

Gesundheitsreport 2025

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

Impressum

Gesundheitsreport 2025 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 Dortmund, Dr. Michael Held, 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.



natureOffice.com/DE-077-158099



Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

Vorwort

Gesundheitsversorgung vor Ort im Blick

Mit unserem Gesundheitsreport beschreiben wir jedes Jahr die Gesundheitsversorgung in den Regionen Rheinland und Hamburg. Wir tun dies, um Auffälligkeiten, Lücken und Fehlentwicklungen aufzuzeigen. Die Befunde liefern die Grundlage für Diskussionen mit unseren Partnerinnen und Partnern vor Ort. Als große Versorgerkasse engagieren wir uns lokal und gestalten Versorgung.

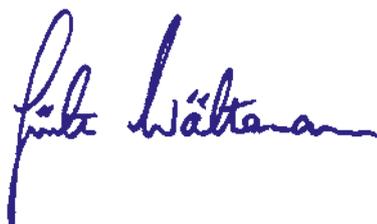
Unser Ziel ist eine gute, patientenorientierte und verlässliche Gesundheitsversorgung, auch und gerade in schwierigen Zeiten. Kostenanstiege, Fachkräftemangel, Alterung der Gesellschaft – unser Gesundheitswesen steht vor vielen Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund ist es dringlicher denn je, die Versorgung effizient zu gestalten. Hier ist noch Potenzial.

Der Gesundheitsreport betrachtet in diesem Jahr die ambulante ärztliche Versorgung an der Schnittstelle zwischen Fach- sowie Hausärztinnen und -ärzten. Er zeigt: Oftmals werden die knappen ärztlichen Behandlungskapazitäten nicht effizient und abgestimmt eingesetzt. Die Auswertungen machen Informationsverluste in der Patientenversorgung zwischen Krankenhaus, Fach- und Hausarztpraxis deutlich.

Darüber hinaus enthält der Report den gewohnten, vielfältigen Überblick über die Gesundheitsversorgung im Rheinland und in Hamburg. Eine Vielzahl von häufig genutzten und nachgefragten Auswertungen sind ab diesem Jahr im zweiten Teil des Reports zusammengefasst. In den Kapiteln „Ambulante Versorgung“, „Stationäre Versorgung“, „Kinder- und Jugendgesundheit“ sowie „Pflege“ finden Sie zahlreiche Fakten zur Nutzung des Gesundheitswesens in den Regionen.

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

Düsseldorf, Mai 2025



Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes

Inhaltsverzeichnis

Kernaussagen 5

Schwerpunkt

Integrierte Versorgung: Behandlungskontinuität
zwischen fach- und hausärztlicher Versorgung 9

Wiederkehrende Auswertungen

Ambulante Versorgung 43

Stationäre Versorgung 57

Kinder- und Jugendgesundheit 65

Pflege 77

Methodische Erläuterungen 85

Kernaussagen

Schwerpunkt: Integrierte Versorgung

In Deutschland besteht im Unterschied zu anderen Ländern kein Primärversorgungssystem. Patientinnen und Patienten haben die freie Arztwahl und unbeschränkten, direkten Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten. Gleichwohl ist eine **Arbeitsteilung zwischen Haus- und Fachärztinnen/-ärzten** aufgrund ihrer unterschiedlichen fachlichen Ausrichtungen und Behandlungskapazitäten zwingend. Hausärztinnen und -ärzte sollten Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen federführend behandeln und bei besonderer Krankheitsschwere und -komplexität in die Facharztpraxis überweisen. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten sollte im Anschluss in der Hausarztpraxis fortgeführt werden. Nur in schweren Fällen ist eine längerfristige fachärztliche Therapie angeraten.

Wenn mehrere Akteure in die Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten eingebunden sind, ergibt sich zwangsläufig eine **Schnittstelle**. Diese Schnittstelle muss durch eine gute Vernetzung und Kommunikation der Akteure überbrückt werden, damit medizinisch relevante Informationen nicht verloren gehen. Fachärztinnen und Fachärzte – in den Praxen und in Krankenhäusern – verfügen aufgrund ihrer speziellen Expertise und der apparativen Ausstattung über größere diagnostische und therapeutische Möglichkeiten als eine Hausarztpraxis. Es ist wichtig, dass die dort gewonnenen Erkenntnisse für die Weiterbehandlung im hausärztlichen Bereich genutzt werden. **Eine gelingende hausarztzentrierte Versorgung muss eine integrierte Versorgung sein.**

Diesem Thema widmet sich dieser Gesundheitsreport. Er untersucht anhand von Abrechnungsdaten der AOK Rheinland/Hamburg, ob fachärztliche Befunde und Therapieänderungen in der Behandlung durch Hausärztinnen und -ärzte Berücksichtigung finden. Die Auswertungen zeigen, dass dies in vielen Fällen nicht passiert. Insbesondere die **Behandlung von Krankheiten, die neu durch Fachärztinnen und -ärzte diagnostiziert wurden, wird mehrheitlich nicht durch Hausärztinnen und -ärzte fortgeführt**. Die Diagnose einer chronischen Lungenerkrankung wird nur in jedem dritten, einer Herzinsuffizienz in jedem vierten und einer chronischen Nierenkrankheit nur in jedem fünften Fall durch Hausärztinnen und -ärzte aufgegriffen. Insbesondere **bei älteren Menschen und Pflegebedürftigen zeigen sich Probleme. Vorteilhaft wirkt eine koordinierte Einbindung** der Fachärztinnen und -ärzte mittels Überweisung – ohne, dass dadurch alle Lücken geschlossen werden.

Fachärztliche Änderungen bei der medikamentösen Therapie werden bei Herzerkrankungen, Typ-2-Diabetes und der chronischen Nierenkrankheit zumeist durch Hausärztinnen und -ärzte übernommen. **Bei chronischen Lungenerkrankungen wird die geänderte Therapie hingegen in weniger als der Hälfte der Fälle fortgeführt.**

Eine fehlende hausärztliche Weiterbehandlung muss nicht in jedem Fall problematisch sein. Liegt aus Sicht der Hausärztinnen und -ärzte trotz Kenntnis der Erkrankung kein Therapiebedarf vor, ist eine Behandlung nicht erforderlich. So zeigen vertiefende Analysen, dass Krankheiten im frühen Stadium deutlich seltener weiterbehandelt werden als schwere Fälle. Die **Krankheitsschwere und weitere Einflussfaktoren können in Teilen erklären**, in welchen Fällen Hausärztinnen und -ärzte eine Krankheit nicht behandeln. Insgesamt ist das **Ausmaß der hausärztlichen Weiterbehandlung aber zu niedrig**. Dies deutet auf Probleme im Informationsaustausch hin.

In Deutschland kommt es zu häufig zu Informationsverlusten aufgrund einer mangelnden Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden im Gesundheitswesen. Internationale Vergleichsstudien zeigen, dass Deutschland **Schlusslicht in Bezug auf den Informationsaustausch und die digitale Vernetzung** im Gesundheitswesen ist.

Unterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten des Rheinlands und Hamburg legen nahe, dass der Grad der Vernetzung und der Kommunikation auch **regional unterschiedlich** ausgeprägt ist.

Ambulante Versorgung

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 (57 Prozent der Frauen und 50 Prozent der Männer) haben zwischen 2021 und 2023 an der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung („**Check-up**“) teilgenommen.

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 59 Jahren alle zwei Jahre möglich. In den Jahren 2022 und 2023 lag die Teilnehmerate bei 44 Prozent.

Die **Koloskopie (Darmspiegelung)** ist die derzeit zuverlässigste Methode, um Darmkrebs frühzeitig zu erkennen. Männer können seit April 2019 die Früherkennungskoloskopie bereits mit 50 Jahren in Anspruch nehmen. Zuvor lag die Altersgrenze bei 55. Jahren. Innerhalb der ersten fünf Jahre haben gerade einmal 5,5 Prozent der Versicherten, die neu anspruchsberechtigt waren, die Früherkennung genutzt.

Die **wohntnahe Erreichbarkeit** der **hausärztlichen Versorgung** im Rheinland und in Hamburg ist gut. 83 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. 18 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 knapp 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 im Zugang zu Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten schließen.

45 Prozent der 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.

Bestimmte Medikamente sind **für ältere Menschen potenziell ungeeignet**, da sie unerwünschte Risiken und Wechselwirkungen haben können. Sie sollten daher möglichst nicht oder nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden. Jede dritte Person ab 65 Jahren erhält entsprechende Medikamente.

Stationäre Versorgung

Deutschland hat im internationalen Vergleich auch weiterhin eine sehr hohe Anzahl an Krankenhausfällen. Im Jahr 2024 gab es 227 **Krankenhausfälle** je 1.000 AOK-Versicherte. Bei bestimmten Krankenhausfällen bestehen Zweifel, ob eine stationäre Aufnahme medizinisch tatsächlich erforderlich war. Verdacht auf eine **potentielle primäre Fehlbelegung** besteht zum Beispiel bei vielen einfachen Eingriffen ohne komplizierende Faktoren. Im Jahr 2024 gab es hiervon 30 Krankenhausfälle je 1.000 AOK-Versicherte.

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 Ersteintritts. Nach jedem sechsten Krankenhausfall von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren erfolgt innerhalb von 30 Tagen eine **stationäre Wiederaufnahme**.

Gut 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.

Kinder- und Jugendgesundheit

45 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 Lebensjahres nehmen noch 92 Prozent der Kinder bzw. Eltern wahr. Die U10 im Grundschulalter und die J1-Untersuchung rund um das 13. Lebensjahr nutzen hingegen nur noch 40 bzw. 45 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 zwei Drittel der Jugendlichen die J1-Untersuchung, in Remscheid ist es hingegen nur jede und jeder Vierte.

Ein Drittel der Kinder hat bis zu ihrem sechsten Geburtstag bereits **Zahnfüllungen** erhalten. Die häufigste Ursache ist Karies.

Pflege

7,6 Prozent der Bevölkerung im Rheinland und in Hamburg sind **pflegebedürftig** – jede neunte Person davon wird stationär in einem Pflegeheim betreut. Zwischen den Kreisen bzw. kreisfreien Städten variiert der Anteil der auf Pflege angewiesenen Personen deutlich.

Die Pflegeversicherung übernimmt einen pauschalen Betrag für die Pflege. Darüber hinausgehende Kosten müssen die pflegebedürftigen Personen selbst bezahlen. Pflegebedürftige Personen in der stationären Pflege im Rheinland und in Hamburg zahlen im Durchschnitt monatlich 935 Euro für die Pflege – Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen noch nicht miteingerechnet. Die Preise unterscheiden sich im Kreisvergleich deutlich. In Solingen liegt der **pflegebezogene Eigenanteil** zum Beispiel um 275 Euro höher als im Oberbergischen Kreis.

Die hohen Kosten für einen Pflegeheimplatz übersteigen die finanziellen Möglichkeiten vieler Betroffenen. 40 Prozent der pflegebedürftigen Personen in der stationären Pflege sind auf **Sozialhilfe** angewiesen.

Krankenhauseinweisungen bei pflegebedürftigen Menschen sind oftmals vermeidbar. Zum einen können bestimmte Behandlungsanlässe, wie zum Beispiel Wunden oder Dehydrierung, durch eine gute Pflege verhindert werden. Hier kam es im Jahr 2024 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 2024 hätten dadurch 48 Krankenhausfälle je 100 ganzjährig im Pflegeheim gepflegte Personen vermieden werden können.

Schwerpunkt

**Integrierte Versorgung:
Behandlungskontinuität
zwischen fach- und hausärztlicher
Versorgung**

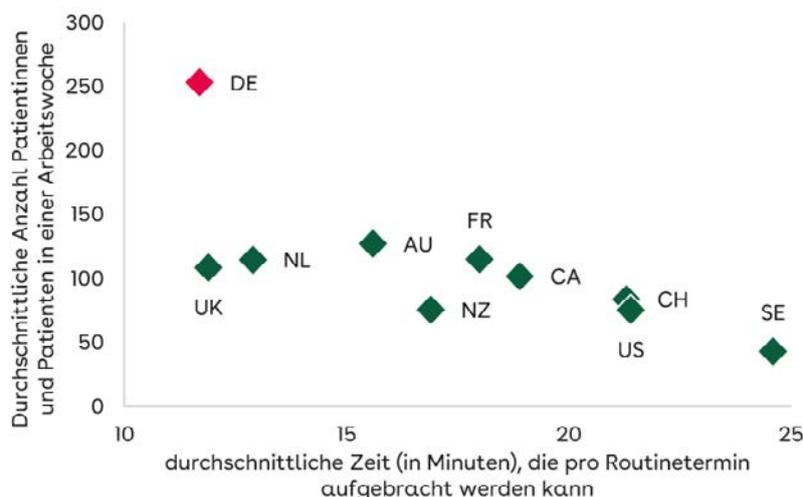
Einführung in das Thema

Die ambulante ärztliche Versorgung ist das Rückgrat des deutschen Gesundheitswesens. Während im Jahr 2023 vier Prozent der AOK-Versicherten stationär im Krankenhaus behandelt wurden, waren drei Viertel bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Behandlung. 17,2 Millionen stationären Krankenhausaufenthalten (worumter sich auch Behandlungen von Privatpatientinnen und -patienten befinden) stehen in Deutschland nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 575,5 Millionen ambulante Behandlungsfälle allein von gesetzlich Versicherten mit einer Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten gegenüber.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sorgen für eine wohnortnahe und kontinuierliche Betreuung der Bevölkerung. Sie übernehmen Prävention, Früherkennung sowie Diagnostik und Therapie bei akuten Gesundheitsproblemen und in der Langzeitbehandlung bei anhaltenden Krankheiten. Eine leistungsstarke ambulante Versorgung kann durch präventive Maßnahmen, effektives Management chronischer Erkrankungen und zeitnahe Akutbehandlungen zur Gesunderhaltung beitragen und Krankenhausaufenthalte vermeiden.

Doch der ambulante ärztliche Sektor steht vor großen Herausforderungen. Auf der einen Seite ist die Arztdichte in Deutschland im internationalen Vergleich hoch. In den vergangenen 20 Jahren ist die Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte um 28 Prozent auf rund 168.000 gestiegen. Demgegenüber steht aber eine beispiellose Anzahl an ambulanten Behandlungsfällen. Eine Ärztin oder ein Arzt in Deutschland behandelt pro Woche etwa zwei- bis dreimal so viele Patientinnen und Patienten wie die Kolleginnen und Kollegen in anderen Ländern. Entsprechend gering fällt die durchschnittliche Behandlungszeit je Termin aus.

Behandlungsfälle und Zeit pro Termin in Arztpraxen im internationalen Vergleich



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022, dargestellt in OBSAN 2023

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einem weiteren Anstieg des Behandlungsbedarfs zu rechnen. Doch bereits jetzt fällt es in vielen Regionen schwer, Arztsitze nachzubesetzen. Der Trend dürfte sich verstärken. In den nächsten Jahren werden viele Ärztinnen und Ärzte in Ruhestand gehen. Von allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind rund 33 Prozent über 60 Jahre – zwölf Prozent sogar über 65 Jahre.

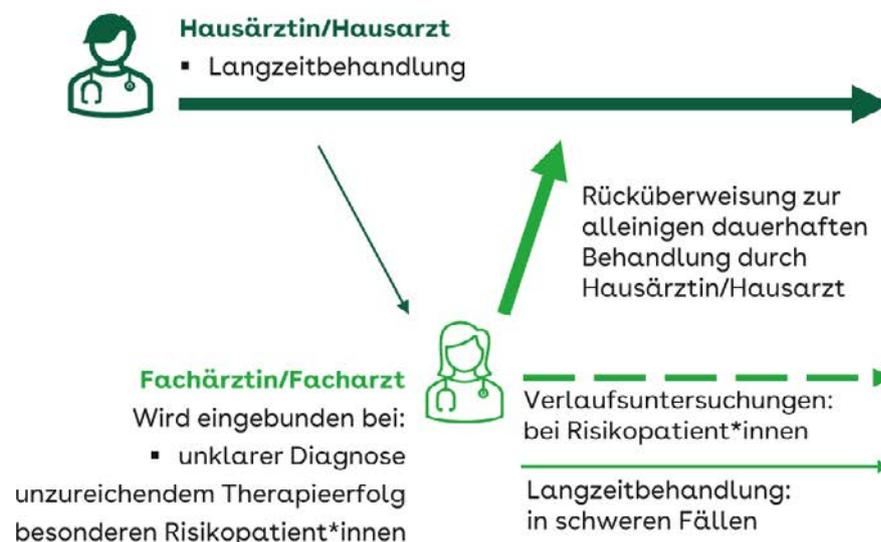
Dies hat heute schon spürbare Auswirkungen auf die Versorgung. In einer Umfrage der AOK Rheinland/Hamburg berichten mehr als 34,5 Prozent der Versicherten, dass sie trotz eines akuten Problems länger als drei Wochen auf einen Facharzttermin warten mussten. 68,5 Prozent von ihnen empfanden die Wartezeit als unangemessen lang.

In Kenntnis dieser Herausforderungen muss es das Ziel sein, das System der ambulanten Versorgung möglichst effizient aufzustellen. Ein wichtiger Aspekt, wenn auch nicht der einzige, ist dabei die Aufgabenteilung und Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringerinnen und -erbringern. Diesem Thema geht dieser Gesundheitsreport nach. Er beschreibt Behandlungspfade bei chronischen Erkrankungen an der Schnittstelle zwischen Fach- und Hausärztinnen und -ärzten.

In Deutschland besteht im Unterschied zu anderen Ländern kein Primärversorgungssystem. Patientinnen und Patienten haben – sofern sie Termine bekommen – die freie Arztwahl und unbeschränkten, direkten Zugang zu Fachärztinnen und -ärzten.

Auf der anderen Seite empfehlen die medizinischen Leitlinien für nahezu sämtlichen häufigen chronischen Erkrankungen eine Koordination der Behandlung durch Hausärztinnen und -ärzte. Die Leitlinien beschreiben folgenden idealtypischen Behandlungspfad: Die Betreuung von Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder die -ärztin. Eine routinemäßige Behandlung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt ist medizinisch nicht erforderlich. Für die häufigen Erkrankungen existieren strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) oder evidenzbasierte Leitlinien. Sie stellen eine evidenzgesicherte und wirksame hausärztliche Behandlung sicher. Nur bei Schwierigkeiten in der Diagnosestellung, bei besonderen Risikopatientinnen und -patienten oder einer dauerhaft hohen Instabilität der Krankheit soll eine Fachärztin oder ein Facharzt in die Betreuung eingebunden werden. Dabei ist es oftmals ausreichend, dass die Fachärztin oder der -arzt einmalig oder einmal jährlich den Krankheitszustand und die Therapie überprüft. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten wird dann in der Hausarztpraxis fortgeführt.

Idealtypischer Behandlungspfad



Wenn mehrere Akteure in die Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten eingebunden sind, ergibt sich zwangsläufig eine Schnittstelle. Es besteht die Gefahr, dass medizinisch relevante Informationen verloren gehen. Anhand AOK-Abrechnungsdaten soll überprüft werden, ob es bei der Behandlung chronischer Erkrankungen an der Schnittstelle zwischen Fach- sowie Hausärztinnen und -ärzten zu Therapiebrüchen und Informationsverlusten kommt.

Um diese Fragestellung anhand der Abrechnungsdaten einer Krankenkasse zu prüfen, wurde folgende Konstellation betrachtet: Eine Fachärztin bzw. ein Facharzt im Krankenhaus oder in einer Praxis liefert einen neuen Befund oder verordnet ein neues Arzneimittel zur Behandlung einer chronischen Erkrankung. Für diese Versicherten wird geprüft, ob in den nächsten 180 Tagen eine Weiterbehandlung beim Hausarzt stattgefunden hat.

Eine Weiterbehandlung wird dabei wie folgt gemessen:

1) Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen:

Betrachtet werden alle Fälle, in denen im Jahr 2023 eine fachärztliche Erstdiagnose einer Erkrankung vorliegt. Davon wird ausgegangen, wenn die Patientin bzw. der Patient im Jahr 2022 keine Diagnose dieser Krankheit hatte. Eine Weiterbehandlung liegt vor, wenn im Folgezeitraum mindestens ein hausärztlicher Behandlungsfall mit einer Diagnose der Erkrankung stattgefunden hat. Dabei wurden nur Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die in dem Zeitraum einen Hausarztkontakt mit mindestens einer chronischen Erkrankung hatten.

Behandelt eine niedergelassene Ärztin oder ein niedergelassener Arzt eine Erkrankung bei einer Patientin oder einem Patienten, so ist die Behandlungsdiagnose verpflichtend bei der Abrechnung in Form eines ICD-10-Codes mit anzugeben. Insofern sollte sich über die Behandlungsdiagnose erfassen lassen, ob eine ärztliche Weiterbehandlung erfolgt ist.

Die Behandlungsdiagnosen müssen zudem so spezifisch wie möglich angegeben werden. Lediglich zur Krankheitsdefinition im Detail sind Hausärztinnen und -ärzte nicht verpflichtet. Somit lässt sich auch überprüfen, inwiefern genauere Informationen zur Form oder Ausprägung der Krankheit in der weiteren Behandlung Berücksichtigung finden.

Für spezifische Rückenschmerzen wurde das Analysedesign etwas angepasst. Hier wurden nur Versicherte betrachtet, die im Anschluss an eine fachärztliche Erstdiagnose spezifischer Rückenschmerzen mit unspezifischen oder spezifischen Rückenschmerzen in der Hausarztpraxis behandelt wurden. Dadurch wird sichergestellt, dass die Schmerzsymptomatik in den betrachteten Fällen fortbesteht und auch behandelt wird. Somit kann erfasst werden, wie oft Hausärztinnen und -ärzte die Diagnose unspezifischer Rückenschmerzen stellen, obwohl eine fachärztliche Diagnose spezifischer Rückenschmerzen vorliegt.

2) Weiterbehandlung auf Basis von Arzneimittelverordnungen:

Betrachtet werden alle Fälle, in denen im Jahr 2023 eine fachärztliche Erstverordnung eines Medikaments vorliegt. Davon wird ausgegangen, wenn die Patientin bzw. der Patient im Jahr 2022 keine Verordnung eines Medikaments aus dieser Wirkstoffgruppe hatte. Eine Weiterbehandlung liegt vor, wenn im Folgezeitraum mindestens ein Medikament derselben Wirkstoffgruppe verordnet wurde. Dabei musste in dem Zeitraum mindestens ein qualifizierter Hausarztfall vorliegen. Dies gilt als gegeben, wenn die Hausärztin oder der Hausarzt mindestens eine Verordnung eines Arzneimittels zur Behandlung einer chronischen Erkrankung ausgestellt hat. Gleichzeitig durften die Patientinnen und Patienten im Beobachtungszeitraum keine fachärztlichen Folgeerzepte erhalten.

Für die Analyse wurden Kombinationspräparate in ihre Teilwirkstoffe zerlegt. Für jeden Teilwirkstoff wurde einzeln geprüft, ob eine Folgeverordnung seiner Wirkstoffgruppe vorlag. Zudem wurden nur Medikamente betrachtet, die auch dauerhaft eingenommen werden sollen und bei denen somit eine Weiterverordnung zu erwarten gewesen wäre.

Die beiden Indikatoren messen integrierte Versorgung nicht nur mit unterschiedlichen Kennzahlen, sondern auch in unterschiedlichen Behandlungssituationen. Während die Messung der Weiterbehandlung anhand von hausärztlichen Behandlungsfällen für neu diagnostizierte Erkrankungen erfolgt, betrachtet die Fortführung der Arzneimitteltherapie oftmals Patientinnen und Patienten mit bestehender Erkrankung, bei denen die Fachärztin oder der Facharzt Änderungen in der Medikation vornimmt. Diese Unterschiede sollten beim Vergleich der Ergebnisse bedacht werden.

Mit diesen Indikatoren wird der Versuch unternommen, komplexe Versorgungsrealität auf wenige Kennzahlen zu verdichten. Eine solche Indikatorbildung halten wir für erforderlich, um Versorgung verständlich zu beschreiben, Probleme sichtbar zu machen und Diskussionen überhaupt anzuregen. Gleichwohl liefern einzelne Kennzahlen keine Hinweise auf Ursachen und Erklärungsansätze. Daher stellen wir zusätzlich die Weiterbehandlungsrate differenziert für verschiedene Einflussfaktoren, wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Krankheitsschwere oder Behandlungskontext dar. Damit möchten wir es allen interessierten Leserinnen und Lesern ermöglichen, die Kennzahlen einzuordnen, Erklärungen zu prüfen und zu finden und Ansätze zur Verbesserung zu entwickeln.

Die Weiterbehandlungsrate je Einflussfaktor wird zum einen deskriptiv dargestellt. Zum anderen wurde auch jeweils ein multiples Regressionsmodell mit allen Einflussfaktoren gerechnet mit der Weiterbehandlung als Zielvariable. Damit lässt sich kontrollieren, ob ein statistisch signifikanter Effekt eines Einflussfaktors besteht, wenn für den Einfluss anderer Variablen kontrolliert wird.

Ergebnisse

Eine Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen liegt vor, wenn im Anschluss an eine fachärztliche Erstdiagnose ein hausärztlicher Behandlungsfall mit einem Diagnosecode der entsprechenden Krankheit besteht. Die folgende Abbildung zeigt, dass eine Weiterbehandlung in vielen Fällen nicht in den Behandlungsdaten der Hausarztpraxis ersichtlich ist. Genauere Angaben zur Form, Ausprägung bzw. Stadium der Erkrankung werden von den Hausärztinnen und -ärzten noch deutlich seltener fortgeführt.

Hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen

Angaben in Prozent

	Übereinstimmung auf Ebene der: Krankheit		Form Auspräg.	
	Übereinstimmung	Abweichung	Übereinstimmung	Abweichung
Depression	39	61	31	19
Diabetes	66	34	57	50
Koronare Herzkrankheit	48	52	40	23
Herzinsuffizienz	23	77	9	4
Vorhofflimmern	60	40	22	13
Asthma	32	68	12	11
COPD	35	65	-	6
Neuropathie	18	82	13	-
chronische Nierenkrankheit	18	82	-	9
spezifische Rückenschmerzen	40	60	24	-

Vertiefende Analysen geben Aufschluss darüber, welche Faktoren Einfluss darauf haben, ob Patientinnen und Patienten weiterbehandelt werden. Einhellig über alle Erkrankungen hinweg zeigt sich ein starker Einfluss der Krankheitsschwere auf die Wahrscheinlichkeit, hausärztlich weiterbehandelt zu werden. Je schwerer die Erkrankung ist, umso eher wird eine Patientin oder ein Patient vom Hausarzt weiterbehandelt. Ähnlich ist vermutlich der Effekt zu interpretieren, dass Versicherte die zusätzlich in fachärztlicher Behandlung sind oder bleiben, häufiger hausärztlich weiterbehandelt werden. Auch wird eine Behandlung bei jüngeren Patientinnen und Patienten häufiger durch die Hausärztin oder den -arzt fortgeführt als bei älteren. Im Krankenhaus erkannte Erkrankungen werden seltener behandelt als Erstdiagnosen aus der Facharztpraxis. Wurde die niedergelassene Fachärztin oder der -arzt auf Betreiben der Hausärztin oder des -arztes tätig, ist eine Weiterbehandlung in der Hausarztpraxis wahrscheinlicher. Für einige Erkrankungen zeigt sich zudem, dass Männer häufiger weiterbehandelt werden als Frauen und Pflegebedürftige seltener als Nicht-Pflegebedürftige.

All diese Faktoren beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung in der Hausarztpraxis fortgeführt wird. Doch auch in den Teilgruppen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit werden viele Patientinnen und Patienten nicht weiterbehandelt.

Einflussfaktoren auf die Wahrscheinlichkeit, dass eine fachärztlich neu diagnostizierte Erkrankung in der Hausarztpraxis weiterbehandelt wird

Einflussfaktor	Depression	KHK	Herzinsuffizienz	Vorhofflimmern	Asthma	COPD	Neuropathien	Diabetes	Nierenkrankheit	Spezifische Rückenschmerzen
Alter: Jüngere werden häufiger weiterbehandelt als ältere.	↑	↑	↑	↓	↑	↑		↑		↑
Geschlecht: Männer werden häufiger weiterbehandelt als Frauen		↑		↓		↑	↑			↑
Pflege: Pflegebedürftige werden seltener weiterbehandelt als Nicht-Pflegebedürftige.		↑		↑	↑	↑		↑	↑	↑
Sozioökonomie: Personen in der Grundsicherung werden seltener weiterbehandelt als Erwerbstätige.				↑			↑			
HzV: Patient*innen der hausarztzentrierten Versorgung werden häufiger weiterbehandelt.										
Krankenhaus: Patient*innen mit Erstdiagnose im Krankenhaus werden seltener weiterbehandelt als Patient*innen mit Erstdiagnose in Facharztpraxis.	↑	↓	↓		↑	↑	↓	↑	↑	↓
Behandlungskontext: Patient*innen mit Überweisung werden häufiger weiterbehandelt.	↑				↑	↑	↑		↑	
Parallele Facharztbehandlung: Patient*innen mit paralleler Facharztbehandlung werden häufiger weiterbehandelt.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Krankheitsausprägung: Je schwerer die Erkrankung, umso eher wird eine Patient*in weiterbehandelt.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑

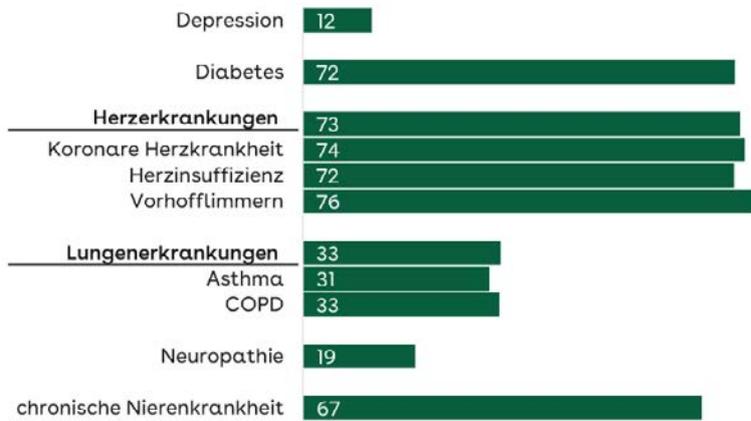
↑ Diese trifft zu ↑ Diese trifft teilweise zu ↓ gegenteilige These trifft zu
 ↻ Effekt, keine eindeutige Richtung □ kein Einfluss

Einfluss ermittelt mit multiplen logistischen Regressionsmodellen. Krankheitsbezogene Weiterbehandlungsraten auf den Folgeseiten im Report. Modellergebnisse im Anhang (Seite 88-95).

Eine Weiterbehandlung auf Basis der Arzneimittelverordnungen liegt vor, wenn ein Hausarzt oder eine Hausärztin ein Folgerezept für ein Medikament einer Wirkstoffgruppe ausstellt, die im Vorfeld erstmalig in einer Facharztpraxis verordnet wurde.

Hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Arzneimittelverordnungen

Angaben in Prozent



Vertiefende Analysen geben Aufschluss darüber, welche Faktoren Einfluss darauf haben, ob Patientinnen und Patienten weiterbehandelt werden.

Beim Indikator der Arzneimittelverordnungen ist das Niveau der Weiterbehandlung von Herzerkrankungen und Diabetes mit über 70 Prozent vergleichsweise hoch. Dies gilt für alle Versicherten gleichermaßen, sodass die Einflussfaktoren keinen nennenswerten Unterschied machen. Bei den chronischen Lungenerkrankungen erhält nur jede dritte Patientin und jeder dritte Patient hausärztliche Folgeverordnungen und die Wahrscheinlichkeit, weiterbehandelt zu werden, wird von der Krankheitsschwere beeinflusst. Je schwerer die Erkrankung ist, umso eher erhält eine Patientin oder ein Patient vom Hausarzt Folgeverordnungen des neuen Medikaments.

Diese Faktoren beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, dass in der Hausarztpraxis Folgeerzepte ausgestellt werden. Doch auch in den Teilgruppen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit werden viele Patientinnen und Patienten nicht weiterbehandelt.

Einflussfaktoren auf die Wahrscheinlichkeit, dass ein fachärztlich verordnetes Medikament in der Hausarztpraxis weiterverordnet wird

Einflussfaktor	Depression	KHK	Herzinsuffizienz	Vorhofflimmern	Asthma	COPD	Neuropathien	Diabetes
Alter: Jüngere werden häufiger weiterbehandelt als ältere.	↑		↑		↓			
Geschlecht: Männer werden häufiger weiterbehandelt als Frauen	↑						↑	
Pflege: Pflegebedürftige werden seltener weiterbehandelt als Nicht-Pflegebedürftige.	↑						↓	
Sozioökonomie: Personen in der Grundsicherung werden seltener weiterbehandelt als Erwerbstätige.								
HzV: Patient*innen der hausarztzentrierten Versorgung werden häufiger weiterbehandelt.								
DMP: Patient*innen eines strukturierten Versorgungsprogramms werden häufiger weiterbehandelt.					↑	↑		
Wirkstoffe: Medikamente für die Therapie im fortgeschrittenen Krankheitsstadium werden häufiger weiterverordnet als eine Basismedikation.		↑	↑		↑	↑	↔	
Krankheitsausprägung: Je schwerer die Erkrankung, umso eher wird eine Patient*in weiterbehandelt.		↑			↑	↑	↑	

- ↑ These trifft zu ↑ These trifft teilweise zu ↓ gegenteilige These trifft zu
 ↔ Effekt, keine eindeutige Richtung □ kein Einfluss

Einfluss ermittelt mit multiplen logistischen Regressionsmodellen. Krankheitsbezogene Weiterbehandlungsraten auf den Folgeseiten im Report. Modellergebnisse im Anhang (Seite 88-95).

Diskussion

Vorrangiges Ziel der Analysen ist es, zu untersuchen, ob Fachärzte und Hausärzte chronische Erkrankungen gemeinschaftlich und abgestimmt behandeln. Davon ist auszugehen, wenn mit den Indikatoren eine Weiterbehandlung festgestellt werden kann. Dies bedeutet im Umkehrschluss aber nicht automatisch, dass eine fehlende Weiterbehandlung in jedem Fall problematisch ist. Es gibt unterschiedliche Gründe für eine fehlende hausärztliche Weiterbehandlung.

Alleinige fachärztliche Behandlung: Das Kapitel zur fachärztlichen Weiterbehandlung hat gezeigt, dass viele Patientinnen und Patienten in fachärztlicher Behandlung bleiben. Insofern mag es Fälle geben, in denen die Hausärztin oder der -arzt die Therapie allein der Fachärztin bzw. dem -arzt überlässt. Die Regel wird dies allerdings nicht sein. Die Analysen zeigen deutlich, dass Haus- und Facharztbehandlung kein „entweder-oder“, sondern vielmehr ein „sowohl-als-auch“ sind. Patientinnen und Patienten mit zusätzlichem Facharztkontakt werden deutlich häufiger auch in der Hausarztpraxis weiterbetreut.

Bei dem Indikator der Arzneimittelfolgeverordnungen ist diese Option nicht möglich, da nur Versicherte betrachtet wurden, die keine fachärztliche Folgeverordnung erhalten haben.

Fehlende klinische Relevanz einer Diagnose: Es kann sein, dass eine Fachärztin oder ein -arzt eine Erkrankung diagnostisch feststellt, die keine unmittelbare klinische Relevanz hat. Das bedeutet, dass keine erkennbaren Symptome oder Beschwerden bestehen. Selbst wenn der Hausärztin oder dem -arzt die fachärztliche Einschätzung vorliegt, könnte sie oder er die Erkrankung als nicht behandlungsbedürftig einstufen. Einen Hinweis darauf liefert der Befund, dass leichte Krankheitsstadien deutlich seltener weiterbehandelt werden als schwere.

Unvollständige Kodierung: Die Messung der Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen mit Krankheitsdiagnose basiert auf der Annahme, dass die Kodierung der Krankheiten korrekt erfolgt. Obwohl niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu einer richtigen Kodierung verpflichtet sind, bleibt die Vollständigkeit der Angaben im ambulanten Sektor lückenhaft. Insofern ist es möglich, dass eine Erkrankung zwar behandelt wird, diese aber im Behandlungsfall nicht kodiert ist. Auf der anderen Seite zeigen sich in den Daten systematische Effekte in Bezug auf verschiedene Einflussfaktoren. Dies lässt sich nicht durch eine allgemein schlechte Kodierung erklären. Zudem würde es doch sehr überraschen, wenn sich dadurch die hohe Fehlerquote mehrheitlich erklären ließe. Wenn bereits grundlegende Angaben zu den häufigsten Volkskrankheiten so lückenhaft sein sollten, würde dies jegliche Annahmen zum Ausmaß der Unvollständigkeit ambulanter Diagnosen übersteigen und ganz grundsätzliche Fragen zur Verwertbarkeit dieser Daten aufwerfen.

Fehlende Arzneimittelleinlösung oder therapeutische Gründe: Bei den Arzneimittelfolgeverordnungen ist zu beachten, dass einer Krankenkasse keine Verordnungen, sondern eingelöste Rezepte vorliegen. Insofern kann es Fälle geben, in denen zwar eine hausärztliche Weiterverordnung erfolgt, diese aber in den Daten nicht ersichtlich ist, weil das Rezept nicht eingelöst wurde. Eine fehlende Weiterbehandlung mit bestimmten Medikamenten kann zudem therapeutische Gründe, wie zum Beispiel ein unzureichender Therapieerfolg oder starke Nebenwirkungen, haben.

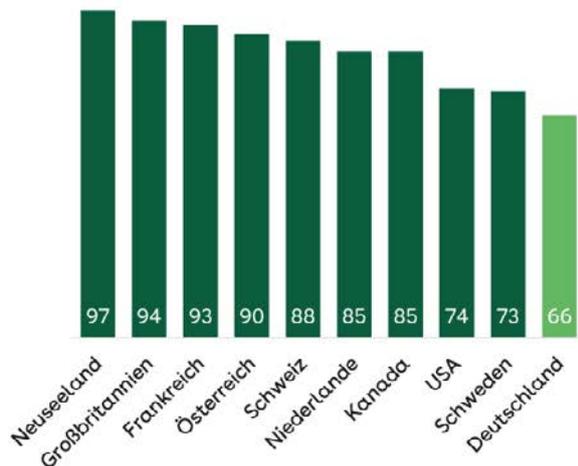
Fehlende Informationsübermittlung zwischen Ärzten: Nicht unwesentlich dürften Informationsverluste aufgrund einer mangelnden Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden im Gesundheitswesen sein. Diese Fälle sind als besonders problematisch anzusehen, da eine erforderliche Weiterbehandlung unterbleibt. Beschwerden blieben unbehandelt und Maßnahmen und Therapien, die ein Fortschreiten der Erkrankung sowie Folgeschäden und -ereignisse verhindern könnten, könnten nicht eingeleitet oder fortgeführt werden.

Der Informationsfluss im deutschen Gesundheitswesen ist insgesamt als problematisch zu beurteilen. Diese Einschätzung ergibt sich gleichermaßen aus Gesprächen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

wie aus internationalen Vergleichsstudien. Hausärztinnen und -ärzte in Deutschland gaben deutlich häufiger als ihre Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern an, dass sie notwendige fachärztliche Informationen über Medikamente und Therapieänderungen nicht erhielten.

Hausarzt erhält Informationen über Änderungen bei Medikamenten oder der Behandlung

(Anteil häufig oder meistens), internationaler Vergleich, 2022, Angaben in Prozent

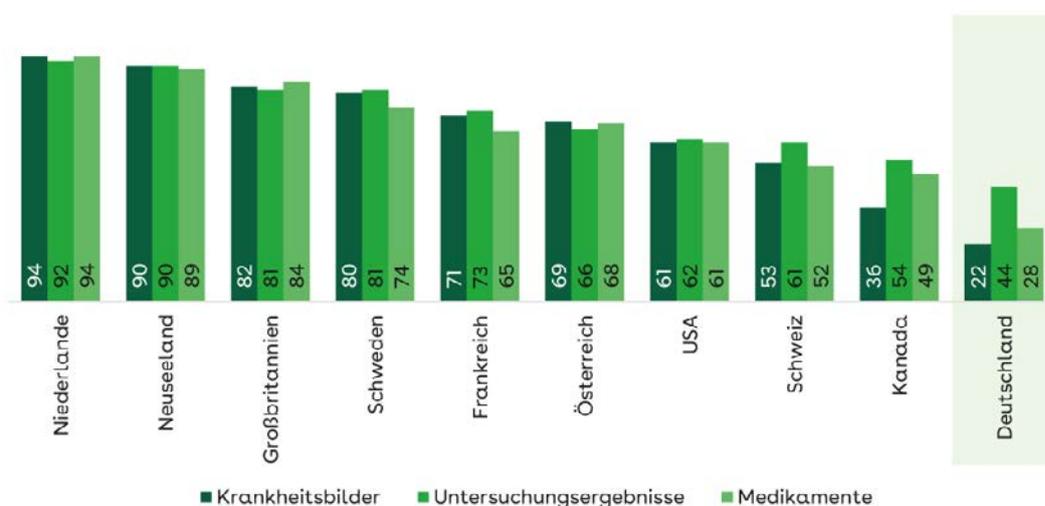


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022, dargestellt in OBSAN 2023

Der Versand von relevanten Behandlungsunterlagen und -informationen findet in Deutschland noch überwiegend per Post und Fax statt. Die Rückständigkeit der digitalen Vernetzung des deutschen Gesundheitswesens zeigt sich auch im Vergleich zu anderen Ländern.

Ärztinnen und Ärzte, welche in der Koordination mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern durch eHealth-Instrumente (ohne E-Mail und Fax) unterstützt werden

Internationaler Vergleich, 2022, Angaben in Prozent



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022, dargestellt in OBSAN 2023

Die Umfrageergebnisse stammen aus dem Jahr 2022. Seitdem hat sich die Verbindlichkeit des Anschlusses an die Telematikinfrastruktur und der Nutzung bestimmter Anwendungen erhöht. Ein digitaler Austausch unter Ärztinnen und Ärzten ist bisher aber nicht die Regel.

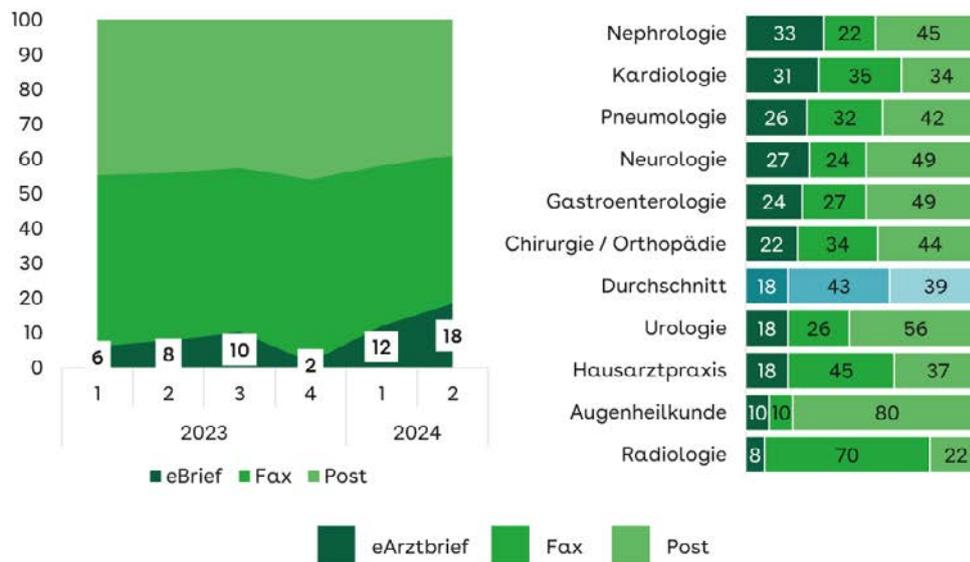
Der elektronische Arztbrief (eArztbrief) erlaubt den digitalen Versand von medizinischen Informationen. Diese können in der Praxissoftware der empfangenden Arztpraxis automatisch in die Patientenakte eingebunden werden. Es gehen keine Informationen verloren und das Einscannen von Briefen oder Faxen (mit der damit verbundenen reduzierten Lesbarkeit) entfällt. Seit dem 30. Juni 2024 müssen alle Praxen technisch in der Lage sein eArztbriefe zu empfangen.

Der Anteil aller Arztbriefe, die über den KIM-Dienst („Kommunikation im Medizinwesen“) der Telematikinfrastruktur versendet wurden, ist zwischen dem ersten Quartal 2023 und dem zweiten Quartal 2024 von sechs auf 18 Prozent gestiegen. In einigen Fachgebieten lag er im Sommer 2024 bereits bei etwa einem Drittel. Dies ist ein Fortschritt, aber der Weg bis zu einer flächendeckenden Nutzung ist noch weit.

Hinzu kommt, dass eine strukturierte Nutzung der Angaben im Arztbrief, zum Beispiel durch die Praxissoftware, auch in der Zukunft nicht vorgesehen ist.

Anteil des eArztbriefs, Entwicklung 2023 bis erstes Halbjahr 2024 sowie nach Fachgebiet (Auswahl) im zweiten Quartal 2024

Angaben in Prozent



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, Abrechnungsfälle mit den EBM-Ziffern: 01660, 86900, 40110, 40111

Die elektronische Patientenakte (ePA) wird zwar aktuell eingeführt. Doch momentan ist sie noch weit davon entfernt, Ärztinnen und Ärzten einen schnellen und kompakten Überblick über behandlungsrelevante Informationen zu bieten. Es wird eine Vielzahl von Informationen in die ePA eingestellt. Sofern sich Ärztinnen und Ärzte die Zeit nehmen und konkrete Informationen suchen, werden sie diese in der Regel auch finden. Es erscheint hingegen unwahrscheinlich, dass sie die unterschiedlichen Informationen der ePA durchforsten, um einen Gesamtüberblick über den Gesundheitszustand und die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Diese Zeit fehlt im Praxisalltag, in dem Ärztinnen und Ärzte es kaum schaffen, Arztbriefe gründlich zu lesen.

Hier bedürfte es einer kompakten Übersicht, über Behandlungsdiagnosen und Arzneimittelverordnungen, die einzeln angewählt, entsprechend behandelt und unkompliziert übernommen werden können.



Interpretation der Grafiken

Vergleich der Kreise	Detailauswertungen
----------------------	--------------------

Die Ergebnisse zu einem Indikator werden jeweils auf einer Doppelseite dargestellt.

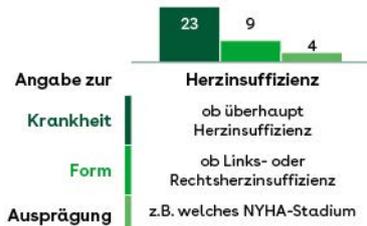
Kreisvergleich

Diese Auswertung betrachtet die Weiterbehandlungsrate in den Kreisen und kreisfreien Städten des Rheinlands und in Hamburg. Gemessen wird, ob eine fachärztlich diagnostizierte Krankheit überhaupt hausärztlich weiterbehandelt wurde – unabhängig davon, ob detaillierte Angaben zur Erkrankung übereinstimmen. Liegt in einem Kreis die Weiterbehandlungsrate beispielsweise bei 60 Prozent, bedeutet dies, dass 60 Prozent der Personen mit einer fachärztlichen Erstdiagnose in der Folge hausärztlich weiterbehandelt wurden. Im Umkehrschluss hatten 40 Prozent der Personen keine hausärztliche Folgebehandlung.

Wie genau übernimmt der Hausarzt die Informationen des Krankenhauses/des Facharztes?

	Facharzt	Hausarzt	Übereinstimmung
Diagnose	I50.12	I50.9	
Krankheit	Herzinsuffizienz	Herzinsuffizienz	ja
Form	Linksherzinsuffizienz	„nicht differenziert“	nein
Ausprägung	„Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung“	„nicht differenziert“	nein

Die Krankheitsbeschreibung wurde zerlegt in drei Ebenen: Die Krankheit an sich, die Form der Krankheit und die Ausprägung bzw. das Stadium der Krankheit. Jede dieser Ebenen wurde dann zwischen Fach- und Hausarzt abgeglichen und auf Übereinstimmung geprüft.



Beispiel:

Die Grafik sagt nun aus, dass eine fachärztlich diagnostizierte Herzinsuffizienz in 23 Prozent der Fälle in der Hausarztpraxis weiterbehandelt wurde. Die Angabe, welche Form die Herzinsuffizienz hatte, stimmte in neun Prozent der Fälle überein und die fachärztlich festgestellte Ausprägung war in vier Prozent der Fälle durch die Hausärztinnen und -ärzte dokumentiert.

Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

Hat das Alter einen Einfluss?

Alter	Prozent
unter 40 Jahre	55
40 bis 64 Jahre	31
ab 65 Jahre	18

ja

Diese Auswertung betrachtet die Weiterbehandlungsrate für verschiedene Subgruppen. Gemessen wird, ob eine fachärztlich diagnostizierte Krankheit hausärztlich weiterbehandelt wurde – unabhängig davon, ob detaillierte Angaben zur Erkrankung übereinstimmen. In diesem Beispiel wurden 55 Prozent der Personen unter 40 Jahren hausärztlich weiterbehandelt. Im Umkehrschluss hatten 45 Prozent der Personen unter 40 Jahren keine hausärztliche Folgebehandlung. Entsprechend sind die Zahlen für die anderen Altersgruppen zu interpretieren. Die Ja-oder-Nein-Antwort auf die Frage beruht auf den Ergebnissen von statistischen Modellrechnungen. Wenn das Alter im Modell einen signifikanten Einfluss hatte, wird ein Einfluss bejaht, bei fehlender Signifikanz verneint. Erläuterung: Die Weiterbehandlungsraten der Altersgruppen legen nahe, dass die Wahrscheinlichkeit einer hausärztlichen Folgebehandlung vom Alter abhängt. Nun könnte es aber sein, dass diese Unterschiede gar nicht vom Alter ausgelöst werden, sondern durch weitere Einflussfaktoren, die lediglich im Alter häufiger auftreten. So wäre denkbar, dass ältere Menschen häufiger pflegebedürftig und weiblich sind, ihre Erstdiagnose eher im Krankenhaus erhalten und die Krankheit im Durchschnitt nicht so schwer ausgeprägt ist. Daher ist es wichtig, den Einfluss des Alters unter Berücksichtigung weiterer möglicher Erklärungsfaktoren zu messen. Hierfür wurde ein multiples logistisches Regressionsmodell gerechnet. Die Modellergebnisse finden Sie auf den Seiten 88-95.

Herzerkrankungen – Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstdiagnose einer Herzerkrankung



Welche Rolle hat der Hausarzt bei der Behandlung von Herzerkrankungen?

Viele Herzerkrankungen gehören zum Behandlungsalltag in Hausarztpraxen. Dazu zählen die Verengung der Herzkranzgefäße (Koronare Herzkrankheit), eine Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz) oder Vorhofflimmern als häufigste Form der Herzrhythmusstörung. Gemäß den medizinischen Leitlinien soll die Langzeitbetreuung und die Koordination der Behandlung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt erfolgen. Bei hohem kardiovaskulärem Risiko oder unzureichendem Therapieerfolg sollte die zusätzliche Einbindung einer Kardiologin oder eines Kardiologen erwogen werden. Eine vorrangig fachärztliche Behandlung ist nur vorübergehend in besonderen Situationen angeraten (zum Beispiel bei dekompensierter Herzinsuffizienz).

Diese Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte nach einer fachärztlichen Erstdiagnose einer Herzerkrankung innerhalb von sechs Monaten beim Hausarzt mit der Krankheitsdiagnose weiterbehandelt werden.

Zeitraum

2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I25, I48, I50

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

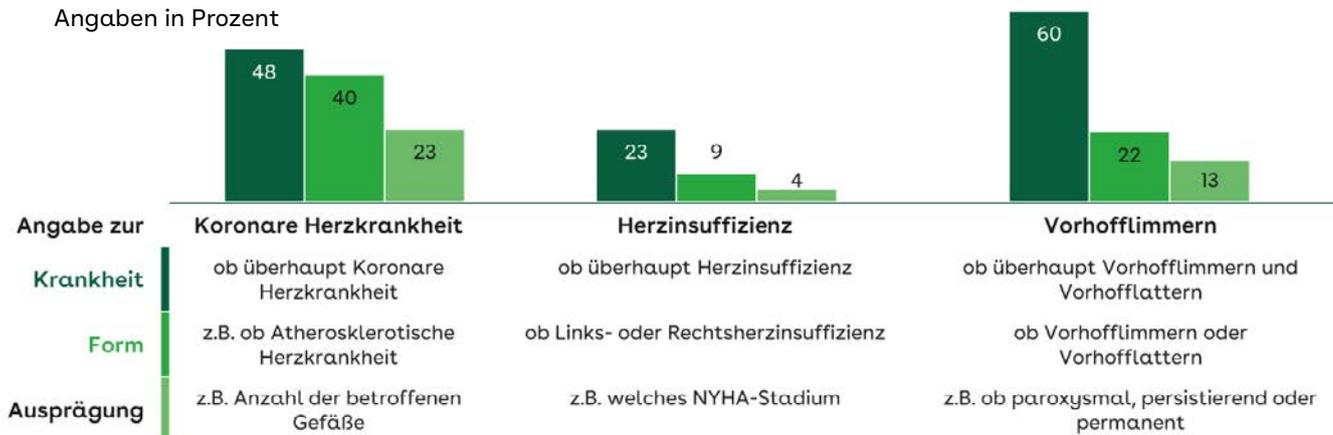
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

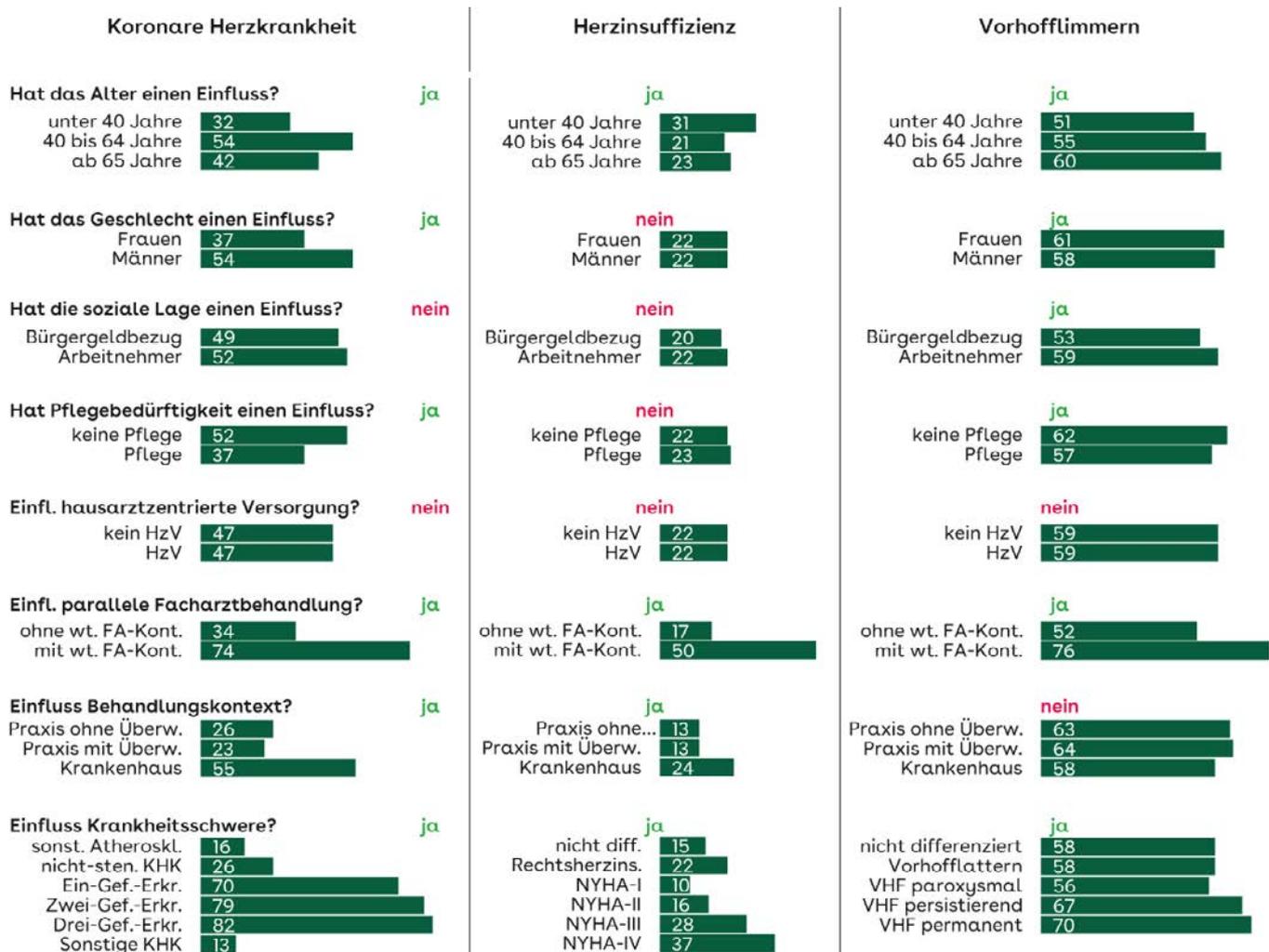
Wie genau übernimmt der Hausarzt die Informationen des Krankenhauses/des Facharztes?

Angaben in Prozent



Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

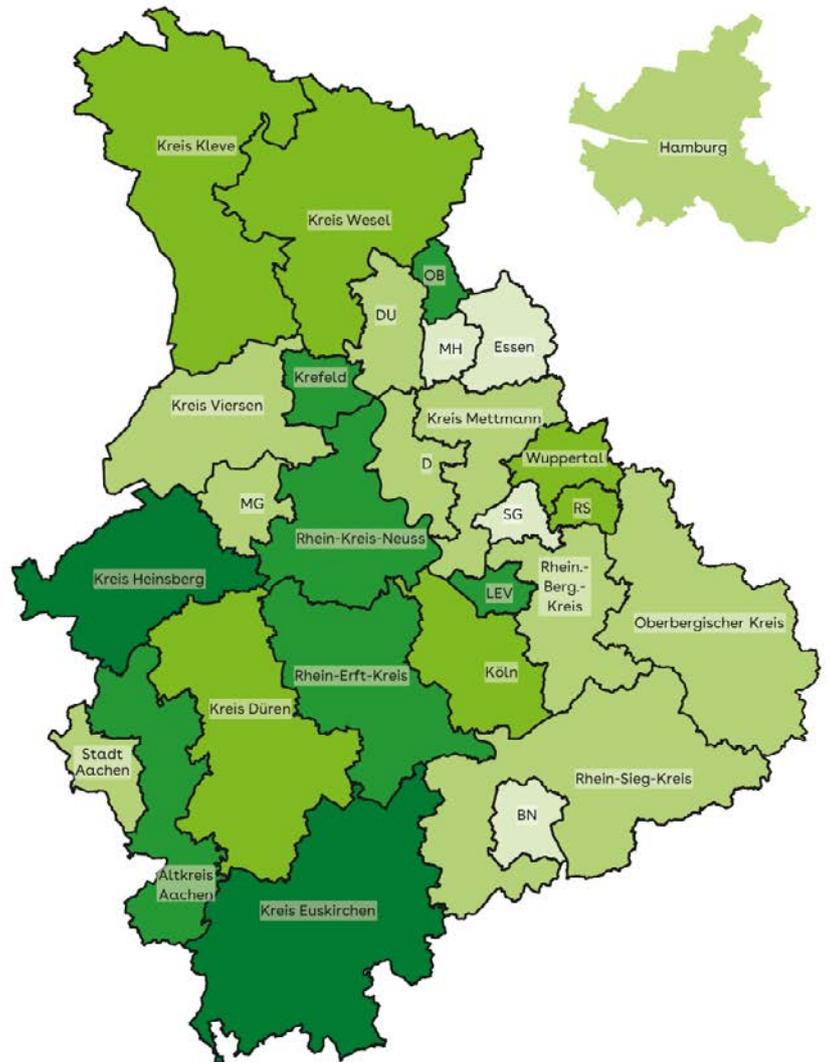
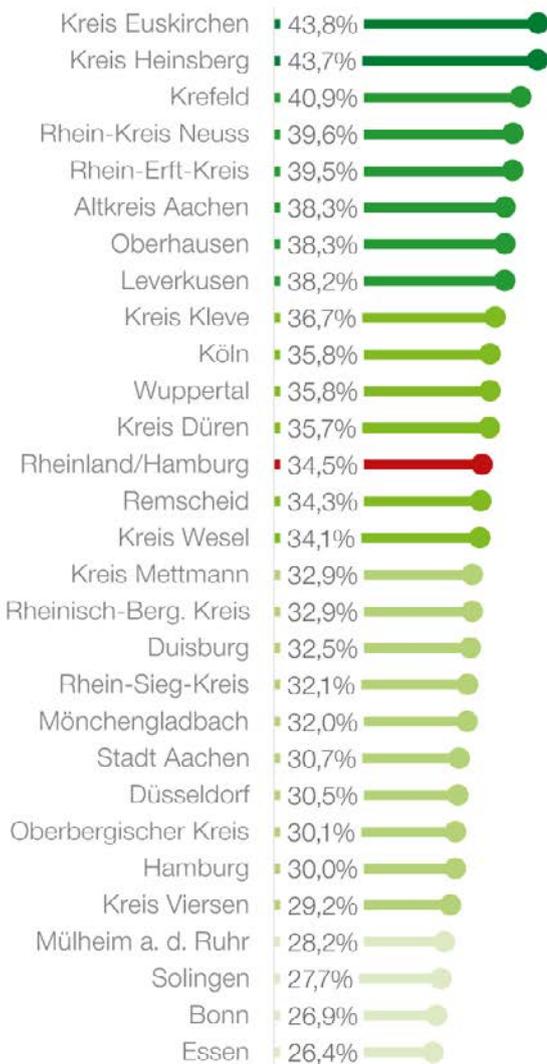
Weiterbehandlungsrate, Anteil an allen Personen mit der jeweiligen Merkmalsausprägung, Angaben in Prozent



Die **Krankheitsschwere** erklärt größtenteils die hausärztliche Weiterbehandlung einer KHK. Weiterbehandlungsraten bei **Herzinsuffizienz** sind durchweg **viel zu niedrig**. **Probleme bei Pflegebedürftigen und Erstdiagnosen aus niedergelassenen Praxen.**

Lungenerkrankungen - Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstdiagnose einer chronischen Lungenerkrankung



Welche Rolle hat der Hausarzt bei der Behandlung von Lungenerkrankungen?

Die Behandlung von Asthma und COPD gehört zum Alltag in den Hausarztpraxen. Für beide Krankheiten bestehen strukturierte Behandlungsprogramme (DMP), um in der hausärztlichen Versorgung eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu gewährleisten. Gemäß den medizinischen Leitlinien soll die Langzeitbetreuung und die Koordination der Behandlung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt erfolgen. Bei schwerem Krankheitsverlauf oder unzureichendem Therapieerfolg sollte die zusätzliche Einbindung einer Pneumologin bzw. eines Pneumologen erwogen werden. Eine vorrangig fachärztliche Behandlung ist nur vorübergehend zur Stabilisierung eines kritischen Zustands angeraten. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte nach einer fachärztlichen Erstdiagnose einer chronischen Lungenerkrankung innerhalb von sechs Monaten beim Hausarzt mit der Krankheitsdiagnose weiterbehandelt werden.

Zeitraum

2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: J44, J45

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versicherten-kreis

Datenquelle

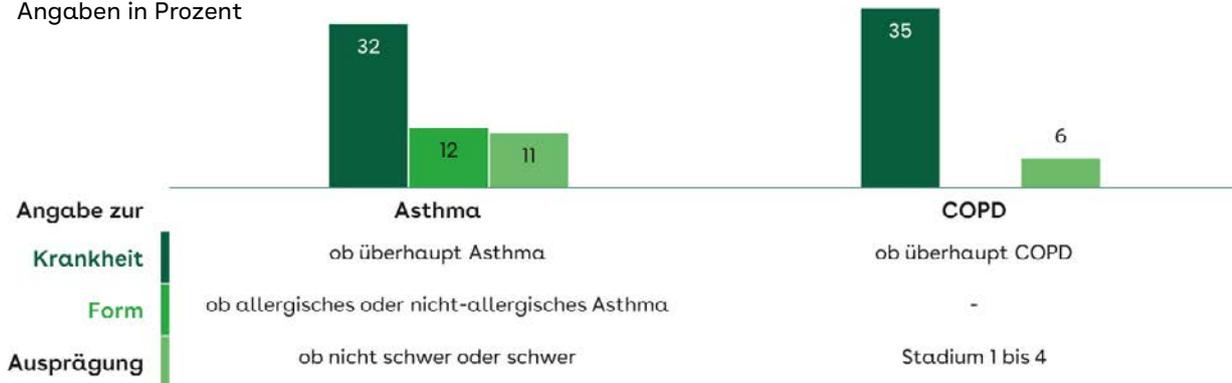
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

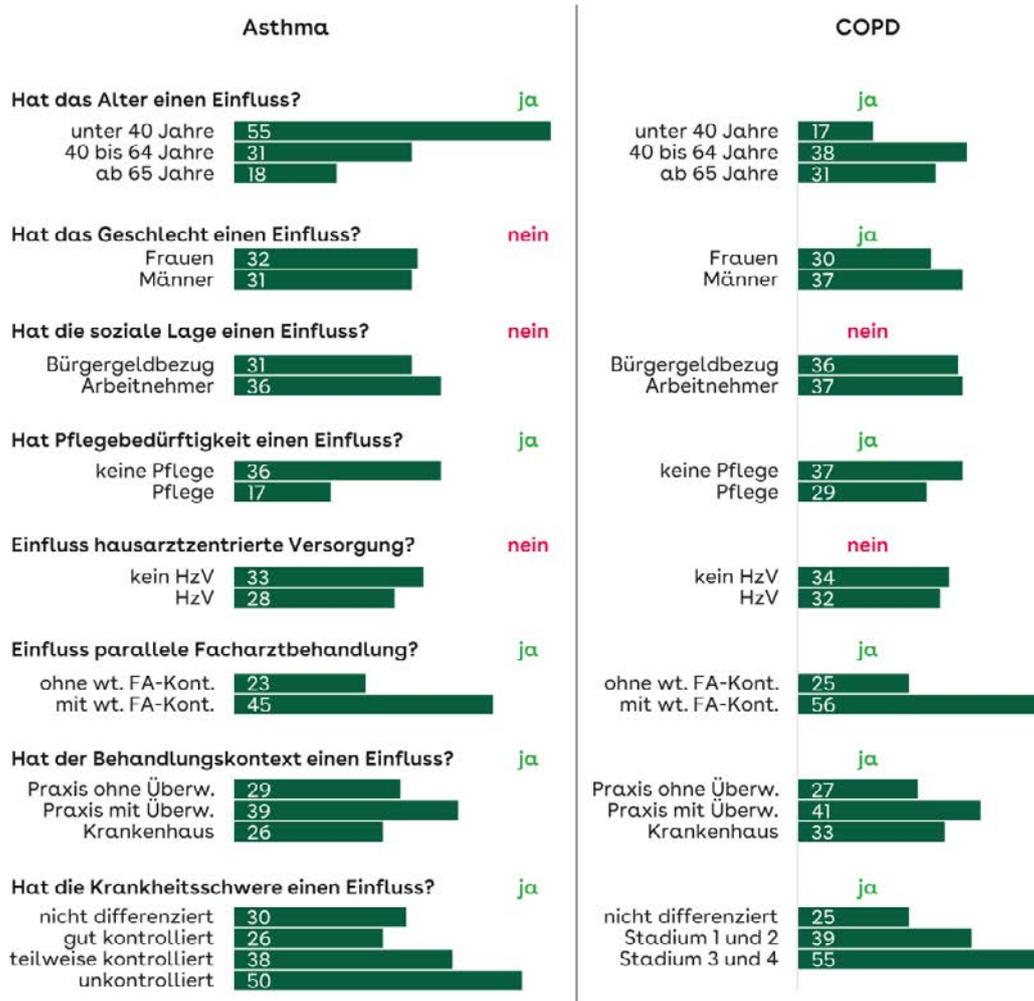
Wie genau übernimmt der Hausarzt die Informationen des Krankenhauses/des Facharztes?

Angaben in Prozent



Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

Weiterbehandlungsrate, Anteil an allen Personen mit der jeweiligen Merkmalsausprägung, Angaben in Prozent



Die **Krankheitsschwere** erklärt teilweise die hausärztliche Weiterbehandlung. Insgesamt sind die Weiterbehandlungsraten **zu niedrig**. Spätestens im fortgeschrittenen Stadium wäre eine Fortführung der Behandlung zu erwarten. **Asthma** wird **im Alter** kaum hausärztlich weiterbehandelt. **Probleme** bei der Weiterbehandlung von Pflegebedürftigen und Erstdiagnosen aus **Krankenhäusern**.

Neuropathien: Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstdiagnose einer Neuropathie



Welche Rolle hat der Hausarzt bei der Behandlung einer Neuropathie?

In bestimmten Fällen kann eine Fachärztin oder ein Facharzt die Patientinnen und Patienten mit einer Neuropathie nach der Diagnosestellung und der Einleitung der Behandlung zurück an die Hausarztpraxis überweisen. Insbesondere bei klarer Ursache, stabiler Therapie und milden Beschwerden lässt sich die Behandlung in der Hausarztpraxis fortführen. Doch auch bei Fortführung der Facharztbehandlung ist es sinnvoll, die Hausärztin bzw. den Hausarzt in die Therapie einzubinden. Sie ergänzen die spezialisierte fachärztliche Diagnostik und Therapie, indem sie die Grunderkrankungen behandeln, den Therapieerfolg überwachen und die ganzheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten im Blick behalten. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte nach einer Erstdiagnose einer Neuropathie beim Facharzt innerhalb von sechs Monaten beim Hausarzt mit der Krankheitsdiagnose weiterbehandelt werden.

Zeitraum

2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: G56-G63

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

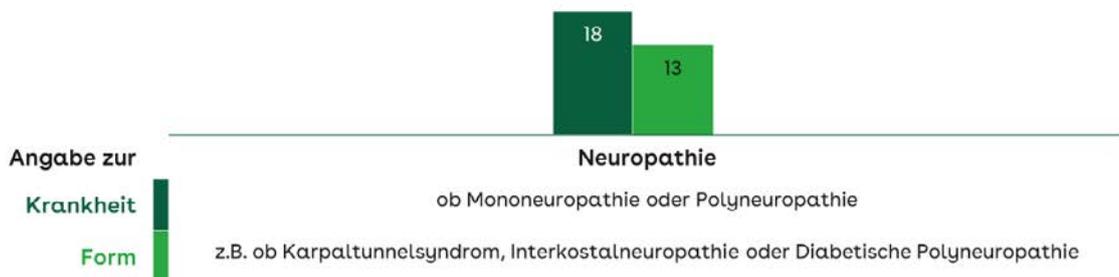
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

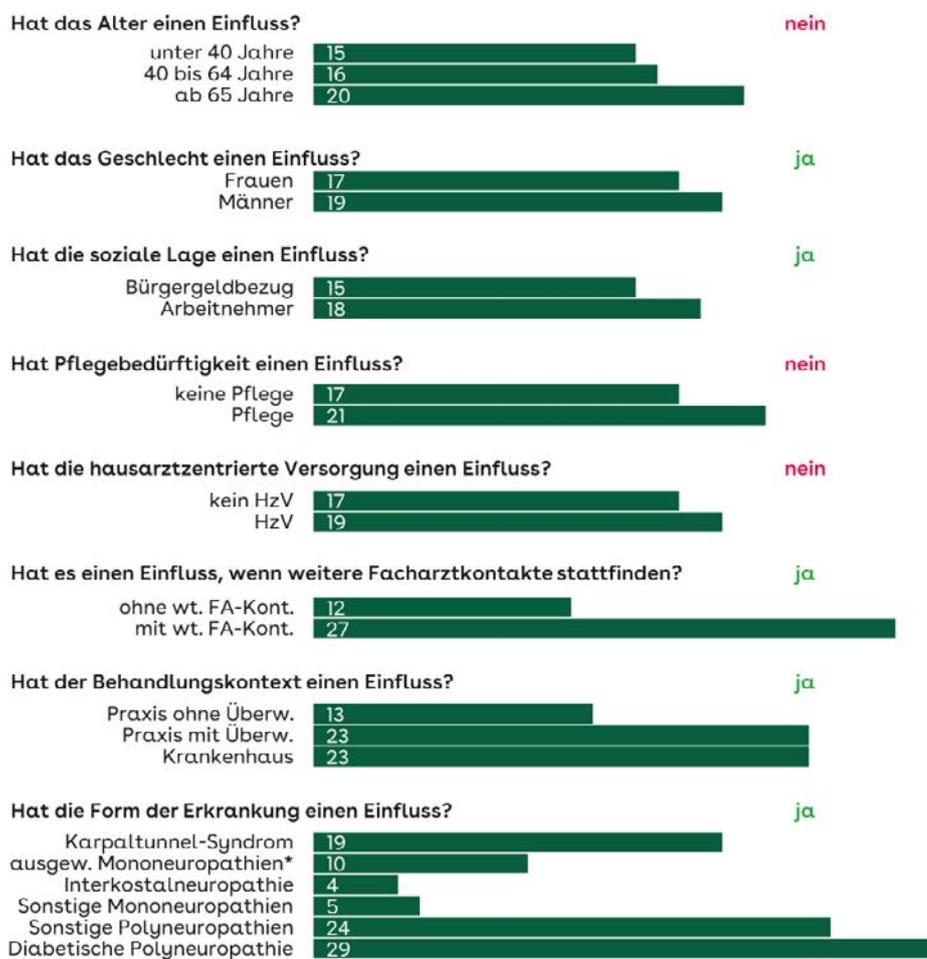
Wie genau übernimmt der Hausarzt die Informationen des Krankenhauses/des Facharztes?

Angaben in Prozent



Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

Weiterbehandlungsrate, Anteil an allen Personen mit der jeweiligen Merkmalsausprägung, Angaben in Prozent



* Dazu zählen: Ulnarisparesse, Meralgia paraesthetica und Peroneuslähmung.



Insgesamt behandeln Hausärztinnen und -ärzte **Neuropathien selten** weiter – dies betrifft vor allem besondere Mononeuropathien.

Spezifische Rückenschmerzen: Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstdiagnose spezifischer Rückenschmerzen



Wie wird die Weiterbehandlung von Rückenschmerzen in der Auswertung erfasst?

Rückenschmerzen können unterschiedliche Ursachen haben. Lassen sich keine eindeutigen Hinweise auf eine körperliche Ursache erkennen, werden die Schmerzen als unspezifisch bezeichnet. Eine zielgerichtete Therapie ist nicht möglich. Die meisten Patientinnen und Patienten sind nach einem Zeitraum von vier bis sechs Wochen wieder beschwerdefrei. Im Gegensatz dazu haben spezifische Rückenschmerzen eine konkrete körperliche Ursache und bieten Möglichkeiten einer gezielten Therapie. Die Kenntnis einer möglichen genauen Ursache ist daher therapierelevant.

Diese Auswertung betrachtet, wie oft Hausärztinnen und -ärzte die Diagnose unspezifischer Rückenschmerzen stellen, obwohl eine fachärztliche Diagnose spezifischer Rückenschmerzen vorliegt.

Zeitraum 2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: M43.1/2, M45-46, M47.2, M49-51, M54.2, M80, M99.17

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versicherten-kreis

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

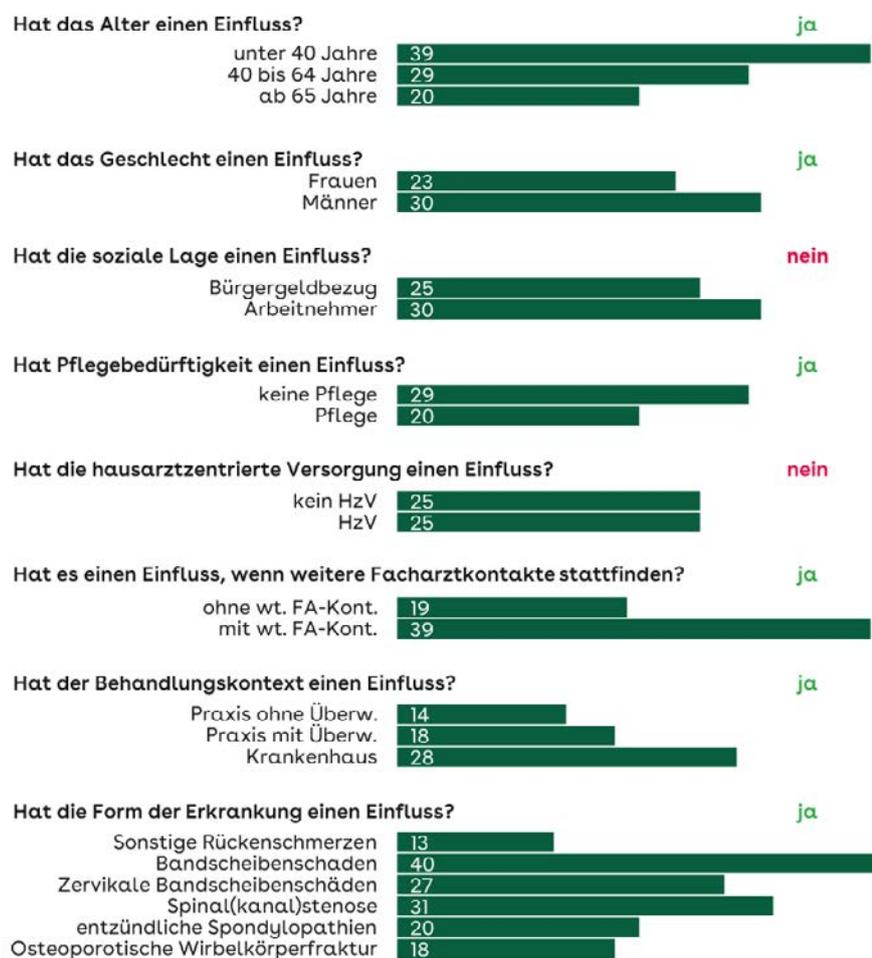
Wie genau übernimmt der Hausarzt die Informationen des Krankenhauses/des Facharztes?

Angaben in Prozent



Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

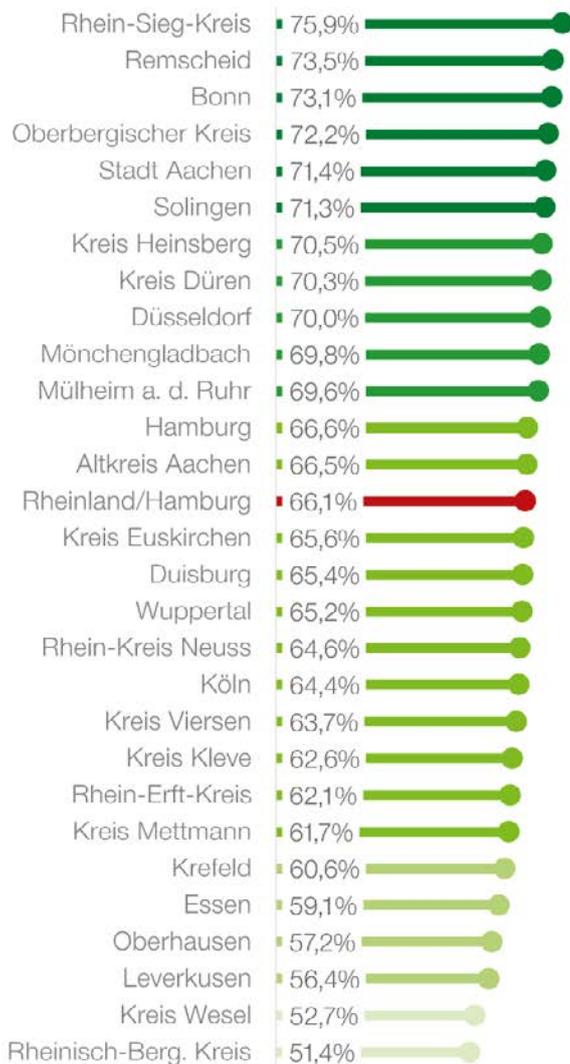
Weiterbehandlungsrate, Anteil an allen Personen mit der jeweiligen Merkmalsausprägung, Angaben in Prozent



Rückenschmerzen werden bei Hausärztinnen und -ärzten **selten mit der spezifischen Diagnose** aus der fachärztlichen Untersuchung weiterbehandelt. Insbesondere **im Alter, bei Frauen und bei Pflegebedürftigen** werden Rückenschmerzen nicht spezifisch behandelt.

Diabetes: Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstdiagnose eines Diabetes



Welche Rolle hat der Hausarzt bei der Behandlung eines Diabetes?

Diabetes mellitus ist eine Stoffwechselerkrankung, die durch eine chronisch erhöhte Blutzuckerkonzentration gekennzeichnet ist. Der hohe Blutzuckerspiegel schädigt auf Dauer Gefäße und Nerven und geht mit einem hohen Risiko für kardiovaskuläre Folgeereignisse einher. Um Folgeschäden zu vermeiden, ist dringend eine ärztliche Begleitung zur Verlaufskontrolle und Therapieüberwachung angeraten. Diese findet in der Regel in der Hausarztpraxis statt. Doch auch bei Fortführung der Facharztbehandlung ist es sinnvoll, die Hausärztin bzw. den Hausarzt in die Therapie einzubinden. Ein Diabetes hat Auswirkungen auf viele chronische Erkrankungen und sollte auch stets bei der Behandlung von Begleiterkrankungen berücksichtigt werden.

Diese Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte nach einer fachärztlichen Erstdiagnose eines Diabetes innerhalb von sechs Monaten beim Hausarzt mit der Krankheitsdiagnose weiterbehandelt werden.

Zeitraum

2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: E10-E14

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

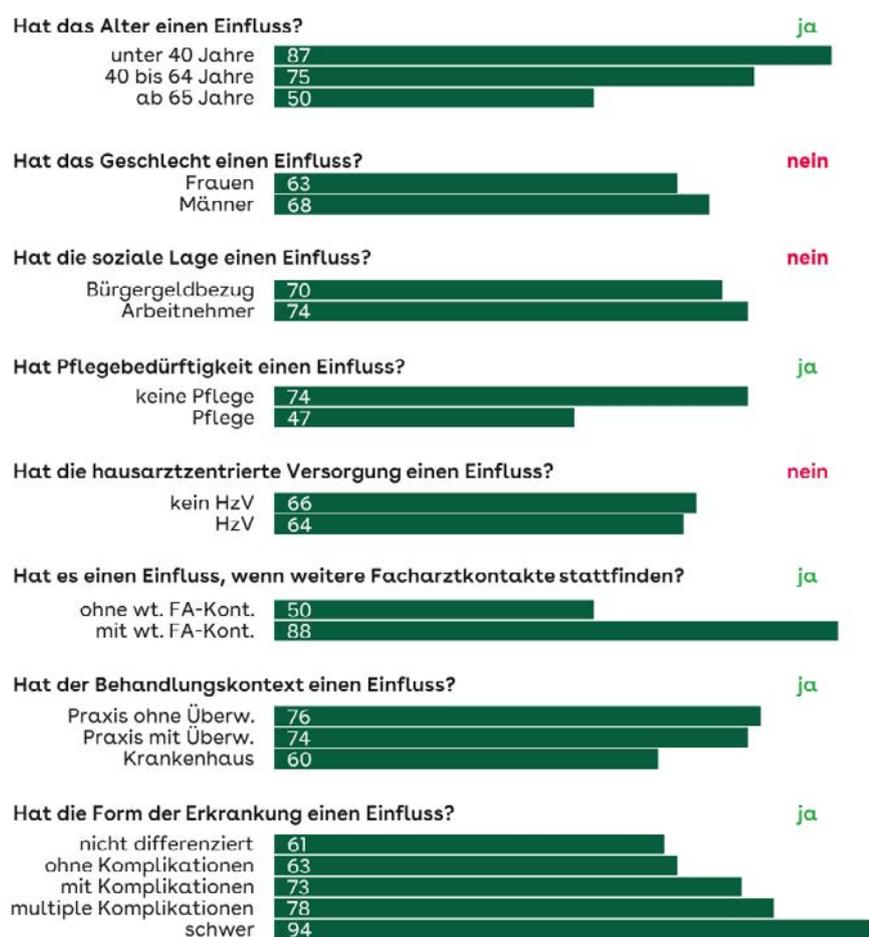
Wie genau übernimmt der Hausarzt die Informationen des Krankenhauses/des Facharztes?

Angaben in Prozent



Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

Weiterbehandlungsrate, Anteil an allen Personen mit der jeweiligen Merkmalsausprägung, Angaben in Prozent



In bestimmten Gruppen funktioniert die hausärztliche Übernahme der Behandlung eines neu erkannten Diabetes gut. Probleme bei der Weiterbehandlung bestehen im Alter, bei Pflegebedürftigen und bei Erstdiagnosen aus Krankenhäusern.

Chronische Nierenkrankheit: Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstdiagnose einer chronischen Nierenkrankheit



Welche Rolle hat der Hausarzt bei der Behandlung einer chronischen 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 Nieren. Im Alter ist eine leichte Einschränkung der Nierenfunktion nicht ungewöhnlich und erfordert nicht immer eine unmittelbare Behandlung. In allen anderen Fällen ist eine ärztliche Begleitung erforderlich, um den Krankheitsverlauf im Blick zu haben, die Ursachen zu behandeln und ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Die Behandlung erfolgt in der Hausarztpraxis. Wenn es die Erkrankung erfordert, kann im fortgeschrittenen Stadium eine Nephrologin oder ein Nephrologe zusätzlich in die Langzeittherapie eingebunden werden. In bestimmten Fällen kann auch eine primär fachärztliche Koordination der Behandlung sinnvoll sein. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte nach einer fachärztlichen Erstdiagnose innerhalb von sechs Monaten beim Hausarzt mit der Krankheitsdiagnose weiterbehandelt werden.

Zeitraum

2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: N18

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

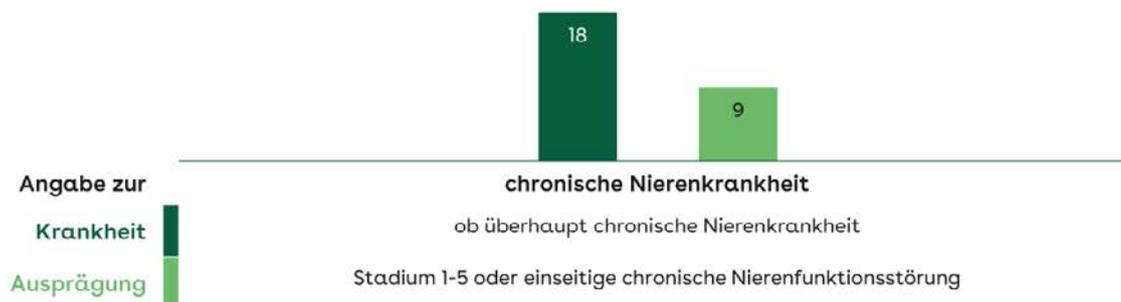
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Wie genau übernimmt der Hausarzt die Informationen des Krankenhauses/des Facharztes?

Angaben in Prozent



Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

Weiterbehandlungsrate, Anteil an allen Personen mit der jeweiligen Merkmalsausprägung, Angaben in Prozent

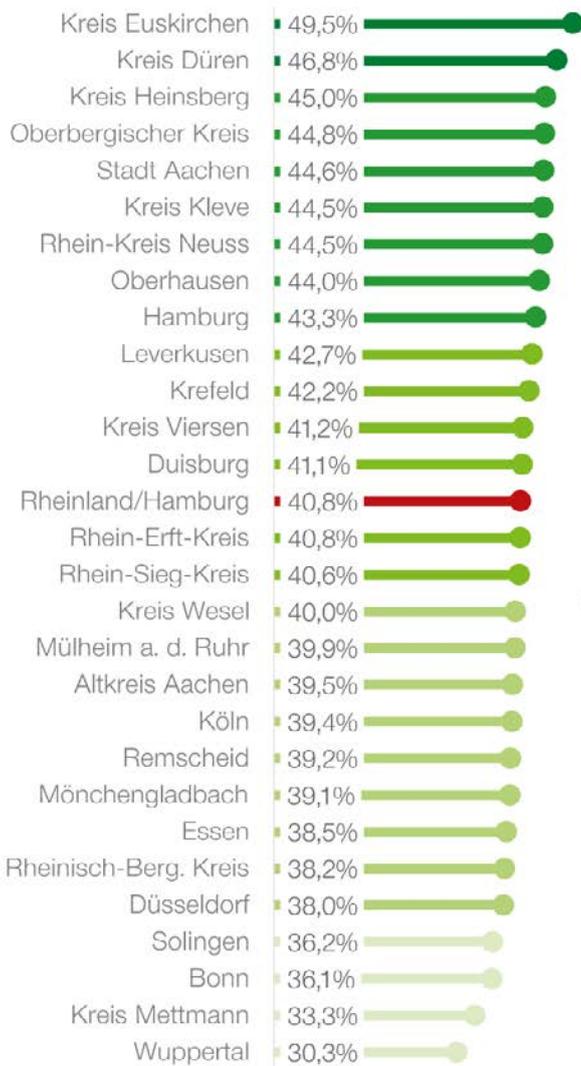
Hat das Alter einen Einfluss?		nein
unter 40 Jahre	26	
40 bis 64 Jahre	19	
ab 65 Jahre	17	
Hat das Geschlecht einen Einfluss?		nein
Frauen	17	
Männer	18	
Hat die soziale Lage einen Einfluss?		nein
Bürgergeldbezug	18	
Arbeitnehmer	18	
Hat Pflegebedürftigkeit einen Einfluss?		ja
keine Pflege	19	
Pflege	17	
Hat die hausarztzentrierte Versorgung einen Einfluss?		nein
kein HzV	17	
HzV	18	
Hat es einen Einfluss, wenn weitere Facharztkontakte stattfinden?		ja
ohne wt. FA-Kont.	12	
mit wt. FA-Kont.	44	
Hat der Behandlungskontext einen Einfluss?		ja
Praxis ohne Überw.	22	
Praxis mit Überw.	32	
Krankenhaus	14	
Hat die Krankheitsschwere einen Einfluss?		ja
nicht differenziert	15	
Stadium 1 und 2	11	
Stadium 3	19	
Stadium 4 und 5	29	



Eine neu erkannte Nierenkrankheit wird **viel zu selten** hausärztlich **weiterbehandelt**. Während die Krankheit im Stadium 1 und 2 nicht immer unmittelbar behandlungsrelevant ist, sollte spätestens ab dem Stadium 3 eine hausärztliche Behandlung erfolgen. Insbesondere Erstdiagnosen aus **Krankenhäusern** werden von Hausärztinnen und -ärzten kaum berücksichtigt.

Depressionen: Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Behandlungsfällen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstdiagnose einer Depression



Welche Rolle hat der Hausarzt bei der Behandlung einer Depression?

Die Symptome einer Depression gehen deutlich über Phasen der Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit hinaus. Eine diagnostizierte Depression ist eine Krankheit und als solche auch behandlungsbedürftig. Hausärztinnen und -ärzte haben bei der Versorgung eine zentrale Rolle. Sie behandeln den Großteil der Patientinnen und Patienten. Das strukturierte Behandlungsprogramm zu Depressionen verortet die Langzeitbetreuung grundsätzlich in der Hausarztpraxis. Spätestens bei schweren und/oder rezidivierenden depressiven Störungen, psychischer Komorbidität oder Nichtansprechen von Antidepressiva sollte eine Fachärztin oder ein -arzt einbezogen werden. Die hausärztliche Mitbetreuung durch einen Hausarzt bleibt auch in diesen Fällen nicht zuletzt zur Behandlung von körperlichen Begleiterkrankungen sinnvoll. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte nach einer fachärztlichen Erstdiagnose innerhalb von sechs Monaten beim Hausarzt mit der Krankheitsdiagnose weiterbehandelt werden.

Zeitraum

2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: F32, F33, F34.1

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

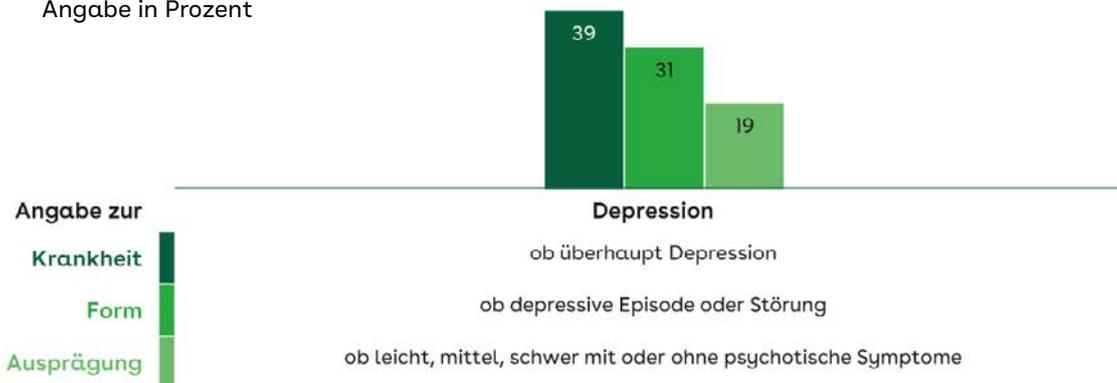
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Wie genau übernimmt der Hausarzt die Informationen des Krankenhauses/des Facharztes?

Angabe in Prozent



Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

Weiterbehandlungsrate, Anteil an allen Personen mit der jeweiligen Merkmalsausprägung, Angaben in Prozent



Ob eine neu erkannte Depression hausärztlich weiterbehandelt wird, hängt von vielen Faktoren ab. Insbesondere das **Alter** und die **Krankheitsschwere** haben einen Einfluss. Probleme bei der hausärztlichen Weiterbehandlung bestehen vor allem **im Alter**, bei **Pflegebedürftigen** und auch bei Menschen mit **niedrigem sozioökonomischen Status**.

Herzerkrankungen: Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Arzneimittelverordnungen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstverordnung eines neuen Medikaments



Welche Rolle hat der Hausarzt bei der Behandlung von Herzerkrankungen?

Neben der Förderung einer aktiven und gesunden Lebensweise sind Medikamente ein wichtiger Bestandteil in der Therapie von Herzerkrankungen. Sie werden eingesetzt, um das Herz vor Überlastung zu schützen, das Risiko für Folgeereignisse zu reduzieren und Krankheitssymptome zu kontrollieren. Welche Medikamente zum Einsatz kommen, hängt vom Schweregrad der Erkrankung, den Beschwerden und dem Erfolg der bestehenden Therapie ab. Sofern keine starken Nebenwirkungen auftreten, werden die Medikamente dauerhaft eingenommen.

Diese Auswertung betrachtet alle Versicherten, die in der Facharztpraxis erstmalig ein Medikament einer neuen Wirkstoffgruppe, aber kein Folge-rezept verordnet bekommen haben und in der Folge in hausärztlicher Behandlung waren. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass die Weiterbehandlung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt erfolgen würde. Die Analyse überprüft, bei wie vielen Versicherten dies der Fall war.

Zeitraum 2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

ATC-Codes: A10BK, B01AA, B01AC04,06,34, B01AE07, B01AF, C01AA, C01EB17, C03, C07, C09, C10AA/AX/BA/BX, N02BA01

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

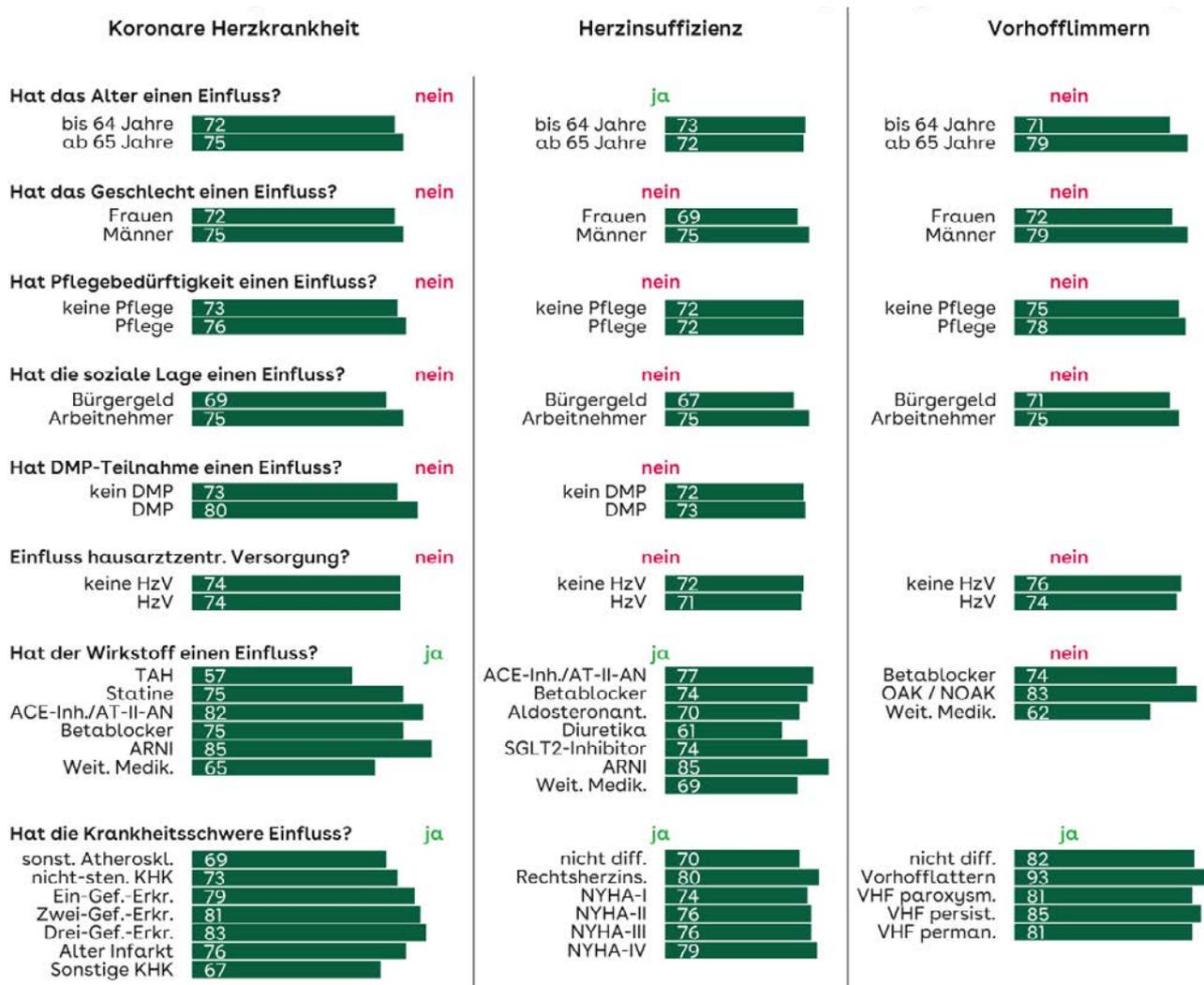
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

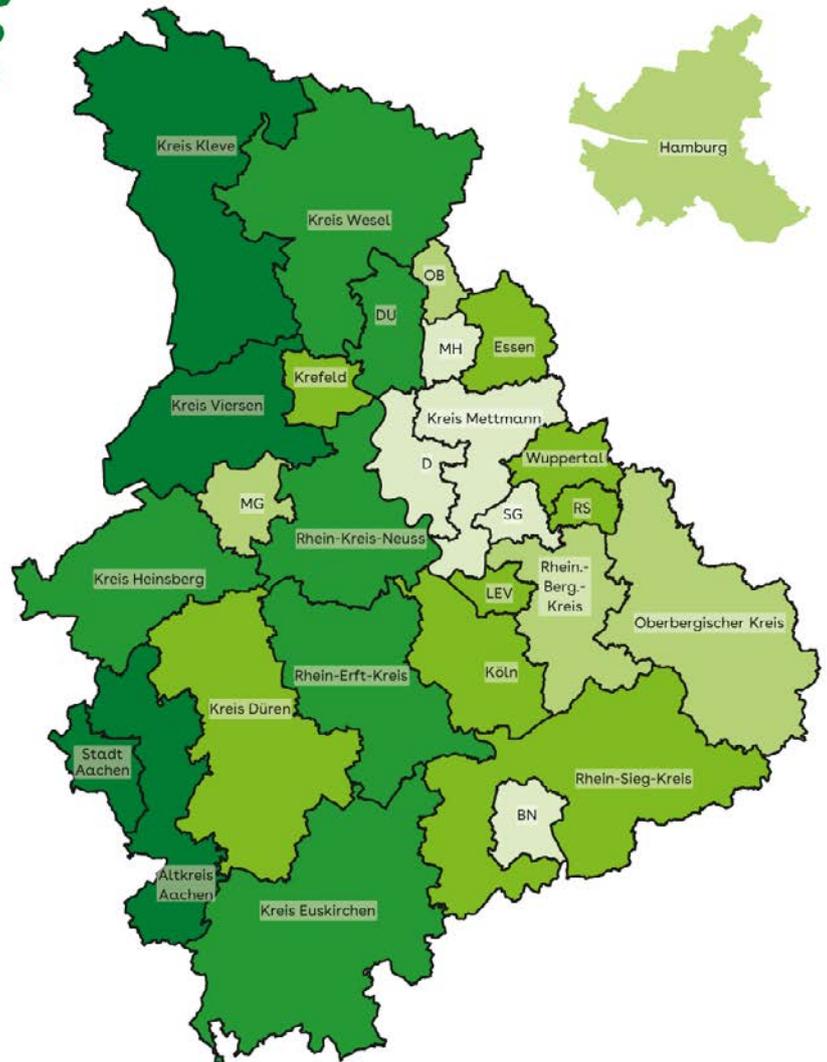
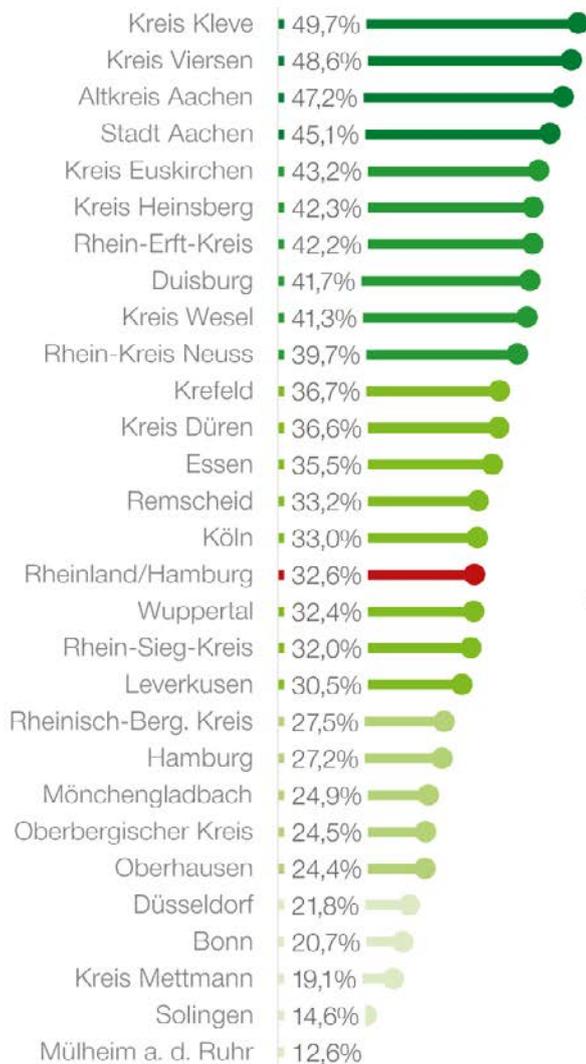
Weiterbehandlungsrate, Anteil an allen Personen mit der jeweiligen Merkmalsausprägung, Angaben in Prozent



Die Ausstellung von Folgeverordnungen neuer Herzmedikamente durch Hausärztinnen und -ärzte **funktioniert in allen Teilgruppen vergleichsweise gut.**

Lungenerkrankungen: Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Arzneimittelverordnungen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstverordnung eines neuen Medikaments



Welche Rolle hat der Hausarzt bei der Behandlung von Lungenerkrankungen?

Bei den chronischen Lungenkrankheiten Asthma und COPD sind die unteren Atemwege chronisch entzündet. Es kommt zu einer Verengung der Atemwege. Bei fortgeschrittener Erkrankung sind Medikamente ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Kortisonsprays hemmen die Entzündungen in der Lunge, sogenannte Bronchodilatoren weiten die Atemwege und erleichtern die Atmung. Bei leichter Symptomatik genügt oftmals noch eine Einnahme bei Bedarf, ansonsten ist eine Dauermedikation erforderlich. Medikamente, die ausschließlich als Bedarfsmedikation eingesetzt werden, sind in der Analyse nicht berücksichtigt.

Diese Auswertung betrachtet alle Versicherten, die in der Facharztpraxis erstmalig ein Medikament einer neuen Wirkstoffgruppe, aber kein Folge-rezept verordnet bekommen haben und in der Folge in hausärztlicher Behandlung waren. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass die Weiterbehandlung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt erfolgen würde.

Zeitraum 2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

ATC-Codes: R03AC12/13/18/19, R03AK06-14, R03AL03-12, R03BA01/02/05/07-09, R03BB04-07/54, R03CC12/13/63, R03DA04/05, R03DC03, R03DX07

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

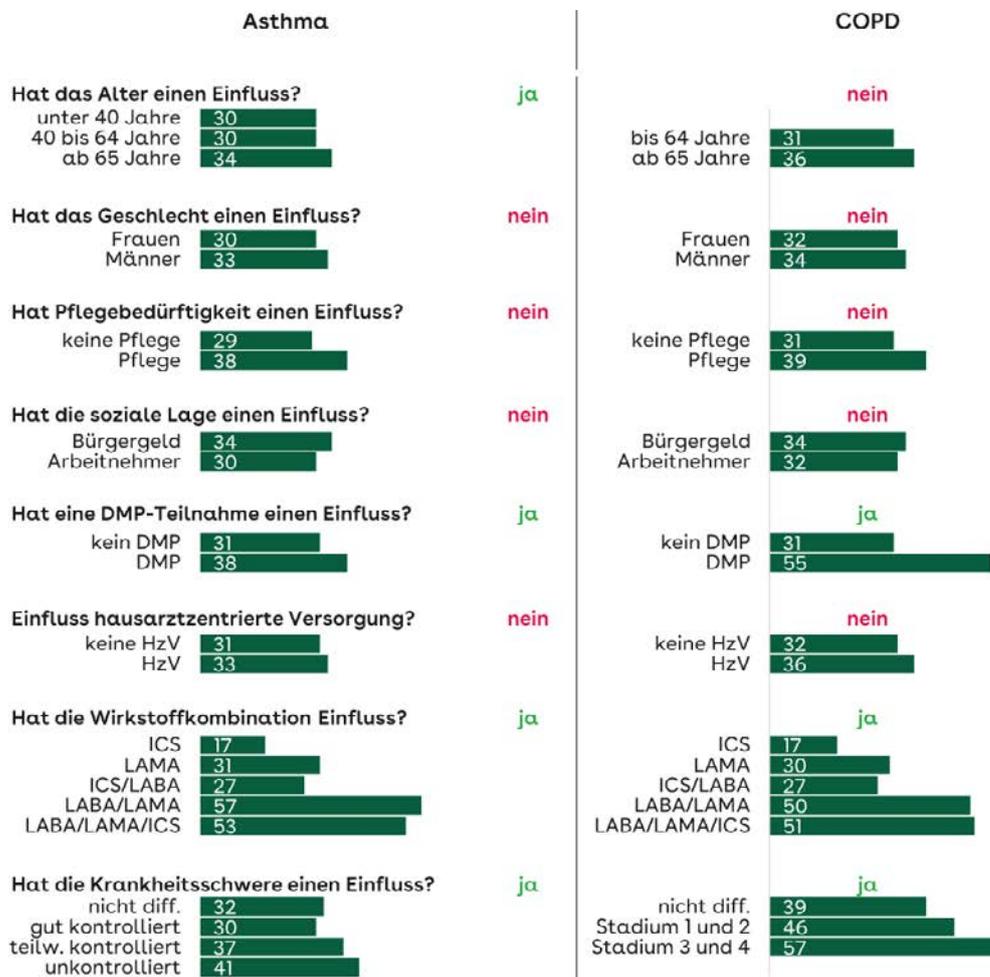
Datenquelle AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

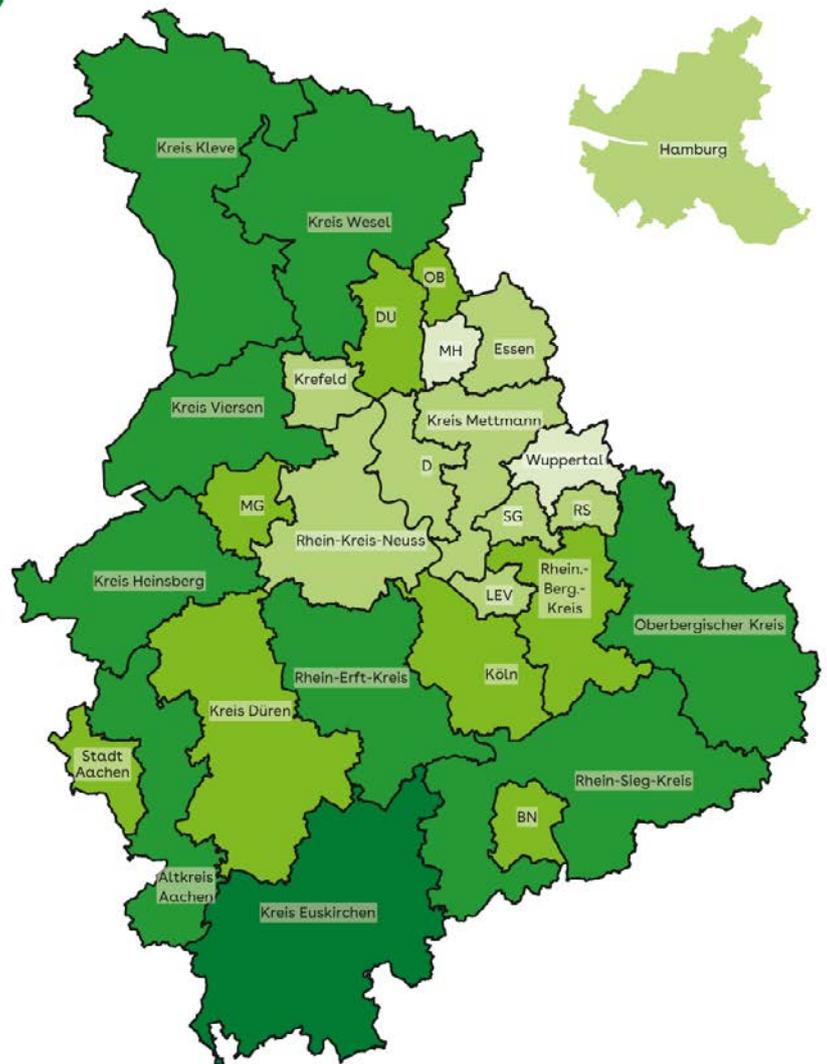
Weiterbehandlungsrate, Anteil an allen Personen mit der jeweiligen Merkmalsausprägung, Angaben in Prozent



Unterschiede bei der hausärztlichen Ausstellung von Folgeverordnungen bestehen vor allem in Bezug auf die **Krankheitsschwere** und – damit verbunden – den **verordneten Wirkstoff**. **DMPs** haben einen positiven Effekt. Insgesamt sind die Weiterbehandlungsraten **zu niedrig**. Spätestens im fortgeschrittenen Stadium wäre eine Fortführung der Behandlung zu erwarten.

Neuropathien: Hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Arzneimittelverordnungen

Anteil an allen Versicherten mit fachärztlicher Erstverordnung eines neuen Medikaments



Welche Rolle hat der Hausarzt bei der Behandlung einer Neuropathie?

Die medikamentöse Therapie neuropathischer Schmerzen unterscheidet sich von der Therapie anderer Schmerzen ohne Schädigung des Nervensystems. Zum Einsatz kommen vorrangig Medikamente zur Behandlung von Depressionen oder Epilepsie. Als Therapieoptionen erster Wahl gelten gemäß der medizinischen Leitlinie die Antiepileptika Gabapentin und Pregabalin sowie Trizyklische Antidepressiva und Duloxetin. Auch Opiode können nachrangig zur Therapie eingesetzt werden.

Diese Auswertung betrachtet alle Versicherten, die in der Facharztpraxis ein neues Medikament, aber kein Folgerezept verordnet bekommen haben und in der Folge in hausärztlicher Behandlung waren. Eine fehlende Weiterbehandlung durch Hausärztinnen und -ärzte kann oftmals therapeutische Gründe haben (Abklingen der Symptome, unzureichender Therapieerfolg, starke Nebenwirkungen). Die deutlichen regionalen Unterschiede deuten aber auf mögliche Probleme in der Versorgung hin.

Zeitraum

2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

ATC-Codes: N02A, N02BF01, N02BF02, N06AA, N06AX21

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

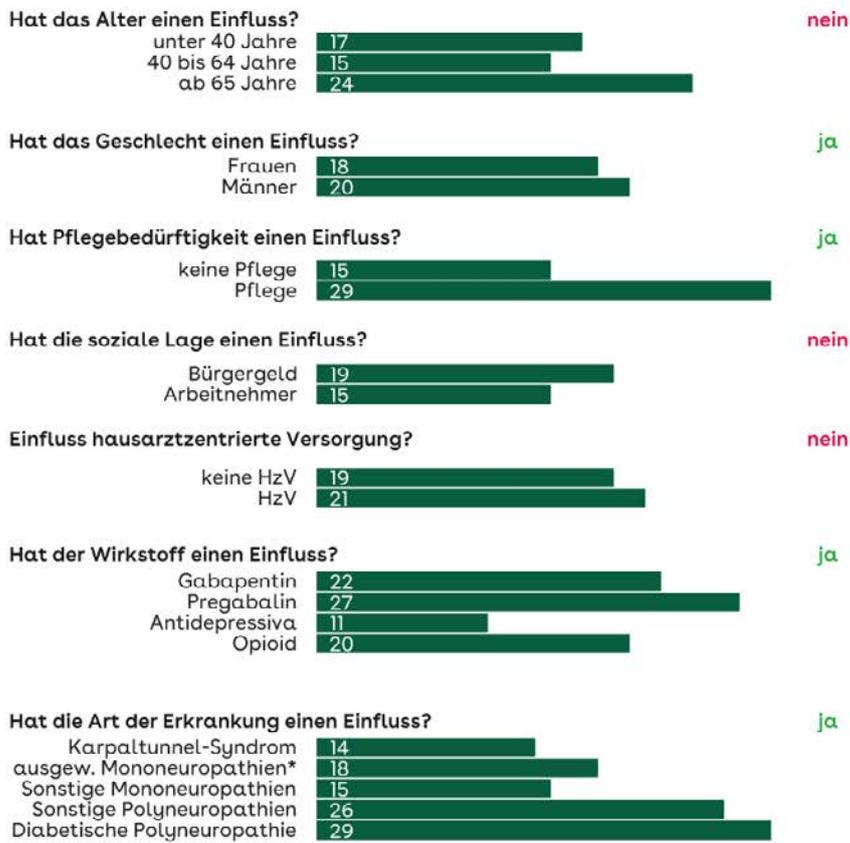
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Werden bestimmte Personengruppen häufiger hausärztlich weiterbehandelt als andere?

Weiterbehandlungsrate, Anteil an allen Personen mit der jeweiligen Merkmalsausprägung, Angaben in Prozent



* Dazu zählen: Ulnarisparese, Meralgia paraesthetica, Peroneuslähmung und Interkostalneuropathie.



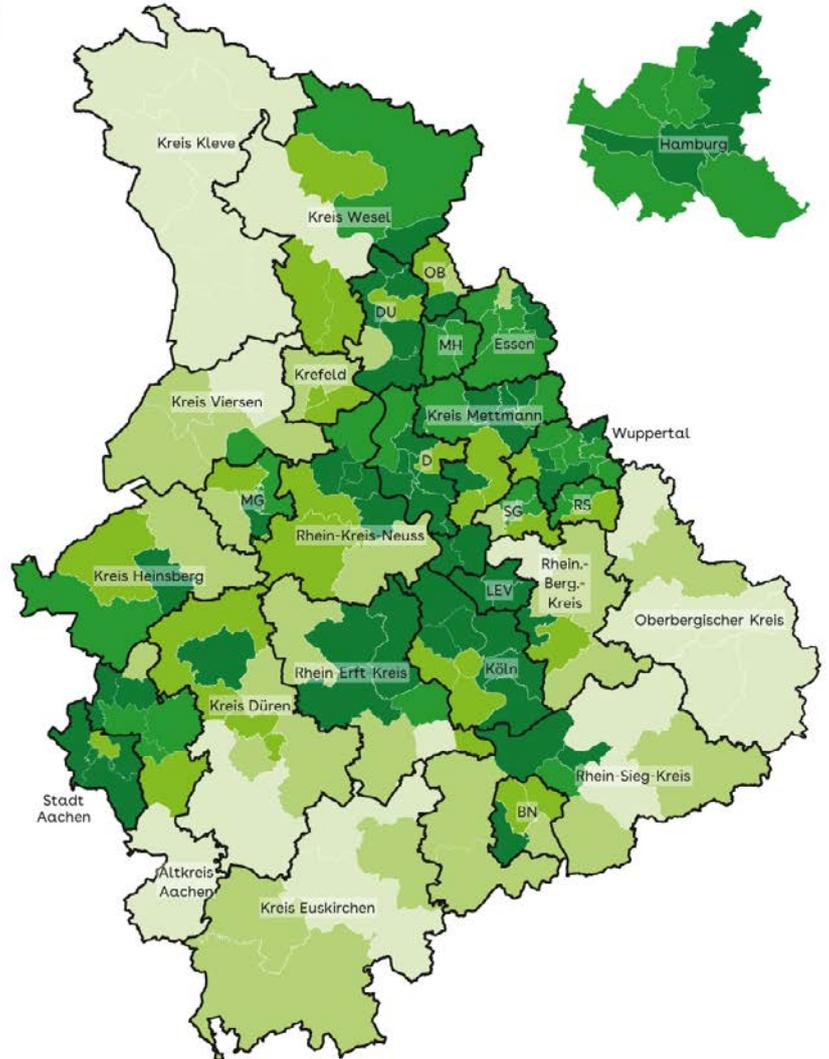
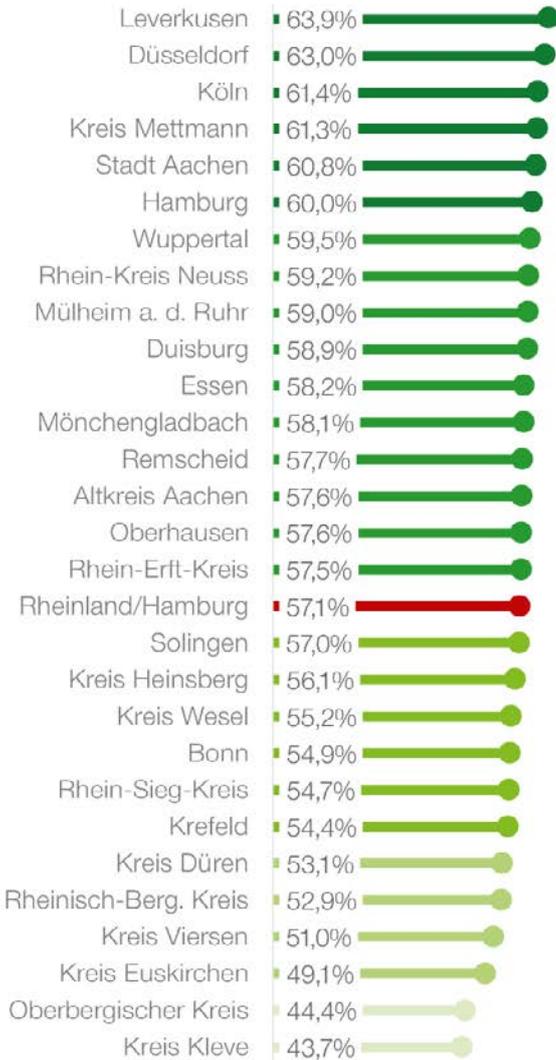
Unterschiede bei der hausärztlichen Ausstellung von Folgeverordnungen bestehen vor allem in Bezug auf **Art der Neuropathie** und den **verordneten Wirkstoff**. **Pflegebedürftige** bekommen deutlich **häufiger eine Folgeverordnung** als Personen ohne Pflegebedarf.

Wiederkehrende Auswertungen

Ambulante Versorgung

Check-up bei Frauen

Inanspruchnahme bei Frauen ab 35 Jahren



Was wird beim Check-up gemacht?

Versicherte ab 35 Jahren 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 und eine Blutprobe entnommen und im Labor ausgewertet. Die Ergebnisse werden in einem abschließenden Gespräch besprochen.

Zeitraum

2021 bis 2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01732

Standardisierung

Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

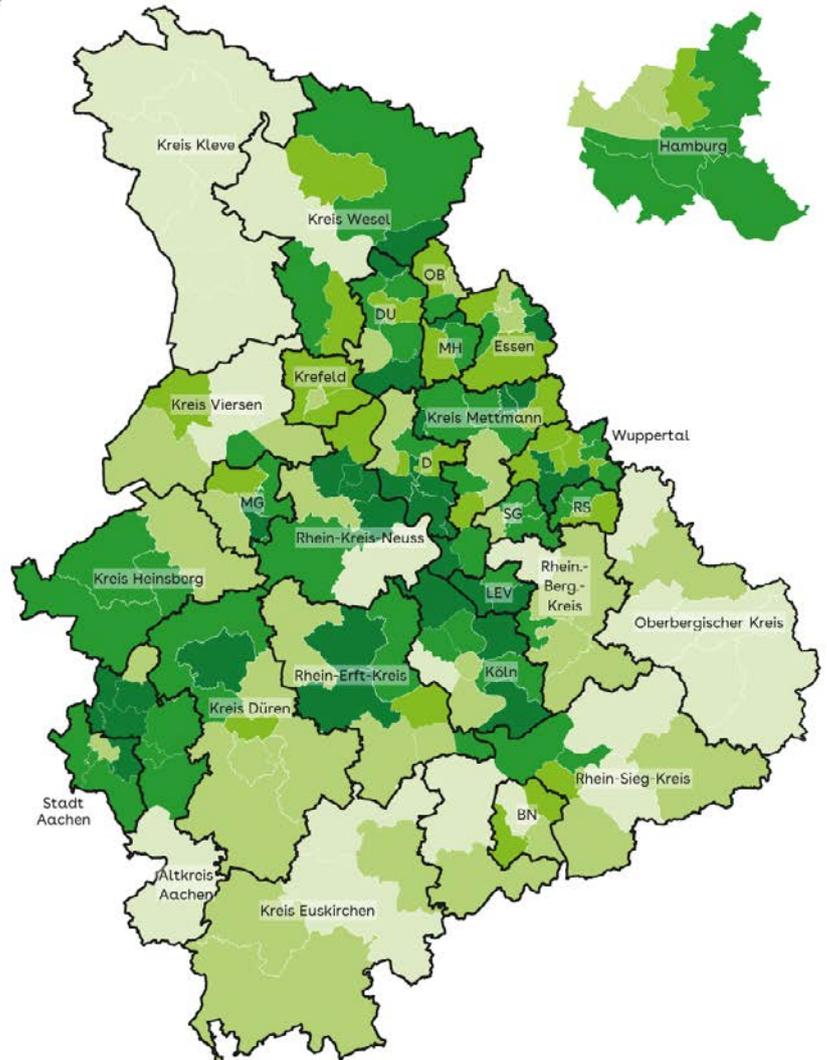
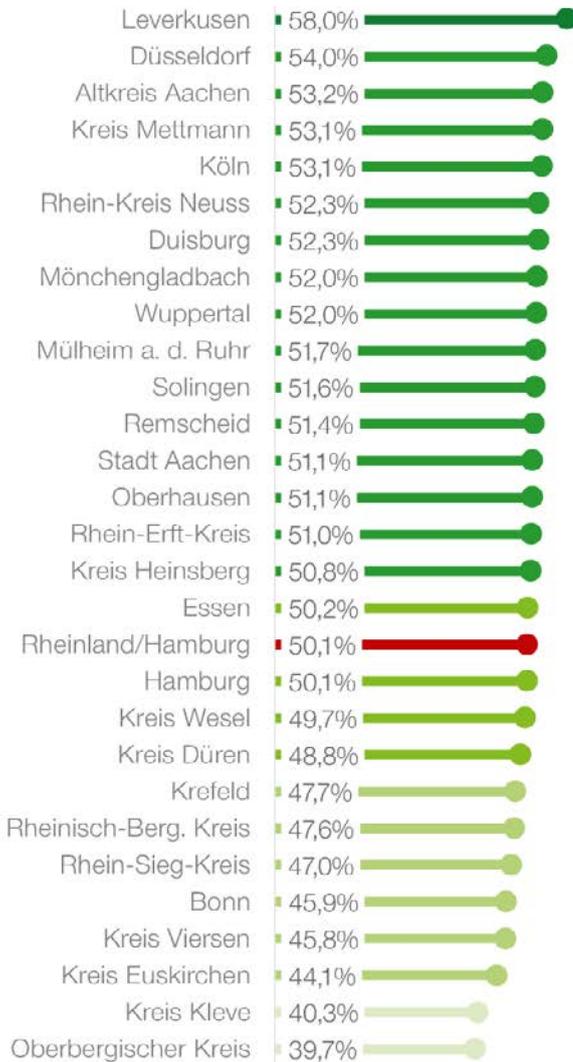
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Check-up bei Männern

Inanspruchnahme bei Männern ab 35 Jahren



Was wird beim Check-up gemacht?

Versicherte ab 35 Jahren 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 und eine Blutprobe entnommen und im Labor ausgewertet. Die Ergebnisse werden in einem abschließenden Gespräch besprochen.

Zeitraum

2021 bis 2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01732

Standardisierung

Alter auf männliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

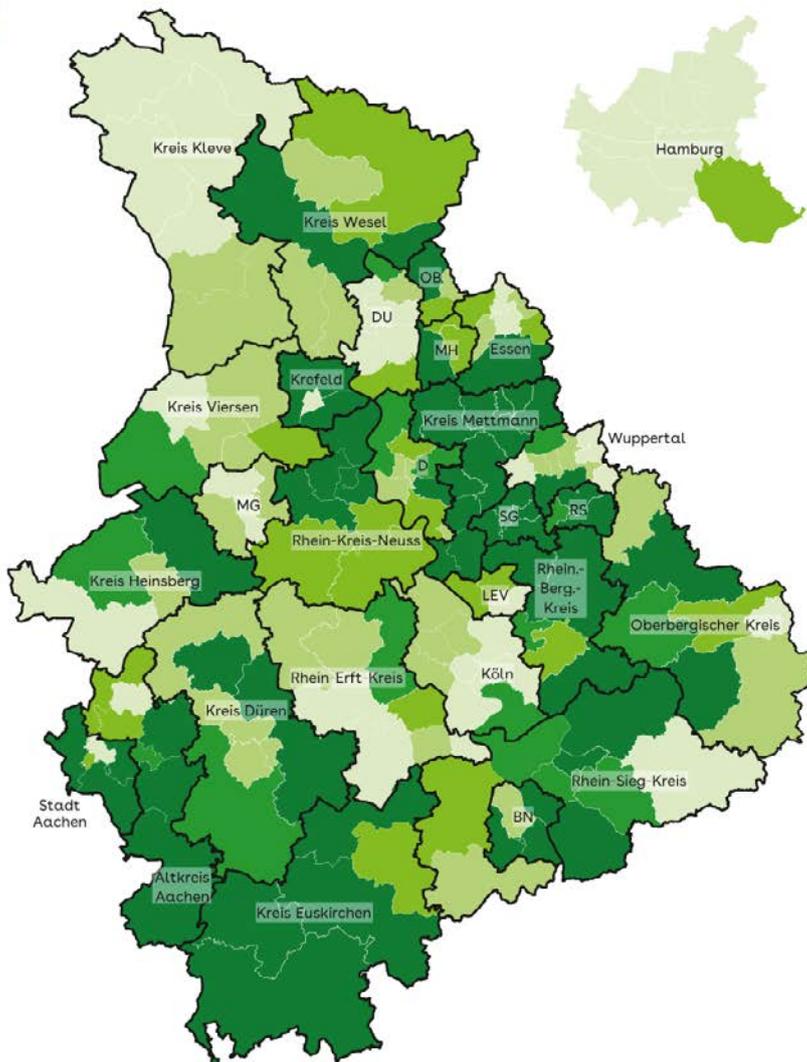
AOK Rheinland/Hamburg

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. Früherkennungsmaßnahmen können Krebs in der Regel zwar nicht verhindern, aber die Heilungschancen verbessern.

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

2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 01760, 01761

Standardisierung

Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

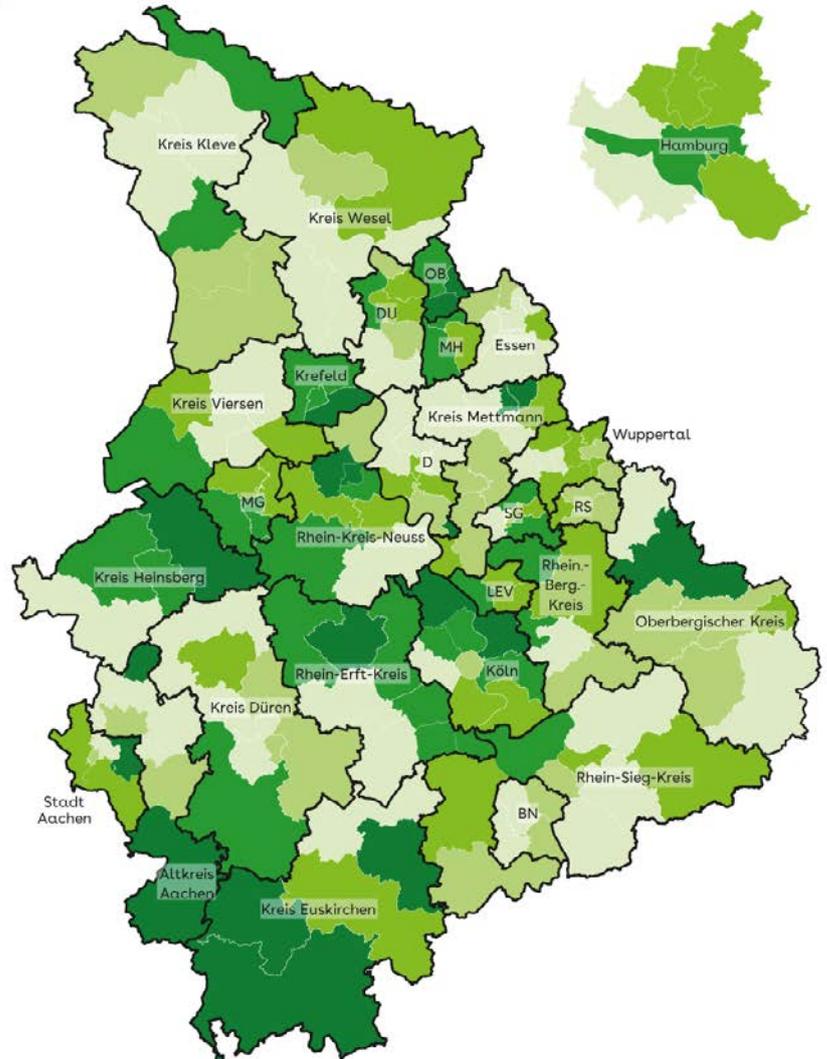
AOK Rheinland/Hamburg

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

2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01731

Standardisierung

Alter auf männliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

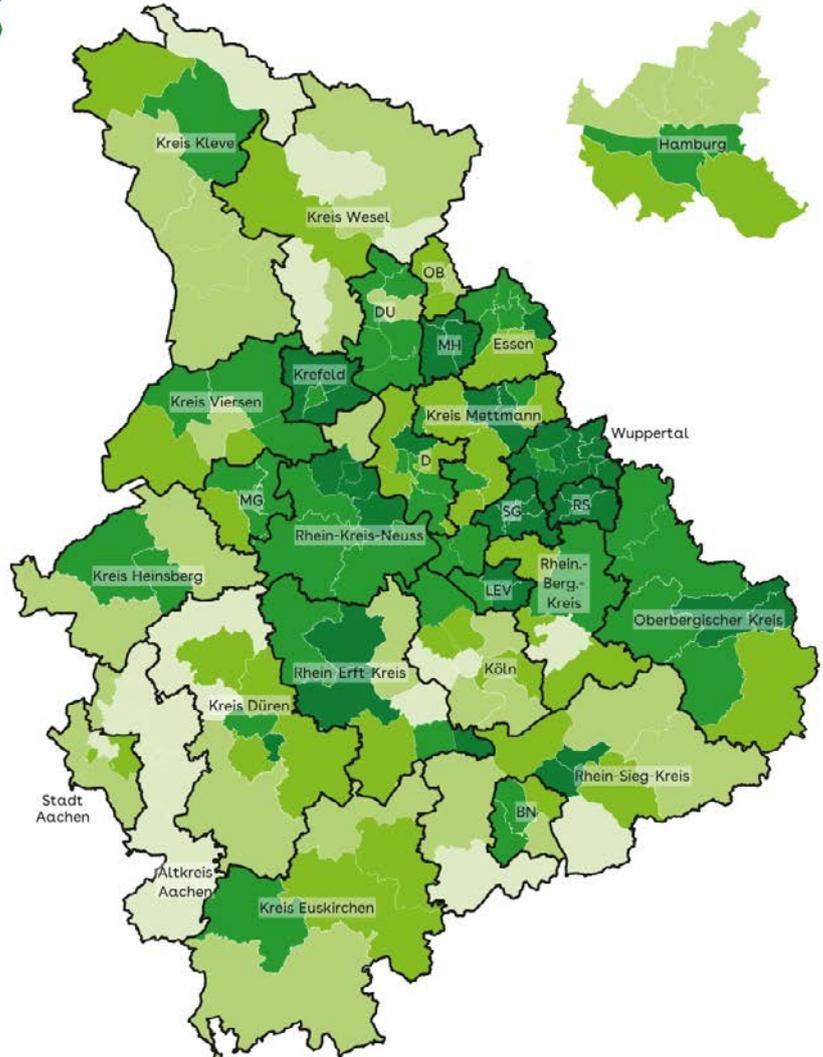
AOK Rheinland/Hamburg

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 160 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 2022 und 2023 gefolgt sind.

Zeitraum

2022 bis 2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01750

Standardisierung

Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

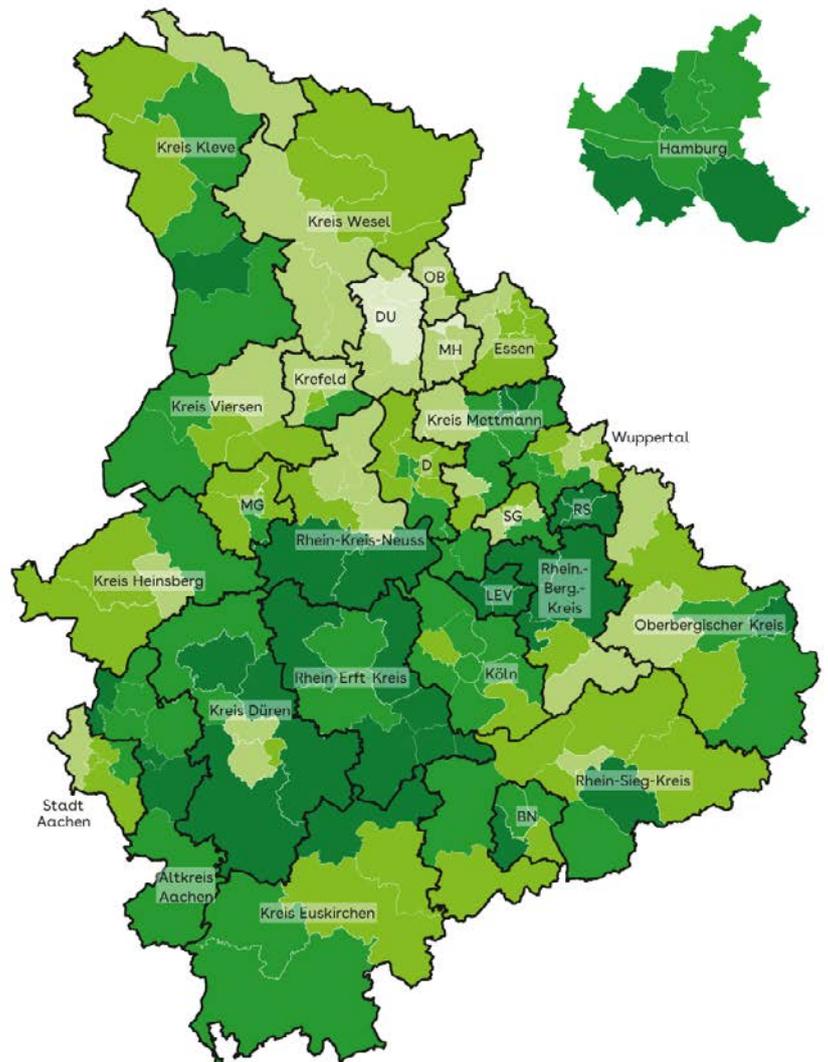
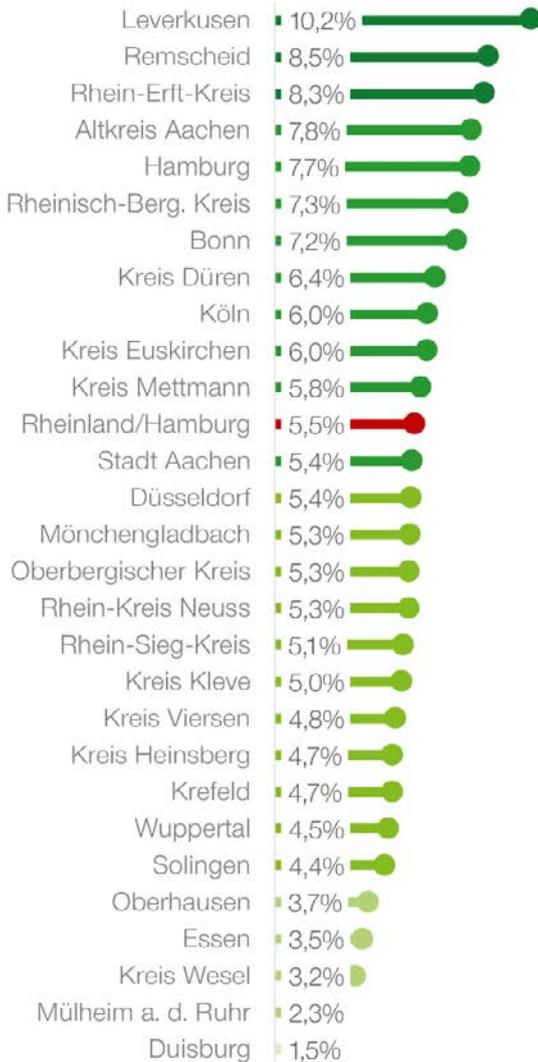
AOK Rheinland/Hamburg

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. Als einzige Krebsvorsorge ermöglicht sie, Krebsvorstufen zu entfernen und somit das Risiko für die Entstehung von Darmkrebs deutlich zu senken. Frauen haben ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf eine Früherkennungs-Koloskopie. Für Männer wurde die Altersgrenze zum April 2019 auf 50 Jahre gesenkt. Mit dem 19. April 2019 wurden alle Männer zwischen 50 und 54 Jahren erstmalig anspruchsberechtigt.

Diese Auswertung betrachtet, wie viele Männer in den ersten fünf Jahren der neuen Anspruchsberechtigung eine Früherkennungskoloskopie in Anspruch genommen haben. Auch Frauen, die im Jahr 2019 55 Jahre alt geworden sind, gehen in die Auswertung ein.

Zeitraum

2019 bis 2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01741

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

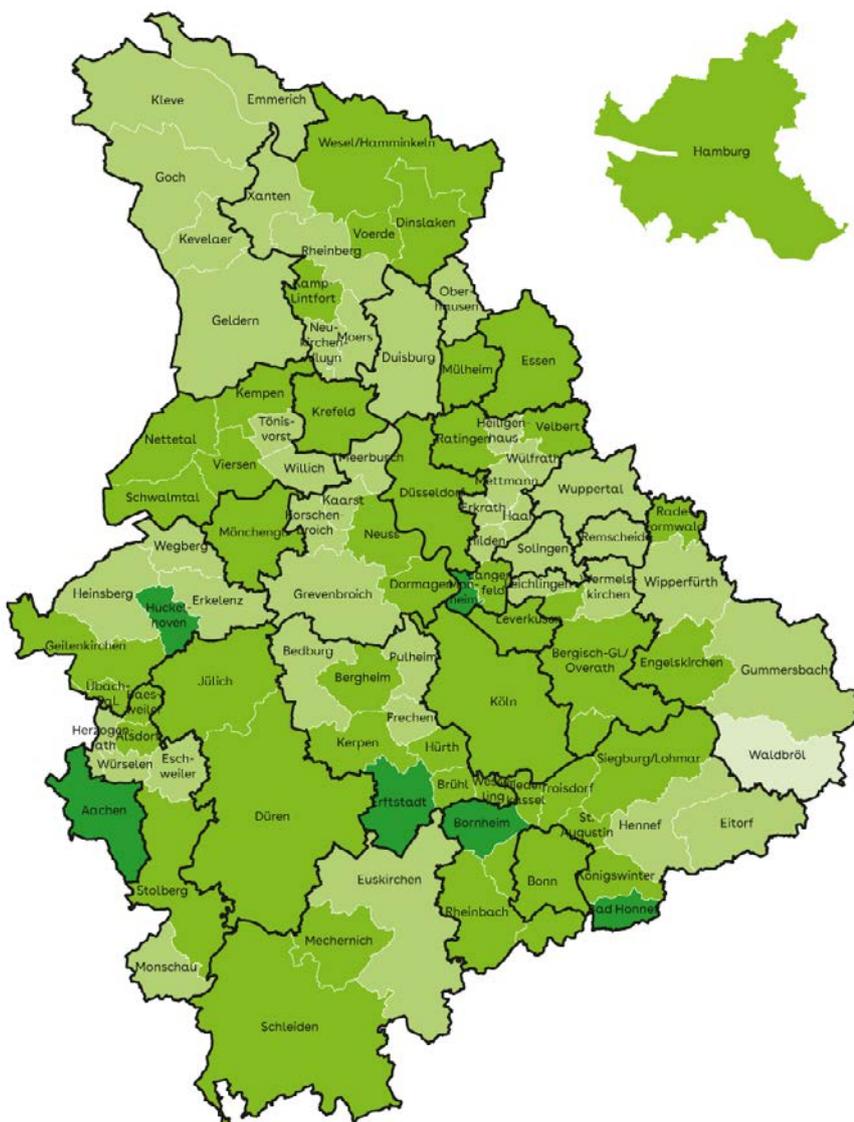
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Hausärztliche Versorgung

Versorgungsgrad in Prozent, 2024



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

01.07.2024

Standardisierung

keine

Datenquelle

Bedarfsplanung der KV Nordrhein und der KV Hamburg

Regionale Zuordnung

Arztsitz und Wohnort

Hausärztliche Versorgung

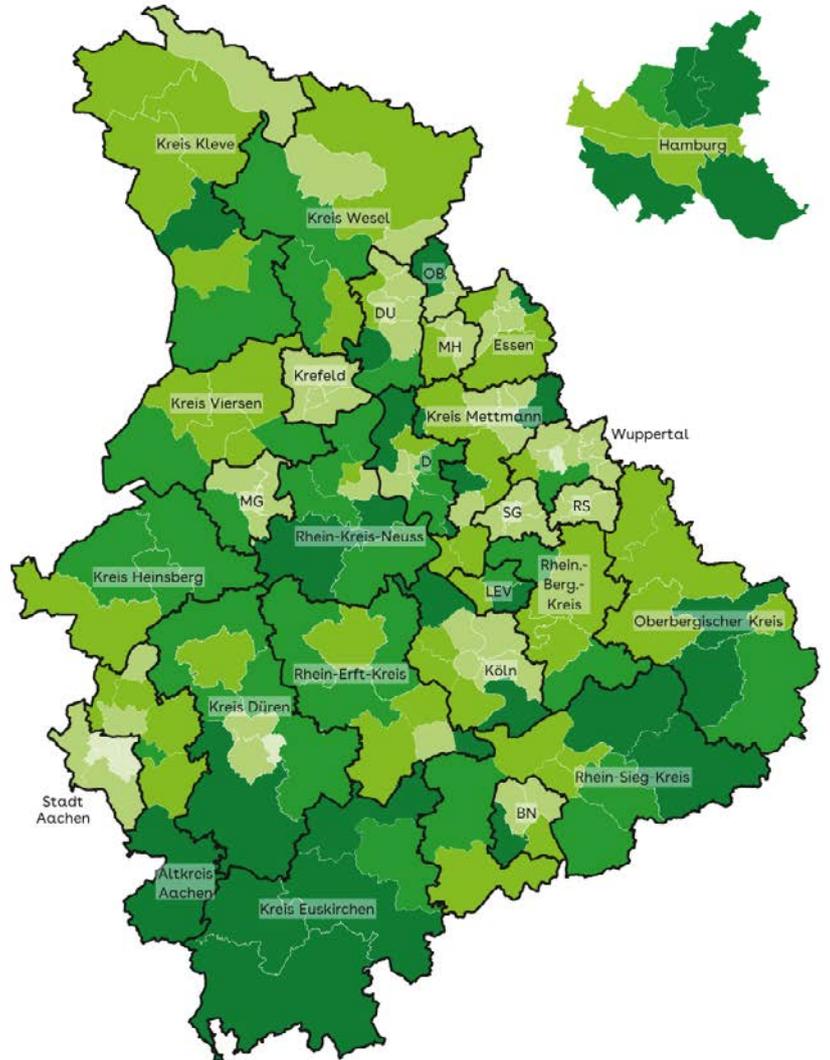
Versorgungsgrad in Prozent, 2024

Planungsbereich	Kreis	in %
Bad Honnef	Rhein-Sieg-Kreis	132,2
Aachen	Städteregion Aachen	114,2
Bornheim	Rhein-Sieg-Kreis	113,4
Erftstadt	Rhein-Erft-Kreis	112,9
Hückelhoven	Kreis Heinsberg	112,1
Monheim	Kreis Mettmann	111,0
Bonn	Bonn	110,5
Siegburg/Lohmar	Rhein-Sieg-Kreis	110,2
Baesweiler	Städteregion Aachen	110,2
Düsseldorf	Düsseldorf	109,5
Köln	Köln	109,3
Hamburg	Hamburg	109,2
Dormagen	Rhein-Kreis-Neuss	109,2
Leverkusen	Leverkusen	109,1
Geilenkirchen	Kreis Heinsberg	108,9
Rheinbach	Rhein-Sieg-Kreis	108,8
Kempfen	Kreis Viersen	108,1
Jülich	Kreis Düren	108,1
Übach-Pal.	Kreis Heinsberg	107,9
Schleiden	Kreis Euskirchen	107,9
Neuss	Rhein-Kreis-Neuss	107,8
Velbert	Kreis Mettmann	107,5
Radevormwald	Oberbergischer Kreis	107,5
Hürth	Rhein-Erft-Kreis	106,7
Mechernich	Kreis Euskirchen	106,5
Ratingen	Kreis Mettmann	106,2
Königswinter	Rhein-Sieg-Kreis	105,6
Bergisch-GL./ Overath	Rheinisch- Bergischer Kreis	105,3
Krefeld	Krefeld	104,5
Troisdorf	Rhein-Sieg-Kreis	104,5
Viersen	Kreis Viersen	104,2
Alsdorf	Städteregion Aachen	104,1
Stolberg	Städteregion Aachen	103,5
Wesel/Hammin- keln	Kreis Wesel	103,4
Schwalmtal	Kreis Viersen	103,0
Voerde	Kreis Wesel	102,9
Bergheim	Rhein-Erft-Kreis	102,8
Mönchengladbach	Mönchengladbach	102,6
Kamp-Lintfort	Kreis Wesel	102,5
Niederkassel	Rhein-Sieg-Kreis	102,5
Mülheim a. d. Ruhr	Mülheim an der Ruhr	102,2
Langenfeld	Kreis Mettmann	102,2
Düren	Kreis Düren	102,0
Kerpen	Rhein-Erft-Kreis	101,8
Engelskirchen	Oberbergischer Kreis	101,8
Essen	Essen	101,5
Solingen	Solingen	101,3
Wesseling	Rhein-Erft-Kreis	101,2

Planungsbereich	Kreis	in %
Nettetal	Kreis Viersen	101,2
Brühl	Rhein-Erft-Kreis	101,1
Dinslaken	Kreis Wesel	100,6
Frechen	Rhein-Erft-Kreis	100,0
Herzogenrath	Städteregion Aachen	99,6
Rheinberg	Kreis Wesel	99,6
Pulheim	Rhein-Erft-Kreis	99,5
Eitorf	Rhein-Sieg-Kreis	99,1
Bedburg	Rhein-Erft-Kreis	99,0
Geldern	Kreis Kleve	98,7
Eschweiler	Städteregion Aachen	98,0
Wuppertal	Wuppertal	97,9
Moers	Kreis Wesel	97,8
Meerbusch	Rhein-Kreis-Neuss	97,5
Oberhausen	Oberhausen	97,2
Duisburg	Duisburg	96,7
Mettmann	Kreis Mettmann	96,5
Würselen	Städteregion Aachen	95,7
Erkrath	Kreis Mettmann	95,0
Wegberg	Kreis Heinsberg	94,9
Euskirchen	Kreis Euskirchen	94,7
St. Augustin	Rhein-Sieg-Kreis	94,7
Wermelskirchen	Rheinisch- Bergischer Kreis	94,6
Remscheid	Remscheid	94,6
Erkelenz	Kreis Heinsberg	94,5
Hennef	Rhein-Sieg-Kreis	94,4
Wipperfürth	Oberbergischer Kreis	94,3
Grevenbroich	Rhein-Kreis-Neuss	94,3
Leichlingen	Rheinisch- Bergischer Kreis	94,1
Willich	Kreis Viersen	94,0
Heinsberg	Kreis Heinsberg	93,8
Haan	Kreis Mettmann	93,7
Monschau	Städteregion Aachen	93,0
Hilden	Kreis Mettmann	92,7
Emmerich	Kreis Kleve	90,4
Kevelaer	Kreis Kleve	89,9
Wülfrath	Kreis Mettmann	88,1
Kleve	Kreis Kleve	87,7
Kaarst	Rhein-Kreis-Neuss	86,9
Gummersbach	Oberbergischer Kreis	86,4
Goch	Kreis Kleve	85,6
Neukirchen-Vluyn	Kreis Wesel	85,3
Heiligenhaus	Kreis Mettmann	83,3
Xanten	Kreis Wesel	81,9
Tönisvorst	Kreis Viersen	81,3
Korschenbroich	Rhein-Kreis-Neuss	79,0
Waldröhl	Oberbergischer Kreis	74,8

Fahrzeiten in der hausärztlichen Versorgung

Anteil der Behandlungskontakte mit Fahrzeit von mehr als 15 Minuten



Warum ist die Erreichbarkeit der Hausärztinnen und -ärzte wichtig?

Hausärztinnen und -ärzte 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 Fahrzeitberechnungen 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

2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 03001-05

Standardisierung

keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Versorgungsgrad in Prozent, 2024

Planungsbereich	Augenheil- kunde	Chirurgie und Orthopädie	Gynäkologie	Dermatologie	HNO	Kinderheil- kunde	Neurologie	Psycho- therapie	Urologie
Stadt Aachen	119	137	114	100	109	126	121	114	115
Altkreis Aachen	114	150	153	150	115	158	121	164	116
Bonn	143	157	131	146	142	121	145	246	146
Duisburg	117	119	121	120	127	112	103	124	132
Düsseldorf	132	149	131	114	132	117	119	126	140
Kreis Düren	130	148	121	116	121	119	124	141	122
Essen	124	163	144	176	143	120	121	124	132
Kreis Euskirchen	109	120	119	120	111	105	106	120	152
Hamburg	114	130	109	115	114	109	127	161	119
Kreis Heinsberg	120	133	130	112	100	109	120	114	122
Kreis Kleve	100	112	109	110	112	110	111	112	109
Köln	113	138	111	118	114	113	120	196	125
Krefeld	112	142	131	143	113	120	122	141	130
Leverkusen	107	143	110	132	113	112	122	179	126
Kreis Mettmann	113	154	131	147	141	126	111	119	122
Mönchengladbach	111	134	119	123	116	112	132	137	112
Mülheim an der Ruhr	120	153	138	154	128	122	120	126	114
Oberbergischer Kreis	108	134	143	116	127	104	105	127	113
Oberhausen	117	138	112	123	140	117	117	116	113
Remscheid	165	198	184	215	151	146	169	252	182
Rheinisch-Berg. Kreis	113	123	113	124	112	113	121	128	148
Rhein-Erft-Kreis	113	152	138	114	110	117	113	170	119
Rhein-Kreis Neuss	107	155	117	113	116	112	112	118	112
Rhein-Sieg-Kreis	111	133	130	128	133	115	117	131	123
Solingen	156	197	158	173	181	154	202	234	130
Kreis Viersen	110	116	110	119	104	116	102	121	123
Kreis Wesel	112	141	135	115	115	119	112	*	111
Wuppertal	117	147	110	126	126	114	130	143	124

* Bei den Psychotherapeuten besteht für den Kreis Wesel eine kleinräumigere Planung auf der Ebene von vier Regionen. Region Dinslaken (137), Region Moers (110), Region Rheinberg (115) und Region Wesel (114).

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

1.7.2024

Standardisierung

keine

Datenquelle

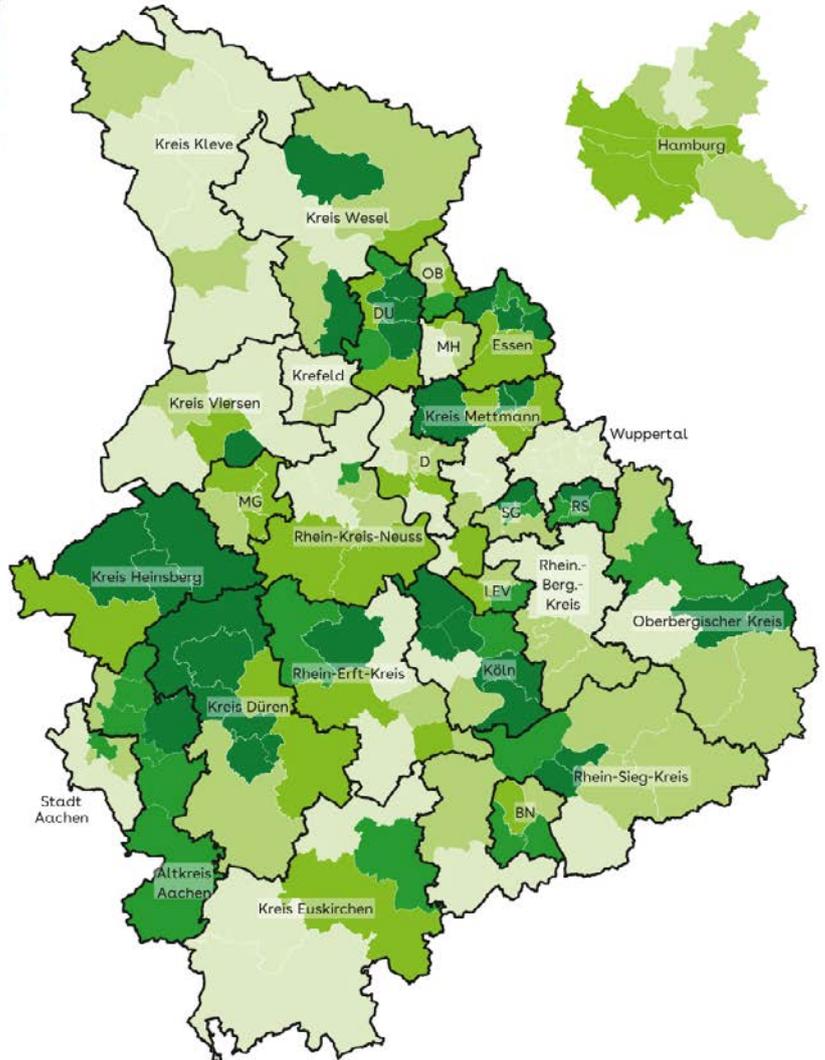
Bedarfsplanungen der KV Nordrhein und der KV Hamburg

Regionale Zuordnung

Arztstz und Wohnort

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. 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.

Die Auswertung betrachtet die Anzahl der ambulanten Notfallbehandlungen außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen je 100 Versicherte.

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

Zeitraum

2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

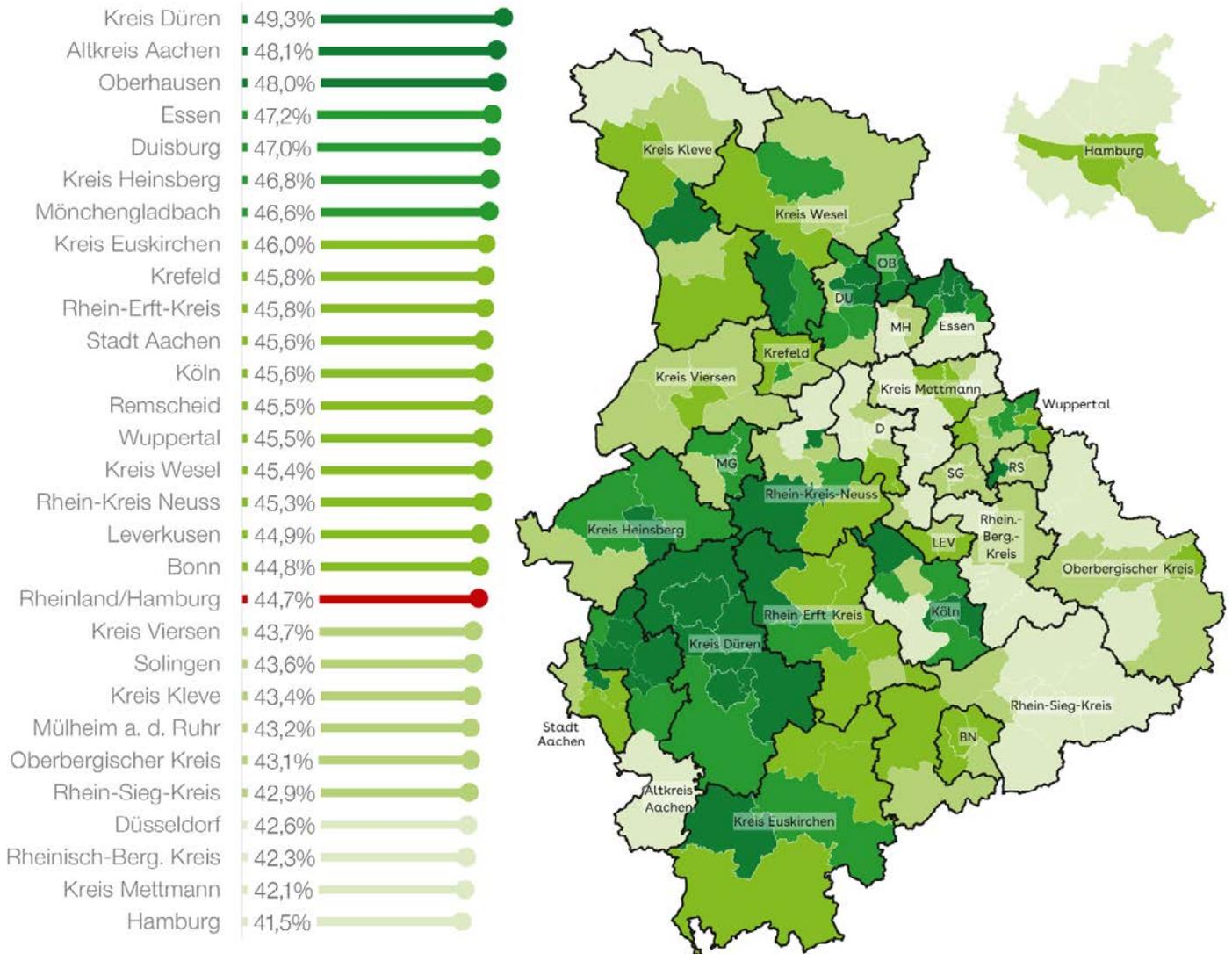
AOK Rheinland/Hamburg

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

2023

Aufgreifkriterien

fünf Wirkstoffe und mehr

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

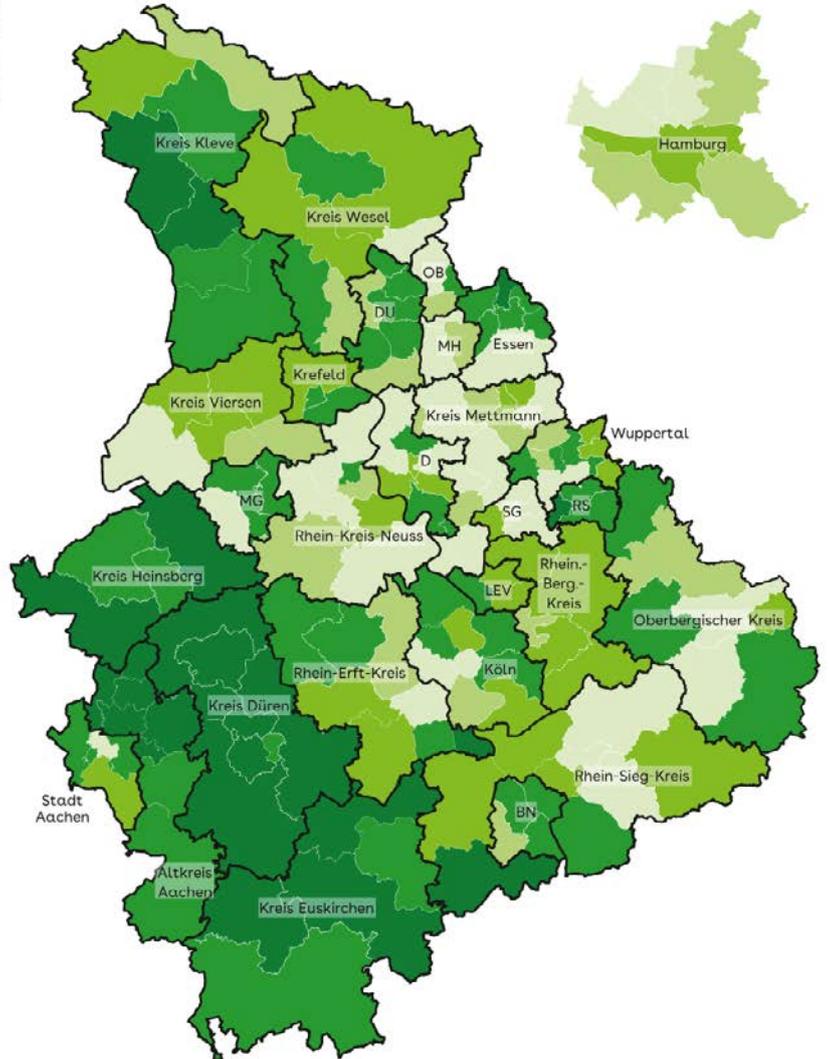
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

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 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

2023

Aufgreifkriterien

Medikamente der Priscus-Liste

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

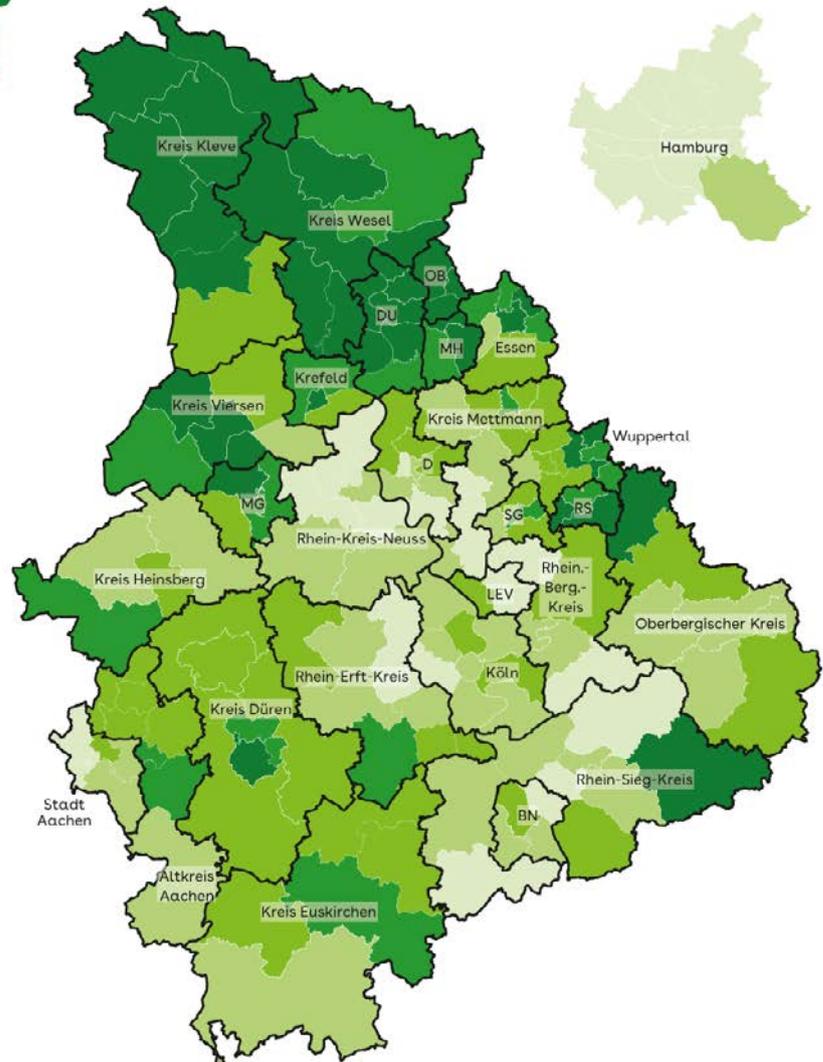
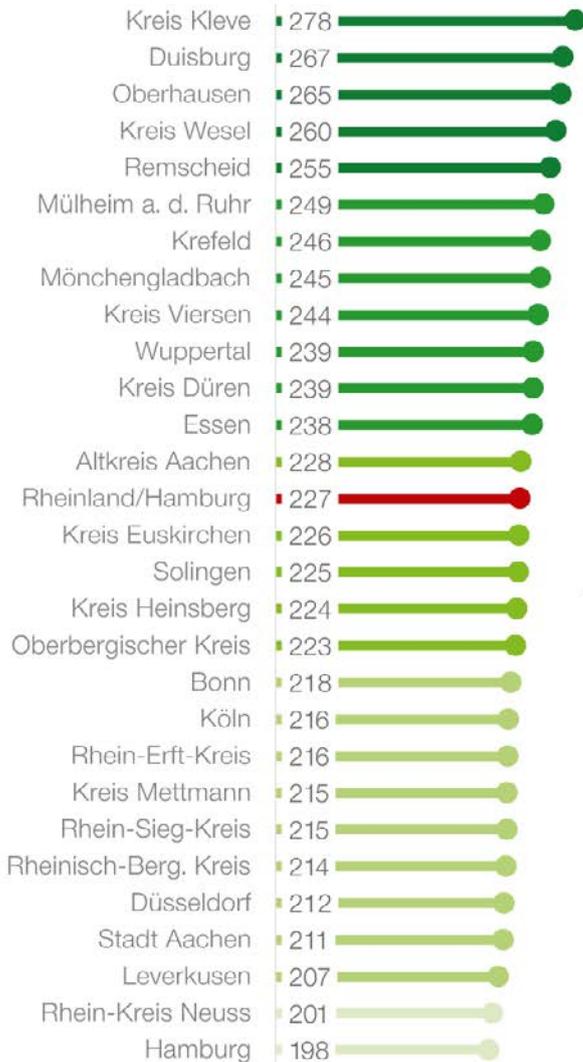
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Stationäre Versorgung

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 den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärzten nicht gleichermaßen behandelt werden können. Im europäischen Vergleich ist die Anzahl der Krankenhausfälle in Deutschland sehr hoch: Je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt die Zahl beispielsweise im Vergleich zu den Niederlanden (+185%), Schweden (+80%), Frankreich (+38%) oder der Schweiz (+46%) um einige Prozent höher. In Nordrhein-Westfalen liegt die Rate noch einmal knapp zehn Prozent über dem Bundesdurchschnitt.

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

Zeitraum
2024

Aufgreifkriterien
alle Krankenhausfälle

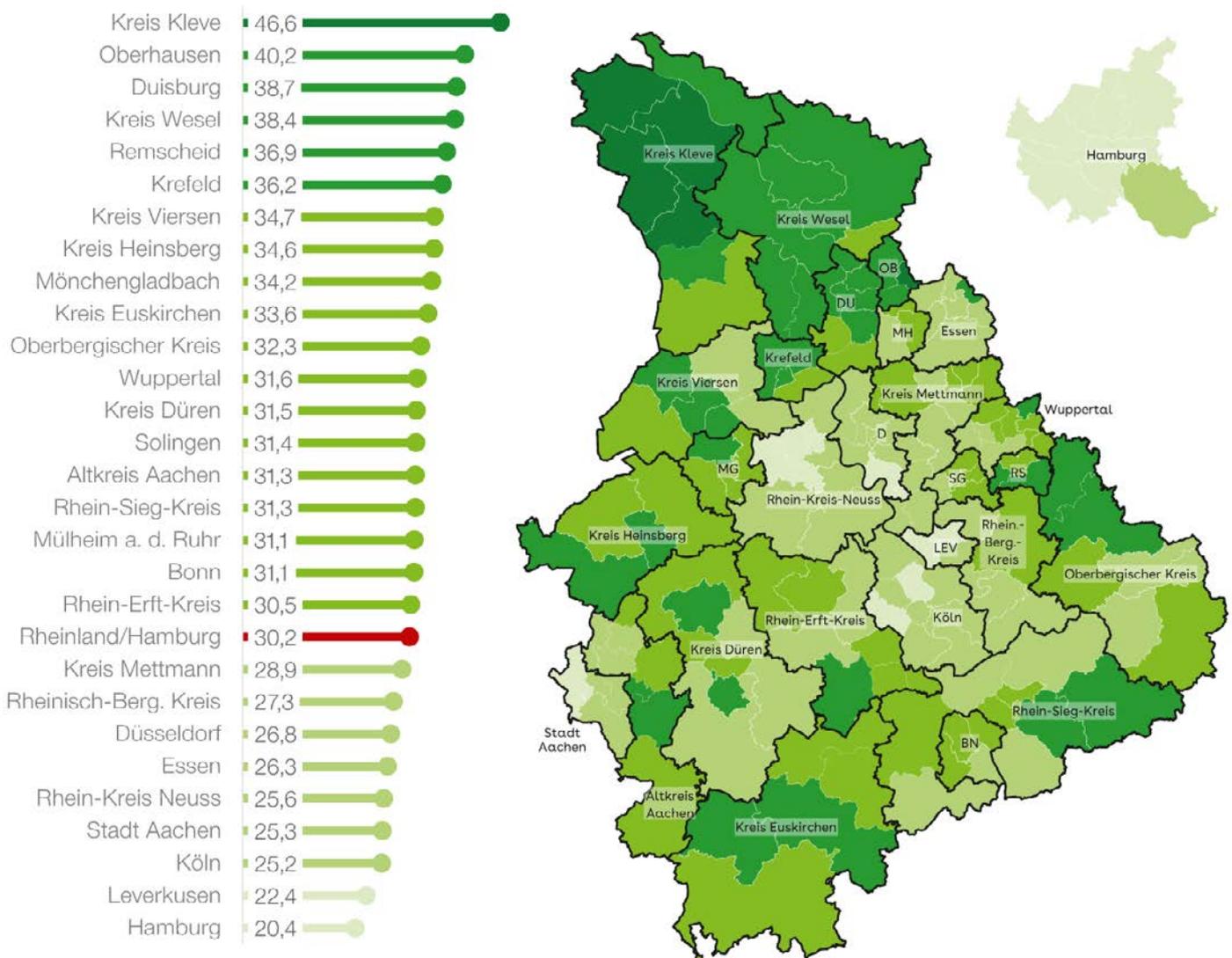
Standardisierung
Alter und Geschlecht, indirekt

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 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

2024

Aufgreifkriterien

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

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

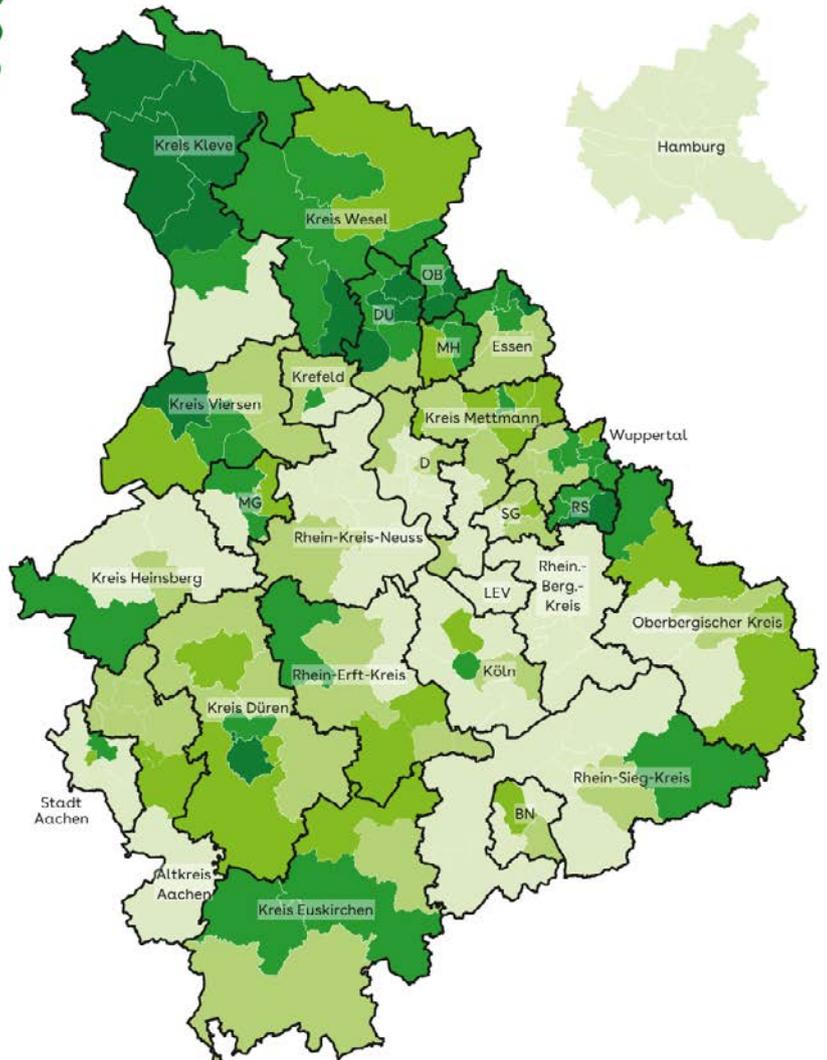
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle

Fälle je 1.000 Versicherte



Wie könnten Krankenhausfälle vermieden werden?

Als ambulant-sensitive Krankenhausfälle werden solche Fälle bezeichnet, 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

2024

Aufgreifkriterien

Core-List nach Sundmacher

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

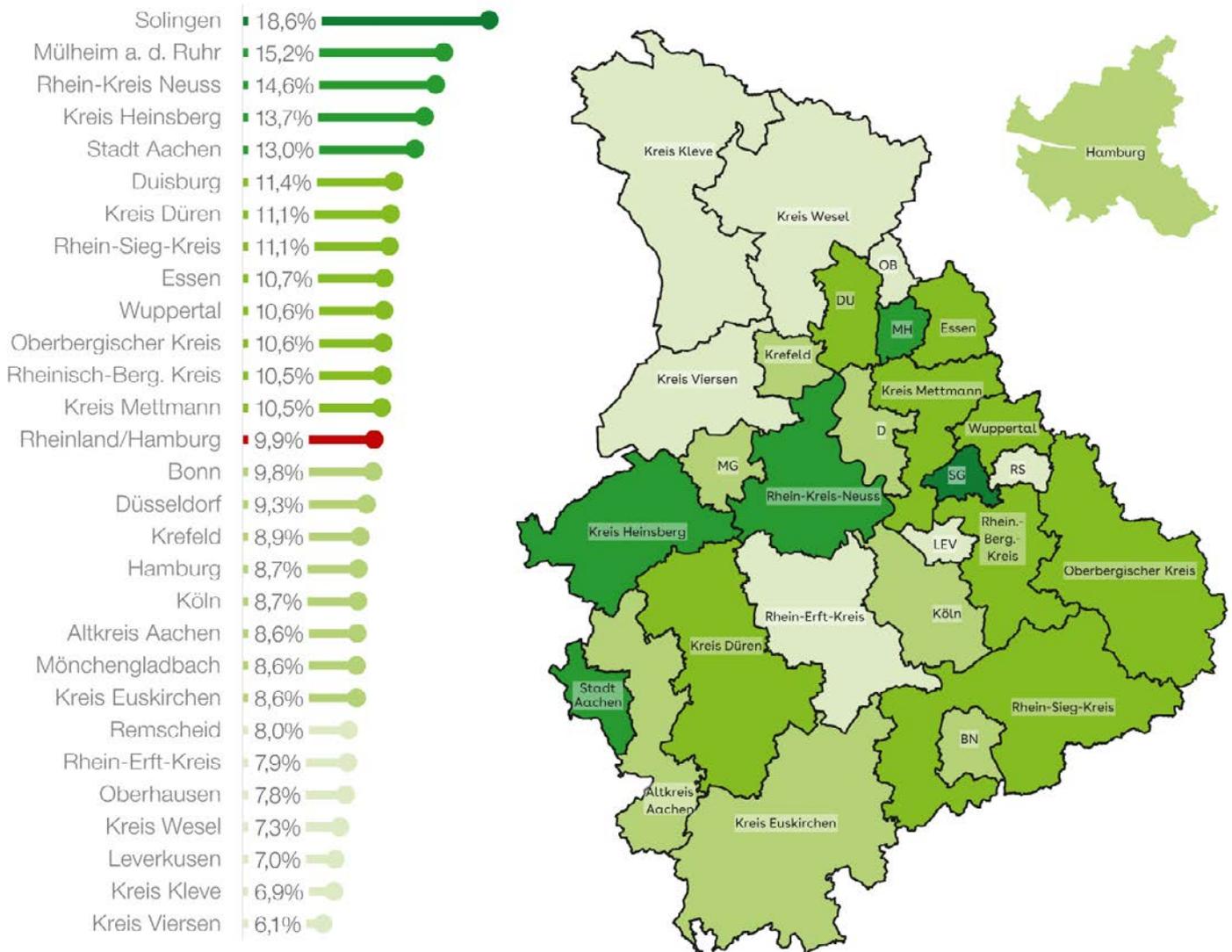
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Thrombektomie bei Schlaganfall

Anteil an allen Krankenhausfällen mit ischämischem Schlaganfall



Warum sollten ischämische Schlaganfälle mit einer Thrombektomie behandelt werden?

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 Gewebeerluste behandelt werden. Neurologische Ausfallerscheinungen und irreparable Schäden lassen sich auf diese Weise vermeiden oder zumindest reduzieren. In Krankenhäusern ohne Möglichkeit zur Thrombektomie soll ein „Bridging-Konzept“ – das heißt der Beginn der Lysetherapie und die Verlegung per Rettungswagen – angewendet werden. Da Thrombektomien nur in bestimmten Fällen durchgeführt werden, existieren keine Richtgrößen zur Bewertung. Im Kreisvergleich zeigt sich aber eine noch zu seltenene Anwendung in vielen Regionen.

i Die AOK Rheinland/Hamburg bietet ihren Versicherten mit Vorhofflimmern die Teilnahme an einem digitalen Gesundheitsprogramm an.

Zeitraum

2024

Aufgreifkriterien

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

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

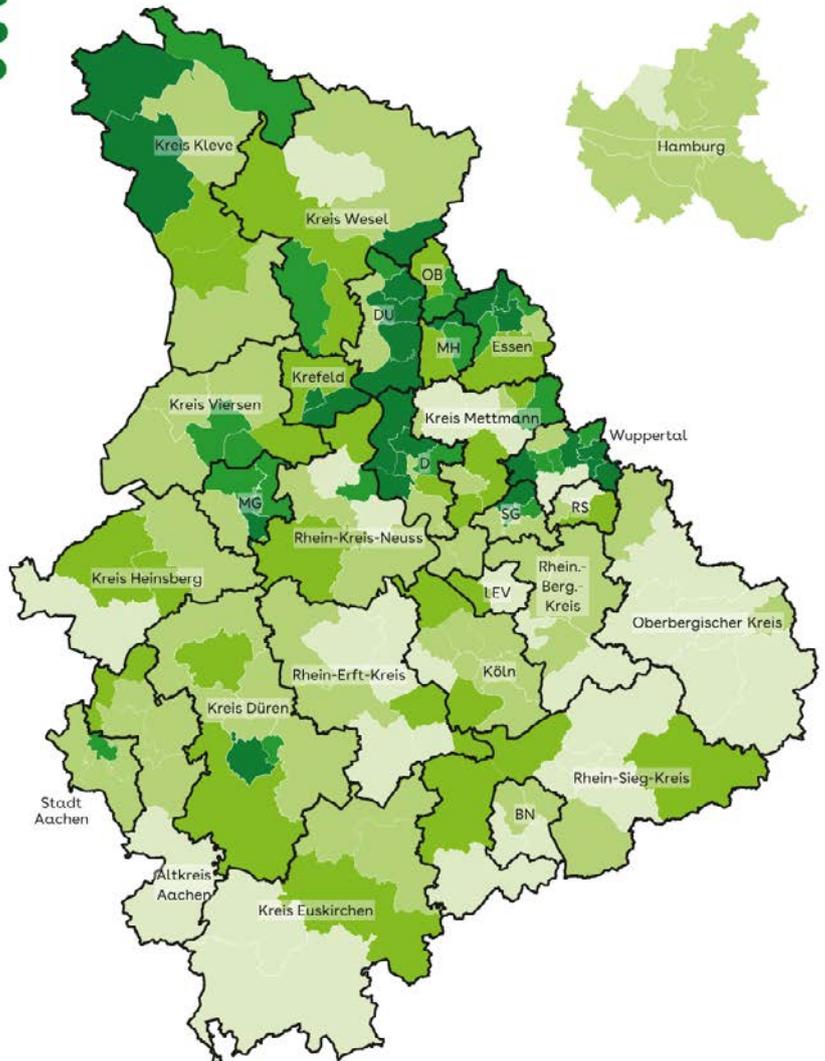
AOK Rheinland/Hamburg

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 stationäre Behandlungsziel erreicht ist. Im Rahmen ihres Entlassmanagements wirken die Krankenhäuser darauf hin, dass die Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung medizinisch und pflegerisch gut versorgt sind. Häufig werden sie jedoch innerhalb kurzer Zeit nach der Entlassung wieder stationär in einem Krankenhaus aufgenommen. Dieser „Drehtüreffekt“ kann unterschiedliche Gründe haben. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Menschen ab 65 Jahren nach der Entlassung aus einem Krankenhaus innerhalb eines Monats wieder stationär aufgenommen werden.

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

Zeitraum

2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

alle Krankenhausfälle

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

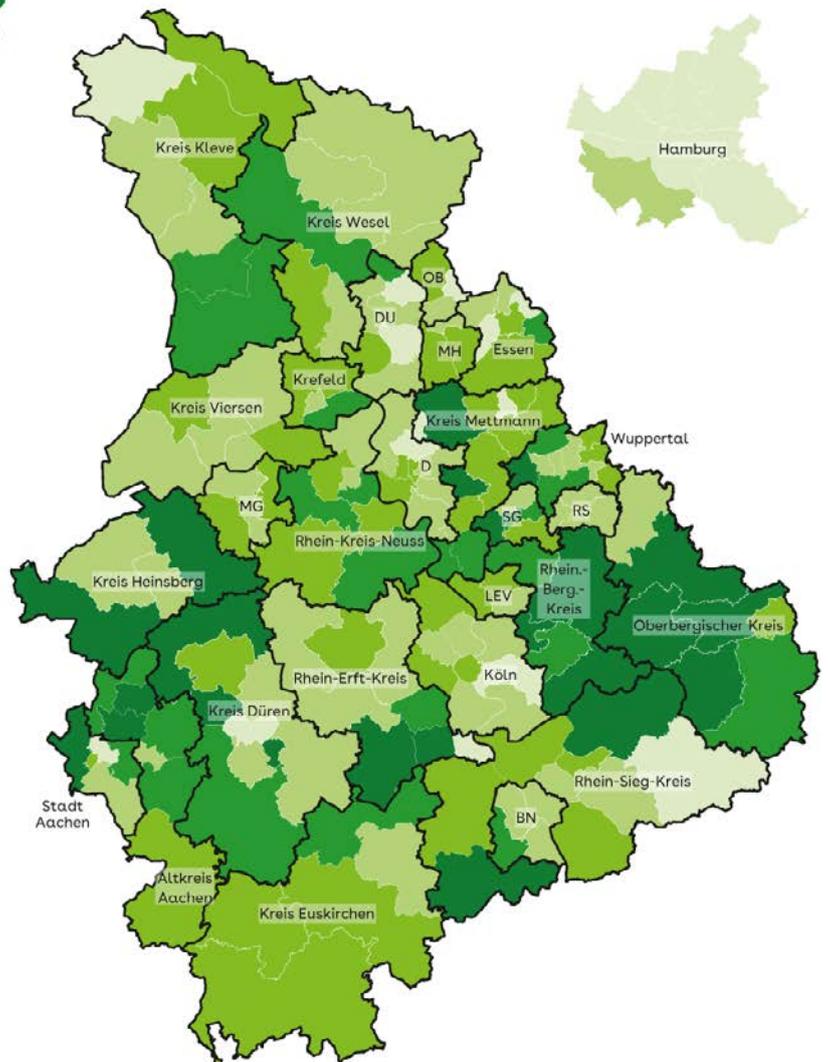
AOK Rheinland/Hamburg

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

2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

Reha-Maßnahme

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

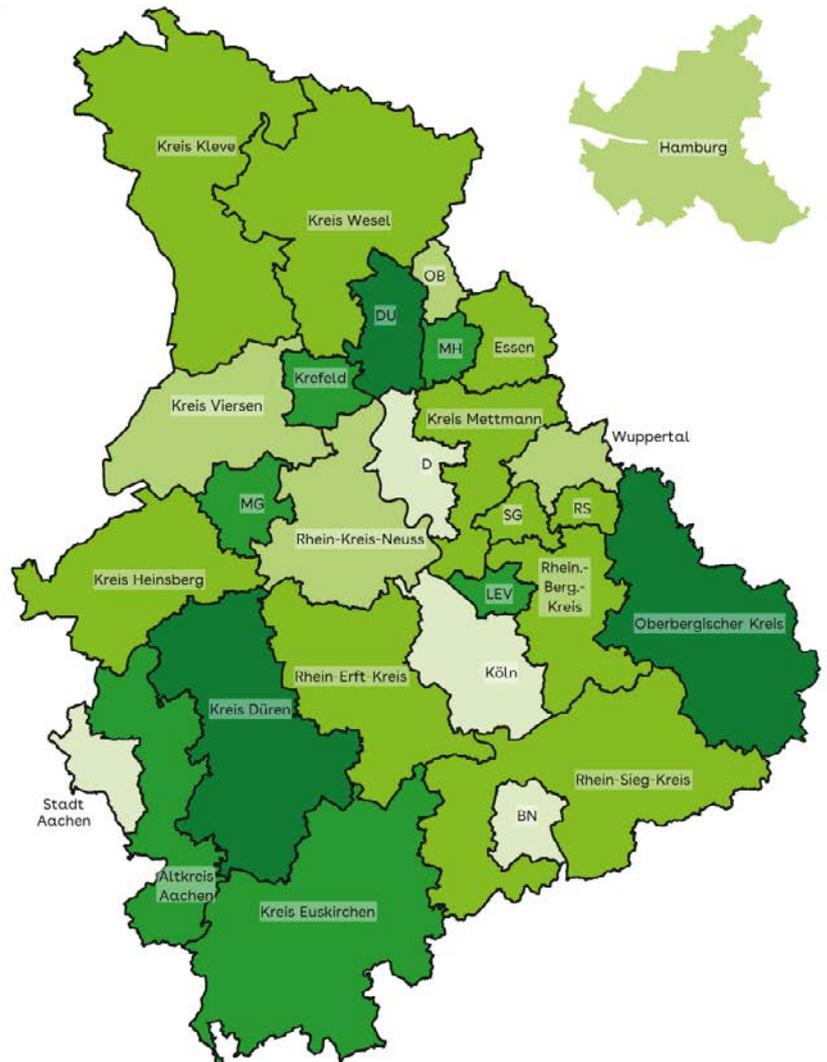
Regionale Zuordnung

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 Wohngemeinde der Mütter (Wohnortprinzip).

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

Zeitraum
2023

Aufgreifkriterien
alle Geburten

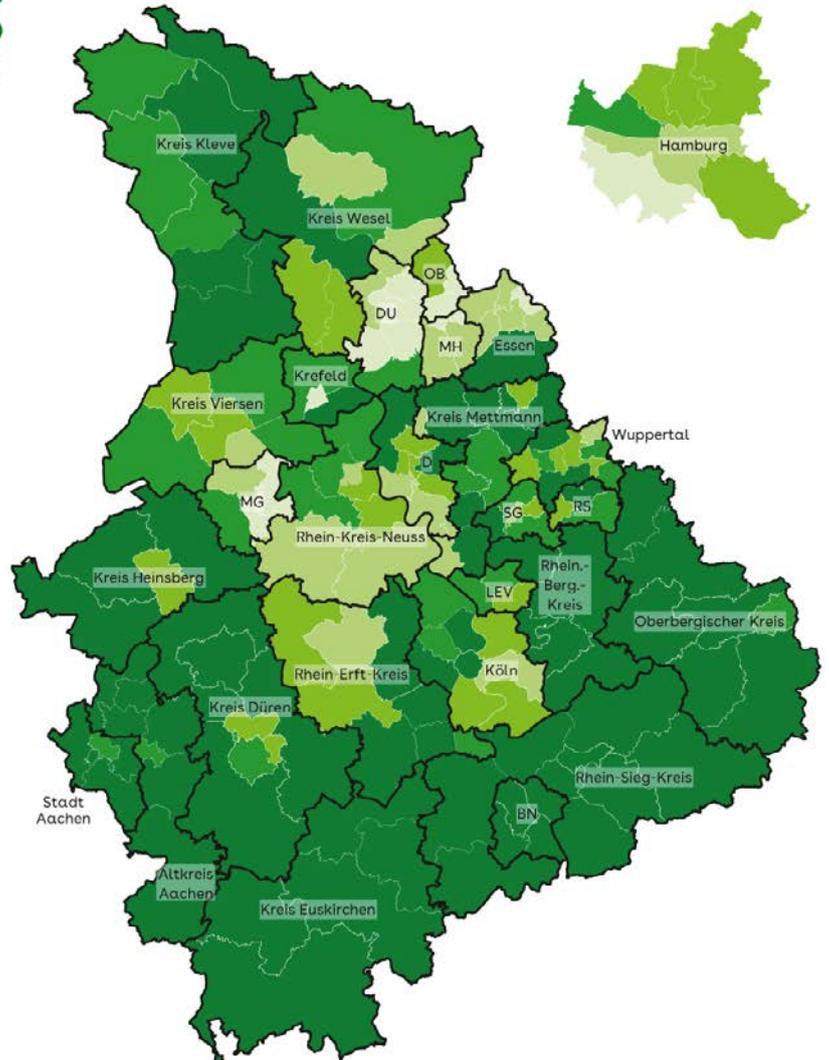
Standardisierung
LZG.NRW und Statistisches Bundesamt

Datenquelle
keine

Regionale Zuordnung
Wohnort der Mutter

Wochenbettbetreuung durch Hebammen

Anteil an allen Frauen, die im Jahr 2023 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

2023 bis 2024

Aufgreifkriterien

Positionsnummern: 180, 181

Standardisierung

keine

Datenquelle

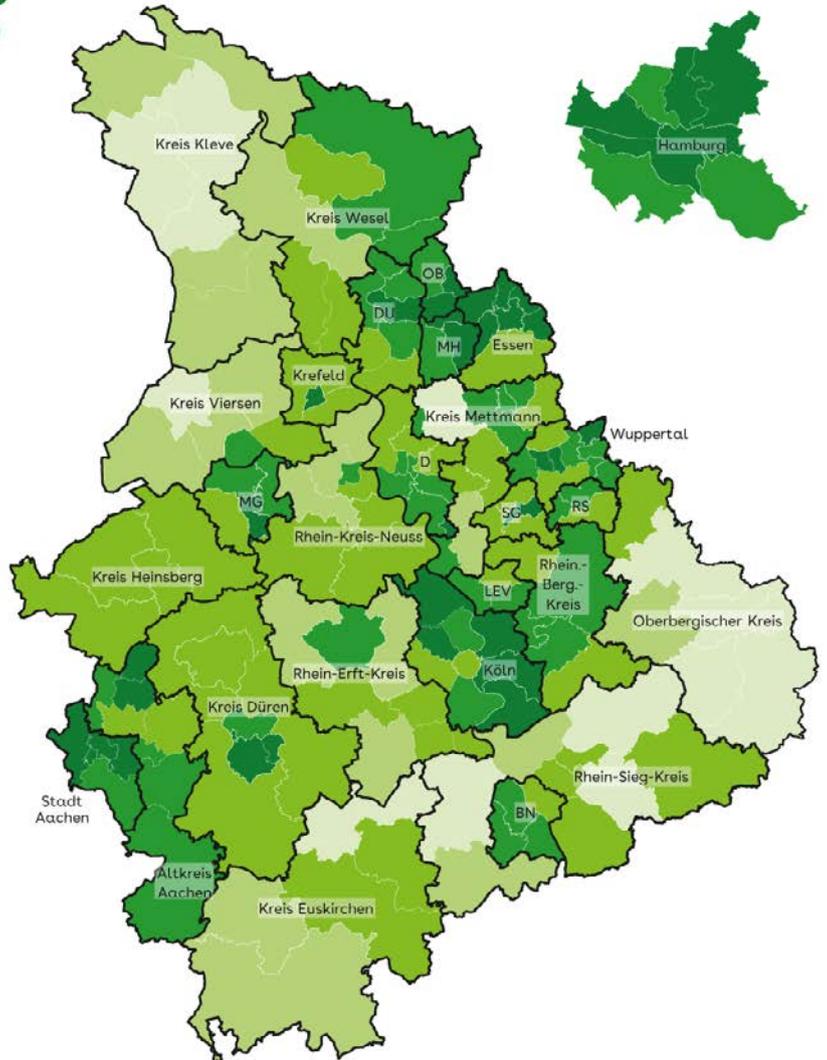
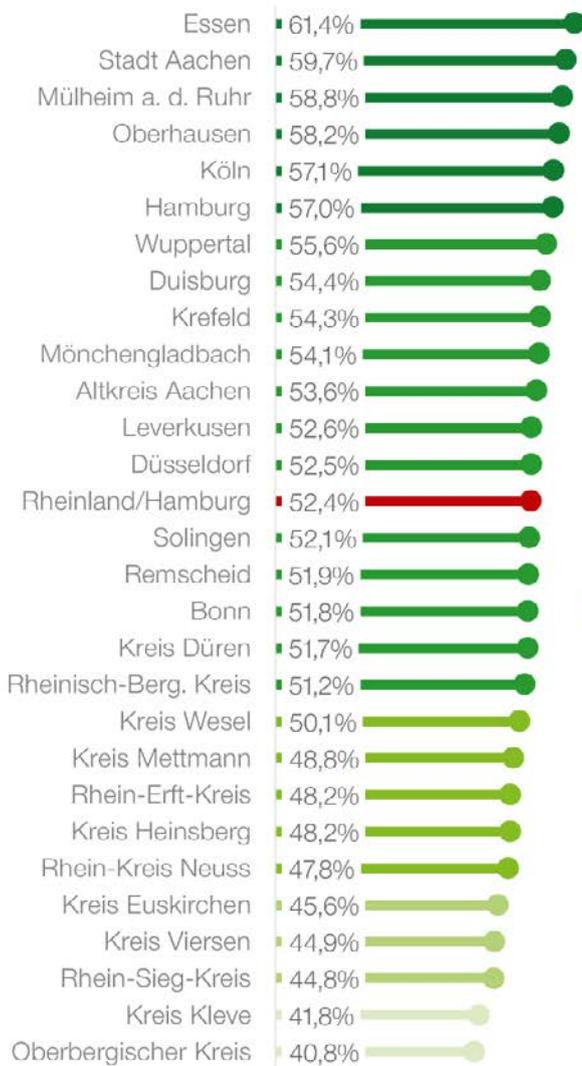
AOK Rheinland/Hamburg

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 hintenan. Diese Auswertung stellt im Überblick dar, wie viele Kinder und Jugendliche in einem Haushalt mit mindestens einer Belastungssituation aufwachsen. Berücksichtigt werden chronische Erkrankungen der Eltern 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
2023

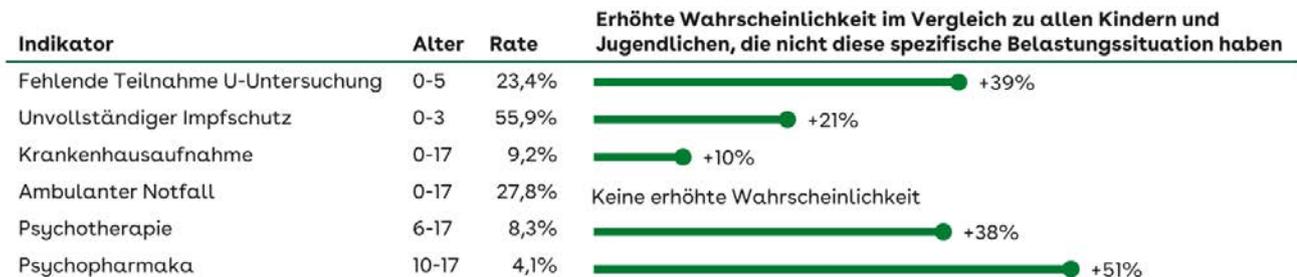
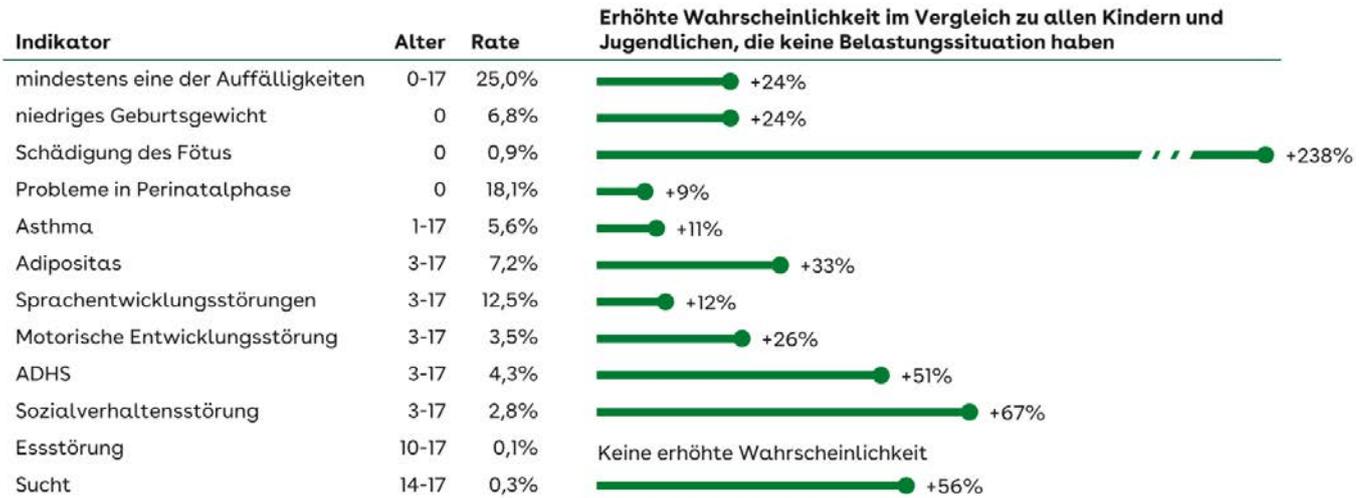
Aufgreifkriterien
auf Anfrage

Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Gesundheit und Gesundheitsversorgung bei Kindern und Jugendlichen mit familiärer Belastungssituation



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
2023

Aufgreifkriterien
siehe methodische Erläuterungen

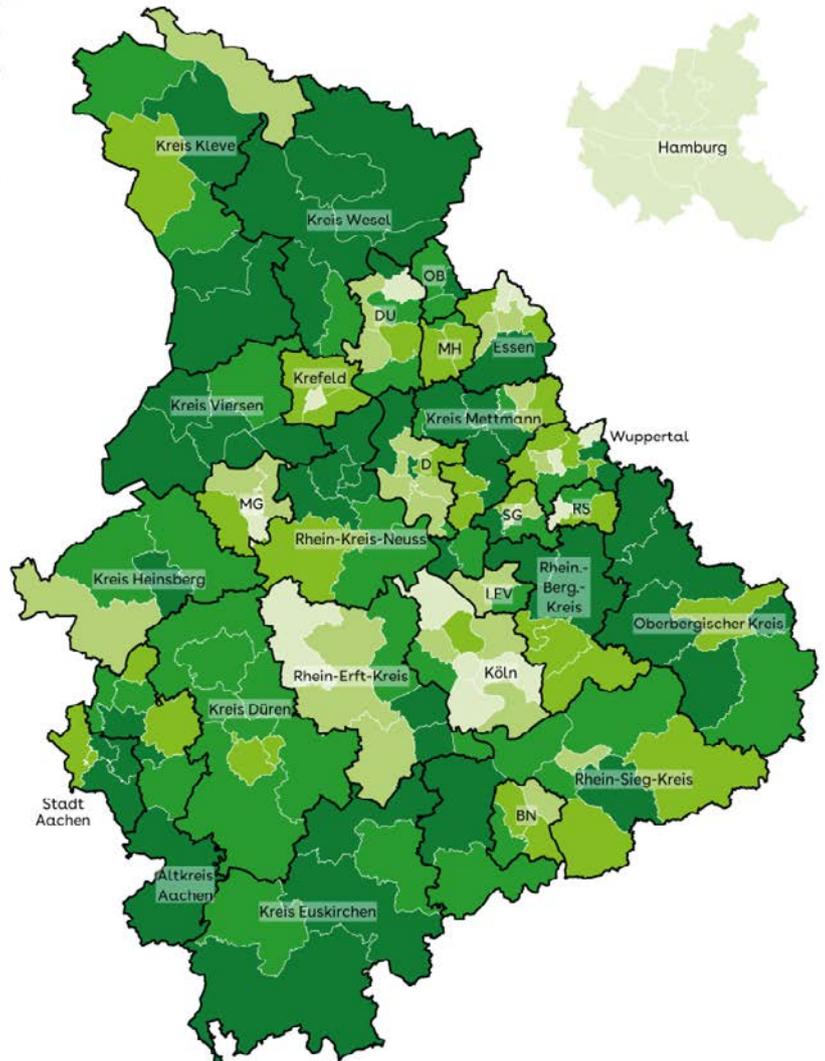
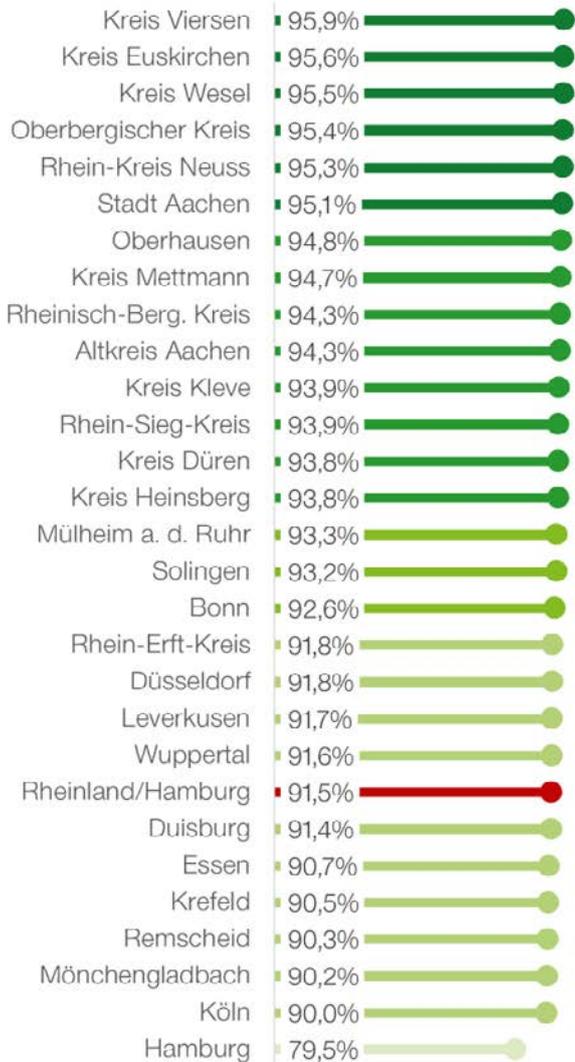
Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
keine

Früherkennungsuntersuchungen Kinder – U7a

Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2019



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 Die AOK Rheinland/Hamburg erklärt Kindern Gesundheit. Im Erlebnisraum U-Boot in Düsseldorf lernen sie spielerisch mehr über die U-Untersuchungen.

Zeitraum

2021 bis 2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01723

Standardisierung

keine

Datenquelle

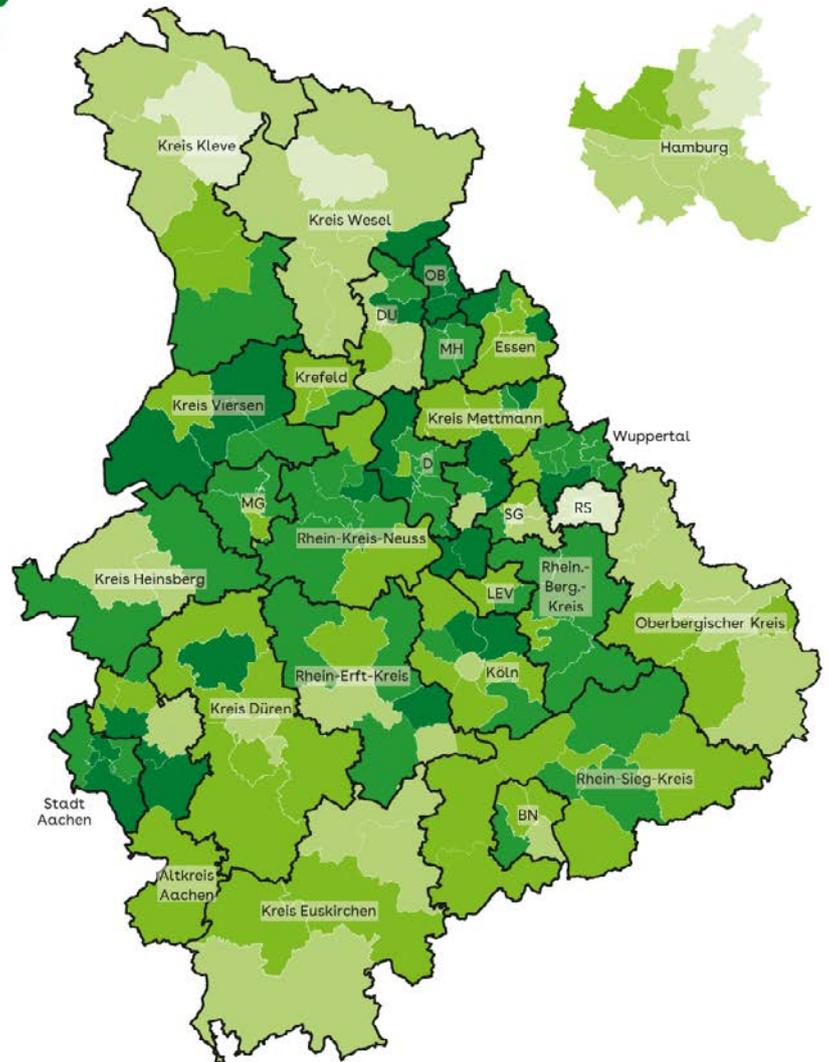
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungsuntersuchungen Kinder – U10

Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2014



Was wird bei der U10 gemacht?

Die U10 findet im Grundschulalter (achtes bis neuntes Lebensjahr) statt. Schwerpunkte der Untersuchung ist das Erkennen und die Therapieeinleitung von Entwicklungsstörungen (wie z.B. Lese-Rechtschreib-Rechenstörungen), Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen (z.B. 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

2021 bis 2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 91710, 99455

Standardisierung

keine

Datenquelle

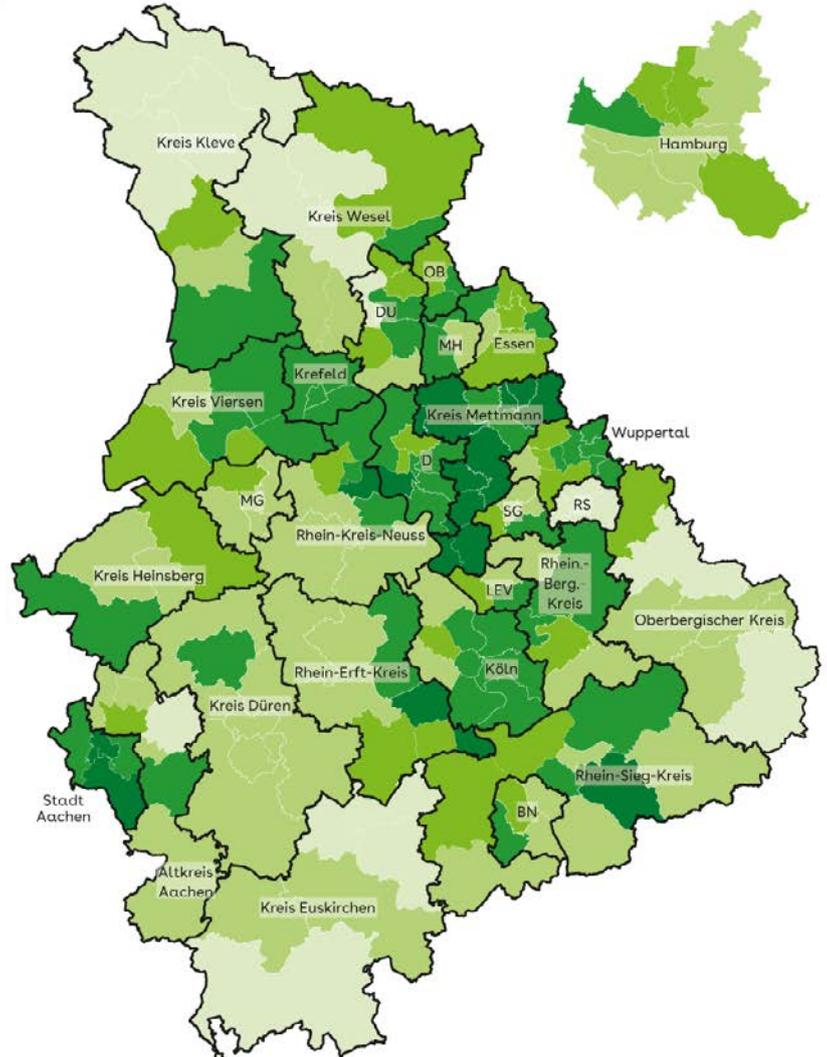
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungsuntersuchungen Jugendliche – J1

Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2008



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 erinnert alle Kinder und Jugendlichen postalisch an anstehende Früherkennungsuntersuchungen.

Zeitraum

2020 bis 2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01720

Standardisierung

keine

Datenquelle

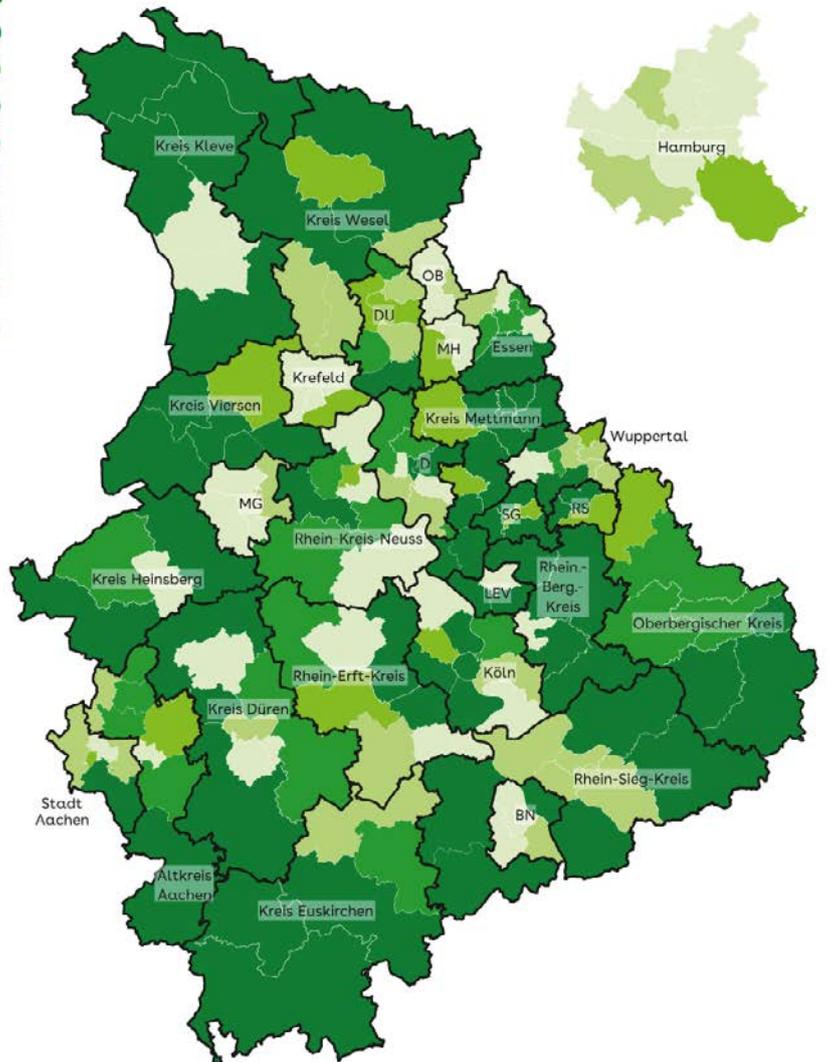
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kinder mit Gebiss ohne Füllungen

Anteil an allen Kindern der Geburtsjahrgänge 2016 und 2017



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

2017 bis 2023

Aufgreifkriterien

BEMA-Ziffer: 13*

Standardisierung

Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

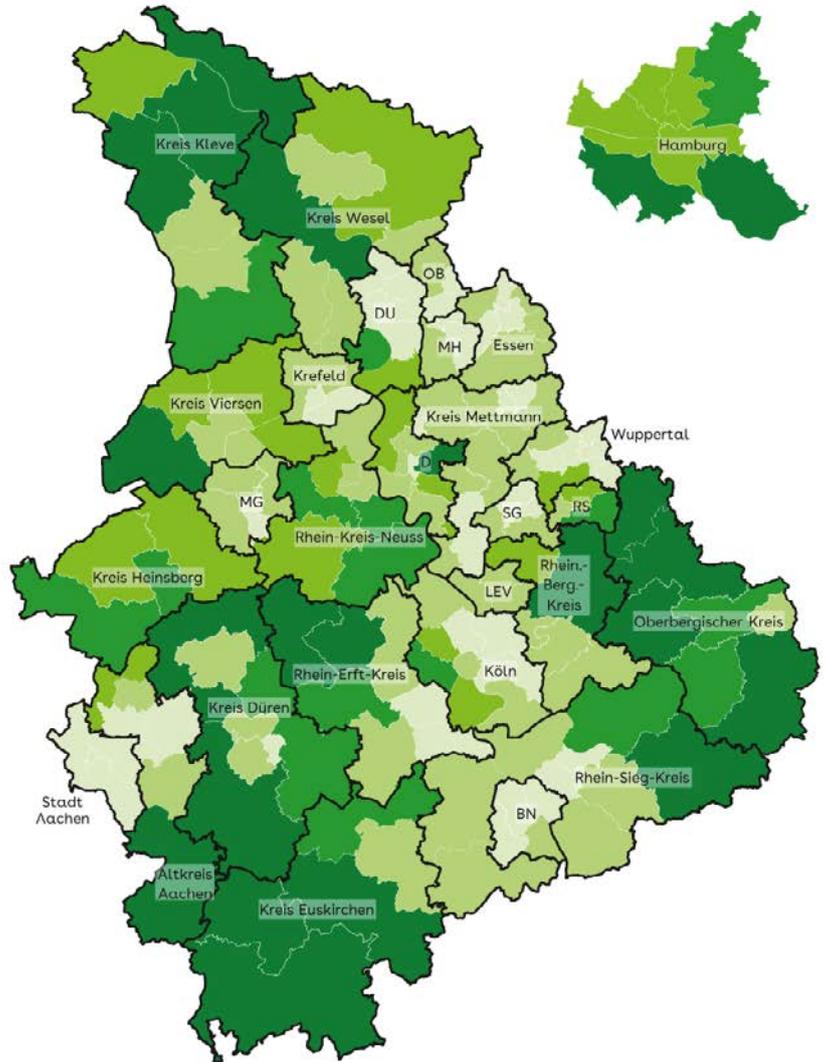
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

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?

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte 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 Jugendlichen bei akuten Krankheitssymptomen.

Für die Auswertung wurden adressgenaue Fahrzeitberechnungen 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. 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

2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 04001-02

Standardisierung

keine

Datenquelle

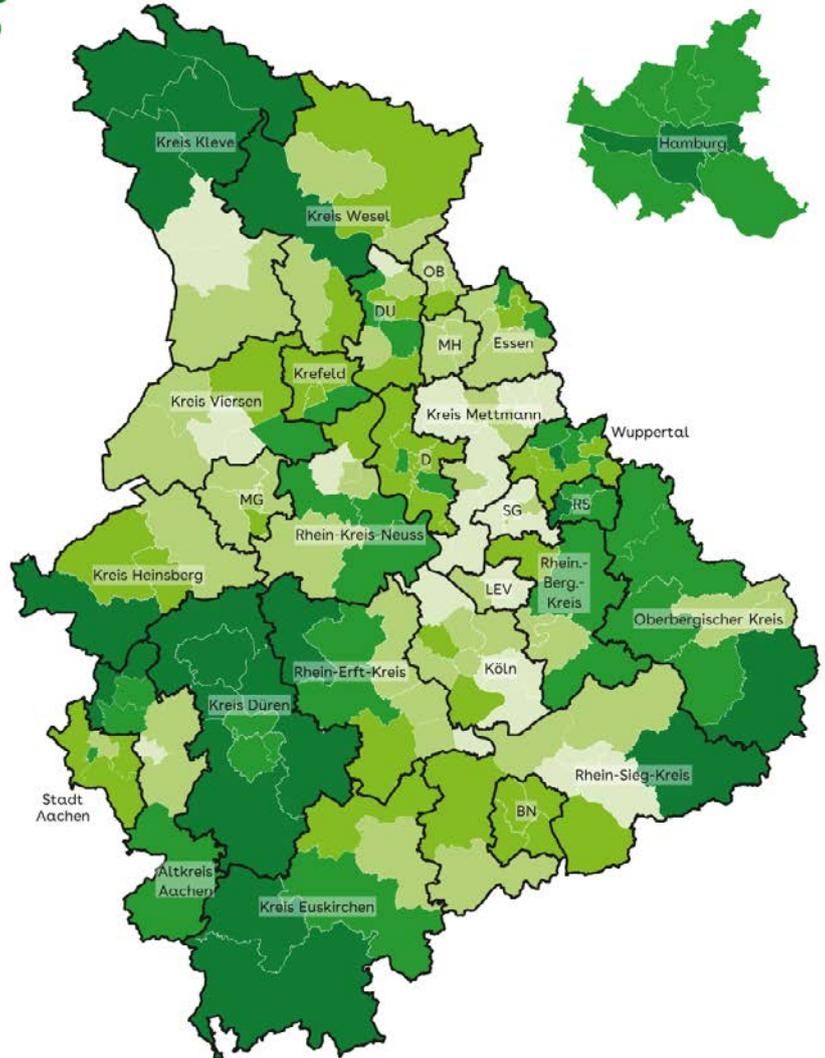
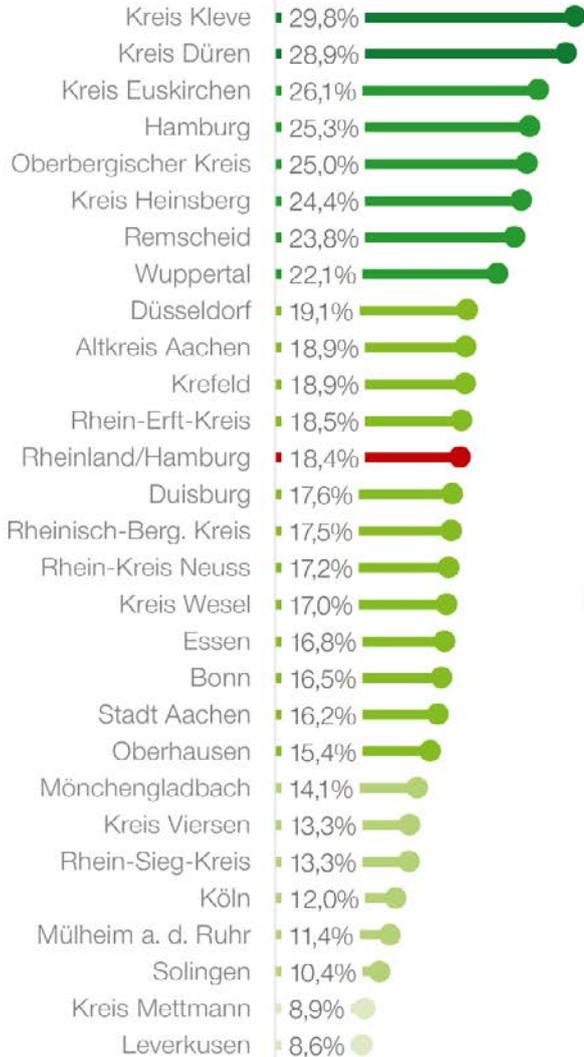
AOK Rheinland/Hamburg

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

2023

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 03001-02, 04001-02

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

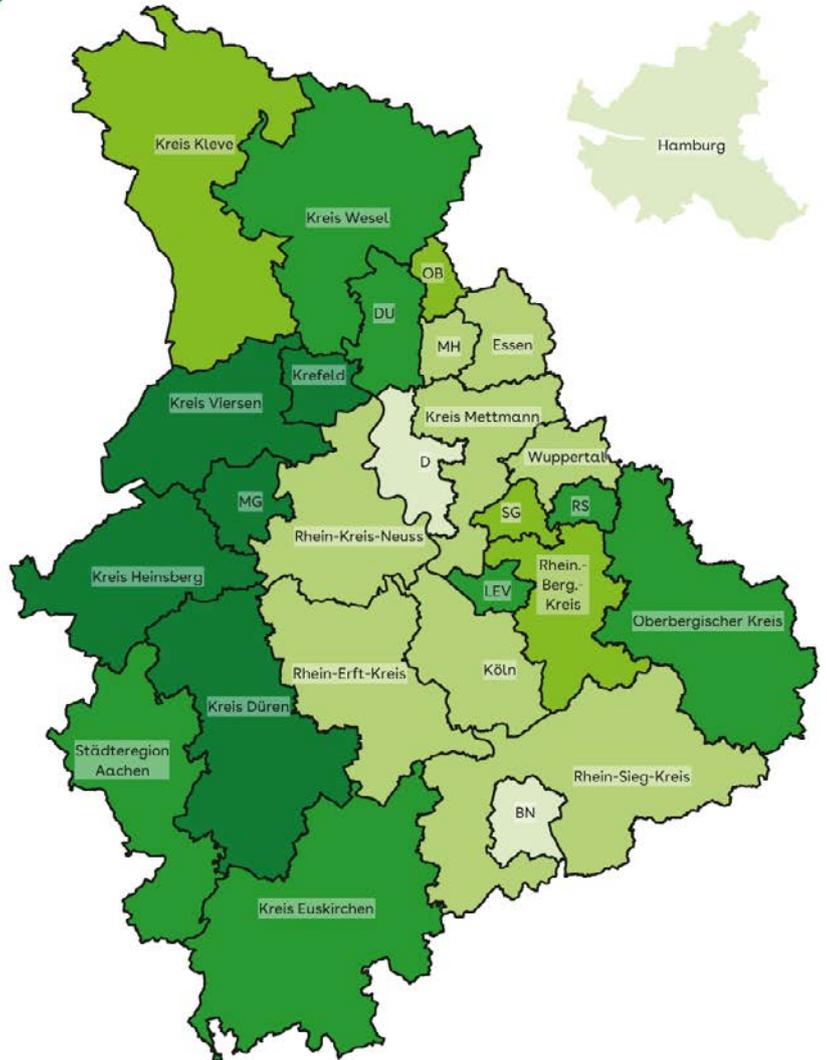
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Pflege

Pflegebedürftige Personen

Anteil an der Bevölkerung



Was sind häufige Ursachen für eine Pflegebedürftigkeit?

Insbesondere 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 und kann zu pflegeauslösenden Verletzungen wie zum Beispiel einem Oberschenkelhalsbruch führen. Zum anderen nehmen auch chronische Erkrankungen zu (Multimorbidität). Das Risiko einer Demenz ist in ganz erheblichem Ausmaß altersabhängig. Pflegebedürftigkeit ist insofern zwar keine zwingende, aber doch eine häufige Folge des Alterns.

Die Daten stammen aus der amtlichen Statistik und umfassen alle Personen, die nach dem Sozialgesetzbuch XI zum Stichtag 31.12.2023 als pflegebedürftig anerkannt waren, unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK Rheinland/Hamburg.

Zeitraum

Dezember 2023

Aufgreifkriterien

Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung

Standardisierung

keine

Datenquelle

IT.NRW und Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung

Wohnort

Pflegebedürftige Personen in Einrichtungen der stationären Pflege

Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern



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 eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten, um pflegende Angehörige bei den Herausforderungen des Pflegealltags 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 leitet das Projekt SGB Reha, das einen therapeutisch-rehabilitativen Pflegeansatz in elf stationären Pflegeeinrichtungen in HH und NRW umsetzt.

Zeitraum

Dezember 2023

Aufgreifkriterien

Pflege im Pflegeheim

Standardisierung

keine

Datenquelle

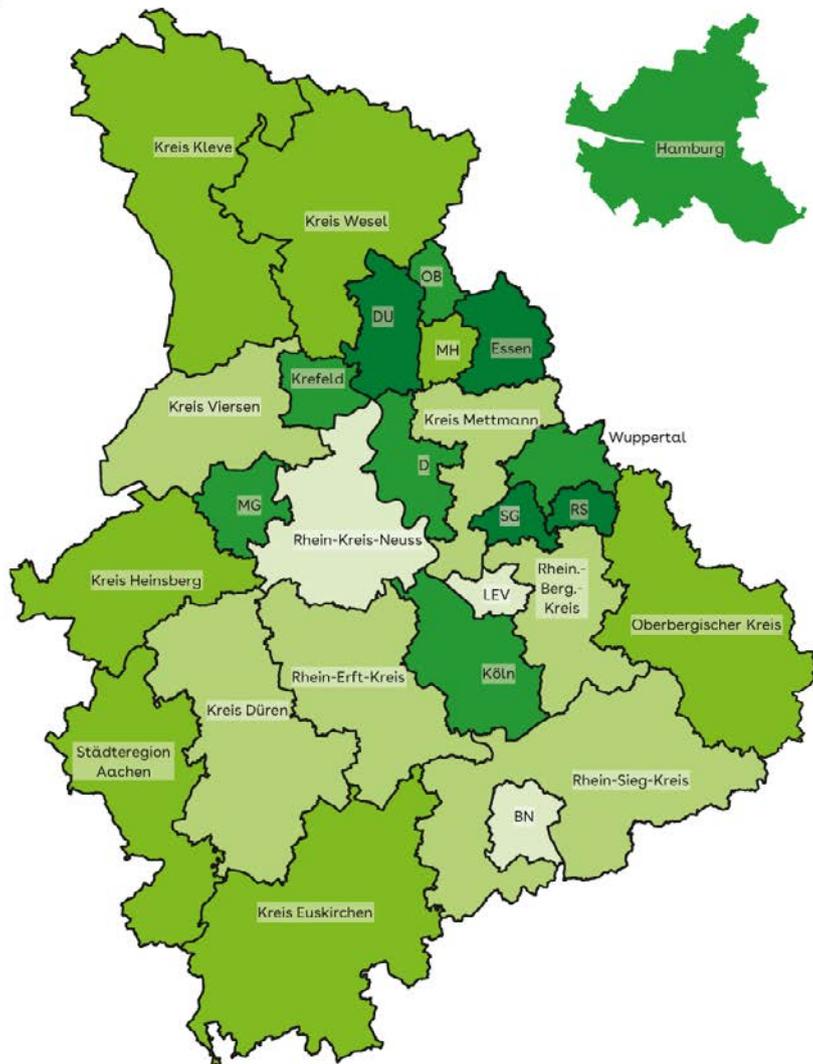
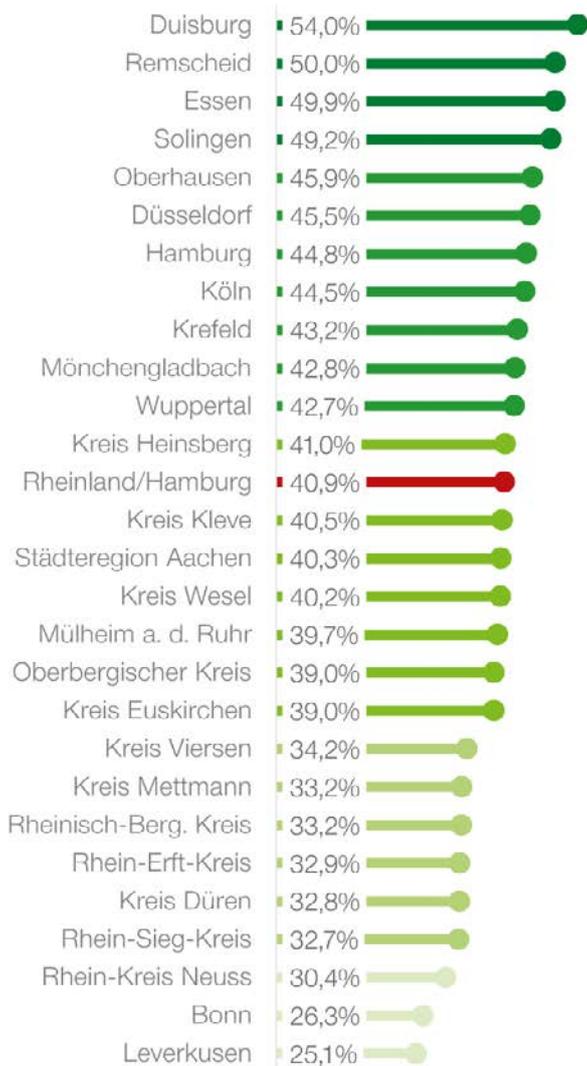
IT.NRW und Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung

Sitz des Pflegeheimes

Sozialhilfebezug bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern

Anteil an allen Heimbewohnerinnen und -bewohner



Wann erhalten pflegebedürftige Personen Sozialhilfe?

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. In Fällen, in denen die Kosten deren finanzielle Möglichkeiten übersteigen, haben die Pflegebedürftigen Anspruch auf Hilfe zur Pflege, eine Leistung der Sozialhilfe.

Seit 2022 zahlt die Pflegekasse einen zusätzlichen Leistungszuschlag - gestaffelt nach der individuellen Wohndauer. In der Folge ist der Anteil der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner zum Jahr 2023 um rund neun Prozent gesunken.

Zeitraum

Stichtag: 31.12.2023

Aufgreifkriterien

keine

Standardisierung

keine

Datenquelle

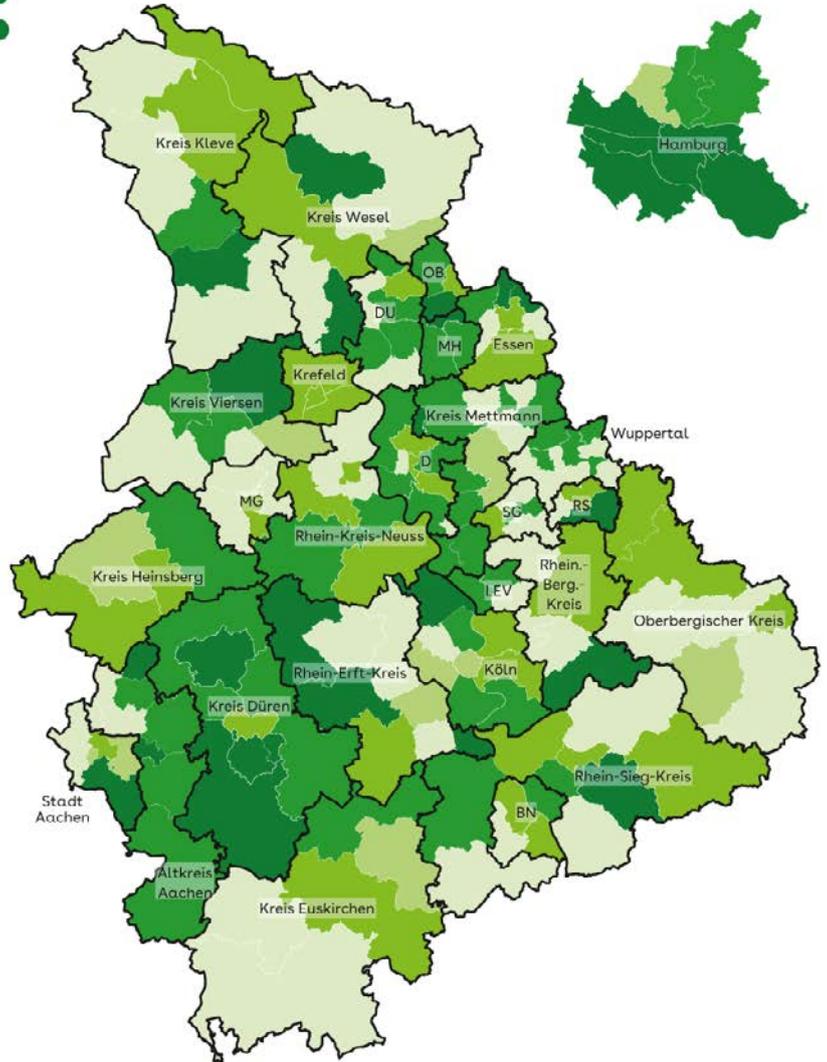
IT.NRW und Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung

Sitz des Pflegeheimes

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 (privat und/oder professionell) 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 ab Pflegegrad 2.

Zeitraum

2024

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

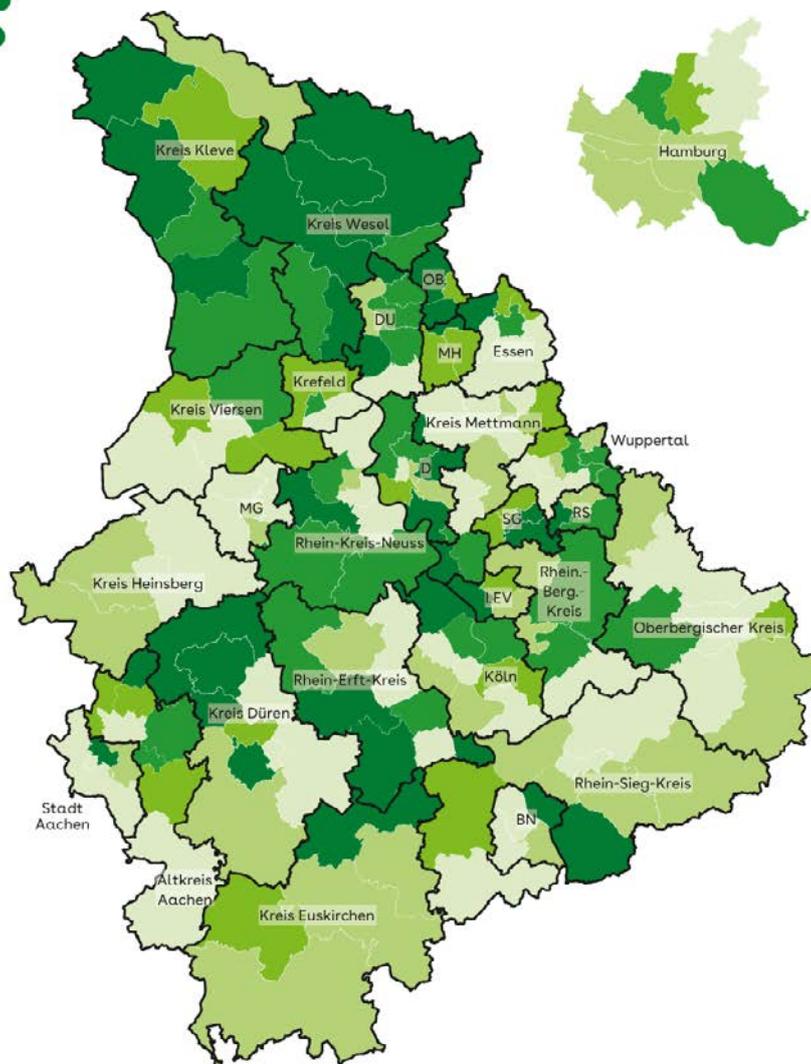
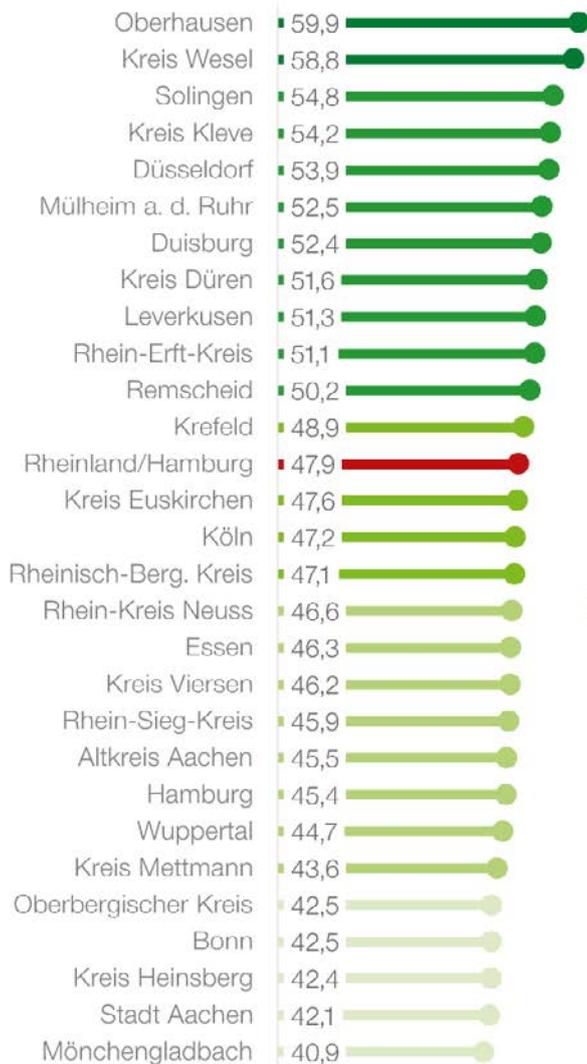
AOK Rheinland/Hamburg

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 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

2024

Aufgreifkriterien

gemäß Bohnet-Joschko et al. 2022

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

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 Bürgergeld-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, d.h. die Versichertenart, der die Person die meisten Kalendertage im betrachteten Zeitraum angehörte. Die Einordnung der Familienversicherten erfolgt anhand der Versichertenart des Stammversicherten.

Für die Berechnung der Weiterbehandlungsrate nach Teilgruppen wurde für alle Rentnerinnen und Rentner die Versichertenart vor Rentenbeginn ermittelt und genutzt.

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.

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 2023 mindestens in zwei Quartalen ärztlich dokumentiert worden sein. Auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurde für das Jahr 2023 geprüft – die Indikatoren „fehlende Teilnahme U-Untersuchung“ und „unvollständiger Impfschutz“ für die Jahre 2022 und 2023. Letztere beiden Indikatoren galten als erfüllt, wenn eine für 2023 empfohlene Maßnahme bis Ende 2023 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.

Modellergebnisse: Multiple logistische Regression

Koronare Herzkrankheit										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	0,77		0,51	1,18	0,47	1,28	0,40	1,50
Alter	40-64	65+	1,40	***	1,25	1,56	1,23	1,59	1,18	1,66
wt. FA-Kont.	ja	nein	3,85	***	3,47	4,28	3,40	4,36	3,27	4,54
Geschlecht	männlich	weiblich	1,15	**	1,05	1,27	1,03	1,29	0,99	1,34
HZV-Teilnahm.	ja	nein	1,05		0,93	1,19	0,90	1,22	0,86	1,28
Kontext	FA mit Überw.	FA ohne Überw.	1,03		0,82	1,29	0,79	1,35	0,73	1,47
Kontext	Krankenhaus	FA ohne Überw.	2,29	***	1,85	2,83	1,77	2,95	1,64	3,20
Pflegebedarf	ja	nein	0,65	***	0,58	0,73	0,57	0,74	0,55	0,77
Schwere	Alter Infarkt	Sonstige KHK	1,61	**	1,15	2,26	1,08	2,41	0,95	2,73
Schwere	sonst. Atheroskl.	Sonstige KHK	1,25	*	1,00	1,55	0,96	1,62	0,89	1,75
Schwere	Drei-Gef.-Erkr.	Sonstige KHK	18,53	***	14,61	23,50	13,96	24,59	12,78	26,88
Schwere	Ein-Gef.-Erkr.	Sonstige KHK	9,71	***	7,81	12,07	7,49	12,59	6,90	13,66
Schwere	nicht-sten. KHK	Sonstige KHK	1,94	***	1,56	2,41	1,50	2,52	1,38	2,73
Schwere	Zwei-Gef.-Erkr.	Sonstige KHK	14,77	***	11,66	18,71	11,14	19,57	10,20	21,38
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,90		0,79	1,03	0,77	1,05	0,73	1,11
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	0,72	***	0,63	0,83	0,61	0,85	0,58	0,90
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,90		0,78	1,04	0,75	1,07	0,71	1,13

Herzinsuffizienz										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	1,64	**	1,19	2,25	1,12	2,40	0,99	2,70
Alter	40-64	65+	1,03		0,92	1,14	0,91	1,16	0,87	1,21
wt. FA-Kont.	ja	nein	5,61	***	5,08	6,19	4,99	6,31	4,81	6,55
Geschlecht	männlich	weiblich	0,96		0,89	1,05	0,87	1,06	0,85	1,10
HZV-Teilnahm.	ja	nein	1,03		0,93	1,15	0,91	1,17	0,87	1,22
Kontext	FA mit Überw.	FA ohne Überw.	1,18		0,88	1,59	0,83	1,69	0,74	1,89
Kontext	Krankenhaus	FA ohne Überw.	2,52	***	1,88	3,36	1,78	3,55	1,60	3,96
Pflegebedarf	ja	nein	0,86	***	0,79	0,95	0,78	0,96	0,75	1,00
Schwere	Rechtsherzins.	NYHA-I	2,38	***	1,91	2,98	1,83	3,10	1,68	3,37
Schwere	NYHA-III	NYHA-I	3,04	***	2,53	3,66	2,44	3,79	2,27	4,07
Schwere	NYHA-II	NYHA-I	1,64	***	1,36	1,99	1,31	2,06	1,22	2,21
Schwere	NYHA-IV	NYHA-I	4,30	***	3,55	5,22	3,42	5,41	3,18	5,82
Schwere	nicht diff.	NYHA-I	1,69	***	1,38	2,08	1,32	2,16	1,22	2,33
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,84	**	0,74	0,96	0,73	0,98	0,69	1,03
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	1,12		1,00	1,25	0,98	1,28	0,94	1,33
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,87	*	0,76	1,00	0,74	1,03	0,71	1,08

Vorhofflimmern

abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen

Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	0,70		0,47	1,03	0,44	1,11	0,38	1,28
Alter	40-64	65+	0,84	***	0,76	0,93	0,74	0,95	0,72	0,98
wt. FA-Kont.	ja	nein	2,89	***	2,66	3,13	2,62	3,18	2,54	3,28
Geschlecht	männlich	weiblich	0,88	***	0,81	0,94	0,80	0,96	0,78	0,98
HzV-Teiln.	ja	nein	1,04		0,95	1,14	0,93	1,16	0,90	1,21
Kontext	FA mit Überw.	FA ohne Überw.	1,03		0,87	1,23	0,84	1,27	0,79	1,35
Kontext	Krankenhaus	FA ohne Überw.	0,91		0,77	1,08	0,75	1,11	0,70	1,19
Pflegebedarf	ja	nein	0,75	***	0,69	0,81	0,68	0,82	0,66	0,85
Schwere	Vorhofflattern	paroxysmal	1,10		0,93	1,32	0,90	1,36	0,84	1,45
Schwere	nicht diff.	paroxysmal	0,96		0,86	1,06	0,85	1,09	0,81	1,13
Schwere	permanent	paroxysmal	1,82	***	1,60	2,07	1,56	2,12	1,49	2,23
Schwere	persistierend	paroxysmal	1,43	***	1,28	1,61	1,25	1,64	1,20	1,72
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,82	***	0,72	0,92	0,71	0,95	0,67	0,99
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	1,17	***	1,06	1,29	1,04	1,31	1,00	1,36
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,89		0,79	1,01	0,77	1,03	0,74	1,08

Asthma

abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen

Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	4,72	***	3,89	5,74	3,75	5,96	3,48	6,41
Alter	40-64	65+	1,66	***	1,40	1,97	1,35	2,04	1,27	2,17
wt. FA-Kont.	ja	nein	2,67	***	2,36	3,03	2,30	3,10	2,20	3,25
Geschlecht	männlich	weiblich	0,90		0,79	1,02	0,78	1,04	0,74	1,09
HzV-Teiln.	ja	nein	0,89		0,75	1,06	0,72	1,10	0,68	1,17
Kontext	FA mit Überw.	FA ohne Überw.	1,50	***	1,31	1,72	1,27	1,76	1,21	1,85
Kontext	Krankenhaus	FA ohne Überw.	1,38	***	1,16	1,65	1,12	1,70	1,05	1,82
Pflegebedarf	ja	nein	0,58	***	0,48	0,70	0,46	0,72	0,43	0,78
Schwere	nicht diff.	gut kontrolliert	1,08		0,92	1,27	0,89	1,31	0,84	1,39
Schwere	teilweise kontrolliert	gut kontrolliert	1,45	***	1,20	1,76	1,15	1,82	1,07	1,96
Schwere	unkontrolliert	gut kontrolliert	2,20	***	1,72	2,81	1,64	2,95	1,50	3,23
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,89		0,76	1,04	0,74	1,07	0,70	1,13
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	1,03		0,80	1,34	0,76	1,41	0,69	1,56
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,92		0,75	1,12	0,73	1,17	0,67	1,26

COPD										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	0,52	***	0,35	0,77	0,33	0,83	0,28	0,97
Alter	40-64	65+	1,09		0,96	1,24	0,93	1,27	0,89	1,33
wt. FA-Kont.	ja	nein	3,66	***	3,23	4,14	3,16	4,24	3,01	4,45
Geschlecht	männlich	weiblich	1,22	***	1,09	1,36	1,06	1,39	1,02	1,45
HzV-Teilnahm.	ja	nein	0,97		0,84	1,13	0,81	1,16	0,77	1,23
Kontext	FA mit Überw.	FA ohne Überw.	1,87	***	1,57	2,24	1,51	2,32	1,42	2,48
Kontext	Krankenhaus	FA ohne Überw.	2,53	***	2,14	3,00	2,07	3,10	1,94	3,30
Pflegebedarf	ja	nein	0,80	***	0,70	0,91	0,68	0,94	0,65	0,99
Schwere	Stadium 3 und 4	Stadium 1 und 2	1,77	***	1,50	2,10	1,45	2,17	1,36	2,31
Schwere	nicht diff.	Stadium 1 und 2	0,56	***	0,49	0,64	0,48	0,66	0,46	0,69
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	1,02		0,88	1,18	0,85	1,21	0,81	1,28
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	0,73	***	0,61	0,87	0,59	0,89	0,55	0,96
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,93		0,78	1,10	0,76	1,14	0,71	1,22

Neuropathie										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	1,08		0,92	1,28	0,89	1,32	0,84	1,40
Alter	40-64	65+	0,97		0,88	1,07	0,86	1,09	0,83	1,13
wt. FA-Kont.	ja	nein	2,77	***	2,55	3,01	2,51	3,05	2,44	3,14
Geschlecht	männlich	weiblich	1,20	***	1,11	1,30	1,09	1,33	1,06	1,36
HzV-Teilnahm.	ja	nein	1,03		0,93	1,15	0,91	1,17	0,88	1,21
Kontext	FA mit Überw.	FA ohne Überw.	1,84	***	1,68	2,00	1,66	2,03	1,61	2,10
Kontext	Krankenhaus	FA ohne Überw.	2,93	***	2,57	3,34	2,51	3,42	2,40	3,58
Pflegebedarf	ja	nein	1,07		0,97	1,19	0,95	1,21	0,92	1,25
Schwere	Diab. Polyn.	Sonst. Monon.	5,90	***	4,55	7,65	4,33	8,04	3,95	8,81
Schwere	Interkostaln.	Sonst. Monon.	0,90		0,61	1,31	0,57	1,40	0,50	1,61
Schwere	Karpaltun.-Syn.	Sonst. Monon.	3,61	***	2,90	4,49	2,79	4,69	2,58	5,06
Schwere	Sonst. Polyn.	Sonst. Monon.	4,26	***	3,42	5,30	3,28	5,53	3,04	5,98
Schwere	ausgew. Monon.	Sonst. Monon.	1,58	***	1,23	2,03	1,18	2,13	1,08	2,32
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,76	***	0,68	0,85	0,66	0,87	0,64	0,91
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	0,87	*	0,76	0,98	0,75	1,01	0,71	1,05
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,76	***	0,67	0,87	0,66	0,89	0,63	0,93

Spezifische Rückenschmerzen

abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen

Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	1,81	***	1,51	2,19	1,45	2,26	1,36	2,43
Alter	40-64	65+	1,28	***	1,12	1,46	1,09	1,50	1,04	1,57
wt. FA-Kont.	ja	nein	2,56	***	2,32	2,83	2,28	2,88	2,19	2,99
Geschlecht	männlich	weiblich	1,15	**	1,04	1,27	1,02	1,30	0,98	1,35
HzV-Teilnahme	ja	nein	1,07		0,94	1,21	0,92	1,24	0,88	1,30
Kontext	FA mit Überw.	FA ohne Überw.	1,27		0,94	1,72	0,88	1,82	0,79	2,04
Kontext	Krankenhaus	FA ohne Überw.	2,58	***	2,12	3,14	2,04	3,26	1,90	3,50
Pflegebedarf	ja	nein	0,85	**	0,75	0,96	0,73	0,99	0,70	1,03
Schwere	Bandsch. schad.	Sonstige	3,46	***	2,92	4,09	2,83	4,22	2,65	4,50
Schwere	Osteop. WK-Fr.	Sonstige	2,45	***	2,00	3,00	1,92	3,12	1,78	3,36
Schwere	Spinalkanalsten.	Sonstige	2,81	***	2,36	3,35	2,28	3,46	2,14	3,69
Schwere	Zerv. Bandscheib.	Sonstige	1,94	***	1,55	2,45	1,48	2,56	1,36	2,79
Schwere	entz. Spondyl.	Sonstige	2,61	***	2,01	3,39	1,91	3,56	1,73	3,93
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,87		0,76	1,00	0,74	1,03	0,70	1,09
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	1,02		0,87	1,19	0,85	1,23	0,80	1,31
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,97		0,83	1,13	0,80	1,16	0,76	1,23

Diabetes

abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen

Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	2,90	***	2,26	3,73	2,16	3,91	1,97	4,29
Alter	40-64	65+	1,78	***	1,56	2,04	1,52	2,09	1,45	2,20
wt. FA-Kont.	ja	nein	5,39	***	4,73	6,14	4,62	6,30	4,40	6,61
Geschlecht	männlich	weiblich	1,08		0,96	1,21	0,94	1,24	0,90	1,29
HzV-Teilnahme	ja	nein	0,95		0,81	1,11	0,79	1,14	0,74	1,21
Kontext	FA mit Überw.	FA ohne Überw.	0,98		0,81	1,19	0,78	1,24	0,72	1,33
Kontext	Krankenhaus	FA ohne Überw.	0,74	***	0,63	0,85	0,62	0,88	0,58	0,93
Pflegebedarf	ja	nein	0,56	***	0,49	0,64	0,48	0,65	0,45	0,69
Schwere	mit Kompl.	Ohne Kompl.	1,28	**	1,06	1,55	1,02	1,61	0,95	1,73
Schwere	multiple Kompl.	Ohne Kompl.	2,16	***	1,40	3,32	1,29	3,61	1,10	4,24
Schwere	nicht diff.	Ohne Kompl.	0,79		0,47	1,33	0,43	1,47	0,35	1,78
Schwere	schwer	Ohne Kompl.	5,30	***	2,70	10,42	2,37	11,85	1,84	15,26
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,92		0,79	1,07	0,77	1,10	0,73	1,16
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	0,64	***	0,54	0,76	0,52	0,79	0,49	0,84
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,81	**	0,68	0,96	0,66	0,99	0,62	1,06

Chronische Nierenkrankheit										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	1,40		0,92	2,14	0,84	2,32	0,73	2,69
Alter	40-64	65+	1,04		0,89	1,22	0,86	1,25	0,82	1,33
wt. FA-Kont.	ja	nein	4,56	***	4,02	5,17	3,92	5,30	3,75	5,54
Geschlecht	männlich	weiblich	0,94		0,84	1,05	0,83	1,08	0,79	1,12
HzV-Teilnahm.	ja	nein	1,00		0,87	1,15	0,85	1,19	0,81	1,25
Kontext	FA mit Überw.	FA ohne Überw.	1,46	***	1,17	1,82	1,12	1,90	1,04	2,05
Kontext	Krankenhaus	FA ohne Überw.	0,76	**	0,62	0,95	0,59	0,99	0,55	1,06
Pflegebedarf	ja	nein	1,15	*	1,01	1,31	0,99	1,34	0,94	1,40
Schwere	Stadium 3	Stadium 1&2	1,97	***	1,70	2,28	1,66	2,34	1,57	2,47
Schwere	Stadium 4	Stadium 1&2	2,09	***	1,65	2,64	1,58	2,76	1,45	3,00
Schwere	Stadium 5	Stadium 1&2	5,18	***	3,33	8,07	3,06	8,78	2,62	10,27
Schwere	nicht diff.	Stadium 1&2	0,98		0,74	1,31	0,70	1,38	0,63	1,53
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	1,03		0,86	1,23	0,83	1,28	0,77	1,36
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	1,03		0,88	1,20	0,86	1,23	0,81	1,30
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	1,06		0,88	1,28	0,85	1,32	0,80	1,41

Depression										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung gemessen anhand von Behandlungsfällen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	2,98	***	2,62	3,40	2,56	3,48	2,44	3,65
Alter	40-64	65+	1,64	***	1,45	1,84	1,42	1,89	1,36	1,97
wt. FA-Kont.	ja	nein	2,03	***	1,88	2,18	1,86	2,21	1,81	2,27
Geschlecht	männlich	weiblich	1,01		0,95	1,09	0,93	1,10	0,91	1,13
HzV-Teilnahm.	ja	nein	0,82	***	0,74	0,91	0,72	0,93	0,70	0,96
Kontext	FA mit Überw.	FA ohne Überw.	1,05		0,93	1,18	0,91	1,20	0,87	1,25
Kontext	Krankenhaus	FA ohne Überw.	1,50	***	1,37	1,64	1,35	1,67	1,30	1,72
Pflegebedarf	ja	nein	0,66	***	0,60	0,74	0,58	0,75	0,56	0,78
Schwere	mittel	leicht	1,42	***	1,27	1,59	1,24	1,63	1,19	1,69
Schwere	nicht diff.	leicht	1,39	***	1,23	1,58	1,20	1,62	1,15	1,69
Schwere	schwer	leicht	2,00	***	1,76	2,27	1,71	2,32	1,64	2,43
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,80	***	0,73	0,87	0,72	0,89	0,70	0,91
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	0,93		0,80	1,08	0,77	1,11	0,73	1,18
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,90		0,81	1,00	0,79	1,02	0,76	1,06

Koronare Herzkrankheit										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Arzneimittelverordnungen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-64	65+	0,94		0,83	1,07	0,81	1,09	0,78	1,14
Wirkstoff	ACE-Inh./AT-II-AN	TAH	2,77	***	2,31	3,32	2,23	3,44	2,09	3,68
Wirkstoff	ARNI	TAH	2,87	***	2,14	3,86	2,02	4,09	1,81	4,57
Wirkstoff	Betablocker	TAH	2,17	***	1,82	2,60	1,76	2,69	1,64	2,88
Wirkstoff	Diuretika	TAH	1,73		0,66	4,54	0,55	5,46	0,38	7,82
Wirkstoff	Statine	TAH	2,29	***	1,99	2,64	1,94	2,71	1,84	2,86
Wirkstoff	Weit. Medi	TAH	0,95		0,75	1,19	0,72	1,25	0,66	1,36
DMP-Teilnahm.	ja	nein	1,02		0,90	1,15	0,88	1,18	0,84	1,24
Geschlecht	männlich	weiblich	1,11		0,99	1,25	0,96	1,28	0,92	1,33
Schwere	Alter Infarkt	Sonstige KHK	1,62	*	1,02	2,57	0,94	2,81	0,79	3,34
Schwere	sonst. Atheroskl.	Sonstige KHK	1,12		0,90	1,39	0,87	1,45	0,80	1,57
Schwere	Drei-Gef.-Erkr.	Sonstige KHK	2,88	***	2,30	3,61	2,20	3,77	2,03	4,11
Schwere	Ein-Gef.-Erkr.	Sonstige KHK	2,11	***	1,68	2,64	1,61	2,75	1,48	3,00
Schwere	nicht-sten. KHK	Sonstige KHK	1,40	**	1,08	1,83	1,02	1,93	0,93	2,13
Schwere	Zwei-Gef.-Erkr.	Sonstige KHK	2,38	***	1,88	3,01	1,80	3,15	1,65	3,44
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,76	***	0,65	0,88	0,63	0,90	0,60	0,96
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	0,86		0,73	1,02	0,71	1,05	0,66	1,12

Herzinsuffizienz										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Arzneimittelverordnungen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-64	65+	1,39	***	1,17	1,65	1,14	1,70	1,07	1,81
Wirkstoff	ARNI	ACE-Inh./AT-II-AN	2,07	***	1,50	2,84	1,42	3,01	1,26	3,39
Wirkstoff	Aldosteronant.	ACE-Inh./AT-II-AN	0,95		0,74	1,23	0,70	1,29	0,64	1,42
Wirkstoff	Betablocker	ACE-Inh./AT-II-AN	1,68	***	1,30	2,18	1,23	2,30	1,12	2,53
Wirkstoff	Diuretika	ACE-Inh./AT-II-AN	0,56	***	0,45	0,70	0,43	0,73	0,39	0,79
Wirkstoff	SGLT2-Inhibitor	ACE-Inh./AT-II-AN	1,11		0,89	1,37	0,86	1,43	0,79	1,55
Wirkstoff	Weit. Medi	ACE-Inh./AT-II-AN	0,94		0,68	1,31	0,64	1,39	0,57	1,57
DMP-Teilnahm.	ja	nein	0,97		0,83	1,13	0,81	1,16	0,76	1,23
Geschlecht	männlich	weiblich	1,08		0,94	1,24	0,91	1,27	0,87	1,34
Schwere	Rechtsherzins.	nicht diff.	1,88	***	1,26	2,80	1,17	3,02	1,01	3,51
Schwere	NYHA-III	nicht diff.	1,21	*	1,02	1,44	0,99	1,49	0,92	1,59
Schwere	NYHA-II	nicht diff.	1,22	*	1,03	1,46	0,99	1,51	0,93	1,62
Schwere	NYHA-IV	nicht diff.	1,46	***	1,16	1,84	1,11	1,92	1,02	2,09
Schwere	NYHA-I	nicht diff.	1,11		0,81	1,52	0,76	1,61	0,68	1,81
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,67	***	0,55	0,83	0,53	0,86	0,49	0,93
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	0,93		0,78	1,11	0,75	1,15	0,70	1,23
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,74		0,60	0,90	0,58	0,94	0,54	1,01

Vorhofflimmern										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Arzneimittelverordnungen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-64	65+	0,77		0,57	1,05	0,53	1,11	0,48	1,24
Wirkstoff	Betablocker	NOAK_OAK	1,06		0,82	1,38	0,78	1,45	0,71	1,60
Wirkstoff	Weit. Medi	NOAK_OAK	0,28	***	0,20	0,38	0,19	0,41	0,17	0,46
DMP-Teil-nahm.	ja	nein	1,45	*	1,03	2,03	0,97	2,16	0,86	2,45
Geschlecht	männlich	weiblich	1,10		0,87	1,40	0,83	1,47	0,76	1,61
Schwere	Vorhofflattern	paroxysmal	2,98	*	1,07	8,24	0,88	10,02	0,60	14,67
Schwere	nicht diff.	paroxysmal	0,95		0,66	1,36	0,62	1,45	0,54	1,66
Schwere	permanent	paroxysmal	1,09		0,80	1,49	0,75	1,58	0,67	1,77
Schwere	persistierend	paroxysmal	1,39	*	1,03	1,89	0,97	2,00	0,87	2,24
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	1,05		0,70	1,58	0,65	1,71	0,56	2,00
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	1,06		0,78	1,45	0,73	1,54	0,65	1,73
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,97		0,68	1,40	0,63	1,50	0,55	1,72

Asthma										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Arzneimittelverordnungen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	1,28	**	1,09	1,52	1,05	1,57	0,99	1,67
Alter	40-64	65+	1,15	*	1,01	1,31	0,98	1,34	0,93	1,41
Wirkstoff	ICS/LABA	ICS	1,36	***	1,13	1,64	1,09	1,70	1,02	1,83
Wirkstoff	LABA	ICS	1,47		0,86	2,54	0,77	2,82	0,63	3,46
Wirkstoff	LABA/LAMA	ICS	7,81	***	5,01	12,18	4,60	13,26	3,90	15,66
Wirkstoff	LABA/LAMA/ICS	ICS	3,38	***	2,72	4,19	2,61	4,37	2,40	4,74
Wirkstoff	LAMA	ICS	1,05		0,76	1,44	0,71	1,53	0,63	1,73
Wirkstoff	LTRA	ICS	0,64	*	0,42	0,98	0,39	1,06	0,33	1,24
DMP-Teil-nahm.	ja	nein	1,34	***	1,17	1,52	1,15	1,56	1,09	1,64
Geschlecht	männlich	weiblich	1,02		0,92	1,13	0,90	1,15	0,87	1,20
Schwere	nicht diff.	gut kontr.	1,03		0,91	1,16	0,89	1,19	0,85	1,24
Schwere	teilw. Kontr.	gut kontr.	1,30	***	1,14	1,50	1,11	1,54	1,05	1,62
Schwere	unkontrolliert	gut kontr.	1,59	***	1,32	1,92	1,27	1,99	1,19	2,13
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	0,98		0,87	1,12	0,84	1,14	0,81	1,20
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	1,05		0,87	1,27	0,83	1,32	0,78	1,42
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	1,07		0,91	1,25	0,88	1,29	0,83	1,37
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,74		0,60	0,90	0,58	0,94	0,54	1,01

COPD										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Arzneimittelverordnungen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-64	65+	0,92		0,83	1,02	0,81	1,04	0,78	1,08
Wirkstoff	ICS/LABA	ICS	2,29	***	1,76	3,00	1,67	3,15	1,51	3,49
Wirkstoff	LABA	ICS	2,64	***	1,72	4,05	1,58	4,39	1,35	5,15
Wirkstoff	LABA/LAMA	ICS	4,18	***	3,20	5,47	3,04	5,76	2,75	6,37
Wirkstoff	LABA/LAMA/ICS	ICS	4,76	***	3,62	6,27	3,43	6,61	3,10	7,32
Wirkstoff	LAMA	ICS	2,13	***	1,55	2,91	1,46	3,09	1,30	3,48
DMP-Teil-nahm.	ja	nein	1,47	***	1,31	1,66	1,28	1,69	1,23	1,77
Geschlecht	männlich	weiblich	0,96		0,87	1,05	0,86	1,07	0,83	1,10
Schwere	Stadium 3&4	Stadium 1&2	1,52	***	1,34	1,72	1,31	1,76	1,25	1,84
Schwere	nicht diff.	Stadium 1&2	0,95		0,86	1,06	0,84	1,08	0,81	1,12
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	1,01		0,90	1,13	0,88	1,16	0,84	1,21
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	0,96		0,82	1,12	0,80	1,15	0,76	1,22
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,81	**	0,71	0,94	0,69	0,96	0,65	1,01

Neuropathie										
abhängige Variable: hausärztliche Weiterbehandlung anhand von Arzneimittelverordnungen										
Einflussfaktor	Ausprägung	Referenz	OR	Sig-Niv	90%-KI		95%-KI		99%-KI	
					uG	oG	uG	oG	uG	oG
Alter	00-39	65+	1,24		0,86	1,77	0,81	1,89	0,70	2,16
Alter	40-64	65+	0,89		0,77	1,03	0,75	1,06	0,71	1,12
Wirkstoff	Gabapentin	Antidepr.	2,12	***	1,68	2,68	1,61	2,80	1,48	3,05
Wirkstoff	NaSSA	Antidepr.	0,78		0,53	1,14	0,49	1,22	0,43	1,41
Wirkstoff	Opioid	Antidepr.	2,30	***	1,87	2,84	1,79	2,96	1,66	3,20
Wirkstoff	Pregabalin	Antidepr.	3,10	***	2,52	3,82	2,42	3,98	2,24	4,30
Geschlecht	männlich	weiblich	1,24	***	1,10	1,40	1,08	1,43	1,03	1,50
HZV-Teil-nahm.	ja	nein	1,06		0,90	1,24	0,88	1,27	0,83	1,35
Schwere	Diab. Polyn.	Sonst. Monon.	2,06	***	1,45	2,94	1,35	3,14	1,19	3,59
Schwere	Karpaltun.-Syn.	Sonst. Monon.	1,16		0,79	1,69	0,74	1,81	0,64	2,09
Schwere	Sonst. Polyn.	Sonst. Monon.	1,78	***	1,25	2,52	1,17	2,69	1,03	3,07
Schwere	ausgew. Monon.	Sonst. Monon.	1,38		0,93	2,03	0,87	2,19	0,75	2,53
soziale Lage	Bürgergeld	Arbeitnehmer	1,12		0,96	1,32	0,93	1,36	0,87	1,44
soziale Lage	Rentner	Arbeitnehmer	1,05		0,88	1,24	0,85	1,28	0,80	1,37
soziale Lage	sonstige	Arbeitnehmer	0,92		0,76	1,11	0,74	1,15	0,69	1,24

