

Zugang zu Routinedaten für die Versorgungsforschung

Thomas Mansky

Technische Universität Berlin

113. Deutscher Ärztetag 2010, Dresden



4. *Datentransparenz für ärztliche Körperschaften*

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. med. Jonitz, Herrn Dr. med. Koch, Herrn Dr. med. Kaplan, Herrn Prof. Dr. med. Hessenauer und Herrn Dr. med. Crusius (Drucksache VI - 71) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, durch geeignete Maßnahmen dafür Sorge zu tragen, dass die ärztlichen Körperschaften zur Durchführung ihrer Aufgaben wie z. B. Fortbildung, Weiterbildung und Qualitätssicherung ungehindert Zugang zu sozial- und krankheitsbezogenen Daten von Versicherten analog zum § 299 Sozialgesetzbuch V erhalten.

Begründung:

Es ist ein Anachronismus unseres Gesundheitssystems, dass die Kostenträger Zugang zu Sozialdaten haben, wohingegen die verantwortungstragenden ärztlichen Körperschaften von dieser Informationsquelle abgeschnitten sind. Zur konsequenteren Erfüllung der Bereiche Fortbildung, Weiterbildung und Qualitätssicherung ist eine zahlenmäßige Grundlage, z. B. über Häufigkeiten von Krankheiten, Eingriffen und Therapieverfahren notwendig und hilfreich. Die strikte Einhaltung des Datenschutzes ist dabei selbstverständlich.

Konkretisierter Gutachtauftrag

- Bestandsaufnahme: Welche Daten existieren in welcher Qualität bzw. Heterogenität und in welcher Aktualität?
- Technik: Welche Datenmanagement- und Auswertungstechniken sind für eine optimale Nutzung der vorliegenden Daten notwendig? (Datenschutz, Zusammenführung von Daten etc.)
- Bedarfserhebung: Welches sind wichtige Fragestellungen, die die Notwendigkeit eines aufgabengerechten Zugangs zu den o. g. Daten verdeutlichen? In welcher Form und in welchem Umfang müssten entsprechende Daten zur Beantwortung dieser Fragen vorliegen?
- (Schlussfolgerungen: Welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus für Forderungen an den Gesetzgeber bzw. die Selbstverwaltung?)

Qualität und Leistungsentwicklung

- Es gibt diverse Daten im Versicherungssystem, die es erlauben, die Ergebnisqualität und die Entwicklung des Leistungsgeschehens auch **sektorübergreifend** zu beurteilen
- Aufgrund der Abrechnung sind Diagnosen, Prozeduren, demographische Informationen, Heil- und Hilfsmittelverbrauch, Arzneiverordnungen, Todeszeitpunkte, Pflegestufe und andere Informationen **längst verfügbar** (z.B. bei den Krankenkassen)
- Daraus lassen sich auf verschiedenen Ebenen **Indikatoren** für Versorgungsqualität und Leistungsentwicklung bilden

Technik

Zwischenergebnis:

- Die (pseudonymisierte) Zusammenführung der Daten ist teilweise schwierig, da die Richtigkeit der Versicherteninformation nicht in allen Bereichen garantiert ist
- Doppelstrategie:
 - Über welche Methoden lassen sich die Daten trotzdem zusammenführen? (siehe Vorgehen WIdO, Morbi-RSA)
 - Welche Strategien zur Verbesserung der Daten sind denkbar?

Beispiel Herzinfarkt (Indikatoren: Beispiele)

- Im Krankenhaus: Krankenhaussterblichkeit (risikoadjustiert)
 - Bei den Kassen: Standardisierte, risikoadjustierte Sterblichkeiten (30, 90 Tage, 1 Jahr)
 - Anteil der Linksherzkatheterversorgung (und Koronar-OPs)
 - Rezidive, Wiederaufnahmen, Re-Katheterisierungen
-
- ohne zusätzliche Datenerfassung möglich

Beispiel Hüft-TEP

- Im Krankenhaus: Seltene Todesfälle (Sentinel-Ereignisse)
- Auf Kassenebene: Wiederaufnahmen z.B. wg. Luxation, Revision, Embolien usw.
- Langzeithaltbarkeit: z.B. Haltbarkeit („Überlebenskurve“) der HÜFT-TEPs ist als Kaplan Meier Kurve berechenbar (=Zeitpunkt bis zum Ersatz)

- ohne zusätzliche Datenerfassung möglich

Indirekte Ergebnismessung

- Beispiel Prostataresektion: Die Inkontinenz ist als ICD-Diagnose nicht unbedingt sicher kodiert (=untererfaßt)
- Aber es läßt sich der Verbrauch an Hilfsmitteln messen, was indirekt Aufschluss über eine vorhandene Inkontinenz gibt

- ohne zusätzliche Datenerfassung möglich

Routinedaten

- Nicht alles, aber sehr vieles ist messbar
- Die Erfassung zusätzlicher Sachverhalte ist möglich, wenn ICD oder OPS entsprechend angepasst werden

Verfügbarkeit

- Die besten Datenbestände lagern derzeit bei den Kassen
- Dort ist die personenbezogene Zusammenführung überwiegend ohnehin bereits erfolgt
- Die kassenübergreifende Zusammenführung ist bereits gesetzlich vorgesehen (§303c SGB V, folgt!)

- Beispiel: QSR-Projekt
 - gemeinsames Projekt von AOK Bundesverband, WIdO, Helios, Prof. Robra
- QSR = Qualitätssicherung mit Routinedaten

Entwickelt von
AOK-Bundesverband · Forschungs- und Entwicklungsinstitut
für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA)
HELIOS Kliniken · Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

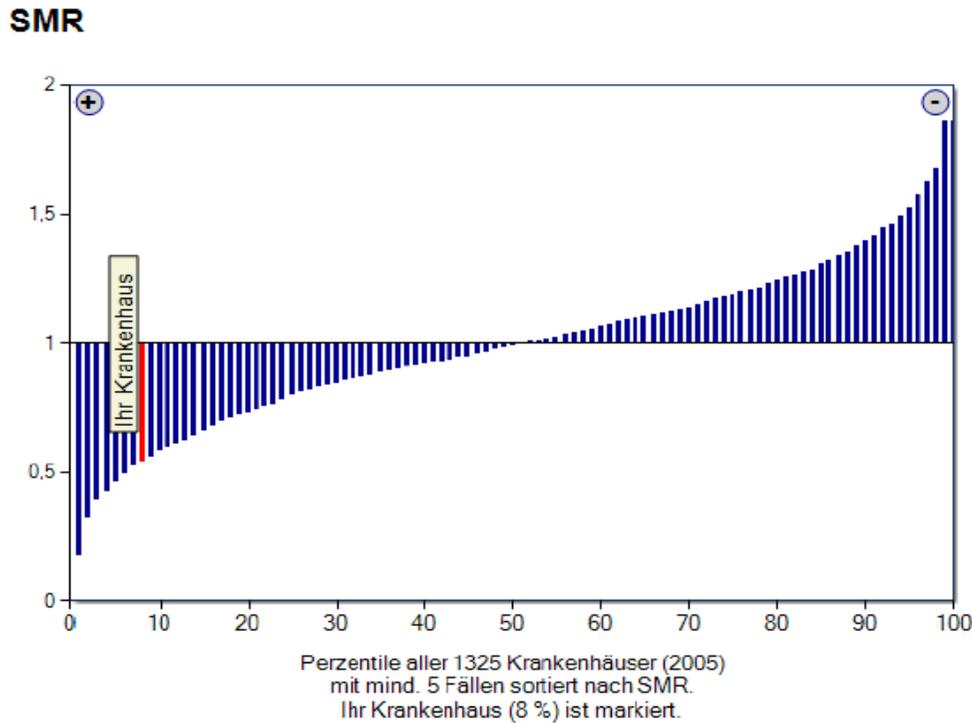


**Qualitätssicherung
der stationären Versorgung
mit Routinedaten (QSR)
– Klinikbericht über
Ergebniszahlen –**

Wissenschaftliches Institut der AOK

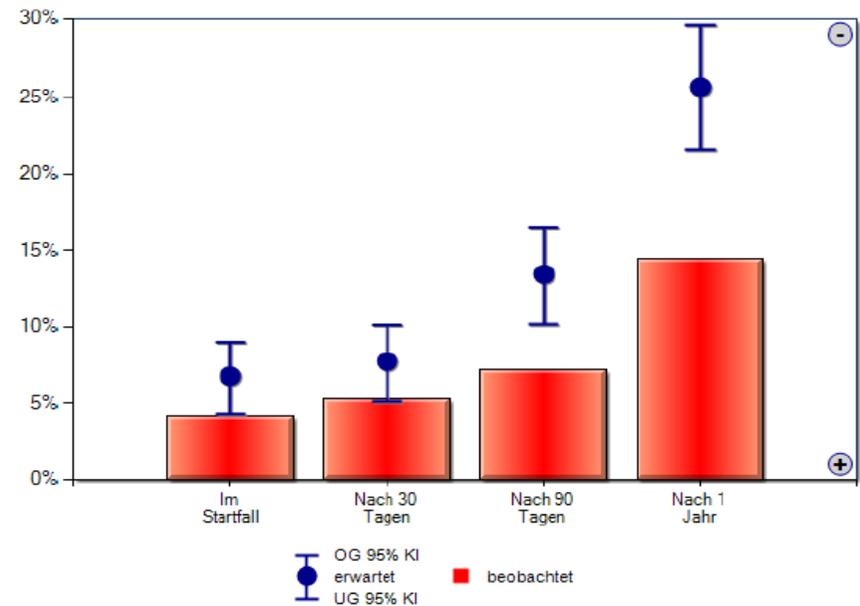
Beispiel QSR: Herzinsuffizienz

SMR = standardized mortality ratio
 Hier SMRs deutscher Kliniken,
 sortiert nach Wert (1=Durchschnitt)



Herzinsuffizienz Letalität im Startfall,
 nach 30 Tagen, 90 Tagen, 1 Jahr
 Deutschland blaue Linie
 (+/- 95% Konfidenzintervall)
 rote Balken: Beispielklinik

Anteil Verstorbene in %



Datenerfassung auf Bundesebene

- Ein Datenzusammenführung auf Bundesebene war nach SGB V (§303) bereits vorgesehen

Nutzungsberechtigte Stellen nach SGB V

- Die mit dem GMG neu eingeführten §§ 303a-f regeln die Rahmenbedingungen für eine Zusammenführung der Versichertendaten aller gesetzlichen Krankenkassen.
- Gemäß § 303a bilden der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (SpiGKV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (ARGE Datentransparenz).
- Diese hat die Erfüllung der Aufgaben einer Vertrauensstelle (§ 303c) und einer Datenaufbereitungsstelle (§ 303d) zu gewährleisten.
- **Derzeit „Zombie-Status“: Projekt schläft**

§ 303c SGB V: Datennutzung

- Die Nutzung der Daten ist insbesondere für folgende Zwecke vorgesehen:
 1. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
 2. Verbesserung der Qualität der Versorgung,
 3. Planung von Leistungsressourcen (Krankenhausplanung etc.),
 4. Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),
 5. Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
 6. Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen.

§303f: „Nutzungsberechtigte Stellen“

- Die BÄK ist derzeit nur indirekt durch die Förderinitiative Versorgungsforschung über hochschulangehörige Projektnehmer zugangsberechtigt

Neue Daten AQUA

- Sekundäre Datennutzung im Antragsverfahren möglich
- „Daten dürfen das Haus nicht verlassen“
- Nach derzeitiger Lage würde der GBA entscheiden, wer Zugang erhält

Gutachten

- Die im Rahmen der Förderinitiative Versorgungsforschung in Auftrag gegebene Expertise (Typ III) analysiert die technischen Möglichkeiten und Konzepte zur Umsetzung der Datenzusammenführung
- Sie zeigt außerdem anhand von Beispielen auf, in welcher Weise die Daten von der BÄK genutzt werden könnten
- Ziel ist es, die BÄK in die Lage zu versetzen, nicht nur zu reagieren, sondern zu agieren

Fazit

- Eine Zusammenführung der Daten verschiedener Leistungserbringer, auch sektorenübergreifend ist technisch möglich
- Die Krankenkassen werden diese Daten früher oder später nutzen (derzeit bereits in einzelnen Verträgen der AOK Vertragsgegenstand)
- Die Ärzteschaft steht vor der Aufgabe, diesen Prozess aktiv mitzugestalten
- Die Expertise Typ III zeigt die Realisierungsmöglichkeiten und das Potenzial
- Die faktische Nutzung ist insbesondere im Rahmen der Förderinitiative Versorgungsforschung sinnvoll und möglich