

Patientenbetreuung

**Projekt Patientenbetreuung
2013**

Inhaltsverzeichnis

Anlagenverzeichnis	3
1 Einleitung	5
2 Methodik und Aufbau	6
3 Hypothesen.....	7
4 Daten	9
4.1 Risikofaktoren	17
4.2 Risikofaktoren in der ambulanten ärztlichen Versorgung	18
4.3 Risikofaktoren in der stationären Versorgung.....	19
5 Krankenhaus.....	20
6 Rehabilitation	30
6.1 Verteilung der Versicherten.....	30
6.2 Barthel- Index	31
6.3 Frührehabilitation Phase B/C+	31
7 Ambulanter Bereich	32
8 Arzneimittel.....	37
8.1 Medi-Check	37
8.2 TOP 10 Versicherte Anzahl Wirkstoffe	38
9 Heilmittel.....	39
10 Hilfsmittel.....	39
11 Krankengeld	44
12 Pflege.....	46
13 Häusliche Krankenpflege	48
14 Entlassungsstatus.....	49
15 Fragebögen an Versicherten.....	51
16 Interne und externe Kommunikation.....	58
17 Zusammenfassung und Ausblick	61
Tabellenverzeichnis.....	63
Abbildungsverzeichnis	64

Patientenbetreuung

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Leitlinien zur Abgrenzung der Risikofaktoren bei den Schlaganfällen	62
Anlage 2	Vollständige graphische Auswertung aller Fragen „Fragebogen an den Versicherten“	72

Patientenbetreuung

1 Einleitung

In Vorbereitung auf das Projekt Patientenbetreuung mussten zunächst grundsätzliche Fragen geklärt werden. Beispielsweise, welche Diagnosen sollen begleitet werden bzw. wie soll das Verfahren zur Identifizierung der Versicherten aussehen. Ausgewählt wurden Diagnosen in Folge eines Akutereignisses mit einer sich anschließenden sektorenübergreifenden Versorgung. Demzufolge wurden die Versicherten mit Herzinfarkt und Schlaganfall im Krankenhaus identifiziert und danach kontaktiert.

Eine wirksame Versorgung kann nur dann funktionieren, wenn alle Versorgungsbereiche ineinander greifen. So ist die Akutversorgung in Stroke Units hoch spezialisiert und gut organisiert. Trotz des anspruchsvollen Niveaus bei der Akutversorgung können beim Übergang in die Anschlussversorgung Probleme auftreten. Auch werden in der prä- und postakuten Phase nicht durchweg einheitliche Standards angewandt. Dadurch können erhebliche Versorgungsunterschiede entstehen. Ferner nehmen die Zahlen der Schlaganfälle und Herzinfarkte kontinuierlich zu. Ein Grund dafür ist, dass beeinflussbare Risikofaktoren nicht immer angemessen beachtet und therapiert werden.

Vor diesem Hintergrund sah die IKK gesund plus vielfältige Ansätze zur Begleitung der Versicherten mit Schlaganfall und Herzinfarkt. Die Versicherten wurden während der gesamten Behandlungsphase betreut. Im Mittelpunkt der Patientenbetreuung stand die Kommunikation mit den Versicherten und/oder Angehörigen.

Insofern war die Beratung und Unterstützung der Versicherten und/oder Angehörigen ein entscheidender Aspekt für eine individuelle Versorgung, insbesondere nach der stationären Entlassung.

Darüber hinaus unterstützte die IKK gesund plus alle an der Versorgung beteiligten Leistungspartner bei der Sicherstellung der patientenindividuellen Versorgungsbedarfe. Neue Kommunikationsstrukturen und Interventionsschwerpunkte wurden mit den Kliniken abgestimmt.

2 Methodik und Aufbau

Als Untersuchungsansatz wurde **Intention to treat** gewählt. Dieser geht davon aus, dass alle Versicherten in die Interventionsgruppe aufgenommen werden, irrelevant, ob sie sich für eine Teilnahme entscheiden oder nicht. Somit bildeten alle in den Projektkrankenhäusern identifizierten Versicherten die Interventionsgruppe.

Interventions- – und Vergleichsgruppe

Um die Auswertung valide zu gestalten, sollen im Projektverlauf nicht nur die Fälle innerhalb des Projektes betrachtet werden, sondern auch eine Vergleichsgruppe einbezogen werden. Daneben erfolgen die Betrachtungen nicht nur prospektiv, sondern auch retrospektiv. In beiden Gruppen handelt es sich um eine Analyse der Sekundärdaten der IKK gesund plus.

Für die Jahre 2011, 2012 und 2013 werden folgende Leistungsbereiche betrachtet:

- Krankenhaus
- Arzneimittelversorgung
- Hilfsmittelversorgung
- Heilmittelversorgung
- ambulante ärztliche Versorgung
- Rehabilitation
- häusliche Krankenpflege
- Pflegeleistungen
- Krankengeldleistungen

Der Blick in die Vergangenheit hat das Ziel vorangegangene Leistungen und Risikofaktoren einzuschätzen, um somit ein Bild der Fallschwere der einzelnen Versicherten zu erhalten. Denn der Verlauf der einzelnen Versicherten nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall kann nicht losgelöst vom vorherigen Zustand des Versicherten betrachtet werden.

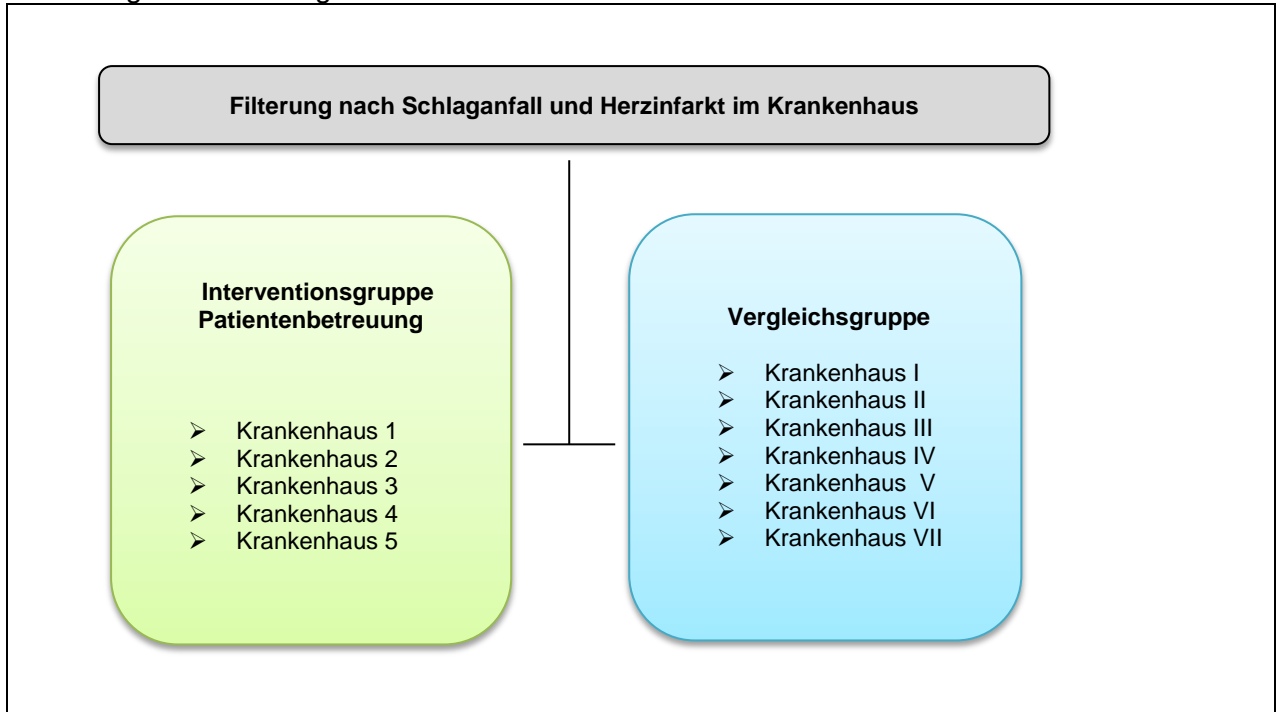
Die Interventions- und Vergleichsgruppen beinhalten jeweils mehrere Untersuchungsstandorte. Dieser Ansatz wurde gewählt, um eine Verzerrung durch einen einzelnen Standort gering zu halten und eine ausreichende Anzahl von Versicherten zu rekrutieren.

Patientenbetreuung

In beiden Gruppen befinden sich somit jeweils ein Haus der Maximalversorgung/ Universitätsklinikum und ein Herzzentrum.

Bezüglich der Auswertung muss die unterschiedliche Umgebung der Fachkliniken beachtet werden, die Versichertenpopulationen mit unterschiedlichen Risikograden beinhalten können.

Abbildung 1: Darstellung der Krankenhäuser



Quelle: Eigene Darstellung

Auswahl der Versicherten

Die Auswahl der Versicherten erfolgte anhand der ICD – Aufnahmediagnosen und Entlassungsdiagnosen für Schlaganfall (I60. – I64.) und Herzinfarkt (I21. – I22.). Es wurden alle Versicherten in das Projekt aufgenommen, sofern eine der betreffenden ICD's durch das Krankenhaus dokumentiert wurde. Ausschlussdiagnosen wurden nicht festgelegt. Die Daten zu einem neuen Krankenhausfall standen, abhängig vom aufnehmenden Krankenhaus, der Patientenbetreuung in der Regel innerhalb einer Woche nach der Aufnahme zur Verfügung. Die Filterung erfolgte durch die Casemanager im Krankenhausabrechnungsprogramm, die Servicestelle Krankenhaus und in Ausnahmefällen durch den Sozialdienst des Krankenhauses.

3 Hypothesen

Die internen und externen Strukturen der Zusammenarbeit wurden angepasst und erweitert. Insbesondere wurden neue Kommunikationsstrukturen und Interventionsschwerpunkte untereinander abgestimmt, um die Versorgung effizienter zu gestalten.

Aus diesen generellen Zielen und Annahmen heraus wurden folgende Hypothesen

Patientenbetreuung

formuliert:

Qualität der Versorgung

Das Ziel soll eine verbesserte Versorgungsqualität sein. Diese soll durch einen auf den Versicherten fokussierten Ansatz erreicht werden.

Hauptziele der Patientenbetreuung sind:

- Förderung bzw. Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit
- Professionelle Betreuung von Intensivpflegefällen und Entlastung von Angehörigen
- Sicherung der Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges
- Optimierung der Medikamentenversorgung
- Bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung
- Unterstützung und Beratung der Versicherten und Angehörigen

Intersektorale Kommunikation

Ein grundsätzlicher Ansatz in der Arbeit der Patientenbetreuung besteht in der erhöhten Kommunikation auf der Grundlage von standardisierten Bogen beim Übergang in die einzelnen Versorgungsbereiche. Dazu zählen die Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Hausärzte, Fachärzte und Pflegeheime. Durch einen erhöhten Informationsfluss sollen Probleme zwischen den Versorgungsebenen erkannt und gelöst werden.

Dadurch können in der Interventionsgruppe diagnostische Doppeluntersuchungen, Komplikationen, Folgeerkrankungen und Wiedereinweisungen verringert werden. In der sich anschließenden ambulanten ärztlichen Versorgung sollen die beeinflussbaren Risikofaktoren erkannt, beachtet und therapiert werden. Dazu zählen auch eine optimale medikamentöse Einstellung und eine versichertenindividuelle Hilfsmittelversorgung. Betrachtet wird darüber hinaus, ob und welche therapeutischen Empfehlungen aus dem stationären Bereich bei der weiteren ambulanten Behandlung berücksichtigt werden.

Sekundäre und tertiäre Prävention

Der Herzinfarkt und der Schlaganfall zählen zu den Herz– Kreislauf – Erkrankungen, die durch eine Vielzahl von Risikofaktoren begünstigt werden. Von diesen Faktoren ist ein großer Anteil beeinflussbar. Die Patientenbetreuung soll die Versicherten im Umgang mit der Erkrankung unterstützen. Das Ziel ist eine Erhöhung der Compliance und der Eigenverantwortung. Im Idealfall soll der Versicherte mehr Eigeninitiative bei der Wiederherstellung und Verbesserung seines Gesundheitszustandes und seiner Lebensweise entwickeln. Dies verringert die Wahrscheinlichkeit von Rezidiven und Folgeerkrankungen.

In der Analyse wird überprüft, ob der Versicherte neben der regelmäßigen Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Besuchen beim entsprechenden Facharzt auch Angebote der tertiären Prävention, wie z.B. Herzsportgruppen, Ernährungsberatung, Nichtraucherurse usw. in Anspruch nimmt. Hierunter fällt auch die Teilnahme an Disease Management – und Hausarztprogrammen. Auf Basis der identifizierten Risikofaktoren können Ärzte und/oder Versicherte über mögliche präventive Angebote gezielt informiert werden.

Befragungen von Versicherten und/oder Angehörigen

Die Stabstelle Patientenbetreuung soll ein Unterstützungsangebot für Versicherte und/oder Angehörige sowie Leistungserbringern sein und spürbar positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität haben. Im Rahmen der Zufriedenheitsbefragung geben die Versicherten

Patientenbetreuung

Auskünfte über die Versorgung im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik. Zusätzlich erfolgen Abfragen, die sich auf die Bewertung der Patientenbetreuung beziehen.

4 Daten

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf 280 Versicherte, die ab dem 01.01.2013 bis zum 31.12.2013 identifiziert wurden sowie eine Vergleichsgruppe mit 408 Versicherten. Die Vergleichsgruppe besteht aus Versicherten, die im gleichen Zeitraum wegen eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wurden.

Diagnosebezogene Darstellung von Alter und Geschlecht

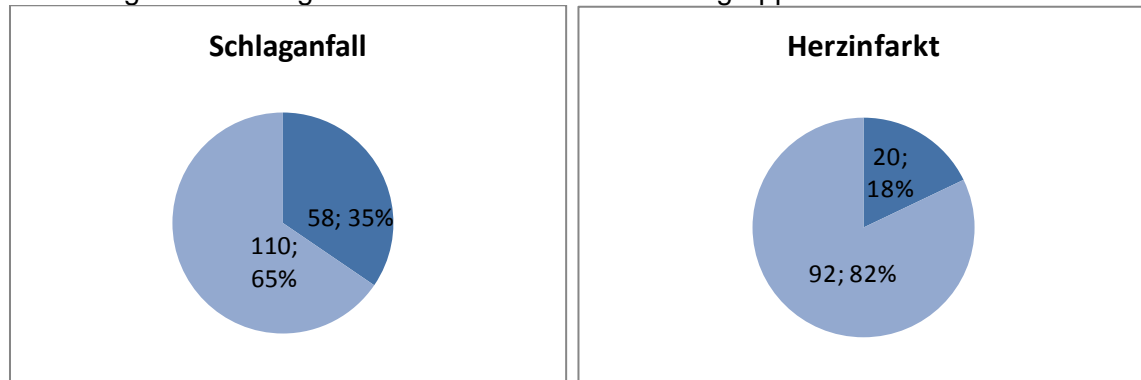
Die Darstellung zeigt, dass insgesamt 202 identifizierte männliche Versicherte, 78 weiblichen Versicherten gegenüber stehen. In beiden Krankheitsgruppen liegt der relative Anteil der männlichen Versicherten über dem der weiblichen Versicherten. In der Schlaganfallkohorte ist der Anteil der weiblichen Versicherten fast doppelt so hoch wie in der Herzinfarktgruppe.

Tabelle 1: Verteilung nach Geschlecht und Diagnose Interventionsgruppe

	weiblich	männlich	gesamt
Herzinfarkt	20	92	112
Schlaganfall	58	110	168
gesamt	78	202	280

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 2: Verteilung nach Geschlecht Interventionsgruppe



Quelle: Eigene Darstellung

Die Vergleichsgruppe umfasst 408 Versicherte und übersteigt die Interventionsgruppe damit um 128 Versicherte. Hier liegt ebenfalls der Anteil der männlichen Versicherten über dem der weiblichen in beiden Diagnosegruppen, wobei der Anteil der Frauen im Vergleich zur Interventionsgruppe um 1,85 Prozentpunkte höher ist.

Tabelle 2: Verteilung nach Geschlecht und Diagnose der Vergleichsgruppe

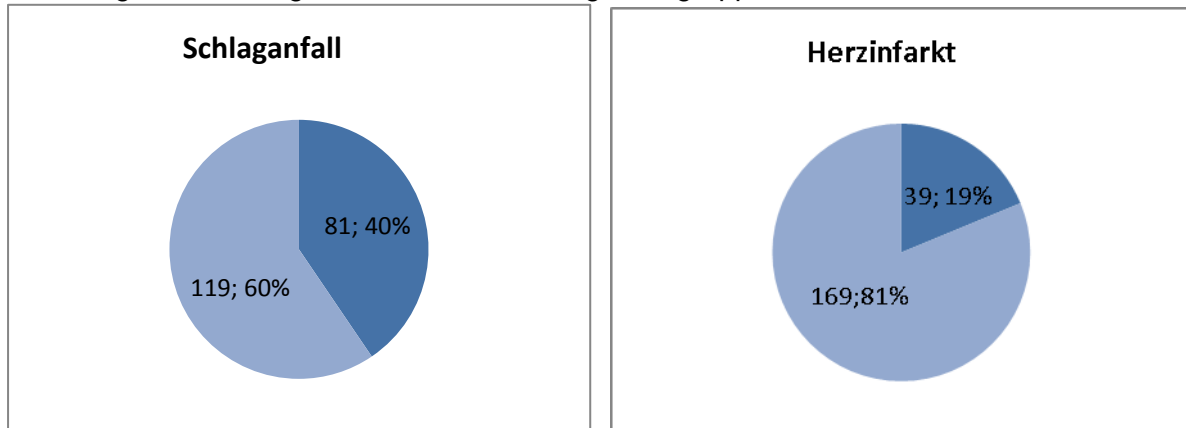
	weiblich	männlich	gesamt
Herzinfarkt	39	169	208
Schlaganfall	81	119	200

Patientenbetreuung

gesamt	120	288	408
--------	-----	-----	-----

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 3: Verteilung nach Geschlecht Vergleichsgruppe



Quelle: Eigene Darstellung

Eine Darstellung der relativen Verteilung in beiden Diagnosegruppen erfolgt in **Tabelle 3**.

Tabelle 3: Verteilung nach Geschlecht und Diagnose

Interventions- gruppe		weiblich		männlich	
		Herzinfarkt	20	17,86%	92
	Schlaganfall	58	34,52%	110	65,48%
	gesamt	78	27,86%	202	72,14%
Vergleichsgruppe		weiblich		männlich	
		Herzinfarkt	39	18,75%	169
	Schlaganfall	81	40,50%	119	59,50%
	gesamt	120	29,41%	288	70,59%

Quelle: Eigene Darstellung

Der Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt einen hohen Anteil von Schlaganfällen und Herzinfarkten bei männlichen Versicherten. Gemäß der Mitglieder- und Familienversichertenstruktur vom 01.10.2013 übersteigen die männlichen Versicherten die weiblichen lediglich um 8 %.

Patientenbetreuung

Tabelle 4: Verteilung Alter¹ und Geschlecht Herzinfarkt gesamt

Interventionsgruppe				
Herzinfarkt	Fallzahl	Ø Alter	Median Alter	Spannweite
Männer	92	61,11	62,04	41,11 - 83,10
Frauen	20	65,03	65,06	51,07 - 79,11
Vergleichsgruppe				
Herzinfarkt	Fallzahl	Ø Alter	Median Alter	Spannweite
Männer	169	61,12	61,12	40,12 - 97,11
Frauen	39	65,05	65,05	42,07 - 84,05

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 5: Verteilung Alter und Geschlecht Schlaganfall gesamt

Interventionsgruppe				
Schlaganfall	Fallzahl	Ø Alter	Median Alter	Spannweite
Männer	110	61,08	63,05	18,09 - 84,06
Frauen	58	61,02	63,09	23,07 - 86,07
Vergleichsgruppe				
Schlaganfall	Fallzahl	Ø Alter	Median Alter	Spannweite
Männer	119	62,03	62,11	24,02 - 92,07
Frauen	81	63,05	68,09	20,03 - 92,04

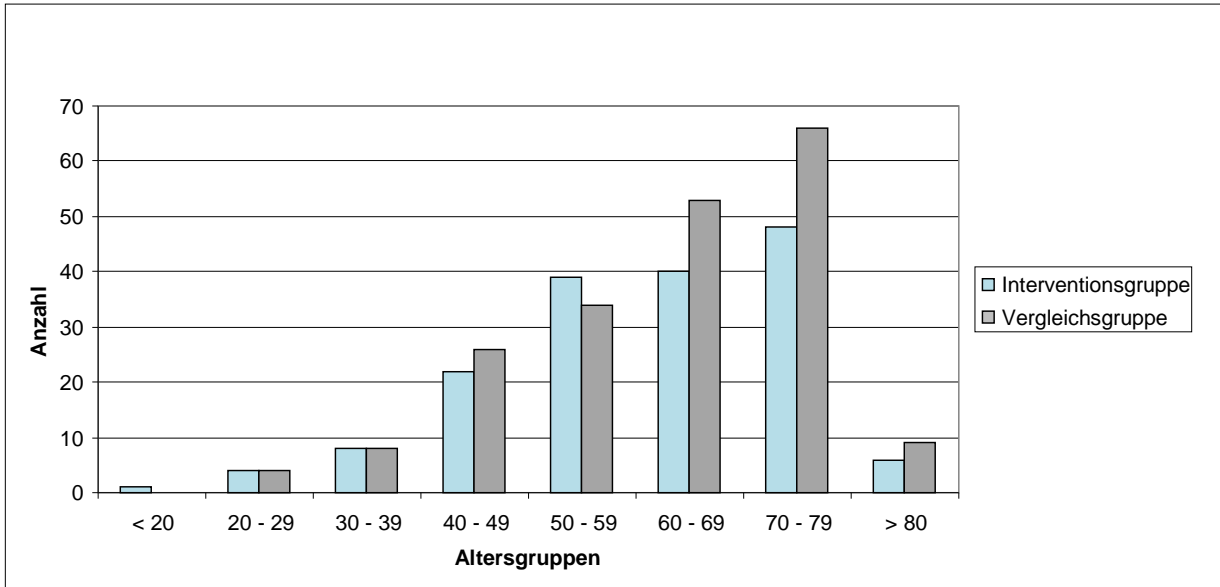
Quelle: Eigene Darstellung

Das durchschnittliche Alter beider Gruppen ist vergleichbar. Der Median liegt jeweils oberhalb des Mittelwertes. Die Altersspanne unterscheidet sich in den beiden Gruppen. Beim Akutereignis sind die Versicherten sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Vergleichsgruppe mit Schlaganfall ca. 20 Jahre jünger als die Versicherten mit einem Herzinfarkt. Beispielsweise war der jüngste männliche Versicherte mit Schlaganfall in der Interventionsgruppe 18 Jahre alt. Im Vergleich dazu war der jüngste männliche Versicherte mit Herzinfarkt in der Interventionsgruppe 41 Jahre alt.

¹ Die Angabe des Alters erfolgt in Jahren vor- und in Monaten in zwei Stellen nach dem Komma.

Patientenbetreuung

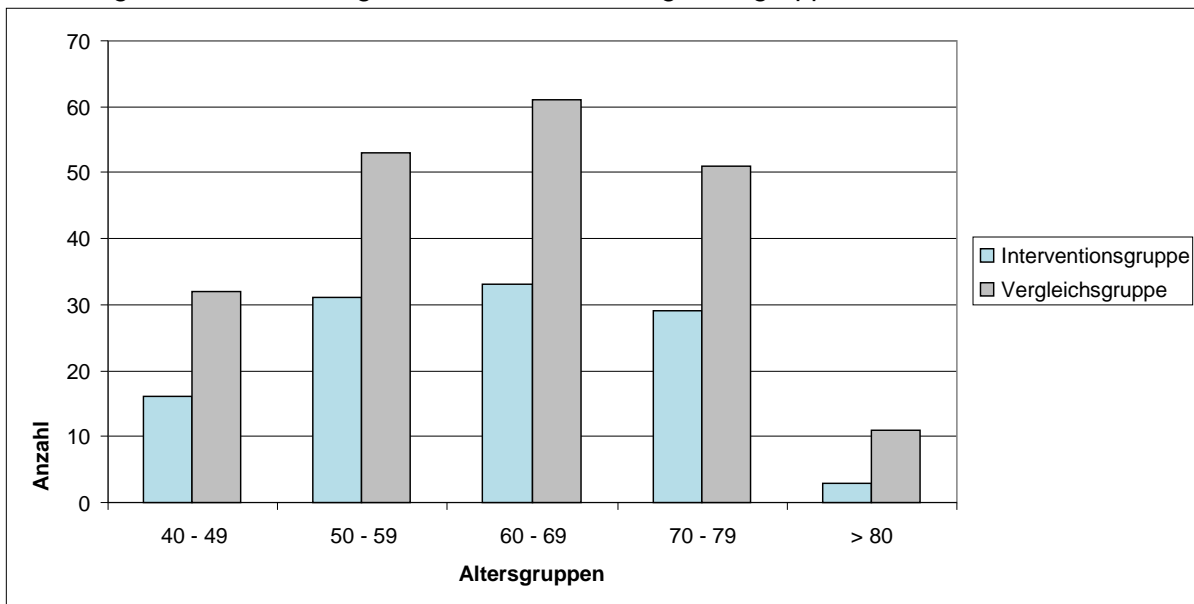
Abbildung 4: Altersverteilung Interventions- und Vergleichsgruppe Schlaganfall



Quelle. Eigene Darstellung

Die Verteilung der Alterskohorten der Schlaganfalldiagnosen ist zunächst aufsteigend gleich bis zur Altersgruppe 30– 39. Mit der Ausnahme der 50 – 59 jährigen Alterskohorte ist die Anzahl in der Vergleichsgruppe höher.

Abbildung 5: Altersverteilung Interventions-und Vergleichsgruppe Herzinfarkt



Quelle: Eigene Darstellung

Im Gegensatz zum Altersvergleich der Schlaganfallgruppe liegt die absolute Anzahl der identifizierten Herzinfarkte in der Vergleichsgruppe jeder gewählten Alterskohorte über der der Interventionsgruppe, wobei die relative Differenz immer proportional bleibt.

Patientenbetreuung

Altersverteilung auf die Krankenhäuser

Ergänzend zur Altersverteilung der gesamten Gruppen, erfolgt in den **Tabellen 6 und 7** eine weitere differenzierte Betrachtung zusätzlich unterschieden nach Geschlecht und aufnehmendem Krankenhaus.

Tabelle 6: Altersverteilung nach Krankenhaus Herzinfarkt²

Herzinfarkt Interventionsgruppe	Krankenhaus 5		Krankenhaus 1		Krankenhaus 3		Krankenhaus 2	
Altersgruppen	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
40 - 49	7		8				1	
50 - 59	11	3	9	1	4	1	1	1
60 - 69	11	1	11	1	2	2	3	2
70 - 79	12	3	7	2	2			3
≥ 80	1		1		1			
Fallzahl	42	7	36	4	9	3	5	6
Mittelwert	62,11	63,06	60,00**	67,10	64,11	62,00**	59,05	67,00**

Herzinfarkt Vergleichsgruppe	Krankenhaus II		Krankenhaus III		Krankenhaus VII		Krankenhaus V	
Altersgruppen	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
40 - 49	2		2	1	2	2	3	2
50 - 59	3	1	9	1	3		10	2
60 - 69	10		9	1	4		6	
70 - 79	4	1	7	4	1	2	8	2
≥ 80				1			1	
Fallzahl	19	2	27	8	10	4	28	6
Mittelwert	63,00**	67,05	62,01	67,09	59,04	61,07	62,09	57,00**

Herzinfarkt Vergleichsgruppe	Krankenhaus IV		Krankenhaus VI		Krankenhaus I	
Altersgruppen	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
40 - 49	13		4		1	
50 - 59	6	3	4		10	1
60 - 69	10	2	7	3	7	2
70 - 79	8	3	8	2		1
≥ 80	3	2	4			
Fallzahl	40	10	27	5	18	4
Mittelwert	60,09	69,10	66,11	67,00*	59,06	62,11

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 7: Alters- und Geschlechtsverteilung nach Krankenhaus Schlaganfall

² Die Angabe des Alters erfolgt in Jahren vor- und in Monaten in zwei Stellen nach dem Komma.

**Das durchschnittliche Alter wurde aufgrund der besseren Darstellbarkeit aufgerundet.

Patientenbetreuung

Schlaganfall Interventions- gruppe	Krankenhaus 1		Krankenhaus 4		Krankenhaus 3		Krankenhaus 2		Krankenhaus 5	
	männ- lich	weiblich	männ- lich	weib- lich	männ- lich	weiblich	männ- lich	weib- lich	männ- lich	weib- lich
< 20	1									
20 - 29		1		2	1					
30 - 39	4	1	2	1						
40 - 49	3	7	4	3	1		2	1		
50 - 59	18	3	3	2	5	3	3	2		
60 - 69	16	4	5	1	5	3	3	3		
70 - 79	11	6	9	5	5	2	4	4	2	
≥ 80	1	1	2	2				1		
Fallzahl	54	23	25	16	17	8	12	11	2	
Mittelwert	60,03	59,02	63,06	58,04	61,10	63,03	62,03	68,00	73,10	

Schlaganfall Vergleichsgruppe	Krankenhaus II		Krankenhaus III		Krankenhaus V		Krankenhaus IV		Krankenhaus I	
	männ- lich	weib- lich	männlich	weib- lich	männ- lich	weiblich	männ- lich	weib- lich	männ- lich	weib- lich
30 - 39			1	1	1		1	1	1	2
40 - 49			5	2	1	2	2	4	3	7
50 - 59	1		7	3	4	1	10	1	7	
60 - 69	3	1	12	4	10	4	3	7	5	3
70 - 79	3	2	15	11	7	5	7	9	5	2
≥ 80	1			2	1	3	1	2		
Fallzahl	8	3	40	24	24	15	25	25	22	14
Mittelwert	69,06	68,07	63,04	63,03	64,07	69,02	59,07	63,05	58,01	53,06

Quelle: Eigene Darstellung

Die Altersstruktur der aufgenommenen Versicherten unterscheidet sich nur geringfügig zwischen den einzelnen Krankenhäusern.

Einholung Einverständniserklärung

Um die Patientenbetreuung durchführen zu können, wurde von den Versicherten aus datenschutzrechtlichen Gründen eine Einverständniserklärung eingeholt. Gleichzeitig erfolgte eine ausführliche Information gegenüber den Versicherten und Angehörigen.

Von den 280 identifizierten Versicherten haben insgesamt 187 Versicherte die Einverständniserklärungen unterzeichnet. Das entspricht einem Anteil von 69 %. Sieben Versicherte verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Bei der Berechnung wurden diese daher nicht berücksichtigt.

Tabelle 8: Vorliegen der Einverständniserklärungen

	Anteil EV in %	EV	Versicherte	Unter Betreuung
Herzinfarkt	72,72%	80	110	1 (0,89%)
Schlaganfall	66,46%	107	161	20 (11,9%)
gesamt	69,00%	187	271	21(7,5%)

Quelle: Eigene Darstellung

Der Anteil von Einverständniserklärungen liegt bei Versicherten mit der Diagnose Herzinfarkt deutlich über denen der Versicherten mit einem Schlaganfall. Ein Grund hierfür könnte sein,

Patientenbetreuung

dass die Folgen eines Schlaganfalls meist schwerer wiegen und den Versicherten mehr beeinträchtigen als dies bei Herzinfarktpatienten der Fall ist. Schlaganfallpatienten sind deshalb oft nicht in der Lage, frühzeitig die Einverständniserklärung zu unterschreiben. Die Angehörigen sind meist mit der Situation überfordert, müssen viel organisieren und lernen die Erkrankung der Betroffenen und deren Folgen zu akzeptieren. Wenn die Patienten dann in der Rehabilitation sind, d.h. auf dem Wege der Besserung und eine Unterschrift möglich ist, erhalten wir die Einverständniserklärung im Nachhinein. Ist der Zustand der Patienten dauerhaft schlecht, müssen die Angehörigen eine Betreuung beantragen. Erst dann dürfen sie im Namen der Betroffenen entscheiden und unterschreiben. Auch dieses Verfahren verzögert die Unterzeichnung der Einverständniserklärung.

Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer bei Versicherten mit Herzinfarkt beträgt ca. fünf Tage. Die Einholung der Einverständniserklärung gestaltet sich aufgrund des kurzen Krankenhausaufenthaltes und die verzögerte Übermittlung der Aufnahmezeiten gemäß § 301 SGB V schwierig.

Kassenzugehörigkeit

Die durchschnittliche Versicherungszeit beträgt für die eingeschlossenen Versicherten 15 Jahre. Zwischen den beiden Diagnosen besteht eine durchschnittliche Differenz von circa sieben Monaten.

Tabelle 9: Kassenzugehörigkeit³ eingeschlossener Versicherter in Jahren und Monaten

	durchschnittl. Kassenzugehörigkeit vor dem Ereignis (JJ.MM)	Median Kassenzugehörigkeit vor dem Ereignis (JJ.MM)
Herzinfarkt	15,06	17,07
Schlaganfall	14,09	17,06
gesamt	15,00**	17,06

Quelle: Eigene Darstellung

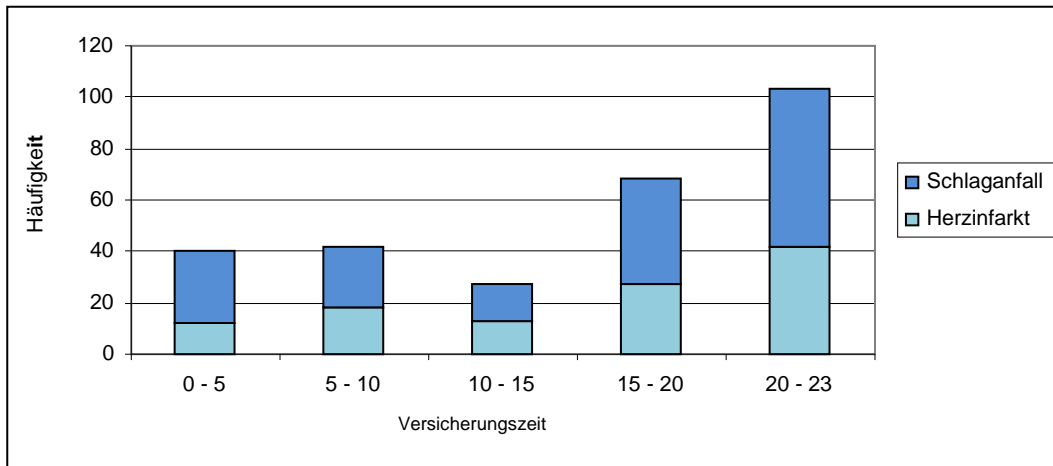
Von den Versicherten mit einem Schlaganfall waren sieben Versicherte unter zwei Jahren bei der IKK gesund plus versichert. Die kürzeste Versicherungszeit in der Herzinfarktgruppe betrug etwas über drei Jahre.

Abbildung 6: Kassenzugehörigkeit Interventionsgruppe

³

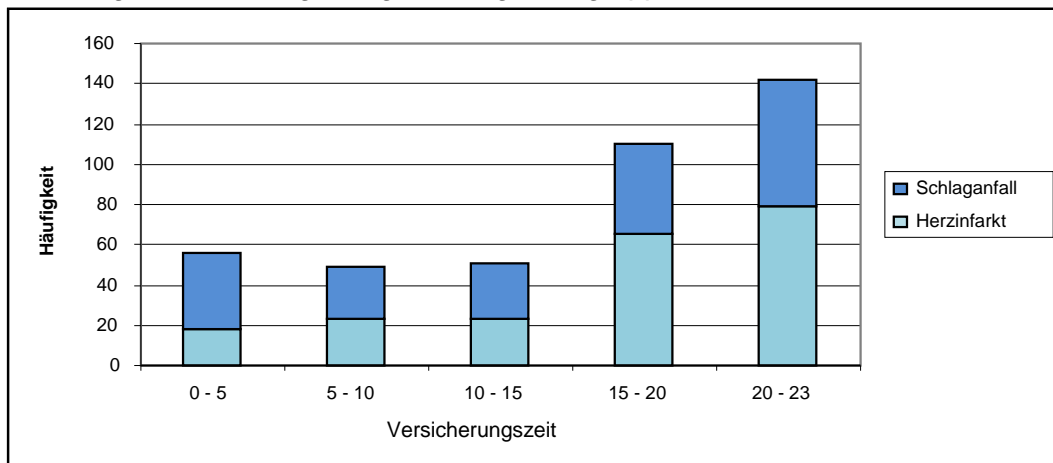
Die durchschnittliche Kassenzugehörigkeit wurde aufgrund der besseren Darstellbarkeit aufgerundet.

Patientenbetreuung



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 7: Kassenzugehörigkeit Vergleichsgruppe



Quelle: Eigene Darstellung

In beiden Untersuchungsgruppen bilden die Kohorten mit einer Versicherungszeit von über 15 Jahren den größten Anteil. Sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Vergleichsgruppe machten diese Versicherten einen Anteil von 61 % aus.

4.1 Risikofaktoren

Mit der Aufnahme eines Falles in die Patientenbetreuung werden alle vorliegenden ambulanten und stationären Diagnosen zusammengetragen. Dies ermöglicht es den Fallmanagern ein genaueres Bild von der Krankengeschichte und der Situation des Versicherten zu bekommen. Ein wesentlicher Inhalt der Patientenbetreuung ist die ganzheitliche Betrachtung der Fälle. So können wir Rückschlüsse auf schon vorhandene Erkrankungen, Heil- und Hilfsmittel oder Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte ziehen. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit internen und externen Partnern sind diese Informationen wichtig für die Planung weiterer Schritte. Außerdem bildet dieses Wissen eine gute Verständigungsgrundlage für die Absprachen mit den Versicherten und Angehörigen.

Im Folgenden werden die Diagnosen der Patientenbetreuungsfälle sowie der Vergleichsgruppe aus dem Jahr 2013 vor dem Ereignis untersucht. Berücksichtigt werden hierbei sowohl Krankenhausdaten als auch Daten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung. Diese retrospektive Betrachtung bezieht sich zum einen auf den gesamten erfassbaren Zeitraum der eingeschlossenen Versicherten und zum anderen wird das gesamte Kalenderjahr 2012 betrachtet.

Die Risikofaktoren für den Herzinfarkt wurden der „Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 33“ vom Robert Koch Institut entnommen und ebenfalls um die ICD´s „Arteriosklerose“ und die „Dokumentation eines vorangegangenen Herzinfarkts“ ergänzt. Alle Risikofaktoren finden sich spezifisch im ICD – Katalog wieder. ICD´s, die nicht eindeutig einem Risikofaktor zugeordnet werden konnten, wurden nicht berücksichtigt.

Eine Liste für die Risikofaktoren eines Schlaganfalls ist einem veröffentlichten Dokument der KV – Berlin sowie aus verschiedenen Leitlinien entnommen worden.

Im Vergleich zum Herzinfarkt ist die Abgrenzung der Risikofaktoren bei den Schlaganfällen schwieriger. Auszüge aus den genannten Leitlinien befinden sich in **Anlage 1**.

Die **Tabelle 10** gibt eine Übersicht zu den ausgewählten Risikofaktoren und den entsprechenden ICD's.

Tabelle 10: Risikofaktoren mit entsprechende ICD Schlaganfall und Herzinfarkt

Risikofaktor	ICD - Code
Hypertonie	I10 – I15
Hypercholesterinämie	E78.0
Diabetes	E10 – E14
Nikotinabusus	F17
Arteriosklerose	I70.-
Abhängigkeitssyndrom Alkohol	F10
Adipositas	E65 – E66.-
Herzinfarkt und ischämische Herzkrankheit	I21 - I25
Vorhofflimmern	I48.-
Schlaganfall	I60 - I64

Quelle: Eigene Darstellung

Die ersten sechs Risikofaktoren gelten sowohl für die koronare Herzkrankheit (KHK) als auch für den Schlaganfall. Adipositas und Herzinfarkt sowie ischämische Herzkrankheit zählen als Risikofaktoren für KHK. Die letzten zwei Risikofaktoren gelten nur für den Schlaganfall.

4.2 Risikofaktoren in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die folgenden **Tabellen 11** und **12** geben eine Übersicht über die Verteilung der Risikofaktoren in absoluten Zahlen und relativen Anteilen in der ambulanten Versorgung des Herzinfarktes für die Versicherungszeit vom ersten Quartal 2008 bis zum Ereignis.

Tabelle 11: Verteilung Risikofaktoren Herzinfarkt ambulant

	Hypertonie	Hyper- Cholesterin- ämie	ischämische Herz- krankheit	Diabetes	Adipo- sitas	Arterio- sklerose	Nikotin- abusus	Alkohol- Abhängigkeits- syndrom
Interventionsgruppe (112)								
gesamt	71	46	36	35	25	19	7	2
relativ	63,39%	41,07%	32,14%	31,25%	22,32%	16,96%	6,25%	1,79%
Vergleichsgruppe (208)								
gesamt	140	85	67	77	45	28	32	12
relativ	67,31%	40,87%	32,21%	37,02%	21,63%	13,46%	15,38%	5,77%

Quelle: Eigene Darstellung

Aus der **Tabelle 11** geht hervor, dass die Risikofaktoren in absoluten Zahlen häufiger in der Vergleichsgruppe kodiert wurden. Das war zu erwarten, da hier deutlich mehr Versicherte eingeschlossen werden konnten.

Zwischen den beiden Untersuchungsgruppen bestehen Diskrepanzen hinsichtlich der relativen Verteilung. In dem gesamten Auswertungszeitraum wurden in beiden Gruppen am häufigsten eine Hypertonie und die Hypercholesterinämie diagnostiziert. Den dritten Rang hat in der Interventionsgruppe die ischämische Herzkrankheit (Herzinfarkt oder Angina pectoris). Mit einem erfassten Versicherten weniger in dieser Kohorte folgen hier die Diabetes- Diagnosen. Die Ränge drei und vier in der Vergleichsgruppe wechseln die Plätze (grau markiert). Die relative Häufigkeit ist mit einer Differenz von fast fünf Prozentpunkten hier deutlich größer. Vergleicht man die Diabetes-Diagnosen zwischen den Gruppen, wird ein höherer Anteil von circa 6 % in der Vergleichsgruppe deutlich. Weitere Abweichungen liegen bei den Risikofaktoren Nikotinabusus und Abhängigkeitssyndrom Alkohol vor.

Die Häufigkeit zwischen den Faktoren lassen sich teilweise durch ihren Schwerpunkt in der Behandlung erklären. Die Teilnahme am DMP und die Verordnungen von Medikamenten führen zwangsläufig zu einer validen Fallzahl für Diabetes und auch der ischämischen Herzkrankheit. Daneben ist die Erhebung des Blutdrucks eine Standardprozedur bei einem Arztbesuch, womit eine vorhandene Hypertonie auch häufig erkannt wird. Potentiell schwieriger sind dabei Risikofaktoren wie Alkoholabhängigkeit, Nikotinsucht und auch die Arteriosklerose zu erkennen. Zieht man die Untersuchungsergebnisse aus den Grunddaten hinzu, ergeben sich für die Verteilung des Geschlechts nur minimale Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe. Ebenso ist die Altersverteilung in beiden Gruppen annähernd identisch.

Tabelle 12: Verteilung Risikofaktoren Schlaganfall ambulant

	Hypertonie	Hyperchol- esterinämie	Diabetes	Schla- g- anfall	Vorhof- flimmern	Arterio- skleros e	Alkohol- abhängigkeits- syndrom	Nikotin- abusus
Interventionsgruppe (168)								
gesamt	113	54	40	23	17	10	9	8
relativ	67,26%	32,14%	23,81%	13,69 %	10,12%	5,95%	5,36%	4,76%
Vergleichsgruppe (200)								
gesamt	143	68	71	21	24	23	12	4

Patientenbetreuung

relativ	71,50%	34,00%	35,50%	10,50 %	12,00%	11,50%	6,00%	2,00%
---------	--------	--------	--------	------------	--------	--------	-------	-------

Quelle: Eigene Darstellung

Analog zu der **Tabelle 11** wurden in der **Tabelle 12** die Risikofaktoren für den Schlaganfall untersucht. Hier wurde ebenso die Hypertonie in beiden Untersuchungsgruppen am häufigsten diagnostiziert. Ebenso sind der Diabetes mellitus und die Hypercholesterinämie häufig kodiert wurden. Die Differenz zwischen den Diabeteskodierungen liegt bei über elf Prozentpunkten.

4.3 Risikofaktoren in der stationären Versorgung

Gegenstand der Auswertung sind Fälle, die stationär behandelt wurden. Die Abfrage der stationären Abrechnungsdaten wurde auf die Jahre 2011 bis 2013 beschränkt. Fand unmittelbar vor dem Ereignis ein stationärer Aufenthalt statt, ist die Differenzierung zwischen Risikofaktoren und Akutereignis problematisch.

In den **Tabellen 13 und 14** werden die Anzahl der Versicherten insgesamt und die Anzahl der Versicherten in der stationären Versorgung vor der Aufnahme in die Patientenbetreuung und der Vergleichsgruppe dargestellt.

Tabelle 13: Anteile Krankenhausbehandlungen 2011 bis Aufnahme Interventionsgruppe

	Versichertenzahl der Interventionsgruppe gesamt			Versichertenzahl Krankenhausaufenthalte 2011 - 2013		
	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt
Herzinfarkt	20	92	112	11	57	68
Schlaganfall	58	110	168	25	45	70
gesamt	78	202	280	36	102	138

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 14: Anteile Krankenhausbehandlungen 2011 bis Aufnahme Vergleichsgruppe

	Versichertenzahl der Vergleichsgruppe gesamt			Versichertenzahl Krankenhausaufenthalte 2011 - 2013		
	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt
Herzinfarkt	39	169	208	17	83	100
Schlaganfall	81	119	200	51	52	103
gesamt	120	288	408	68	135	203

Quelle: Eigene Darstellung

Die nachfolgenden Tabellen und Darstellungen wurden analog zur ambulanten Versorgung erstellt. Die Angaben der Gesamtfallzahl sowie die Anteile beziehen sich auf die Versicherten, die tatsächlich während des Beobachtungszeitraums in mindestens einem Krankenhaus versorgt wurden.

Tabelle 15: Risikofaktoren Schlaganfall

Patientenbetreuung

	Hypertonie	Diabetes	Hypercholesterinämie	Vorhofflimmern	Schlaganfall	Arteriosklerose	Alkoholabhängigkeitssyndrom	Nikotinabusus
Interventionsgruppe 70 (168)								
gesamt	48	19	17	15	12	8	3	5
relativ	68,57%	27,14 %	24,29%	21,43%	17,14%	11,43%	4,29%	7,14%
Vergleichsgruppe 103 (200)								
gesamt	58	25	19	14	15	8	4	3
relativ	56,31%	24,27 %	18,45%	13,59%	14,56%	7,77%	3,88%	2,91%

Quelle: Eigene Darstellung

Hier ist zu beachten, dass bei einem Versicherten mehrere Risikofaktoren auftreten können. Die Hypertonie ist der häufigste dokumentierte Risikofaktor. Der Anteil der Versicherten der Vergleichsgruppe liegt bei diesem Risikofaktor um 12,26 Prozentpunkten unter dem der Interventionsgruppe. Die weitere Verteilung ist annähernd identisch. Die grau markierten Zahlen in der Vergleichsgruppe zeigen den Wechsel zwischen Fettstoffwechselstörungen und Diabetes in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 16: Risikofaktoren Herzinfarkt

	Hypertonie	Hypercholesterinämie	Herzinfarkt und ischämische Herzkrankheit	Diabetes	Arteriosklerose	Adipositas	Nikotinabusus	Alkoholabhängigkeitssyndrom
Interventionsgruppe 68 (112)								
gesamt	32	14	13	10	7	5	2	1
relativ	47,06%	20,59%	19,12%	14,71%	10,29%	7,35%	2,94%	1,47%
Vergleichsgruppe 100 (208)								
gesamt	57	27	32	33	17	7	7	7
relativ	57,00%	27,00%	32,00%	33,00%	17,00%	7,00%	7,00%	7,00%

Quelle: Eigene Darstellung

Im Gegensatz zum Vergleich der Schlaganfallgruppen fallen hier die Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe deutlicher aus.

Die Hypertonie nimmt in der Verteilung beider Herzinfarktgruppen den ersten Rang ein. In der Vergleichsgruppe folgt die ischämische Herzkrankheit und in der Interventionsgruppe die Fettstoffwechselstörungen.

5 Krankenhaus

Versichertenhistorie Krankenhaus

Patientenbetreuung

Um den Zustand des Versicherten 2013 beurteilen zu können, ist es notwendig vorangegangene stationäre Aufenthalte zu kennen. So lassen sich beispielsweise im Vorfeld schon schwere Fallverläufe prognostizieren, wenn eine bestimmte Co – Morbidität oder ein Rezidiv vorliegt. In der folgenden **Tabelle 17** wird unterschieden nach dem Krankheitsbild, der Krankenhaushistorie der eingeschlossenen Versicherten und der Vergleichsgruppe. Alle vorangegangenen abgerechneten Fälle der Jahre 2011 und 2012 wurden berücksichtigt.

In **Tabelle 17** erfolgt eine allgemeine Darstellung vorangegangener Krankenhausfälle.

Tabelle 17: Übersicht Versichertenhistorie 2011 und 2012

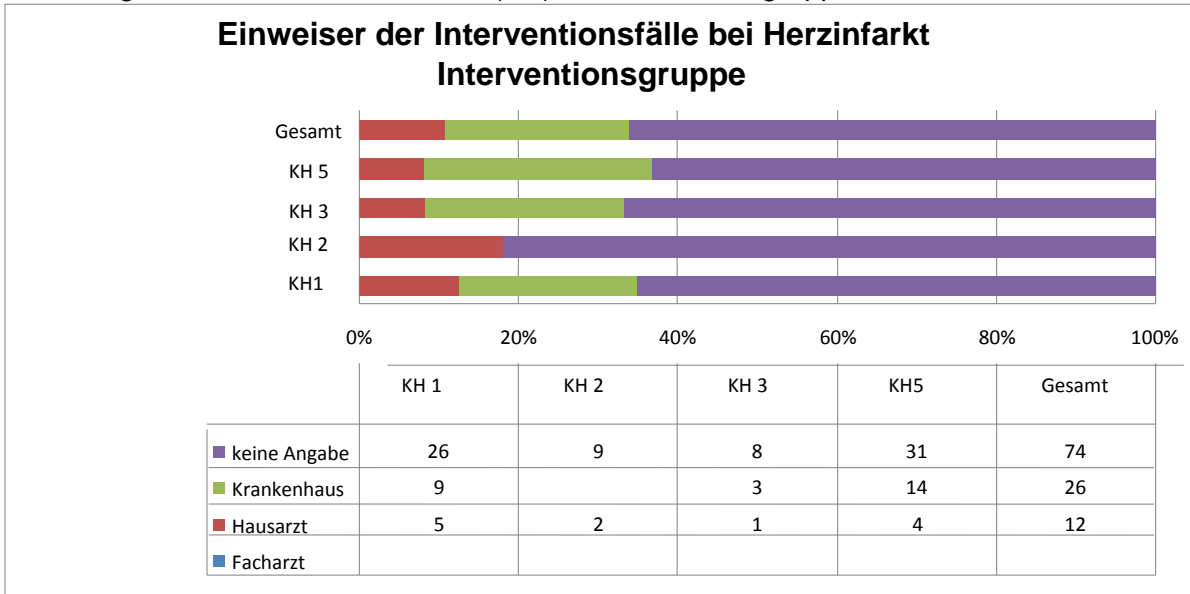
	Herzinfarkt		Schlaganfall	
	Interventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Interventions- gruppe	Kontroll- gruppe
Versicherte in der Gruppe	112	208	168	200
Versicherte mit KH-Fall <i>zw. Jan 2011 und Dez 2012</i>	44	92	61	83
Anteil Versicherte mit KH-Fall <i>zw. Jan 2011 und Dez 2012</i>	39,3%	44,2%	36,3%	41,5%
Fälle	108	222	135	250
Ø VWD in Tagen	6,04	7,15	8,10	7,62
Ø Fallkosten	3.715,75 €	3.285,56 €	3.868,94 €	4.663,83 €
Ø Kosten je Versicherten in Gruppe	3.583,04 €	3.506,71 €	3.108,97 €	5.829,78 €
Ø Kosten je Versicherten mit einem KH-Fall <i>zw. Jan 2011 und Dez 2012</i>	9.120,47 €	7.928,21 €	8.562,41 €	14.047,67 €

Quelle: Eigene Darstellung

Einweiser und Notfälle

Als erstes Merkmal zur Beschreibung der Interventionsfälle dient der Einweiser. Dadurch wird ersichtlich, ob die Versicherten durch andere Krankenhäuser verlegt, durch ambulante Ärzte eingewiesen oder direkt per Notfall aufgenommen wurden.

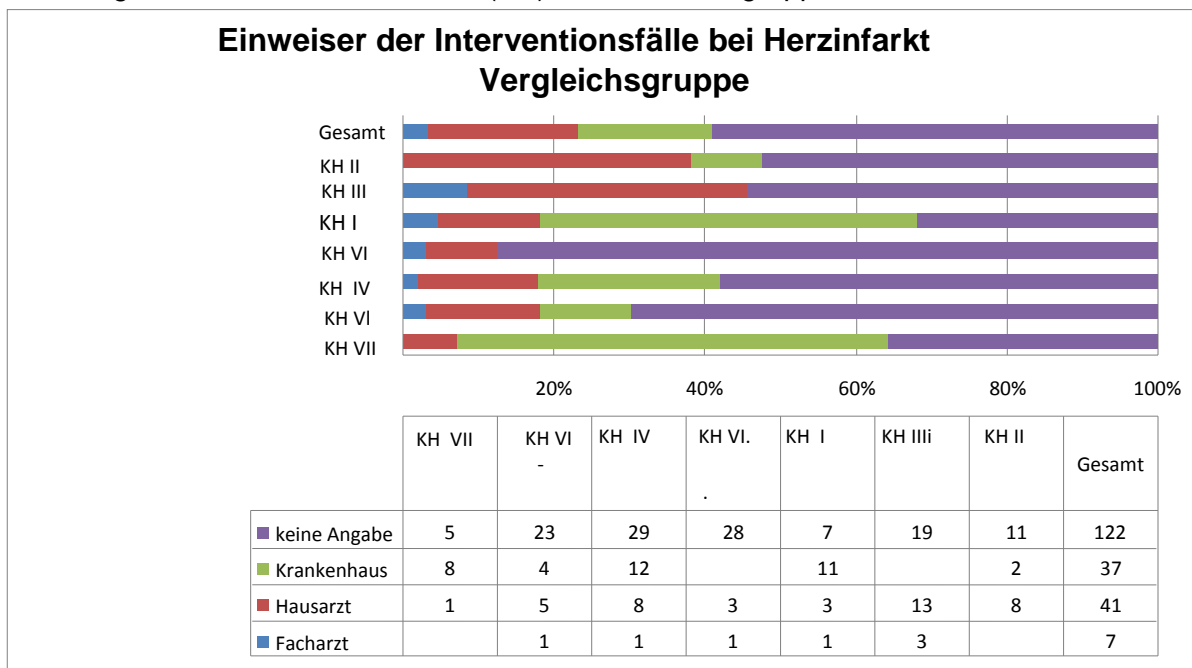
Abbildung 8: Einweiser Krankenhaus (KH) – Interventionsgruppe - Herzinfarkt



Quelle: Eigene Darstellung

Bei allen Häusern werden mehr als 60 % der Fälle ohne die Angabe eines einweisenden Arztes oder Krankenhauses eingewiesen. Diese Fälle ohne Angaben sind zum größten Teil Notfälle oder Normalfälle mit einer Einweisung aus den Notfallambulanzen. Neben den Krankenhäusern gibt es noch einen geringen Anteil an Einweisungen durch Hausärzte. Einweisungen durch Fachärzte liegen nicht vor.

Abbildung 9: Einweiser Krankenhaus (KH) - Interventionsgruppe - Herzinfarkt



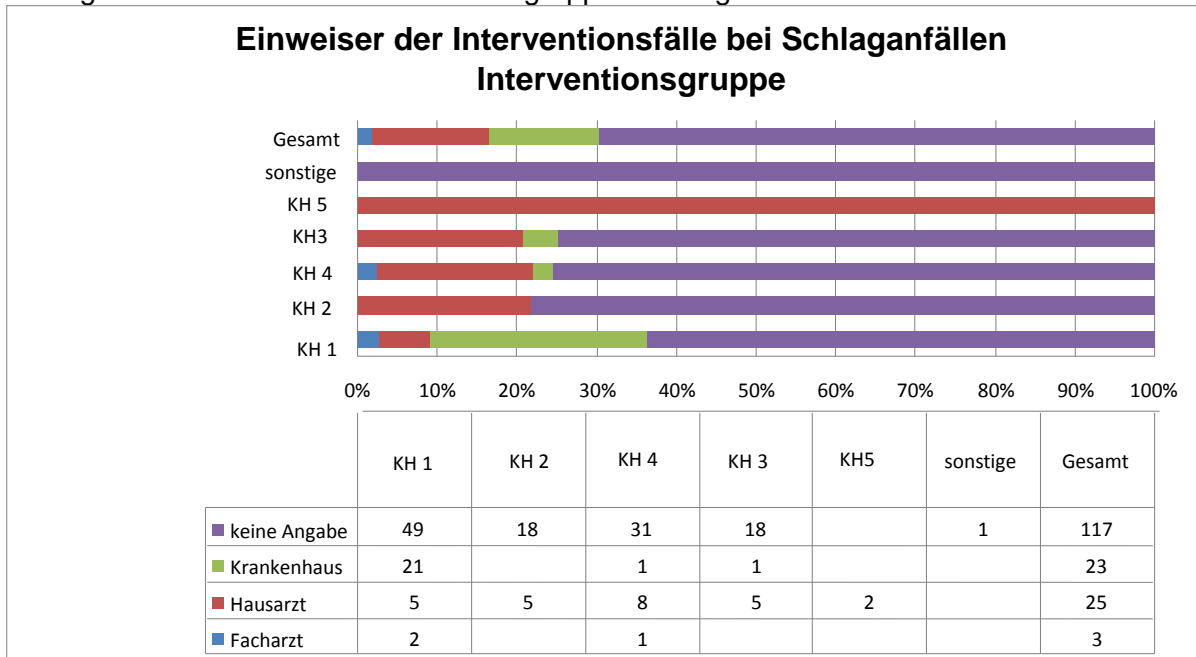
Quelle: Eigene Darstellung

Patientenbetreuung

Bei der Vergleichsgruppe ist ein größerer Anteil von Hausarzteinweisungen auszumachen. Außerdem gibt es vereinzelt Einweisungen durch Fachärzte. Insgesamt ist der Anteil der Einweisungen ohne Angabe mit knapp unter 60 % etwas geringer als in der Interventionsgruppe.

Das Krankenhaus 1 und das Krankenhaus 4 fallen durch einen hohen Anteil an Einweisungen durch andere Krankenhäuser auf.

Abbildung 10: Einweiser KH - Interventionsgruppe - Schlaganfall

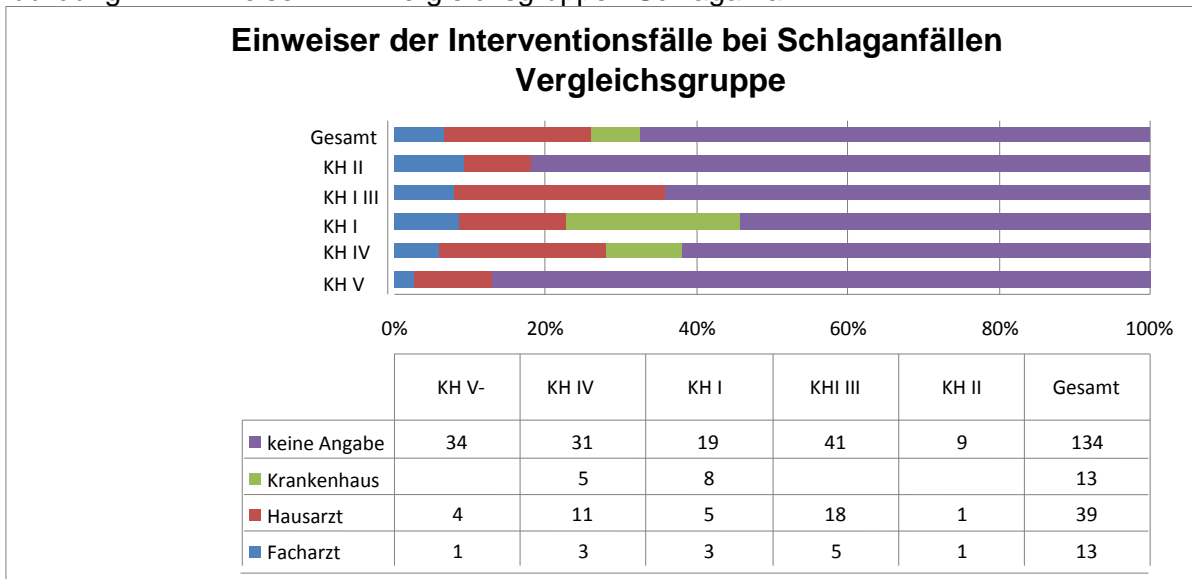


Quelle: Eigene Darstellung

Diese Fälle zeigen, dass die Aufnahme im ersten Krankenhaus oft auch wegen einer anderen Diagnose erfolgte. Nach Durchführung der Diagnostik wurde taggleich in ein spezialisiertes Krankenhaus verlegt. Eine doppelte Untersuchung fand nicht statt. Nach der Therapie der Akutphase erfolgte entweder die Rückverlegung oder eine zeitnahe weiterführende Therapie in einer Rehabilitationsklinik.

Die Einweisungen bei den Schlaganfallfällen verhalten sich ähnlich wie die bei den Herzinfarktfällen. Auffällig ist hierbei der hohe Anteil der Fälle in dem Krankenhaus 1 mit einer Einweisung aus anderen Häusern. Dies spricht dafür, dass das Krankenhaus 1 die schweren Fälle aus den umliegenden Häusern übernimmt.

Abbildung 11: Einweiser KH - Vergleichsgruppe - Schlaganfall



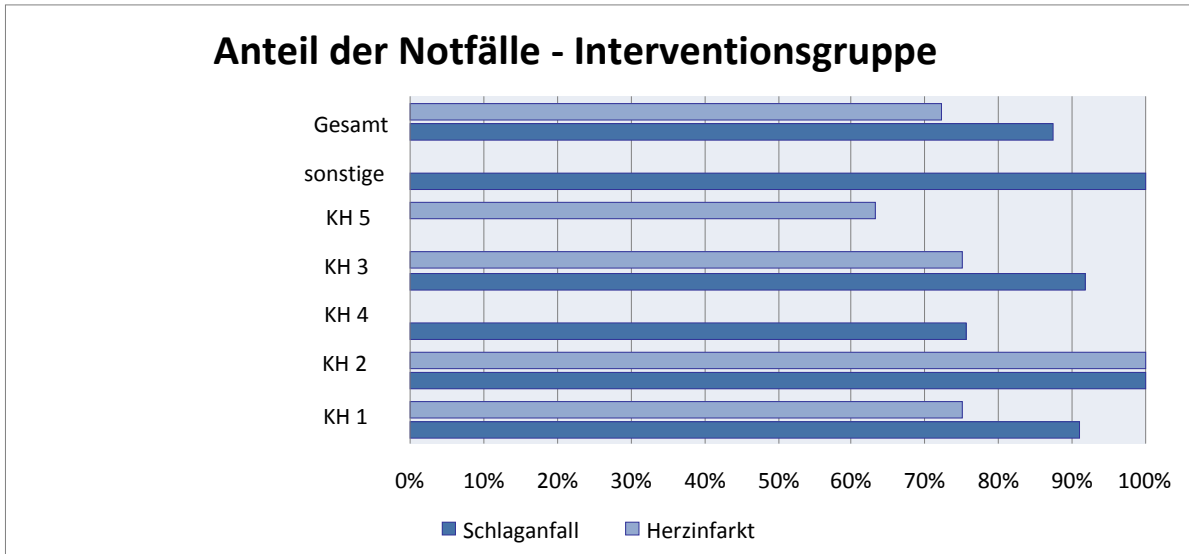
Quelle: Eigene Darstellung

Auch die Einweisungen bei der Vergleichsgruppe der Schlaganfallfälle verteilen sich im Großen und Ganzen wie bei der Interventionsgruppe. Der Anteil der Einweisungen ohne Angabe ist etwas geringer, dafür gibt es vermehrt Einweisungen durch Fachärzte.

Insgesamt ergeben sich bei der Betrachtung der Einweisungen zwischen den beiden Vergleichsgruppe geringfügige Unterschiede. Insbesondere die höheren Anteile an Einweisungen durch Haus- und Fachärzte bei der Vergleichsgruppe fallen auf.

Neben den Einweisungen ist auch die Höhe der Notfälle an den Gesamtfällen ein interessantes Kriterium. Dieses Kriterium wird in der folgenden Abbildung betrachtet.

Abbildung 12: Notfälle KH – Interventionsgruppe

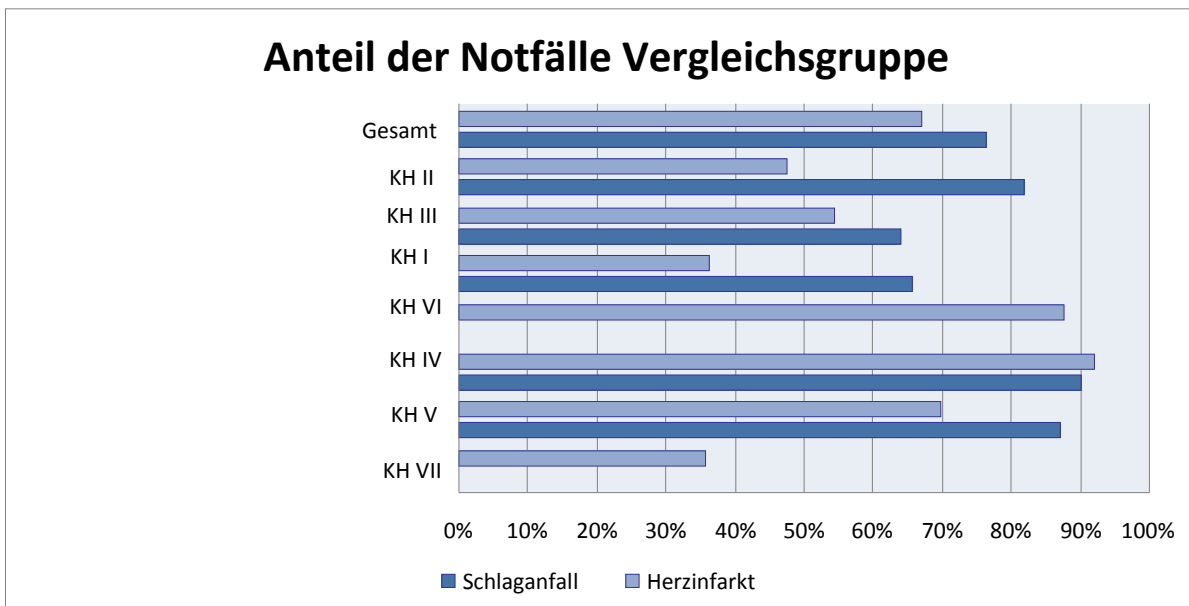


Quelle: Eigene Darstellung

Bei dieser und der folgenden Abbildung ist zu beachten, dass bei Anteilen von 0 % keine Fälle aus diesem Diagnosebereich vorliegen und nur aus diesem Grund keine Notfallquote angegeben wird.

Die Versicherten mit einer Schlaganfalldiagnose wurden mit insgesamt 87,5 % häufiger als Notfall eingewiesen als die Versicherten mit einer Herzinfarktdiagnose mit 72,3 %.

Abbildung 13: Notfälle KH - Vergleichsgruppe



Quelle: Eigene Darstellung

Auch bei der Vergleichsgruppe bestätigt sich die höhere Quote der Notfalleinweisungen bei Versicherten mit einer Schlaganfalldiagnose.

Verweildauer und Mortalität

Sowohl bei den Herzinfarkten als auch bei den Schlaganfällen kann der Behandlungsbedarf und -aufwand in Abhängigkeit von beispielsweise dem Alter oder der Komorbidität stark variieren. Diese Unterschiede werden in der Abrechnung von verschiedenen DRG´s abgebildet. Um Aussagen über die Verweildauer treffen zu können, werden daher nicht die absoluten Zahlen verglichen, sondern auf die jeweilige DRG bezogene „relative“ Größe Bezug genommen. In den folgenden **Tabellen 18** und **19** werden deshalb neben der Fallzahl nur die Anzahl der Kurzlieger- und Langliegerfälle dargestellt. Kurzlieger sind alle Fälle mit einer Verweildauer, die unter der unteren Grenzverweildauer der DRG liegt. Bei den Langliegern liegt entsprechend die Verweildauer über der oberen Grenzverweildauer. Die Grenzen der unteren und oberen Grenzverweildauer werden vom InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) im Fallpauschalenkatalog benannt und stellen die Grenzen dar unter bzw. über denen die Vergütung angepasst wird.

Tabelle 18: Verweildauer Herzinfarkt

Herzinfarkt										
Krankenhaus	Interventionsgruppe					Vergleichsgruppe				
	Fälle	Kurzlieger		Langlieger		Fälle	Kurzlieger		Langlieger	
		N	%	N	%		N	%	N	%
Krankenhaus 1	40	5	12,5%	1	2,5%					
Krankenhaus 5	49		0,0%	3	6,1%					
Krankenhaus 3	12		0,0%	2	16,7%					
Krankenhaus 2	11		0,0%		0,0%					
Krankenhaus VII						14	1	7,1%		0,0%
Krankenhaus V						33	2	6,1%	1	3,0%
Krankenhaus IV						50	1	2,0%	5	10,0%
Krankenhaus VI						32	2	6,3%	3	9,4%
Krankenhaus I						22	1	4,5%	1	4,5%
Krankenhaus III						35		0,0%		0,0%
Krankenhaus II						21	2	9,5%		0,0%
Gesamt	112	5	4,5%	6	5,4%	207	9	4,3%	10	4,8%

Quelle: Eigene Darstellung

Bei den Versicherten, die mit einer Herzinfarktdiagnose aufgegriffen wurden, liegen die Anteile der Kurzlieger ungefähr auf dem Niveau der Vergleichsgruppe.

Die Langlieger stellen mit 5,4 % einen sehr geringen Anteil dar, der jedoch um 0,4 Prozentpunkte über dem Anteil der Vergleichsgruppe liegt. Insgesamt sind diese Anteile jedoch in beiden Gruppen unauffällig.

Patientenbetreuung

Tabelle 19: Verweildauer Schlaganfall

Schlaganfall										
Krankenhaus	Interventionsgruppe					Vergleichsgruppe				
	Fälle	Kurzlieger		Langlieger		Fälle	Kurzlieger		Langlieger	
		N	%	N	%		N	%	N	%
Krankenhaus 1	77	4	5,2%	7	9,1%					
Krankenhaus 5	2		0,0%		0,0%					
Krankenhaus 4	41		0,0%	4	9,8%					
Krankenhaus 3	24		0,0%	6	25,0%					
Krankenhaus 2	23		0,0%		0,0%					
Krankenhaus V						39	1	2,6%	6	15,4%
Krankenhaus IV						50	1	2,0%	2	4,0%
Krankenhaus I						35	3	8,6%	5	14,3%
Krankenhaus III						64	1	1,6%	13	20,3%
Krankenhaus II						11		0,0%		0,0%
Gesamtergebnis	168	4	2,4%	17	10,1%	199	6	3,0%	26	13,1%

Quelle : Eigene Darstellung

Gegenüber den Herzinfarktfällen gibt es bei den Schlaganfällen einen größeren Anteil an Langliegern und einen kleineren Anteil an Kurzliegern. Der Vergleich zwischen der Interventions- und Vergleichsgruppe zeigt des Weiteren, dass der Anteil der Langlieger mit 13,1 % bei der Vergleichsgruppe um genau 3 Prozentpunkte über dem Anteil der Interventionsgruppe liegt.

Auffällig ist allerdings das grau markierte Klinikum mit einer Langliegerquote von 25 %.

Neben den Lang- und Kurzliegern kann als weitere Analyse die Abweichung der Verweildauer von der DRG bezogenen mittleren Verweildauer (mVD) ausgewertet werden. Diese mittlere Verweildauer wird ebenfalls vom InEK im Fallpauschalenkatalog aufgeführt. Die **Tabellen 20 und 21** stellen die durchschnittliche Abweichung je Fall von der mittleren Verweildauer dar. Gegenüber den **Tabellen 18 und 19** (Lang- und Kurzlieger) werden dabei nicht nur die extremen Ausreißer betrachtet, sondern die mittlere Abweichung über alle Fälle.

Patientenbetreuung

Tabelle 20: Abweichung von der mittleren Verweildauer Herzinfarkt

Herzinfarkt						
Krankenhaus	Interventionsgruppe			Vergleichsgruppe		
	Fälle	Abweichung von mVD in Tagen	Abweichung in Tagen je Fall	Fälle	Abweichung von mVD in Tagen	Abweichung in Tagen je Fall
Krankenhaus I	39	-19,8	-0,51			
Krankenhaus 5	49	41,5	0,85			
Krankenhaus 3	12	31,5	2,63			
Krankenhaus 2	11	-34,4	-3,13			
Krankenhaus VII				14	-24,8	-1,77
Krankenhaus V				32	5,5	0,17
Krankenhaus IV				49	107,6	2,20
Krankenhaus VI				31	33,4	1,08
Krankenhaus I				22	-4,1	-0,19
Krankenhaus III				35	-26,4	-0,75
Krankenhaus II				19	-59,2	-3,12
Gesamtergebnis	111	18,8	0,17	202	32	0,16

Quelle: Eigene Darstellung

Hinsichtlich der durchschnittlichen Abweichung der Verweildauer von der mittleren Verweildauer gibt es bei den Herzinfarktfällen keine relevanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe.

Patientenbetreuung

Tabelle 21: Abweichung von der mittleren Verweildauer Schlaganfall

Schlaganfall						
Krankenhaus	Interventionsgruppe			Vergleichsgruppe		
	Fälle	Abweichung von mVD in Tagen	Abweichung in Tagen je Fall	Fälle	Abweichung von mVD in Tagen	Abweichung in Tagen je Fall
Krankenhaus 1	77	54,2	0,70			
Krankenhaus 5	2	6,8	3,40			
Krankenhaus 4	39	458,4	11,75			
Krankenhaus 3	23	122,8	5,34			
Krankenhaus 2	23	-20,6	-0,90			
Krankenhaus V				39	179,3	4,60
Krankenhaus IV				49	100,9	2,06
Krankenhaus I				34	68,4	2,01
Krankenhaus III				62	281,6	4,54
Krankenhaus II				11	-17	-1,55
Gesamtergebnis	165	621,6	3,77	195	613,2	3,14
Gesamtergebnis - ohne Krankenhaus 4	126	163,2	1,30	195	613,2	3,14

Quelle: Eigene Darstellung

Bei den Versicherten mit einer Schlaganfallbehandlung liegen die Abweichungen gegenüber den Versicherten mit einer Behandlung aufgrund von Herzinfarkt deutlich über der mittleren Verweildauer der DRG. Obwohl dieser Unterschied für beide Gruppen gilt, ist der Wert für die Interventionsgruppe mit 3,77 Tagen höher als der Wert der Vergleichsgruppe mit 3,14 Tagen.

Bei dieser Betrachtung muss berücksichtigt werden, dass das Klinikum 4 auch die Versorgung der Frührehabilitationspatienten der Phase B vornimmt. Dadurch kann es Fälle geben, in denen die Verweildauer deutlich von der mittleren Verweildauer der DRG abweicht, da die Zeit der Rehabilitation mit erfasst wird. Aus diesem Grund wird in der **Tabelle 21** noch mal das Ergebnis ohne das Klinikum 4 dargestellt.

Patientenbetreuung

Die Mortalität weicht zwischen den beiden Gruppen deutlich voneinander ab. Für die Versicherten mit einem Herzinfarkt liegt die Mortalität für beide Gruppen zusammen bei 3,4 %. Dabei liegt die Quote jedoch bei der Vergleichsgruppe mit 4,3 % deutlich über der Quote der Interventionsgruppe mit 1,8 %. Dieser Unterschied lässt sich auch bei den Versicherten mit einem Schlaganfall feststellen. Hier liegen die Mortalitätsraten bei 5 % für die Vergleichsgruppe und bei nur 3 % für die Interventionsgruppe.

Tabelle 22: Mortalität im Krankenhaus

	Versicherte/ Fälle	davon im KH verstorben	Mortalitäts- rate
Herzinfarkt	319	11	3,4%
Interventionsgruppe	112	2	1,8%
Vergleichsgruppe	207	9	4,3%
Schlaganfall	367	15	4,1%
Interventionsgruppe	168	5	3,0%
Vergleichsgruppe	199	10	5,0%
Gesamtergebnis	686	26	3,8%

Quelle: Eigene Darstellung

6 Rehabilitation

Aufgrund des Stufenkonzeptes der Rehabilitation haben die Versicherten einen Anspruch auf den frühestmöglichen Übergang von der Akutbehandlung in die Rehabilitation. Insgesamt wurden 59 % der Versicherten der Interventionsgruppe nach dem Krankenhausaufenthalt in eine Rehabilitationsklinik verlegt.

Die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist es, die funktionellen Krankheitsfolgen zu behandeln und dem Versicherten zu ermöglichen, wieder in sein bisheriges Leben mit möglichst wenig Beeinträchtigungen zurückzukehren und ggf. auch ein berufliches Umfeld zu ermöglichen.

In Abhängigkeit des Gesundheitszustandes erfolgt die Zuordnung in die Behandlungsphase B oder C. Die Rehabilitationsphasen B und C grenzen sich voneinander durch die unterschiedlichen therapeutischen Schwerpunktsetzungen und Aufgaben ab.

6.1 Verteilung der Versicherten

Die Darstellungen der Versicherten der Interventionsgruppe (280 Versicherte) und Vergleichsgruppe (408 Versicherte) unterteilt nach Diagnosen und Geschlecht erfolgte in den **Tabellen 1 und 2**.

Die 280 Versicherten der Interventionsgruppe nahmen 175 Rehabilitationen in Anspruch. Es handelt sich dabei um 165 Versicherte. Zehn von ihnen erhielten zweimal eine Rehabilitation. Dies war beispielsweise nach einer Schädeldeckeimplantation oder einem zweiten Schlaganfall der Fall.

Patientenbetreuung

Tabelle 23: Inanspruchnahme (Fallzahl) Reha- Verteilung der Versicherten nach Diagnosen und Geschlecht Interventionsgruppe

	weiblich	männlich	gesamt
Herzinfarkt	15	54	69
Schlaganfall	37	69	106
gesamt	52	123	175

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 24: Inanspruchnahme (Fallzahl) Reha - Verteilung der Versicherten nach Diagnosen und Geschlecht Vergleichsgruppe

	weiblich	männlich	gesamt
Herzinfarkt	13	50	63
Schlaganfall	29	42	71
gesamt	42	92	134

Quelle: Eigene Darstellung

In der **Tabelle 24** sind im Gegensatz zur **Tabelle 23** ausschließlich die Fälle dargestellt, die leistungsrechtlich der IKK gesund plus zuzuordnen sind. Die Fälle bei denen der RV- Träger Kostenträger war, sind nicht Bestandteil der **Tabelle 24**.

6.2 Barthel- Index

Anhand der Barthel-Skala wird der Gesundheitszustand des Versicherten zum Zeitpunkt der möglichen Verlegung vom Krankenhaus beurteilt. Der Barthel-Index entscheidet darüber, in welcher Phase der Versicherte aufgenommen wird. Der behandelnde Arzt der Rehabilitationsklinik bewertet den Zustand des Versicherten bei der Aufnahme.

Teilweise liegen abweichende Informationen über den Barthel, Entlass-Barthel des Krankenhauses und Aufnahme- Barthel der Rehabilitationsklinik vor. Ein Grund dafür könnte sein, dass vom Zeitpunkt der Einschätzung des Gesundheitszustandes durch den Krankenhausarzt bis zur Aufnahme in der Rehabilitationsklinik mehrere Tage bis Wochen vergehen.

Ferner werden die Richtlinien des Barthel unterschiedlich ausgelegt. Die Meinungen gehen beispielsweise bei den Betrachtungen der „Verwirrtheit“/„Orientierungsstörung“, „Verhaltensstörung“ und der „Schluckstörungen“ auseinander.

6.3 Frührehabilitation Phase B/C+

Die **Tabelle 25** stellt die Fälle der Frührehabilitation der Phase B/C+ dar und offenbart erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen. Die Kontrollgruppe enthält 200 Versicherte mit der Diagnose Schlaganfall, davon 17 Versicherten in der Phase B/C+. Das entspricht einem Anteil von 8,5 %. Dagegen wurden in der Interventionsgruppe 28 Versicherte von insgesamt 168 Versicherten mit einem Schlaganfall in der Phase B/C+ versorgt. Mit einem Anteil von 16,7 % wurden in der Interventionsgruppe doppelt soviel schwerkranke Versicherte betreut.

Patientenbetreuung

Tabelle 25:Frührephase B/ C+ Übersicht Fälle und Kosten

	Fallzahl	Fallkosten	VWD
Herzinfarkt			
Interventionsgruppe	2	19.200,29 €	34,50
Schlaganfall			
Interventionsgruppe	28	18.896,29 €	38,50
Kontrollgruppe	17	15.094,94 €	39,53
Gesamtergebnis	47	17.534,27 €	38,70

Quelle: Eigene Darstellung

7 Ambulanter Bereich

Nach der Überleitung des Versicherten aus der stationären Versorgung in den ambulanten Bereich wird die Betreuung der Versicherten fortgesetzt, um den Versorgungsbedarf beispielsweise für Heil- und Hilfsmitteln sowie Medikamenten versichertenindividuell zu begleiten.

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, Therapeuten und internen Servicestellen der IKK gesund plus ist Voraussetzung für das Erreichen dieses Ziels.

Kommunikation mit den Versicherten und/oder Angehörigen

Nach der Krankenhausbehandlung bzw. Rehabilitationsbehandlung erhalten die Versicherten Informationen zu folgenden Punkten:

- Erläuterung Patientenbetreuung (u.a. Benennung fester Ansprechpartner)
- Zusammenarbeit mit den Hausärzten (Medikamentengabe und Heil- und Hilfsmittel)
- Nachsorgeprogramme (Gesundheitskurse)

Die Angehörigen wurden bei der Diagnose Schlaganfall häufiger kontaktiert als bei der Diagnose Herzinfarkt, da hier ein höherer Bedarf an Beratung und Unterstützung besteht. Die Kommunikation erfolgte immer unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustandes des Versicherten.

Insgesamt wurden 163 Versicherte kontaktiert.

Zwei Monate nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik wird ein Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Angebot der Patientenbetreuung versandt, wenn die Einverständniserklärung bereits vorliegt.

Tabelle 26: Anzahl der Briefe an Versicherte

		Versicherter	
Diagnose		Schlaganfall	Herzinfarkt
Brief an Versicherten	nach Krankenhaus	21	20
	nach Rehabilitation	69	53
	gesamt	90	73

Quelle: Eigene Darstellung

Kommunikation mit den Hausärzten

Nach der Krankenhaus-bzw. Rehabilitationsbehandlung kontaktierte die IKK gesund plus den Hausarzt des Versicherten. Der Hausarzt erhält die schriftliche Information, dass sein Patient in stationärer und/ oder rehabilitativer Behandlung war und möglicherweise eine intensivere Betreuung notwendig wird. Eventuell müssen Heil- und Hilfsmittel verordnet und bestellt sowie weitere medizinisch-therapeutische Behandlungen koordiniert werden, um die Genesung seines Patienten zu unterstützen.

Die IKK gesund plus weist daraufhin, dass die Versicherten ausführlich über das Projekt Patientenbetreuung informiert wurden. Außerdem werden die Möglichkeiten in der gesundheitlichen Versorgung aufgezeigt.

Um einen Gesamtüberblick aller verordneten Medikamente zu erhalten, wird für den Hausarzt bei Erforderlichkeit ein Medi-Check als Serviceleistung erstellt.

Die **Tabelle 27** zeigt die Anzahl der Briefe an die Hausärzte für das I-III Quartal 2013.

Tabelle 27: Anzahl der Briefe an Hausärzte

Diagnose		Versicherter	
		Schlaganfall	Herzinfarkt
Brief an Hausarzt	mit Medicheck	25	38
	ohne Medicheck	97	76
	gesamt	122	114

Quelle: Eigene Darstellung

Patientenbetreuung

In der **Tabelle 28** wird die Verteilung der Versicherten auf die Hausärzte dargestellt.

Tabelle 28: Verteilung der Versicherten auf die Hausärzte

Anzahl der Hausärzte in Sachsen-Anhalt		Anzahl der Versicherten in Sachsen-Anhalt	
Altmarkkreis Salzwedel	3	Altmarkkreis Salzwedel	3
Stendal	12	Stendal	12
Börde	6	Börde	7
Jerichower Land	2	Jerichower Land	1
Magdeburg	27	Magdeburg	28
Harz	16	Harz	18
Salzland	14	Salzland	14
Anhalt-Bitterfeld	8	Anhalt-Bitterfeld	12
Dessau	16	Dessau	18
Wittenberg	13	Wittenberg	21
Halle	12	Halle	12
Saalekreis	4	Saalekreis	5
Mansfeld Südharz	4	Mansfeld Südharz	4
Burgenland	19	Burgenland	21
Total	156	Total	176

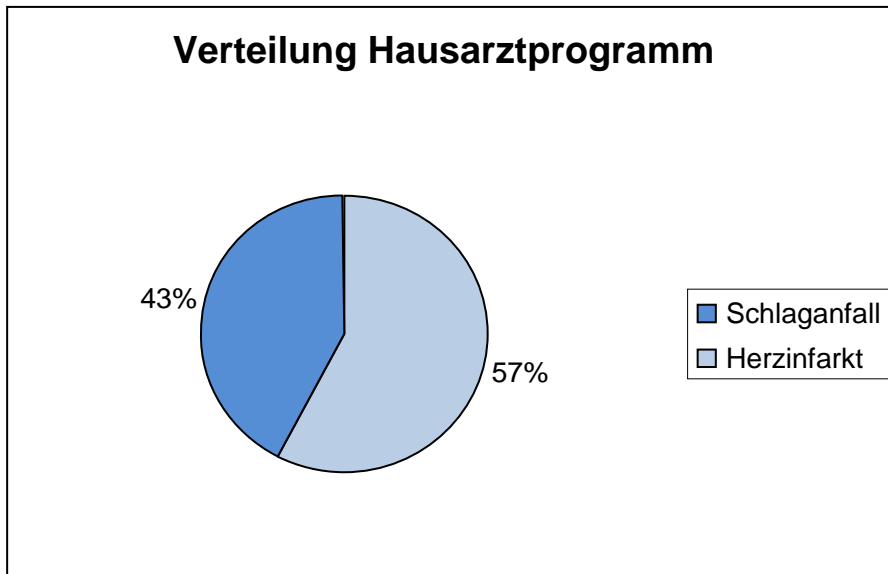
Anzahl der Versicherten nach Regionen		Anzahl der Versicherten nach Regionen	
Ost	42	Ost	50
Süd	40	Süd	42
West	59	West	68
Nord	15	Nord	16
Total	156	Total	176
1 Versicherte je Hausarzt		2 Versicherte je Hausarzt	
Total	137	Total	20

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt wurden 156 Hausärzte für 176 Versicherte, bei denen die Einverständniserklärung vorlag, kontaktiert. In zwanzig Fällen war ein Hausarzt für zwei Versicherte zuständig, bei den anderen 156 Fällen jeweils ein Hausarzt für einen Versicherten.

Die **Tabelle 28** zeigt, dass sich die Versicherten mit einem Akutereignis auf alle Regionen Sachsen-Anhalt mit Ausnahme der Region Nord annähernd gleichmäßig verteilen. Die Region Nord verzeichnet die geringste Anzahl der Versicherten.

Abbildung 14: Verteilung Versicherte Hausarztprogramm



Quelle: Eigene Darstellung

Jeder Versicherte hat die Möglichkeit sich für eine hausarztzentrierte Versorgung zu entscheiden. Von den 280 Versicherten der Interventionsgruppe haben sich insgesamt 160 in das Hausarztprogramm eingeschrieben, davon 92 Schlaganfall -Versicherte und 68 Herzinfarkt-Versicherte. Damit sind 57,14 % aller Projekt-Versicherten Teilnehmer im Hausarztprogramm. Im Vergleich dazu liegt der Anteil der am Hausarztprogramm teilnehmenden Versicherten gemessen an der Gesamtzahl der Versicherten der IKK gesund plus bei ca. 30 %.

Am Disease Management-Programm (DMP) haben insgesamt 68 Versicherte teilgenommen, davon 20 Versicherte mit Schlaganfall und 48 Versicherte mit Herzinfarkt. Das DMP ist ein systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen, das sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin stützt und eine koordinierte Gesundheitsförderung gewährleistet. Die Versicherten der Interventionsgruppe nehmen an den DMP-Programmen KHK, Diabetes mellitus, Asthma und COPD teil.

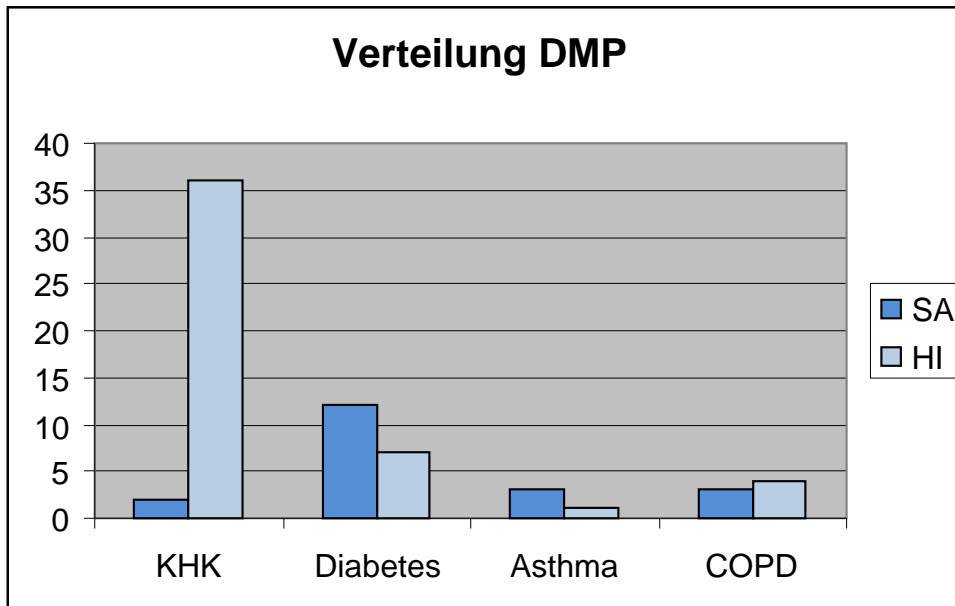
Von den 280 Versicherten haben sich 24,3 % in ein DMP Programm eingeschrieben

Tabelle 29: Verteilung Versicherte DMP

Verteilung	DMP		
	Schlaganfall	Herzinfarkt	Gesamt
KHK	2	36	38
Diabetes mellitus	12	7	19
Asthma	3	1	4
COPD	3	4	7
<i>gesamt</i>	<i>20</i>	<i>48</i>	<i>68</i>

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 15: Verteilung DMP



Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenarbeit mit dem Geschäftsbereich Gesundheitsmanagement

Nach der Entlassung des Versicherten in die Häuslichkeit ist vom Casemanager zu prüfen, ob Nachsorgeangebote die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges positiv beeinflussen können. Ein Nachsorgeangebot kam nur dann in Betracht, wenn Kontraindikationen nicht vorlagen. Der Gesundheitsberater wird vom Casemanager genau informiert (Name des Versicherten, Diagnose, körperliche Einschränkungen, Therapien und evtl. Weiterleitung von Arztbriefen). Auf dieser Grundlage wird geprüft, ob ein passendes Nachsorgeangebot empfohlen werden kann. Im Brief an den Versicherten bzw. Angehörigen geben wir neben der Projektbeschreibung auch den Hinweis auf versichertenspezifische Angebote und die bevorstehende Kontaktaufnahme durch den Gesundheitsberater. Circa drei Tage nach Versand des Briefes wird der Versicherte vom zuständigen Gesundheitsberater angerufen. Nach sechs Monaten erfolgt eine Prüfung, ob die Maßnahmen umgesetzt wurden.

Von den Versicherten mit Schlaganfall- und Herzinfarkt wurden beispielsweise Rehasport, Rückenschule, Wassergymnastik, Präventionscheck und Ernährungsberatung in Anspruch genommen.

Die Compliance der Versicherten, also auch Umstellung der Lebensweise wie Ernährung, Bewegung, Verzicht auf Alkohol und Rauchen spielt nach dem Akutereignis eine entscheidende Rolle.

Die Angebote seitens der IKK gesund plus sollen die Motivation zur Mitwirkung fördern und verdeutlichen, dass mehr Bereitschaft und eigene Anstrengungen den Genesungsprozess wesentlich bestimmen.

8 Arzneimittel

Nach der Entlassung aus der stationären Versorgung und Vorliegen der Abrechnungsdaten werden die Daten Arzneimittel versichertenindividuell ausgewertet und analysiert. Auf dieser Grundlage erfolgt eine pharmakologische Prüfung.

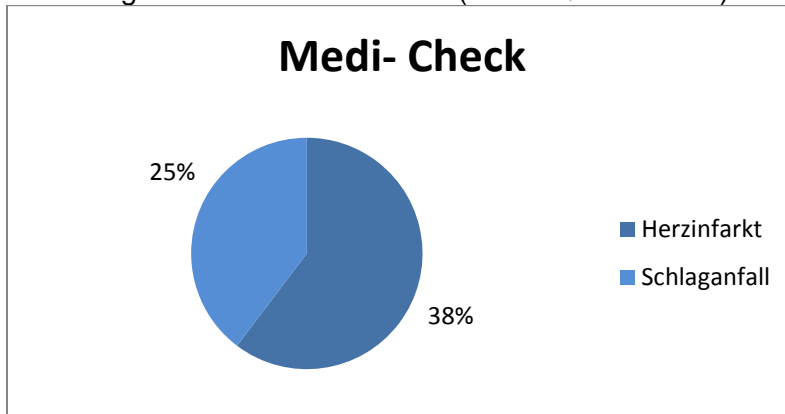
Inhalt des Medi-Checks sind Aussagen zur Dauer der Einnahme bestimmter Medikamente, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder eventuell der Austausch mit Ersatzpräparaten. Ziel ist es über Therapiealternativen (Original/ Generikum) aufzuklären und Informationen zu Altmedikationen, Wechselwirkungen, Verordnungsdauer usw. zur Verfügung zu stellen. Der Medi-Check wird dem Hausarzt übermittelt.

Die Hausärzte können bei Bedarf die pharmakologische Beratung für fachliche Fragen in Anspruch nehmen.

8.1 Medi-Check

Bei 48,46 % der Versicherten der Interventionsgruppe wurde ein Medi-Check an den Hausarzt übermittelt.

Abbildung 16: Anzahl Medi-Check (I. - III. Quartal 2013)



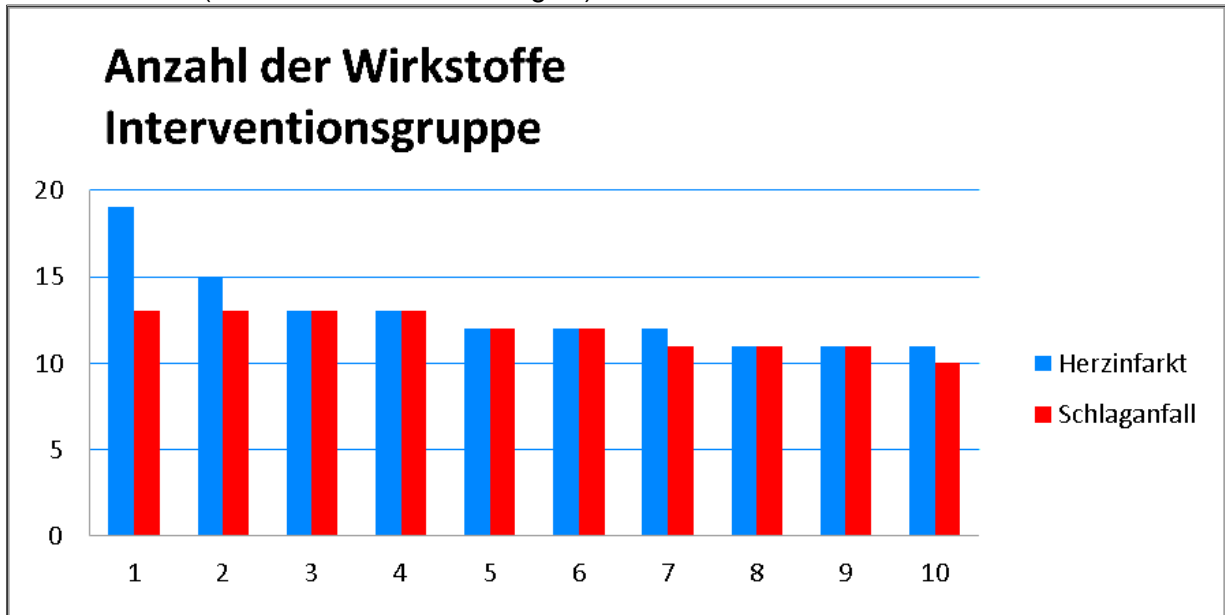
Quelle: Eigene Darstellung

Gerade nach einem Akutereignis ist die Aufklärung von Versicherten bei der Verordnung von Medikamenten sehr wichtig. Erster Ansprechpartner bei Medikamenten ist der Arzt. Versicherte sind oft verunsichert und nehmen die Medikamente unregelmäßig ein oder setzen sie beispielsweise aufgrund des Beipackzettels ab. Gerade bei langwierigen Erkrankungen ist die Compliance der Versicherten eine große Herausforderung.

Die nachfolgende Analyse zeigt, dass die Versicherten mit den Diagnosen Herzinfarkt und Schlaganfall eine Vielzahl von Wirkstoffen erhalten. Darüber hinaus wird deutlich, dass nach dem Akutereignis die Versorgung mit Arzneimitteln zunimmt.

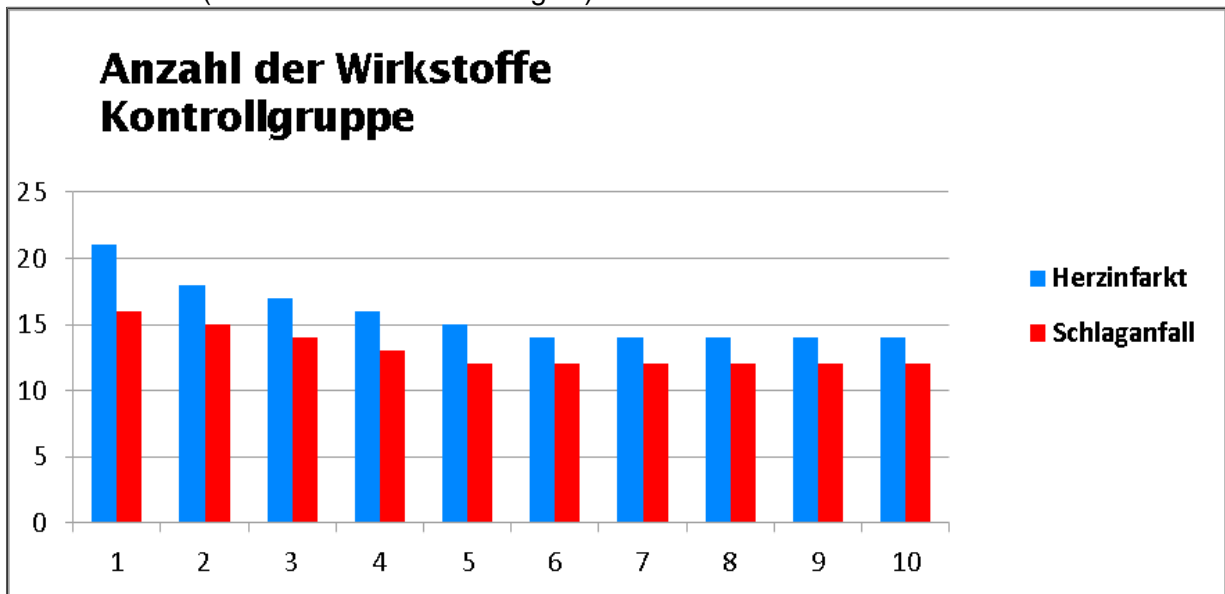
8.2 TOP 10 Versicherte Anzahl Wirkstoffe

Abbildung 17: TOP 10 Versicherte Anzahl Wirkstoffe Interventionsgruppe
(3 Monate nach dem Ereignis)



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 18: TOP 10 Versicherte Anzahl der Wirkstoffe Vergleichsgruppe
(3 Monate nach dem Ereignis)



Quelle: Eigene Darstellung

Die Versicherten mit der Diagnose Herzinfarkt bekamen deutlich mehr Wirkstoffe verordnet im Vergleich zu den Versicherten mit der Diagnose Schlaganfall. Ein Versicherter erhielt sogar 21 Wirkstoffe. Die Anzahl der verordneten Wirkstoffe ist bei den Versicherten der Interventionsgruppe etwas geringer.

9 Heilmittel

Die Datenanalyse der Heilmittel bezieht sich auf die Leistungsanspruchnahme drei Monate vor dem Akutereignis und drei Monate nach dem Akutereignis Krankenhaus.

Tabelle 30: Relativer Anteil von versorgten Versicherten Heilmittel

Verteilung von Heilmittel	Herzinfarkt		Schlaganfall	
	Vergleichsgruppe	Interventionsgruppe	Interventionsgruppe	Vergleichsgruppe
3 Monate vor	16,1%	13,5%	14,6%	18,0%
3 Monate nach	12,5%	9,1%	36,6%	37,5%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Analyse zeigt, dass insbesondere bei der Diagnose Schlaganfall aufgrund der körperlichen Funktionseinschränkungen nach dem Ereignis Übungstherapien wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie erforderlich sind.

Ziel ist das Erreichen von Alltagskompetenz in der Hinsicht, dass eine weitgehend selbständige Lebensführung bzw. die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit wieder möglich ist.

Bei den Versicherten mit einem Schlaganfall wurde nach dem Ereignis an erster Stelle die Leistung 51 (Krankengymnastik, auch Atemgymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage) verordnet. An zweiter Stelle steht die Leistung 71 (Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Bobath).

Bei Versicherten mit einem Herzinfarkt war die am häufigsten ausgestellte Verordnung die Leistung 51.

10 Hilfsmittel

Im Rahmen der nachfolgenden Darstellung werden die Hilfsmittel-Verordnungen vor und nach dem Ereignis Krankenhaus analysiert. Die Verordnungshistorie kann Aufschluss darüber geben, in welchem Umfang und welche Hilfsmittel bereits im Vorfeld verordnet wurden. Dies kann dann mit den Verordnungen nach dem Ereignis verglichen werden.

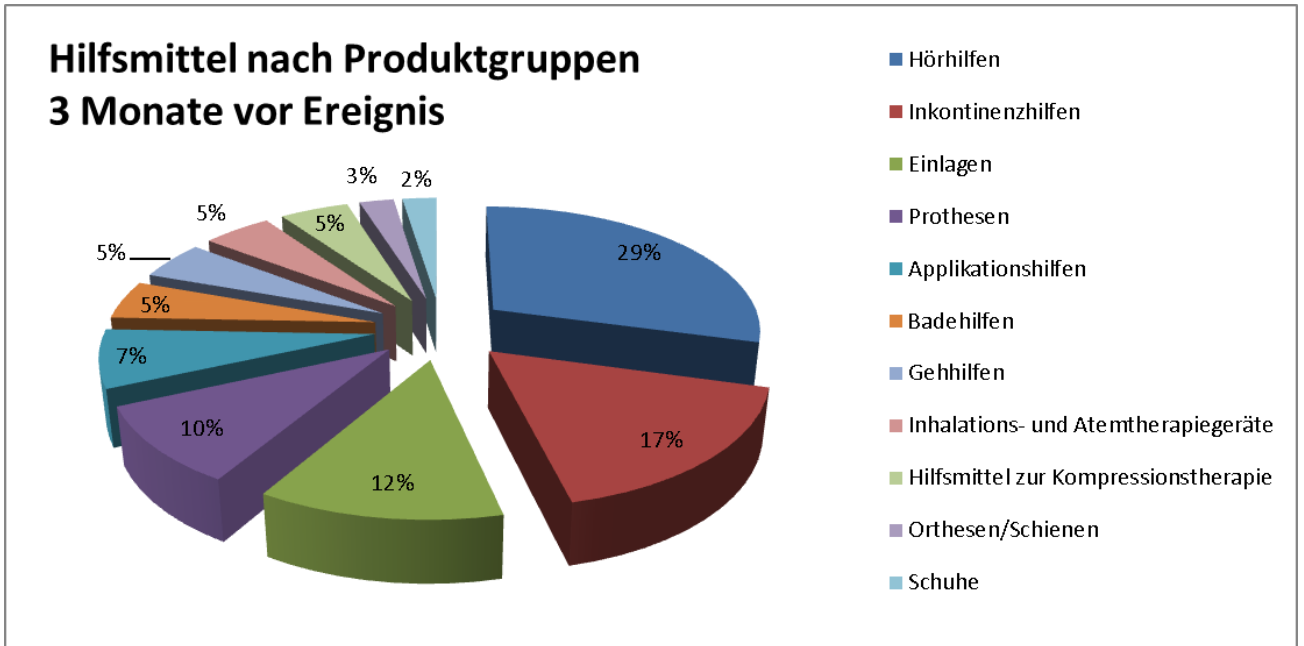
Tabelle 31: Relativer Anteil von versorgten Versicherten Hilfsmittel

Relative Verteilung von Hilfsmitteln	Herzinfarkt		Schlaganfall	
	Vergleichsgruppe	Interventionsgruppe	Interventionsgruppe	Vergleichsgruppe
3 Monate vor	15,2%	13,0%	13,7%	19,5%
3 Monate nach	18,8%	14,9%	35,1%	36,0%

Quelle: Eigene Darstellung

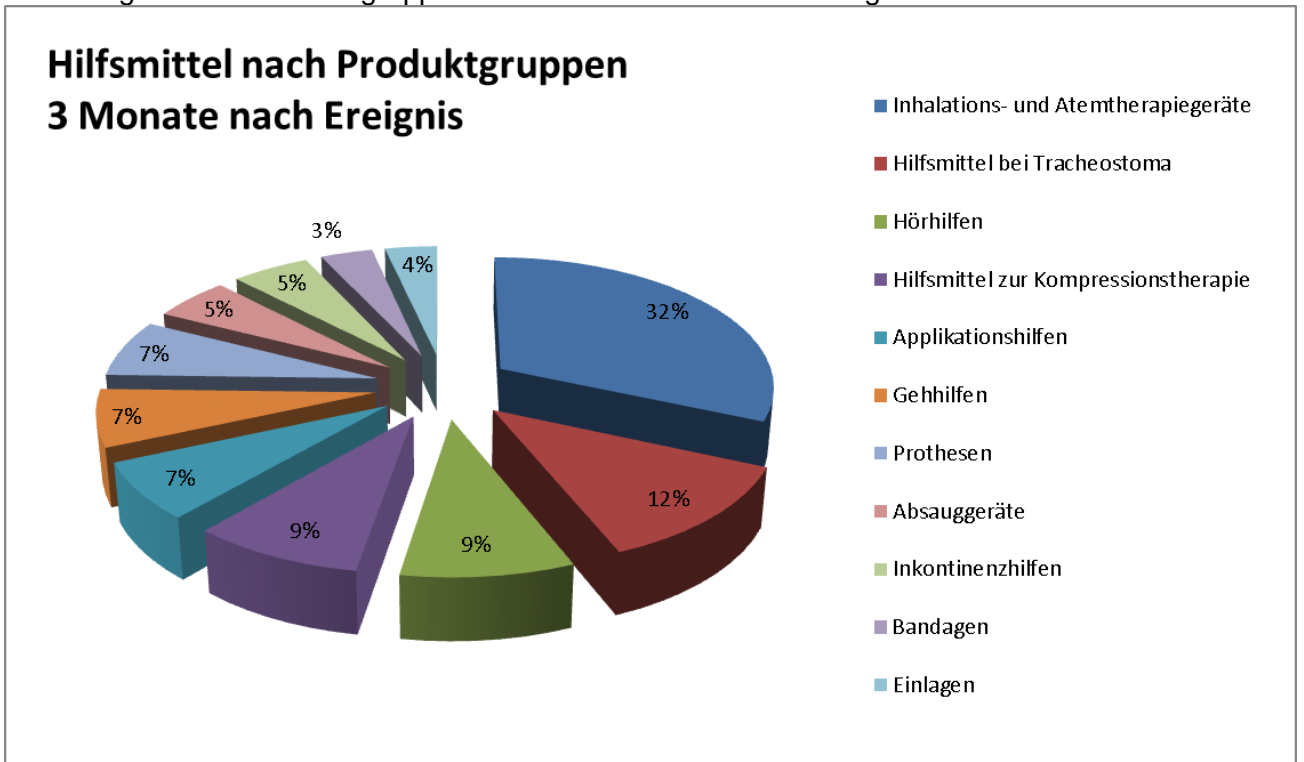
Die Auswertung zeigt deutlich, dass infolge eines Schlaganfall die betroffenen Versicherten erhebliche Beeinträchtigungen haben. Ein Großteil der Betroffenen leidet an neurologischen, neuropsychologischen und motorischen Defiziten. Aufgrund des hohen Ausmaßes an gesundheitlichen Schäden durch einen Schlaganfall sind adäquate Hilfsmittel von zentraler Bedeutung.

Abbildung 19: Interventionsgruppe Herzinfarkt 3 Monate vor Ereignis



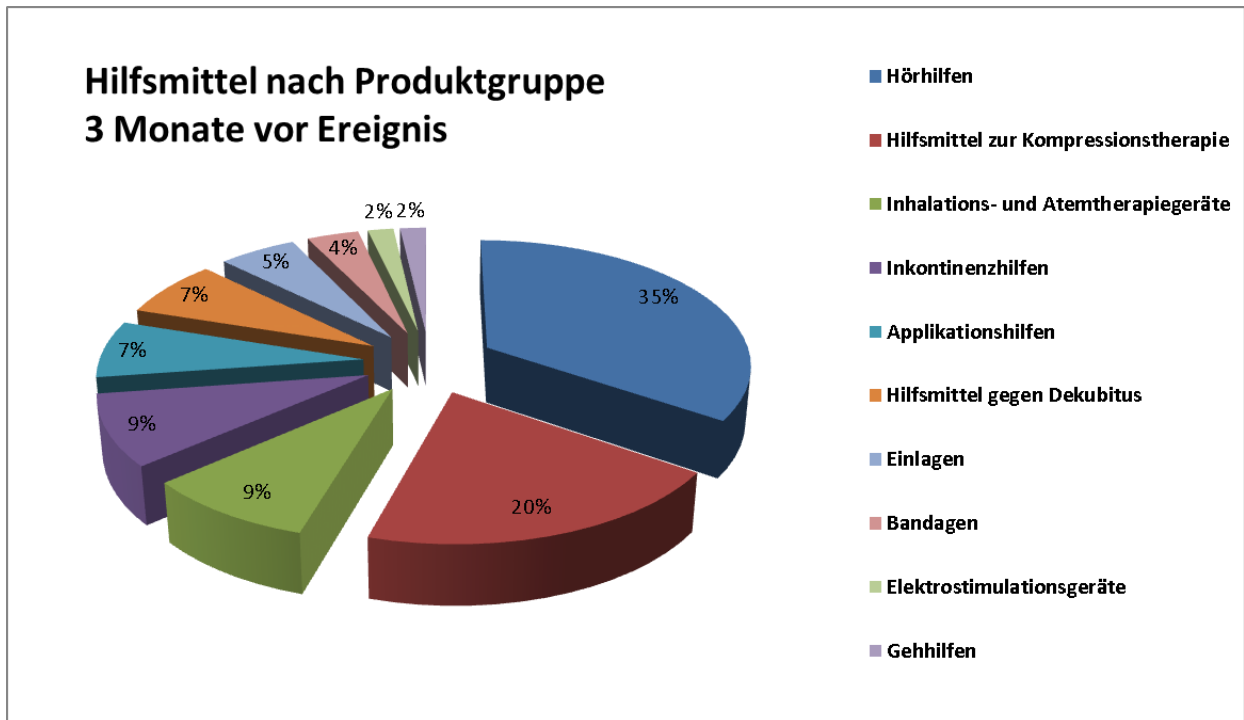
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 20: Interventionsgruppe Herzinfarkt 3 Monate nach Ereignis



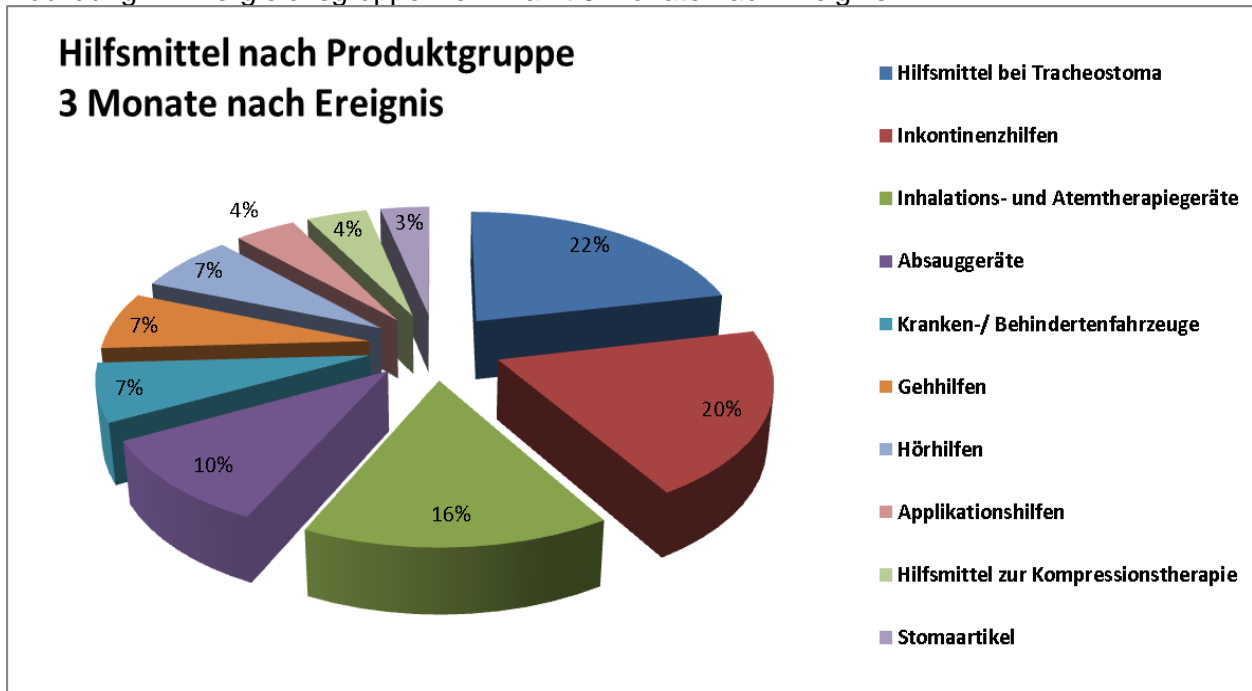
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 21: Vergleichsgruppe Herzinfarkt 3 Monate vor Ereignis



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 22: Vergleichsgruppe Herzinfarkt 3 Monate nach Ereignis



Quelle: Eigene Darstellung

Nach dem Ereignis sind insbesondere typische mit dem Ereignis im Zusammenhang stehende Produktgruppen verordnet worden. Hier sind neue Hilfsmittel dazugekommen und an erster Stelle stehen die Hilfsmittel bei Tracheostoma. Die Versorgung mit Inkontinenzartikeln und Inhalations- und Atemtherapiegeräten hat erwartungsgemäß zugenommen.

Auch für die Versicherten mit der Diagnose Schlaganfall wurden die Verordnungen nach Produktgruppen unterteilt und dargestellt.

Abbildung 23: Interventionsgruppe Schlaganfall 3 Monate vor Ereignis

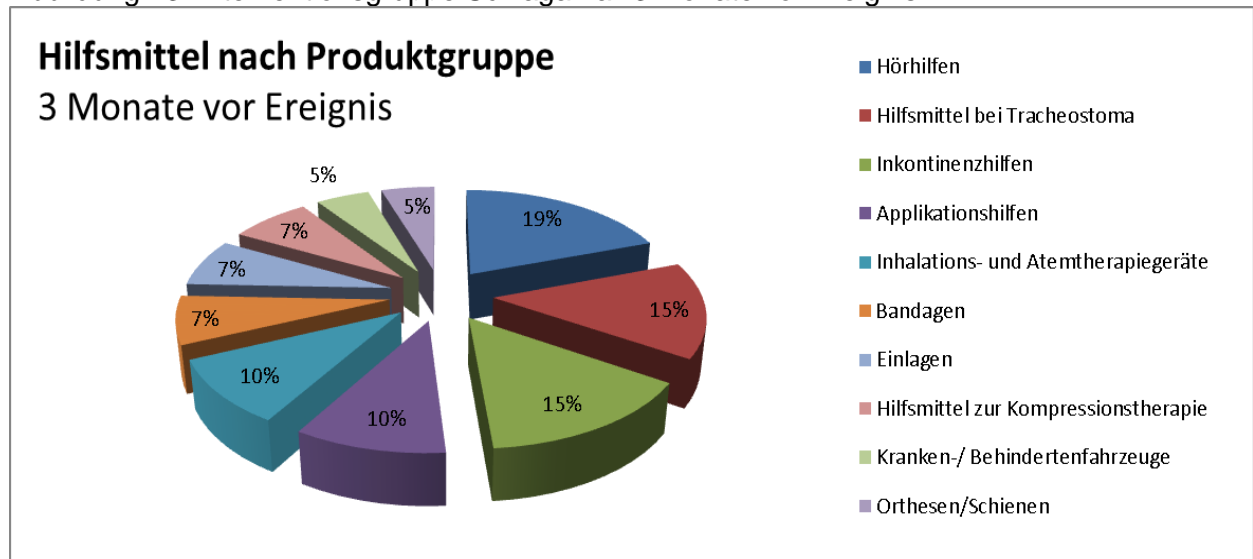
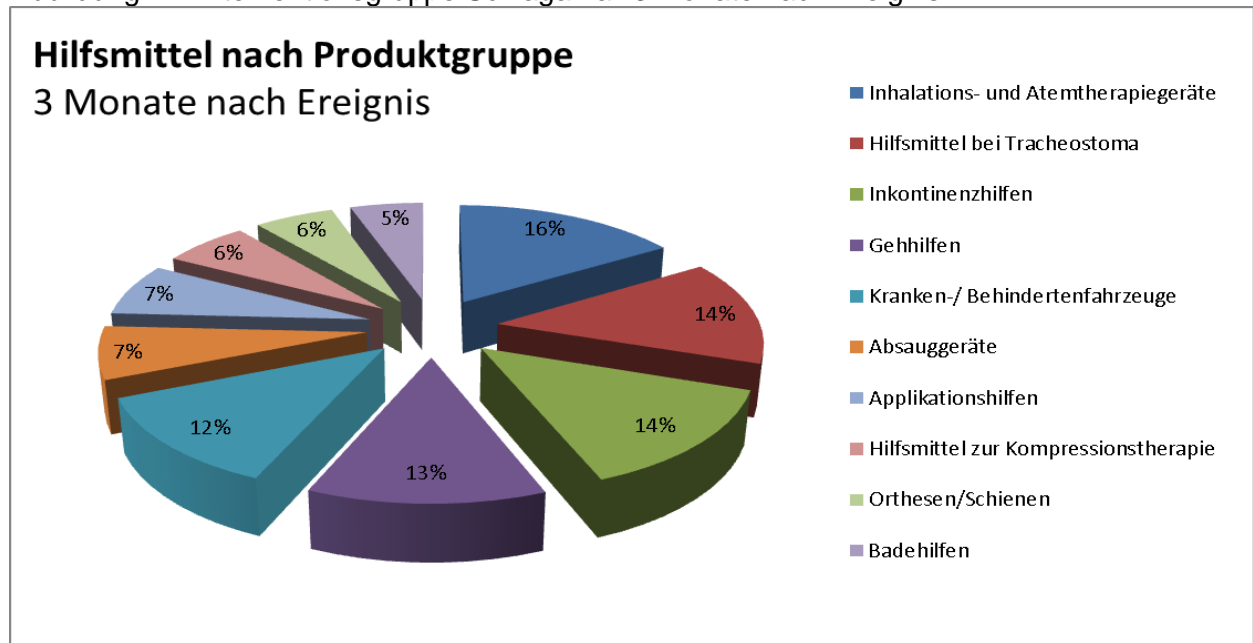
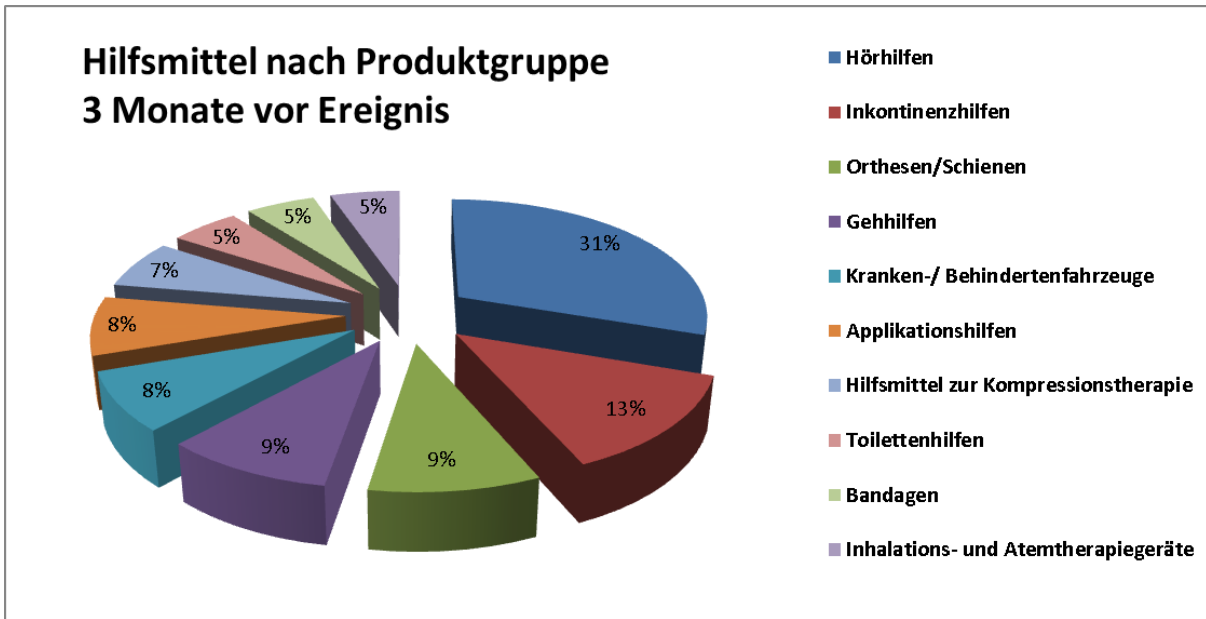


Abbildung 24: Interventionsgruppe Schlaganfall 3 Monate nach Ereignis



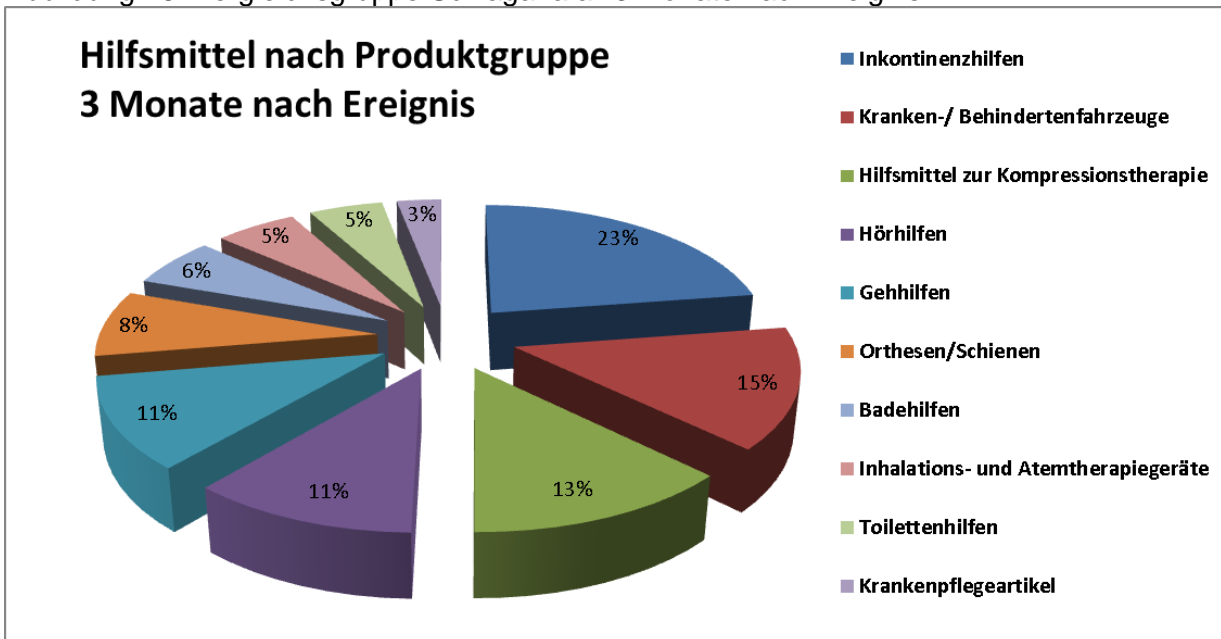
In der Interventionsgruppe wurden nach dem Ereignis am häufigsten Hilfsmittel aus den Produktgruppen „Gehhilfen“, „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“, „Tracheostoma“, „Inkontinenzhilfen“ und „Kranken- und Behindertenfahrzeuge“, verordnet. Die Darstellung verdeutlicht, dass trotz adäquater medizinischer Versorgung körperliche Beeinträchtigungen als Folge des Schlaganfalls bestehen bleiben.

Abbildung 25: Vergleichsgruppe Schlaganfall 3 Monate vor Ereignis



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 26: Vergleichsgruppe Schlaganfall 3 Monate nach Ereignis



Quelle: Eigene Darstellung

In der Vergleichsgruppe wurden nach dem Ereignis am häufigsten Inkontinenzhilfen verordnet. Diese standen bei der Interventionsgruppe nur auf Platz 3. Der Anteil der verordneten Gehhilfen ist in der Vergleichsgruppe geringer. Insbesondere Inhalations- und Atemtherapiegeräte spielen eine untergeordnete Rolle. Im Vergleich zur Interventionsgruppe wurden Hilfsmittel bei Tracheostoma nicht verordnet.

11 Krankengeld

Die Versicherten beider Gruppen werden im Folgenden zu Altersklassen zugeordnet und außerdem nach Versichertenarten unterschieden. Für die Zuordnung zu einer Altersgruppe diene das Alter im Jahr 2013.

Die Altersgruppen sind:

- 10 bis 19 - Versicherte im Alter von 10 bis 19 im Jahr 2013
 - 20 bis 29 - Versicherte im Alter von 20 bis 29 im Jahr 2013
 - 30 bis 39 - Versicherte im Alter von 30 bis 39 im Jahr 2013
- usw.

Die Versichertenart wurde aus der Meldezeit entnommen, die zum KH-Aufnahmetag gültig war.

Bei den Versichertenarten (VA) gibt es folgende Einstufung:

- VA0 - nicht versicherungspflichtig
- VA1 – versicherungspflichtig
- VA2 – Freiwillige
- VA3 – Arbeitslose
- VA4 – Rentenantragsteller
- VA5 – Rentner
- VA6 - besondere Personengruppen

Die Versicherten mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung, respektive Krankengeld gehören hauptsächlich zur Versichertenart 1 und in geringerem Maße zu den Versichertenarten 2 oder 3. Für das Jahr 2013 betragen die Anteile dieser drei Versichertenarten an den krankengeldberechtigten Mitgliedern insgesamt durchschnittlich rund

- 93 % für VA1
- 3 % für VA2
- 3 % für VA3.

Vergleichsweise selten gibt es Krankengeldempfänger in der Versichertenart 5, dies betrifft Rentner mit Hinzuverdienst in entsprechender Höhe.

Patientenbetreuung

Interventionsgruppe

Für die Versicherten der Interventionsgruppe ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 32: Alter und VA Interventionsgruppe gesamt

Interventionsgruppe gesamt					
Altersgruppe 2013	VA1	VA2	VA3	VA5	gesamt
10 bis 19	1				1
20 bis 29	4				4
30 bis 39	5	1	1		7
40 bis 49	22	5	6	1	34
50 bis 59	42	2	13	6	63
60 bis 69	11	4	3	55	73
70 bis 79				80	80
80 bis 89		2		8	10
gesamt	85	14	23	150	272
Anteil VA an gesamt	31,3%	5,1%	8,5%	55,1%	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

Am stärksten vertreten ist die Versichertenart 5 mit einem Anteil von 55,1 % an der Gesamtgruppe. Bei der Betrachtung nach Altersgruppen machen die Versicherten ab 50 und aufwärts einen Anteil von 83,1 % an der Gesamtgruppe aus.

Nur 31,3 % der Versicherten der Interventionsgruppe gehören zur Versichertenart 1 und somit zum Hauptanteil der krankengeldberechtigten Versicherten in dieser Gruppe.

Von den betrachteten 272 Versicherten hatten 122 Versicherte im Zeitraum von 2008 bis einschließlich erstem Halbjahr 2014 (Zeitpunkt des AU-Beginns) einen oder mehrere AU-Fälle:

Tabelle 33: Alter und VA Interventionsgruppe - Versicherte mit AU

Interventionsgruppe - Versicherte mit AU					
Altersgruppe 2013	VA1	VA2	VA3	VA5	gesamt
10 bis 19	1				1
20 bis 29	4				4
30 bis 39	5				5
40 bis 49	22	4	4	1	31
50 bis 59	41	1	7	1	50
60 bis 69	11			19	30
70 bis 79				1	1
80 bis 89					
gesamt	84	5	11	22	122
Anteil an Vers gesamt	98,8%	35,7%	47,8%	14,7%	44,9%

Quelle: Eigene Darstellung

12 Pflege

In diesem Abschnitt werden die Pflegestufen der Versicherten der Patientenbetreuung und der Vergleichsgruppe vor und nach dem Interventionsfall im Krankenhaus betrachtet. Aus diesen Informationen können Rückschlüsse auf den Pflegebedarf vor dem Krankenhausfall geschlossen und die Folgen der Behandlung aus den Pflegestufen nach der Behandlung abgeleitet werden. Da insbesondere bei den Schlaganfällen der Pflegebedarf nach der akuten Krankenhausbehandlung steigt, bedarf es für geeignete Interpretationen den Vergleich mit der Vergleichsgruppe.

Bei der Erstellung der folgenden **Tabellen 34 und 35** wurden die Pflegestufen der Versicherten aus den bewilligten Leistungen ermittelt. Zu den möglichen Leistungen gehören die Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege, Kombipflege, Pflegegeld, Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, zusätzliche Betreuungsleistungen oder Pflegesachleistungen. Die Zuordnung, ob diese Leistungen und damit die der Leistung zugeordnete Pflegestufe vor oder nach dem Krankenhaus erfolgen, wird über das Ereignisdatum vorgenommen. Liegt dieses Ereignisdatum mehr als eine Woche vor dem Interventionskrankenhausfall, dann wird die Pflegeleistung dem Zeitraum vor dem Krankenhausfall zugeordnet. Die übrigen Leistungen werden folglich dem Zeitraum nach dem Krankenhausfall zugeordnet.

Zusätzlich dürfen die Leistungen vor dem Krankenhausfall nicht mehr als sechs Monate zurückliegen und die Leistungen nach dem Krankenhausfall müssen innerhalb der folgenden sechs Monate beginnen. Damit werden alte oder neue Leistungen ausgeschlossen, welche voraussichtlich nicht mehr mit dem betrachteten Interventionsfall in Verbindung stehen. Des Weiteren wird damit die Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Versicherten verbessert, da sonst verschieden lange Zeiträume bei der Betrachtung nach dem Interventionsfall verwendet würden. Der Grund dafür liegt in der Spanne der Interventionsfälle von Januar 2013 bis Dezember 2013. Für einen Versicherten mit dem Krankenhausfall im Januar 2013 ist der Betrachtungszeitraum nach dem Interventionsfall länger als bei einem Versicherten mit dem Interventionsfall im Dezember.

Die **Tabelle 34** stellt den Abgleich der Pflegestufen vor und nach dem Interventionsfall für die Gruppe der Versicherten mit einem Herzinfarkt dar. Dabei wurden Versicherte, die im Krankenhaus verstarben, nicht berücksichtigt. Zur besseren Übersicht sind diese jedoch benannt.

Tabelle 34: Versicherte mit Pflegestufen vor und nach dem Interventionsfall Herzinfarkt

Herzinfarkt - Übersicht Pflegestufen											
Gruppe	Versicherte	davon im KH verstorben	Pflegestufen								
			Versicherte mit Betrachtung der Pflegestufe	Betrachteter Zeitraum	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Pflegestufe 4 (Härtfall)	keine Pflegestufe	
Interventionsgruppe	112	2	110	vorher			1	1	1		107
				nachher			3	1			106
Vergleichsgruppe	208	9	199	vorher			11	4			183
				nachher	1		5	4	4	1	183

Quelle: Eigene Darstellung

Patientenbetreuung

Für die Versicherten mit einem Herzinfarkt gibt es wenige Fälle mit einer Pflegestufe, dabei stellt sich das Bild vor und nach dem Interventionsfall relativ ähnlich dar. Bei der Vergleichsgruppe existieren insgesamt mehr Versicherte mit einer Pflegestufe als bei der Interventionsgruppe und es gibt eine größere Verschiebung hin zu schwereren Pflegestufen.

Tabelle 35: Versicherte mit Pflegestufen vor und nach dem Interventionsfall - Schlaganfall

Schlaganfall - Übersicht Pflegestufen										
Gruppe	Versicherte	davon im KH verstorben	Pflegestufen							
			Versicherte mit Betrachtung der Pflegestufe	Betrachteter Zeitraum	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Pflegestufe 4 (Härtefall)	keine Pflegestufe
Interventionsgruppe	168	5	163	vorher	2	4	8	1		148
				nachher	3	14	29	3	1	113
Vergleichsgruppe	200	10	190	vorher	1	13	9	2		164
				nachher		29	25	9		126

Quelle: Eigene Darstellung

Bei den Versicherten mit einem Schlaganfall zeichnet sich ein anderes Bild ab als bei den Versicherten mit einem Herzinfarkt. Deutlich ist der Unterschied beim Vergleich vor und nach dem Interventionsfall. Bereits vorher gibt es eine Vielzahl von Versicherten mit einer Pflegestufe.

Nach dem Interventionsfall steigt die Anzahl dieser Versicherten mit einer Pflegestufe noch mal deutlich an. Neben diesem Anstieg der Anzahl sind auch die Pflegestufen deutlich höher als vor dem Interventionsfall.

Die **Tabelle 35** verdeutlicht, dass der Schlaganfall eine der häufigsten Ursachen für eine erworbene Behinderung ist.

Um Heimaufnahmen möglichst zu verhindern, müssen die Wohnungen so gestaltet werden, dass eigenständiges Wohnen dort möglich ist.

In diesem Zusammenhang bietet die IKK gesund plus zur Unterstützung der Versicherten und Angehörigen eine Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI an.

Das Angebot der Pflegeberatung vor Ort nehmen die Betroffenen dankbar an. Diese Beratung ist in der schwierigen Situation eine wichtige Unterstützung, um mit der veränderten Lebenssituation zurecht zu kommen.

Die Pflegeberatung erfasst und analysiert den Hilfebedarf des Betroffenen und erstellt einen Versorgungsplan über die erforderlichen gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen, pflegerischen sowie sozialen Hilfen und informiert über dafür vorhandenen örtliche Leistungsangebote.

13 Häusliche Krankenpflege

Aus der Interventionsgruppe der Patientenbetreuung konnten 23 Fälle der häuslichen Krankenpflege ermittelt werden, die nach dem Krankheitsereignis stattfanden. Es handelte sich dabei um 14 Fälle aus der Diagnosegruppe Schlaganfall und neun Versicherte aus der Diagnosegruppe Herzinfarkt. In der Vergleichsgruppe erhielten insgesamt 37 Versicherte häusliche Krankenpflege. Auch hier war der Anteil der Versicherten bei der Diagnose Schlaganfall höher als bei der Diagnose Herzinfarkt. Im Vergleich zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe waren die Zeiträume zwischen dem Akutereignis und der Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege bei den Versicherten der Interventionsgruppe Schlaganfall deutlich länger als bei der Vergleichsgruppe Schlaganfall.

In den kardiologischen Fällen war dies genau umgekehrt.

Hier dauerte es bei den Versicherten der Vergleichsgruppe länger bis die Leistung in Anspruch genommen wurde als bei der Interventionsgruppe. Wesentliche Altersunterschiede zeigten sich im Übrigen nicht. Beachtet werden muss bei der Auswertung, dass aufgrund des fehlenden Diagnosebezugs zur Leistung ggf. Fälle berücksichtigt wurden, in denen noch andere Ursachen die Inanspruchnahme der Leistung bedingt haben.

In der Auswertung enthalten sind auch Fälle, die nach dem Ereignis eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Anspruch genommen haben. Der Anteil der Versicherten ist sehr gering. In der Interventionsgruppe hat lediglich ein Versicherter und in der Vergleichsgruppe haben drei Versicherte diese Leistung benötigt.

Tabelle 36: Übersicht häusliche Krankenpflege

	Interventionsgruppe			Vergleichsgruppe		
	Kardiologie	Neurologie	Gesamt	Kardiologie	Neurologie	Gesamt
Häusliche Krankenpflege						
Mittelwert von Alter	69,7	67,5	68,4	67,6	68,0	67,8
Anzahl von KV-Nr	9	13	22	15	18	33
Mittelwert von Tage bis HKP	42,3	153,3	107,9	155,8	84,1	116,7
Spez.Ambulante Palliativvers.						
Mittelwert von Alter		68,0	68,0	77,0	67,3	69,8
Anzahl von KV-Nr		1	1	1	3	4
Mittelwert von Tage bis HKP		0,0	0,0	287,0	67,0	122,0
Gesamt: Mittelwert von Alter	69,7	67,6	68,4	68,2	67,9	68,0
Gesamt: Anzahl von KV-Nr	9	14	23	16	21	37
Gesamt: Mittelwert von Tage bis HKP	42,3	142,4	103,2	164,0	81,7	117,3

Quelle: Eigene Darstellung

14 Entlassungsstatus

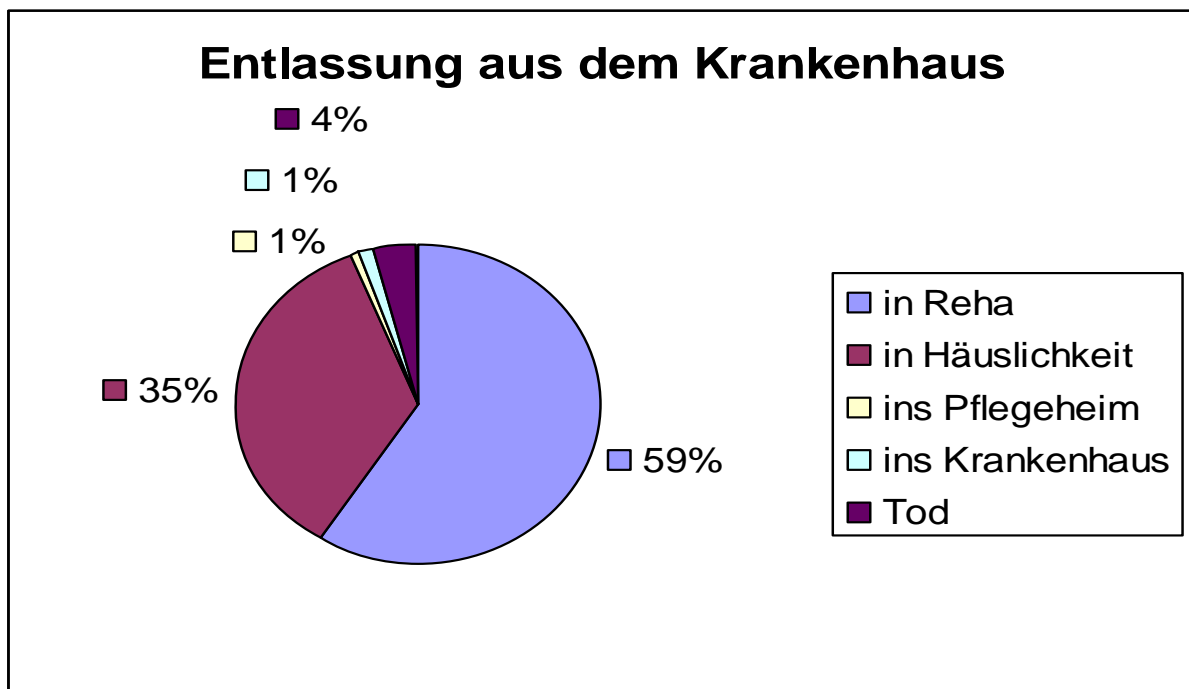
Die Auswertung zum Entlassungsstatus bezieht sich auf die Interventionsgruppe. Diese besteht aus 280 Versicherten, die in der Zeit vom 01.01.2013 bis 31.12.2013 wegen eines Schlaganfalles oder Herzinfarktes im Krankenhaus stationär behandelt wurden.

Tabelle 37: Entlassung aus Krankenhaus (280 Versicherte)

Entlassung	weiblich	männlich	gesamt
In Rehabilitation	37	128	165
In Häuslichkeit	31	67	98
ins Pflegeheim			
- Intensiv			
- normal	1	2	3
ins Krankenhaus	1	2	3
Tod	5	6	11

Quelle: Eigene Darstellung

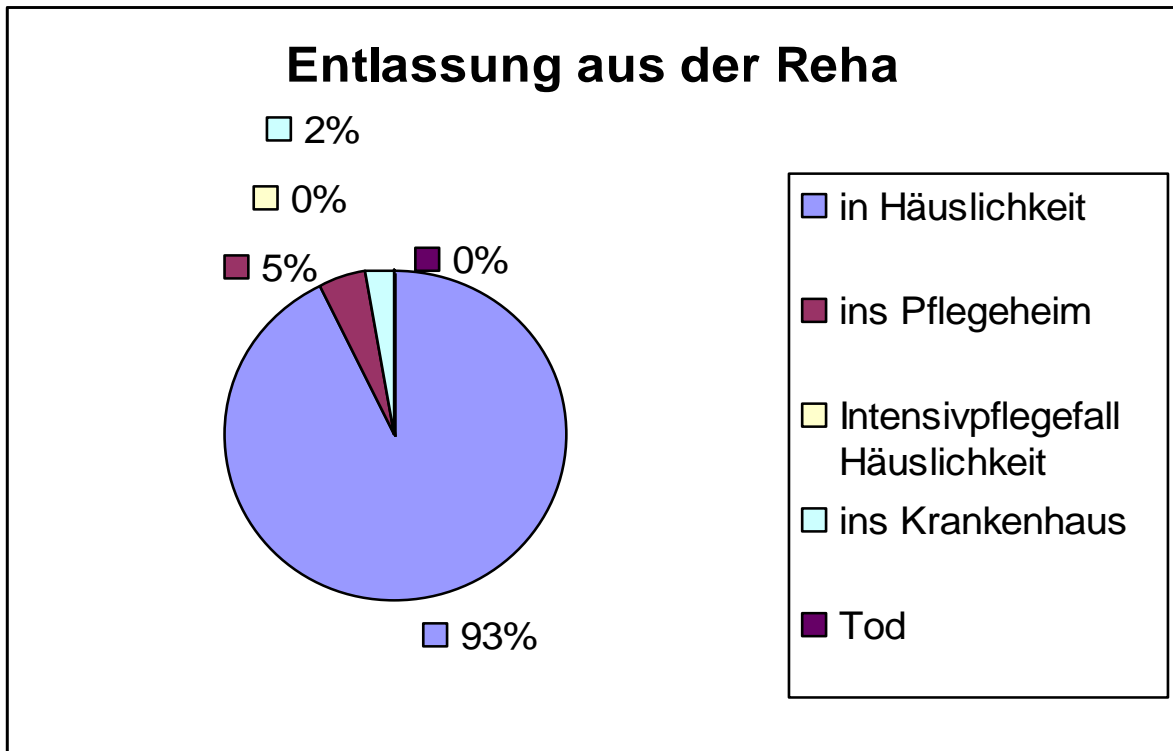
Abbildung 27: Entlassung aus dem Krankenhaus



Quelle: Eigene Darstellung

Von den 165 Versicherten, die in die Rehabilitation entlassen wurden, erhielten zehn Versicherte zweimal eine Rehabilitation. Deshalb sind es 175 in Anspruch genommene Rehabilitationen.

Abbildung 28: Entlassung aus der Rehabilitation



Quelle: Eigene Darstellung

Der Entlassungsstatus ist u.a. ein Kriterium zur Bewertung der stationären Versorgung. Der Anteil der schwerkranken Versicherten an der Gesamtpopulation war sehr hoch. Insbesondere Männer waren stark betroffen. Der jüngste Versicherte war 32 Jahre alt.

Von den 280 Versicherten wurden:

165 in eine Rehabilitation,
98 in die Häuslichkeit,
3 in ein Pflegeheim (3 verstorben) und
3 in ein anderes Krankenhaus eingewiesen.
11 der Versicherten sind bereits im Krankenhaus verstorben.

Von den 165 Versicherten, die eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben, wurden:

153 in die Häuslichkeit (1 betreutes Wohnen- 8 bereits verstorben)
8 Versicherte ins Pflegeheim (3 verstorben) und
4 Versicherte wieder in ein Krankenhaus verlegt.

Insgesamt sind zum Stichtag 30.06.2014 25 Versicherte bereits verstorben. Die Altersspanne dieser Versicherten lag zwischen 44 - 84 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug 66 Jahre.

Von den 280 behandelten Versicherten im Krankenhaus wurden 165 Versicherte (96 Versicherte mit Schlaganfall und 69 Versicherte mit Herzinfarkt) anschließend in einer Rehabilitationsklinik versorgt. Das sind insgesamt 58,93 %.

Patientenbetreuung

Bei 29,17 % der Versicherten mit Schlaganfall (28 Versicherte) erfolgte die Aufnahme in die Phase B/C+.

Die Art der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik stellt sich wie folgt dar:

- 93 % Häuslichkeit
- 5 % Pflegeheim
- 2 % Verlegung ins Krankenhaus

Die Entlassung in die Häuslichkeit steht mit 93 % an erster Stelle. Trotz der bestehenden Leistungseinschränkungen kehren die Betroffenen in ihre gewohnte Umgebung zurück und können mit Unterstützung z.B. der Angehörigen ein weitestgehend eigenständiges Leben führen.

15 Fragebögen an Versicherten

Die Versicherten hatten die Möglichkeit die Versorgung in den Krankenhäusern und den Rehabilitationseinrichtungen sowie die Serviceleistung der Patientenbetreuung zu bewerten. Diese Einschätzung spiegelt die subjektive Wahrnehmung der Versicherten wieder.

Die Fragebögen wurden acht Wochen nach der Entlassung aus der stationären Versorgung an die Versicherten versendet.

Sie gliedern sich in fünf große Themenkomplexe auf:

- Gesundheitszustand (Frage 1)
- Ärztliche Versorgung (Frage 2-6)
- Pflegerische Betreuung (Frage 7-10)
- Organisation im Krankenhaus (Frage 11-14)
- Patientenbetreuung (Frage 15-21)

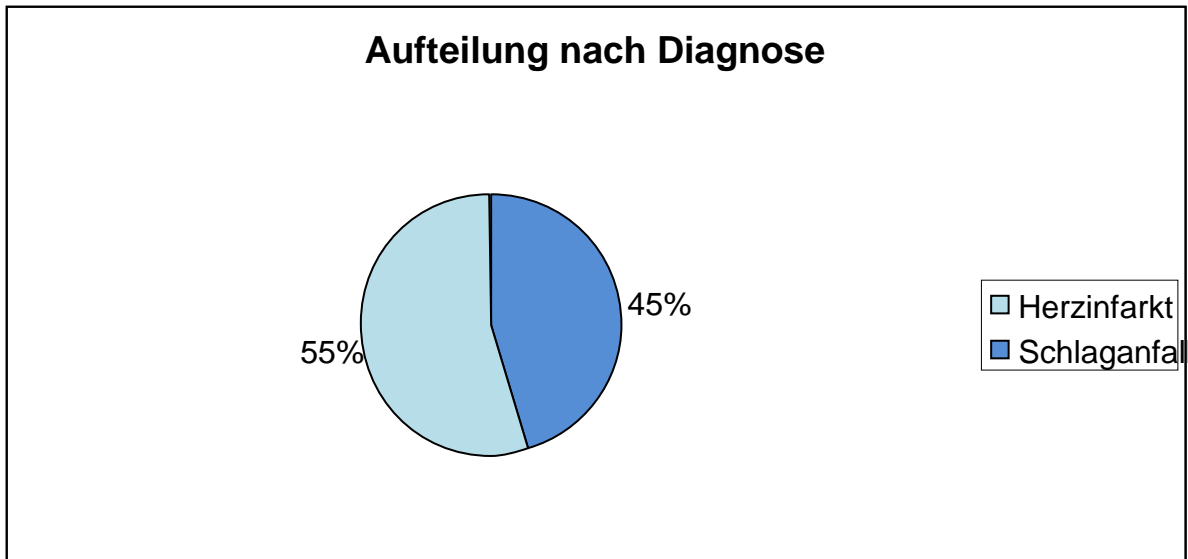
Ergebnisdarstellung

Von den eingeschlossenen 280 Versicherten haben insgesamt 187 Versicherte ihre Einverständniserklärung an die IKK gesund plus zurück gesandt. 166 Versicherten wurde der Fragebogen zugesandt. 21 Versicherten wurde der Fragebogen nicht zugesandt, weil:

- sieben Versicherte vor dem Versand verstorben sind
- vier Versicherte keinen Angehörigen, nur einen Betreuer hatten
- zehn Versicherte einen sehr schlechten Gesundheitszustand aufwiesen.

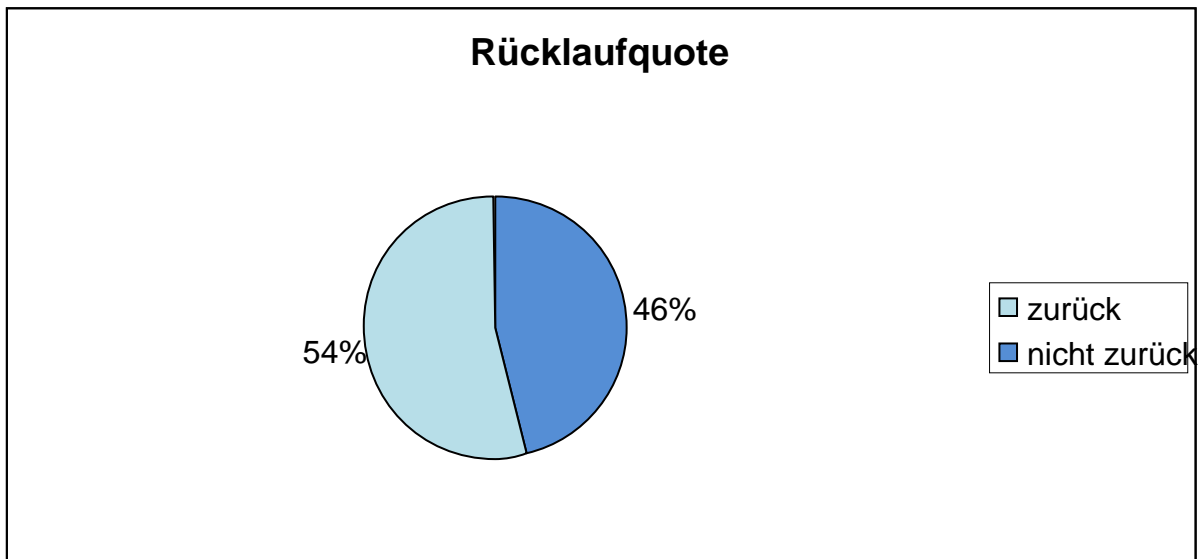
Die Fragebögen wurden erst versandt, nachdem die Versicherten den stationären Sektor verlassen hatten. 76 Fragebögen wurden mit Stichtag 18.03.2014 ausgefüllt an uns zurückgesandt.

Abbildung 29: Aufteilung nach Diagnose



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 30: Rücklaufquote



Quelle: Eigene Darstellung

Die Rücklaufquote der Fragebögen ist sowohl im absoluten als auch im relativen Bereich in der Herzinfarktgruppe höher. Die Gründe könnten hier zum einen in der langwierigeren neurologischen Behandlung der Versicherten mit Schlaganfall liegen als auch in der mit der Erkrankung verbundenen starken neurologischen Beeinträchtigungen der Versicherten.

In der **Tabelle 38** wird die Darstellung von Alter und Geschlecht der Versicherten angegeben.

Patientenbetreuung

Tabelle 38: Verteilung der zurückgesandten Fragebögen - Versicherten nach Alter und Geschlecht

	gesamt	Schlaganfall	Herzinfarkt
männlich	46	23	23
weiblich	12	8	4
anonym	18		
Ø Alter	63,15	63,94	62,29
Median Alter	64,00	65,00	63,50

Quelle: Eigene Darstellung

Anhand der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, in denen der Versicherte behandelt wurde und die in den Fragebögen namentlich erwähnt sind, lässt sich zum Teil rekonstruieren, welches Krankheitsbild vorlag. So wurden bspw. im Klinikum 4 keine Versicherten mit einem Herzinfarkt aus der Interventionsgruppe aufgenommen. Der Anteil der anonymen Versicherten liegt bei 10 %.

76 % der Versicherten waren bereit, personenbezogene Daten anzugeben.

Darstellung ausgewählter Fragen

Im Folgenden werden die Fragebögen unterteilt nach Komplexen dargestellt und ausgewählte Fragen grafisch und anhand von Tabellen illustriert. Die Bewertung der Fragen erfolgt vergleichbar dem Schulnotensystem mit entsprechender Skalierung. Die jeweils darauf folgenden Abbildungen verdeutlichen die Antwortverteilungen der verschiedenen Themenkomplexe.

Die erste Frage bezieht sich auf das subjektive Gesundheitsbefinden und dient als Einstiegsfrage.

Einschätzung der eigenen Gesundheit

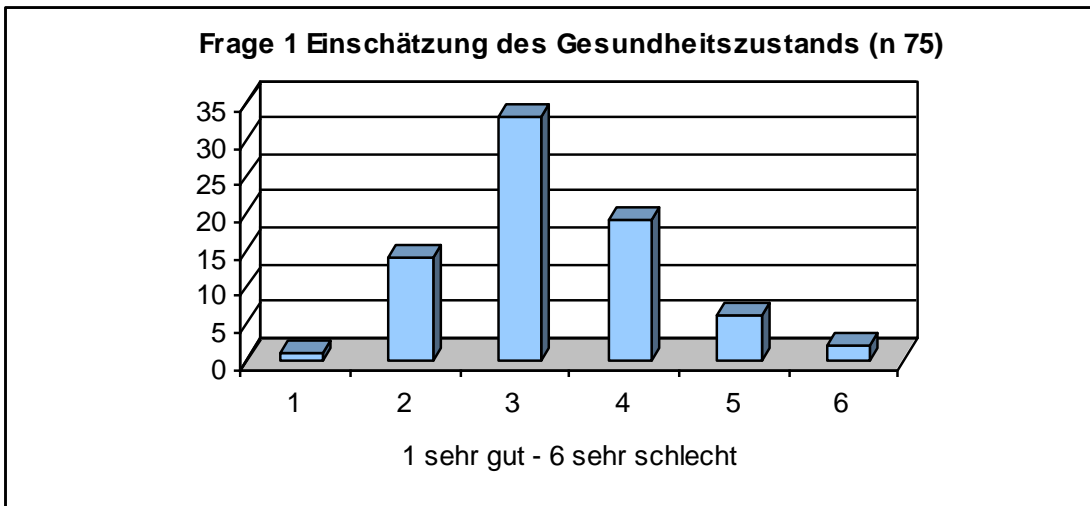
Tabelle 39: Frage 1 Einschätzung der eigenen Gesundheit

	(sehr gut) 1	2	3	4	5	(sehr schlecht) 6	Versicherte
Frage 1 Einschätzung der eigenen Gesundheit	1	14	33	19	6	2	75

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 31: Frage 1 Einschätzung der eigenen Gesundheit

Patientenbetreuung



Quelle: Eigene Darstellung

Die letzte Spalte der Datentabellen gibt die Anzahl der Versicherten, die auf diese Frage geantwortet haben, wieder.

Der Modalwert, also die häufigste Antwort lag bei der 3. Frage. Somit schätzten die meisten Versicherten ihren Gesundheitszustand eher „mittelmäßig“ ein.

Fragen zur ärztlichen Betreuung im Krankenhaus und in der Rehabilitationsklinik

Nach der Einstiegsfrage folgte ein Fragenkomplex zur ärztlichen Versorgung. Im Einzelnen werden nachfolgend die Fragen nach der Einbeziehung in die ärztliche Behandlung im Krankenhaus und der Rehabilitationsklinik dargestellt. Anschließend erfolgt eine Übersicht zur Einschätzung der ärztlichen Information im Krankenhaus.

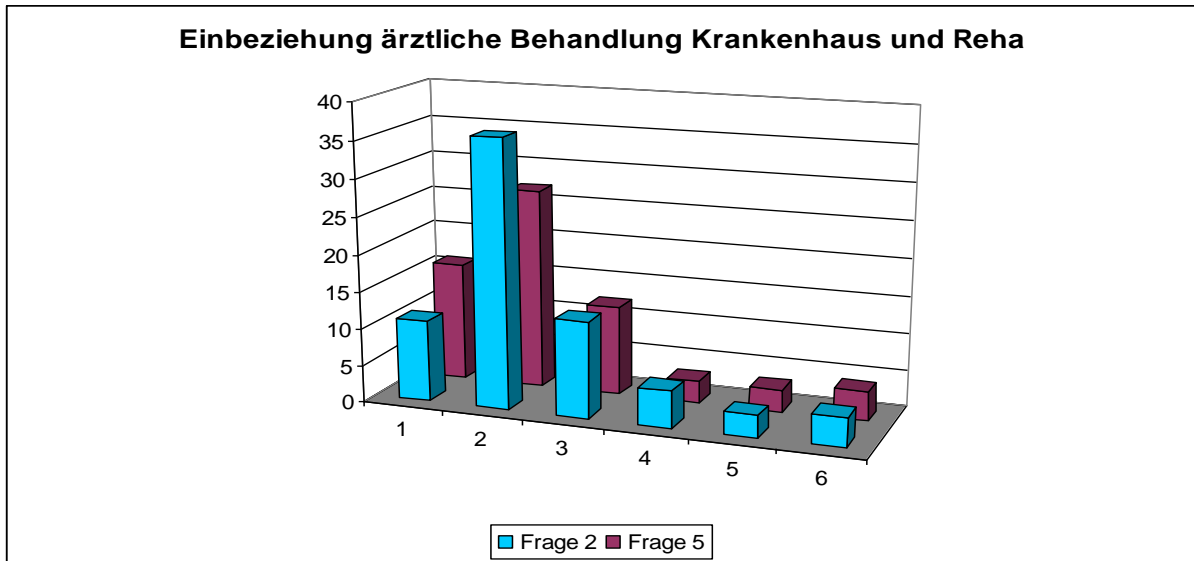
Tabelle 40: Fragen zur ärztlichen Betreuung im Krankenhaus und Rehabilitationsklinik

	(sehr gut) 1	2	3	4	5	(sehr schlecht) 6	Versicherte
Frage 2 Einbeziehung in ärztliche Behandlung Krankenhaus	11	36	13	5	3	4	72
Frage 5 Einbeziehung in Ärztliche Behandlung in Rehabilitation – Klinik	16	27	12	3	3	4	65

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 32: Einbeziehung der Versicherten in die ärztliche Behandlung

Patientenbetreuung



Quelle: Eigene Darstellung

Wie aus der **Tabelle 40 und 41** und **Abbildung 32 und 33** hervorgeht, wird die Beurteilung der Einbeziehung des Versicherten in die ärztliche Behandlung in den Fragen 2 und 5 des Fragebogens eher positiv gewertet. Mehr als 50 % der Versicherten bewerteten diese als „gut“ oder „sehr gut“ sowohl in der Rehabilitationsklinik als auch im Krankenhaus. Die am häufigsten gewählte Antwort war in jeder Frage „gut“. Allerdings antworteten auch 25 % mit „sehr gut“ in der Rehabilitationsklinik und 15 % mit „sehr gut“ im Krankenhaus. Außer der Verschiebung zwischen den beiden vorderen Feldern ist die Verteilung annähernd gleich.

Die dritte Frage des Fragebogens befasste sich mit der subjektiven Wahrnehmung der Informationsvermittlung durch den behandelnden Arzt im Krankenhaus.

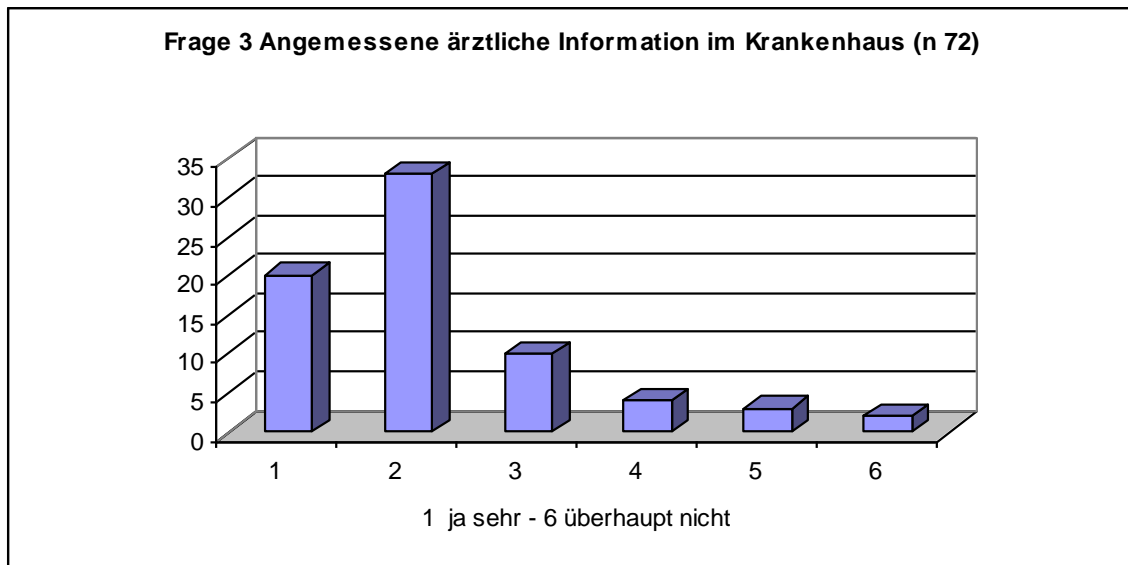
Tabelle 41: Frage 3 ärztliche Information im Krankenhaus

3. Wurden Sie von den Ärzten und Ärztinnen angemessen informiert? (1 ja sehr - 6 überhaupt nicht)					
1	2	3	4	5	6
20	33	10	4	3	2

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 33: Einbeziehung der Versicherten in die ärztliche Behandlung

Patientenbetreuung



Quelle: Eigene Darstellung

Die Versicherten bewerteten auch die Informationsvermittlung durch den Arzt im Krankenhaus zum größten Teil mit „gut“ (46 %) oder „sehr gut“ (28 %). Als „schlecht“ und „sehr schlecht“ empfanden fünf Versicherte die ärztliche Informationsübermittlung.

Zu der vierten Frage, die sich auf die Einschätzung der ärztlichen Behandlung im Krankenhaus bezog, äußerte sich die überwiegende Anzahl der Versicherten mit „gut“ oder „sehr gut“. Die schlechtesten Bewertungen waren zweimal eine vier und einmal eine fünf.

Patientenbetreuung

Fragen zur Patientenbetreuung

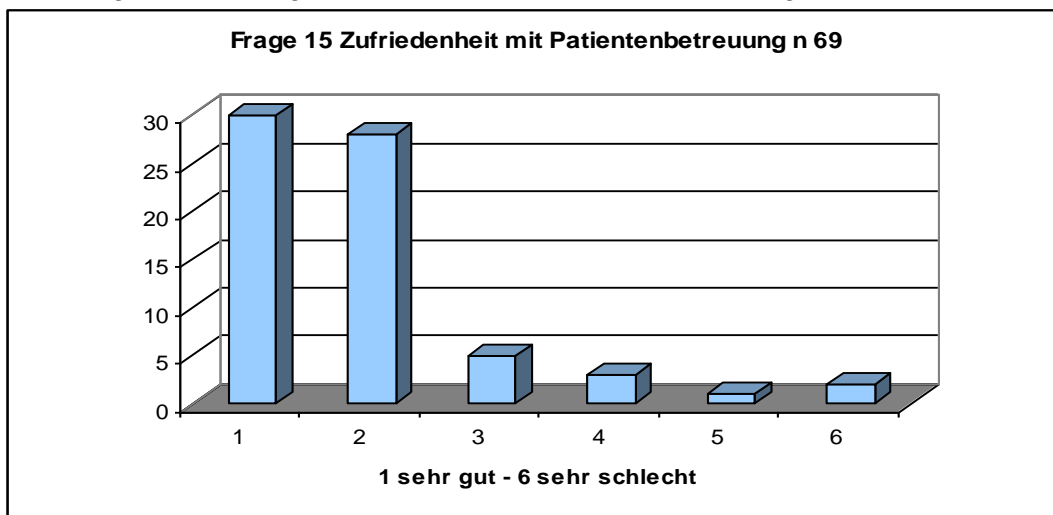
Im fünften Fragenkomplex wurde den Versicherten die Möglichkeit gegeben, die Patientenbetreuung zu bewerten. Es gibt sieben Fragen, in denen direkt eine Bewertung abgegeben werden kann und zwei weiteren Fragen, in denen sich die Versicherten mit eigenen Worten äußern konnten. Neben diesen prozessorientierten Fragen wurde direkt nach der Bewertung des Projektes gefragt. Die Ergebnisse dieser Frage werden in **Tabelle 42** und **Abbildung 34** dargestellt.

Tabelle 42: Zufriedenheit Patientenbetreuung

15. Wie sind Sie mit der Patientenbetreuung der IKK gesund plus zufrieden? (1 voll und ganz - 6 überhaupt nicht)					
1	2	3	4	5	6
30	28	5	3	1	2

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 34: Messung der Zufriedenheit Patientenbetreuung



Quelle: Eigene Darstellung

Von den 76 Versicherten schätzen 69 Versicherte ihre Zufriedenheit ein. 84 % der Versicherten beantworteten die Frage mit „gut“ oder „sehr gut“. Mit „schlecht“ oder „sehr schlecht“ bewerteten drei Versicherte die Patientenbetreuung, was einem Anteil von 4 % entspricht.

16 Interne und externe Kommunikation

Ein Kernstück des Projekts Patientenbetreuung war die Optimierung der Kommunikationswege und – inhalte zwischen

- den **beteiligten Leistungsbereichen** und der **IKK gesund plus**
- dem **Versicherten/ Angehörigen** und der **IKK gesund plus** sowie
- den **internen Servicestellen** und dem **Stab Patientenbetreuung**.

Der Informationsfluss über alle Leistungsbereiche hinweg und zwischen allen Beteiligten wurde verbessert. Die sachliche und inhaltliche Einbindung der verschiedenen Stellen orientierte sich dabei immer an dem individuellen Versorgungsbedarf des Betroffenen.

Ausgewertet wurden alle Kontakte bis zum 31.05.2014. Insgesamt gab es 5.463 Kontakte zu externen/ internen Stellen bzw. Versicherten oder Angehörigen. Die mit den Leistungserbringern abgestimmten Standardverfahren sind Bestandteil der Leitfäden zur Zusammenarbeit mit den Servicestellen der IKK gesund plus und zählen somit nicht zu den aufgenommenen Kontakten.

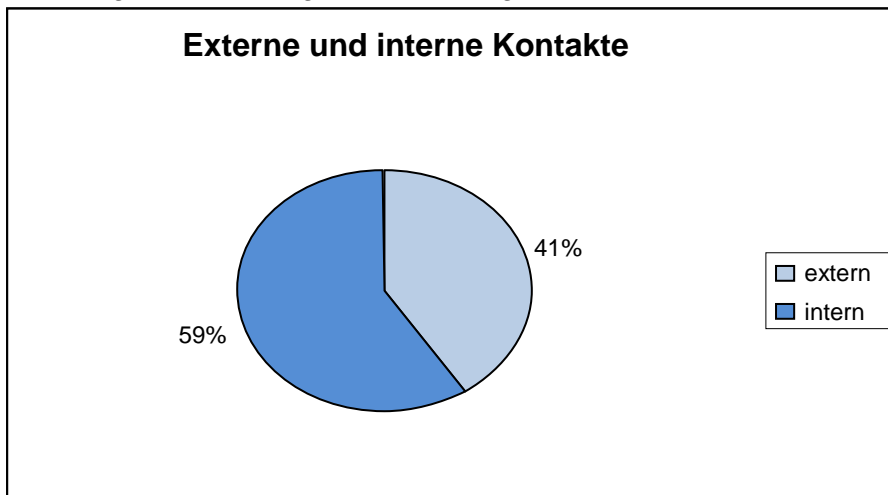
Tabelle 43: Darstellung der Kontakte gesamt

	Schlaganfall	Herzinfarkt	Gesamt
Externe Kontakte	1.453	747	2.200
Interne Kontakte	2.489	774	3.263
Gesamt	3.945	1.518	5.463

Quelle: Eigene Darstellung

Die Anzahl der Kontakte war bei den Versicherten mit der Diagnose Schlaganfall fast dreifach so hoch im Vergleich zu den Versicherten mit der Diagnose Herzinfarkt. Bei beiden Diagnosen standen die internen Kontakte an erster Stelle.

Abbildung 35: Verteilung der Kontakte gesamt



Quelle: Eigene Darstellung

Patientenbetreuung

Externe Kommunikation

Die externen Kontakte wurden zahlenmäßig differenziert nach Diagnosen und der Art es Kontakts für die Leistungsbereiche:

- Krankenhaus
- Rehabilitation
- Ambulanter Bereich
- Pflege und Sonstiges

aufgenommen.

Tabelle 44: Darstellung der externen Kontakte nach Leistungsbereichen

	Schlaganfall	Herzinfarkt	Gesamt
Arzt Krankenhaus	5	0	5
Sozialer Dienst Krankenhaus	193	201	394
Arzt Rehabilitationseinrichtung	77	8	85
Sozialer Dienst Rehabilitationseinrichtung	233	114	347
Besuchsdienst	45	5	50
Arzt ambulanter Bereich	86	117	203
Hilfsmittelerbringer	2	0	2
Heilmittelerbringer	2	0	2
Pflege	8	0	8
Versicherter	368	245	613
Angehöriger	411	47	458
Sonstige	23	10	33
Gesamt	1.453	747	2.200

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 45: Art des Kontakts

Art des Kontakts	Schlaganfall	Herzinfarkt	Gesamt
Telefonisch	651	173	824
Persönlich	94	11	105
Schriftlich	544	512	1056
Nicht erreicht	164	51	215
Gesamt	1.453	747	2.200

Quelle: Eigene Darstellung

Kommunikation mit den Versicherten/Angehörigen

Es gab insgesamt 1.071 Kontakte mit den Versicherten/Angehörigen. Der erste Kontakt zu den Angehörigen erfolgte nahezu in allen Fällen telefonisch. Beim Erstkontakt stehen die Vorstellung des Projekts sowie die Bitte um Unterzeichnung der Einverständniserklärung im Vordergrund, falls diese noch nicht vorlag. Insgesamt stellt der telefonische Kontakt die meist gewählte Form der Kommunikation zum Versicherten/Angehörigen dar. An zweiter Stelle folgen die schriftlichen Kontakte. Die Kontaktaufnahme zum Versicherten/Angehörigen ist in beiden Fällen häufig nicht beim ersten Versuch möglich. Dies zeigt auch der relativ hohe Anteil der Kontaktversuche. Insbesondere die Beratung und Begleitung der Angehörigen war ein wichtiger Punkt. Die Angehörigen sind immer mitbetroffen. Auch für sie veränderte sich das Leben plötzlich und unerwartet. Durch die Unterstützung konnten teilweise Ängste abgebaut werden.

Tabelle 46: Kommunikation mit den Versicherten / Angehörigen

Diagnose		Versicherter		Angehöriger	
		Schlaganfall	Herzinfarkt	Schlaganfall	Herzinfarkt
Art des Kontakts	Telefonisch	120	69	332	42
	Persönlich	5	1	7	0
	Schriftlich	153	133	27	5
	Nicht erreicht	90	42	45	0
	Gesamt	368	245	411	47

Quelle: Eigene Darstellung

Kommunikation mit den internen Servicestellen

Angesichts der Krankheitssituation der Versicherten mit Schlaganfall und Herzinfarkt wurden IKK-intern Informationen mit allen Servicestellen (SSt) des Geschäftsbereichs Gesundheitsleistungen, den Kundencentern sowie zum Fachbereich Gesundheitsmanagement ausgetauscht.

Die Kontakte zwischen den internen Servicestellen und dem Stab Patientenbetreuung wurden ebenfalls diagnosebezogen und nach der Art des Kontakts erfasst.

Es gab insgesamt 3.263 Kontakte zu internen Servicestellen.

Tabelle 47: Überblick interne Kontakte

Interner Kontakt	Anzahl der Kontakte
SSt Krankenhaus	1.617
SSt Pflegeversicherung	359
SSt Rehabilitation	239
SSt Heil- und Hilfsmittel	278
SSt Ärzte	224
SSt Krankengeld	173
Gesundheitsmanagement	46
Kundencenter	34
Pflegeberatung	21
Pharmakologische Beratung	142
Controlling	130
Gesamt	3.263

Quelle: Eigene Darstellung

Patientenbetreuung

Tabelle 48: Art der internen Kontakte

	Schlaganfall	Herzinfarkt	Gesamt
Telefonisch	133	17	150
Persönlich	4	0	4
Schriftlich	2.352	757	3109
Gesamt	2.489	774	3.263

Quelle: Eigene Darstellung

17 Zusammenfassung und Ausblick

Ein Schlaganfall oder ein Herzinfarkt sind häufig mit folgenreichen Behinderungen verbunden. Diese Leistungseinschränkungen können vorübergehend oder auch länger bestehen. Die bestehenden Defizite bringen oft einen erheblichen medizinischen und therapeutischen Bedarf mit sich.

Vor diesem Hintergrund bot die IKK gesund plus betroffenen Versicherten und Angehörigen eine Patientenbetreuung zur Verbesserung der Versorgungsqualität an. Die Versicherten wurden während des gesamten Versorgungsprozesses betreut.

Hierbei konzentrierte sich die IKK gesund plus auf die Beratung und Unterstützung von Versicherten und ihren Angehörigen. Die Begleitung der Versicherten in dieser plötzlich dramatisch veränderten Lebenssituation war ein zentraler Erfolgsfaktor.

Vor allem muss positiv hervorgehoben werden, dass nach intensiver Erläuterung kein Versicherter oder Angehöriger die Patientenbetreuung ablehnte.

Im Gegenteil, die Versicherten waren sehr angenehm überrascht und dankbar dafür, dass in dieser schwierigen Lage ein zentraler Ansprechpartner zur Verfügung stand.

Allerdings muss konstatiert werden, dass leider nicht alle Versicherten erreicht werden konnten. In den §§ 11 und 39 SGB V ist geregelt, dass das Versorgungsmanagement und das Entlassungsmanagement nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information erfolgen darf. Aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen ist die praktische Umsetzung nicht geregelt, die Frage also offen, wie die Einwilligung eingeholt werden kann und soll. Eine praktikable Lösung im Sinne der Betroffenen wäre hier wünschenswert.

Gleichzeitig arbeitete die IKK gesund plus eng mit Ärzten, Kliniken, Therapeuten und Pflegeeinrichtungen zusammen. Ein gemeinsames Vorgehen sollte die Behandlungskontinuität sichern. Im Mittelpunkt stand die Kommunikation mit den Leistungspartnern beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.

Die IKK gesund plus unterstützte die Partner bei der Organisation einer zeitnahen und bedarfsgerechten Versorgung. So konnten beispielsweise Probleme im Rahmen der Hilfsmittelversorgung, Beschaffung eines Pflegeplatzes oder Verlegung in eine Neurologische Frührehabilitationsklinik unbürokratisch gelöst werden.

Darüber hinaus unterstützte die IKK gesund plus die Hausärzte. Als Serviceleistung erhielten die Hausärzte einen Überblick zur Medikation der verordneten Arzneimittel.

Bei Bedarf vermittelte die IKK gesund plus Termine bei Fachärzten.

Auch erhielten die Versicherten zur Stärkung der Compliance Angebote zur Förderung der Gesundheit.

Insgesamt sammelte die IKK gesund plus umfangreiche Erfahrungen hinsichtlich der Gesamtversorgung. Versorgungsprobleme wurden immer schnell erkannt und mit Unterstützung der Leistungspartner gelöst.

Besonders positiv hervorzuheben war die konstruktive Zusammenarbeit mit den Rehabilitationskliniken. So konnte jeder Versicherte zeitnah vom Krankenhaus in die Rehabilitationsklinik verlegt und mit frührehabilitativen Leistungen versorgt werden.

Patientenbetreuung

Die Ergebnisse des Projektes dokumentieren sehr deutlich, dass das gemeinsame Miteinander von Leitungspartnern und IKK gesund plus die Versorgungsqualität verbessern kann. Auch wurde der praktische Beweis erbracht, dass das „Mitnehmen“ der Versicherten und Angehörigen von Beginn an eine wichtige Voraussetzung für eine auf den Versicherten bezogene individuelle bedarfsgerechte Versorgung ist. Eine sachliche Aufklärung und praktische Unterstützung in dieser schwierigen Situation führen dazu, dass Entscheidungen verstanden und gemeinsam getroffen und getragen werden.

Auf dieser Basis wurde das Angebot Patientenbetreuung nach Beendigung der Projektphase ab dem 01.01.2014 weitergeführt und regelmäßig weiterentwickelt. Die Betreuung der Versicherten und Angehörigen ist fester Bestandteil der Arbeitsabläufe der IKK gesund plus. Menschen mit einem Schlaganfall haben oft eine besonders schwere Lebenssituation zu meistern. Die IKK gesund plus bietet mit der Patientenbetreuung eine Unterstützung für Hilfe suchende Versicherte im Rahmen des Versorgungsprozesses an.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung nach Geschlecht und Diagnose Interventionsgruppe	9
Tabelle 2: Verteilung nach Geschlecht und Diagnose der Vergleichsgruppe	9
Tabelle 3: Verteilung nach Geschlecht und Diagnose.....	10
Tabelle 4: Verteilung Alter und Geschlecht Herzinfarkt gesamt	11
Tabelle 5: Verteilung Alter und Geschlecht Schlaganfall gesamt	11
Tabelle 6: Altersverteilung nach Krankenhaus Herzinfarkt.....	13
Tabelle 7: Alters- und Geschlechtsverteilung nach Krankenhaus Schlaganfall	13
Tabelle 8: Vorliegen der Einverständniserklärungen.....	14
Tabelle 9: Kassenzugehörigkeit eingeschlossener Versicherter in Jahren und Monaten	15
Tabelle 10: Risikofaktoren mit entsprechende ICD Schlaganfall und Herzinfarkt	17
Tabelle 11: Verteilung Risikofaktoren Herzinfarkt ambulant.....	18
Tabelle 12: Verteilung Risikofaktoren Schlaganfall ambulant.....	18
Tabelle 13: Anteile Krankenhausbehandlungen 2011 bis Aufnahme Interventionsgruppe	18
Tabelle 14: Anteile Krankenhausbehandlungen 2011 bis Aufnahme Vergleichsgruppe.....	19
Tabelle 15: Risikofaktoren Schlaganfall.....	19
Tabelle 16: Risikofaktoren Herzinfarkt	20
Tabelle 17: Übersicht Versichertenhistorie 2011 und 2012.....	21
Tabelle 18: Verweildauer Herzinfarkt.....	26
Tabelle 19: Verweildauer Schlaganfall.....	27
Tabelle 20: Abweichung von der mittleren Verweildauer Herzinfarkt	28
Tabelle 21: Abweichung von der mittleren Verweildauer Schlaganfall	29
Tabelle 22: Mortalität im Krankenhaus	30
Tabelle 23: Inanspruchnahme (Fallzahl) Reha- Verteilung der Versicherten nach Diagnosen und Geschlecht Interventionsgruppe.....	31
Tabelle 24: Inanspruchnahme (Fallzahl) Reha - Verteilung der Versicherten nach Diagnosen und Geschlecht Vergleichsgruppe.....	31
Tabelle 25: Frührephase B/ C+ Übersicht Fälle und Kosten	32
Tabelle 26: Anzahl der Briefe an Versicherte.....	32
Tabelle 27: Anzahl der Briefe an Hausärzte	33
Tabelle 28: Verteilung der Versicherten auf die Hausärzte	34
Tabelle 29: Verteilung Versicherte DMP	35
Tabelle 30: Relativer Anteil von versorgten Versicherten Heilmittel	39
Tabelle 31: Relativer Anteil von versorgten Versicherten Hilfsmittel	39
Tabelle 32: Alter und VA Interventionsgruppe gesamt.....	45
Tabelle 33: Alter und VA Interventionsgruppe - Versicherte mit AU	45
Tabelle 34: Versicherte mit Pflegestufen vor und nach dem Interventionsfall Herzinfarkt	46
Tabelle 35: Versicherte mit Pflegestufen vor und nach dem Interventionsfall - Schlaganfall	47
Tabelle 36: Übersicht häusliche Krankenpflege	48
Tabelle 37: Entlassung aus Krankenhaus (280 Versicherte).....	49
Tabelle 38: Verteilung der zurückgesandten Fragebögen - Versicherten nach Alter und Geschlecht	53
Tabelle 39: Frage 1 Einschätzung der eigenen Gesundheit	53
Tabelle 40: Fragen zur ärztlichen Betreuung im Krankenhaus und Rehabilitationsklinik.....	54
Tabelle 41: Frage 3 ärztliche Information im Krankenhaus	55
Tabelle 42: Zufriedenheit Patientenbetreuung	57
Tabelle 43: Darstellung der Kontakte gesamt	58
Tabelle 44: Darstellung der externen Kontakte nach Leistungsbereichen.....	59
Tabelle 45: Art des Kontakts.....	59
Tabelle 46: Kommunikation mit den Versicherten / Angehörigen	60
Tabelle 47: Überblick interne Kontakte	60
Tabelle 48: Art der internen Kontakte	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Krankenhäuser	7
Abbildung 2: Verteilung nach Geschlecht Interventionsgruppe	9
Abbildung 3: Verteilung nach Geschlecht Vergleichsgruppe.....	10
Abbildung 4: Altersverteilung Interventions- und Vergleichsgruppe Schlaganfall	12
Abbildung 5: Altersverteilung Interventions- Vergleichsgruppe Herzinfarkt	12
Abbildung 6: Kassenzugehörigkeit Interventionsgruppe	15
Abbildung 7: Kassenzugehörigkeit Vergleichsgruppe	16
Abbildung 8: Einweiser Krankenhaus (KH) – Interventionsgruppe - Herzinfarkt.....	22
Abbildung 9: Einweiser Krankenhaus (KH) - Interventionsgruppe - Herzinfarkt.....	22
Abbildung 10: Einweiser KH - Interventionsgruppe - Schlaganfall	23
Abbildung 11: Einweiser KH - Vergleichsgruppe - Schlaganfall.....	24
Abbildung 12: Notfälle KH – Interventionsgruppe.....	25
Abbildung 13: Notfälle KH - Vergleichsgruppe.....	25
Abbildung 14: Verteilung Versicherte Hausarztprogramm.....	34
Abbildung 15: Verteilung DMP	35
Abbildung 18: Anzahl Medi-Check (I. - III. Quartal 2013).....	37
Abbildung 16: TOP 10 Versicherte Anzahl Wirkstoffe Interventionsgruppe	38
Abbildung 17: TOP 10 Versicherte Anzahl der Wirkstoffe Vergleichsgruppe	38
Abbildung 19: Interventionsgruppe Herzinfarkt 3 Monate vor Ereignis	39
Abbildung 20: Interventionsgruppe Herzinfarkt 3 Monate nach Ereignis.....	40
Abbildung 21: Vergleichsgruppe Herzinfarkt 3 Monate vor Ereignis	40
Abbildung 22: Vergleichsgruppe Herzinfarkt 3 Monate nach Ereignis	41
Abbildung 23: Interventionsgruppe Schlaganfall 3 Monate vor Ereignis	42
Abbildung 24: Interventionsgruppe Schlaganfall 3 Monate nach Ereignis	42
Abbildung 25: Vergleichsgruppe Schlaganfall 3 Monate vor Ereignis.....	43
Abbildung 26: Vergleichsgruppe Schlaganfall 3 Monate nach Ereignis	43
Abbildung 27: Entlassung aus dem Krankenhaus.....	49
Abbildung 28: Entlassung aus der Rehabilitation	50
Abbildung 29: Aufteilung nach Diagnose	51
Abbildung 30: Rücklaufquote	52
Abbildung 31: Frage 1 Einschätzung der eigenen Gesundheit.....	53
Abbildung 32: Einbeziehung der Versicherten in die ärztliche Behandlung	54
Abbildung 33: Einbeziehung der Versicherten in die ärztliche Behandlung	55
Abbildung 34: Messung der Zufriedenheit Patientenbetreuung	57
Abbildung 35: Verteilung der Kontakte gesamt.....	58

Anlage 1: Leitlinien zur Abgrenzung der Risikofaktoren bei den Schlaganfällen

Literaturauszüge

- 1.1 Auszug DEGAM-Leitlinie Nr. 8: Schlaganfall Deutsche Gesellschaft für Allgemein-medizin und Familienmedizin
1.2 KV – Sprechstunde – Eine Veranstaltung für Patienten Kassenärztliche Vereinigung Berlin
1.3 Auszug Heft 33 – Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt

90

DEGAM-Leitlinie Nr. 8: Schlaganfall

5.2.5 Lebensstil- oder personenabhängige Risikofaktoren

Lebensstil- oder personenabhängige Risikofaktoren sind veränderlich und grundsätzlich positiv beeinflussbar. Allerdings sind sie teilweise suchtbefahftet und primär von Motivationslage und Charakter der Patienten abhängig. Wo eine Veränderung eine Risikominderung erwarten lässt, können Hausärzte mit Hilfe von Beratungswerkzeugen helfend zur Seite stehen oder professionelle Beratungs- und Schulungsangebote empfohlen werden.

5.2.5.1 Rauchen

Eine Rauchentwöhnung sollte primärpräventiv hinsichtlich eines Schlaganfalls empfohlen werden (B). Auch zur Sekundärprävention sollte eine Rauchentwöhnung empfohlen werden (B).

Primärprävention: Rauchen erhöht das Schlaganfallrisiko relativ um den Faktor 1,5. Das Risiko ist für Frauen höher als für Männer und steigt mit dem Alter und der Zahl der gerauchten Zigaretten an (314, 315) (Evidenzlevel K1). Epidemiologische Daten der Framingham-Kohorte legen nahe, dass das Einstellen des Zigarettenrauchens das Schlaganfallrisiko reduziert und das Risiko ehemaliger Raucher bereits nach 2-5 Jahren auf das niedrigere Risiko der Nichtraucher reduziert wird (316) (Evidenzlevel T2a). Daten aus kontrollierten Interventionsstudien liegen nicht vor.

Sekundärprävention: Prospektive Daten zum Effekt von Rauchentwöhnung nach einem cerebrovaskulären Event konnten nicht gefunden werden. Wegen der guten Effekte primärpräventiv wird eine Rauchentwöhnung jedoch auch sekundärpräventiv empfohlen (317) (Evidenzlevel T4). Wegen der allgemein positiven Effekte einer Rauchentwöhnung wird hier der Empfehlungsgrad im Sinne einer „good clinical practice“ auf B angehoben (Konsensuskonferenz).

Empfehlungen für eine erfolgreiche Rauchentwöhnung kann der S3-Leitlinie „Tabakentwöhnung bei COPD“(318) entnommen werden.

5.2.5.2 Körperliche Inaktivität

Primärpräventiv hinsichtlich eines Schlaganfalls sollte ein körperlich aktiver Lebensstil empfohlen werden (B).

Sekundärpräventiv sollte körperliche Aktivität ebenfalls empfohlen werden (B).

Primärprävention: Ein körperlich aktiver Lebensstil ist umgekehrt proportional zu kardiovaskulären Erkrankungen und Schlaganfällen korreliert. Laut mehrerer Meta-Analysen von Kohortenstudien reduziert hohe und moderate körperliche Betätigung das Schlaganfallrisiko, allerdings nur für Männer signifikant (RR 0,7 bzw. RR 0,8) (319, 320) (Evidenzlevel K2). Ob jedoch sportliche Aktivität als therapeutische Intervention bei bislang nicht-aktiven Patienten eine Risikominderung ergibt, ist nicht gesichert, da hierzu keine randomisiert-kontrollierten Studien vorliegen.

Sekundärprävention: Es konnten keine prospektiven Daten (klinische Untersuchungen oder RCTs) gefunden werden, die systematisch die Rate der Schlaganfallrezidive untersuchen. Allgemein wird körperliche Aktivität nach Schlaganfall jedoch vor allem hinsichtlich Lebensqualität und Zuegewinn an Rehabilitation (321, 322) empfohlen (Evidenzlevel T4). Wegen der allgemein positiven Effekte von Bewegung wird der Empfehlungsgrad im Sinne einer „good clinical practice“ auf B angehoben (Konsensuskonferenz).

5.2.5.3 Übergewicht

Primär- und Sekundärprävention: Trotz positiver Beeinflussung der Risikofaktoren besteht keine Evidenz, dass Maßnahmen zur Gewichtsreduktion zur Prävention des Schlaganfalls dienen.

Moderater, aber regelmäßiger Alkoholkonsum (<25 g/di) scheint einen protektiven Einfluss auf kardiovaskuläre Ereignisrate und Mortalität zu haben (RR = 0,80; CI: 0,78-0,83) (328,329,330) (Evidenzlevel K2). Das gilt auch für die periphere Verschlusskrankung (pAVK) (bereinigte relative Risikoreduktion 25%) (331) (Evidenzlevel K2). Der Einfluss moderaten Alkoholkonsums auf ischämische Insulte scheint ebenfalls protektiv zu sein (rel. Risikoreduktion bis 12 g/d 0,80, CI 0,67-0,96, 12-24 g/d: 0,72, CI 0,57-0,91) (332, 333), allerdings zeigen aktuelle Daten an einer mediterranen Kohorte (Griechenland) keine Risikoreduktion bzgl. Schlaganfall (334) (Evidenzlevel K2). Eine Meta-Analyse fand den Effekt bezüglich kardiovaskulärer Ereignisrate bei Frauen eingeschränkt, Framingham-Daten fanden den Effekt erst ab einem Alter von 60 (335). Unterschiedliche Wirkstärken der Getränkearten wurde von den Meta-Analysen nicht gefunden, dies scheint keine Rolle zu spielen (Evidenzlevel K2). An o.g. Studien wird die subjektive Mengenfeststellung, die große Heterogenität und die uneinheitliche Erfassung anderer protektiver Faktoren bemängelt (336, 337). Randomisierte Interventionsstudien zur Klärung werden empfohlen (Evidenzlevel K4), sind aber bislang noch nicht erfolgt. Darüber hinaus besteht eine Gefährdung durch alkoholische Getränke auf Grund von Suchtpotential, Kanzerogenität und anderer pathogener Effekte. Auch mäßiger Alkoholenuss (<25 g/di) kann für verschiedene Tumorarten kanzerogen und bei Frauen schon in geringeren Mengen schädlich wirken (338) (Evidenzlevel K2). Wegen noch nicht eindeutig geklärter Evidenzlage (Heterogenität der Daten aus Kohortenstudien, fehlende RCT) und relevanter Gefährdung wird ein moderater Alkoholenuss als Prävention ischämischer Schlaganfälle nicht empfohlen.

5.2.5.5 Fisch und Omega-3-Fettsäuren

Primärprävention: Präparate mit Omega-3-Fettsäuren als Nahrungsergänzung können nicht empfohlen werden (C). Ein moderater Fischkonsum kann sich positiv auf das Risiko eines ischämischen Schlaganfalls auswirken (Evidenzlevel K1).

Übergewicht ist ebenfalls ein unabhängiger Risikofaktor für Schlaganfall (OR 2,1) (323, 324) (Evidenzlevel K2). Maßnahmen zur Gewichtsreduktion können Risikofaktoren positiv beeinflussen, sind aber auch mit Risiken behaftet (z.B. Jojo-Effekt). Insofern sind zur Beurteilung klinische Studien zur Effektivität von Gewichtsreduktion bzgl. harter Endpunkte wie Schlaganfallhäufigkeit notwendig. Sie konnten jedoch nicht gefunden werden. Auch die aktuelle Cochrane-Review (325) sieht keine ausreichende Evidenz, dass Maßnahmen zur Gewichtsreduktion die Häufigkeit von Schlaganfällen senken.

Ergänzung Konsensuskonferenz Verband der Diätassistenten Deutscher Bundesverband e.V.: Wenn Maßnahmen zur Gewichtsreduktion ergriffen werden sollten, kann eine professionelle Ernährungsberatung empfohlen werden. Betroffene nehmen dazu Kontakt mit ihrer Krankenversicherung auf, die Diätassistenten im Einzugsgebiet nennen können.

5.2.5.4 Alkoholgenuss

Primär- und Sekundärprävention: Zur Prävention eines Schlaganfalls soll empfohlen werden, hohen Alkoholkonsum (>40 g/d) zu vermeiden (A).

Die Empfehlung eines regelmäßigen moderaten Alkoholgenusses (<25 g/d) als Prävention des Schlaganfalls sollte wegen nicht eindeutiger Evidenzlage und der Risiken von regelmäßigem Alkoholgenuss (Suchtpotential, Kanzerogenität) nicht ausgesprochen werden (C).

Hoher regelmäßiger Alkoholkonsum (>40 g pro Tag) oder seltener hoher Alkoholkonsum stellt einen Risikofaktor (RR 2-3) (326, 327) (Evidenzlevel K2) für Schlaganfall, v.a. durch eine höhere Inzidenz von Hirnblutungen, dar. Empfohlen wird als präventive Maßnahme, hohen Alkoholkonsum zu vermeiden. Wegen der allgemein negativen Effekte von hochdosiertem Alkoholgenuss wird der Empfehlungsgrad auf A angehoben (Konsensuskonferenz).



KV-Sprechstunde
Eine Veranstaltung für Patienten



Foto: weipck

Informationen zur KV-Sprechstunde



Schlaganfall - Risikofaktoren kennen

Einige Risikofaktoren für einen Schlaganfall lassen sich nicht beeinflussen, etwa das Alter oder eine erblich bedingte Veranlagung. Andere jedoch sind eine Sache der Lebensweise. Wer seine Gefährdung kennt und sich angemessen verhält, kann das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, deutlich verringern.

Erhöhter Blutdruck

Zu hoher Blutdruck ist der wichtigste Risikofaktor für einen Schlaganfall. Von Bluthochdruck spricht der Arzt, wenn er bei einem Patienten mehrfach einen Druck misst, der höher ist als 140/90 mmHg (sprich: Millimeter Quecksilbersäule). Der erste Wert bezeichnet dabei den so genannten systolischen Druck. Er entsteht, wenn das Herz das Blut in die Gefäße pumpt. Der zweite Wert heißt diastolischer Druck. Die Gefäße erzeugen ihn durch ihre Eigenspannung im Wesentlichen selbst. Einen optimalen Blutdruck als so genannten Zieldruck gibt es in Bezug auf den Schlaganfall derzeit nicht. Erstrebenswert sind jedoch Werte unter 120/80 mmHg. Grundsätzlich ist ein erhöhter Blutdruck ein Risikofaktor für Arterienverkalkung. Daher ist es wichtig, regelmäßig seinen Blutdruck überprüfen zu lassen. Dann bleiben erhöhte Werte nicht lange unentdeckt.

Das können Sie selber tun

Nicht jeder Patient mit Bluthochdruck muss Medikamente einnehmen. Häufig genügt es, ein paar Regeln zu beachten: Treiben Sie regelmäßig Ausdauersport, zum Beispiel Schwimmen, Fahrradfahren oder Joggen. Das kann den Druck um rund 10 bis 15 mmHg senken. Allerdings sollten Sie vorher mit Ihrem Hausarzt sprechen, welcher Sport für Sie geeignet ist. Wichtig ist auch: Er sollte Ihnen Spaß machen, damit Sie regelmäßig dabeibleiben. Wenn Sie übergewichtig sind, sollten Sie versuchen, abzunehmen. Auch das kann Ihren Blutdruck senken. Ihr Hausarzt kann Ihnen eine Ernährungsberatung in Ihrer Nähe empfehlen. Wenn Sie rauchen, sollten Sie versuchen, damit aufzuhören. Rauchen ist – wie

Fortsetzung nächste Seite

Die KV-Patientensprechstunde
wird unterstützt von

radioBERLIN^{rb}
88,8



Bluthochdruck – ein Risikofaktor für Arterienverkalkung und trägt außerdem dazu bei, dass der Blutdruck steigt. Auch hierzu kann Ihr Arzt Sie beraten. Übrigens: Diese Regeln gelten auch dann, wenn Sie Medikamente gegen zu hohen Blutdruck einnehmen müssen.

Erhöhter Cholesterinspiegel

Ein zu hoher Cholesterinspiegel im Blut ist ein klarer Risikofaktor für Herzinfarkte. Der Zusammenhang zwischen zu hohen Blutfetten und einem Schlaganfall ist nicht ganz so eindeutig. Experten empfehlen trotzdem auch in Hinblick auf das Schlaganfallrisiko, auf die Cholesterinwerte zu achten. Das Cholesterin im Blut besteht aus verschiedenen Untergruppen. Die wichtigsten sind das so genannte LDL-Cholesterin und das HDL-Cholesterin. Ihre Höhe hängt einerseits von der Ernährung ab, andererseits davon, wie viel Cholesterin die Leber selbst produziert. In Form des LDL wandert das Cholesterin von der Leber in die Blutgefäße. Hier kann es sich ablagern und zur Arteriosklerose führen. LDL-Cholesterin gilt daher als „schlechtes Cholesterin“. In Form des HDL wandert das Cholesterin genau in die umgekehrte Richtung: von den Gefäßen in die Leber. Deshalb gilt HDL-Cholesterin als das „gute Cholesterin“ – ein hoher HDL-Spiegel senkt die Arteriosklerosegefahr. Liegt das Gesamtcholesterin im Blut über 200 mg/dl (sprich Milligramm pro Deziliter), gilt es als erhöht. Das so genannte LDL-Cholesterin sollte davon nicht mehr als 150 mg/dl betragen, so genanntes HDL-Cholesterin nicht weniger als 40 mg/dl.

Das können Sie selber tun

Zwei Maßnahmen sind wichtig, um einen zu hohen Blutcholesterinwert zu senken: Die eine ist regelmäßige Bewegung. Fragen Sie Ihren Hausarzt, welche Sportart für Sie geeignet ist und ob er einen Verein oder eine Gruppe kennt, wo Sie diese ausüben können. Der zweite Punkt ist die Ernährung: Wer unter erhöhten Blutfetten leidet, sollte fett- und cholesterinhaltige Lebensmittel meiden. Dazu gehören zum Beispiel Schweinefleisch, Innereien und Eier. Gehen Sie sparsam mit Butter und Kochfett um, und vermeiden Sie auf dem Brot Wurst und fetten Käse. Empfehlenswert sind ballaststoffreiche Lebensmittel wie Brot und andere Getreideprodukte, Kartoffeln, Früchte und Gemüse. Positiv auf den Cholesterinspiegel wirken sich außerdem ungesättigte Fettsäuren aus – sie sind zum Beispiel in Oliven-, Sonnen- und Distelöl enthalten. Wichtig ist außerdem die Zubereitung der Nahrungsmittel: Gedünstete Nahrung ist zum Beispiel fettärmer als gebratene. Sollten diese Maßnahmen nicht ausreichen, fragen Sie Ihren Arzt, ob Sie ein Medikament nehmen müssen, um die Blutfette weiter zu senken. Ein solches Präparat ersetzt aber die oben beschriebenen Maßnahmen nicht, sondern ist nur eine zusätzliche Hilfe.

Erhöhter Blutzucker

Auch ein zu hoher Blutzucker schädigt die Blutgefäße. Ein erhöhter Blutzuckerspiegel ist ein Risikofaktor für Arteriosklerose und damit für einen Herzinfarkt, in geringerem

Fortsetzung nächste Seite



Maße auch für einen Schlaganfall. Daher ist es wichtig, regelmäßig seinen Blutzucker kontrollieren zu lassen. Zeigen sich bei der Untersuchung zu hohe Werte, sollte der Betroffene mit seinem Arzt zusammen überlegen, wie er diese senken kann. Oft kommt auch eine Therapie ohne Medikamente in Betracht. Der entscheidende Richtwert ist der so genannte Nuchtemblutzucker. Dieser Wert sollte unter 110 mg/dl liegen (sprich: Milligramm pro Deziliter). Das entspricht nach einer neuen Einheit 6,1 mmol/l (sprich: Millimol pro Liter). Ab 126 mg/dl (7,0 mmol/l) gilt der Betroffene als Diabetiker. Dazwischen liegt der Bereich der so genannten gestörten Glucosetoleranz.

Rauchen


Wer regelmäßig zur Zigarette greift, steigert sein Schlaganfallrisiko um fast das Doppelte. Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass Ex-Raucher rund fünf Jahre brauchen, um das Schlaganfallrisiko von Nichtrauchern zu erreichen. Lunge, Herz und Gehirn, Nieren, Harnblase und Beine – sie alle und noch viele Organe mehr leiden unter dem Rauchen. Studien haben gezeigt, dass zehn Zigaretten pro Tag die Wahrscheinlichkeit, an einem Herz-Kreislauf-Leiden zu sterben, bei Männern um 18 Prozent, bei Frauen sogar um 31 Prozent erhöhen. Grundsätzlich ist es zu jeder Zeit und in jedem Alter ein gesundheitlicher Gewinn, mit dem Rauchen aufzuhören. Denn mit dem Rauch-Stopp beginnt der Körper sofort mit der Schadensbeseitigung. Erste Vorteile des Nichtrauchens stellen sich schon nach kurzer Zeit ein: Bereits etwa 20 Minuten nach der letzten Zigarette gleichen sich Herzschlagfrequenz und Körpertemperatur derjenigen des Nichtrauchers an. Etwa acht Stunden dauert es, bis sich das mit dem Zigarettenrauch aufgenommene giftige Kohlenmonoxid in der Blutbahn verflüchtigt und lebensnotwendigem Sauerstoff Platz gemacht hat.

Das können Sie selber tun

Rund 28 Prozent der Deutschen über 15 Jahre rauchen – das haben Umfragen ergeben. Die Befragungen zeigen allerdings auch, dass fast die Hälfte von ihnen gerne damit aufhören möchte. Nur: Das ist häufig leichter gesagt als getan! Damit der Rauch-Stopp gelingt, bieten verschiedene Ärzte Anti-Rauch-Gruppen an, in der die Teilnehmer in mehreren Treffen zusammen lernen, wie sie in Zukunft „ohne“ auskommen. Die Kosten muss der Raucher selbst übernehmen – sie liegen um die 200 Euro. Wer eine Schachtel pro Tag raucht, hat das Geld also nach knapp zehn Wochen schon wieder eingespart.

Vorhofflimmern

Beim Vorhofflimmern arbeiten der rechte und der linke Vorhof im Herzen nicht mehr regelmäßig. Eine Folge davon ist, dass auch die Kammern, die das Blut in den Lungen- und den Körperkreislauf pumpen, nicht mehr regelmäßig schlagen. Beim Vorhofflimmern können sich im Herzen Blutgerinnsel bilden. Wenn diese mit dem Blut ausgeschwemmt werden, können sie Gefäße verstopfen, die das Gehirn versorgen. Ein Schlaganfall ist die Folge. Studien haben gezeigt: Wer unter Vorhofflimmern

Fortsetzung nächste Seite 



leidet, hat ein Schlaganfallrisiko von rund 4,5 Prozent pro Jahr! Kommen weitere Risikofaktoren hinzu – zum Beispiel Bluthochdruck – steigt die Gefahr noch weiter.

Das können Sie selber tun

Lassen Sie regelmäßig Ihren Blutdruck und Ihren Puls kontrollieren. Wenn Ihr Herzrhythmus unregelmäßig ist, wird der Arzt ein EKG anfertigen. Damit kann er ein Vorhofflimmern feststellen. Ist dies der Fall, kann es sinnvoll sein, die Blutgerinnung mit bestimmten Medikamenten zu verringern, damit sich im Herzen keine Blutgerinnsel bilden. Diese Medikamente erhöhen zwar auch die Gefahr einer Blutung – auch einer Hirnblutung –, verschiedene Studien haben aber gezeigt, dass der positive Effekt der gerinnungshemmenden Medikamente überwiegt. Neurologen gehen aufgrund dieser Studien davon aus, dass mindestens zehn Schlaganfälle verhindert werden könnten, wenn 1000 Patienten mit Vorhofflimmern ein Jahr lang mit Gerinnungshemmern behandelt werden.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Bei der Suche nach einem Neurologen in Ihrer Nähe hilft Ihnen auch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin weiter: Unter der Nummer 31 00 32 22 erreichen Sie unseren Gesundheitslotsendienst.

dem Akutereignis Verstorbenen war über die Jahre konstant niedrig. Die höhere Sterblichkeit in den ersten 24-Stunden nach dem Infarkt trug zur niedrigeren 28-Tage-Überlebensrate im Zeitraum 1985 bis 1987 gegenüber 2001 bis 2003 bei. Sie war damals vor allem bei den Frauen höher (Odds Ratio 1,52 [95% KI 1,24–1,86]). Im Zeitraum 2001 bis 2003 überlebten im Vergleich zu 1985 bis 1987 prozentual deutlich mehr Frauen und mehr Männer den akuten Herzinfarkt; es waren keine Geschlechtsunterschiede im Krankheitsverlauf mehr nachweisbar. Die Veränderungen sind in allen Stadien signifikant.

Ab dem Jahr 2000 ist eine Abnahme der prähospitalen und frühen Krankenhausletalität zu verzeichnen, die mit dem raschen Anstieg der frühzeitig durchgeführten Stentimplantationen (Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung mit der Einbringung eines Draht- oder Plastikröhrchens in die betroffene Herzkranzarterie) bei Frauen und Männern assoziiert ist (siehe medizinische Akutbehandlung). Dass dennoch, bei insgesamt stark rückläufiger Letalität, fast 90% der koronaren Todesfälle während des ersten Tages nach dem Herzinfarkt ereignis eintreten, unterstreicht die vorrangige Bedeutung der Prävention.

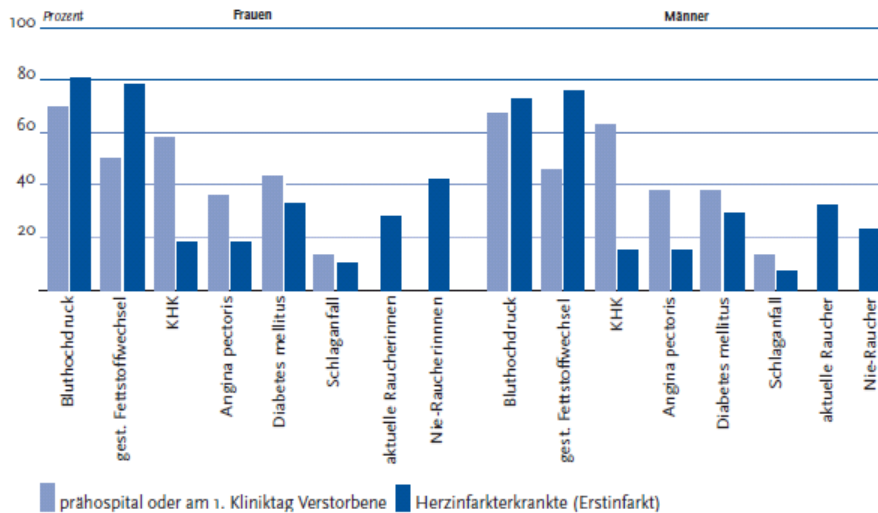
Risikoprofil der Herzinfarktpatienten

Anhand der Daten des Augsburger Herzinfarktregisters sind Aussagen zu bereits bestehenden Vorerkrankungen der Herzinfarktpatientinnen und -patienten möglich. Diese liegen getrennt für prähospitalen und am 1. Kliniktag eingetretene Todesfälle und für 24-Stunden überlebende Krankenhauspatienten vor (siehe Abbildung 3).

Die Daten der Verstorbenen basieren auf den Angaben der befragten behandelnden Ärzte, die Daten der Krankenhauspatientinnen und -patienten auf den Interview- und Krankenaktenangaben.

Die Mehrzahl der Verstorbenen hatte einen dokumentierten Bluthochdruck. Eine Fettstoffwechselstörung war bei ca. 50% der verstorbenen Herzinfarktpatientinnen und -patienten und bei über 75% der weiblichen und männlichen Krankenhauspatienten dokumentiert. Dieser Unterschied deutet auf eine noch zu geringe Diagnoserate in der ambulanten Versorgung hin. Der geringere Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer KHK, Diabetes, Angina pectoris und Schlaganfall bei den Krankenhauspatienten resultiert u.a. aus einer Übersterblichkeit dieser Patientengruppe in der prähospitalen und frühen Krankenhausphase.

Abbildung 3
 Kardiovaskuläres Risikoprofil der prähospital und der am ersten Kliniktag Verstorbenen mit koronarer Todesursache sowie der 24-Stunden überlebenden Krankenhauspatienten mit Erstinfarkt der Altersgruppe 25 bis 74 Jahre nach Geschlecht
 Quelle: MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg 2001 bis 2003



Belastbare Daten zur Raucheranamnese waren nur von den befragten Krankenhauspatientinnen und -patienten zu erheben. Im Zeitraum 2001 bis 2003 hat sich der Anteil der Zigarettenraucher bei Frauen und Männern weiter angeglichen (Männer: 32% [95% KI 29–34], Frauen: 28% [95% KI 24–32]. 1985 bis 1987 betrug er bei den Männern 37% [95% KI 34–41] und bei den Frauen 23% [95% KI 18–28]. Die zunehmende Bedeutung des Zigarettenrauchens bei Frauen zeigt sich jetzt in dem stark zurückgegangenen Anteil der Nie-Raucherinnen auf 42%: 1985 bis 1987 waren das noch 58% der weiblichen Erstinfarktpatienten, während fast unverändert ca. ein Viertel der männlichen Patienten angaben, nie Zigaretten geraucht zu haben (siehe auch Punkt Risikofaktoren für die Entstehung der koronaren Herzkrankheit).

Zu beachten ist, dass bei einem Teil der Verstorbenen bzw. Erkrankten (drei bis zehn Prozent) keiner der aufgeführten Risikofaktoren einschließlich der Vorerkrankungen bekannt war.

Besonderheiten der prähospital Verstorbenen

Die ersten Minuten und Stunden nach dem Gefäßverschluss sind mit dem höchsten Sterberisiko verbunden; etwa 25% aller Betroffenen überleben die erste Stunde nicht; sie sind zumeist zu Hause und häufig alleine [8]. Aus den Daten der WHOMONICA-Herzinfarktregister geht hervor, dass weltweit nur zwei von drei Patienten lebend ein Krankenhaus erreichen. Je früher eine Ärztin/ein Arzt gerufen wird, umso größer sind die Überlebenschancen und umso seltener treten Komplikationen auf. Der klinische Alltag zeigt, dass auch in Deutschland zu viele Patientinnen und Patienten immer noch zu lange – etwa 20% sogar mehr als 12 Stunden – warten, bis sie ärztliche Hilfe rufen.

Seit 1985 werden in der Region Augsburg bei koronaren Todesfällen die zuletzt behandelnden und die Leichenschauärzte zu den Todesumständen befragt. Danach ereignet sich ohne wesentliche Änderungen über die Zeit der prähospitalen Herztod hauptsächlich zu Hause, bei Frauen auf dem Land häufiger als bei Männern. Der Tod am Arbeitsplatz oder auf der Straße war und ist dage-

Zwei bis zehn Prozent der prähospital Verstorbenen konnten trotz Anwesenheit einer Ärztin/eines Arztes nicht gerettet werden. Auf dem Land waren medizinische Laien bei Eintritt des Todes häufiger anwesend als in der Stadt. Dementsprechend häufiger verstarben in der Stadt lebende Frauen und Männer allein. Im Zeitraum März 2000 bis Februar 2002 hat auch in Nürnberg eine Ärztebefragung für alle koronaren Todesfälle stattgefunden. Diese, im Rahmen einer Aktion »Stopp dem Herztod«, ergab eine vergleichbare Situation für Nürnberg und Augsburg.

Der nach wie vor sehr hohe Anteil der zu Hause Verstorbenen und der relativ große Anteil von Todesfällen mit anwesenden Zeugen unterstreicht die Notwendigkeit einer verstärkten Aufklärung über die Symptome eines Herzinfarktes. Darüber hinaus müssen Risikopatientinnen und -patienten und deren Angehörige wissen, dass bei Einsetzen der akuten Beschwerden sofort notfallmedizinische Hilfe, in der Regel Rettungsdienst und Notärztin/Notarzt, gerufen werden muss. Durch stärkere Motivation der Bevölkerung zur Teilnahme an einer Ausbildung in Erster Hilfe und in lebensrettenden Sofortmaßnahmen, abgesehen von einer verpflichtenden Teilnahme im Rahmen des Führerscheinerwerbs, würden mehr Laien als bisher in die Lage versetzt werden, im Notfall eine Herz-Lungen-Wiederbelebung durch Herzdruckmassage und Atemspende einzuleiten. Hierdurch kann die Zeitspanne bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notärztin/Notarzt, die unter anderem mit technischen Hilfsmitteln wie z. B. mit einem Defibrillator sowie mit Notfallmedikamenten ausgerüstet sind, entscheidend überbrückt werden (siehe Erste Hilfe).

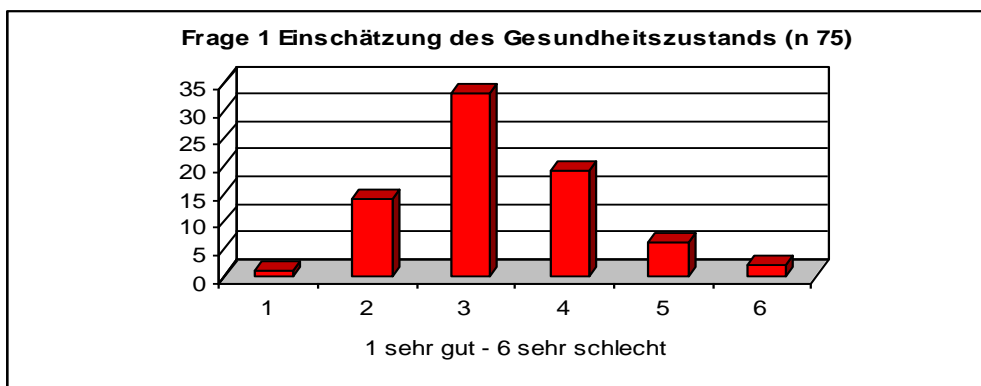
**Anlage 2: Vollständige graphische Auswertung aller Fragen
„Fragebogen an den Versicherten“**

Gesamtüberblick

- Gesundheitszustand (Frage 1)
- ärztliche Versorgung (Frage 2-6)
- pflegerische Betreuung (Frage 7-10)
- Organisation im Krankenhaus (Frage 11-14)
- Patientenbetreuung (Frage 15-21)

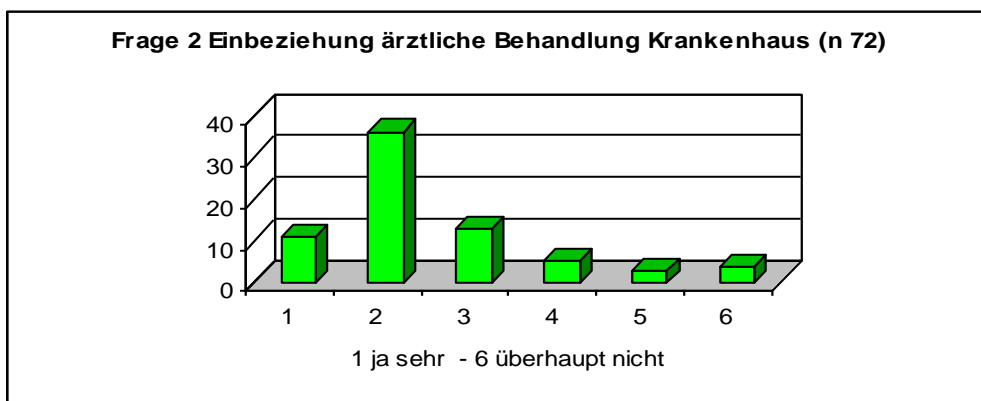
Frage zum Gesundheitszustand

Frage 1: Wie schätzen Sie Ihre gegenwärtige gesundheitliche Verfassung ein?



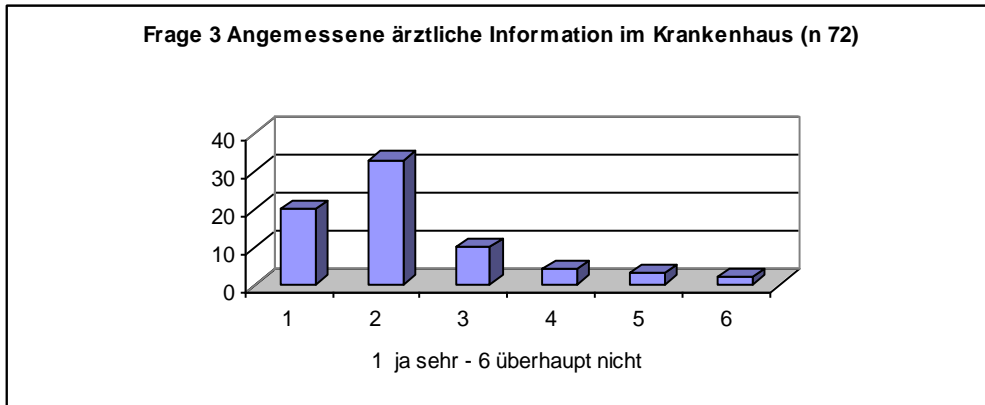
Fragen zur ärztlichen Versorgung

Frage 2: Wurden Sie in die ärztliche Behandlung im Krankenhaus mit einbezogen?

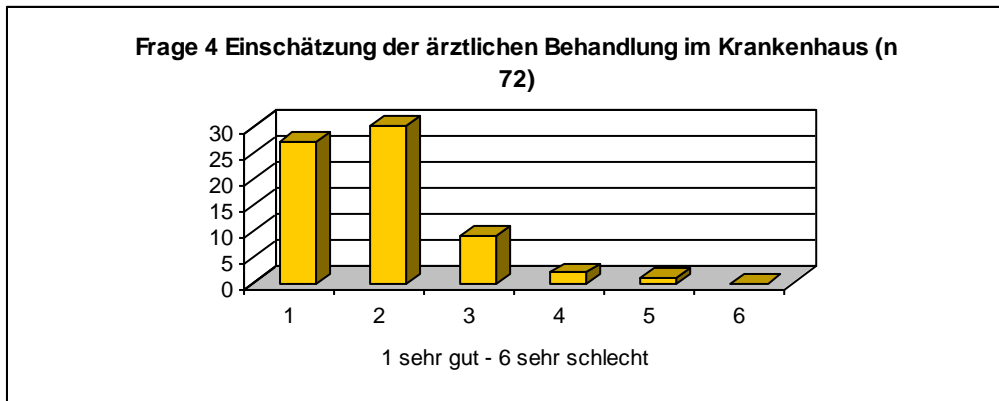


Patientenbetreuung

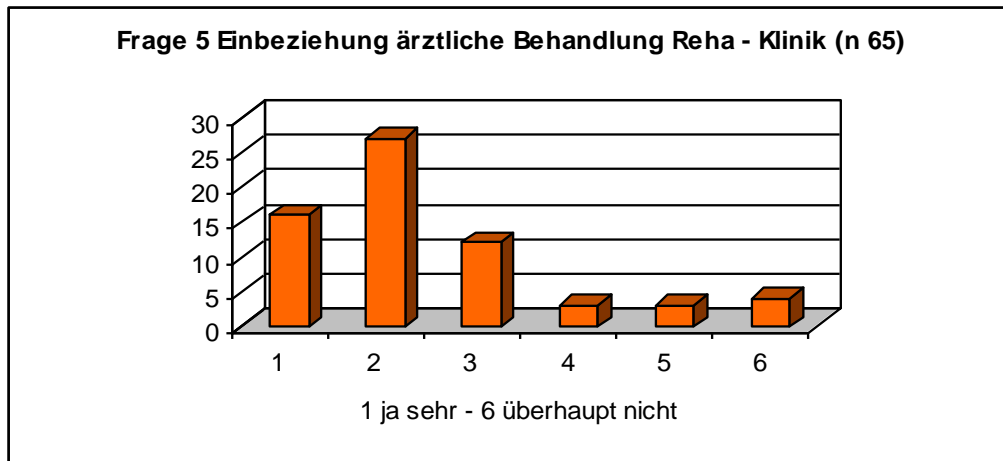
Frage 3: Wurden Sie von den Ärzten und Ärztinnen angemessen informiert?



Frage 4: Wie schätzen Sie die ärztliche Behandlung im Krankenhaus ein?

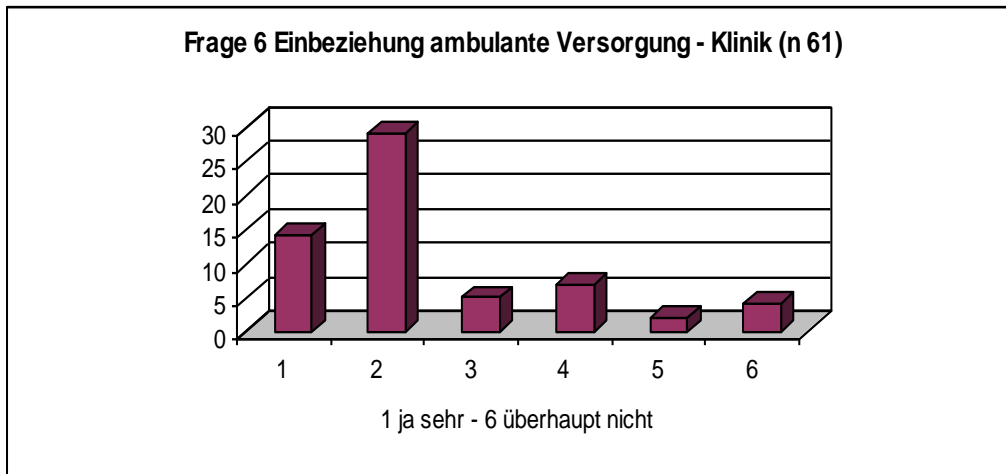


Frage 5: Wurden Sie in die ärztliche Behandlung der Reha – Klinik mit einbezogen?



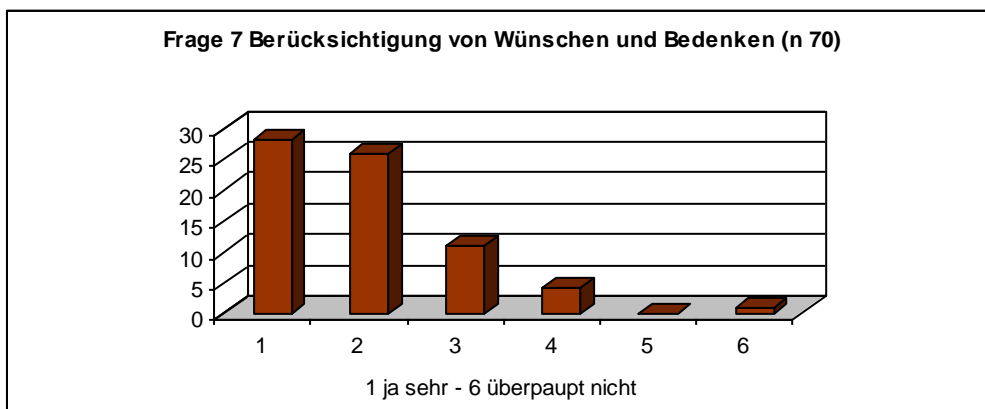
Patientenbetreuung

Frage 6: Wurden Sie in die ärztliche Behandlung in der ambulanten Versorgung mit einbezogen?

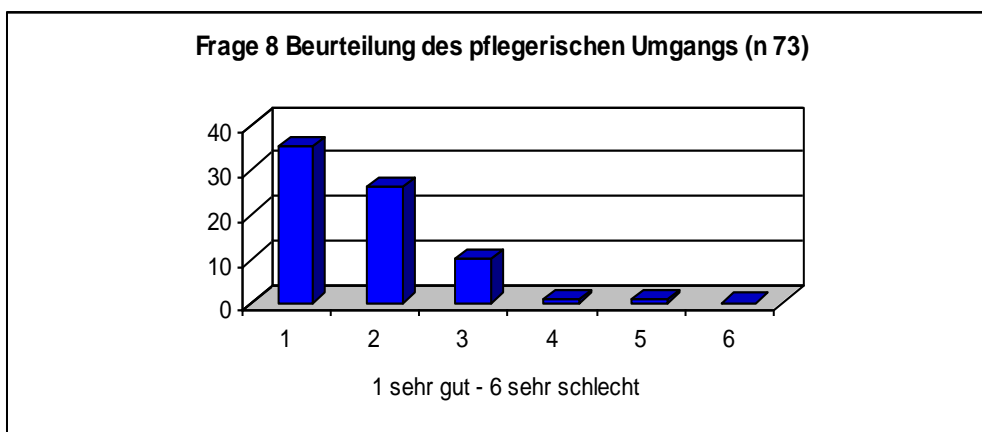


Fragen zur pflegerischen Betreuung im Krankenhaus

Frage 7: Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die Pflegekräfte berücksichtigt?

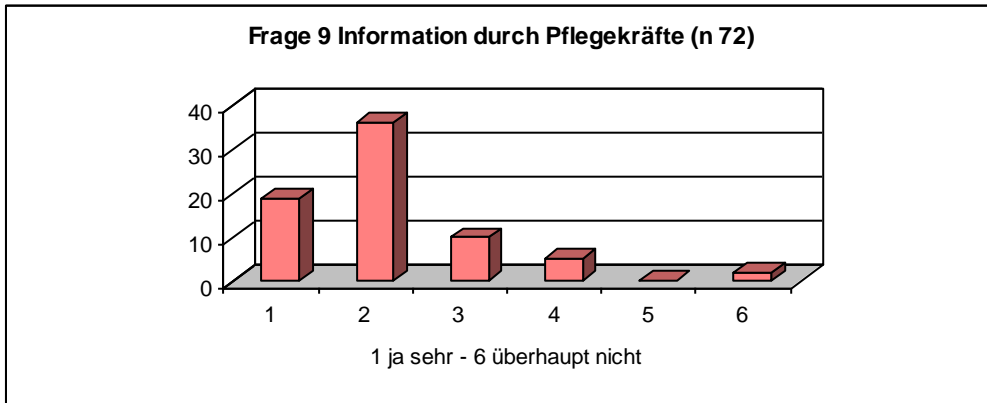


Frage 8: Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegekräfte mit Ihnen?

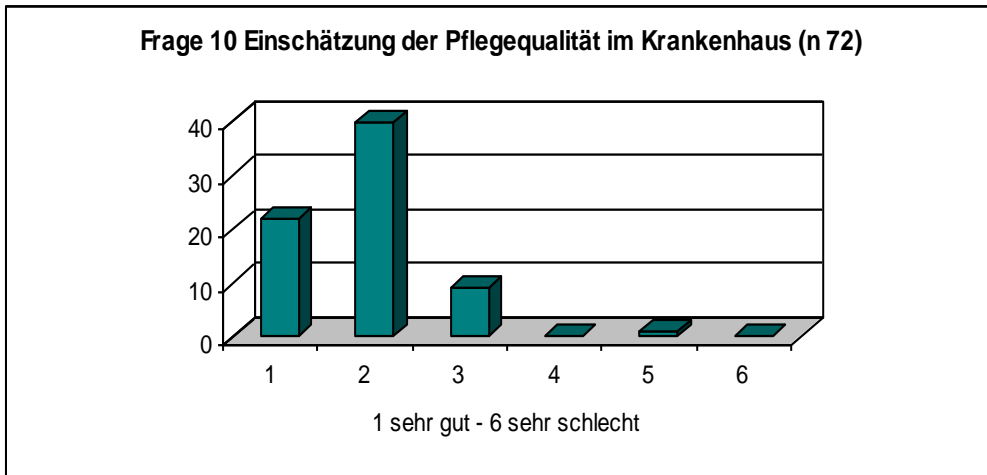


Patientenbetreuung

Frage 9: Wurden Sie von den Pflegekräften insgesamt angemessen informiert?

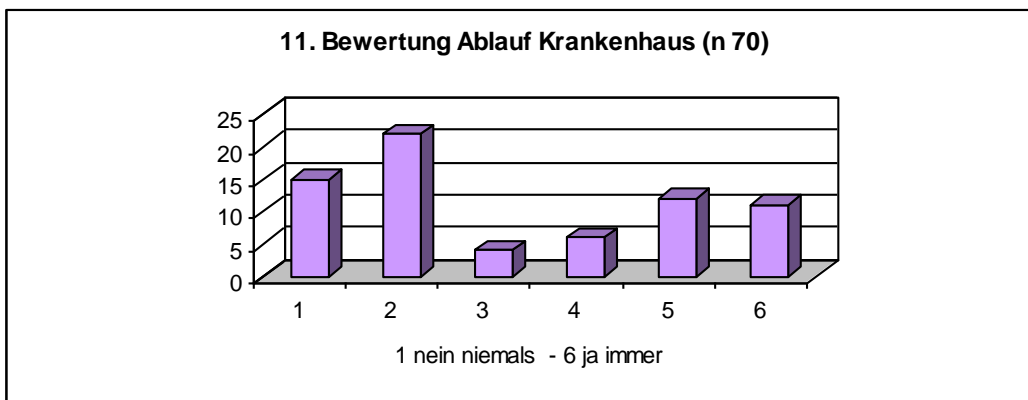


Frage 10: Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung im Krankenhaus ein?

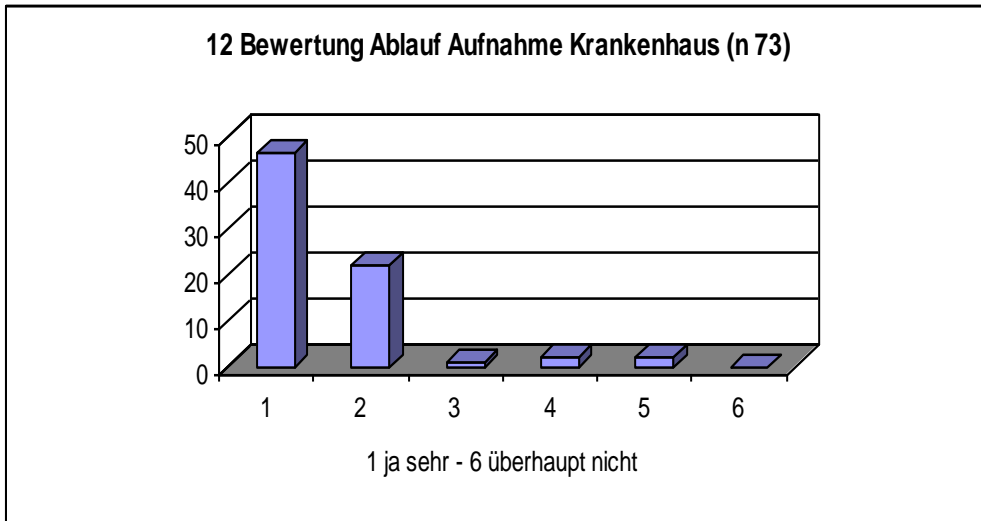


Fragen zur Organisation im Krankenhaus

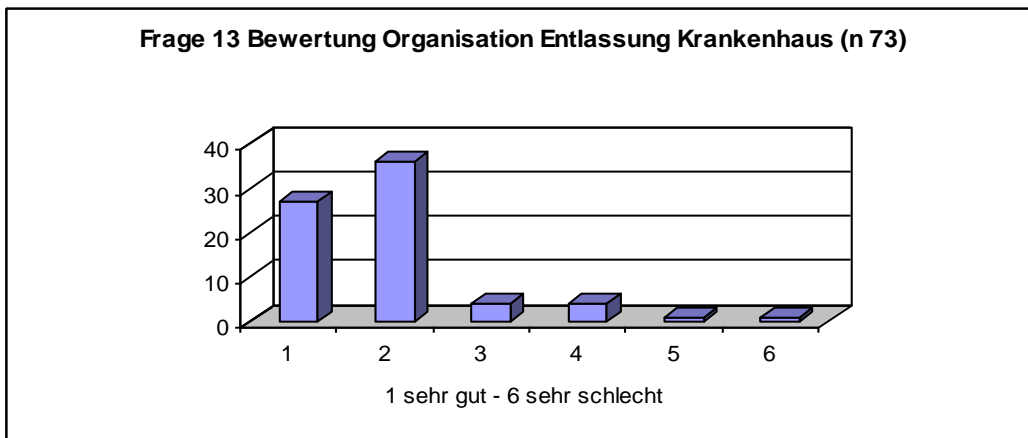
Frage 11: War der Ablauf im Krankenhaus ihrer Meinung nach gut organisiert?



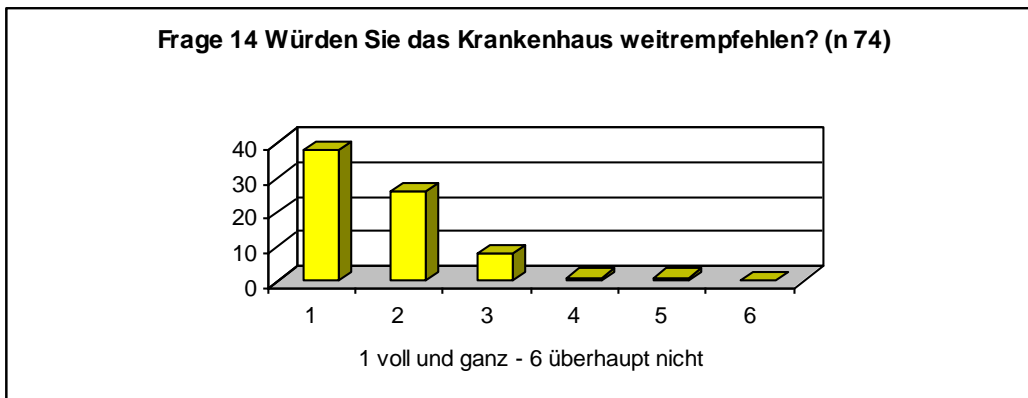
Frage 12: Verlief die Aufnahme ins Krankenhaus zügig und reibungslos?



Frage 13: Wie gut war Ihre Entlassung durch das Krankenhaus organisiert?



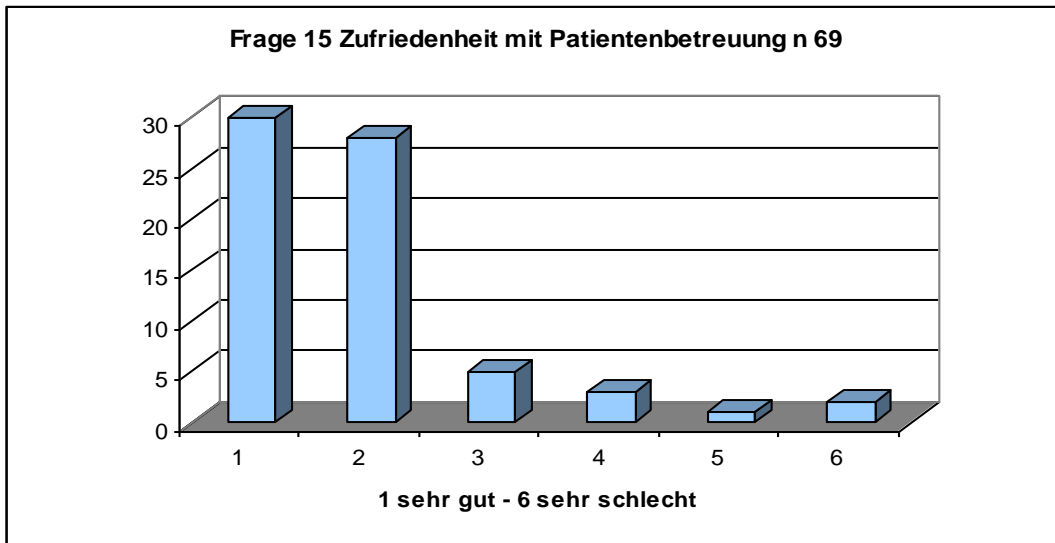
Frage 14: Würden Sie das Krankenhaus weiterempfehlen?



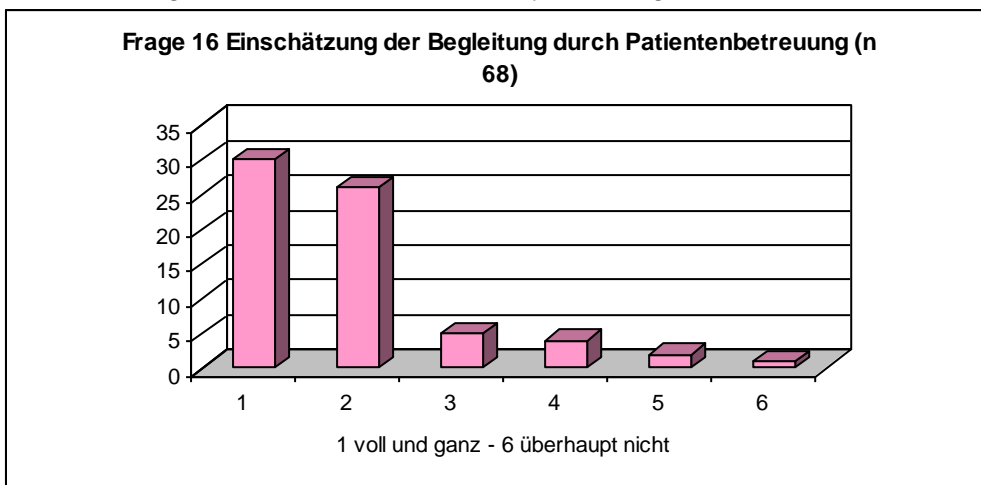
Patientenbetreuung

Fragen zur Patientenbetreuung

Frage 15: Wie sind Sie mit der Patientenbetreuung der IKK gesund plus zufrieden?

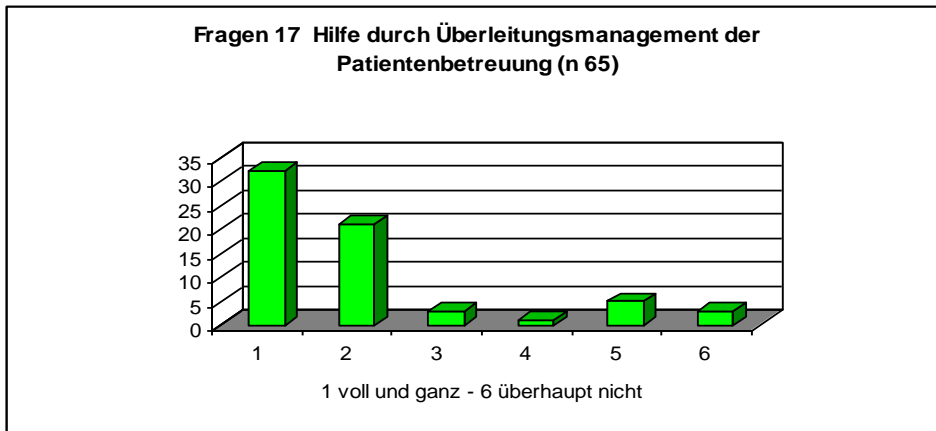


Frage 16: Hatten Sie das Gefühl mit Hilfe der Patientenbetreuung der IKK gesund plus gut durch das Gesundheitssystem begleitet worden zu sein?

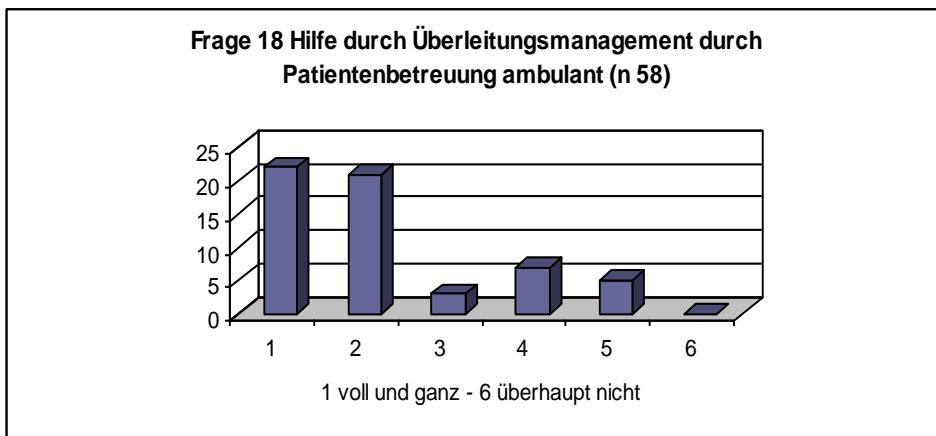


Patientenbetreuung

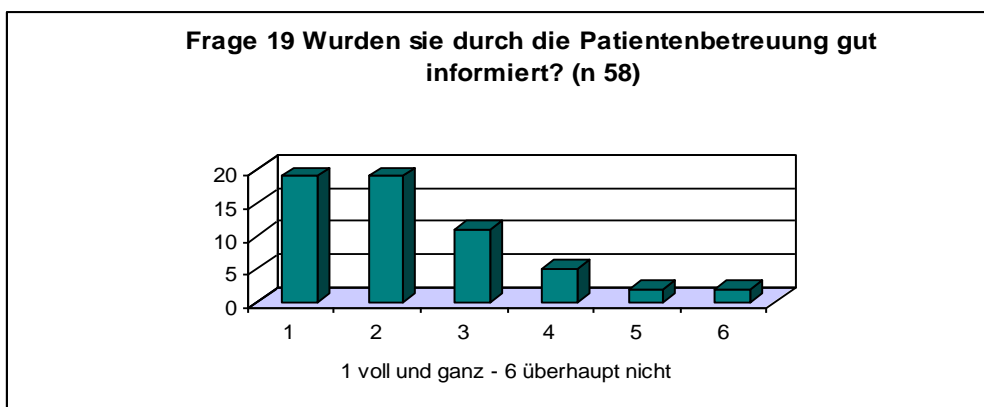
Frage 17: Hatten Sie das Gefühl, dass die Überleitung vom Krankenhaus in die Reha – Einrichtung durch Unterstützung der Patientenbetreuung der IKK gesund plus zeitnah und gut koordiniert war?



Frage 18: Hatten Sie das Gefühl, dass die Überleitung von der Reha – Einrichtung in die ambulante Weiterversorgung durch die Unterstützung der Patientenbetreuung der IKK gesund plus zeitnah und gut koordiniert war?

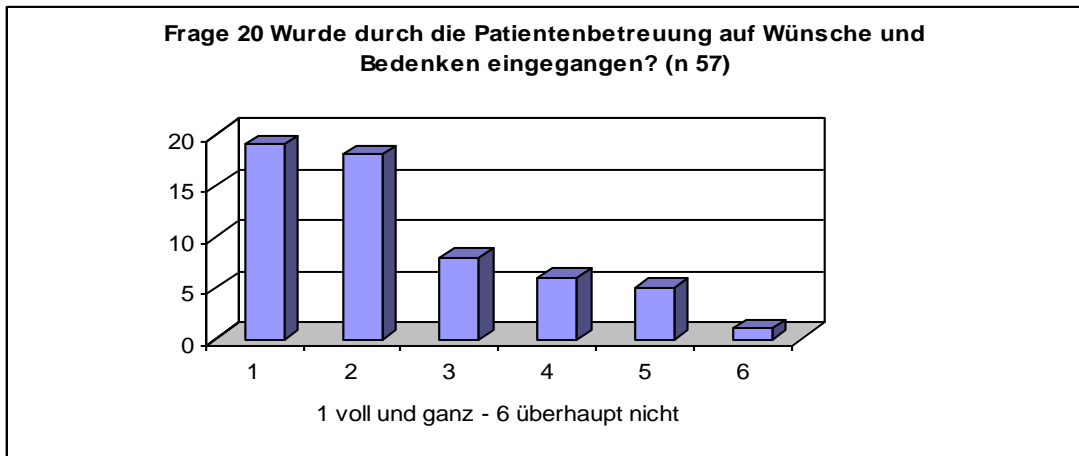


Frage 19: Wurden Sie durch die Mitarbeiter der Patientenbetreuung der IKK gesund plus gut informiert?

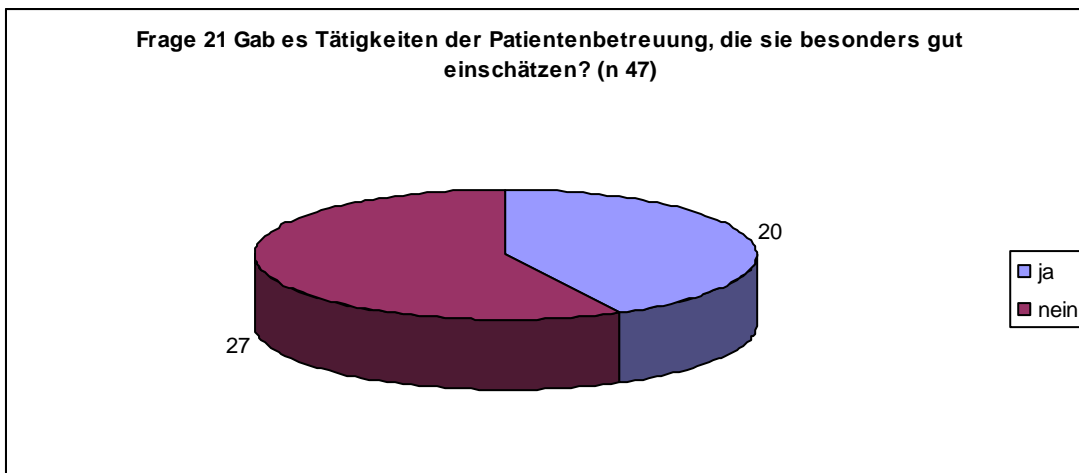


Patientenbetreuung

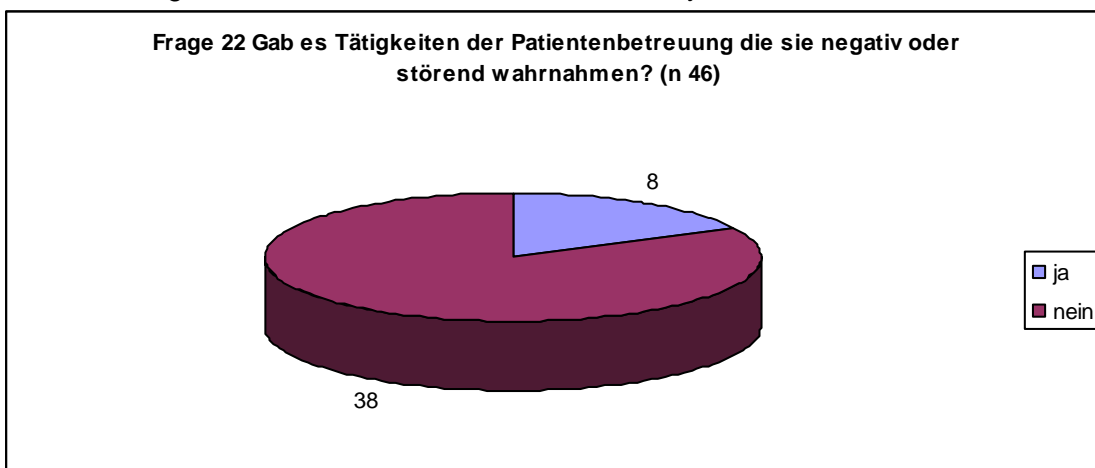
Frage 20: Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die Mitarbeiter der Patientenbetreuung der IKK gesund plus berücksichtigt?



Frage 21: Gab es Tätigkeiten, die Sie in der Patientenbetreuung der IKK gesund plus besonders gut einschätzen? Wenn ja welche?



Frage 22: Gab es Tätigkeiten, die Sie in der Patientenbetreuung der IKK gesund plus als negativ oder störend wahrnahmen? Wenn ja welche?



Patientenbetreuung

Muster Fragebogen:

Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung am besten beschreibt. Dabei bedeutet 1 die beste und 6 die schlechteste Bewertung.

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

1. Wie schätzen Sie Ihre gegenwärtige gesundheitliche Verfassung ein?						
sehr gut	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> sehr schlecht

Fragen zur ärztlichen Versorgung

2. Wurden Sie in die ärztliche Behandlung mit einbezogen?						
ja sehr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
3. Wurden Sie von den Ärzten und Ärztinnen angemessen informiert?						
ja sehr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht

4. Wie schätzen Sie die ärztliche Behandlung im Krankenhaus ein?						
1. Hatten Sie das Gefühl mit Hilfe der Patientenbetreuung der IKK gesund plus gut						
sehr gut	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> sehr schlecht
5. Wurden Sie in die ärztliche Behandlung in <u>dem Rehabilitätsklinikum</u> mit einbezogen?						
ja sehr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
6. Wurden Sie in die ärztliche Behandlung in <u>der ambulanten Versorgung</u> mit einbezogen?						
ja sehr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht

Fragen zur pflegerischen Betreuung

7. Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung <u>durch die Pflegekräfte</u> berücksichtigt?						
ja sehr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
8. Wie beurteilen Sie den Umgang <u>der Pflegekräfte</u> mit Ihnen?						
sehr gut	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> sehr schlecht

Patientenbetreuung

9. Wurden Sie von den Pflegekräften insgesamt angemessen informiert?						
ja sehr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht

10. Wie schätzen Sie die Qualität der <u>pflegerischen Betreuung</u> im Krankenhaus ein?						
sehr gut	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> sehr schlecht

Weitere Fragen zum Krankenhausaufenthalt

11. War der Ablauf im Krankenhaus ihrer Meinung nach gut organisiert?						
---	--	--	--	--	--	--

nein niemals	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> ja immer
--------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------------------

12. Verlieh die Aufnahme ins Krankenhaus zügig und reibungslos?						
---	--	--	--	--	--	--

ja sehr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
---------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

13. Wie gut war Ihre Entlassung durch das Krankenhaus organisiert?						
--	--	--	--	--	--	--

sehr gut	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> sehr schlecht
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

14. Würden Sie das Krankenhaus weiterempfehlen?						
---	--	--	--	--	--	--

voll und ganz	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
---------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

Fragen zur Patientenbetreuung

15. Wie sind Sie mit der <u>Patientenbetreuung der IKK gesund plus</u> zufrieden?						
---	--	--	--	--	--	--

voll und ganz	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
---------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

16. Hatten Sie das Gefühl <u>mit Hilfe der Patientenbetreuung der IKK gesund plus</u> gut durch das Gesundheitssystem begleitet worden zu sein?						
---	--	--	--	--	--	--

voll und ganz	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
---------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

17. Hatten Sie das Gefühl, dass die <u>Überleitung vom Krankenhaus in die Reha- Einrichtung</u>						
voll und ganz	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> überhaupt nicht

18. Hatten Sie das Gefühl, dass die Überleitung von der Reha- Einrichtung in die ambulante Weiterversorgung durch die Unterstützung der <u>Patientenbetreuung der IKK gesund plus</u> zeitnah und gut koordiniert war?						
--	--	--	--	--	--	--

Patientenbetreuung

voll und ganz 1 2 3 4 5 6 überhaupt nicht

19. Wurden Sie durch die Mitarbeiter der Patientenbetreuung der IKK gesund plus gut informiert?

voll und ganz 1 2 3 4 5 6 überhaupt nicht

20. Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die Mitarbeiter der Patientenbetreuung der IKK gesund plus berücksichtigt?

voll und ganz 1 2 3 4 5 6 überhaupt nicht

21. Gab es Tätigkeiten, die Sie in der Patientenbetreuung der IKK gesund plus besonders gut einschätzen? Wenn ja welche?

Ja nein

22. Gab es Tätigkeiten, die Sie in der Patientenbetreuung der IKK gesund plus als negativ oder störend wahrnahmen? Wenn ja welche?

ja nein

23. Gibt es sonst noch Anregungen etwas was Sie zur Patientenbetreuung der IKK gesund plus anmerken möchten?

Ja nein

Hier haben Sie die Möglichkeit, Hinweise und Anmerkungen bezüglich Ihres Krankenhausaufenthaltes, ihrer Anschlussheilbehandlung oder zum Service Patientenbetreuung der IKK GESUND PLUS– gesund plus zu hinterlassen

.....
Freiwillige Angabe n

Name:

Wohnort:

Vorname:

Geschlecht:

Alter: