

Notfallmäßige Hospitalisierung wegen Asthma-Beschwerden: externe Validitätsprüfung ärztlicher Angaben in DMP-Dokumentationsbögen

Horenkamp-Sonntag D., Petereit F., Pieper C., Wildner D., Ahrens S., Linder R. und Verheyen F.

10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.) und 18. GAA-Jahrestagung (Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie e.V.)

20. bis 22. Oktober 2011, Köln

Inhalt

1. **Hintergrund zu DMP-Doku**
2. **Fragestellung & Hypothese**
3. **Methodik**
4. **Ergebnisse**
5. **Diskussion**
6. **Schlussfolgerungen & Ausblick**

Hintergrund zu DMP-Doku: Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)

- **ab 01.04.2008 nach § 137 SGBV (17. RSA-ÄndV) vereinfachte indikations-übergreifende Dokumentation, ausschließlich elektronisch**
 - Erweiterung der GKV-Routinedatenquellen (z.B. ambulante Diagnosedaten im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung nach § 295 SGBV) um aktuelle klinische Verlaufsangaben (z.B. Peak-Flow-Wert) auf individueller (pseudonymisierter) Versichertenebene
- **für Asthma sind auf Basis der Datensätze nach Anlage 2 (indikationsübergreifende Doku) und 10 der RSAV (Asthma-spezifische Doku) QS-Maßnahmen gemäß § 28c RSAV festzulegen**
 1. Konkretisierung von QS-Maßnahmen durch Bundesversicherungsamt und Krankenkassen
 2. (teilweise) Umsetzung in Verträgen zwischen Leistungserbringern (i.d.R. Kassenärztliche Vereinigungen) und Leistungserstattern (i.d.R. gesetzliche Krankenkassen)
 3. TK-DMP-Asthma-Vertrag: Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Asthma bronchiale als QS-Indikator
 - bei jedem Versicherten ist alle 3 bzw. alle 6 Monate die Anzahl notfallmäßiger Hospitalisierungen wegen Asthma anzugeben

WINEG-Fragestellung

DMP exemplarisch anhand Indikation "Asthma"

externe Validitätsprüfung ärztlicher Angaben in DMP-Dokumentationsbögen:

- *Inwiefern stimmen stationäre Aufenthalte in (**ambulanten**) ärztlichen DMP-Dokumentationen mit (**stationären**) Krankenhaus-Abrechnungsdaten überein ???*

WINEG-Hypothese

a priori getroffene WINEG-Annahmen:

Stationäre Abrechnungsdaten als Goldstandard, weil:

- 1. stationäre Abrechnungsgdiagnosen extrem finanzwirksam sind und deshalb (zum Teil von mehreren Seiten) extern mit hohem Aufwand geprüft werden**
 - "kontrollierte" Rahmenbedingungen
 - Manipulation von größerem Ausmaß eher unwahrscheinlich
- 2. ambulante DMP-Dokumentationen sind erst mal nicht "direkt" finanzwirksam und werden extern "nur" in aggregierter Form ausgewertet**
 - individueller ärztlicher "Freiraum"
 - Manipulationen im Einzelfall (ggf. von größerem Ausmaß) möglich

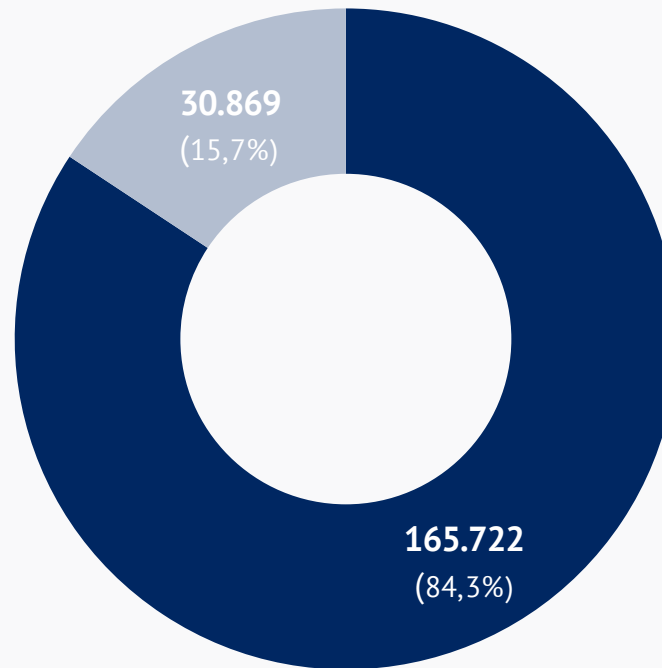
Routinedaten-Methodik: DMP-Variablen im TK-Data-Warehouse (Teil-1: indikationsübergreifende DMP-Dokumentation)

indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name des Versicherten	Familienname, Vorname
3	Geburtsdatum des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträger	Name der Krankenkasse
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK / Diabetes mellitus Typ 1 / Diabetes mellitus Typ 2 / Asthma bronchiale / COPD
11	Modul-Teilnahme ¹	Chronische Herzinsuffizienz ² : Ja / Nein
12	Geschlecht	Männlich / Weiblich
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck ³	mm Hg
16	Raucher	Ja / Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie / Fettstoffwechselstörung / Diabetes mellitus / KHK / AVK / Schlaganfall / Chronische Herzinsuffizienz / Asthma bronchiale / COPD / Keine der genannten Erkrankungen
18	Serum-Kreatinin ⁴	mg/dl / µmol/l / nicht bestimmt
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote	Tabakverzicht / Ernährungsberatung / Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
21	Nächste Dokumentationserstellung geplant am (optionales Feld)	TT.MM.JJJJ

Routinedaten-Methodik: DMP-Variablen im TK-Data-Warehouse (Teil-2: Asthma-spezifische DMP-Dokumentation)

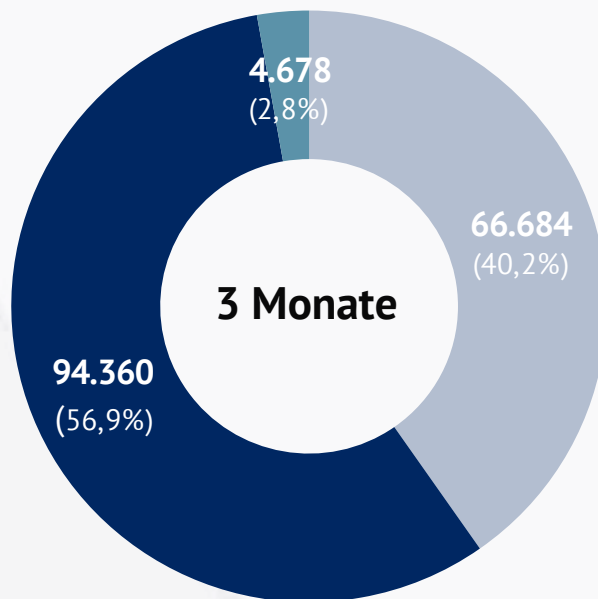
Asthma bronchiale		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Häufigkeit von Asthma-Symptomen ¹	Täglich / Wöchentlich / Seltener als wöchentlich / Keine
2	Aktueller Peak-Flow-Wert	Wert / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Systemische Glukokortikosteroide / Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein / Nicht durchführbar
12	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

TK-Daten-Potential* für DMP-Asthma-Analysen (Teil-1): 196.591 Verlaufsdatensätze für 31.504 Versicherte

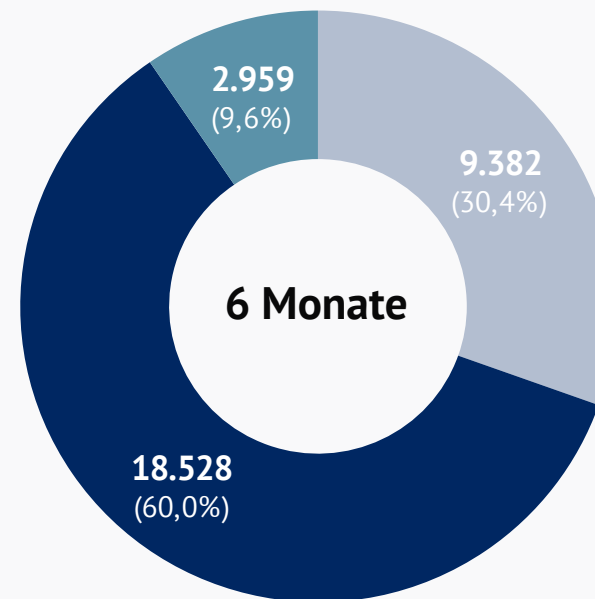


- Dokumentations-Intervall 3 Monate
- Dokumentations-Intervall 6 Monate

TK-Daten-Potential* für DMP-Asthma-Analysen (Teil-2): 196.591 Verlaufsdatensätze für 31.504 Versicherte

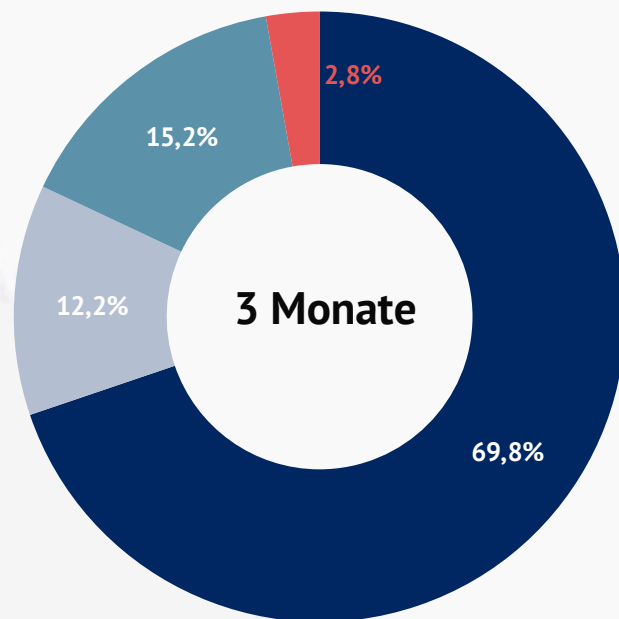


- < 8 Dokumentationen
- = 8 Dokumentationen
- > 8 Dokumentationen

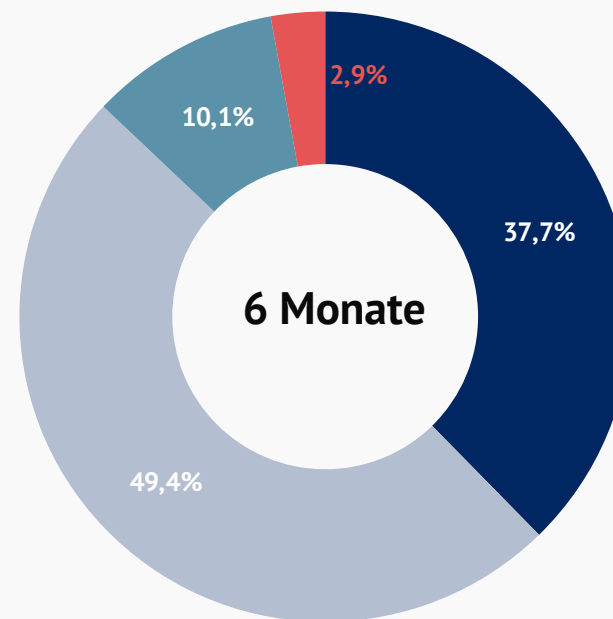


- < 4 Dokumentationen
- = 4 Dokumentationen
- > 4 Dokumentationen

TK-Daten-Potential* für DMP-Asthma-Analysen (Teil-3): 196.591 Verlaufsdatensätze für 31.504 Versicherte

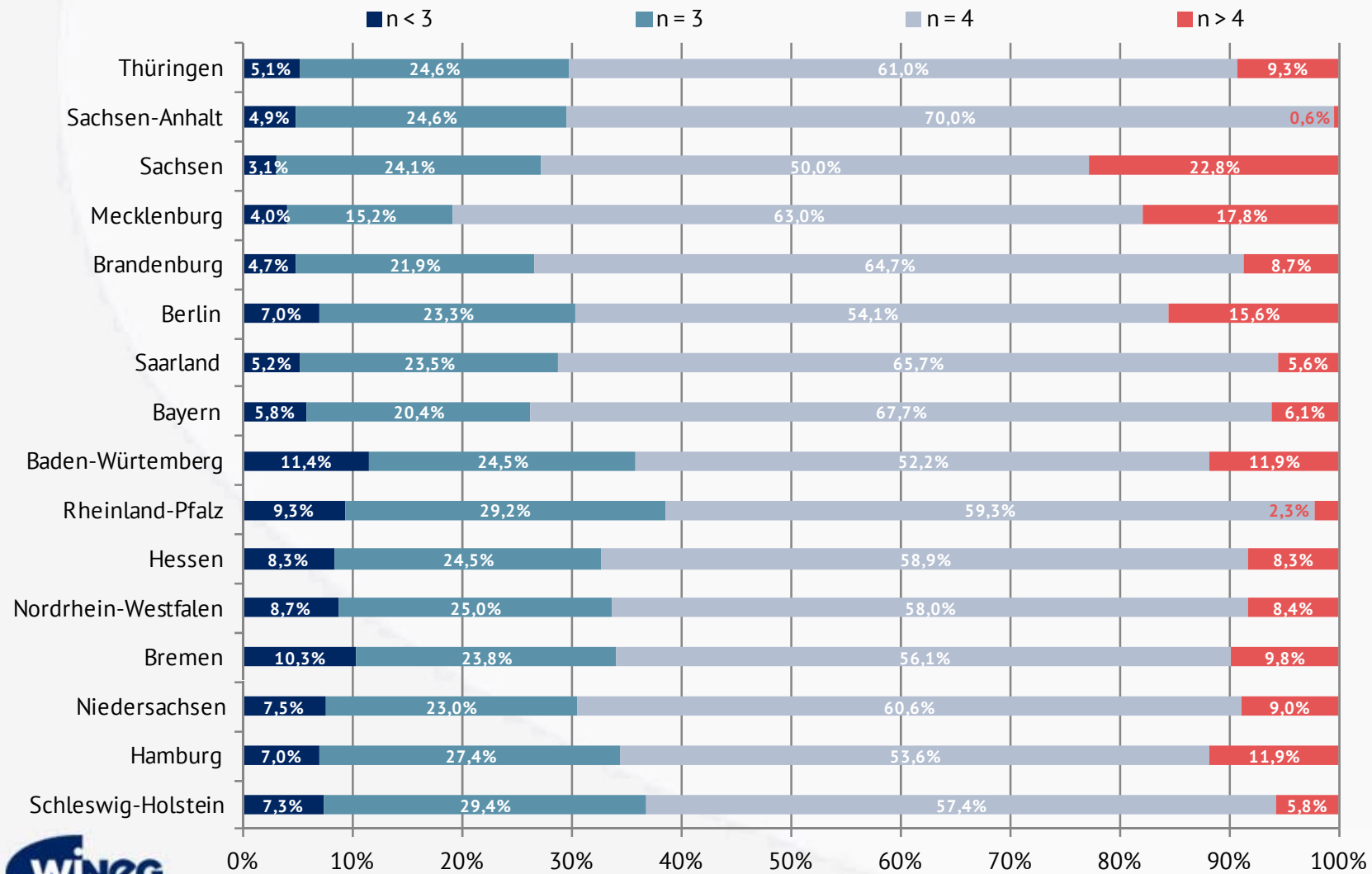


■ Hausarzt
■ Kinderarzt (HA)
■ Pneumologe
■ Sonstige



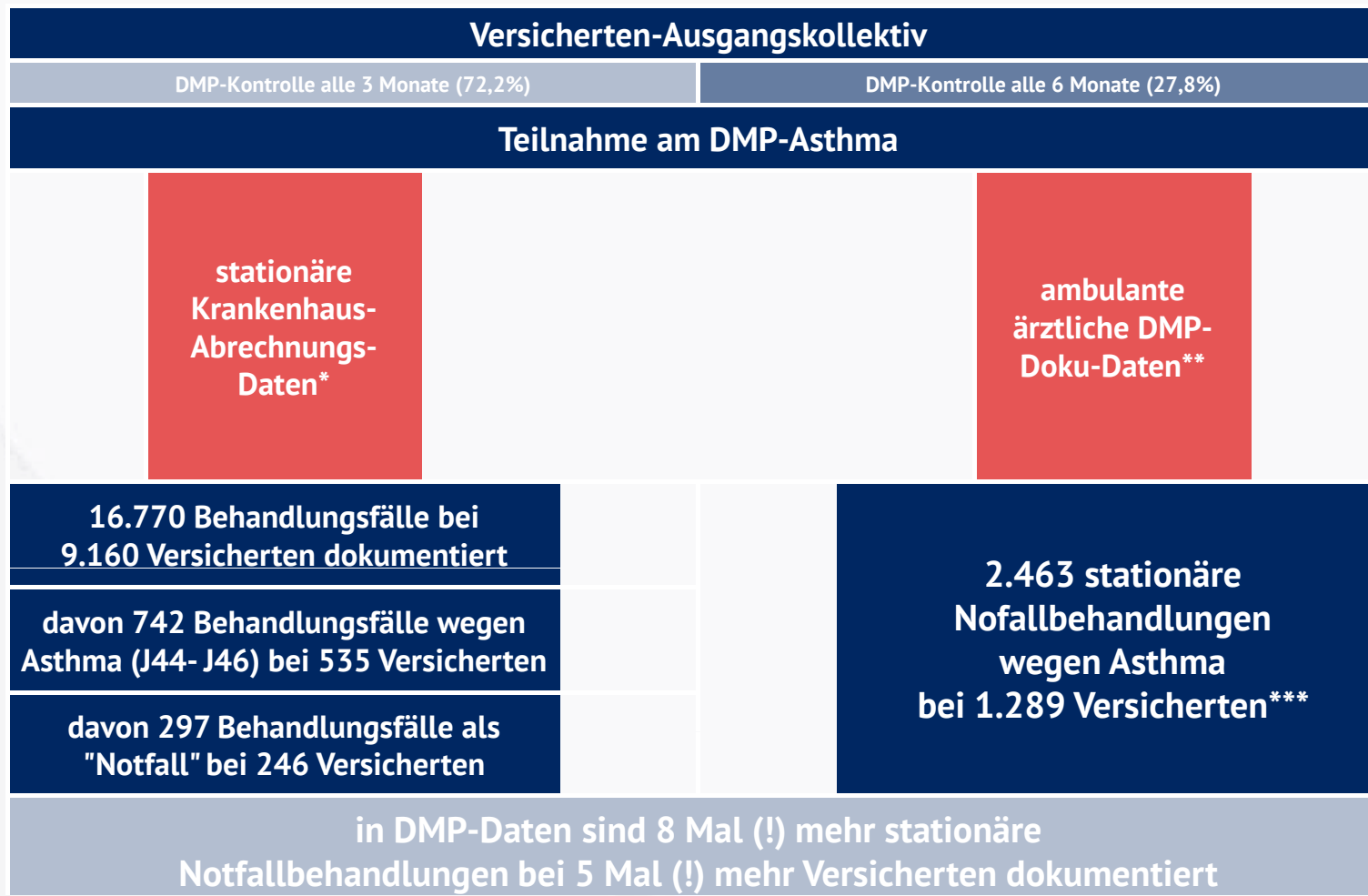
■ Hausarzt
■ Kinderarzt (HA)
■ Pneumologe
■ Sonstige

TK-Daten-Potential* für DMP-Asthma-Analysen (Teil-4): DMP-Dokumentation* (alle 6 Monate) differenziert nach KV-Region



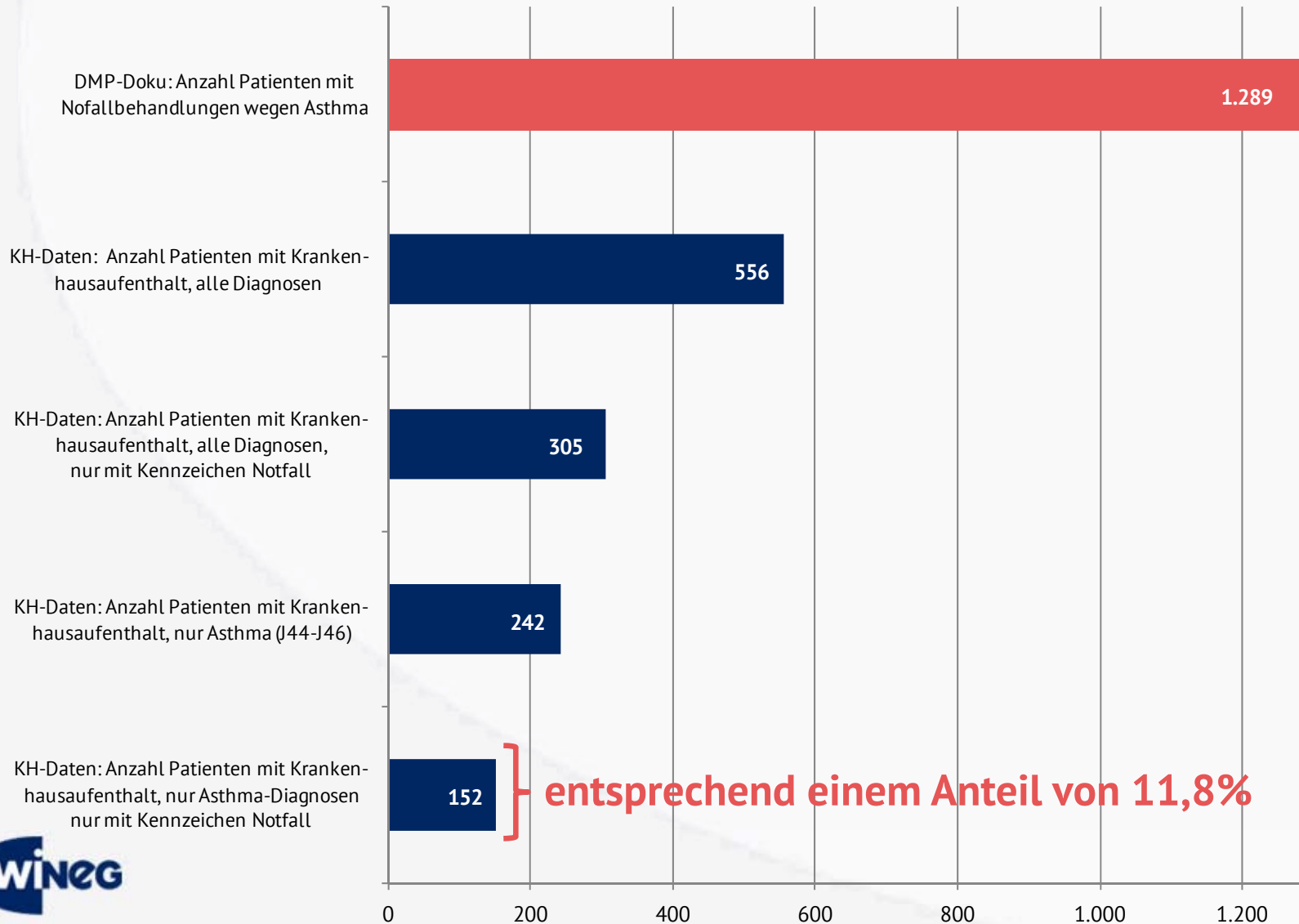
*Für Versicherte, die im Zeitraum 2009-2010 durchgängig am DMP-Asthma teilgenommen haben und bei denen sich das Dokumentationsintervall (6 Monate) nicht geändert hat. Vertraglich vereinbarte Mindestanzahl sind 4 Dokumentationen innerhalb von 2 Jahren.

TK-Daten-Validität (Teil-1): Übereinstimmung von stationären Notfallbehandlungen zwischen DMP-Doku- und KH-Abrechnungs-Daten

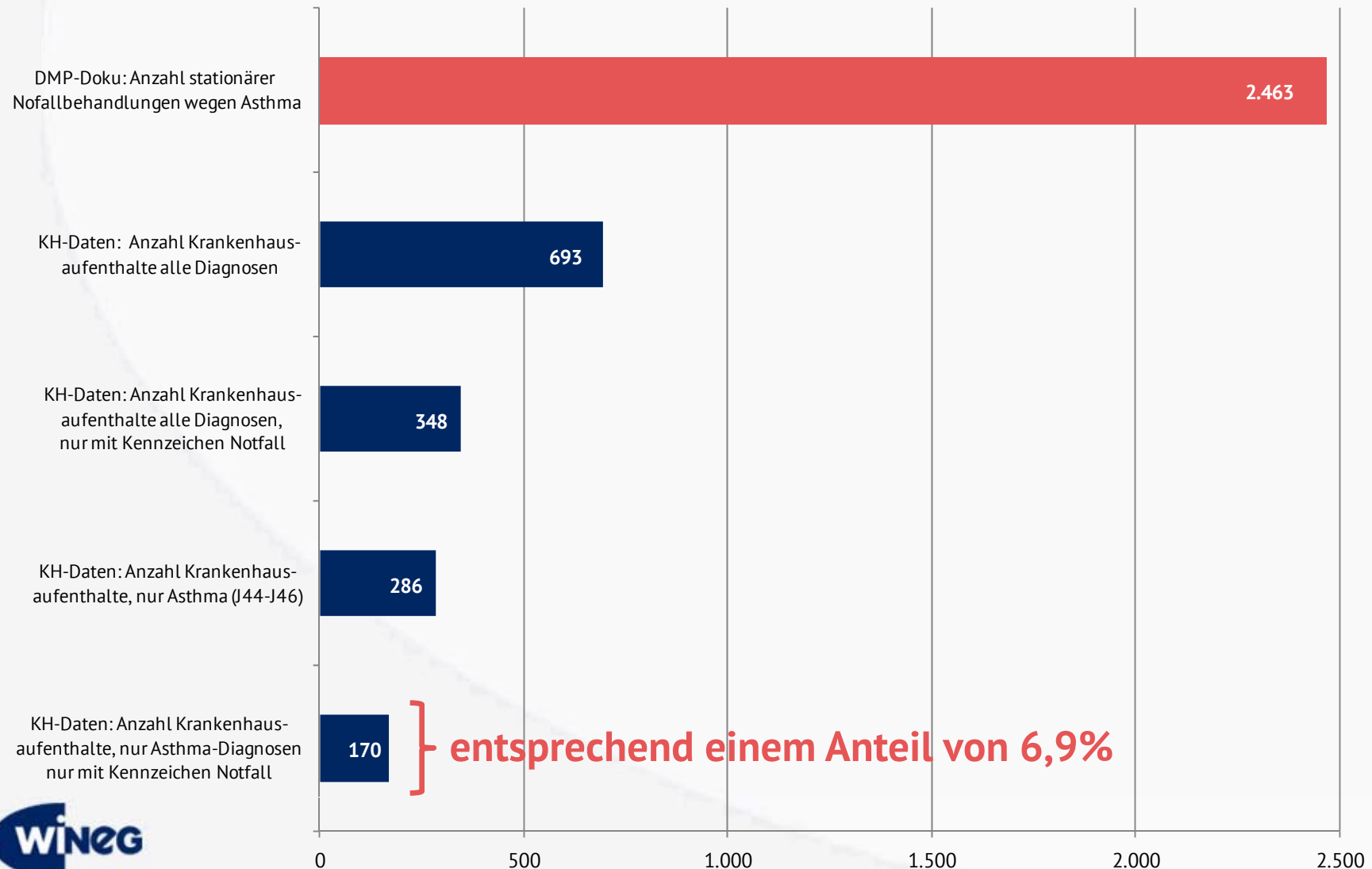


*) Selektion des Versicherten-Kollektivs mit 1. Bedingung "im Zeitraum 2009-2010 durchgängig am DMP-Asthma teilgenommen" und 2. Bedingung "keine Änderung des Dokumentationsintervall (3 oder 6 Monate)"
 **) keine Selektion des Versicherten-Kollektivs
 ***) alle Versicherten, bei denen ≥ 20 stationäre Notfallbehandlungen pro Doku-Intervall angegeben sind, wurden ausgeschlossen

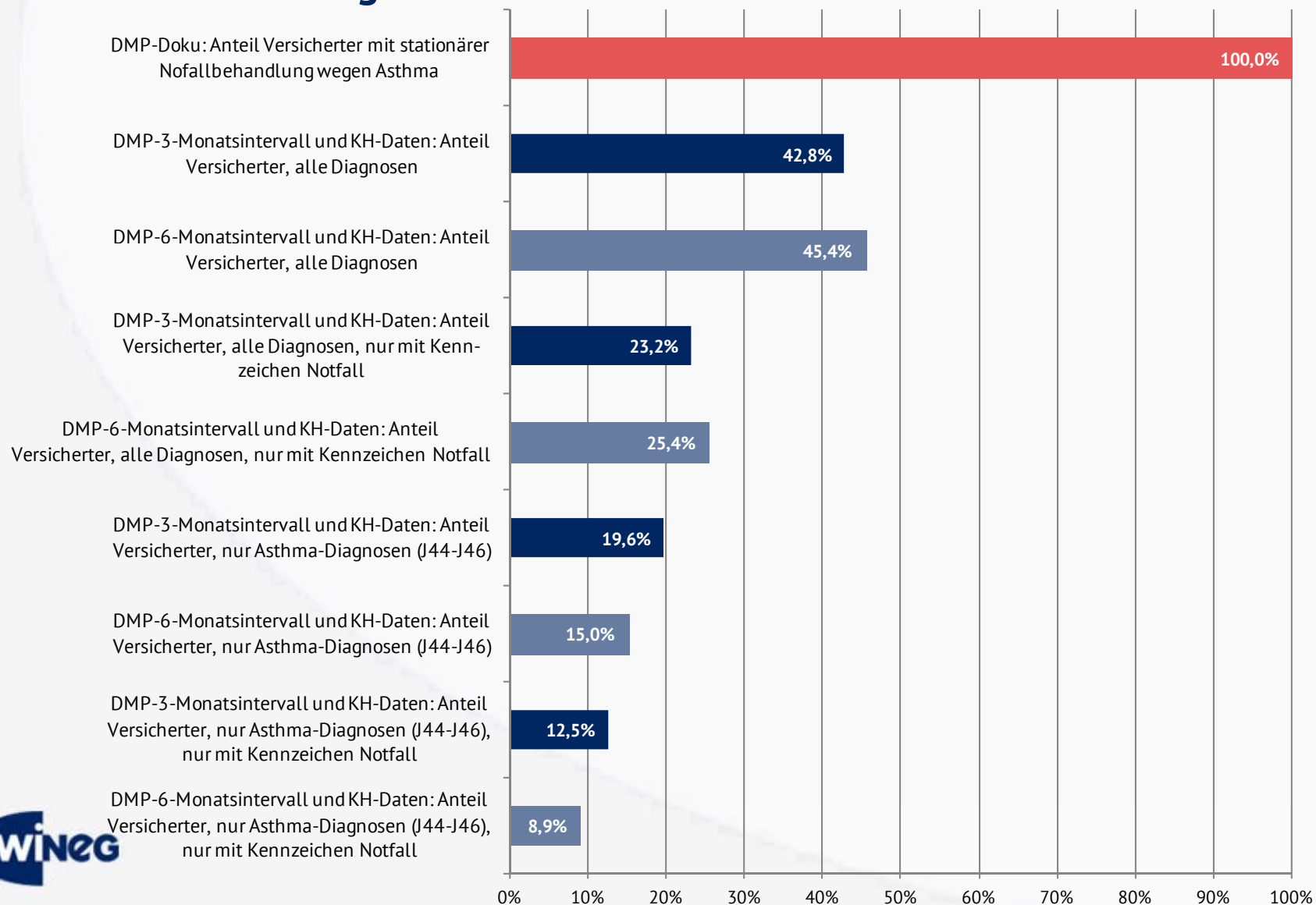
TK-Daten-Validität (Teil-2): Übereinstimmung bei Anzahl der Versicherten mit Hospitalisierung



TK-Daten-Validität (Teil-3): Übereinstimmung bei Anzahl der Krankenhausaufenthalte



TK-Daten-Validität (Teil-3): Übereinstimmung zwischen DMP-Doku- und KH-Abrechnungs-Daten differenziert nach Kontroll-Intervall



Ergebnisse: Zusammenfassung und Auffälligkeiten

Unvollständigkeit von klinischen DMP-Verlaufsdaten

- für ca. die Hälfte der Versicherten liegt nicht die vollständige (vertraglich vereinbarte) Anzahl an DMP-Verlaufsdaten vor

Vergleich DMP-Doku-Daten mit stationären Krankenhaus-Abrechnungsdaten

1. aus DMP-Daten-Perspektive: "viel zu viele" Daten

- in DMP-Doku-Daten sind **14,5** Mal (!) mehr stationäre Notfallbehandlungen bei **8,5** Mal (!) mehr Versicherten dokumentiert

2. aus Krankenhaus-Daten-Perspektive: "viel zu wenig" Daten

- in DMP-Doku-Daten sind mind. **38,2%** der Versicherten mit stationärer Notfallbehandlung bzw. mind. **42,8%** der stationärer Notfallbehandlungen von DMP-Versicherten nicht erfasst

Diskussion

- **Ärztliche "Über"-Dokumentation negativer Ereignisse in DMP-Dokumentationen**
 - keine Anzeichen für ärztliche Manipulation durch "Weglassen" negativer Ereignisse erkennbar
- **Unvollständigkeit negativer Ereignisse in DMP-Verlaufsdaten**
 - Negative Ereignisse, die sich nicht in DMP-Verlaufsdaten finden, könnten durch Unvollständigkeit der (vertraglich vereinbarten) Anzahl an DMP-Verlaufsdaten erklärt werden
- **Anamnestiche Frage nach Notfall-Behandlung als "komplexer" QS-Indikator**
 - Individueller (**subjektiver**) Interpretationsspielraum sowohl auf Patienten- als auch auf Ärzteseite bei Beantwortung der DMP-Doku-Frage vorhanden im Gegensatz zu "harten" (**objektivierbaren**) Labor-Ergebnissen (z.B. HBA1C-Wert)
- **Ärzte-Mehrfach-Inanspruchnahme ("Ärzte-Hopping") bei DMP-Versicherten**
 - durch (gleichzeitige) Inanspruchnahme von unterschiedlichen Ärzten oder Wechseln der DMP-Ärzte können "unplausible" DMP-Verlaufs-Dokumentationen entstehen (sowohl zu viel als auch zu wenig Daten)
- **Interpretationsspielraum bei zeitlicher Zuordnung**
 - verschiedene zeitliche Definitionen in Routinedaten möglich, Vertiefung im Rahmen von Sensitivitäts-Analysen erforderlich ("enge" vs. "weite" zeitliche Abgrenzungsdefinitionen)

Schlussfolgerungen & Ausblick

Dringender WINEG-Forschungsbedarf:

1. stationäre Notfallbehandlung auf Basis von DMP-Doku-Angaben als "mono-kausaler" QS-Indikator zum aktuellen Zeitpunkt wenig geeignet
 - weitere Subgruppen-Analysen erforderlich
2. Eignung anderer DMP-QS-Indikatoren auf Basis von DMP-Doku-Angaben (z.B. Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden) sind "kritisch" zu hinterfragen
 - separate Validitäts-Analysen erforderlich

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



D. Horenkamp-Sonntag | www.wineg.de | dirk.horenkamp-sonntag@wineg.de