

Analyse bundesweiter GKV-Routinedaten: Zusammenhang zwischen regionalen Morbiditäts- veränderungen und Leistungsansprüchen

Horenkamp-Sonntag D., Linder R., Verheyen F.
WINEG - Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen
www.wineg.de



Einleitung - Hintergrund

Zu den Aufgaben des Wissenschaftlichen Instituts der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen zählen die wissenschaftliche Messung von Morbidität in GKV-Versichertenkollektiven und die Quantifizierung von Morbiditätsveränderungen durch neue Versorgungsformen und Vertragsarten. Dazu wird auf die Analyse pseudonymisierter GKV-Routinedaten zurückgegriffen.

Material - Methode

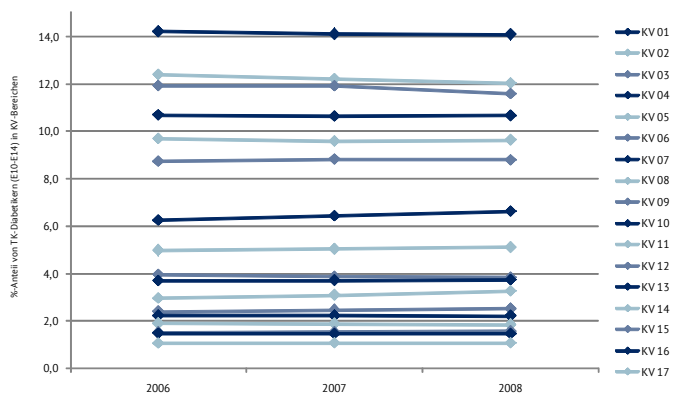
Innerhalb der Datengrundlage der Techniker Krankenkasse (TK) können durch individuell modifizierbare Abfragestrategien auf Versicherungsebene anonymisierte Patienten identifiziert werden, bei denen im Leistungsverlauf bestimmte Krankheitsdiagnosen (z.B. operationalisiert als ambulante vertragsärztliche Hypertoniediagnose) und / oder medizinische Leistungsansprüche

(z.B. operationalisiert als stationärer Aufenthalt wegen Hypertonie und / oder als regelmäßiger Bezug von antihypertensiven Arzneimitteln) dokumentiert sind. Auf Basis der so ermittelten absoluten Häufigkeiten können epidemiologische Kennzahlen für unterschiedliche Krankheitsdiagnosen und deren Leistungsanspruchnahme unter Differenzierung von Alters- und Geschlechtskonstel-

lationen berechnet und regional differenziert werden. Um die bei der TK vorhandene Morbidität ihrer Versicherten an einzelnen Krankheitsdiagnosen sowie deren Veränderung im zeitlichen Verlauf zu validieren, erfolgt sowohl ein Vergleich mit epidemiologischen Primärdatenerhebungen als auch mit externen GKV-Sekundärdatenanalysen.

Ergebnisse 1 | Diabetes - regionale Verteilung von Diabetikern in TK-Sekundärdaten

Verteilung von TK-Diabetikern im Zeitverlauf 2006-2008 nach KV-Bereichen, Diabetes operationalisiert als Vorhandensein mind. einer ambulanten ICD-Kodierung E10-E14 im Untersuchungsjahr



Ergebnisse 2 | Hypertonie-Vergleich mit RKI-Primärdaten¹

Hypertonie operationalisiert nach InBA-Kriterien für RKI-Vergleich (Altersgruppe 18-79 Jahre, standardisiert auf die BRD-Bevölkerung von 1998, nur Diagnosen mit Zusatzkennzeichen „G“)

Blutdruckklasse*	RKI-Daten**		TK-Daten***							
	1998		2006		2007		2008		gemittelt 06-08	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
normoton*	57,9	49,7	77,2	77,9	76,9	77,5	76,3	76,9	76,8	77,4
borderline*	9,3	15,8	???	???	???	???	???	???	???	???
hyperton*	26,9	29,7	???	???	???	???	???	???	???	???
kontrolliert hyperton*	5,9	4,8	???	???	???	???	???	???	???	???
nicht normoton*	42,1	50,3								
eindeutig hyperton*	32,8	34,5	22,8	22,1	23,1	22,5	23,7	23,1	23,2	22,6
			17,4	22,9	18,0	23,7	18,8	24,6	18,1	23,7

17,4 22,9 18,0 23,7 18,8 24,6 18,1 23,7
nicht normoton* und ohne Alters-Standardisierung

* Blutdruckklassen: (a) normoton mit Systole <140 mm Hg und Diastole <90 mm Hg, (b) borderline mit Systole ≥140 bis <149 mm Hg und/oder Diastole ≥90 bis <94 mm Hg, (c) hyperton mit Systole ≥149 mm Hg und/oder Diastole ≥94 mm Hg, (d) kontrolliert hyperton mit blutdrucksenkender Medikation und Systole <149 mm Hg und Diastole <94 mm Hg, (e) nicht normoton als 100% abzüglich des Anteils "normoton", (f) eindeutig hyperton als Summe der Anteile "hyperton" und "kontrolliert hyperton"

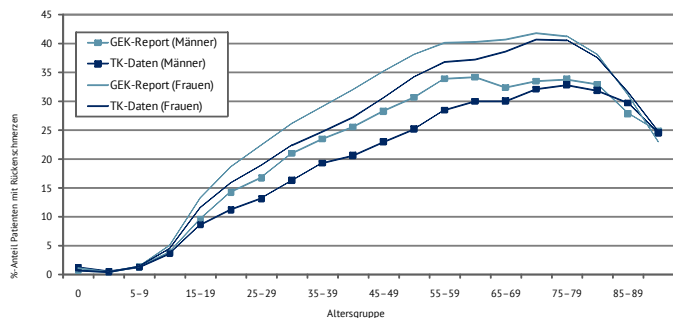
** Primärdatenerhebung: Kombination aus klinischer Untersuchung und Befragung, gewichtet RKI mit W98

*** ambulante Hypertoniediagnosen (ICD I10-I13, I15, O10, O11, O13, O14 oder O16), stand. auf BRD-Bevölkerung von 1998

1 Thamm M. | Blutdruck in Deutschland - Zustandsbeschreibung und Trends. In: Gesundheitswesen 1999; 61 (Sonderheft 2): 90-93.

Ergebnisse 3 | Rückenschmerzen - Vergleich mit GEK-Sekundärdaten²

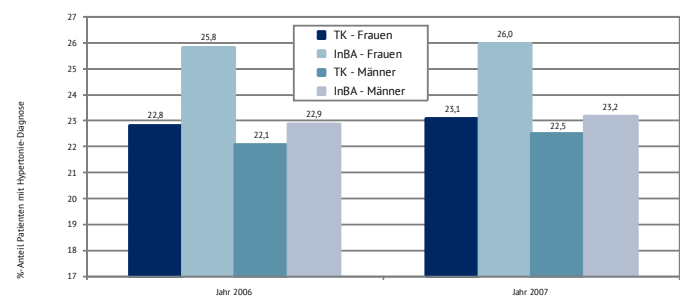
Rückenschmerzen operationalisiert als ICD "M54" (nur Diagnosen ohne Zusatzkennzeichen „A“), mit Standardisierung nach Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland 2007



2 Grobe, T.G. et al. | GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008, GEK-Edition, Band 67. Asgard Verlag 2008. <http://www.hzk-online.de/x-medien/dateien/magazine/BARMERGEK-Report-Ambulant-Aerztliche-Versorgung-2008.pdf>.

Ergebnisse 4 | Hypertonie - Vergleich mit InBA-Sekundärdaten³

Hypertonie operationalisiert nach InBA-Kriterien für RKI-Vergleich (Altersgruppe 18-79 Jahre, standardisiert auf die BRD-Bevölkerung von 1998, nur Diagnosen mit Zusatzkennzeichen „G“)



3 Berger I., Horenkamp-Sonntag D., Leipnitz K., Reschke P., Tillmanns H. | Bericht zur Schätzung der Morbiditätsveränderung 2008/2009 und zur Repräsentativität und Plausibilität der Datengrundlage des Bewertungsausschusses. http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/publikationen/Bericht_SchaetzungMorbiditaetsveraenderung.pdf.

Diskussion

Der Anteil von TK-Diabetikern hängt von der Größe der KV, dem TK-Marktanteil in der jeweiligen KV sowie von externen Morbiditätsfaktoren (Prävalenz und Inzidenz) ab. Im Zeitverlauf sind bei einigen KV-Zunahmen und bei anderen Abnahmen des TK-Diabetikeranteils festzustellen. Beim Vergleich der Diagnose "Rückenschmerzen" fallen zwischen den strukturell vergleichbaren Kassen GEK

und TK kassenindividuelle Unterschiede besonders bei der Altersgruppe 30-65 Jahre (Berufstätige) auf. Beim Vergleich zwischen TK und InBA-Daten (4-KVen-Stichprobe mit hohem Primärkassenanteil) ist von heterogenen Risikokonstellationen auszugehen, die sich in deutlich höheren Hypertonieprävalenzen in der InBA-Datenbasis, insbesondere bei den Frauen, widerspiegeln.

Schlussfolgerungen

Mit GKV-Routinedaten können verschiedenste Krankheiten in der deutschen Bevölkerung systematisch untersucht werden. Bei der analytischen Untersuchung von Morbiditätsveränderungen in GKV-Versichertenkollektiven sind unter methodischen Aspekten zum einem unterschiedliche Operationalisierungsmöglichkeiten einzelner Krankheiten, wie z.B. die

Auswahl geeigneter ICD-Codes, das zeitliche Vorkommen der Behandlungsdiagnosen (mind. einmal pro Jahr vs. einmal pro Quartal) und ggf. der zusätzliche Bezug von Arzneimitteln zu berücksichtigen. Zum anderen sind regionale (z.B. 4-KVen-Stichprobe vs. bundesweite Vollerhebung) als auch kassenindividuelle Besonderheiten zu beachten.