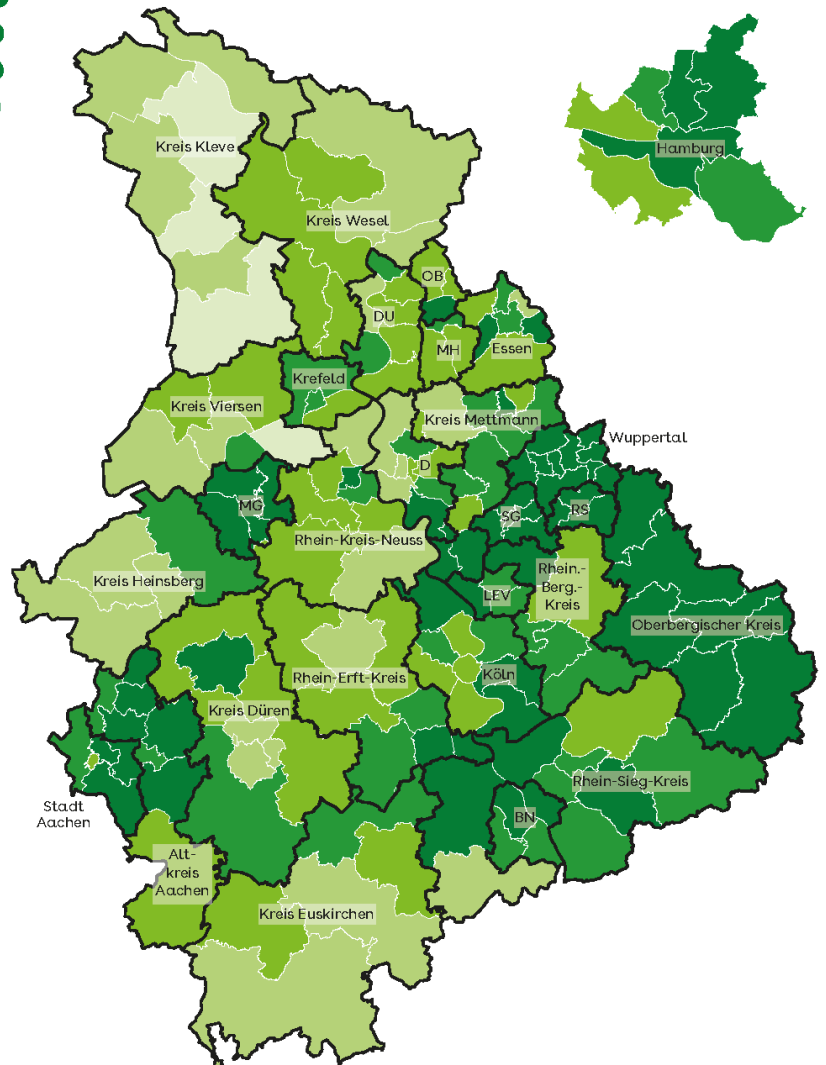
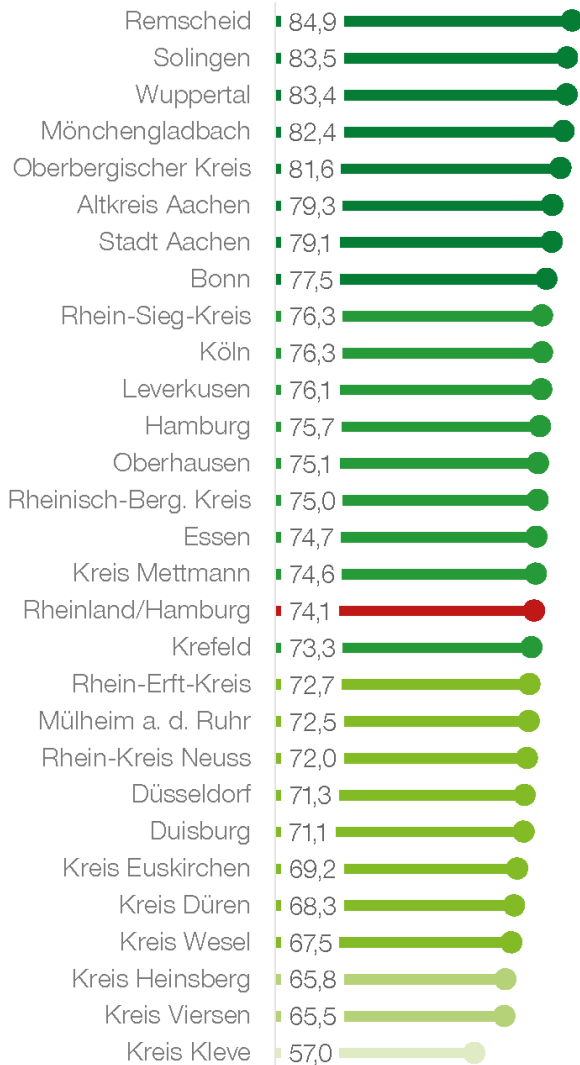
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen

Fälle je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld



Welche Atemwegserkrankungen führen häufig zu AU-Fällen?

Atemwegserkrankungen sind die häufigste Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit. Die Anzahl der Fehltage pro Fall ist im Vergleich zu anderen Erkrankungen eher gering.

Die AU-Fälle aufgrund von Atemwegserkrankungen gehen fast ausschließlich auf akute Infektionen zurück. In knapp der Hälfte der Fälle wird die Diagnose „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06) angegeben, wozu auch der grippale Infekt zählt. Bei knapp 20 Prozent liegt eine Bronchitis vor und in jeweils sechs Prozent ein Erkältungsschnupfen, eine Nasennebenhöhlenentzündung bzw. eine Rachenentzündung.

i Ein Arztgespräch ist für Versicherte auch bei einem Online-Arztbesuch in der TeleClinic möglich.

Zeitraum
2023

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: J*

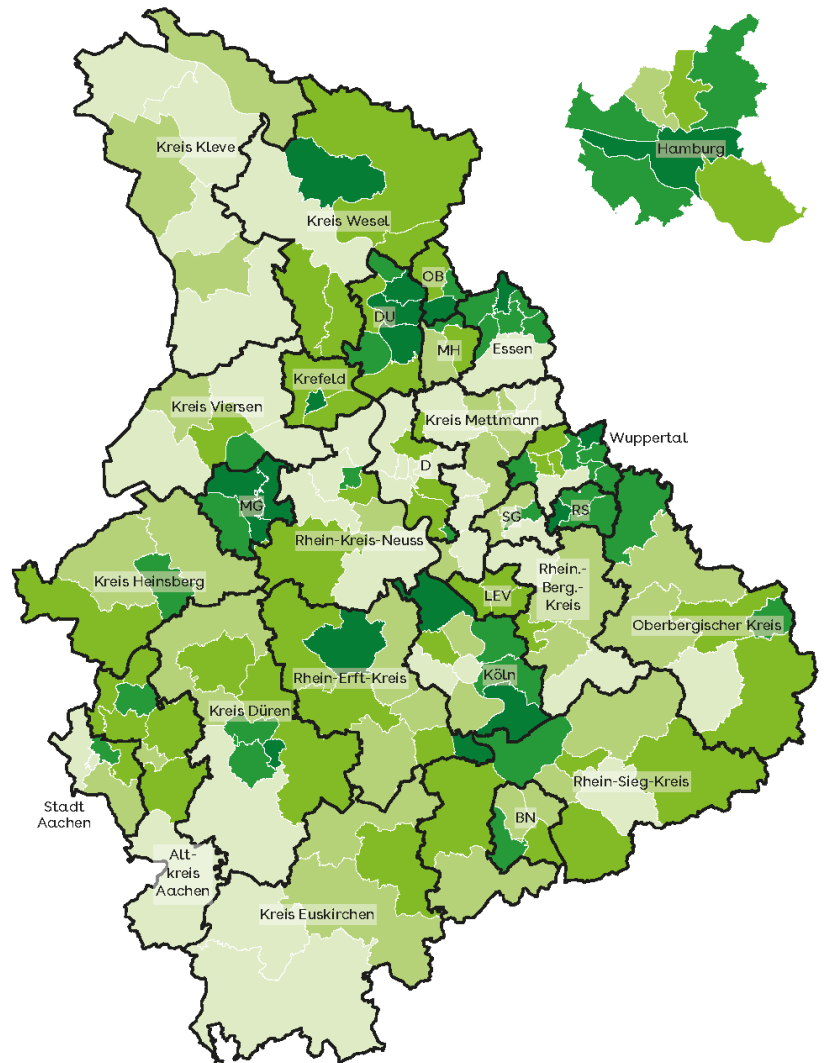
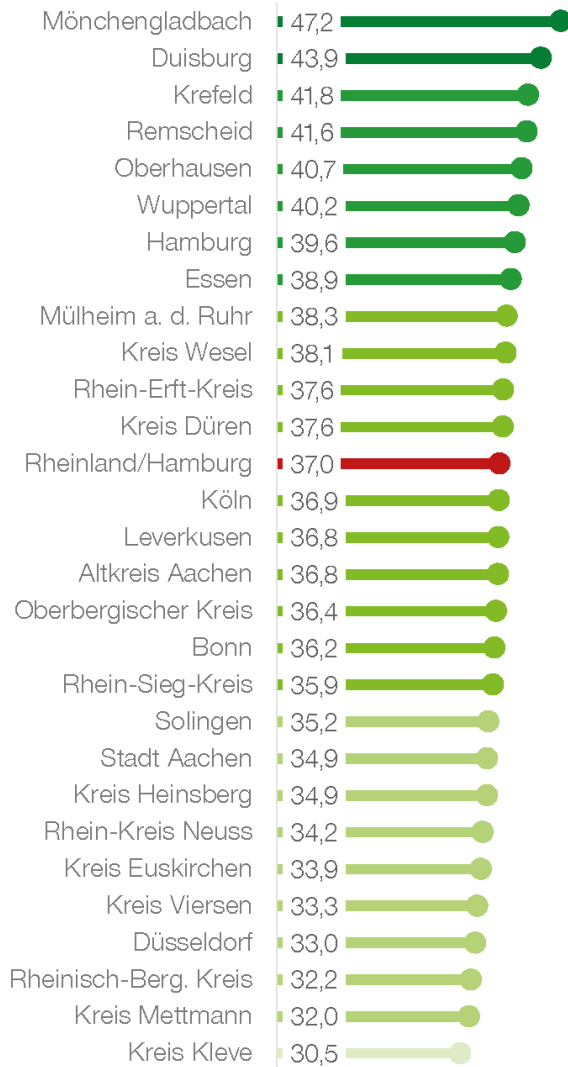
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf krankengeldberechtigte Mitglieder

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Fälle je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld



Welche Branchen haben die meisten AU-Fälle aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen?

Muskel-Skelett-Erkrankungen sind die zweithäufigste Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit. Die meisten AU-Fälle gibt es in Berufsfeldern mit körperlich anstrengender Arbeit, allen voran im Bereich der Leiharbeit, der Metall- bzw. Chemieindustrie und der Ver- und Entsorgung.

Jeder zweiten Krankenschreibung aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen unspezifische Rückenschmerzen (M54) zugrunde. Unspezifische Rückenschmerzen sind die Einzeldiagnosen mit der höchsten Anzahl an Fehltagen. In 8,5 Prozent der Fälle bestehen Gelenkschmerzen und in jeweils knapp sieben Prozent der Fälle „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes“ bzw. Beschwerden an der Bandscheibe.

i Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg haben Zugang zu eCoverry, einem Online-Trainingsangebot bei Hüft-, Rücken- oder Kniebeschwerden.

Zeitraum
2023

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: M*

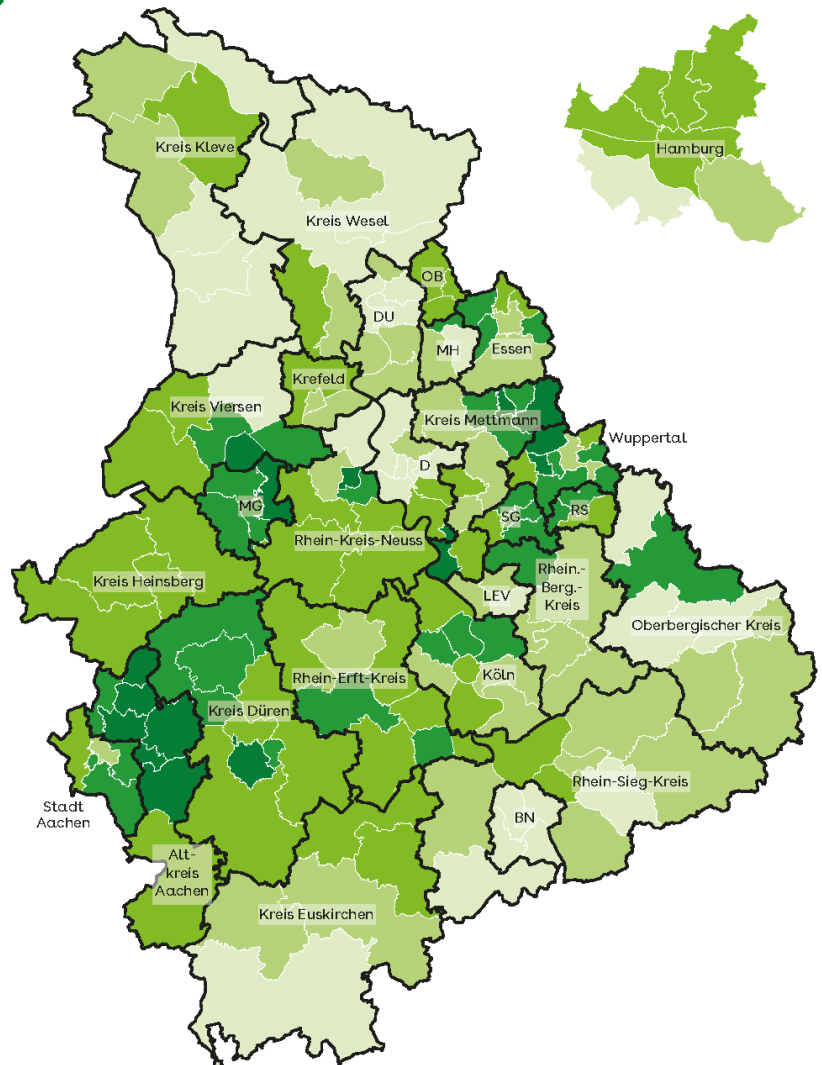
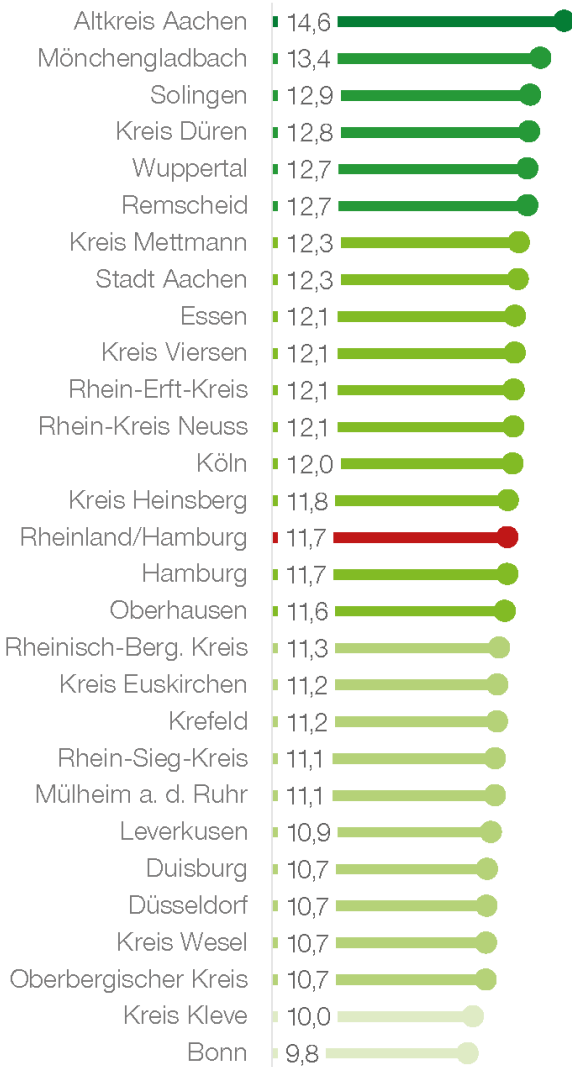
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf krankengeldberechtigte Mitglieder

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen

Fälle je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld



Was sind die Besonderheiten der AU-Fälle aufgrund von psychischen Erkrankungen?

Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund psychischer Erkrankungen ist in den vergangenen zwanzig Jahren stark gestiegen. Die Anzahl der Fehltage pro Fall ist bei diesen Krankheiten hoch. Mit einem Drittel der AU-Fälle aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen sind „Belastungs- und Anpassungsstörungen“ die mit Abstand am häufigsten gestellte Einzeldiagnose. Hierbei handelt es sich um psychische bzw. emotionale Beeinträchtigungen, die nach belastenden Ereignissen oder einschneidenden Veränderungen im Leben eines Menschen auftreten. Knapp 30 Prozent der Krankschreibungen entfallen auf depressive Episoden und etwa 15 Prozent auf somatoforme Störungen, also körperliche Beschwerden psychischen Ursprungs.

i Die AOK Rheinland/Hamburg bietet Versicherten mit psychischen Erkrankungen nach einem Krankenhausaufenthalt eine telemedizinische Nachsorge an.

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F*

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf krankengeldberechtigte Mitglieder

Datenquelle

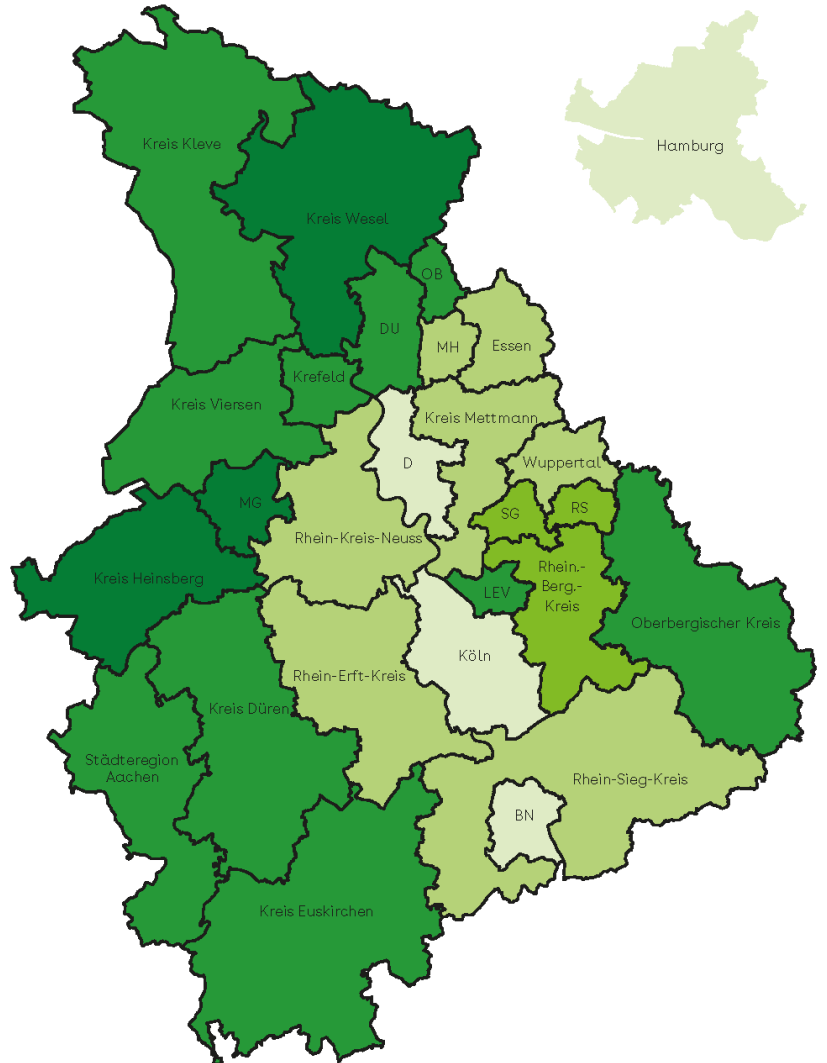
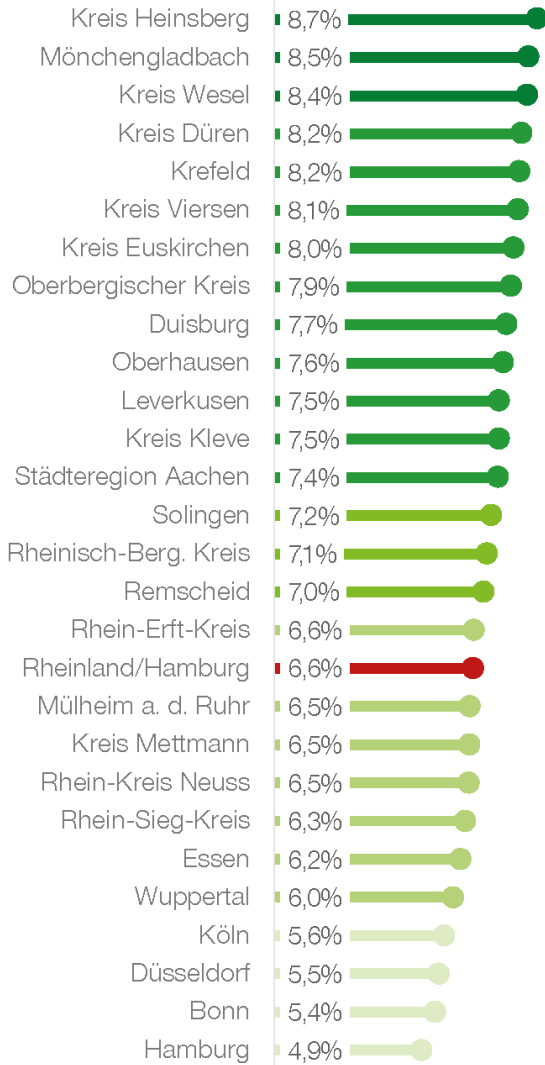
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Pflege

Pflegebedürftige Personen Anteil an der Bevölkerung



Was sind häufige Ursachen für eine Pflegebedürftigkeit?

Menschen im hohen und höchsten Alter sind oftmals aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen auf Pflege und Hilfe im Alltag angewiesen. Zum einen geht der altersbedingte Rückgang der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit häufig mit gesundheitlichen Problemen einher. Auch das Sturzrisiko erhöht sich; Verletzungen können zu Pflegebedarf führen. Zum anderen nehmen auch chronische Erkrankungen zu (Multimorbidität). Das Risiko einer Demenz ist stark altersabhängig. Die Daten umfassen alle Personen, die zum Stichtag 31.12.2021 als pflegebedürftig anerkannt waren, unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK Rheinland/Hamburg.

Zeitraum

Dezember 2021

Aufgreifkriterien

Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung

Standardisierung

keine

Datenquelle

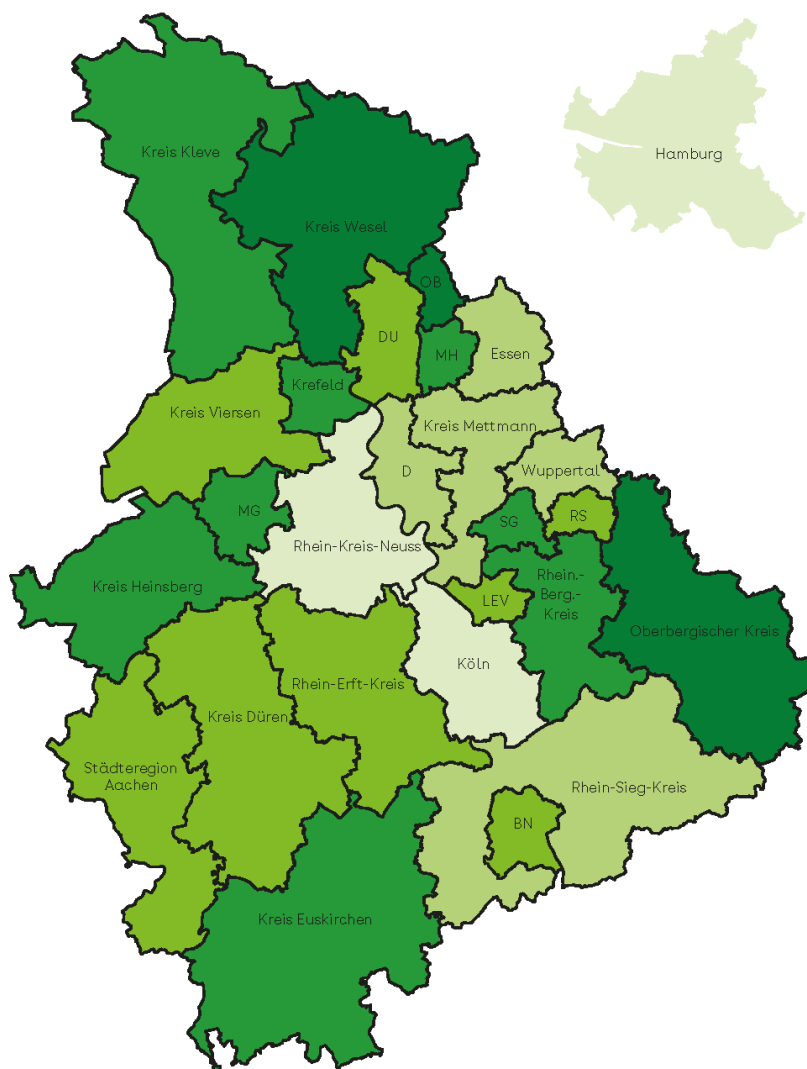
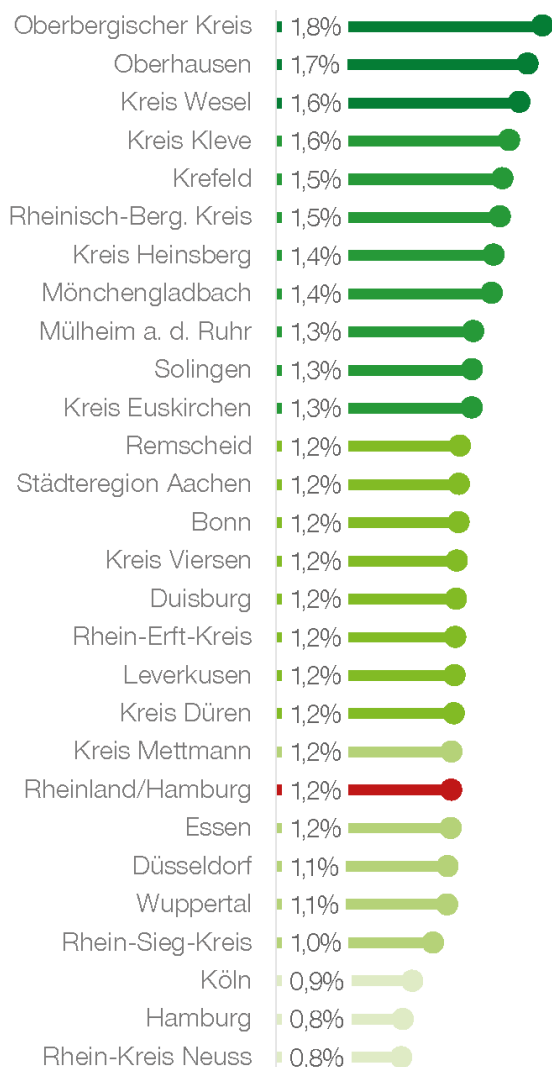
IT.NRW und Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung

Wohnort

Pflegebedürftige Personen in Einrichtungen der stationären Pflege

Anteil an der Bevölkerung



Welche Rolle kommt den Pflegeheimen im deutschen Pflegesystem zu?

Das deutsche Pflegesystem basiert auf dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. Ziel ist es, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können. Die Pflegeversicherung bietet viele Unterstützungsangebote, um pflegende Angehörige im Alltag zu unterstützen. Dennoch kann auf die stationäre Versorgung nicht völlig verzichtet werden, insbesondere bei hoher Belastung der Angehörigen oder hohen fachlichen und therapeutischen Anforderungen an die Pflege. Die Auswertung zeigt den Anteil der pflegebedürftigen Personen in vollstationärer Pflege an der Bevölkerung.

i Die AOK Rheinland/Hamburg erprobt in ihrem Versorgungsprojekt SGB Reha die Etablierung eines übergreifenden, multiprofessionellen Rehabilitationskonzepts in Pflegeeinrichtungen.

Zeitraum

Dezember 2021

Aufgreifkriterien

Pflege im Pflegeheim

Standardisierung

keine

Datenquelle

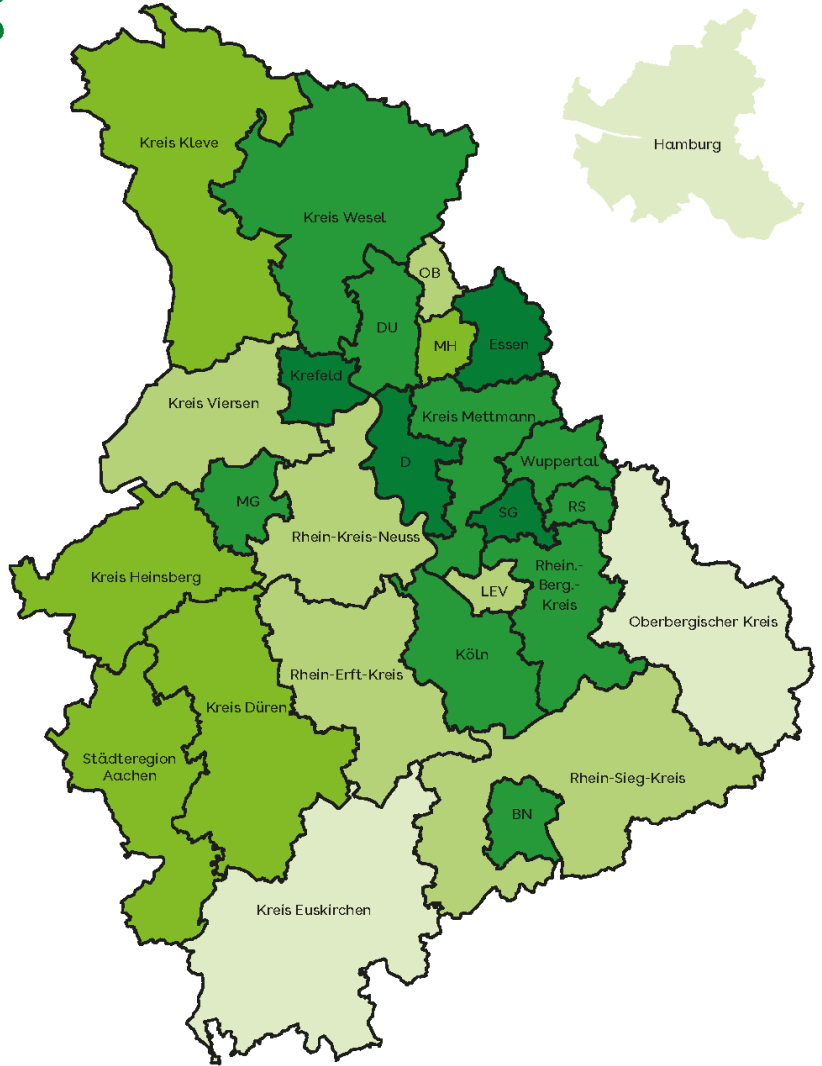
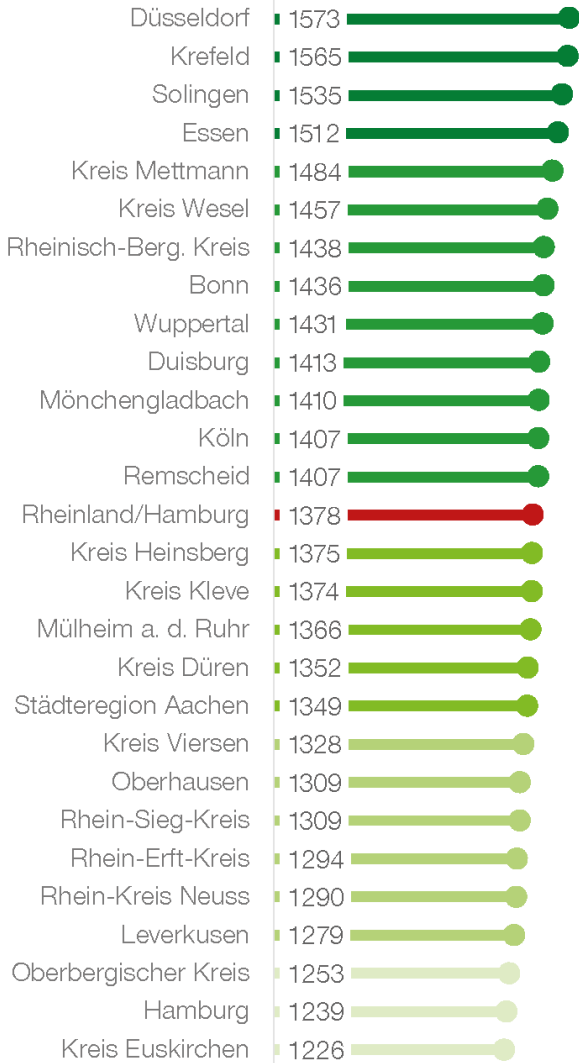
IT.NRW und Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung

Sitz des Pflegeheimes

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in der stationären Pflege

Monatliche pflegebezogene Kosten, Durchschnitt in Euro



Was ist der „Einrichtungseinheitliche Eigenanteil“?

Die Pflegeversicherung ist keine „Vollversicherung“. Pflegebedingte Aufwendungen im Pflegeheim werden mit einem nicht kostendeckenden Pauschalbetrag von der Pflegekasse finanziert. Zusätzliche pflegebezogenen Kosten müssen von den pflegebedürftigen Personen getragen werden. Die Pflegeeinrichtungen legen die nicht gedeckten Kosten gleichmäßig auf alle Bewohnerinnen und Bewohner um. Dieser sogenannte Einrichtungseinheitliche Eigenanteil reduziert sich gestaffelt nach der individuellen Wohndauer. Im ersten Jahr trägt die Pflegeversicherung fünf Prozent, im zweiten Jahr 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent und ab dem vierten Jahr 70 Prozent der nicht gedeckten Pflegekosten. Ausgaben für Unterkunft, Verpflegung, die Ausbildungsplatzumlage sowie die Investitionskostenanteile werden separat in Rechnung gestellt.

Zeitraum

Rheinland 17.11.2023,
Hamburg 31.12.2023

Aufgreifkriterien

keine

Standardisierung

keine

Datenquelle

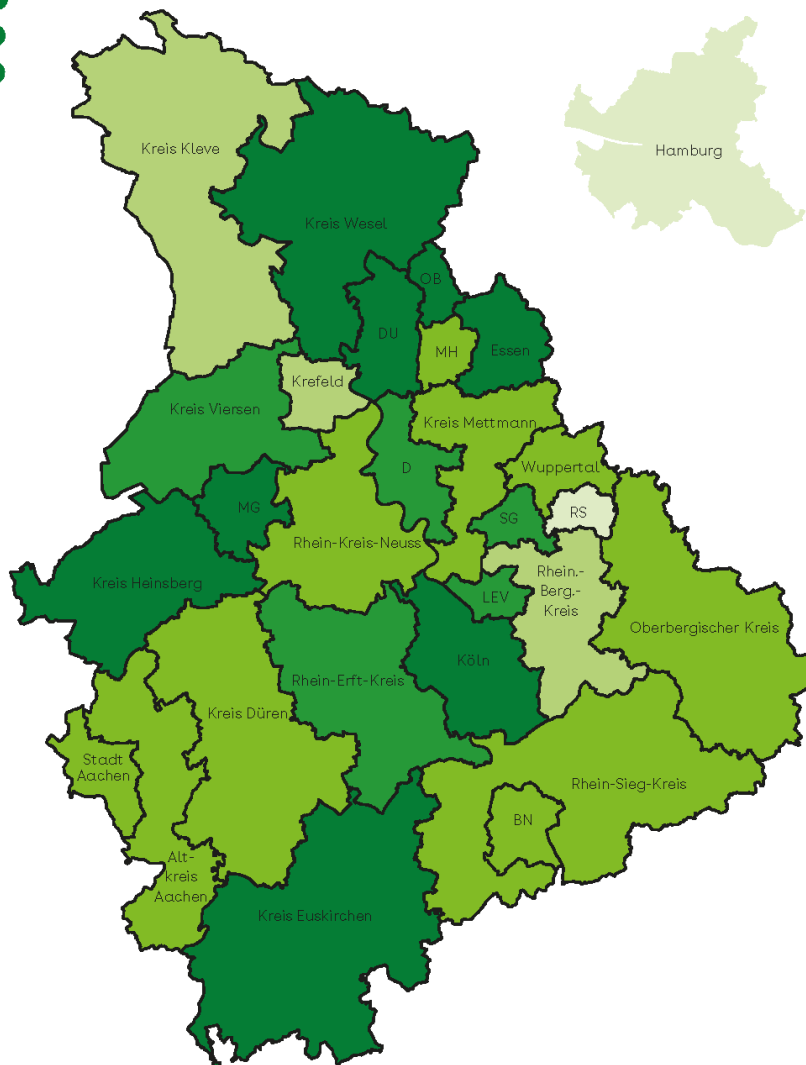
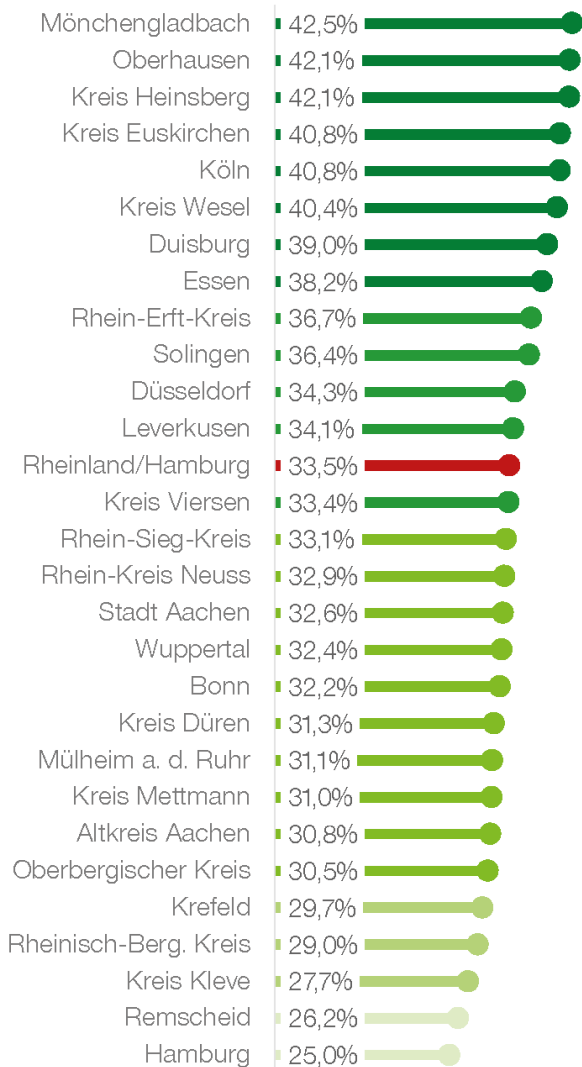
WIdO

Regionale Zuordnung

Sitz des Pflegeheimes

Pflegebedürftigkeit nach Schlaganfall

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren mit Schlaganfall ohne vorherige Pflegebedürftigkeit



Warum sind Menschen nach einem Schlaganfall oftmals pflegebedürftig?

Ein Schlaganfall kann das Gehirn schwer schädigen und bleibende neurologische Störungen, insbesondere Lähmungen, Sprachstörungen und kognitive Beeinträchtigungen, verursachen. Diese Symptome führen oftmals zu einer nachhaltigen Einschränkung der Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltag. In der Folge sind viele Patientinnen und Patienten dauerhaft auf Pflege angewiesen. Das Ausmaß der Folgeschäden eines Schlaganfalls hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, wie zum Beispiel dem Alter der Patientin bzw. der Patienten, der Schwere des Schlaganfalls sowie dem Zeitpunkt und der Qualität der Behandlung.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ohne vorherigen Pflegebedarf innerhalb von drei Monaten nach einem Schlaganfall pflegebedürftig geworden sind.

Zeitraum

2020 bis 2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I60-I64

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

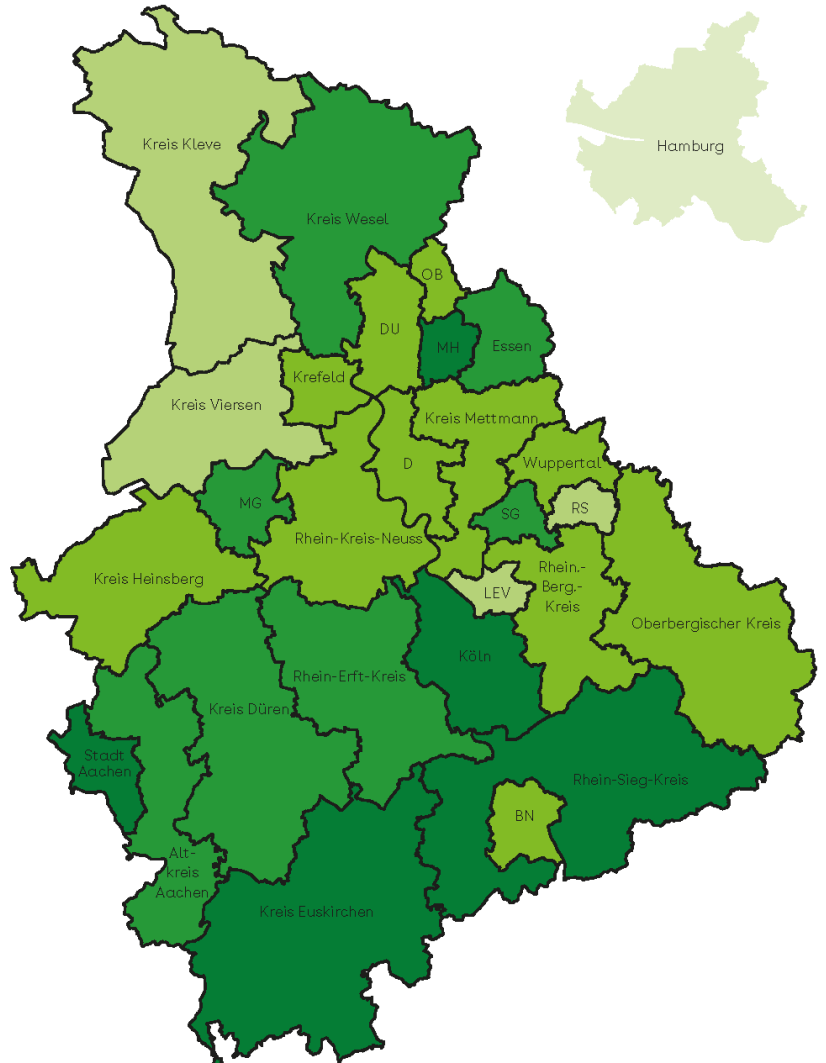
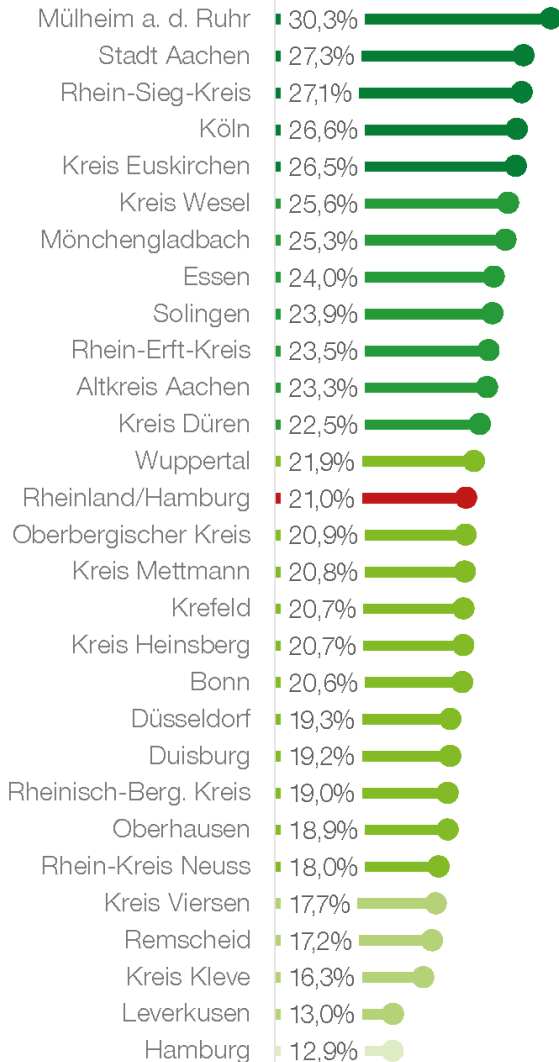
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Pflegebedürftigkeit nach Fraktur

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren mit Fraktur ohne vorherige Pflegebedürftigkeit



Warum sind Brüche für ältere Menschen oftmals problematisch?

Schwindel, Gangunsicherheit und ein allgemeiner Rückgang der körperlichen Ressourcen führen dazu, dass ältere Menschen ein erhöhtes Sturzrisiko aufweisen. Da die Knochendichte im Alter abnimmt, führen Stürze zudem häufiger als in jüngeren Altersgruppen zu Brüchen. Frakturen verursachen bei älteren Menschen häufig starke und bleibende Einschränkungen bei Mobilität, Funktionsfähigkeit und Selbständigkeit. In der Folge sind viele Patientinnen und Patienten dauerhaft auf Pflege angewiesen. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ohne vorherigen Pflegebedarf innerhalb von drei Monaten nach einer Fraktur pflegebedürftig geworden sind. Berücksichtigt wurden dabei Frakturen im Bereich des Halses, der Rippe(n), des Brustbeins, der Brustwirbelsäule, der Lendenwirbelsäule, des Beckens, im Bereich der Schulter und des Oberarmes sowie des Oberschenkelknochens.

Zeitraum

2020 bis 2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: S12, S22, S32, S42, S72

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

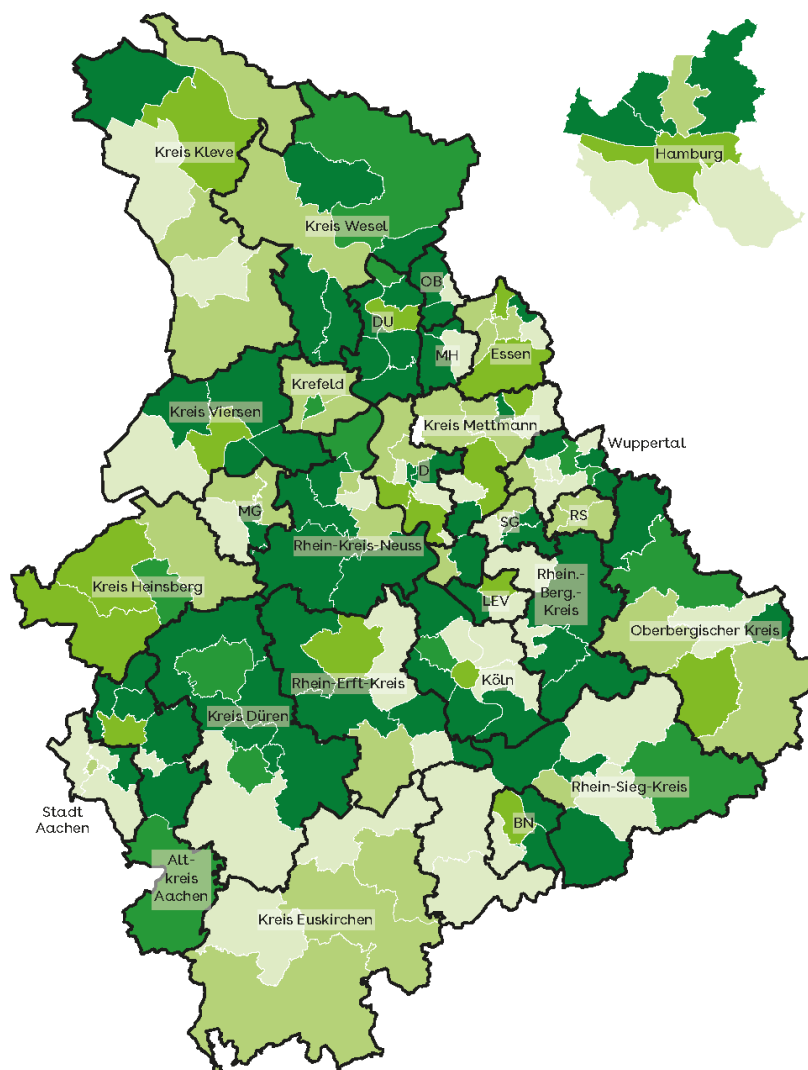
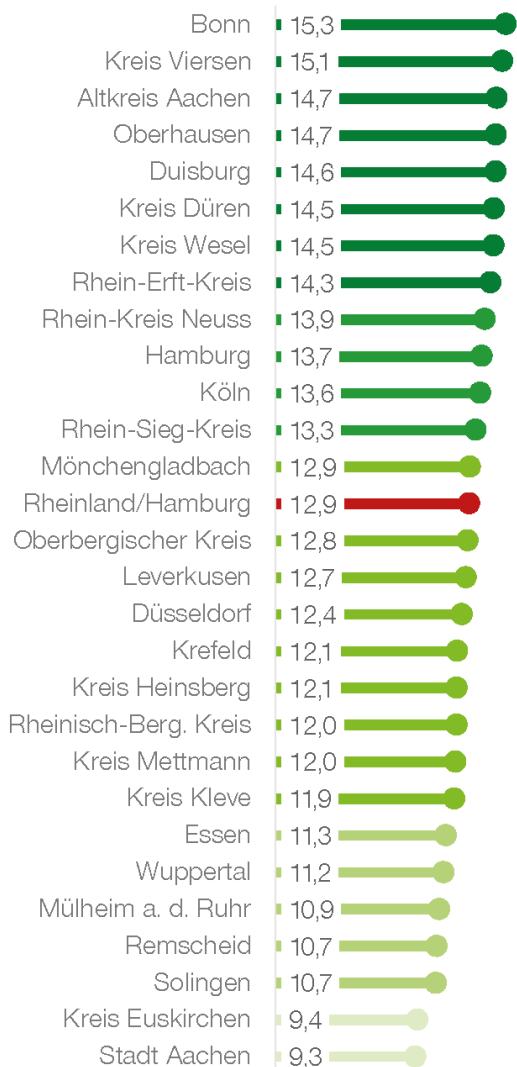
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Vermeidbare Krankenhausfälle aus der Pflege: Zu verhindernde Erkrankungen

Fälle je 100 ganzjährige Heimbewohnerinnen und -bewohner



Welche Krankenhausfälle sind bei pflegebedürftigen Menschen oftmals vermeidbar?

Pflegebedürftige Personen sind erheblich in ihrer Selbstständigkeit und ihren Fähigkeiten eingeschränkt. Sie können ihren Alltag nicht alleine bewältigen. Die Pflegepersonen leisten Unterstützung im Alltag und übernehmen die Verantwortung, Gefährdungen der Gesundheit abzuwenden. Krankenhausaufenthalte aufgrund bestimmter Vorfälle können bei guter Pflege zumindest teilweise vermieden werden. Hierzu zählen bestimmte Frakturen, Wunden, Dekubitus, Ernährungsprobleme, Gelenkversteifungen, Harnwegsinfektionen, Vergiftungen durch Arzneimittel, Lungenentzündungen bedingt durch das Eindringen von Nahrung und Erbrochenem in das Bronchialsystem, hypostatische Lungenentzündungen sowie Unter- und Überzuckerung. Die Auswertung betrachtet die Anzahl der potenziell vermeidbaren Krankenhausfälle aus der Pflege je 100 pflegebedürftige Versicherte.

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: D68.3, E16.2/40-46/86, J18.2/69.0, L89, M24.5, R73, S22/31-32/52.5/71-72/81/91, T36-50/83.5/90-98

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

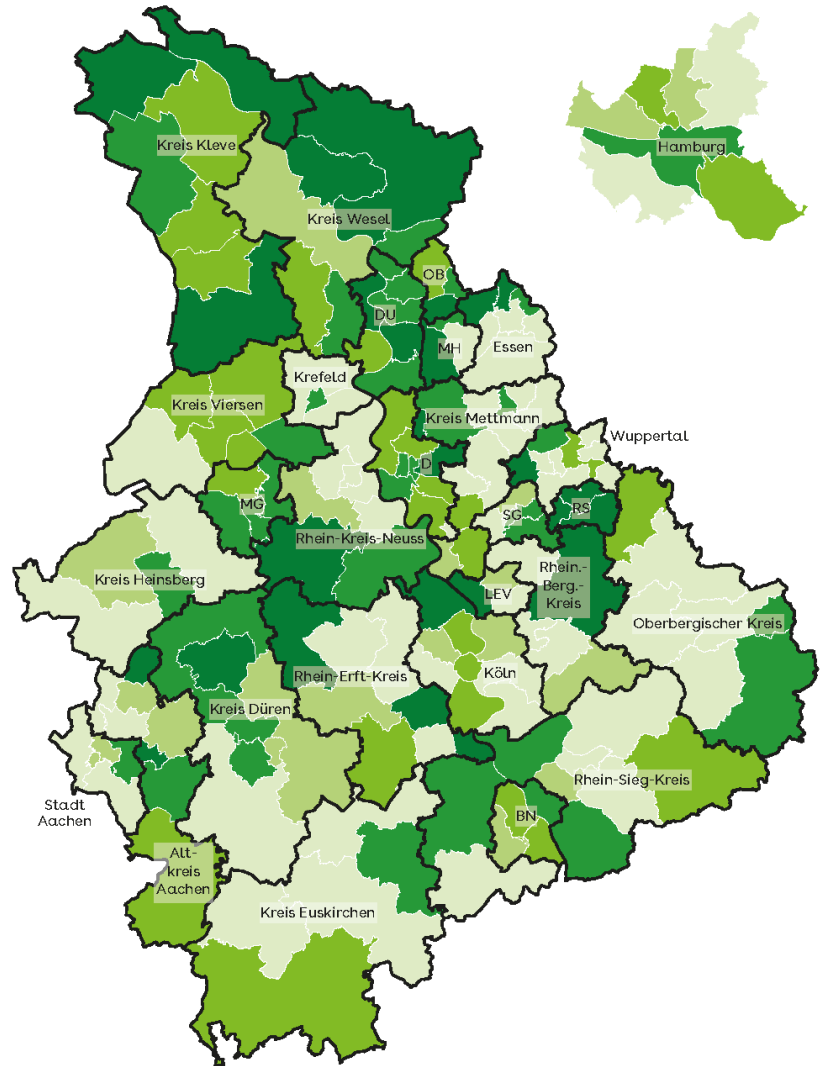
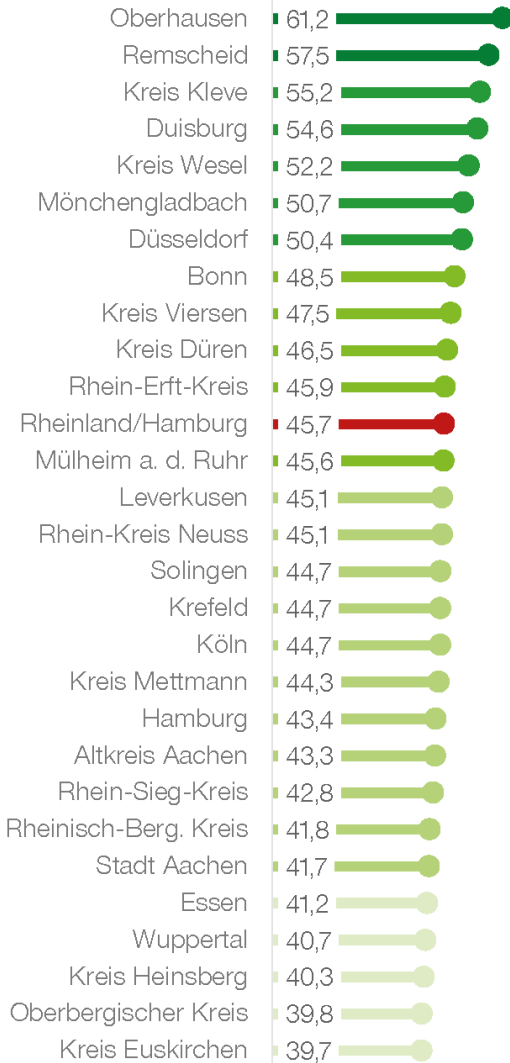
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Vermeidbare Krankenhausfälle: Im Pflegeheim behandelbare Erkrankungen

Fälle je 100 ganzjährige Heimbewohnerinnen und -bewohner



Welche Erkrankungen können oftmals im Pflegeheim behandelt werden?

Der Indikator auf der vorigen Seite bezieht sich auf Krankenhausfälle, bei denen der Behandlungsanlass vermeidbar gewesen wäre. Ein anderes Konzept betrachtet die Krankenhauseinweisungen, die durch eine optimale Behandlung bzw. durch verbesserte Abstimmung aller Beteiligten im Pflegeheim behandelt werden können. So könnten zum Beispiel Hautabszesse, Diabetes, Bronchitis oder Infektionskrankheiten bereits durch die Pflegekräfte im Heim versorgt werden. Eine entsprechende Liste an Krankheiten wurde mithilfe von Expertinnen und Experten im Rahmen eines Forschungsprojektes entwickelt.

Diese Auswertungen betrachtet alle Erkrankungen der Liste und gewichtet die jeweilige Anzahl der Krankenhausfälle mit ihrem geschätzten ambulanten Potenzial.

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

gemäß Bohnet-Joschko et al. 2022

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

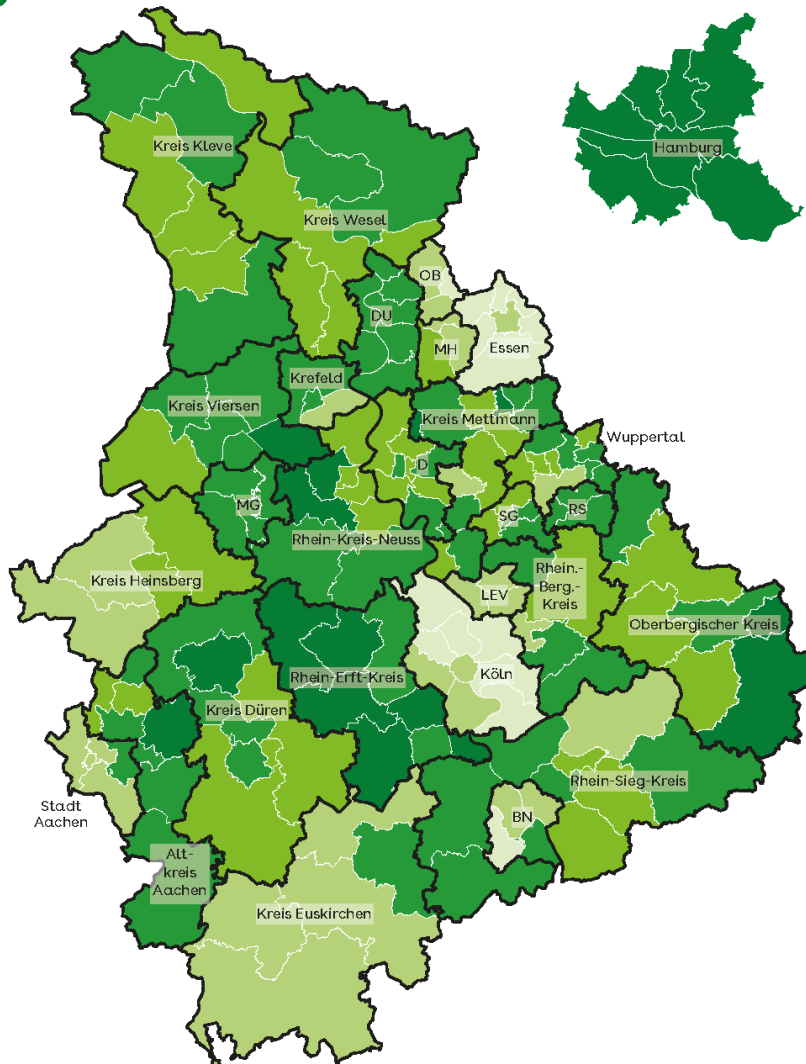
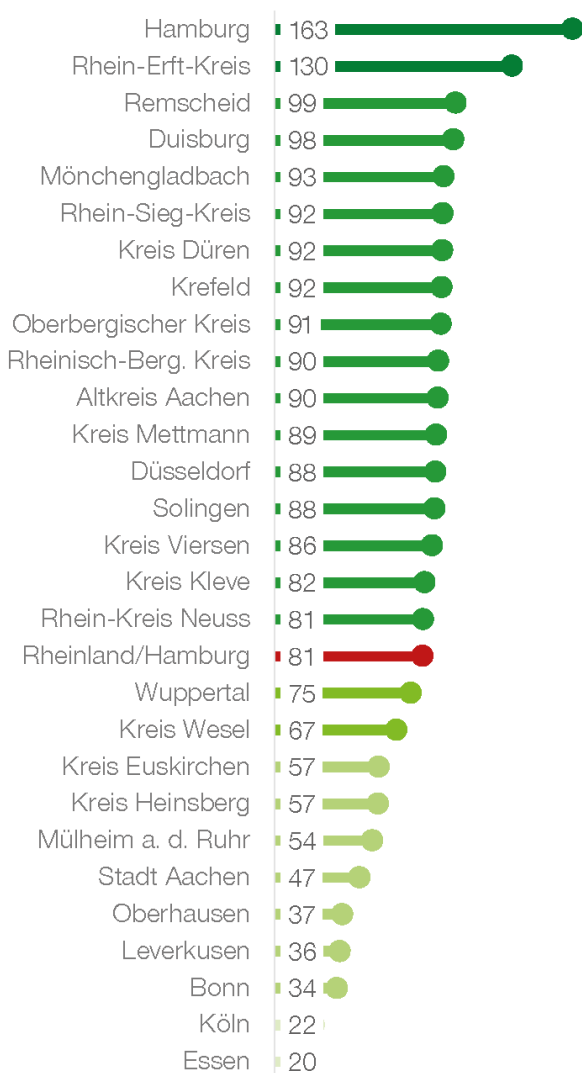
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Notfallfahrten aus Pflegeheimen

Notfallfahrten je 100 ganzjährige Heimbewohnerinnen und -bewohner



Warum kommt es in Pflegeheimen häufig zu Rettungsdiensteinsätzen?

Pflegebedürftige Menschen in Pflegeheimen haben aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und ihres Alters ein erhöhtes Risiko, einen kritischen Gesundheitszustand zu erleiden. Bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder ungewöhnlichen Beschwerden rufen viele Pflegeheime oftmals unmittelbar einen Rettungsdienst, der die Bewohnerin oder den Bewohner ins Krankenhaus bringt. Viele dieser Notfallfahrten sind aus medizinischer Sicht unnötig. Die Heimbewohnerinnen und -bewohner profitieren häufig nicht von den Krankenhausaufenthalten. Zur Bewertung der Ergebnisse gibt es keine Richtgrößen, aber der Kreisvergleich macht regionale Auffälligkeiten deutlich.

i Die AOK Rheinland/Hamburg finanziert die Programme Optimal@NRW und VisitON, bei denen Krankenhauseinweisungen von Heimbewohnern durch telemedizinische Visiten vermieden werden können.

Zeitraum
2023

Aufgreifkriterien
Notfallfahrt

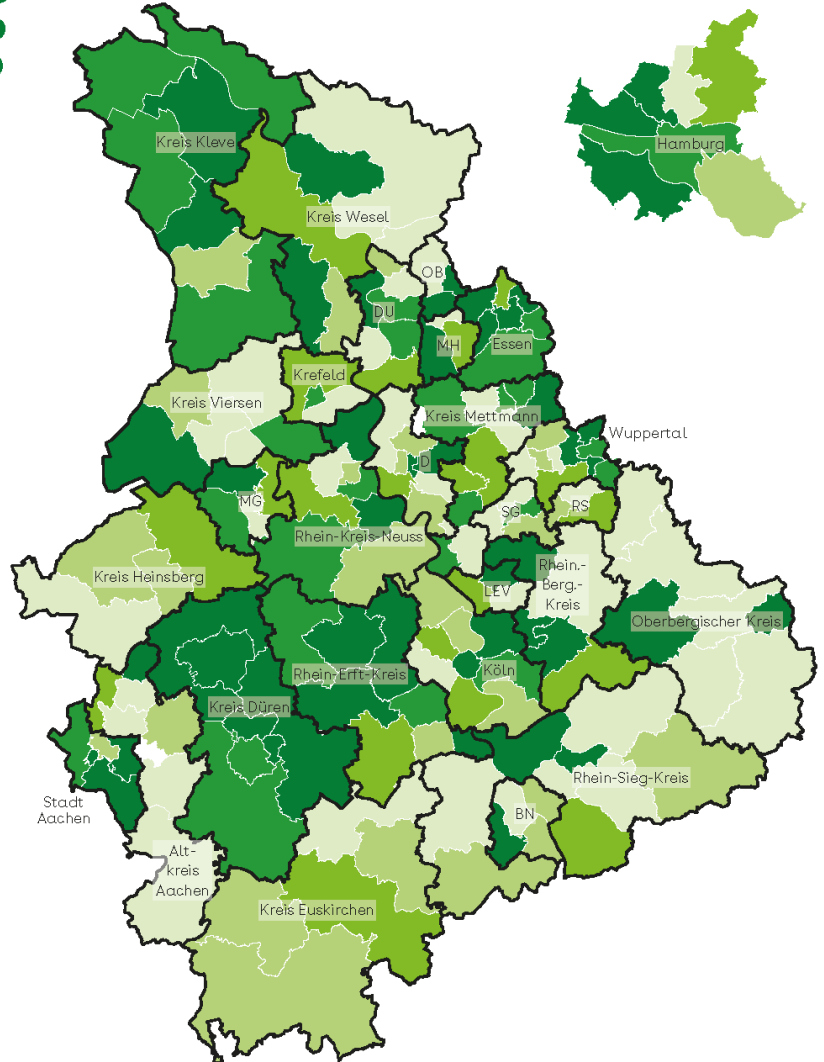
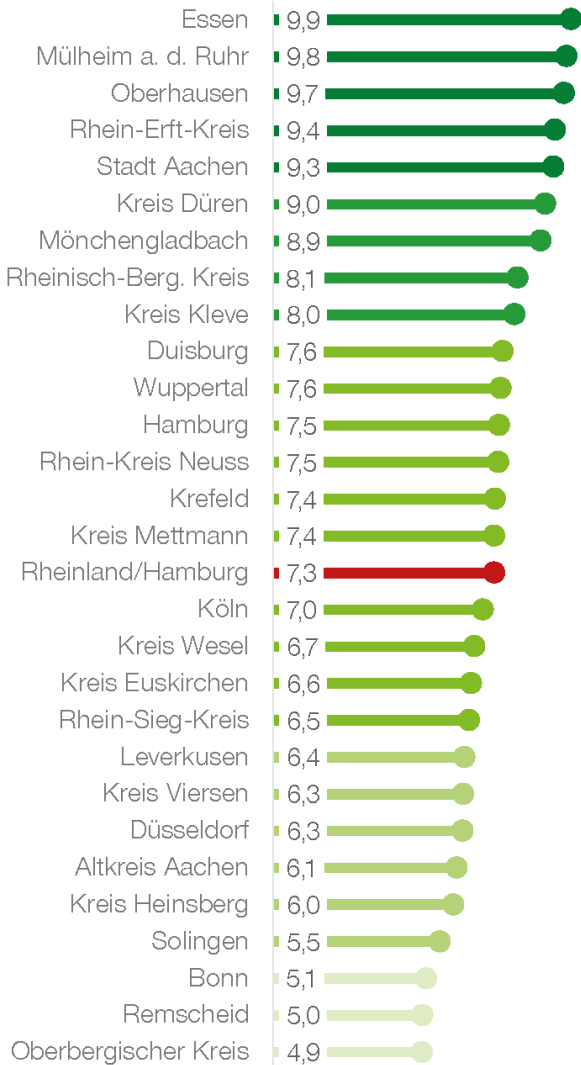
Standardisierung
Alter und Pflegegrad aller stationär Gepflegten

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Dekubitus in der stationären Pflege

Fälle mit Dekubitus (mindestens zweiten Grades) je 100 ganzjährige Heimbewohnerinnen und -bewohner



Warum ist die Dekubitus-Häufigkeit ein Indikator für Probleme in der Pflege?

Ein Dekubitus ist eine Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes, die durch eine längerfristige Druckeinwirkung hervorgerufen wird. Die Schädigungen reichen von einer Hautrötung bis hin zum freiliegenden Knochen. Insbesondere pflegebedürftige Menschen, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind, haben ein erhöhtes Risiko, Hautstellen wund zu liegen oder zu sitzen. Es ist eine wichtige Aufgabe der Pflege, gefährdete Personen regelmäßig – auch nachts – umzulagern, um Druckstellen zu entlasten und die Entstehung von Dekubiti zu verhindern.

Für diese Auswertung werden Dekubiti mindestens zweiten Grades betrachtet, da ab diesem Stadium die Haut geschädigt ist. Aufgreifkriterium ist die Kombination aus gesicherter Diagnose und Verbandsmaterial-Verordnung, da bei einem vorliegenden Dekubitus ab Grad II eine Wundversorgung mit geeignetem Verbandsmaterial durchzuführen ist. Dieses Verfahren wurde erstmalig vorgestellt im WIdO-Pflegereport 2018.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: L89 mit Verbandsmittel

Standardisierung

Alter und Pflegegrad aller stationär Gepflegten

Datenquelle

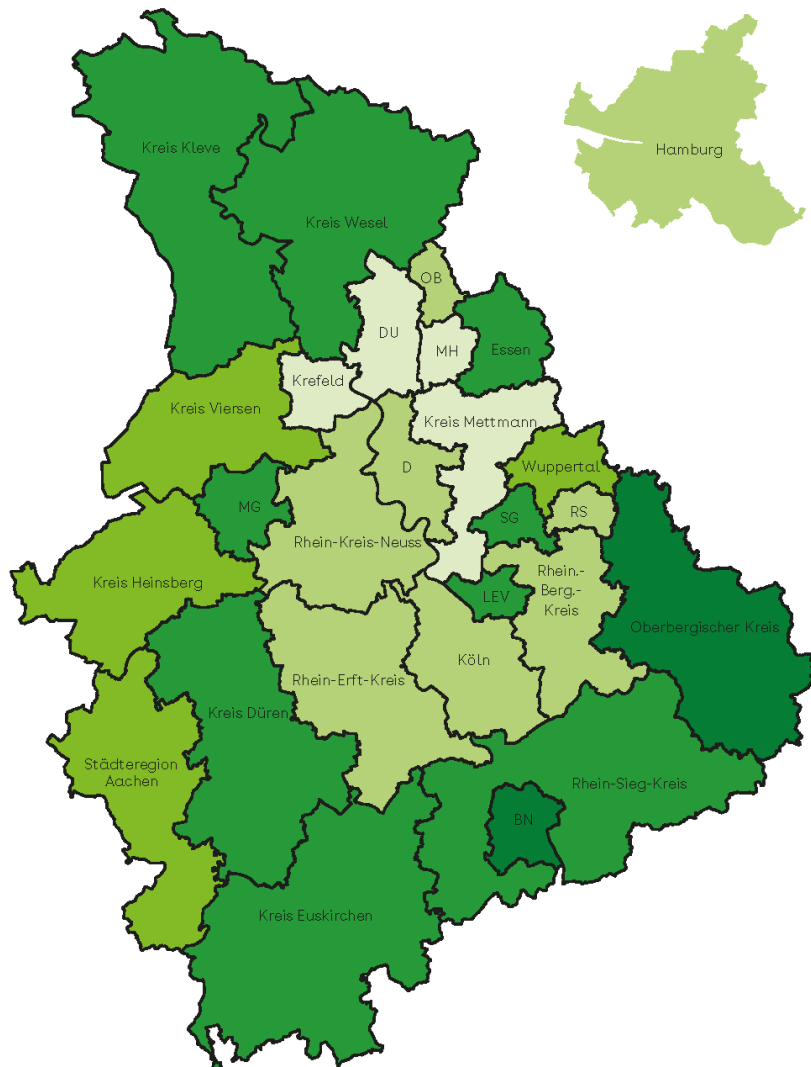
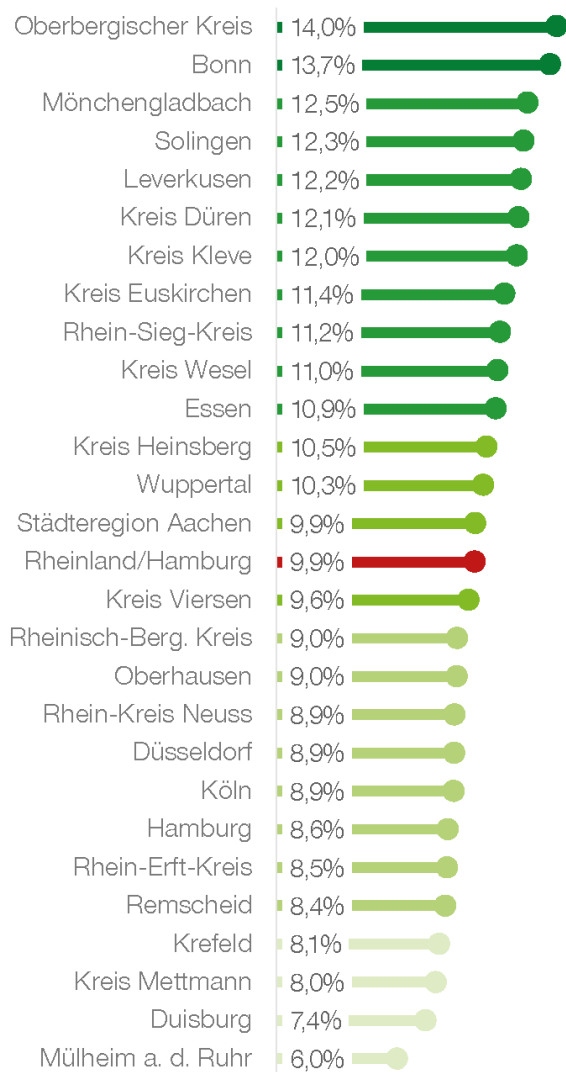
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Dauerverordnung von Antipsychotika im Pflegeheim

Anteil an Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mit Demenz



Wie und wann sollten Antipsychotika bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden?

Fast alle Menschen mit Demenz entwickeln im Laufe ihrer Erkrankung psychische Symptome und Verhaltensauffälligkeiten, wie z. B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder Denk- und Verhaltensstörungen. Vorrangig sollen in diesen Fällen nicht-medikamentöse Behandlungsformen eingesetzt werden. Nur wenn diese keine Verbesserungen bringen, sollte auf Medikamente zurückgegriffen werden. Antipsychotika haben einen sedierenden Effekt. Sie reduzieren die emotionale Erregbarkeit, den Antrieb und die Spontanbewegung. Weglauftendenzen oder beständiges Rufen können mit Psychopharmaka unterdrückt werden. Nicht zuletzt aufgrund des Risikos für schwerwiegende Nebenwirkungen sollte der Einsatz kurzfristig, niedrig dosiert und engmaschig kontrolliert erfolgen.

Diese Auswertung gibt den Anteil der demenziell erkrankten Pflegeheimbewohnenden mit Dauermedikation von Antipsychotika an.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: F00-F03, F05.1, G23.1, G30, G31.0, G31.82

Standardisierung

keine

Datenquelle

WIdO Qualitätsatlas Pflege

Regionale Zuordnung

Sitz des Pflegeheimes

Methodische Erläuterungen

Routinedaten als Datenquelle: Die meisten Auswertungen basieren auf den Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg. Rechnet ein Leistungserbringer seine Leistungen mit der Krankenkasse ab, übermittelt er im Gegenzug eine Vielzahl an abrechnungsrelevanten Informationen, wie zum Beispiel die behandelten Krankheiten und die erbrachten Leistungen. Diese Angaben können im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung analysiert werden. Abrechnungsdaten haben den Vorteil, dass sie nicht eigenständig erhoben werden müssen und – als einzige Datenquelle – einen personenbezogenen und sektorenübergreifenden Überblick über das Versorgungsgeschehen erlauben. Gleichzeitig bestehen gewisse Limitationen. Routinedaten beinhalten nur abrechnungsrelevante Informationen, geben keine Auskunft über privat finanzierte Leistungen und sind – insbesondere bei Krankheitsdiagnosen – davon abhängig, dass die Angaben durch die Leistungserbringer vollständig, richtig und möglichst einheitlich gemeldet werden.

Die Versichertenstruktur der AOK Rheinland/Hamburg unterscheidet sich von der Gesamtbevölkerung. Insbesondere bei Indikatoren, die stark vom individuellen Gesundheitsverhalten abhängen, sind die Befunde nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung.

Klasseneinteilung: In den Abbildungen werden die Regionaldaten in jeweils fünf Klassen eingeteilt. Die Klassengrenzen sind so gewählt, dass die Regionen innerhalb einer Klasse möglichst ähnliche Werte haben und die Klassen sich untereinander unterscheiden. Wertungsfrei entspricht im gesamten Report die Klasse mit den jeweils höchsten Werten der dunkelsten Farbschattierung.

Standardisierung: Bei der Standardisierung werden die Werte so gewichtet, als hätten die Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in allen Kreisen und kreisfreien Städten dieselbe Alters- und Geschlechtsstruktur. Dadurch können Abweichungen herausgerechnet werden, die lediglich regionalen Unterschieden bezüglich der Alters- und Geschlechtsstruktur bei den Versicherten geschuldet sind.

Gemeindezuschnitte: Die Zuschnitte bilden die Gemeinden in den Kreisen und Stadtbezirke in den kreisfreien Städte ab. Bedingung war eine Mindestfallzahl in jedem Gebiet. Konnte diese nicht erreicht werden, wurden Gebiete zusammengelegt. Lagen genügend Fälle vor, konnte auch in kreisangehörigen Städten eine Differenzierung erfolgen. Die Zuordnung erfolgt zumeist auf Grundlage der Postleitzahl. Für Hamburg und Wuppertal erfolgte die Zuteilung straßen- und hausnummerngenau.

Versichertenart: Die Zuordnung der Versicherten in die Gruppen der Beschäftigten und Arbeitslosengeld-2-Beziehenden ist nicht immer eindeutig, da sich die Versichertenart innerhalb eines Betrachtungszeitraums ändern kann. In diesen Fällen wird den Versicherten ihre dominierende Versichertenart zugewiesen, das heißt die Versichertenart, der die Person die meisten Kalendertage im betrachteten Zeitraum angehörte. Die Einordnung der Familienversicherten erfolgt anhand der Versichertenart des Stammversicherten.

Fahrzeitberechnungen: Alle Fahrzeiten im Report wurden adressgenau mit dem Programm RegioGraph Planning berechnet. Das Programm nutzt die TomTom-Straßenkarten. Berechnet wurde die Fahrzeit vom Leistungserbringer zur Wohnadresse mit einem durchschnittlichen Fahrzeug.

Ganzjährig Versicherte oder ganzjährige Heimbewohnerinnen und -bewohner: Bei entsprechend gekennzeichneten Auswertungen wird berücksichtigt, dass Versicherte unter Umständen nicht ein volles Jahr bei der AOK versichert oder in stationärer Pflege waren. In dieser Zeit gäbe es keine Möglichkeit, dass bei ihnen das betrachtete Ereignis einträte, sodass die Häufigkeit unterschätzt wäre. Um diese Verzerrung zu vermeiden, gehen die Versicherten nur anteilig für den Zeitraum eines Jahres in die Analyse ein, den sie bei der AOK versichert bzw. in stationärer Pflege waren. Der Indikator entspricht somit rechnerischen Ganzjahresäquivalenten.

Schwerpunktthema: Berechnung der Risikoadjustierten Ereignisraten

Die individuelle Wahrscheinlichkeit für einen schweren Krankheitsverlauf hängt von verschiedenen Faktoren wie der Krankheitsschwere, Begleiterkrankungen oder dem sozioökonomischen Status ab. Leben in einer Region tendenziell ältere, kränkere oder sozial schwächere Patientinnen und Patienten, sind hier mehr unerwünschte Folgeereignisse zu erwarten. Diese Einflussfaktoren sind in der Versorgung nur bedingt zu beeinflussen. Ein Rückschluss von hohen Ereignisraten auf Probleme in der Versorgung wäre nicht zulässig. Aus diesem Grund erfolgt eine Risikoadjustierung. Die beobachtete Fallzahl wird hierbei

ins Verhältnis zu der – unter Berücksichtigung der weiteren Einflussfaktoren – statistisch erwarteten Fallzahl gesetzt. Dafür wird mittels einer logistischen Regressionsanalyse der Einfluss eines jeden Faktors auf das Auftreten eines Folgeereignisses bestimmt. Für jede Person in der Studienpopulation kann mit diesen Werten anhand ihres persönlichen Risikoprofils eine individuelle Wahrscheinlichkeit berechnet werden, dass bei ihr ein unerwünschtes Folgeereignis eintreten wird. Die Summe der individuellen Ereigniswahrscheinlichkeiten aller Personen in einer Region ergibt die erwartete Ereignishäufigkeit. Ein solches Risikoadjustierungsverfahren entspricht dem Standard in der Qualitätssicherung.

Umgang mit statistischer Unsicherheit: Die Risikoadjustierung basiert auf einem Modellverfahren, deren Berechnung mit einer statistischen Unsicherheit einhergeht. Die Sicherheit der Schätzung wird mit einem 95%-Konfidenzintervall ausgewiesen. Liegt der Durchschnittswert von 1 nicht im Konfidenzintervall einer Region, so ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit von 95 Prozent davon auszugehen, dass diese Region sich in ihrer Ereignisrate tatsächlich vom Durchschnitt unterscheidet. Liegt der Durchschnittswert hingegen innerhalb des Konfidenzintervalls kann nicht ausgeschlossen werden, dass der gemessene Unterschied nur dem Zufall geschuldet ist. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass kein Unterschied besteht, sondern dass er sich nicht statistisch gesichert nachweisen lässt. Alle Regionen, die sich nicht statistisch signifikant vom Durchschnittswert unterscheiden, wurden im mittleren Grünton gefärbt.

Im Folgenden werden die betrachteten Risikofaktoren für die einzelnen chronischen Erkrankungen aufgeführt:

Für alle Erkrankungen

Beobachtungszeit, Soziodemographische Angaben: Alter, Geschlecht, Versichertenstatus (Bürgergeld-Bezug, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, freiwillig versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, sonstige Versicherte, monatliche Rente <800€, 800-1599€ bzw. > 1.600€)

Typ-2-Diabetes: Krankenhausfall aufgrund von Typ-2-Diabetes im Basisjahr, adaptierter Diabetes-Komplikationsschwere-Index, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Pulmonalklappenkrankheit, Kardiomyopathie, Atherosklerose, Nierenkrankheit, Lipidämie, Rauchen, Adipositas mit BMI-Status

Koronare Herzkrankheit: Art der KHK (Angina pectoris, Mehrgefäßerkrankung, Hauptstammstenose, junger Herzinfarkt, alter Herzinfarkt), Bluthochdruck, Herzklappenersatz, Herzklappenfehler, Revaskularisierung vor oder im Basisjahr, Herzinsuffizienz nach Schwere, Rhythmusstörung, periphere Gefäßkrankheit, Adipositas, Diabetes, Dislipidämie, chronisch-entzündliche Erkrankungen, Nierenversagen

Vorhofflimmern: Art des Vorhofflimmerns (paroxysmal, persistierend, permanent, Vorhofflattern), Schlaganfall im Basisjahr, sonstige thromboembolische Ereignisse im Basisjahr, CHA2DS2-VASc-Score, implantierbarer Kardioverter/Defibrillator vor oder im Basisjahr, Ablation oder Kardioversion vor oder im Basisjahr, Anzahl Antiarrhythmika

Asthma: COPD, Depression, Diabetes, Gastroösophageale Refluxkrankheit, Schweregrad gemäß Stufenschema anhand des Medikationsregimes, Rauchen, Chronische Rhinitis oder Sinusitis, Status asthmaticus, Anzahl der moderaten bzw. schweren Exazerbationen im Basisjahr, Anzahl akute Atemwegsinfekte im Basisjahr, Adipositas

COPD: Adipositas, Asthma, Rauchen, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, pAVK, Schweregrad gemäß ICD-Endsteller sowie gemäß Stufenschema anhand des Medikationsregimes, Anzahl moderater, schwerer bzw. sehr schwerer Exazerbationen im Basisjahr

Chronische Nierenkrankheit: Krankheitsstadium nach ICD-10, Diabetes mellitus, Hypertonie, KHK, Periphere Gefäßkrankheit, Zystische Nierenerkrankung, chronisch-entzündliche Erkrankungen, Nephrotoxische Medikation, Tumorthherapie

Auswertungen zur ambulanten Notfallversorgung: Bei der Operationalisierung des Behandlungsanlasses wurde die Perspektive der Patientinnen und Patienten eingenommen. Bei akuten Beschwerden treffen diese ihre Entscheidung, ob und welche Notfallstrukturen sie nutzen, anhand ihrer Symptome.

Die genaue Krankheitsdiagnose kennen sie nicht. Daher wurden die tatsächlichen Krankheitsdiagnosen in 13 Symptomgruppen einsortiert. Für die Zuordnung wurde ein Algorithmus entwickelt, der eine bestmögliche Einteilung vornimmt.

Die Sortierung der Einflussfaktoren gemäß ihrer Erklärungskraft erfolgte mittels eines „Conditional-Regression-Trees“-Verfahren. Dabei wird in einer mehrstufigen Vorgehensweise der Zusammenhang zwischen allen betrachteten Einflussfaktoren und der Zielvariable simultan getestet. Die Einflussfaktoren werden je nach Stärke ihrer Assoziation mit der Zielvariable nacheinander ausgegeben.

Quellenangaben zur Krankenhausplanung:

Die Voten der Krankenkassen zur Krankenhausplanung sind veröffentlicht im Bericht „Stand der Umsetzung des Krankenhausplanes - Verhandlungsergebnisse“ - Vorlage 18/1310 des Landtags Nordrhein-Westfalen.

Nowak et al. 2015: Association between hospital procedure volume and early complications after pacemaker implantation: results from a large, unselected, contemporary cohort of the German nationwide obligatory external quality assurance programme . In: *Europace* (2015) 17, 787-793.

Jeschke et al. 2019: Low Hospital Volume Increases Revision Rate and Mortality Following Revision Total Hip Arthroplasty: An Analysis of 17,773 Cases. In: *Journal of Arthroplasty* 34, 2045-2050.

Erfassung der familiären Belastungssituation: Zuordnung der Eltern zu den Kindern: Zur Erfassung der familiären Belastungssituation wurden die Kinder ihren Eltern zugeordnet. Dies war nur für Eltern möglich, die selbst bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert sind. Die Zuordnung erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren.

Indikatoren und Modellverfahren: Die Kinder und Jugendlichen wurden in sechs Altersgruppen eingeteilt. Für jede Altersgruppe wurde das Vorliegen alterstypischer Erkrankungen geprüft. Diese mussten im Jahr 2022 mindestens in zwei Quartalen ärztlich dokumentiert worden sein. Auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurde für das Jahr 2022 geprüft – die Indikatoren „fehlende Teilnahme U-Untersuchung“ und „unvollständiger Impfschutz“ für die Jahre 2021 und 2022. Letztere beiden Indikatoren galten als erfüllt, wenn eine für 2022 empfohlene Maßnahme bis Ende 2022 nicht genutzt wurde. Betrachtet wurden die U3 bis U6 für Neugeborene, U7 für Einjährige, U7a für Zweijährige, U8 für Dreijährige und die U9 für Vierjährige sowie drei Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Hib, Polio, Pertussis, Hepatitis-B bei Neugeborenen und mindestens eine Impfung gegen Masern und Varizellen bei Einjährigen. Bei den Indikatoren Krankenhausaufnahme, ambulanter Notfall, Psychotherapie und Psychopharmaka wurde nicht die Anzahl, sondern das einmalige Vorliegen geprüft. Zur Berechnung des Einflusses der einzelnen familiären Belastungssituationen auf die Kindergesundheit wurden für jeden Indikator logistische Regressionen mit den fünf verschiedenen Belastungssituationen als erklärende Variablen durchgeführt.

Polypharmazie: Die Einteilung in Krankheitsgruppen erfolgte anhand eines auf Basis klinischer Kriterien entwickelten Klassifikationsschemas für Multimorbidität. Quelle: Calderón-Larrañaga et al. 2017: Assessing and Measuring Chronic Multimorbidity in the Older Population: A Proposal for Its Operationalization. In: *Journals of Gerontology: Medical Sciences* 72:10, 1417-1423.

Die Zuordnung der Medikamente zu den Krankheitsgruppen erfolgte – mit eigenen Ergänzungen – auf Grundlage von: Stafford et al. 2021: Combined Multimorbidity and Polypharmacy Patterns in the Elderly: A Cross-Sectional Study in Primary Health Care. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, 9216. Bei Medikamenten, die nur bei einer Krankheitsgruppe eingesetzt werden, erfolgte eine direkte Zuordnung. Bei mehreren möglichen Einsatzgebieten eines Arzneimittels wurde die Zuordnung anhand einer zusätzlichen Prüfung der Diagnosen vorgenommen. Lagen mehrere Krankheiten für ein entsprechendes Arzneimittel vor, wurde davon ausgegangen, dass es gegen alle diese Erkrankungen eingesetzt wurde.

