ANALYTICS **SUITE**

Mit integrierter Zuweisungsprognose

DIE STRATEGISCHE TOOLBOX

FÜR KRANKENKASSEN

Holm Sieber
Geschäftsführer

Björn Degenkolbe
Geschäftsführer

Die 4K ANALYTICS SUITE verbindet das klassische Business Intelligence mit den analytischen und kommunikativen Anforderungen der Krankenkassen im aktuellen Wettbewerbsumfeld. Hierfür werden weitreichende Funktionen für das Daten- und Einnahmenmanagement bereitgestellt. Zusätzlich haben wir mit unseren Kunden und Partnern eine Vielzahl von hoch spezialisierten Analyse-Apps für das Finanz- und Versorgungsmanagement entwickelt, die auf den aktuellen und zukünftigen Anforderungen an eine bedarfs- und wertorientierte Analytik aufbauen.

Einführung **6**

Morbi-RSA Grouper **16**

Deckungsanalyse **28**

GKV-Benchmark **36**

10 Datenmanagement

20 Abbruchpfadanalyse

34 Zuweisungsprognose

40 Weitere Module in der Entwicklung

4K ANALYTICS SUITE

Datenmanagement

Flexibler Datenimport von individuellen und standardisierten Dateien sowie die Bereitstellung einer performanten Datenschnittstelle zu allen führenden Datenbanksystemen und DWHs, wie bspw. DIAS KV.

- Automatische Datenprüfung
- Datenanalyse und Datenvergleiche in interaktiven Analyseberichten
- Weiterentwicklung einer gemeinsamen Datenschnittstelle (Analytisches Datenset – ADS)

Datenverarbeitung und -analyse

Die wichtigsten strategischen Fragestellungen der Krankenkassen werden über vorgefertigte Analyseprozesse abgebildet. Hierzu wurden bedienungsfreundliche und intuitive Analyse-Apps entwickelt.

- Flexible Konfigurationen
- Hohe Performance
- Valide Prognosemodelle und Simulationen
- Laufende Aktualisierung der Modelle

Datenvisualisierung

Integriertes, hochperformantes und dynamisches In-Memory-Berichtswesen mit völlig flexiblen Anpassungsmöglichkeiten.

- Einfache Visualisierung von Häufigkeitsverteilungen, Auffälligkeiten und möglichen Versorgungspotenzialen
- Regionale Kartendarstellung
- Vielfältige Chart- und Diagrammobjekte

Datenausgabe

Die verarbeiteten Daten können einfach heruntergeladen sowie in definierten Ordnern automatisch abgelegt werden.

- CSV-Dateien
- Microsoft Excel
- Microsoft PowerPoint
- PDF-Dateien

Die 4K ANALYTICS SUITE ist ein zentrales und zuverlässiges Strategiewerkzeug für Krankenkassen. Sie berücksichtigt alle Anforderungen eines modernen Unternehmens:

- Sicherheit durch den Zugang über eine verschlüsselte Verbindung
- Benutzerfreundliche Oberflächen für eine intuitive Bedienung
- Managementfunktionen und Berechtigungskonzept für eine effiziente Teamarbeit
- Nahtlose Integration in die Systemarchitektur der Krankenkasse
- Stetige und anforderungsorientierte Weiterentwicklung in einer skalierbaren Webumgebung
- Direkter Kontakt zu den Spezialisten
- Datenschutz- und Revisionskonformität

Analytik für alle!

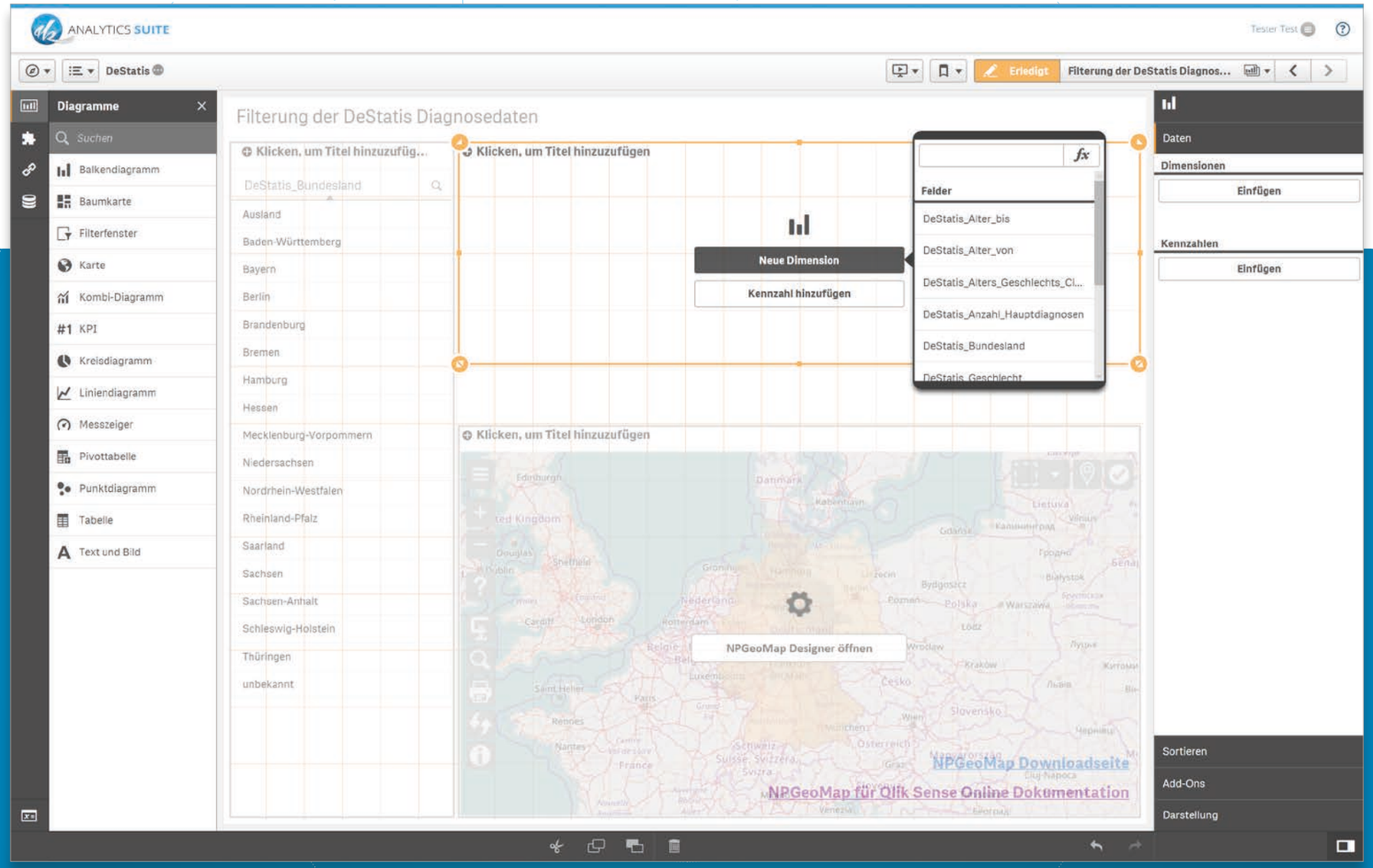
Mit Self Service BI holen Sie schnell und einfach alle Informationen aus Ihren Daten

Die 4K ANALYTICS SUITE wurde als strategische Toolbox für die praktischen An- und Herausforderungen der GKV entwickelt und erprobt. Damit hält Business Intelligence (BI) einer neuen Stufe Einzug in die Krankenkassenlandschaft. Doch nicht alle Anwender können oder wollen sich mit informationstechnischen Fragestellungen auseinandersetzen. Das Stichwort hierfür lautet Self Service BI, also ein einfach und komfortabel bedienbares Tool für die möglichst frei gestaltbare Analyse von großen Datenmengen.

In der integrierten Webplattform der 4K ANALYTICS SUITE werden hierfür anwendungsspezifische Datenmodelle von den Experten erstellt und allen weiteren Nutzergruppen in den Fachbereichen bereitgestellt. Mit den umfangreichen Einsatzmöglichkeiten und Instrumenten ermöglicht die 4K ANALYTICS SUITE insbesondere auch Nutzern ohne technischen Hintergrund die einfache Anwendung und Integration in den Unternehmensalltag.

Voraussetzung hierfür ist zunächst der übersichtliche und leicht verständliche Aufbau der 4K ANALYTICS SUITE. Sowohl die Navigation als auch die Durchführung verschiedener Analysen und Auswertungen ist über eine vollständig visualisierte Benutzeroberfläche realisierbar. Für die Erstellung und den Export von Aufbereitungen stehen eigens implementierte Funktionen innerhalb der Toolbox zur Verfügung. Mithilfe verschiedener Werkzeuge und Vorlagen können beispielsweise individuelle Diagramme, geografische Aufschlüsselungen oder KPI-Übersichten realisiert werden. Der Anwender benötigt hierfür keinerlei Vorkenntnisse in Informationstechnik oder Programmierung. Die 4K ANALYTICS SUITE eröffnet somit neue Möglichkeiten für die abteilungs- und funktionsübergreifende Integration von Business Intelligence in Ihrem Unternehmen.

Das intuitive Zusammenspiel der unterschiedlichen – in der 4K ANALYTICS SUITE enthaltenen – Instrumente und Werkzeuge wird zusätzlich durch weitreichende Hilfsfunktionen unterstützt. Integrierte Tutorials sowie Funktionsbeschreibungen liegen direkt in der Toolbox vor und helfen dem Anwender bei auftretenden Fragestellungen. Ergänzend wird den Anwendern ein Handbuch zur Verfügung gestellt, welches mit hilfreichen Erklärungen und Screenshots die eigenverantwortliche Nutzung des Tools ermöglicht.

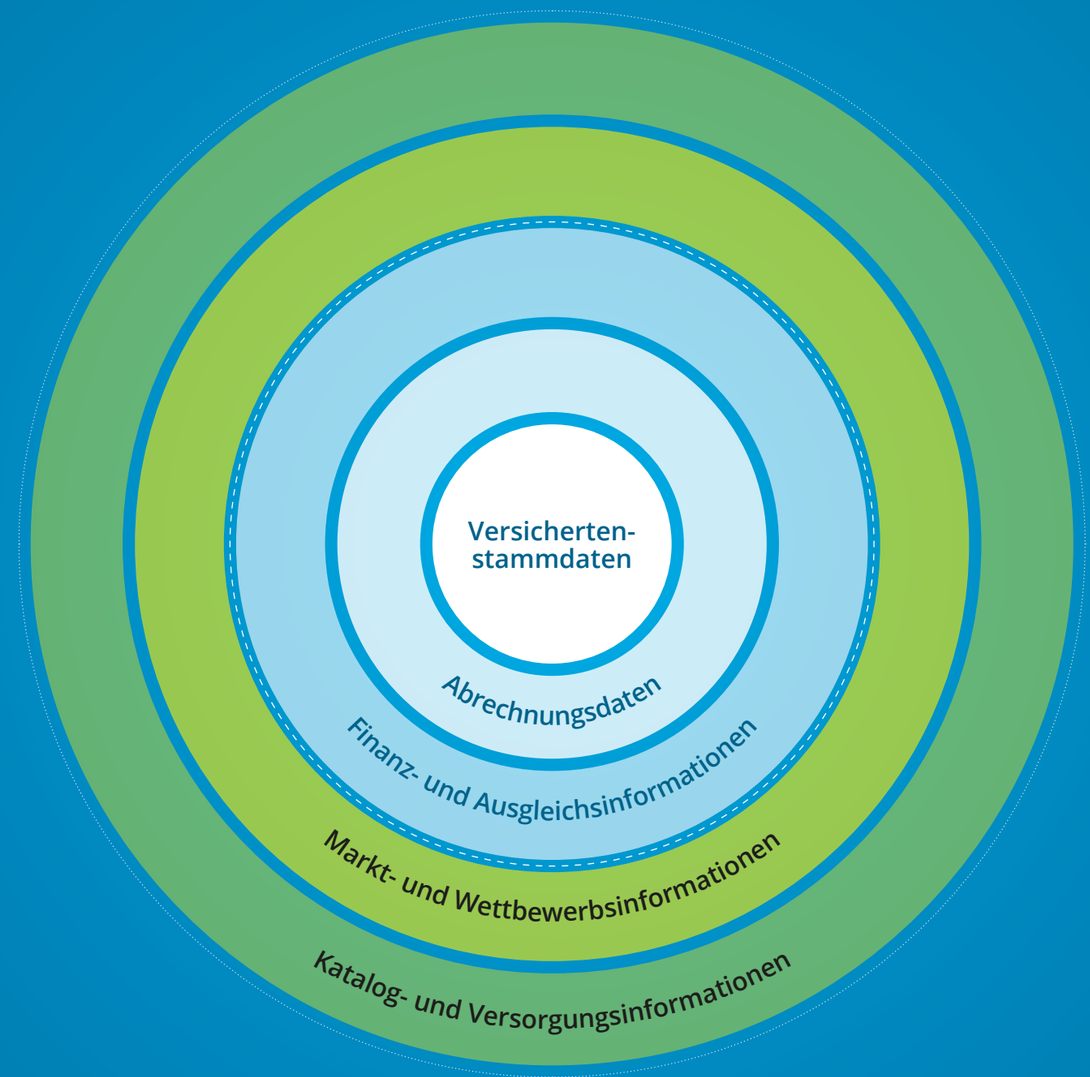


Die Analysen werden mit den verschiedenen Diagrammen ganz einfach zusammengestellt. In der 4K ANALYTICS SUITE sind auch fertige Vorlagen für die visuelle Darstellung von Analyseergebnissen enthalten.

Strategisches Datenmanagement

Die strategische Bewertung der eigenen Finanzsituation, des Versorgungsgeschehens sowie der Markt- und Wettbewerbsentwicklung erfordert eine breite, integrierte, konsistente und qualitätsgesicherte Basis an kasseneigenen Daten und Marktinformationen. Die effiziente Organisation aller relevanten und verfügbaren Daten und Informationen ist ein Schwerpunkt innerhalb der 4K ANALYTICS SUITE, denn auf einer solchen Grundlage können die richtigen Entscheidungen zum richtigen Zeitpunkt getroffen werden.

Die 4K ANALYTICS SUITE stellt ein breites Spektrum an Schnittstellen für Daten bereit, die der Krankenkasse vorliegen, wie bspw. Satzarten. Darüber hinaus pflegt das Team der 4K Analytics in enger Zusammenarbeit mit dem WIG2 Institut ein breites Metadatenset über den Gesundheitsmarkt.



Kassenindividuelle Informationen
Marktdaten (werden von der Suite bereitgestellt)

Versichertenstamm- und Abrechnungsdaten

- Amtliche Satzartinformationen inklusive der Möglichkeit, definierte Zusatzinformationen hinzuzufügen (bspw. Krankenhaus-IK in der Satzart 500)
- Definierte Zusatzsatzinformationen des Analytischen Datensets (ADS), wie beispielsweise Krankengeldinformationen oder Informationen zu den Heil- und Hilfsmitteln

Finanz- und Ausgleichsinformationen

- Aggregierte Finanzdaten der Einzelkrankenkasse, wie KJ1, KV45 oder Haushaltspläne
- Arzneimittelindex des wissenschaftlichen Institutes der Ortskrankenkassen für die Zuordnung von ATC-Codes und definierten Tagesdosen (DDD), die zur Validierung der Diagnosen im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches verwendet werden
- Gewichtungstabellen und Gruppierungsregeln zur Berechnung der Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich vom Bundesversicherungsamt
- Wechslerprofile, die in den Informationen zur Berechnung der Forderungen und Verbindlichkeiten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich vom Bundesversicherungsamt bereitgestellt werden
- Rechenparameter zur Abbildung von GKV-weiten Finanz- und Mitgliederkennzahlen (bspw. Eckwerte des Schätzerkreises)
- Kassenstrukturdaten zur Abbildung von aggregierten Finanz- und Mitgliederkennzahlen
- Excel-Vorlagen für Bereitstellung von eigenen Ausgabeberichten

Markt- und Wettbewerbsinformationen

- Informationen vom Bundesversicherungsamt (BVA)
  - Kosten und Strukturen in der Krankheitsgruppendefinition und -auswahl
  - Risikogruppenanteile
  - Ausgabenprofile
  - Satzartauswertungen
  - Schätzerkreisinformationen
- Veröffentlichungen der Jahresergebnisse der Krankenkassen (§ 305b SGB V)
- Unterjährige Versicherten- und Mitgliederstatistiken vom MC.B Verlag GmbH (dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik)
- Aggregierte KV45-, KJ1-, KM1-, KM6-Auswertungen für die Kassenarten und die GKV seit 2010, die vom Bundesgesundheitsministerium bereitgestellt werden

Katalog- und Versorgungsinformationen

- Katalogdaten
  - ICD- und OPS-Kataloge inklusive der Zuordnungsebenen Kapitel, Kategorie, Subkategorie, die vom DIMDI bereitgestellt werden
  - Georeferenzen für die Postleitzahlgebiete und Verwaltungseinheiten von OpenGeoDB und NPGeoMap
  - Tätigkeitsschlüssel von der Bundesagentur für Arbeit (BA)
  - Arzneimittelinformationen von der Abdata Pharma-Daten-Service (ABDA)
- Versorgungsinformationen
  - Diagnosedaten der Krankenhäuser, die über die DeStatis bereitgestellt werden
  - Qualitätsberichte der Krankenhäuser inklusive der Geokoordinaten, Stammdaten und Diagnoseprofile, die vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bereitgestellt werden
  - DRG Informationen, die von der InEK GmbH (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) bereitgestellt werden
  - Georeferenzen für die Versorgungsräume vom WIG2 Institut

Diese Informationen können über die Uploadfunktionen in die Suite eingeladen werden:

- Import von amtlichen Satzarten mit fester Zeilenlänge (Fixed Record)
- Import aus allen gängigen Datenbanken (MS SQL Server, ORACLE, DB2, SAS)
- Import von Dateien mit zeichenseparierten Spalten (bspw. Komma, Semikolon)
- Automatischer Import aus DIAS KV mit vordefinierter Tabellen- und Spaltenzuordnung

Diese Informationen werden von 4K Analytics und Partnern qualitätsgesichert und anforderungsgerecht in den Berichten und Analysen bereitgestellt.

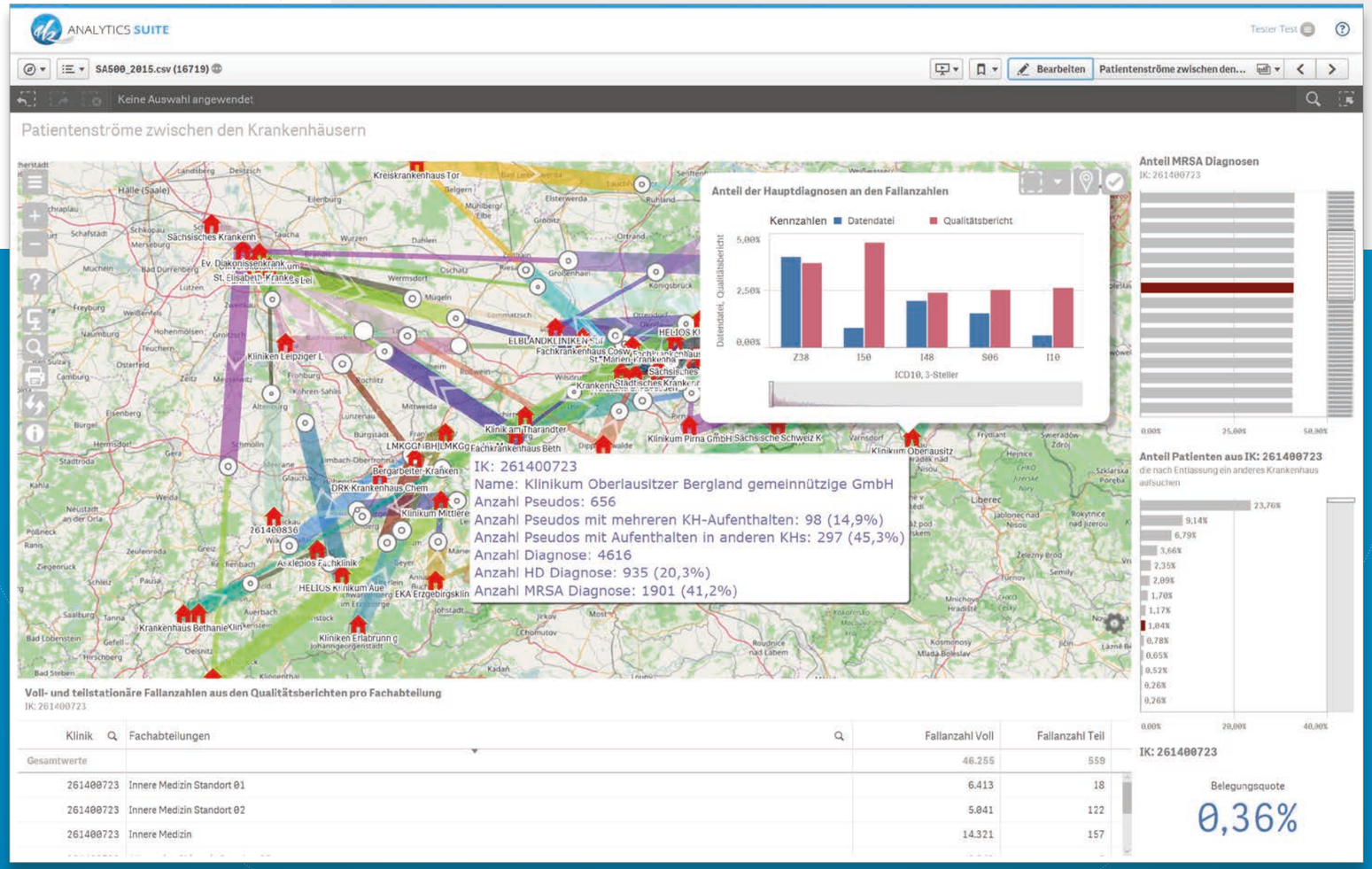
Anwendungsbeispiel für die Analyse der stationären Abrechnungsdaten

Die Diagnosedaten, die im Rahmen der stationären Abrechnung (§ 301 SGB V) an die Krankenkassen übermittelt werden, werden für das Jahr der Entlassung des Versicherten aus dem Krankenhaus standardisiert in der Satzart 500 zusammengeführt und zu bestimmten Zeitpunkten an den GKV-Spitzenverband bzw. das Bundesversicherungsamt übermittelt. Die stationären Diagnosen bilden neben den ambulanten Diagnosen die zentrale Grundlage für die Berechnung der morbiditätsorientierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Zur Sicherung der mittelfristigen Krankenkassenfinanzierung und der Liquidität ist es unabdingbar, die Qualität dieser Daten laufend zu prüfen.

Neben den gemäß ICD10 kodierten stationären Diagnosen werden unter anderem das zugehörige Versicherungspseudonym, der Entlassungsmonat und die Diagnoseart (Haupt- oder Nebendiagnose) in der Satzart 500 erfasst. Daneben wird in der 4K ANALYTICS SUITE die Verarbeitung ergänzender Informationen ermöglicht, wie beispielsweise das Identifikationskennzeichen des Krankenhausfalles (FallID) sowie das Institutionskennzeichen (IK) und die Postleitzahl des Krankenhauses.

Für die Qualitätssicherung wird die Satzart 500 in der 4K ANALYTICS SUITE um weitere Informationen erweitert, die in einem Analysemodell zusammengeführt und für flexible Analysen bereitgestellt werden. Hierzu können derzeit folgende Informationen eingebunden werden: *siehe Tabelle rechts*

Quelle	Detail	Betrachtungsjahr	Beschreibung
Satzarten	100	Diagnosejahr	Abgleich der Versichertenpseudonyme in der Satzart 500 zu den Versicherteninformationen in der zugehörigen Satzart 100.
	500	Diagnosejahr und maximal vier Vorjahre	Abgleich der Diagnoseinformationen über die Zeit. Auswertung nach Diagnosegruppen (ICD10-Klassifikation, Morbi-RSA-Gruppierungen nach Krankheitsgruppen, Morbiditätsgruppen oder DxG-Gruppen) und Entlassungsmonaten.
	700	Diagnosejahr	Prüfung, ob es Versichertenpseudonyme mit Kosteninformationen im Hauptleistungsbereich 4 in der Satzart 700 ohne Diagnoseinformationen in der Satzart 500 gibt.
G-BA	Qualitätsberichte	ab 2010	Die Qualitätsberichte enthalten die Diagnoseprofile für ca. 1.750 Krankenhäuser. Des Weiteren sind vielfältige Informationen zu den Fachabteilungen und Standorten enthalten. Über das Institutionskennzeichen erfolgt eine Verknüpfung zur Satzart 500. Ein Abgleich zur Satzart 500 zeigt mögliche Differenzen in den Diagnoseprofilen auf.
BVA	Krankheitszuordnungen	ab 2010	Für die bessere Klassifikation der Satzart 500 erfolgt die Zuordnung der Diagnosen zu den vollständigen Krankheitsgruppen, den Morbiditätsgruppen und den DxG-Gruppen.
	Satzartauswertungen	ab 2010	Das Bundesversicherungsamt stellt mit einem kleinen Zeitverzug Auswertungen zu den gemeldeten Satzarten auf Ebene der Krankenkassenarten bereit. Ein Abgleich zur Satzart 500 zeigt mögliche Defizite auf.
	Berechnungen zur Krankheitsauswahl	ab 2010	In den Berechnungen zur Krankheitsauswahl sind ebenfalls Aussagen zur krankheitsbezogenen Hospitalisierung. Der Vergleich der Hospitalisierungsquoten ermöglicht die Identifikation von Defiziten.
DeStatis	Stationäre Diagnosen	ab 2010	DeStatis stellt die vollständigen Diagnoseprofile (ICD10 3-Steller) nach Altersgruppen und Bundesland (Standort des Krankenhauses, Wohnort des Versicherten) bereit. Ein Abgleich zur Satzart 500 zeigt mögliche Differenzen in den Diagnoseprofilen auf.
DIMDI	ICD-Katalog	Diagnosejahr	Für die bessere Klassifikation der Satzart 500 erfolgt die Zuordnung der Diagnosen zu den Kapiteln, Gruppen und Kategorien des ICD10-Kataloges.



In diesem beispielhaften Screenshot werden die Patientenbewegungen zwischen den Krankenhäusern anhand von farblich unterschiedlichen Verbindungsgeraden auf einer Karte visualisiert. Die Geradenbreite zeigt den Anteil der Patienten auf, die nach dem Entlassungsmonat in einem anderen Krankenhaus aufgenommen und entlassen wurden. Des Weiteren werden Informationen zur jeweiligen Belegungsquote, zu den Fachabteilungen, zum Diagnoseprofil sowie dem Anteil der MRSA-Diagnosen am gesamten Diagnosespektrum aufgezeigt.

Anhand des Auswertungsbeispiels kann geprüft werden, ob spezifische Kodierfehler bereits in den Rohdaten vorliegen und ob alle Patientenbewegungen unter der Maßgabe von Fallzusammenführung sowie Kodierverhalten sinnvoll sind.

Natürlich können die Nutzer eigene Fragen formulieren und für die Lösung beliebige Diagramme und Tabellen zusammenstellen (Stichwort: Self-Service-BI).

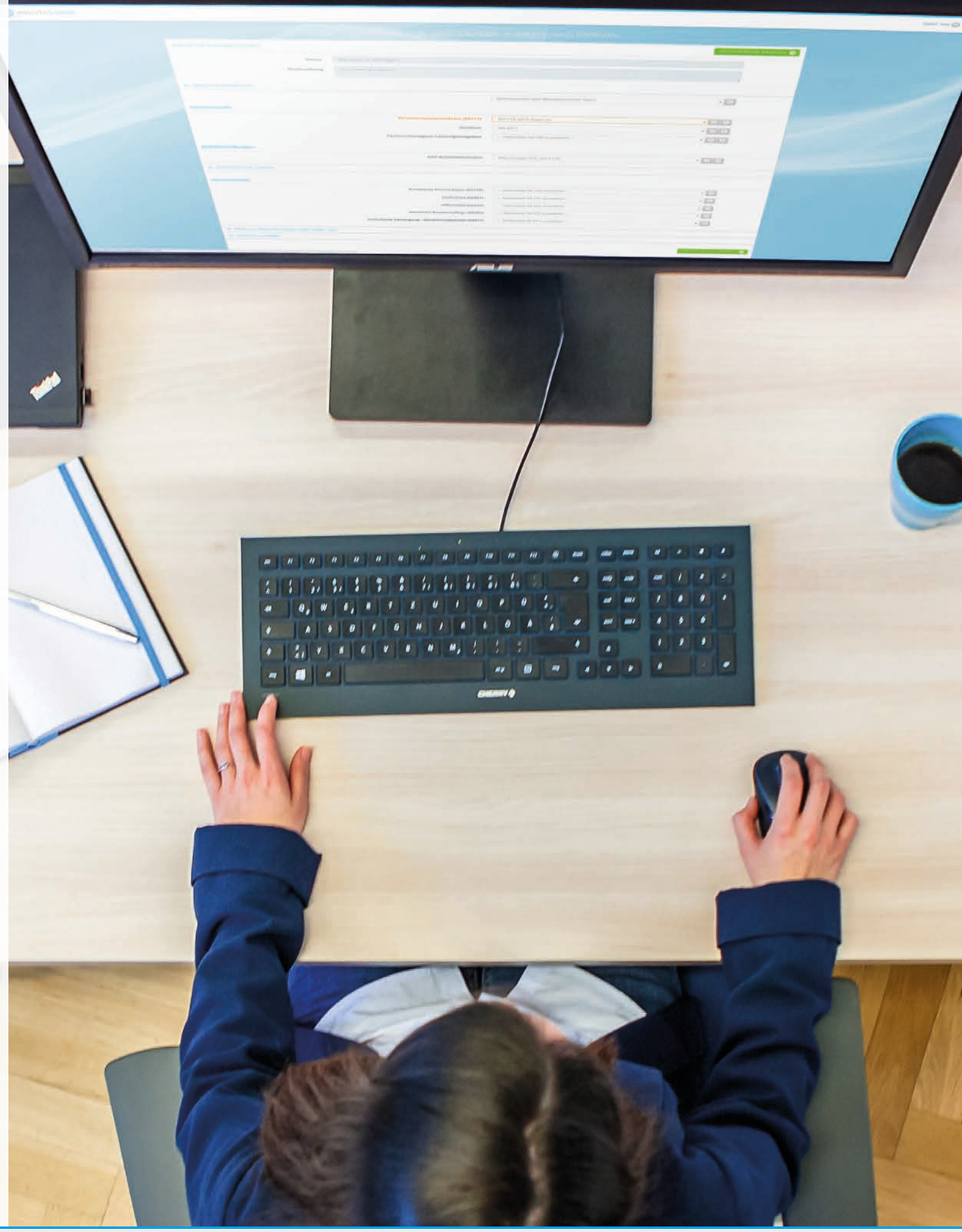
Morbi-RSA Grouper

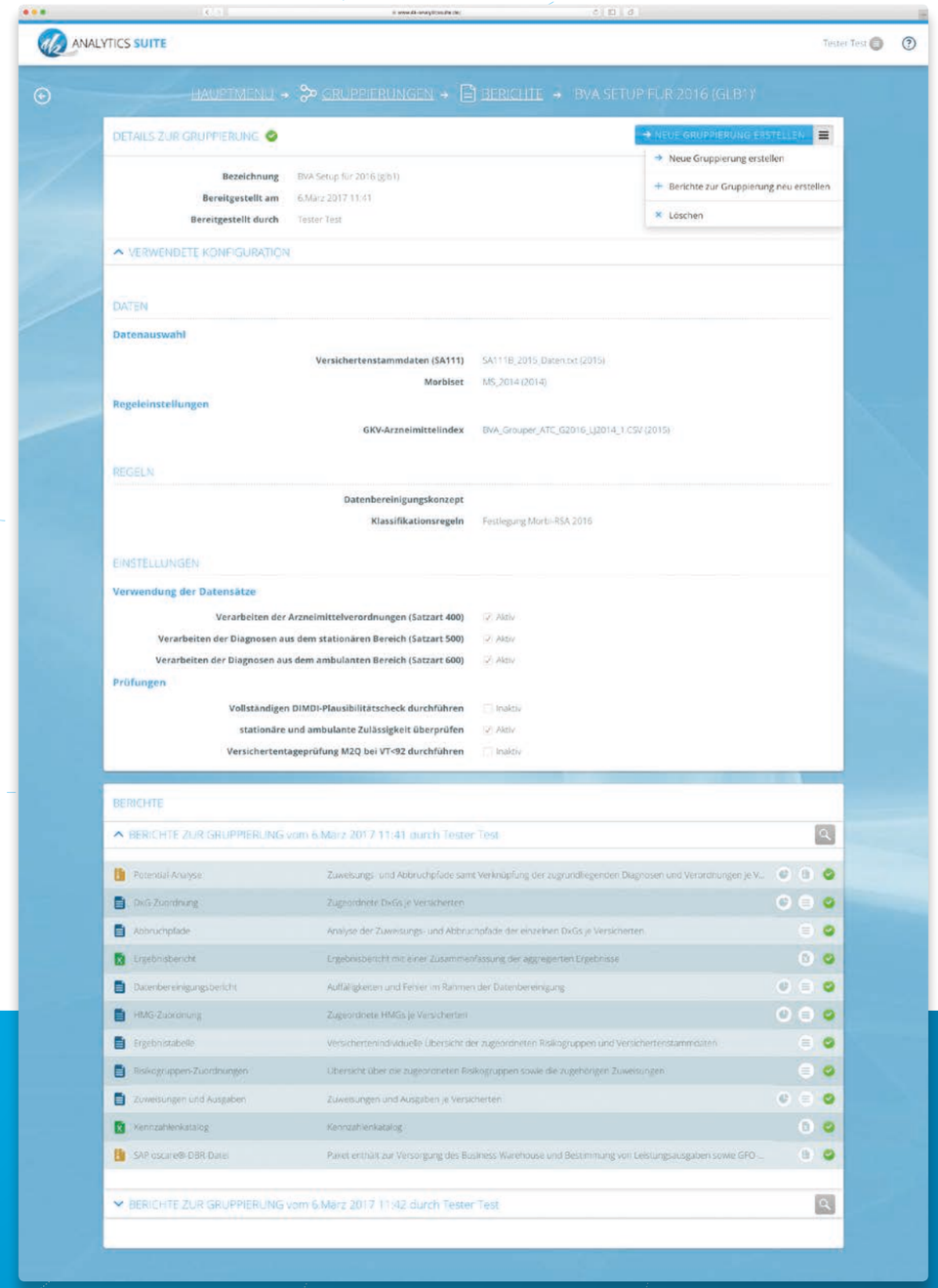
Die 4K ANALYTICS SUITE ist eine hybride Portallösung, bei der Datenmanagement und Datenvisualisierung in einer Anwendung vereint sind. Ein Kernstück ist der integrierte Morbi-RSA Grouper. Dieser beinhaltet grundsätzlich die pseudonymbezogene Zuordnung der hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) sowie die Berechnungen der Zuweisungen nach den jeweiligen Vorgaben des Bundesversicherungsamtes. Darüber hinaus werden Klassifikationen über das vollständige Morbiditätsspektrum sowie weitreichende Einstellungsoptionen, wie beispielsweise zeitgleiche oder prospektive Gruppierungen, angeboten.

Der Morbi-RSA Grouper dient der Qualitätssicherung der Stammdaten sowie der ambulanten und stationären Diagnosen, die die Krankenkassen im Rahmen der Zuweisungsermittlung an das Bundesversicherungsamt zu liefern haben. Zudem bildet der Morbi-RSA Grouper für eine Vielzahl der aktuellen Analyse-Apps eine zentrale Grundlage.

Produktdetails

- Anwendung der veröffentlichten Datenbereinigungskonzepte des Bundesversicherungsamtes für die standardisierten Dateien und Markierung der fehlerhaften Datensätze
- Zusammenfassung von zusammengehörigen Daten zu sogenannten Morbisets für eine konsolidierte Betrachtung der Abrechnungsinformationen für eine Periode (Jahr)
- Einspielen aktuellster Gewichtstabellen und Arzneimittelindex-Dateien für stets repräsentative Analyseergebnisse
- Flexible Anpassung und Einbindung eigener Gruppierungsregeln
- Nutzung verschiedener Gruppierungsverfahren
  - Gruppierungen nach BVA-Vorgaben für Entwürfe, Bescheide und Schlussausgleiche
  - Vollständige Gruppierung nach der Maßgabe des Wissenschaftlichen Beirats mit einfacher Diagnosevalidierung
  - Zeitgleiche Gruppierungen
  - Prospektive Gruppierungen
- Bereitstellung und Simulation von aktuell in der Diskussion befindlichen alternativen Gruppierungsverfahren
- Metadatenmanagement, Sicherung und Bereitstellung der Daten zur späteren Nutzung oder für andere Nutzer
- Unterstützung der Zusammenarbeit verschiedener Fachabteilungen in der Krankenkasse
- Erweiterte Analyseoptionen durch die Anpassung der Gruppierungseinstellungen und flexible Verwendung der Gruppierungsalgorithmen für verschiedene Jahre
- Ausgabe von aggregierten und pseudonymbezogenen Zuweisungsberichten und Ergebnisdateien
- Bereitstellung von flexiblen Analyseberichten für die Analyse der Abbruchpfade, Häufigkeitsauswertungen, Risikogruppen-Zuordnungen, einfache Deckungsbeitragsrechnung





Das MRSA-Gruppierungsverfahren ist innerhalb der 4K ANALYTICS SUITE in mehrere Schritte unterteilt. Bereits beim Einladen werden die Daten auf formale Fehler hin geprüft und sortiert abgelegt. Mittels der Gruppierung erfolgt eine Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen. Die Ergebnisberichte werden erst auf Abruf erzeugt und zum Download angeboten. Natürlich können die Ergebnisberichte auch automatisch in Ordnerstrukturen oder Datenbanken abgelegt werden.

Gewichtstabellen und andere Einstellungen, die keine Auswirkungen auf die Zuordnung der Risikogruppen haben, können jederzeit verändert werden. Mit jeder Änderung werden innerhalb von Sekunden neue Ergebnisberichte erzeugt und zum Download angeboten (Siehe Screenshot). Durch die Trennung der Verarbeitungsschritte können die MRSA-Experten sehr schnell verschiedene Szenarien durchspielen.

Abbruchpfadanalyse

Für den Verlust von Zuweisungen gibt es sehr viele unterschiedliche Ursachen. Angefangen bei kleinen Datenfehlern in den Versichertenstammdaten bis hin zu fehlerhaft oder nicht gemeldeten Diagnosesätzen. Für den langfristigen wirtschaftlichen Erfolg einer Krankenkasse ist die laufende Sicherung der Qualität der im Rahmen des Morbi-RSA-Ausgleichsverfahrens zu meldenden Daten unabdingbar. Bereits kleinste Datenfehler führen zu hohen Zuweisungs- oder mindestens Liquiditätseinbußen. Die relevanten Daten sind jedoch das Ergebnis komplexer Informationsverarbeitungsprozesse. Die Fehleridentifikation und Ursachenforschung ist somit nicht trivial und entsprechend organisatorisch in einer nachhaltigen Morbi-RSA-Einnahmensicherung zu institutionalisieren.

Unter der Morbi-RSA-Einnahmensicherung werden einerseits alle Prozesse und Strukturen verstanden, die sich auf die Sicherung von gerechtfertigten Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds beziehen. Andererseits ist es eine wesentliche Aufgabe der Einnahmensicherung, die Wirtschaftlichkeit in den Bereichen zu steigern, wo gerechtfertigte Zuweisungen fehlen und Leistungsausgaben nicht gedeckt werden. Hierfür sind eine effiziente Zuweisungs- und Versorgungsanalytik aufzubauen, Prüf- und Bewertungsregeln zu definieren und ein Berichtswesen aufzusetzen.

Stephanie Mühlig, Qualitätssicherung
Oluwatomiwa Oni-Orisan, Qlik Sense Extensions
Holm Sieber, Geschäftsführer
Franziska Bruder, Qualitätssicherung
Robert Templin, Qlik Sense Experte

Innerhalb des Rechtsrahmens und insbesondere unter der Maßgabe, dass ein aktives Up- sowie das retrospektive Right-Coding aufsichtsrechtlich verboten sind, müssen Krankenkassen effiziente Einnahmensicherungsmaßnahmen etablieren, wie:

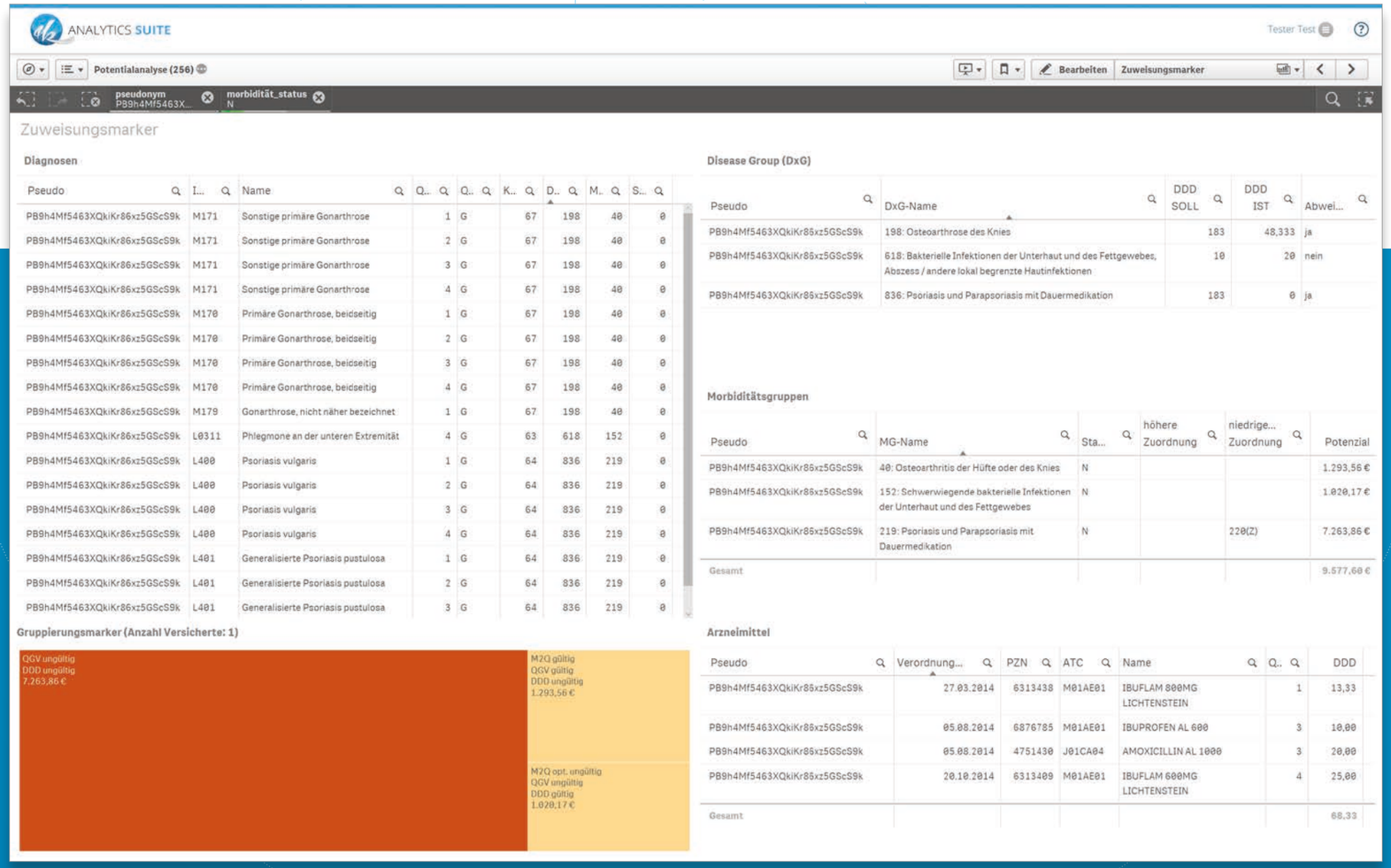
- die nachhaltige Beseitigung eigener Prozess- und Systemfehler
- Instrumente der Versorgungs- und Abrechnungssteuerung, die wesentliche Potenziale zur Verbesserung der Kodier- und Dokumentationsqualität bieten
- Vertragsverhandlungen und -beziehungen mit Leistungserbringern, die zur Verbesserung der Kodier- und Dokumentationsqualität dienen können
- Interaktionen mit Versicherten, die die Einflussnahme auf medizinisch sinnvolle Verhaltensänderungen ermöglichen
- Die aktive Einflussnahme auf die Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist selbst oder über Vertretungen ein zentraler Baustein der Einnahmensicherung

Das Modul Abbruchpfadanalyse bietet eine effiziente Unterstützung bei der Analyse, an welcher Stelle und warum die Zuordnung zu Morbi-RSA-relevanten Morbiditätsgruppen gescheitert ist und welche theoretischen Zuweisungen dadurch nicht generiert worden sind. Die Abbruchpfadanalyse bietet detaillierte Analyseberichte, die bspw. nach Erkrankungen, Verordnungen, Region oder Leistungserbringern gefiltert werden können.

Produktdetails

- Performante und transparente Auswertung innerhalb einer völlig flexiblen hauptspeicherbasierten Analyseplattform, mit Diagrammen und Tabellen
- Auflistung von Datenfehlern gemäß den Prüfungen des zugeordneten Datenbereinigungskonzeptes und Vergleich zu Referenzmeldungen aus anderen Jahren sowie den zugehörigen Auswertungen des Bundesversicherungsamtes
- Regeleditor, mit dem beliebige Subpopulationen gebildet, ausgewertet und gespeichert werden können, beispielsweise können so Versicherte ausgewählt werden, die im Vorjahr einer bestimmten HMG zugeordnet und im Berichtsjahr – unter Verwendung des gleichen Klassifikationsverfahrens – derselben HMG nicht zugeordnet wurden, trotz ausreichender Medikation
- Bereitstellung und Aufbereitung der Abbruchpfade für den Standardalgorithmus und die Sonderfälle
- Aggregation der Abbruchpfade in Form von Ausschöpfungsquoten über verschiedene Ebenen, wie beispielsweise Leistungserbringer oder Regionen
- Einfache Auswertungsmöglichkeiten für fehlende Kodierinformationen ohne direkte Kodier- und Medikationshinweise anhand der Satzartdaten aus anderen Abrechnungsperioden, den EBM-Daten der ambulanten und den Zusatzentgelten der stationären Abrechnung, den Diagnoseinformationen in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie Heil- und Hilfsmittelverordnungen

Die Morbiditätsgruppe 219 wurde dem Versicherten nicht zugewiesen und wird durch die DxG 836 bestimmt. Die erforderliche Arzneimittelmenge i. H. v. 183 Behandlungstagen wurde nicht erreicht. Da kein passendes Arzneimittel für den Versicherten in der Satzart 400 vorhanden ist, liegt auch keine quartalsgleiche Verordnung vor. Der Versicherte wurde stationär nicht behandelt, somit kann eine Arzneimittelabgabe im Krankenhaus ausgeschlossen werden. Der Versicherte hat die niederwertige Morbiditätsgruppe 220 zugewiesen bekommen. Ein Abgleich mit der EBM 10350 bringt keine weiteren Erkenntnisse. Insofern die Morbiditätsgruppe 219 nicht bereits in Vorjahren dem Versicherten zugewiesen wurde, ist kein Fehler in den Daten erkennbar und somit auch kein Potenzial.



4K ANALYTICS SUITE

Die strategische Toolbox für Krankenkassen

Anwendungsbeispiel Morbus Pompe

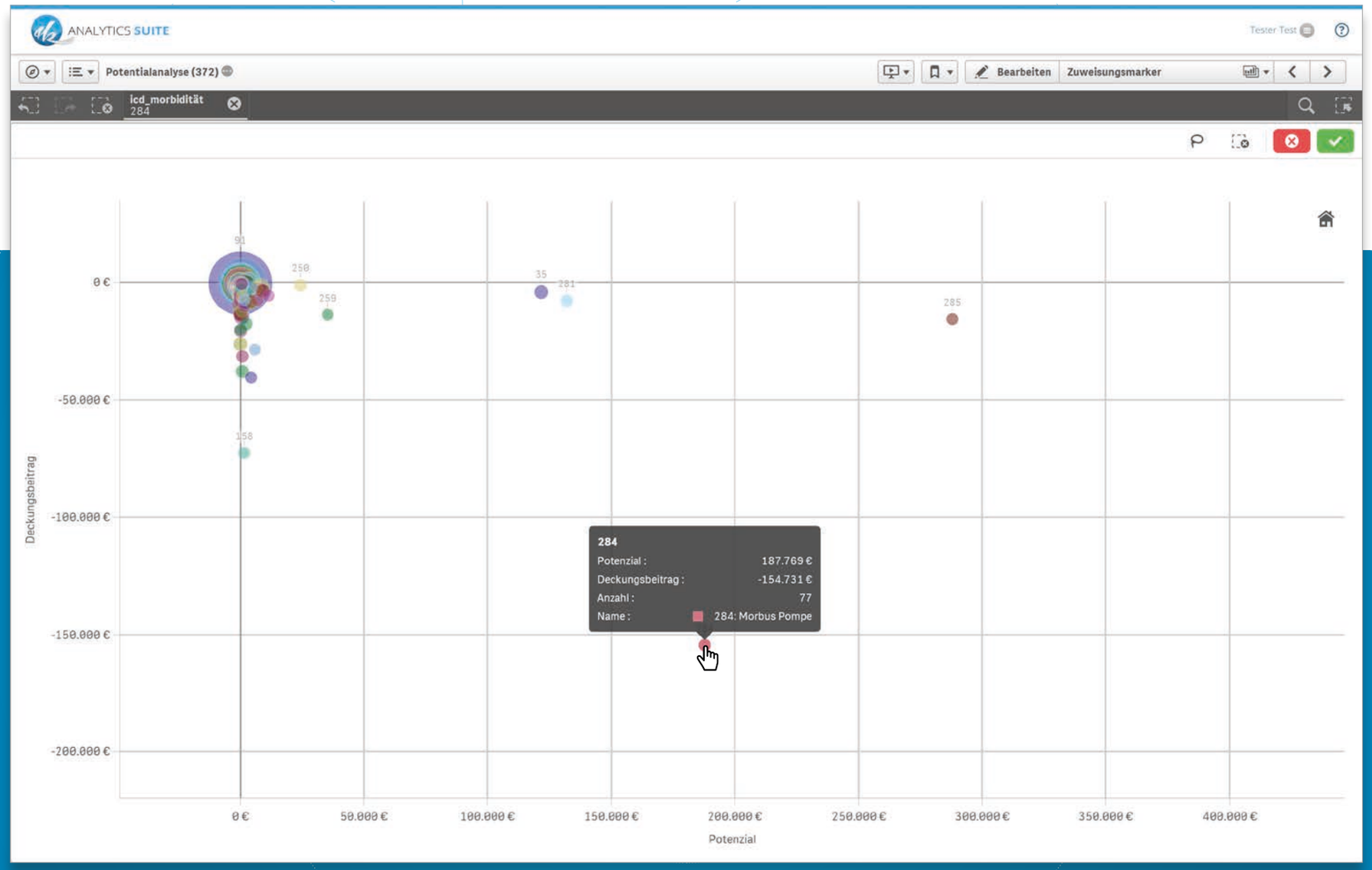
Die 4K ANALYTICS SUITE als strategische Toolbox wurde mit Partnern aus der Praxis entwickelt und deren direkter Nutzen somit anwendungsnah erprobt. So konnten in einem Einführungsprojekt bei einer mittelgroßen Krankenkasse bereits in der ersten Anwendung fehlende Zuweisungen durch fehlerhafte Versorgungsprozesse in Höhe von 900.000 Euro identifiziert werden.

Das intuitive Zusammenspiel der unterschiedlichen in der 4K ANALYTICS SUITE enthaltenen Werkzeuge führte nach der ersten Gruppierung sowie einer darauffolgenden Deckungs- und Abbruchpfadanalyse zur Sicherung von Einnahmen. Im konkreten Fall wies die krankheitsbezogene Deckungsanalyse eine auffällig hohe Unterdeckung in den Indikationen Morbus Pompe und Morbus Gaucher auf. Eine Detailanalyse in der Abbruchpfadanalyse bestätigte den Verdacht und zeigte die Defizite auf:

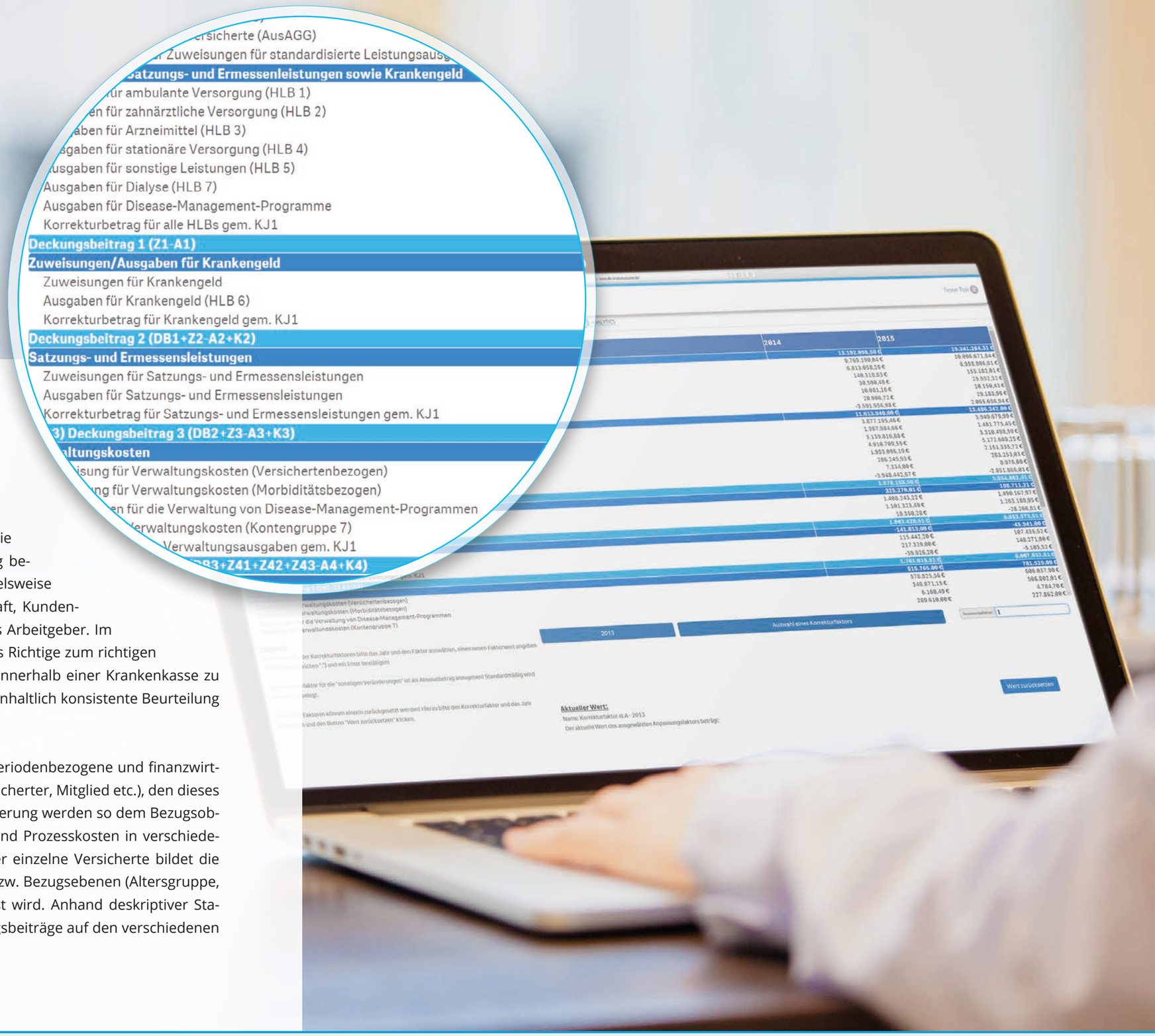
Morbus Pompe ist eine seltene Speicherkrankheit. Derzeit sind in Deutschland ca. 200 Patienten erkrankt. Für die Behandlung wird Myozyme mit dem Wirkstoff Alglucosidase alfa angewendet. Myozyme ist eine Enzymersatztherapie, die Patienten mit dem Enzym Alpha-Glucosidase versorgt, an dem es ihnen mangelt. Myozyme wird als Infusion mit 20 mg pro Kilogramm Körpergewicht einmal alle zwei Wochen verabreicht.

Innerhalb des Morbi-RSA ist Morbus Pompe zuweisungsrelevant und als DxG 112 bzw. HMG 284 definiert. Die Morbiditätszuordnung erfolgt anhand des Zuordnungsalgorithmus mit Arzneimitteldifferenzierung (Sonderfall 2). Hierzu müssen mindestens eine Diagnose und eine Myozyme-Verordnung im selben Quartal vorliegen sowie mindestens 42 (Alter > 11) bzw. 21 (Alter < 12) Behandlungstage erreicht werden. Gemäß der Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2016 werden der Krankenkasse 399.382,32 Euro im Jahr für einen Patienten mit Morbus Pompe zugewiesen.

In einem konkreten Fall wurde die Behandlung im Krankenhaus durchgeführt und die Medikation mit Myozyme über das Zusatzentgelt ZE2016-66 (gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG) zum Preis von 13,09 Euro pro mg abgerechnet. Eine Zuweisungsrelevanz entsteht allerdings nur im Falle einer klassischen Apothekenabgabe. Dieses organisatorische Defizit führt zu hohen negativen Deckungsquoten. Diese Information kann nun in die Verhandlung der Zusatzentgelte eingebunden und zusätzlich in der Krankenhausabrechnungsprüfung als Aufgreifkriterium hinterlegt werden. Für die laufende Prüfung der Satzartdaten kann ein Filter (eine stationäre Diagnose E74 in der SA500, keine Myozyme-Verordnung in der SA400 und hohe Kosten in HLB4 der SA700) in der 4K ANALYTICS SUITE hinterlegt und die Besonderheit fortwährend überwacht werden.



Im Rahmen von Einführungsprojekten unterstützen wir unsere Kunden mit Schulungen zur Installation und Administration, zum Datenmanagement, zur Gruppierung von Stamm- und Leistungsdaten sowie zu ersten Analysen.



Deckungsanalyse

Der Erfolg einer Krankenversicherung äußert sich nicht in der bloßen Überlebensfähigkeit. Vielmehr ist Erfolg eine umfassende Größe, die die Zielerreichung einer Unternehmung mehrdimensional und langfristig beschreibt. Erfolg wird über die Unternehmensziele definiert, wie beispielsweise Wachstum, finanzielle Stabilität, Marktführerschaft, Serviceführerschaft, Kundenzufriedenheit, Image, Kundenattraktivität wie auch die Attraktivität als Arbeitgeber. Im Zentrum allen Handelns des Managements steht die Anforderung, das Richtige zum richtigen Zeitpunkt richtig zu tun. Um die notwendige Entscheidungsfähigkeit innerhalb einer Krankenkasse zu erreichen, bedarf es geeigneter Instrumentarien, die eine zeitlich und inhaltlich konsistente Beurteilung der Entscheidungssituation überhaupt erlauben.

Die Deckungsbeitragsrechnung ist grundsätzlich eine retrospektive, periodenbezogene und finanzwirtschaftliche Bewertung des Beitrages eines Bezugsobjektes (bspw. Versicherter, Mitglied etc.), den dieses zur Deckung der Gemeinkosten liefert. Im Kontext der Krankenversicherung werden so dem Bezugsobjekt alle Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie Leistungs- und Prozesskosten in verschiedenen Stufen entsprechend dem Verursachungsprinzip zugeordnet. Der einzelne Versicherte bildet die kleinste Kalkulationseinheit, die über vielfältige Aggregationsebenen bzw. Bezugsebenen (Altersgruppe, Regionen, Vertrag, Haushalt, Unternehmen) additiv zusammengefasst wird. Anhand deskriptiver Statistikmaße, wie bspw. Mittelwert oder Median, lassen sich die Deckungsbeiträge auf den verschiedenen Bezugsebenen bewerten und vergleichen.

Die Deckungsanalyse im Detail

Deckungsbeitragsstufen

Innerhalb der Deckungsbeitragsanalyse der 4K ANALYTICS SUITE werden acht Deckungsbeitragsstufen für die anonymisierten Pseudonyme berechnet.

Die Zuweisungen werden aus den Gruppierungsergebnissen und die Kosten aus den aggregierten Informationen der Satzart 700 gewonnen. Die Summe der pseudonymbezogenen Werte wird mit den KJ1-Werten des jeweiligen Jahres adjustiert.

Als Besonderheit werden in der Deckungsstufe 8 die regionalen Anpassungsbeträge entsprechend einer GWR-Regression, die auf den Forschungsergebnissen des WIG2 Institutes beruhen und über ca. 10 Mio. Versichertendaten ermittelt wurden, einbezogen.

Aggregationen

Die Aggregation der Deckungsbeiträge erfolgt über beliebige Bezugsebenen, wie bspw. die Regionen, Krankheiten, Alter, Geschlecht u. v. m.

Zeitreihenanalyse

Die Ergebnisse der retrospektiven periodenbezogenen Deckungsanalyse werden in die Zukunft transportiert, um unter veränderten Rahmenbedingungen prospektiv wirksame Handlungsoptionen zu identifizieren und zu bewerten.

Daraus leitet sich die zentrale Anforderung ab, dass die Deckungsbeiträge immer über die Zeit betrachtet werden müssen. Entsprechend ist die Deckungsanalyse innerhalb der 4K ANALYTICS SUITE als Zeitreihenanalyse angelegt. Hierbei werden zwei Berechnungsmethoden bereitgestellt:

- **Variable Deckungsanalyse**
  Die variable Deckungsanalyse spiegelt die Finanzsicht wider. Hierzu werden in den ausgewählten Betrachtungsjahren die entstandenen Kosten den tatsächlichen Zuweisungen zugeordnet. Die Zuweisungen werden mit dem jeweils für das Betrachtungsjahr gültigen Zuweisungsalgorithmus des Morbi-RSA berechnet. Diese Form der Deckungsanalyse kann nicht zur Betrachtung einer einheitlich definierten Morbidität im Sinne des Morbi-RSA über die Zeit verwendet werden. Folglich können hiermit nicht alle versorgungsrelevanten Fragestellungen erarbeitet werden.

- **Standard-Deckungsanalyse**
  Die Standard-Deckungsanalyse fokussiert die Versorgungssicht. Hierzu wird ein einheitliches Klassifikationsmodell für alle ausgewählten Jahre angewendet. Für die Berechnung der Zuweisungen werden teilweise jahresspezifische Werte (bspw. Grundpauschale) genutzt.

- **Kombinierte Deckungsanalyse**
  Die kombinierte Deckungsanalyse führt die variable und die Standard-Deckungsanalyse zusammen. Für eine effiziente Anwendung sind allerdings höhere IT-Ressourcen notwendig.

Anwendungsbeispiel Regionale Kostenvariation

Ein wesentlicher, im aktuellen Risikostrukturausleich nicht berücksichtigter Einflussfaktor auf die Kostenrisiken einer Krankenkasse, ist die regionale Verteilung ihrer Versicherten. Dies belegen zum einen deutlich abweichende Zusatzbeiträge zwischen einzelnen Kassen mit ähnlicher soziodemographischer Versichertenstruktur und zum anderen die Insolvenzen regional tätiger Krankenkassen bzw. deren Zwang zur Fusionierung. Zahlreiche empirische Studien belegen, dass die Ursachen für eine regionale Variation von Gesundheitsausgaben sowohl in angebots- als auch in nachfrageseitigen Faktoren liegen. Insbesondere die regionale Angebotsdichte von Haus- und Fachärzten oder Krankenhäusern, regionale Kodierunterschiede aber auch Präferenzen bzgl. der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen oder die lokale Sozialstruktur werden als Einflussfaktoren diskutiert.

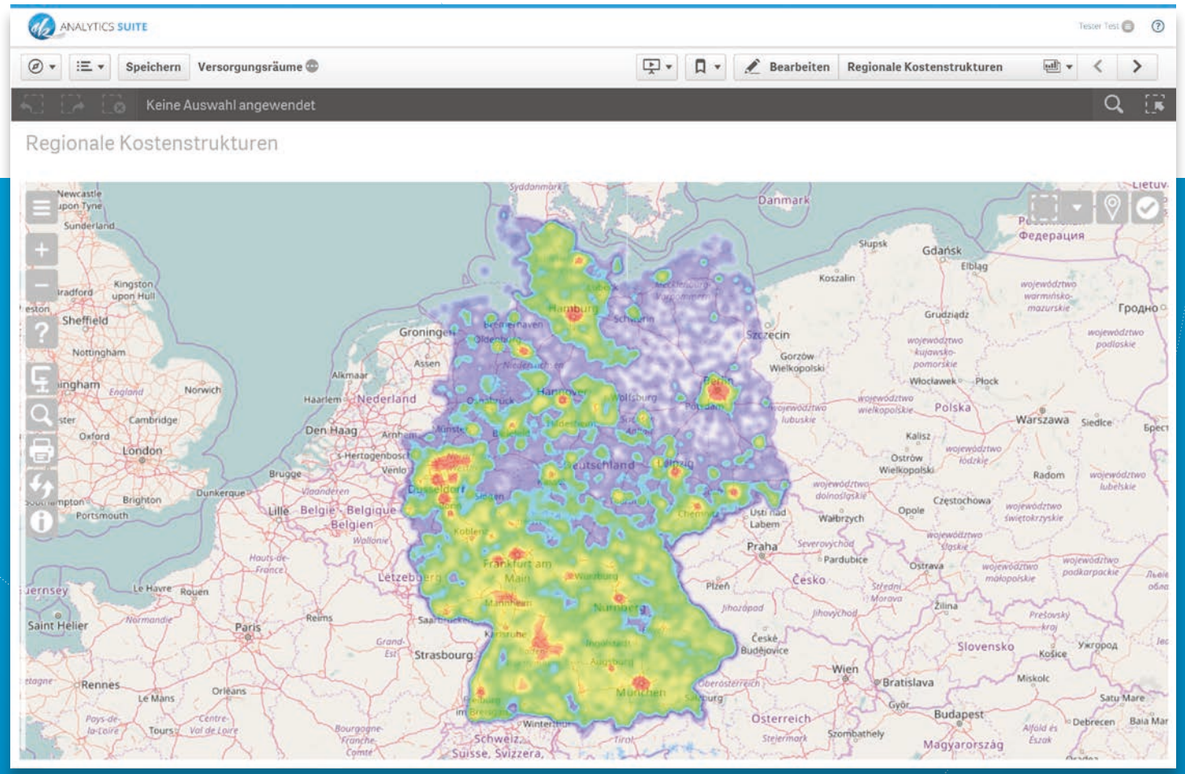
Versorgungssteuernde und zuweisungssichernde Maßnahmen lassen sich erst effizient gestalten, wenn sie explizit auf regionale Besonderheiten zugeschnitten sind. Grundlage für die Entwicklung zielgerichteter Instrumente ist eine valide Abbildung regionaler Versichertenverteilungen und Deckungsbeiträge sowie eine vertiefende Analyse von Strukturunterschieden als potentiellen Determinanten einer geographischen Risikovariation.

Eine Schwierigkeit bei der Verwendung von Finanzkennzahlen räumlich aggregierter Gruppen liegt in der starren räumlichen Struktur und dem hieraus folgenden Problem der veränderbaren Gebietseinheiten (MAUP). Demnach sind Varianz und Mittel einer untersuchten Variable von der Aggregationsebene und dem geografischen Zuschnitt abhängig, d.h., dass Definition und Zuschnitt einer Region maßgeblich über die Ausprägung eines Indikators, z. B. der regionalen Deckungsquoten, entscheiden. Analysen, die dies nicht berücksichtigen, können zu verzerrten Ergebnissen und falschen Schlussfolgerungen führen.

Um dieses Problem zu beheben, hat das WIG2 Institut in mehreren Forschungsprojekten unter Verwendung geostatistischer Verfahren verschiedene Ansätze zur sachdienlichen Definition und dem optimalen Zuschnitt von Regionen entwickelt. So erlaubt bspw. die geographisch gewichtete Regression über den Einbezug distanzgewichteter Ähnlichkeiten die grenzfreie – und damit realitätsnähere - Abbildung von räumlichen Kostenstrukturen, Deckungsbeiträgen, Inzidenzentwicklungen oder Versorgungsstrukturen, die jenseits fixer Grenzen bestehen.

Neben den grenzfreien Konzepten hat das WIG2 Institut grundlegende Methoden entwickelt, um zweckmäßig nach verschiedenen Versorgungsgesichtspunkten optimierte sowie homogene Raumzuschnitte zu definieren. In einem Praxisprojekt zur Optimierung von regionalen Ausschreibungslosen konnte beispielsweise ein optimaler Gebietszuschnitt ermittelt werden. Diese Optimierung führt zu administrativen Einsparungen bei den Krankenkassen unter der Maßgabe einer optimalen Versorgungsqualität.

In der 4K ANALYTICS SUITE sind die unter Kostengesichtspunkten ermittelten Raumgrenzen der Versorgungsregionen sowie die regionalen Ausgleichszahlungen implementiert. In der Deckungsanalyse werden die regionalen Ausgleichszahlungen in der Deckungsstufe 8 abgebildet. Damit wird u.a. auch eine regionale Standardisierung der Versichertenpopulationen und somit ein regionales Benchmarking ermöglicht.



Einwohner-je-Arzt Verhältniszahl grenzfrei berechnet nach der Methode gleitender Einzugsbereiche

Franziska Bruder, Qualitätssicherung

Zuweisungsprognose

Das Modul Zuweisungsprognose innerhalb der 4K ANALYTICS SUITE simuliert und prognostiziert die voraussichtlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds mit Blick auf aktuelle und anstehende Schlussausgleiche.
Insbesondere aufgrund antizyklischer Bewegungen des Versichertenbestands kann sich die Morbiditätsstruktur einer Krankenkasse stark verändern, was die Zuweisungshöhen aus dem Gesundheitsfonds unmittelbar beeinflusst. Die bisherigen Berechnungsmethoden stoßen hier schnell an ihre Grenzen. Nur geringfügige Änderungen der Versichertenstruktur oder der GKV-Parameterdaten bleiben bei den amtlichen Grundlagenbescheiden und üblichen Berechnungsmethoden oft größtenteils unberücksichtigt, obwohl auch sie eine Neubewertung der vorliegenden Finanzeckwerte erforderlich machen. Das Modul beinhaltet eine exklusive, umfangreiche, transparente und kassenindividuelle Modell- und Simulationsberechnung, die sich von den amtlichen Grundlagenbescheiden und den am Markt angebotenen Berechnungsmethoden bedeutend unterscheidet.
Der Produktumfang der Zuweisungsprognose wird regelmäßig an die gesetzgeberischen Veränderungen und die analytischen Erfordernisse unserer Kunden angepasst. Ziel ist eine Zuweisungsprognose, die Krankenkassen frühzeitig stichhaltige Finanzinformationen für strategische Unternehmensentscheidungen liefert. Die fachliche Aufbereitung des Moduls erfolgt durch unseren Entwicklungspartner spectrumK.

Produktdetails

- Berechnung sämtlicher Zuweisungselemente des Gesundheitsfonds
- Berücksichtigung kassenindividueller Fluktuationsbewegungen und Versichertenbestandsveränderungen, z. B. aufgrund von Zusatzbeiträgen
- Ermittlung von Morbiditätsentwicklungsfaktoren zur Berücksichtigung von Versichertenbestandsveränderungen und deren Wirkung auf den Risikofaktor bzw. die risikoadjustierte Grundpauschale
- Bestimmung von Qualitätsveränderungsfaktoren zur Berücksichtigung einer kassenindividuell veränderten Daten- und Kodierqualität, z. B. durch aktualisierte Datenmeldungen
- Berechnung der Wirkungen von Fluktuationsbewegungen auf die Entwicklung der tatsächlichen Leistungsausgaben
- Hoher Individualisierungsgrad und Einstellmöglichkeiten innerhalb des Prognosemodells
- Vielfältige Simulationsvarianten und „Was wäre, wenn“-Modelle
- Umfangreiche, transparente und zielgruppengerechte Ergebnisberichte

Unser Partner spectrumK bietet eine weitreichende Finanzberatung an.
Bei Fragen wenden Sie sich auch gerne an:

Sajoscha Engelhardt
Finanzanalyse

Telefon: +49 30 212336-451
E-Mail: finanzanalyse@spectrumk.de

spectrumK GmbH
Spittelmarkt 12, 10117 Berlin

GKV-Benchmark

Die Einführung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags hat zu einer Beschleunigung des Konzentrationsprozesses innerhalb des GKV-Markts geführt. Gesetzliche Krankenkassen müssen sich daher intensiver als je zuvor mit der Fragestellung beschäftigen, ob sie mit ihrer aktuellen Einnahmen- und Ausgabenstruktur mittelfristig wettbewerbsfähig bleiben können oder ob sich ihre Wettbewerber auf der Überholspur befinden.

Der GKV-Benchmark stellt die Einnahmen-, Ausgaben- und Vermögenskennzahlen aller Krankenkassen in einem Tool zur Verfügung und analysiert sowohl die aktuelle als auch zukünftige Wettbewerbssituation anhand von Scorings, bereinigten Deckungsbeiträgen, Leistungsbenchmarks auf Basis von Risikofaktorgruppen, Fusionsanalysen oder Versicherten- sowie Mitgliederprognosen.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor von Benchmarks ist die Validität und Vergleichbarkeit zugrunde liegender Datenquellen. In die Vergleichsanalysen einfließende Kennzahlen müssen dieselbe buchhalterische Abgrenzung aufweisen und fehlerhafte Werte müssen vorab identifiziert und gewissenhaft bereinigt werden. Aus diesem Grund werden im GKV-Benchmark die Rechnungsergebnisse der Krankenkassen nach § 305b SGB V in einem ersten Schritt qualitätsgesichert sowie bereinigt und in einem weiteren Schritt für die Auswertungen weiterverarbeitet. Zudem werden Informationen aus weiteren Datenquellen in die Analysen eingebunden und für unterjährige Aktualisierungen berücksichtigt.

Die durchgeführten Analysen werden in übersichtlichen Berichten aufbereitet und übergeordneten Themenfeldern zugeordnet. Für die größtmögliche Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse werden in allen Berichten die verwendeten Datenquellen und Berechnungsmethoden übersichtlich dargestellt.

Produktdetails

Mit dem GKV-Benchmark behalten Sie stets den Überblick über alle aktuellen sowie zukünftigen Entwicklungen im gesamten Krankenkassenmarkt.

- Jahresübergreifende Auswertung der Leistung aller Krankenkassen auf Basis von Rechnungsergebnissen und Prognosen:
  - Krankenkassenscoring nach dem Vorbild des GKV-Spitzenverbandes
  - Risikofaktorgruppenbasierte Leistungsausgabenbenchmarks
  - Fusionsanalysen
  - Bereinigte Deckungsbeiträge inkl. Deckungsbeitrag der Verwaltungsausgaben
  - Versicherten- und Mitgliederentwicklungen
  - Vermögens- und Rücklagenentwicklung
- Laufende Aktualisierung (mind. vierteljährlich) und Qualitätssicherung der Datengrundlage
- Vollständige Transparenz durch eine Dokumentation der Datenquellen und der Berechnungsansätze
- Individuelle Weiterverarbeitung durch Exportfunktion
- Benutzerfreundliche Aufbereitung in themenbezogenen Berichten
- Vielfältige Selektionsmöglichkeiten für eine individuelle Einbindung der zu vergleichenden Krankenkassen z. B. anhand von Risikofaktorgruppen, Kassengröße, Gefährdungsscore oder regionaler bzw. betriebsbezogener Verfügbarkeit

GKV-Benchmark: Abschnitt Übersicht

GKV-Benchmark: Abschnitt Leistungsausgaben

Anwendungsbeispiel Haftungsprävention

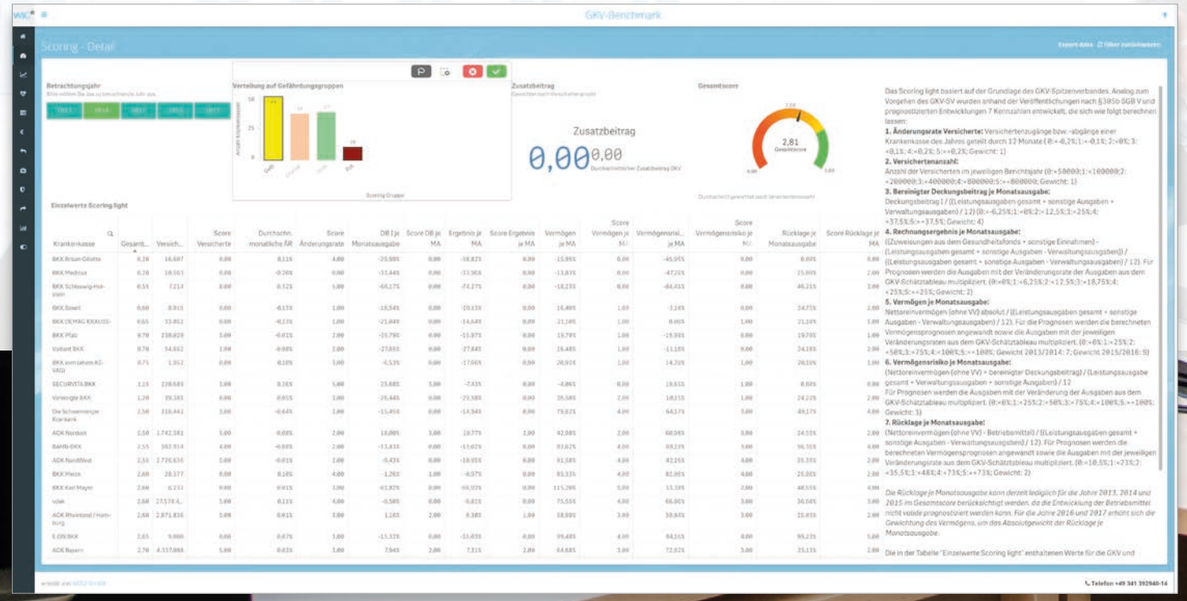
Die heterogenen Finanzstrukturen der Einzelkassen begünstigen zunehmend hohe Finanzrisiken innerhalb der GKV. Die Zukunft der Krankenkassenlandschaft wird durch weitere Fusionen und im schlimmsten Fall sogar Schließungen geprägt sein. Die im Schließungsfall entstehenden Kosten werden durch die übrigen Krankenkassen anteilig und in Abhängigkeit ihrer Mitgliederanzahl pro Krankenkasse getragen.

Mithilfe des GKV-Benchmarks können diese Finanzrisiken einfach und nachvollziehbar analysiert und quantifiziert werden. Die Grundlage hierfür bildet ein analog zum GKV-Spitzenverband implementiertes Scoring der kassenindividuellen Leistungsfähigkeit.

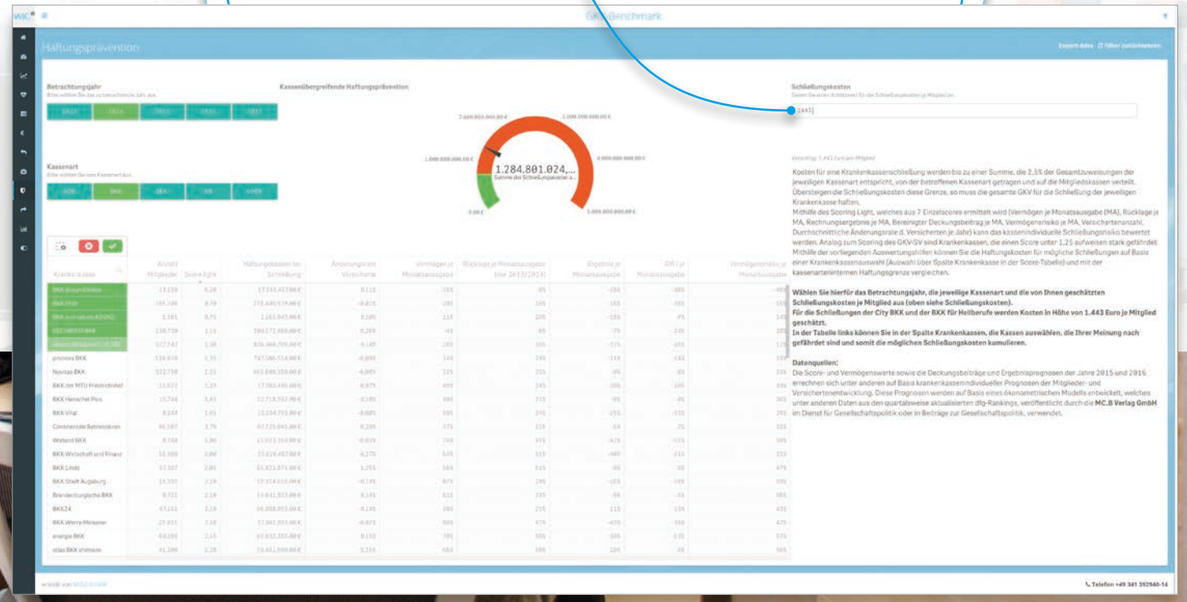
Alle Krankenkassen können sowohl für die verfügbaren Berichtsjahre als auch für mindestens zwei Folgejahre anhand ihres Vermögens sowie Vermögensrisikos, ihres Rechnungsergebnisses und anteiliger, bereinigter Deckungsbeiträge sowie ihrer Größe und Versichertenentwicklung bewertet werden.

Die Zusammenführung aller Einzelscores ergibt einen Gefährdungsscore je Krankenkasse, wodurch eine Priorisierung des Risikos ermöglicht wird:

Aus den Schließungen der City BKK und der BKK für Heilberufe konnten durchschnittliche Schließungskosten pro Mitglied in Höhe von 1.443 Euro kalkuliert werden.



Für eine finanzielle Bewertung des Haftungsrisikos werden im GKV-Benchmark die möglicherweise anfallenden Schließungskosten pro Mitglied analysiert und dargestellt.



Wenn die Schließungskosten eine Grenze von 2,5 % der Zuweisungen einer Kassenart überschreiten, werden die Kosten auf alle Systeme verteilt. Im GKV-Benchmark kann simuliert werden, wann dieser Fall eintritt.

Weitere Module in der Entwicklung

Arzneimittelanalyse

Die effiziente Steuerung der Arzneimittelversorgung ist mit zunehmender Dringlichkeit eine zentrale Aufgabe der Krankenkassen. Neben den Prüfungen und Genehmigungen von Verordnungen, den Verhandlungen von Rabattverträgen sowie der Durchsetzung von Wirtschaftlichkeitskriterien im Verordnungsverhalten der Ärzte und in den Ausgabepraktiken der Apotheken gerät zunehmend die gesundheitsökonomische Bewertung der Arzneimitteltherapien über die Zeit in den Fokus der Krankenkassen. Zu welchen Ergebnissen führen unterschiedliche Therapien und wie wirkt sich ein Eingriff der Krankenkassen auf das kurz- und mittelfristige Zielsystem selbiger aus? In dem Kontext spielen die Durchsetzung von medizinischen Leitlinien sowie die Finanzierung, Begleitung und Evaluation von Therapieinnovationen eine zunehmend wichtigere Rolle.

Mit Partnern entwickeln wir innerhalb der 4K ANALYTICS SUITE eine zentrale Informations- und Analyseplattform für die Arzneimittelversorgung.

Produktdetails

- Monatliche Berichte mit Informationen zu Innovationen und deren Marktreife, zum Patentmarkt und zu medizinischen und gesundheitsökonomischen Erkenntnissen in der Arzneimittelversorgung
- Analyseplattform zur Analyse der Arzneimittelversorgung auf Basis von eigenen Abrechnungsdaten und im Vergleich zu weiteren Krankenkassen, Abbildung von Therapiepfaden und Outcomes, Selektion von Vergleichsgruppen über das Propensity Score Matching und über einen neuen Ansatz, dem Entropy Balancing zum Vergleich von alternativen Therapien
- Bereitstellung von weitreichenden Informationen zum jeweils gültigen Arzneimittelbestand

Ausgabenprognose

Das Modul Ausgabenprognose innerhalb der 4K ANALYTICS SUITE simuliert die Ausgaben für die verschiedenen Leistungskonten, welche im Bezugsjahr zu erwarten sind.

In einem Marktumfeld, in welchem die Versichertenfluktuation stetig zunimmt, werden auch die Ausgaben und Zuweisungen größeren Schwankungen ausgesetzt. Weil diese Entwicklungen aber direkt zusammenhängen, ist die Anwendung von Modellen zur Prognose von Zuweisungen und Ausgaben nur auf Basis der Versichertenstruktur sinnvoll. Genau dieser Ansatz wird bei der Ausgabenprognose verfolgt. Zusammen mit dem Modul Zuweisungsprognose sind „beide Seiten der Medaille“ abgedeckt und können so die strategische Finanzplanung der Krankenkasse unterstützen.

In Zusammenarbeit mit unserem Partner spectrumK entwickeln wir das Modul Ausgabenprognose für die 4K ANALYTICS SUITE.

Produktdetails

- Synchronisation der Bestandsstrukturveränderung mit der Zuweisungsprognose
- Individuelle Anpassung der Kontenstruktur und „Was wäre, wenn“-Analyse
- Umfangreiche Möglichkeiten zur Anpassung der Preisdynamik durch diverse Variablen
- Variablen als relative Veränderungen oder Absolut-Beträge anwendbar
- Übersichtliche Gestaltung und Auswertungsmöglichkeiten direkt in der Suite
- Berichtexport als Excel-Übersicht über die Konten und deren Beträge

Versorgungsanalyse

Um die Herausforderungen, vor denen die medizinische Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen steht, zu meistern, bedarf es neuer Strukturen sowie neuer Vertrags- und Versorgungsformen. Die Krankenkassen sind in diesem Prozess ein zentraler Gestalter. Allerdings ist der Handlungsrahmen zumeist durch die wirtschaftlichen Gegebenheiten der Krankenkassen begrenzt. Investitionen in die Umsetzung von Versorgungskonzepten müssen in vielen Fällen bereits kurzfristig erwirtschaftet werden. Der Innovationsfonds bildet zum Teil Unterstützung, ist aber verwaltungslastig und auch nur ein Tropfen auf dem heißen Stein.

Mit unseren Partnern entwickeln wir ein Modul innerhalb der 4K ANALYTICS SUITE zur transparenten Sicht auf die Entwicklung von Versorgung und Morbidität des Versichertenbestandes. Mit dem Zoom auf einzelne Versorgungsprozesse und einzelne Leistungserbringer sollen neue Versorgungsansätze identifiziert und bestehende Versorgungsinitiativen schnell und transparent bewertet werden.

Produktdetails

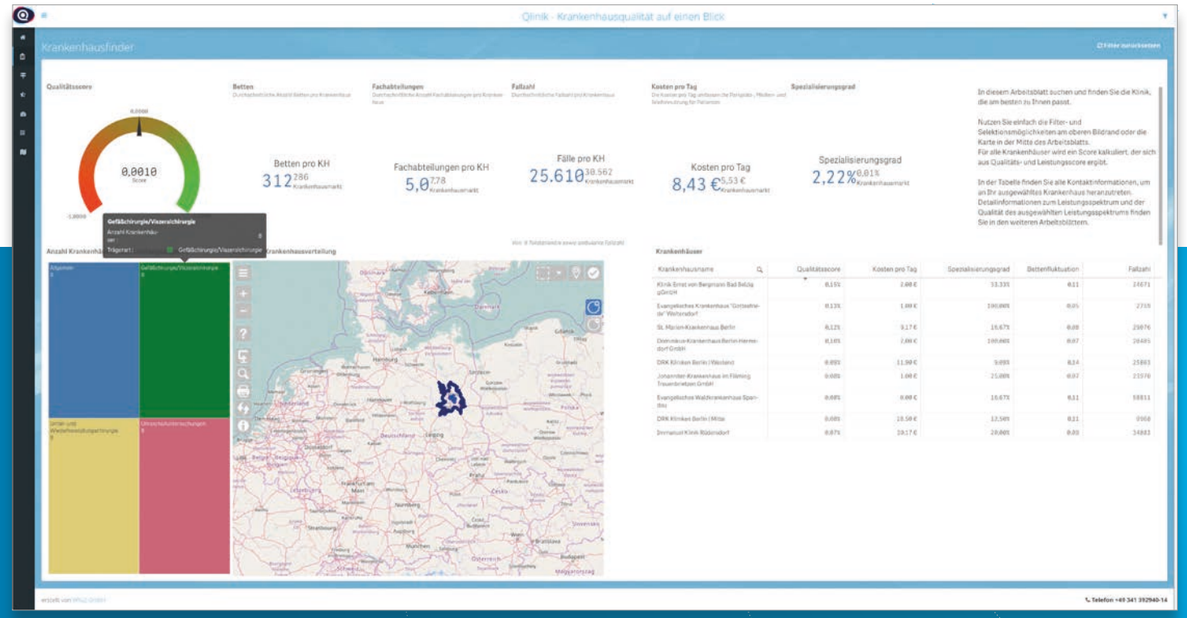
- Informationen zu Leistungserbringern und Organisationsformen (Krankenhäuser, Ärzte, Ärztenetze, MVZ)
- Bereitstellung der stationären Qualitätsindikatoren
- Analyseplattform zur Analyse sowie gesundheitsökonomischen Bewertung und Evaluation von unterschiedlichen Therapie- und Betreuungskonzepten

Qlinik

Qlinik ist ein Modul zur Analyse der Versorgungsqualität von deutschen Krankenhäusern. Qlinik ist bereits jetzt im Beta-Status unter www.qlinik.de verfügbar. Mit Qlinik werten Sie die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser mithilfe von Qualitäts- und Leistungsscores sowie Regionalanalysen und vielen weiteren Kennzahlen aus. Mithilfe vielfältiger Grafiken und Tabellen können Sie alle deutschen Krankenhäuser für Ihre Zwecke vergleichen und erhalten somit einen 360°-Blick in den Krankenhausmarkt.

Produktdetails

- Bewertung der globalen und einrichtungsbezogenen Versorgungsqualität von Krankenhäusern mithilfe von spezifischen Qualitäts- und Leistungsscores
- Benchmark von vergleichbaren Krankenhäusern bezüglich ihrer Größe und Spezialisierung anhand diverser Leistungsindikatoren
- Regionalanalysen mit Anfahrtswegen und Einweisungspotenzial
- Detailanalysen zu Kodierungen, Qualitätsindikatoren, apparativer Ausstattung, Barrierefreiheit, Mindestmengen, Fall- und Bettenzahlen und vielen weiteren Informationen



Gesundheitsstatist

Der Gesundheitsstatist ist ein Auswertungsmodul für öffentlich verfügbare Gesundheitsinformationen. Das Modul wird gemeinsam mit dem WIG2 Institut entwickelt, gepflegt und zusätzlich separat unter www.gesundheitsstatist.de gehostet. Die Datenbank enthält u. a. alle KV45, KJ1, KM1, KM6, KG2, KG3, KG5 und KG8 vom Bundesministerium für Gesundheit sowie verfügbare Auswertungen vom Bundesversicherungsamt (z. B. Schätztableaus) und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Die qualitätsgesicherten und strukturierten Daten können über die Analyseumgebung der 4K ANALYTICS SUITE sehr einfach ausgewertet und für eigene Analysen verwendet werden.

Produktdetails

- Erfassung, Qualitätssicherung und Bereitstellung von Informationen aus dem Gesundheitssystem
- Unterjährige Aktualisierung der Datengrundlage
- Verknüpfung von Informationen der verschiedenen Berichtsquellen und Berechnung zusätzlicher Kennzahlen
- Übersichtliche und dokumentierte Analysefunktionen zur Erstellung eigener Auswertungen
- Bereinigte Zeitreihenanalysen mit Trend-Fortschreibung für Folgejahre
- Benchmarking der krankenkassenindividuellen Werte gegen die GKV oder einzelne Kassenarten

Server- oder Desktop-Installation

Die 4K ANALYTICS SUITE ist ein webbasiertes Softwaretool, das als Desktop-Installation oder in einer Client-Server-Architektur ausgeführt werden kann.

Der Zugang zur Suite erfolgt über einen Webbrowser und kann damit über beliebige Endgeräte genutzt werden.

Die Server-Installation garantiert einer Vielzahl von Mitarbeitern zeitgleiche Zugriffe auf die Analyseumgebung. Die Zugriffsrechte können von einem Administrator gesteuert werden. Somit erlaubt die Suite einen Einsatz unter den datenschutz- und aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen der Sozialversicherungsträger.

Über unseren exklusiven Partner spectrumK kann die Suite lizenziert und als fertig installierte Weblösung genutzt werden. Damit entstehen bei Ihnen keine Kosten für die Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur in einem eigenen Rechenzentrum.

Desktop-Installation

Server-Installation
auf dem eigenen In-House-Server

Sichere Service-Cloud
in der Healytix-Cloud bei spectrumK

spectrum>k
Gemeinsam Gesundheit gestalten.

Impressum:
4K Analytics GmbH
Barfußgäßchen 11 | 04109 Leipzig

T +49 341 99 19 85-0
F +49 341 99 19 85-99

Konzeption und Koordination:
Björn Degenkolbe, Alexander Schaffer, Eric Krzeminski,
Maximilian Schwarz, Ines Weinert, Martin Blaschka

Rechtshinweis:
Die in diesem Dokument wiedergegebenen Bezeichnungen können Marken sein, deren Benutzung durch Dritte für deren Zwecke die Rechte der Inhaber verletzen kann.
© 2017 4K Analytics GmbH, Leipzig

Bildnachweis:
Peter Sack

Testen Sie die Suite unverbindlich unter:
www.4k-analyticssuite.de/testen *

* Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann in der Testumgebung nur auf fiktive Demodaten zugegriffen werden. Insofern Sie mit Ihren Daten arbeiten möchten, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

JETZT KOSTENLOS TESTEN:
www.4k-analyticssuite.de/testen

4K ANALYTICS hat in enger Zusammenarbeit mit Partnern eine Spezialsoftware mit analytischen Komponenten für den Einsatz in Krankenkassen entwickelt.

PARTNER

spectrum>k Gemeinsam Gesundheit gestalten.

WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

TERRANET

ingef Erforschen. Erkennen. Optimieren.

Qlik

3M

Healytix Suite

NPGeoMap

4K ANALYTICS ist ein junges und innovatives Unternehmen, das analytische Verfahren und Erkenntnisse entscheidungsrelevant in die operativen Prozesse und Systeme von Unternehmen überführt. Unter Verwendung von neuesten Technologien aus der Informationsverarbeitung und Mathematik (Stichwort: Big Data) unterstützt 4K ANALYTICS die Kunden mit einem fundierten Produkt- und Dienstleistungsangebot – ausgehend von der dispositiven Datenanalytik bis hin zur digitalen Echtzeitsteuerung bzw. zur komplett synthetischen Automatisierung von Entscheidungs- und Bearbeitungsprozessen.

4K ANALYTICS Die Softwareagenten

KONTAKT
4K Analytics GmbH • Barfußgäßchen 11 • 04109 Leipzig
kontakt@4k-analytics.de • www.4k-analyticssuite.de
T +49 341 991985-0 • F +49 341 991985-99