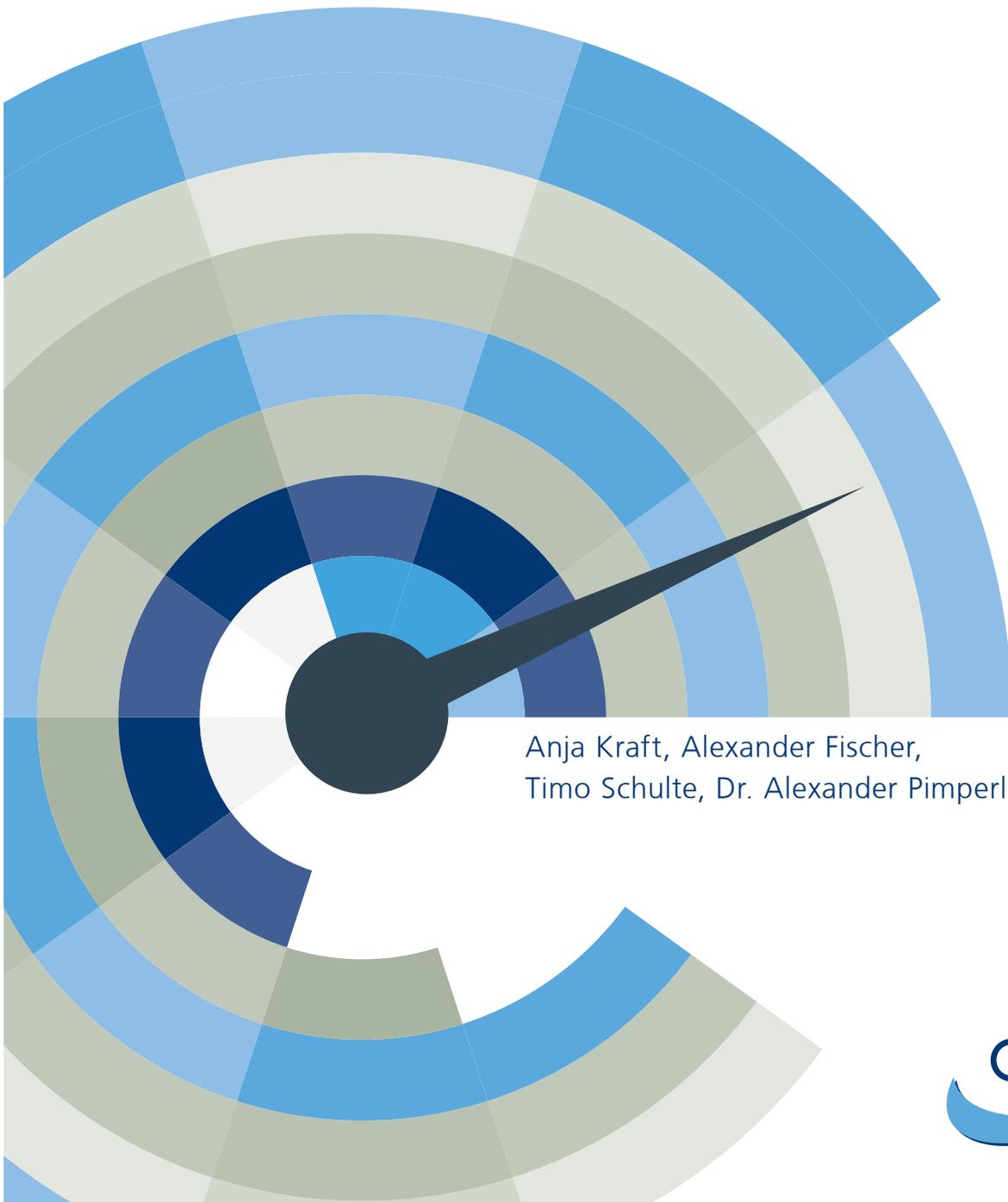


Qualitätsindikatoren in der Integrierten Versorgung

Feedback-Berichte als Instrument der Qualitäts- und Effizienzmessung am Beispiel Gesundes Kinzigtal



Anja Kraft, Alexander Fischer,
Timo Schulte, Dr. Alexander Pimperl

Einleitung



Das Whitepaper richtet sich an:

Netzmanager

Mitglieder von Ärztenetzen

Mitarbeiter der Kassenärztlichen
Vereinigungen

Mitarbeiter von Krankenkassen
und -versicherungen

Qualitativ hochwertige Zusammenarbeit und der Nachweis guter Qualität erlangen im Gesundheitswesen und in den zunehmend geforderten innovativen Vertrags- und Versorgungsformen immer mehr Bedeutung. Zum einen sollen Leistungsanbieter die Qualität der medizinischen Versorgung transparenter gestalten und kommunizieren. Zum anderen wird die Erhebung von Qualitätskennzahlen zunehmend Voraussetzung für Zertifizierungen oder Verträge zur Integrierten Versorgung (IV).

Bei der Förderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 87b SGB V spielt Qualität ebenfalls eine beträchtliche Rolle: So gibt es die Möglichkeit, dass Ärztenetze finanziell unterstützt werden, wenn sie bestimmte Kennzahlen und Qualitätsrichtlinien erfüllen. Aufgrund der

genannten Aspekte sowie aus dem eigenen Antrieb, eine bestmögliche Versorgung anzubieten, ist es für Ärztenetze wichtig, die Qualität der Behandlung zu messen und zu vergleichen.

Die OptiMedis AG hat ein Versorgungscockpit für Arztpraxen auf Basis eines Balanced Scorecard-Ansatzes (BSC) entwickelt, das in der baden-württembergischen Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal seit 2009 ständig weiterentwickelt wird. Dieser quartalsweise erstellte, praxisindividuelle Feedback-Bericht ermöglicht einen Vergleich hinsichtlich Qualität sowie in Bezug auf wirtschaftliche Effizienz mit Kollegen des gleichen Fachgebietes innerhalb und außerhalb des Arztnetzes und zeigt mögliche Potentiale für eine Verbesserung auf.



In diesem Whitepaper erfahren Sie, wie Ärztenetze Qualitätsindikatoren einsetzen können, wie das Versorgungscockpit in ein Netzwerk integriert und für die Verbesserung der Qualität genutzt werden kann und welche Herausforderungen es gibt.

Qualitätsindikatoren – Definition und Stand der Entwicklung

Definition

Indikatoren bilden Entwicklungen in Zahlen bzw. Zahlenverhältnissen ab. Sie bewerten Leistungen, die eingesetzt werden, um ein umfassendes Ziel, z.B. gute Qualität oder wirtschaftliche Effizienz zu erreichen. Einerseits werden Indikatoren bzw. Kennzahlen als Messpunkte der Effektivität (Abbildung von Ergebnissen) genutzt. Andererseits dienen sie als Maßzahlen der Effizienz (Mittelverwendung). Mithilfe von Referenzbereichen und/oder -werten wird es möglich, Leistungen im Versorgungsgeschehen in einen Kontext zu bringen und Problembereiche zu identifizieren.

Die Basis für die Formulierung sinnvoller Indikatoren und Referenzbereiche liegt in der verfügbaren Evidenz, die aus Leitlinien bzw. aus der wissenschaftlichen Literatur abgeleitet oder – falls keine empirische Evidenz vorliegt – aus der konsentierten Meinung von Experten gebildet werden kann.

Stand der Entwicklung

Qualitätsindikatoren werden bereits in unterschiedlichen Bereichen der nationalen und internationalen Gesundheitsversorgung eingesetzt (z.B. Gesundheitsberichterstattung, Krankenhaus-Qualitätsberichte, Quality and Outcome Framework des britischen NHS¹, HEDIS des US-amerikanischen National Committee for Quality Assurance²). Zentrale Erkenntnisse solcher Systeme von Indikatoren können und werden als Grundlage für die weitere Entwicklung herangezogen. Da Arzneimitteldaten und Daten der stationären Versorgung meist in guter Qualität verfügbar sind, gibt es zahlreiche arzneimittelbezogene Indikatoren (QiSA-Indikatoren³) und Indikatoren zum stationären Sektor (BQS, QSR⁴). Hingegen stellen in der ambulanten Versorgung systematisch entwickelte und konsentiertere Qualitätsindikatoren immer noch die Ausnahme dar. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat erste entsprechende Indikatoren im Rahmen des Projekts „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“

¹ Department of Health, British Medical Association (2006): Quality and Outcomes Framework Guidance (www.dh.gov.uk/Policy-andGuidance/OrganisationPolicy/PrimaryCare)

² Agency for Healthcare Research and Quality (2011): AHRQ Quality Indicators, Version 4.3 (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/TechnicalSpecs43.htm>)

³ Szecsenyi J, Bröge B, Stock J (2009): QiSA: Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung

⁴ AOK-Bundesverband, Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA), HELIOS Kliniken, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.) (2007): Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht

(AQUIK) nach der RAND-Methode entwickelt.⁵ Das Projekt soll wichtige methodische Impulse für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und die Schaffung einer unterstützenden IT-Infrastruktur für die Implementierung von Qualitätsindikatoren in der Praxis geben. Auch im Kontext der Nationalen Versorgungsleitlinien befasst man sich mit der Bildung evidenzbasierter Indikatoren zu den zentralen Empfehlungen⁶.

Eine Abbildung der Versorgungsqualität durch Routinedaten unterliegt jedoch immer Restriktionen, muss mit Bedacht interpretiert werden und ist nur mit Einschränkungen möglich.⁷ Dennoch sollten solche sogenannten Sekundärdaten bei der Qualitätsbeurteilung nicht vernachlässigt werden, da allein die Menge verfügbarer Informationen eine komplementäre Nutzung rechtfertigen.⁸ Jedoch kommt der Beurteilung der Aussagekraft ein besonderer Stellenwert zu, da die Bildung der Indikatoren auf Basis verfügbarer Daten erfolgt, die im Zuge der Abrechnung und nicht zum Zwecke der Qualitätsmessung erhoben werden.



⁵ Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010): Modifizierte RAND/UCLA Methode – Anwendung im KBV-Projekt AQUIK Methodenpapier (<http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003758272>)

⁶ Altenhofen L, Blumenstock G, Diel F (2009): Programm für Nationale Versorgungsleitlinien der BÄK, KBV und AWMF: Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren

⁷ Laux et al. (2011): Nutzung von Routinedaten zur Einschätzung der Versorgungsqualität: Eine kritische Beurteilung am Beispiel von Qualitätsindikatoren für die „Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz“

⁸ Swart E, Ihle, P (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen; AGENS (2008): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse

Einsatz von Qualitätsindikatoren am Beispiel der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal

Das Gesundheitsunternehmen Gesundes Kinzigtal GmbH übernimmt im Rahmen einer Integrierten Versorgung (IV) gemäß § 140 SGB V die ökonomische und medizinische Verantwortung für die Versorgung einer ganzen Population von Versicherten der Krankenkassen AOK und LKK Baden-Württemberg in einer definierten Region. Es ist ausgerichtet auf verbesserte medizinische Versorgung durch optimiertes Management an den Schnittstellen und eine verstärkte Präventionsorientierung sowie eine mittel- bis langfristige Wirtschaftlichkeit.

Im Rahmen eines Kooperationsprojekts mit der KBV wurden ausgewählte Qualitätsindikatoren des AQUIK-Sets in Arztpraxen der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal auf Praktikabilität

geprüft. Anschließend wurden die Daten systematisch von der OptiMedis AG aufbereitet und analysiert.⁹ In einem weiteren, derzeit laufenden Forschungsprojekt im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) werden durch die versichertenbezogene Verknüpfung von GKV-Routinedaten mit ambulant-ärztlichen Behandlungsdaten aus den Praxisverwaltungssystemen Erkenntnisse gewonnen, wie aussagekräftig ausgewählte Qualitätsindikatoren, die auf Basis der verschiedenen Datenkörper gebildet werden, tatsächlich sind und inwiefern sich abweichende Ergebnisse ergeben. Die Ergebnisse werden in ärztlichen Fokusgruppen diskutiert und die Empfehlungen entsprechend eingearbeitet.



Ziel der Forschungsprojekte und internen Entwicklungen ist es, die Nutzbarkeit und Güte der Datenquellen zu bewerten, die genutzten Qualitätsindikatoren zu validieren und durch die Diskussion mit ärztlichen Fokusgruppen ein Set aussagekräftiger Kennzahlen zu bestimmen, welches zur Reflexion und Diskussion der eigenen Leistungen verfügbar gemacht wird.

⁹ Eine Zusammenfassung des Projektberichts wird gemeinsam mit der KBV im ersten Quartal 2014 veröffentlicht.

Das Versorgungscockpit als Instrument zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Integrierten Versorgung

Die OptiMedis AG und die Gesundes Kinzigtal GmbH haben gemeinsam ein Versorgungscockpit entwickelt, das an der IV teilnehmenden Leistungserbringern mittels Kennzahlen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit einen Überblick über ihre Leistungen sowie einen Vergleich mit Kollegen ermöglicht. Es basiert derzeit größtenteils auf Sekundärdaten¹⁰ und Daten der lokalen Managementgesellschaft (z.B. Daten zu Qualitätszertifizierungen und IV-Einschreibungen). Es wird jedoch um Komponenten der genannten Forschungsprojekte und primär erhobene Daten, z.B. aus Befragungen zur Patientenzufriedenheit, ergänzt.

Das Versorgungscockpit ist ein quartalsweise erstellter, praxisindividueller Feedback-Bericht. Die Leistungspartner können damit innerhalb des jeweiligen Fachgebietes (vergleichbare werden zusammengefasst) die Ausprägungen der Indikatoren ihrer Praxis denen anderer, pseudonymisierter Leistungspartner sowie

dem Durchschnitt aller regionalen Leistungspartner und Nicht-Leistungspartner gegenüberstellen (z.B. zur Verbesserung des Gesundheitsnutzens¹¹ als strategisches Ziel).

In der Integrierten Versorgung gewinnt neben der Sicherung eines hohen Qualitätsstandards die Effizienz der Versorgungsprozesse zunehmend an Bedeutung. Wirtschaftlichkeitsziele stehen im Rahmen des Versorgungscockpits jedoch nicht im Widerspruch zu den Qualitätszielen (Beispiel: Generikaquote), sondern werden als komplementäre Ziele verstanden.¹²

Aufbau des Versorgungscockpits

Theoretische Ausgangsbasis des Versorgungscockpits ist der Balanced Scorecard-Ansatz.¹³ In Analogie zu der von Avedis Donabedian eingeführten Gliederung von Qualitätsdimensionen beziehen

¹⁰ Der GKV-Routinedatensatz von AOK und LKK Baden-Württemberg umfasst ein Versichertenkollektiv von ca. 50.000 Versicherten inkl. Vergleichsstichprobe. Die Daten sind versichertenbezogen, aber pseudonymisiert und enthalten nur Bruttokosten.

¹¹ Als Gesundheitsnutzen wird die parallele Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung betrachtet (vgl. u. a. Hildebrandt et al (2009): Die hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen, S.154ff; Hildebrandt et al. (2011): Integrierte regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem „Gesunden Kinzigtal“, S.585f).

¹² Sachverständigenrat Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration

¹³ Die traditionelle Gliederung in die Perspektiven Finanzen, Kunden, Prozesse sowie Lernen & Entwicklung wurde für GK adaptiert (ausführlicher: Pimperl et al (2013): Balanced Scorecard Ansatz: Case Study Gesundes Kinzigtal). Zum BSC-Ansatz siehe etwa Kaplan & Norton (1996): The balanced scorecard: Translating strategy into action; Kaplan & Norton (2001): The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment

sich die innerhalb des Cockpits aufbereiteten Indikatoren auf Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse der Gesundheitsversorgung.¹⁴ In Bezug auf Qualität können Struktur- und Prozessindikatoren jedoch nur dann als valide Maßzahlen angesehen werden, wenn ein positiver Einfluss auf das Outcome nachgewiesen bzw. begründet anzunehmen ist.

Die Strukturebene des Versorgungcockpits gliedert sich in die zwei Dimensionen „Lernen und Innovation“ und „Patientenstruktur“ und bildet die Basis für die Prozessperspektive. Der Aufbau des Cockpits soll verdeutlichen, dass eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen und wirtschaftlichen Outcomes nur durch Verbesserungen auch in den hierarchisch untergeordneten Bereichen erreicht werden kann (Abbildung 1).¹⁵

Jede der Perspektiven des Versorgungcockpits umfasst ein Zusammenspiel mehrerer Kennzahlen und Indikatoren, welche den beteiligten Leistungspartnern zur Diskussion stehen und ständig weiterentwickelt werden. In Detailanalysen zu einzelnen Indikatoren werden sowohl die zeitliche Entwicklung sowie teilweise ein Benchmarking mit sämtlichen Kollegen des Fachgebiets dargestellt. Im Fokus steht das Lernen aus den Berichten sowie die Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten und nicht primär eine exakte Leistungsbeurteilung. Die Kombination der beiden strategischen Themen Qualität und Wirtschaftlichkeit mit den drei Perspektiven Struktur, Prozess und Ergebnis ergibt folgendes Schema (Abbildung 2), wobei für jede Kombinationsmöglichkeit beispielhaft ein Indikator aus dem IV-Projekt *Gesundes Kinzigtal* gezeigt wird.



Abbildung 1: Perspektiven innerhalb des Versorgungcockpits

¹⁴ Donabedian A (1992): The role of outcomes in quality assessment and assurance

¹⁵ Vgl. auch ähnlichen Ansatz für eine indikationsspezifische BSC bei Gröbner (2009): Controlling mit Kennzahlen in vernetzten Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens.

		Strategisches Thema	
		Qualität	Wirtschaftlichkeit
Perspektive	Indikatoren		
	Ergebnis	Anteil Patienten mit epidemiologisch sicherer Osteoporose und Frakturdiagnose	Deckungsquote bzw. -beitrag pro Patient ¹⁶
	Prozess	Anteil Patienten über 65 mit potentiell inadäquater Medikation (PRISCUS/FORTA-Liste)	Generikaquote am generikafähigen Markt
	Struktur	Teilnahme an Qualitätszirkeln	Anteil Patienten mit Einschreibungen in die IV

Abbildung 2: Ausgewählte Kennzahlen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit nach Betrachtungsebene

In die Strukturebene der Qualität wurde u. a. eine Kennzahl aufgenommen, die den niedergelassenen Ärzten pro Quartal aufzeigt, wie häufig sie im Vergleich zu Kollegen desselben Fachgebietes an Qualitätszirkeln teilgenommen haben. Der Indikator wurde ausgewählt, da er für die Stärke der Mitarbeit und die Bereitschaft, sich ständig verbessern zu wollen, gesehen wird.¹⁷ Über den regionalen Vergleich lässt sich diese absolute Messgröße letztlich interpretieren.

Die Prozessebene im Bereich Qualität stützt sich zu großen Teilen auf Kennzahlen zur Leitlinien-treue bzw. zu sonstigen medizinischen Empfehlungen. Herangezogen wird z. B. der Anteil von Patienten ab 65 Jahren, die mindestens eine Verordnung eines

potentiell inadäquaten Arzneimittels aufweisen (Definition einerseits gemäß PRISCUS-¹⁸, andererseits gemäß FORTA-¹⁹ Liste). Der Verordnungsanteil der Wirkstoffe dient als geeigneter Qualitätsindikator für eine rationale und sichere Pharmakotherapie, insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Wirkstoff meist durch einen unbedenklicheren ersetzt bzw. auf die Verordnung ganz verzichtet werden kann. Die Indikatoren sind immer als Anreiz für Leistungserbringer konzipiert, ihr Verordnungsverhalten zu hinterfragen, da die abschließende Beurteilung der medizinischen Sinnhaftigkeit zumeist die Prüfung des Einzelfalls erfordert und innerhalb regelmäßig stattfindender Arzneimittel-Konsile diskutiert wird.

¹⁶ Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Verhältnis zu den tatsächlich angefallenen Versorgungskosten aller aus Krankenkassensicht relevanten Sektoren

¹⁷ KBV-AQUIK: Praxismanagement-Weiterbildungsmaßnahmen = Indikator für Strukturqualität

¹⁸ Die PRISCUS-Liste umfasst 83 Wirkstoffe aus 18 Arzneimittelklassen, die von Experten aus unterschiedlichen Bereichen der Medizin und Pharmazie auf der Basis von Studienberichten sowie eigener Einschätzung als inadäquat für die Behandlung älterer Patienten konsentiert wurden (www.priscus.net)

¹⁹ Die FORTA-Liste wurde an der medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg entwickelt und kategorisiert Arzneimittel nach ihrer Tauglichkeit in der Therapie älterer Patienten (Wehling M, Burkhardt H (2011): Arzneitherapie für Ältere)

Wird der sequenziellen Betrachtung gefolgt, zeigt sich auf Ebene der medizinischen Ergebnisperspektive die Messung unerwünschter Ereignisse, die aus einer Liste von Indikatordiagnosen und -arzneimitteln entnommen werden. Ein indikationsspezifischer Qualitätsindikator im Kinzigital ist z. B. der Indikator „Patienten mit Osteoporose und Frakturdiagnose“. Ein wichtiges Erfolgskriterium der Osteoporose-Prävention und -Behandlung besteht in der Verhinderung von Frakturen bzw. in der Verringerung der Frakturhäufigkeit bei Personen mit Osteoporose.²⁰

Der Anteil der Patienten mit Fraktur von allen Osteoporose-Patienten gibt einen Hinweis auf die Qualität der Frakturprävention bei diesen Patienten im betrachteten Zeitraum. Die Kennzahl ergibt sich als Quotient aus der Anzahl an Patienten mit dokumentierter Osteoporose sowie im entsprechenden Quartal dokumentierter Fraktur und der Gesamtanzahl der im entsprechenden Quartal behandelten Patienten mit dokumentierter Osteoporose (Diagnosen jeweils nach ICD-10, Betrachtung aller Patienten unabhängig von der Einschreibung in das IV-Programm „Starke Muskeln“ zur Vermeidung von Selektionseffekten). Gesundes Kinzigital verwendet die Frakturhäufigkeit bei Osteoporose-Patienten als indikationsspezifischen Qualitätsindikator innerhalb des Versorgungscockpit.

Fazit und Ausblick

Die Teilnahme an einer Integrierten Versorgung im Rahmen des § 140 SGB V erfordert sowohl organisatorische als auch ökonomische Kompetenz. Um einen langfristigen Erfolg zu sichern, werden hohe Maßstäbe an Qualität und Wirtschaftlichkeit gesetzt. Das Versorgungscockpit ist ein Instrument, das Messgrößen überprüfen und das Behandlungsverhalten von Leistungserbringern transparenter darstellen kann. Es soll einen Prozess der ständigen Reflexion aufrecht halten und es ermöglichen, steuernd einzugreifen. Ziel ist eine sektorenübergreifende, qualitativ hochwertige und dennoch kosteneffiziente Versorgung, die z. B. bei vielen Verträgen zur Integrierten Versorgung Voraussetzung ist. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass für den Neuaufbau und die Pflege eines solchen Systems nicht unerhebliche Investitionen in IT-Infrastruktur, Prozessoptimierung und Datenqualitätsprüfung notwendig sind, damit tatsächlich nutzbare Informationen generiert werden können.

Die Arbeit im Kinzigital hat die Beteiligten dafür sensibilisiert, dass es für den Aufbau und die Nutzung eines Berichtssystems zahlreiche, teils unerwartete Herausforderungen zu meistern gilt. Eine zentrale Patientenakte, deren Daten ebenfalls

²⁰ Nach Feskanich et. al. (2002) kann das Frakturrisiko um 41% gesenkt werden, wenn Patientinnen sich ca. 4 Stunden die Woche aktiv betätigen. Mit dem nach DVO Leitlinie anerkannten Wirkstoff Bisphosphonat soll die Frakturrate um bis zu 50% gesenkt werden (Cranney et. al. (2002): Corticosteroid-induced osteoporosis: a guide to optimum management; Silverman et. al. (2007): Reduced fracture rates observed only in patients with proper persistence and compliance with bisphosphonate therapies

genutzt werden sollen, erfordert laufende Investitionen in die IT-Infrastruktur. Zudem muss sich das Versorgungscockpit als informationstechnisch anspruchsvolles Werkzeug auch entsprechenden Herausforderungen im Bereich der Datenanalytik stellen. Das bedeutet einerseits, dass Schnittstellen und der formale Informationsaustausch in langwierigen Prozessen entwickelt und ständig an aktuelle Veränderungen angepasst werden müssen. Andererseits ergeben sich hohe Anforderungen an die Prüfung von Validität und Reliabilität der abgebildeten Kennzahlen. Verlässliche Kennzahlen sind wiederum die notwendige Basis, um das volle Steuerungspotential bestmöglich ausreizen zu können.

Die Ausgestaltung des Versorgungscockpits wird im ständigen Diskurs mit beteiligten Leistungserbringern weiterentwickelt. Das heißt, es wird auf Basis der Netz-Strategie regelmäßig um zusätzliche Indikatoren erweitert bzw. um überflüssige Kennzahlen bereinigt. Erste Ansätze für eine kurz- bis mittelfristige Ausdehnung des Nutzerkreises z. B. auf das Netzmanagement, regionale Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen etc. befinden sich in Umsetzung oder Entwicklung, so dass dem sektorübergreifenden Gedanken der Integrierten Versorgung noch stärker Rechnung getragen werden kann.

Eine Umsetzung solcher Berichtssysteme ist unter Nutzung der bisherigen Erfahrungen prinzipiell auch in weiteren Netzwerken möglich. Dabei sind nicht nur (daten-)technische Fragen zu berücksichtigen, sondern auch die Kooperationskultur des Netzes, das im Idealfall kooperativ und nicht hierarchisch organisiert sein sollte. Neue Herangehensweisen lassen sich nur dann umsetzen, wenn sie gemeinsam und partnerschaftlich entwickelt werden. Der Einsatz ist in sämtlichen Versorgungsverbänden – Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime etc. – denkbar, auch

wenn diese noch keinen IV-Vertrag abgeschlossen bzw. in Aussicht haben, aber dennoch die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch ihre Mitglieder innerhalb des Verbundes oder nach außen transparent darstellen möchten. Es scheint in diesem Fall sinnvoll, zunächst die nötigen Voraussetzungen zu prüfen, eine geeignete Infrastruktur aufzubauen und eine überschaubare Anzahl ausgewählter Kennzahlen zu vergleichen. Das System kann jederzeit im Zeitverlauf weiterentwickelt und an wachsende Bedürfnisse angepasst werden.

Die OptiMedis AG hat insgesamt positive Erfahrungen mit der Nutzung von Feedback-Berichten wie dem Versorgungscockpit sammeln können und wird auch in Zukunft Entwicklungen in den Bereichen Qualitäts- und Effizienzmessung vorantreiben.

Über die OptiMedis AG

Die OptiMedis AG ist eine Management- und Beteiligungsgesellschaft. Schwerpunkt ist der Aufbau regionaler, populationsorientierter Integrierter Versorgung gemeinsam mit Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Wir vernetzen die Partner, verhandeln Verträge, bauen die nötigen Strukturen auf, übernehmen das Management und analysieren die Versorgungsdaten. Unsere bekannteste Beteiligung ist die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal in Südbaden (www.gesundes-kinzigtal.de). Gleichzeitig setzen wir auch in anderen Regionen Deutschlands oder bundesweit einzelne Projekte zum Versorgungsmanagement um, zum Beispiel betriebliches Gesundheitsmanagement.



Unser Ziel ist dabei immer, die Strukturen und Abläufe im Gesundheitswesen und damit auch die Qualität der Versorgung zu verbessern. Dies ist aus unserer Sicht aber nur möglich, wenn die medizinische Versorgung bewertet und angepasst wird. Deshalb analysieren wir die Versorgungsdaten unserer und anderer Projekte (GKV-Routinedaten und Daten aus den Arztinformationssystemen) und nutzen dazu unser multidimensionales Data-Warehouse mit angedockter Business Intelligence-Software von Deltamaster.

Wichtig ist uns neben einem professionellen Management auch die wissenschaftliche Grundlage unserer Arbeit. Deshalb arbeiten wir eng mit verschiedenen Universitäten zusammen.

Kontakt

OptiMedis AG
Timo Schulte
Leiter Health Data Analytics & IT

Burchardstraße 17
20095 Hamburg

Telefon: +49 40 22621149-0
gesundheitsoekonomie@optimedis.de
www.optimedis.de

OptiMedis AG – ausgezeichnet mit dem



Best Practice Award
Business Intelligence

Stand: 01. Juni 2016