

Die Nutzung der Routinedaten für den ambulanten Bereich

Dr. Ingrid Schubert, PMV forschungsgruppe
an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
(Univ.Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl) Universität zu Köln

- Annäherung an das Thema: Perspektivenklärung
- Datenquellen
- Anforderungen an Daten für die Versorgungsforschung
- Routinedaten in der Versorgungsforschung
- Steuerungsinformationen für die ambulante Versorgung
 - Adressaten
 - Beispiele: ADHS und Demenz
- Fazit

- **Leitbild/Vision:**
lernendes Versorgungssystem

Voraussetzungen:

- **Transparenz von Versorgungsprozessen**
 - Kennziffern für Versorgungsbedarf und Versorgungsqualität
 - „Real life data“
- **Steuerungsmöglichkeiten mit Hilfe von Rückmeldeschleifen /Lernzyklen**

→ **Fakten statt Meinungen**

- „Daten für Taten“
 - Priorisierung /Ressourcenallokation
 - Monitoring
 - Erfolgskontrolle /Evaluation
(Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen)

Ohne Information und Daten ist kein
Versorgungsmanagement - keine Steuerung,
Qualitätssicherung und Evaluation - möglich
(Stochern im Nebel)

...Über-, Unter -, Fehlversorgung

3. Einer umfassenden Beschäftigung mit gesundheitspolitischen Zielen fällt auch die Aufgabe zu, einen konzeptionellen Ansatz für die Formulierung konkreter, indikationsspezifischer Versorgungsziele zu bieten. Die rationale Ableitung von Versorgungszielen setzt allerdings fundierte epidemiologische und gesundheitsökonomische Studien sowie eine intensive Versorgungsforschung voraus. Da Deutschland auf diesem Gebiet international betrachtet erheblichen Nachholbedarf besitzt, hat der Rat bereits in früheren Gutachten (SG 1995, Ziffer 327-342; SG 1997, Ziffer 196-216) bei bestimmten Fragen der klinischen Forschung eine Kooperation zwischen Wissenschaft und Krankenkassen empfohlen. Er wollte eine Mitwirkung der Krankenkassen bei der Auswahl der Themen, bei Beschlüssen über Projekte und vor allem bei der Finanzierung von Vorhaben, die Krankenkassen besonders interessieren, erreichen. Insofern begrüßt der Rat die Einigung der zuständigen Bundesministerien mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen über entsprechende erste Projekte der Versorgungsforschung. Angesichts der immensen

...Über-, Unter -, Fehlversorgung

3. Einer umfassenden Beschäftigung mit gesundheitspolitischen Zielen fällt auch die Aufgabe zu, einen konzeptionellen Ansatz für die Formulierung konkreter, indikationsspezifischer Ver-

sc

d:

-

g)

N Es besteht ein augenfälliger Mangel an validen Daten.....

l!

sc

sc

ru

R

sen über entsprechende erste Projekte der Versorgungsforschung. Angesichts der immensen

Wie sieht das im Jahr 2007 aus?

Welche Daten stehen zur Verfügung?

- Todesursachenstatistik
- Krankenhausdiagnosestatistik
- Registerdaten (Krebsregister, Perinataldaten)
- Surveys
 - Bundesgesundheitssurvey,
 - Kinder- und Jugend- Gesundheitssurvey (www.rki.de)
- Sentinels
 - Infektionskrankheiten, seltene pädiatrische Krankheiten
- Studiendaten / Daten aus Kompetenznetzen
- Externe Qualitätsdarstellung der Krankenhäuser (BQS -Daten)
- ...

- Viele verschiedene Datenquellen sind vorhanden, aber:
 - zum Teil nur **Fallbezug, kein Personenbezug** (z.B. Krankenhausdiagnostik, Arzneiverordnungsstatistik)
 - fehlender Bevölkerungs- und Populationsbezug (Nenner unbekannt!),
 - Eingeschränkte Repräsentativität (z.B. regionale Registerdaten)
 - i. d. R. nur ein Versorgungssektor
 - fehlende Verknüpfungsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Datenquellen
 - Nicht immer kontinuierlich verfügbar
 - Grenzen der jeweiligen Erhebungsart

Begrenzter Informationsgehalt,
eingeschränkte Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten

erfordert

- Populationsbezug
- Personenbezug (Datenlinkage)
- Vollständigkeit der Erhebung
(keine Selektion, drop out, kein Erinnerungsbias)
- Sektorübergreifende Datenerhebung
(ambulant – stationär – Pflege)
- **Kontinuierliche Erhebung / lange Beobachtungszeiten**
wichtig für interne Diagnosevalidierung, für
Trendaussage und zur Erfassung von Ereignissen
(Outcomes-Studien)

erfordert

- Personen und Populationsbezug
- Vollständige Daten
- Sektorübergreifend erhobene Diagnosen und
L

Anforderungen erfüllen die Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung ;

unter Einbeziehung

- hinreichend langer Beobachtungszeiten zur sicheren Abgrenzung prävalenter und inzidenter Fälle („diagnosefreie“ Vorlaufzeiten) und zur Erfassung von Ereignissen (Outcomes-Studien)

Daten einer Versichertenstichprobe

- Ambulante ärztliche Diagnosen und Leistungen
- Verordnungen
- Stationäre Aufenthalte (Diagnosen/Leistungen)
- Arbeitsunfähigkeiten
- Sachleistungen
(Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten, etc.)
- Leistung »Pflege«
- Stammdaten
(Alter, Geschlecht, Nationalität, Schulbildung, Wohnort,
Versicherungszeiten)

Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen 1998-2007

Wem liefern versichertenbezogene Routinedaten Steuerungsinformationen?

- Versicherte / Patienten
- Arzt /Arztnetze
- Krankenkassen/IV-Managementgesellschaften
- Gesundheitspolitik
- Wissenschaft
- Pharmazeutische Industrie
- ...

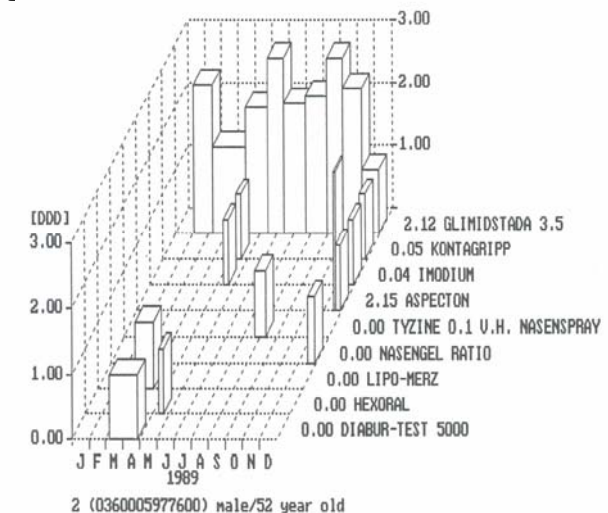
- Pharmazeutische Betreuung
- Integrierte Versorgung
Hausarzt/Hausapotheken-Modelle



→ Identifizierung von Problemsituationen mit Hilfe der Routinedaten oder Praxissoftware

- Identifizierung von Risikosituationen
 - z. B. Risiko, ein kardiales Ereignis zu erleiden, Diabetes zu entwickeln, zu stürzen, Pflegefall zu werden....
- Multimedikation / Multimorbidität
- Patienten mit vielen Krankenhausaufenthalten, häufigen Arbeitsunfähigkeiten
- Complianceproblemen/Arzneimittelrisiken (Medikationsprofile)

⇒Multimedikation
⇒Kontinuität
⇒Intensität



Quelle: Versichertenstichprobe AOK Dortmund

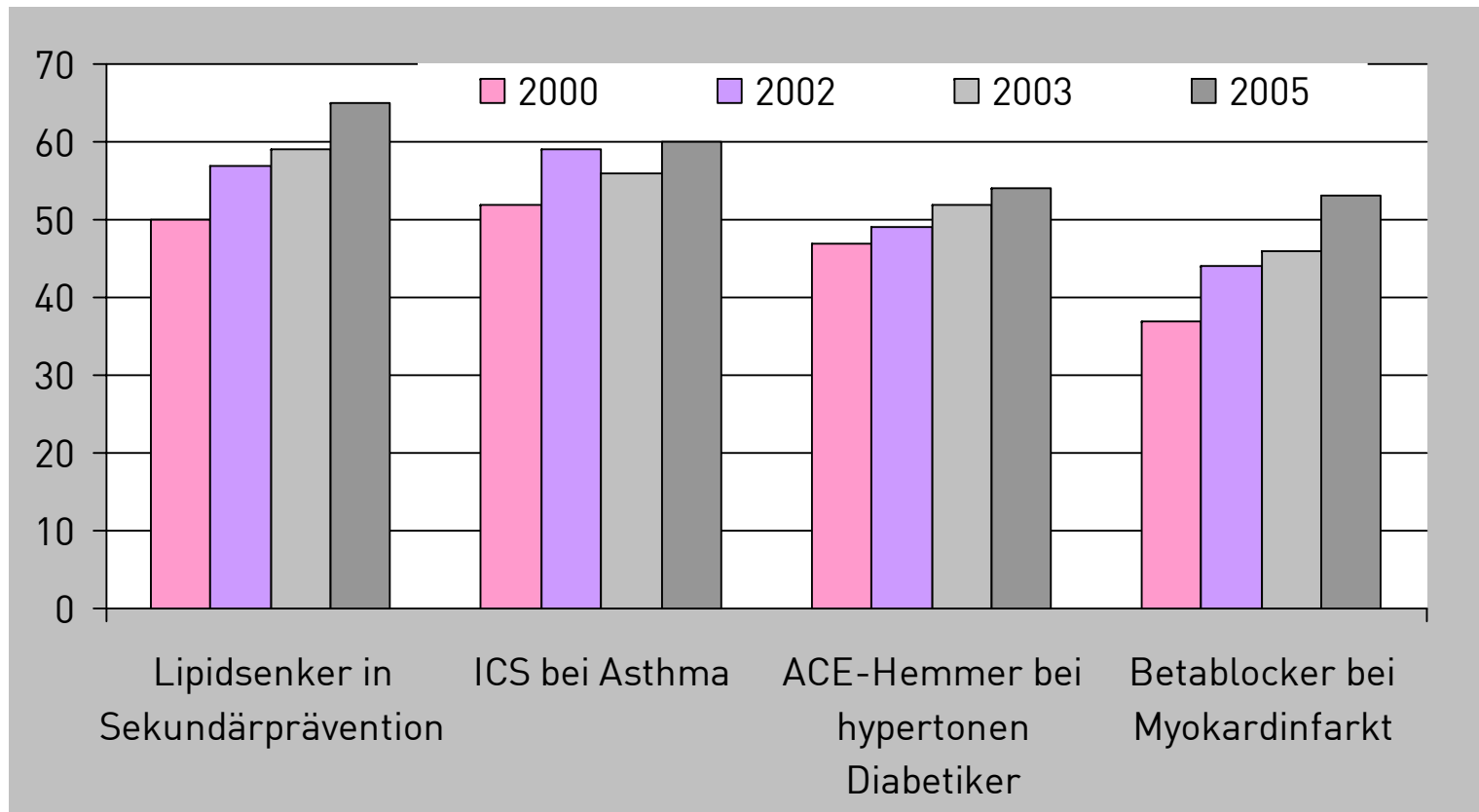
- Qualitätssicherung, Monitoring und Controlling (Zielerreichung /Kostenkontrolle)
 - Feedback-Berichte zum DMP/ IV-Berichte
 - Umsetzung von Therapieempfehlungen (Datengestützte Pharmakotherapiezyklen)



Anteil der Herzinsuffizienzpatienten mit ACE-Hemmern

Zur Zeit in Hessen: 95%
aller Verordnungen für ca.
2 500 Ärzte:
Diagnosebezogene
Verordnungsanalysen

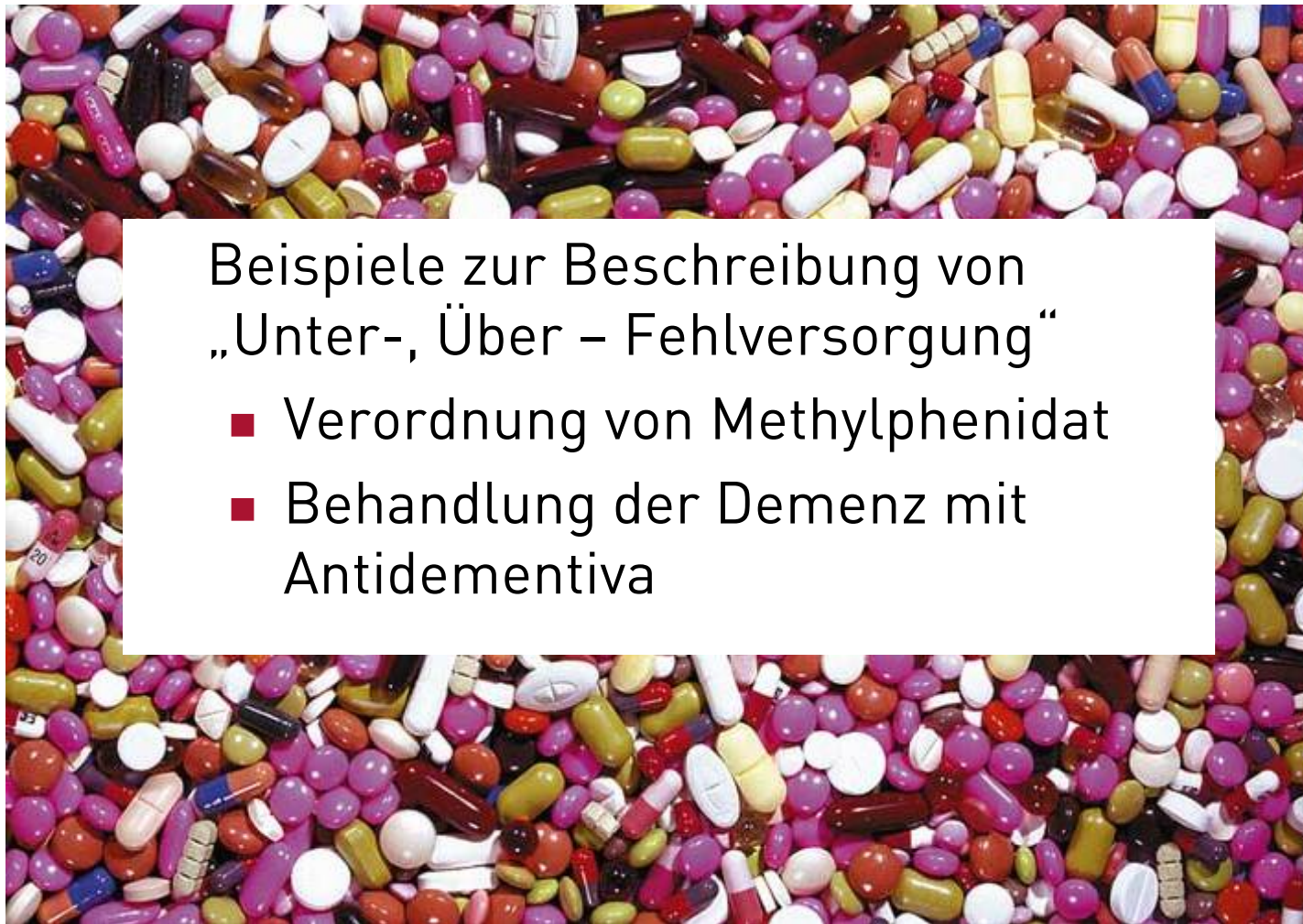
Anteil der Patienten (%) mit empfohlener Medikation



Evaluationsmanuale der PMV
forschungsgruppe

$p < 0.001$
 $n = 120$ Praxen (2000-2002)
 $n = 187$ Praxen (2003-2005)

- Krankenkassen /KVen/IV-Managementgesellschaften
 - Morbiditätsstruktur
 - Identifikation von Zielgruppen und Personen für IV-Verträge
- Gesundheitspolitik
 - Politikfolgenforschung
 - Auswirkungen von gesetzlichen Regelungen auf Inanspruchnahme, Kosten, Morbidität...
 - Pharmakovigilanz
- Wissenschaft/Pharmazeutische Industrie
 - Transferfolgenforschung / Qualitätsforschung (Umsetzung von Leitlinien, evidenzbasierte Medizin)
 - Marktforschung



Entwicklung des Methylphenidatgebrauchs Angaben nach GKV-Arzneimittelindex

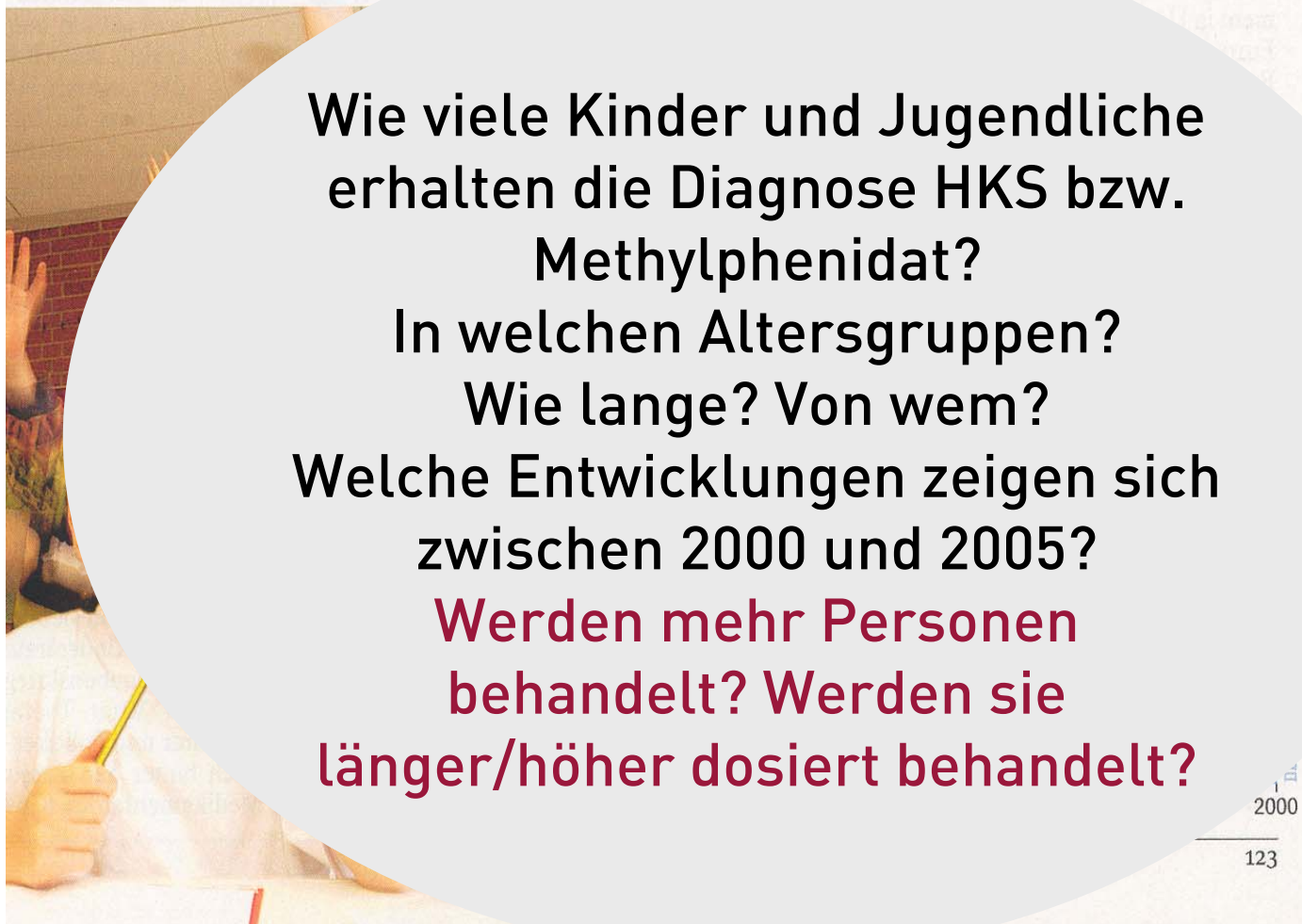


Mio DDD
2005: 33,0
2004: 25,8
2003: 19,8
2002: 16,5
2001: 15,7

Entwicklung des Methylphenidatgebrauchs Angaben nach GKV-Arzneimittelindex

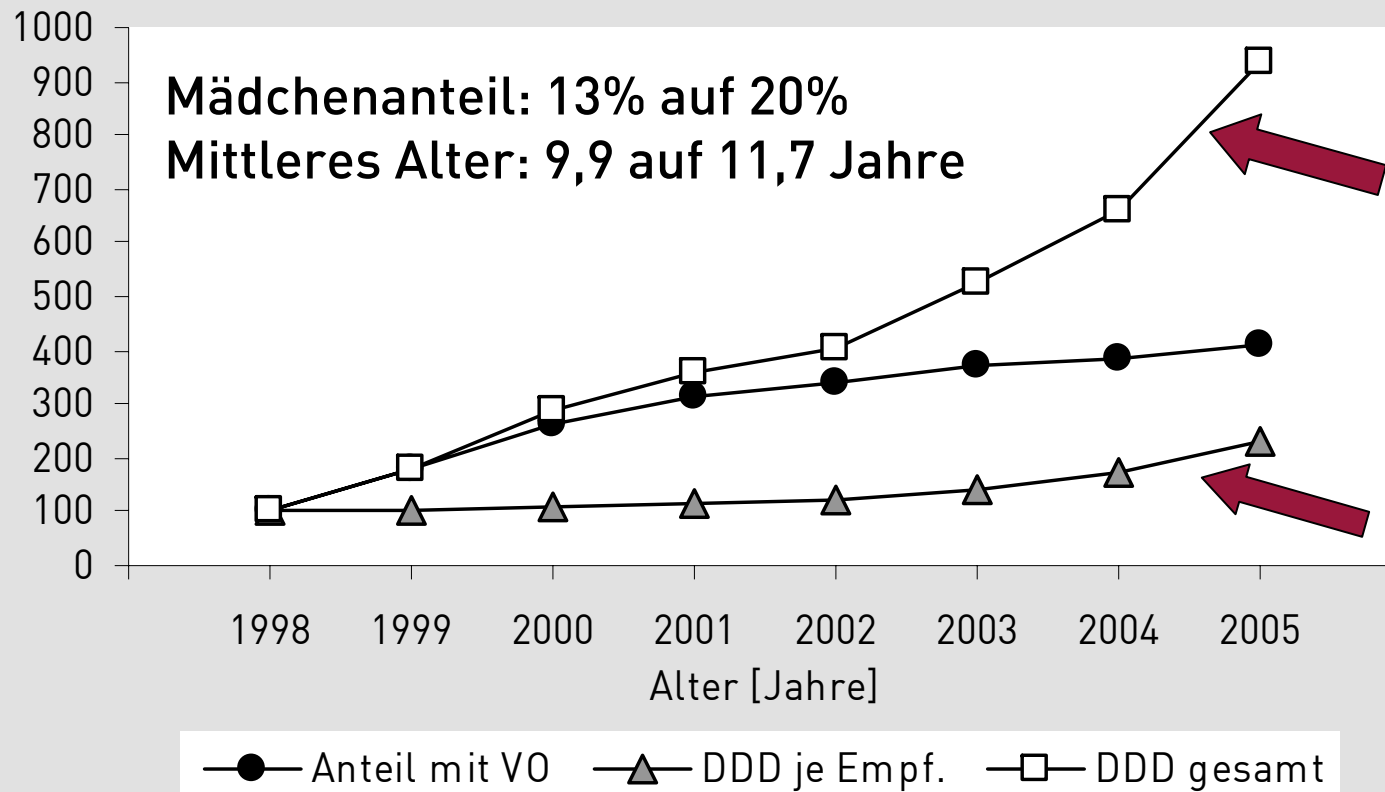
Wie viele Kinder und Jugendliche erhalten die Diagnose HKS bzw. Methylphenidat?
In welchen Altersgruppen?
Wie lange? Von wem?
Welche Entwicklungen zeigen sich zwischen 2000 und 2005?
Werden mehr Personen behandelt? Werden sie länger/höher dosiert behandelt?

Mio DDD
2005: 33,0
2004: 25,8
2003: 19,8
2002: 16,5
2001: 15,7



Methylphenidat: 1998-2005

Veränderung gegenüber 1998



© PMV 2007

Schätzung der Unterversorgung bei Alzheimerpatienten

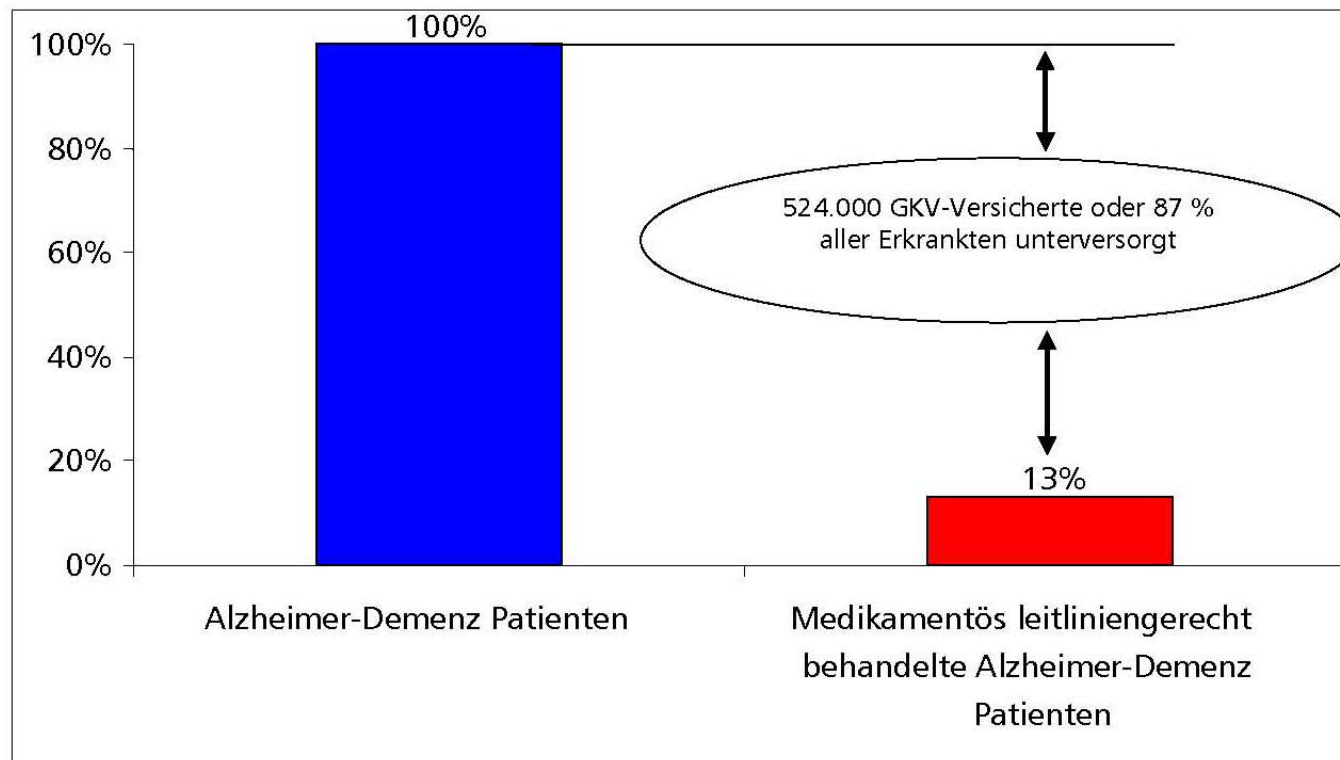


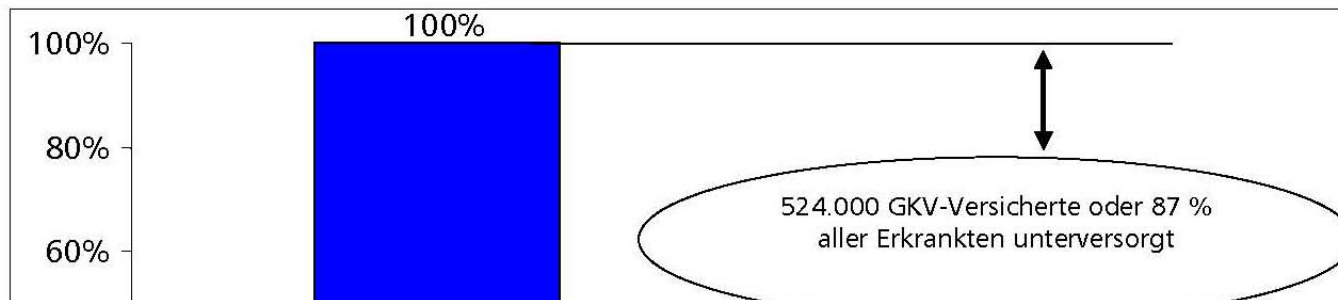
Abbildung 8: Medikamentös leitliniengerecht behandelte Alzheimer-Demenz Patienten

Quelle: Eigene Berechnungen, Daten aus Schwabe (2004a), S. 194ff.

Fricke und Pirk, 2004

Geschätzter Bedarf: 220 Mio. DDD
Verordnet: 28 Mio. DDD (2004)

Schätzung der Unterversorgung bei Alzheimerpatienten



Achtung: Fehlbedarfsschätzung beruht auf der zu hinterfragenden Annahme, dass alle Demenzpatienten von einer medikamentöse Therapie profitieren (s. Beitrag van den Bussche)

behandelte Alzheimer-Demenz
Patienten

Abbildung 8: Medikamentös leitliniengerecht behandelte Alzheimer-Demenz Patienten

Quelle: Eigene Berechnungen, Daten aus Schwabe (2004a), S. 194ff.

Fricke und Pirk, 2004

Geschätzter Bedarf: 220 Mio. DDD
Verordnet: 28 Mio. DDD (2004)

Behandlungprävalenz mit AChE-Hemmern bei Demenzpatienten

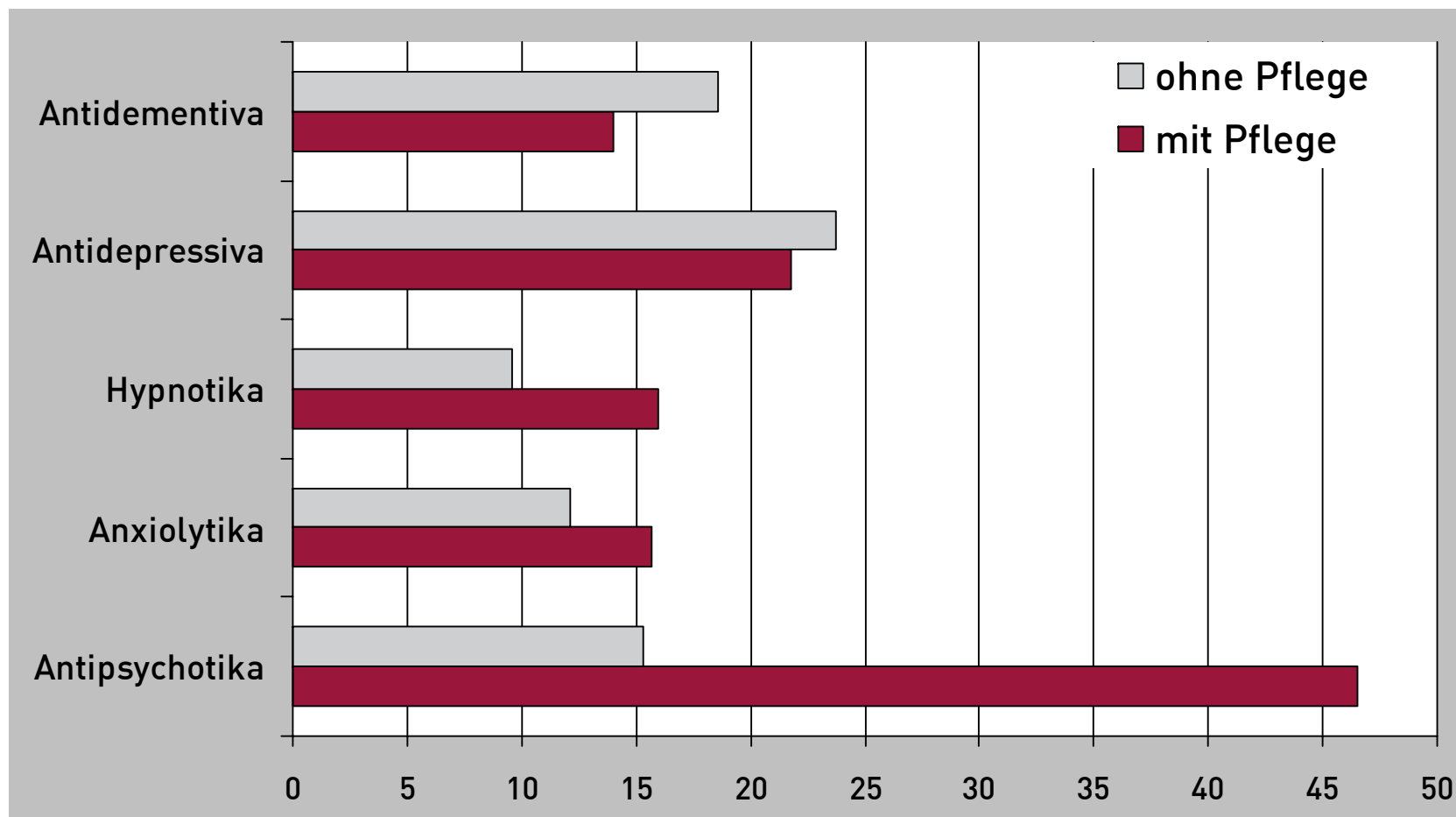
Demenzpatienten	
Männer	8%
Frauen	6%
Männer mit Alzheimer	28 %
Frauen mit Alzheimer	16 %
Pflegestufe 1	9%
Pflegestufe 3	3%
Ambulante Pflege	8%
Stationäre Pflege	4%

Im Mittel wurden 207 DDD pro Empfänger verordnet

Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen, 2002

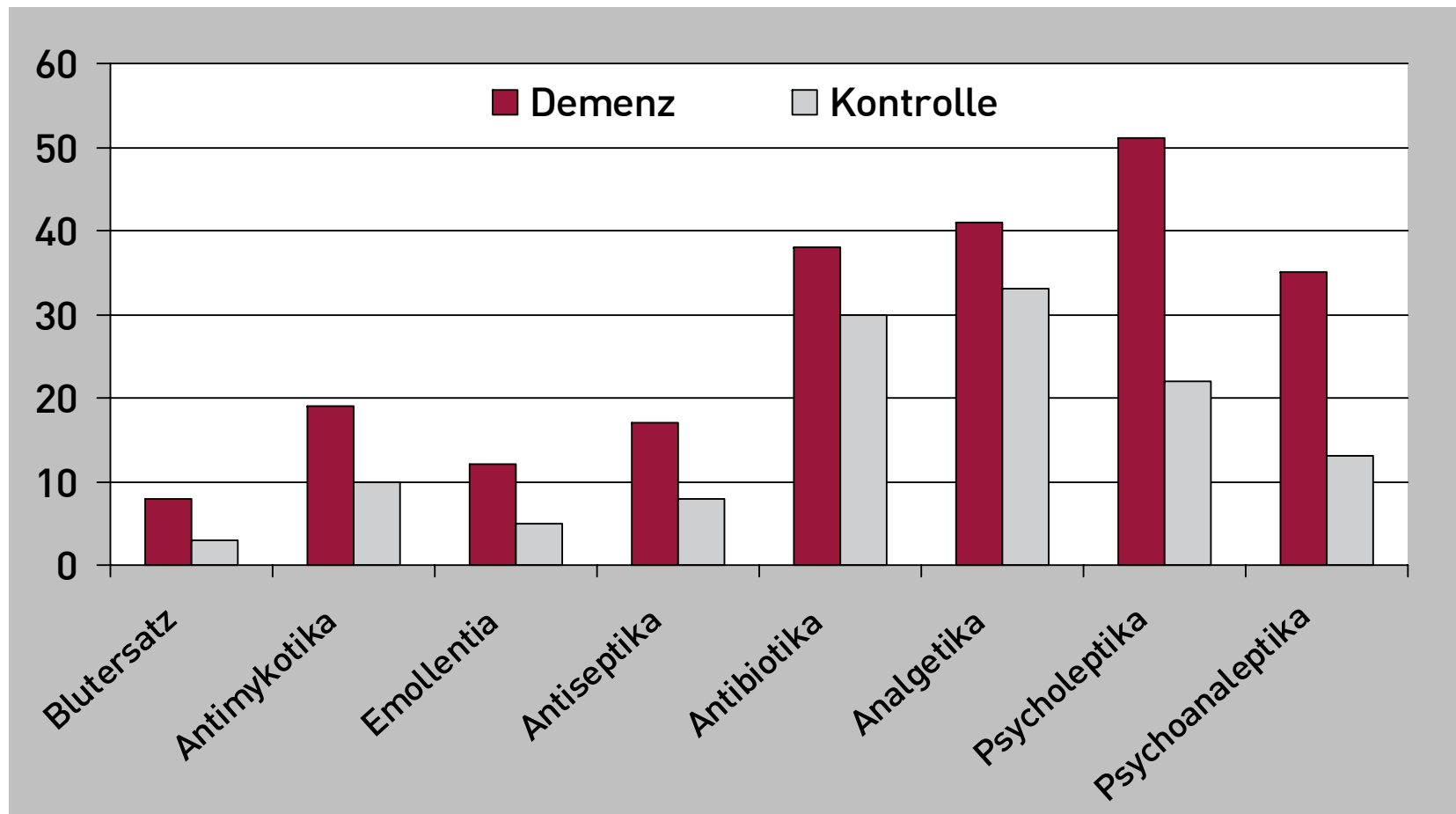
Behandlung mit Psycholeptika und Psychoanaleptika nach Pflegestatus

Demenzpatienten 50 Jahre und älter



Ausgewählte Behandlungsprävalenzen, 2002

Demenzpatienten und Kontrollen, 50 Jahre und älter



Schubert I, Küpper-Nybelen J, Krappweis J, ZAEFQ 2006:

Fazit (1): Routinedaten für den ambulanten Bereich...



sind wichtig,

- für kontinuierliches Monitoring und Evaluation
- für zielgruppenspezifische Analysen
- zur Hypothesengenerierung für Primärstudien (Methodenmix)
- zur Kontrolle von gewünschten/ unerwünschten Selektionen
 - DMP, Modellprojekte
- für Outcome-Forschung
- für Kostenstudie

Versichertenbezogene und sektorübergreifende GKV-Daten

- stellen relevante Informationen für die ambulante Versorgung zur Verfügung,
- geben Informationen über Bereiche, die durch Primärerhebungen meist nicht erreicht werden (psychisch Kranke/demente Patienten)
 - Wichtig: Kenntnis der Datengenerierung, der Einflussfaktoren auf Datendokumentation (Abrechnung) und der Grenzen der Daten

Visionen/Ziele:

- Verknüpfung von Primärdaten und Sekundärdaten (Linkage-Optionen schaffen)
- Datenbasierte Steuerung und Gestaltung der Versorgung

Enno Swart Peter Ihle
Herausgeber

Routinedaten im Gesundheitswesen

Handbuch Sekundärdatenanalyse:
Grundlagen, Methoden und
Perspektiven

Zum Schmökern
empfohlen....

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Korrespondenzadresse

Dr. Ingrid Schubert

PMV forschungsgruppe

Herderstraße 52

50931 Köln

Tel. 0221-478-6545

Fax: 0221-478-6766

Mail:

Ingrid.Schubert@uk-koeln.de

www.pmvforschungsgruppe.de