

Potential von DMP-Doku-Daten zur arztbezogenen Qualitätsmessung

Horenkamp-Sonntag D., Linder R., Ahrens S., Verheyen F.

4. AGENS-Methodenworkshop

veranstaltet von der Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi)

22. bis 23. März 2012, Universität Bremen

Inhalt

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

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

Einführung der elektronische DMP-Doku in 2008

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

DMP-Doku für QS-Messung

z.B. 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)

z.B. TK-DMP-Asthma-Vertrag: Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Asthma bronchiale als QS-Indikator

- bei jedem TK-Versicherten ist alle 3 bzw. alle 6 Monate die Anzahl notfallmäßiger Hospitalisierungen wegen Asthma vom TK-DMP-Arzt anzugeben

Hintergrund zu 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	Familiennamen, 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

Hintergrund zu 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

WINEG-Fragestellung (1a): allgemein

Potential von DMP-Doku-Daten zur arztbezogenen Qualitätsmessung:

*Wie viele Ärzte bzw. Praxen stehen mit wie vielen
DMP-Doku-Daten zur Verfügung, um auf Basis von Routinedaten
Aussagen zu QS-Aspekten auf indi-
vidueller Arzt- bzw. Praxisebene treffen zu können ???*

WINEG-Fragestellung (1b): konkret abgeleitet

Potential von DMP-Doku-Daten zur arztbezogenen Qualitätsmessung:

1. Wie vollständig bilden DMP-Doku-Daten den klinischen Verlauf ab ???
2. Wie viele Vertragsärzte mit welcher Fachgruppe stehen wo zur Verfügung ???
3. Inwieweit sind Häufigkeit und regionale Verteilung im zeitlichen Verlauf stabil ??? *Cave: Persistenz-Kriterien*
4. Wie viele Vertragsärzte welcher Fachgruppe behandeln TVersicherte direkt ??? *Cave: Überweisungs-Verhalten*

WINEG-Methodik (Teil-1): GKV-Routinedaten-Analysen

Datenbankabfrage vom 16.-22.03.2012 bei 8 Millionen TK-Versicherten

1) Versicherten-Einschluss-Bedingung:

- durchgängige DMP-Teilnahme im Zeitraum 01.07.2009 - 31.12.2010
- konstantes DMP-Kontrollintervall: $n = 3$ oder $n = 6$ Monate (Cave: keine Doku-Wechsler)

2) beobachteter Zeitraum für Validitäts- und Potentialmessung: 01.01.2010 - 31.12.2010

- nur Folgedokumentationen wurden beachtet

3) DMP-Programme: Asthma, COPD, Diabetes-Typ-1, Diabetes-Typ-2, KHK

4) bundesweite Analysen mit zusätzlichen Subgruppen-Analyse von 4-Einzel-KVen:

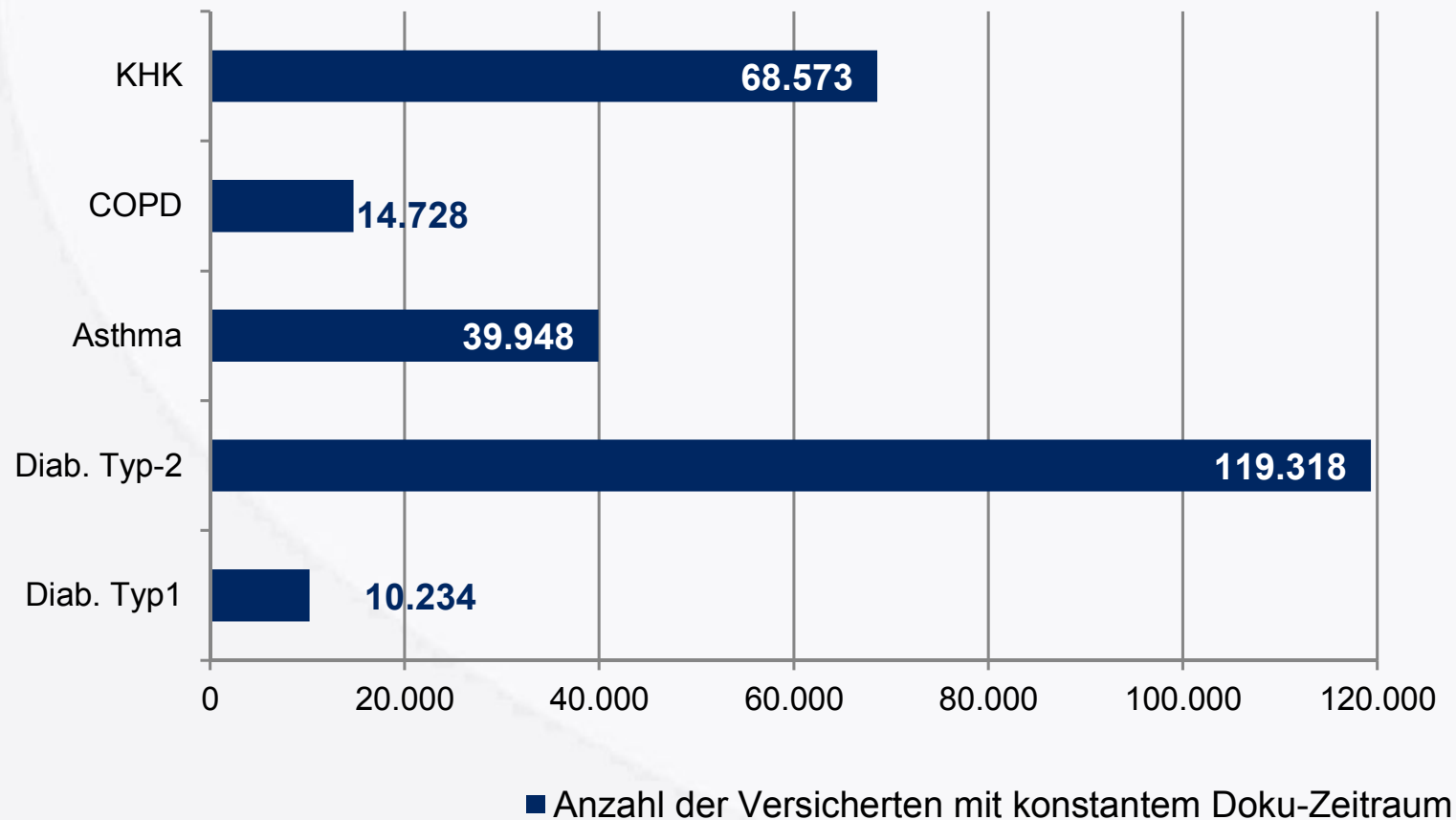
- KV Hamburg
- KV Sachsen
- KV Bayern
- KV Baden Württemberg



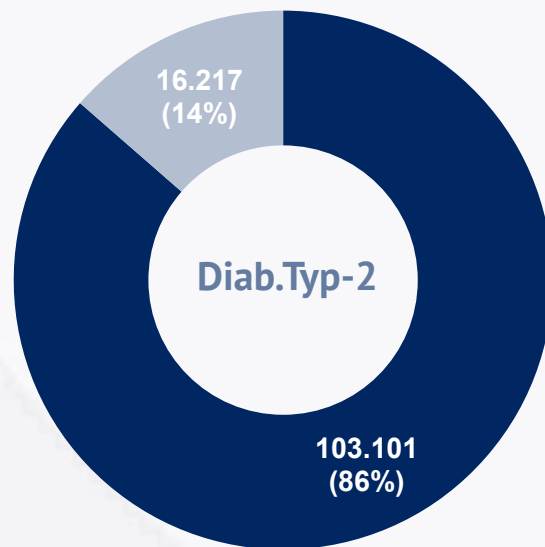
WINEG-Methodik (Teil-2a): Untersuchungs-Parameter für Potential-Analysen von DMP-Dokumentationen

1. Umfang der DMP-Dokumentationen
2. Wochentag der DMP-Dokumentationen
3. Arztgruppe des DMP-Dokumentierenden
4. Zeitraum zwischen 2 DMP-Dokumentationen
5. DMP-Versicherten mit mehreren DMP-Ärzten
 - "Heavy-Use"
6. Plausibilitäts-Check
 - DMP-Doku in Verbindung mit abgerechneten EBM-GOPs

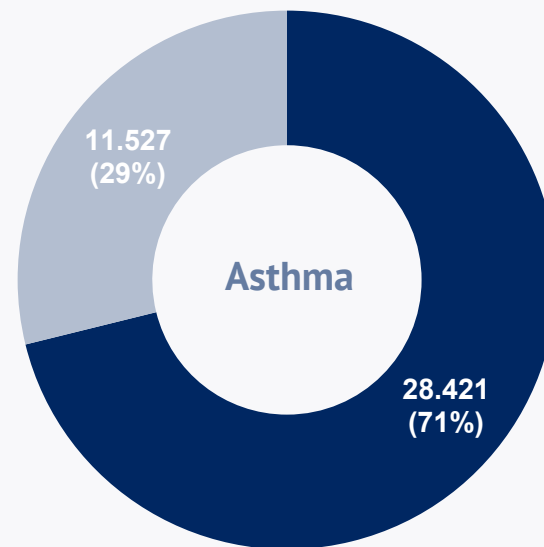
Ergebnisse: Anzahl DMP-Versicherte mit konstantem Doku-Zeitraum (n = 252.801)



Ergebnisse: Verteilung Kontrollintervall (3 vs. 6 Monate) für DMP-Versicherte mit konstantem Doku-Zeitraum

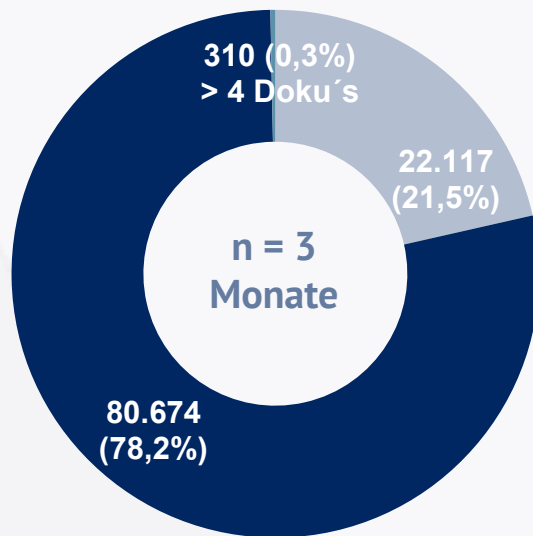


■ Dokumentations-Intervall 3 Monate
■ Dokumentations-Intervall 6 Monate

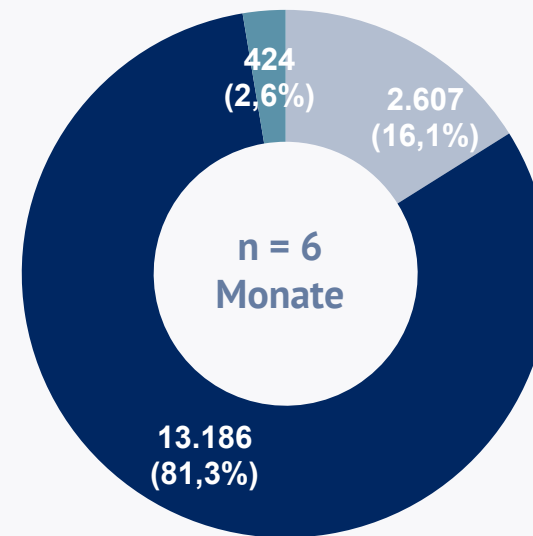


■ Dokumentations-Intervall 3 Monate
■ Dokumentations-Intervall 6 Monate

Ergebnisse: Einhalten der vertraglich vereinbarten Anzahl an Dokumentationen bei Diabetes-Typ-2

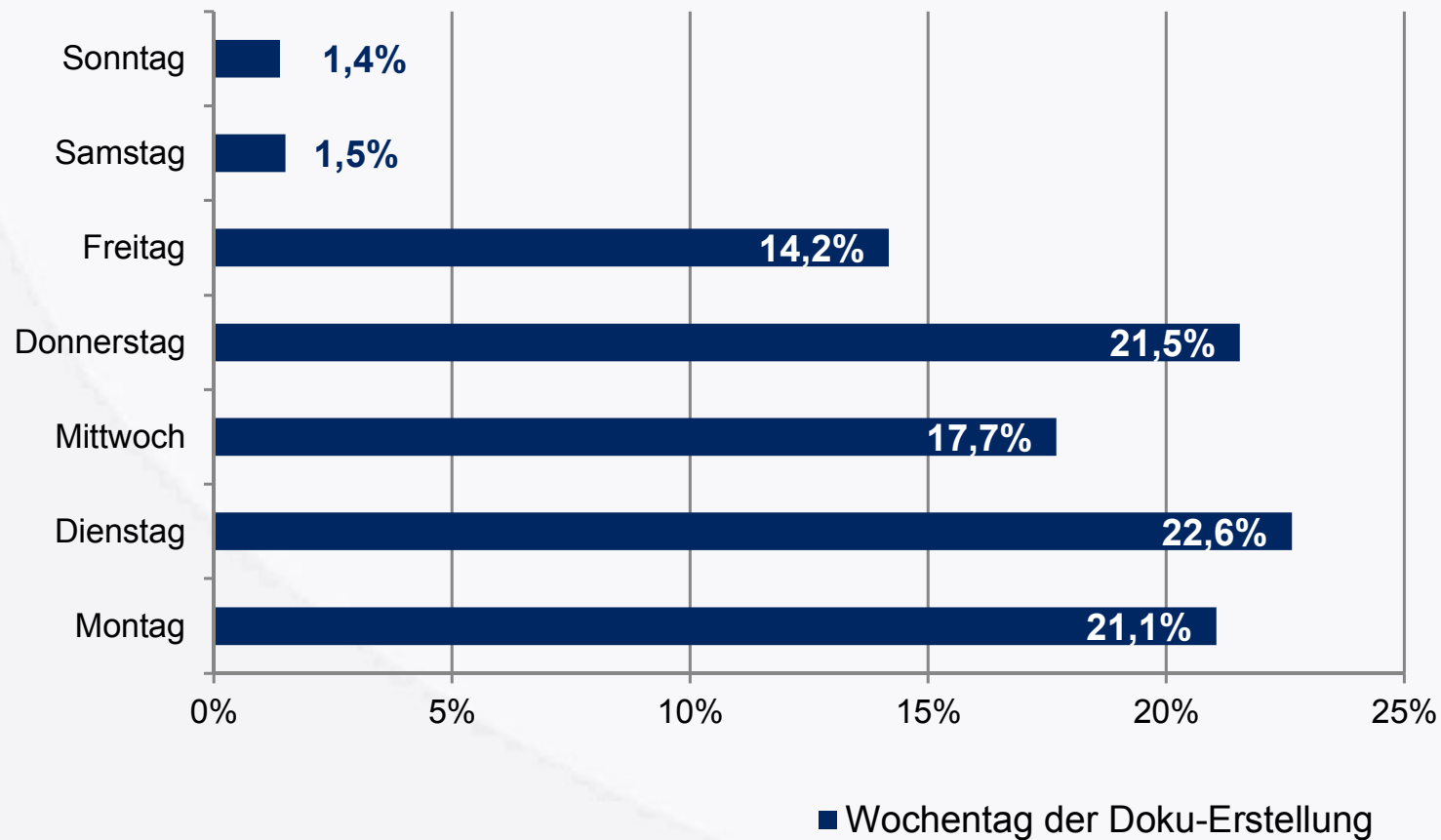


- < 4 Dokumentationen
- = 4 Dokumentationen
- > 4 Dokumentationen

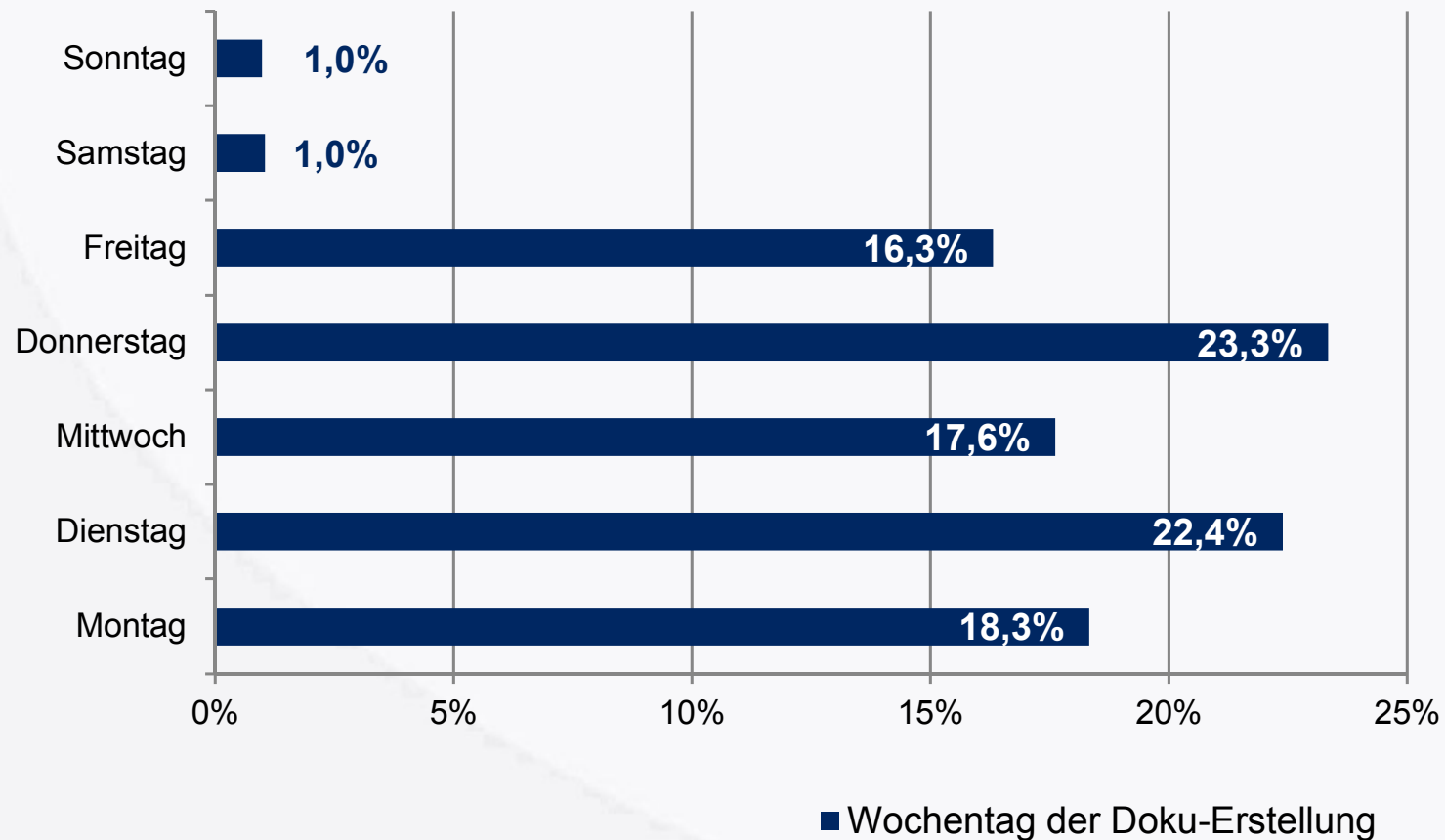


- < 2 Dokumentationen
- = 2 Dokumentationen
- > 2 Dokumentationen

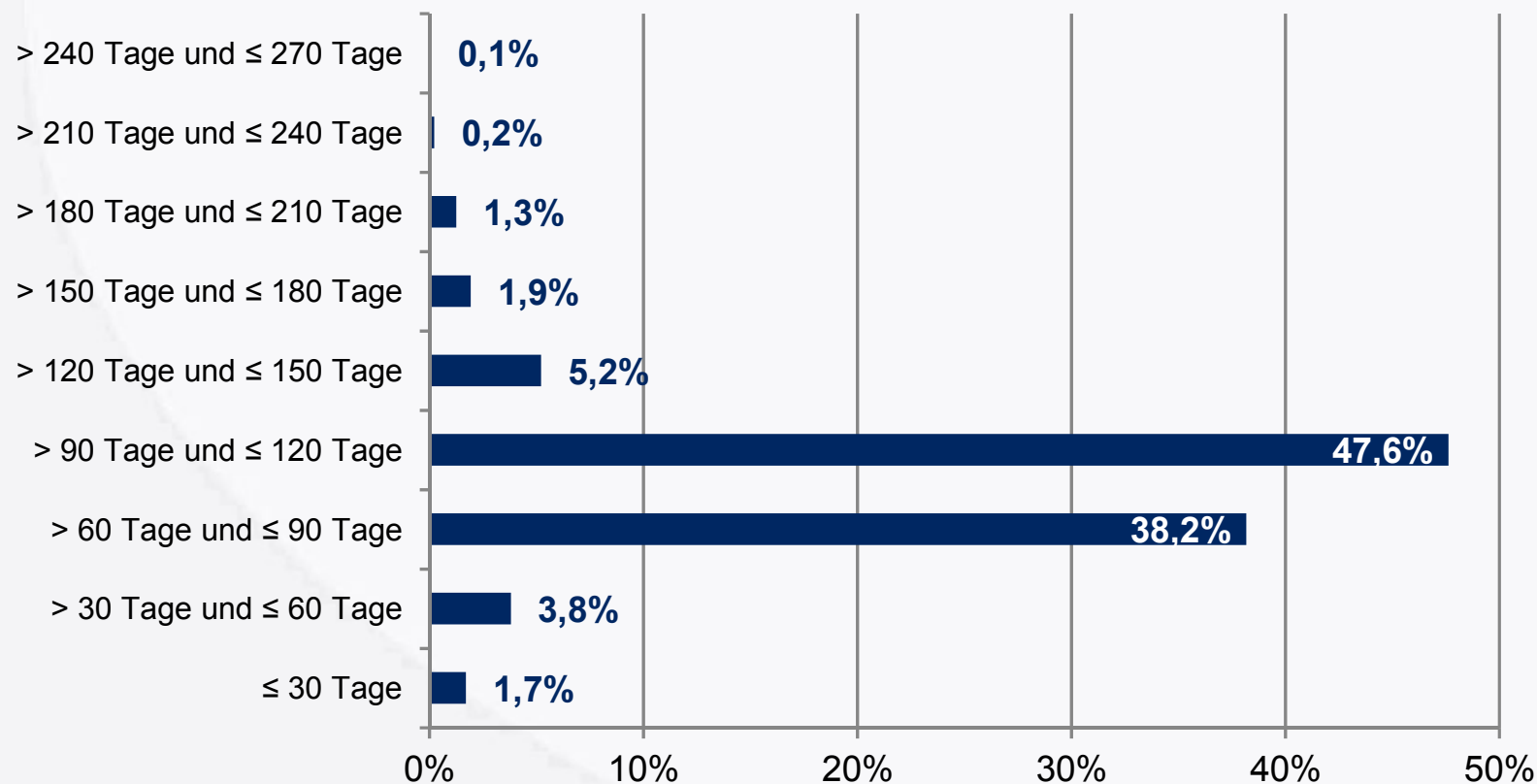
Ergebnisse: Wochentag der DMP-Dokumentations-Erstellung bei der Indikation Diabetes-Typ-1



Ergebnisse: Wochentag der DMP-Dokumentations-Erstellung bei der Indikation Diabetes-Typ-2

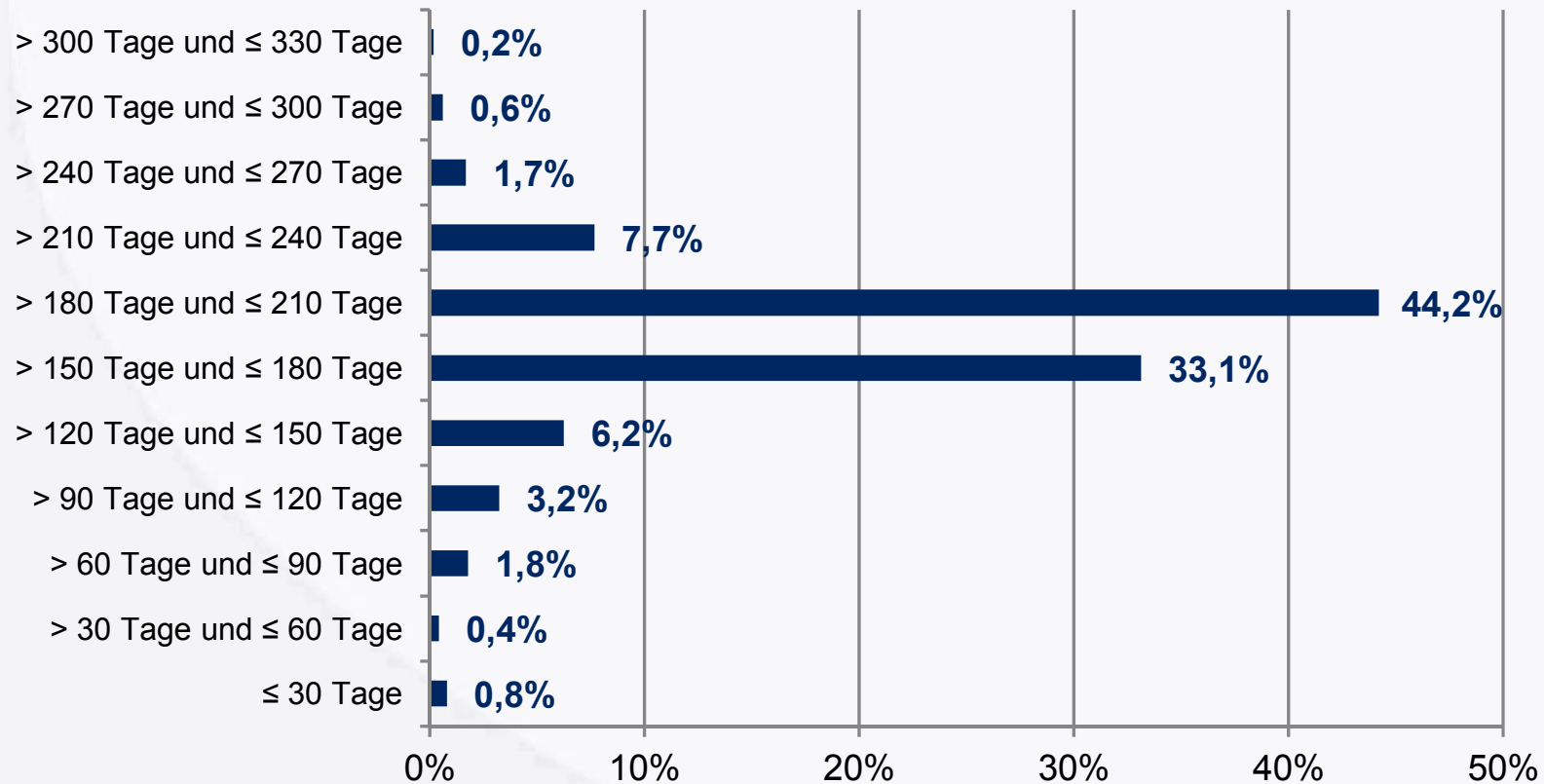


Ergebnisse: Zeitabstand zwischen Kontroll-Untersuchungen bei Diabetes-Typ-2 und DMP-3-Monatskontroll-Intervall



■ Zeitabstand zwischen DMP-Kontroll-Untersuchungen

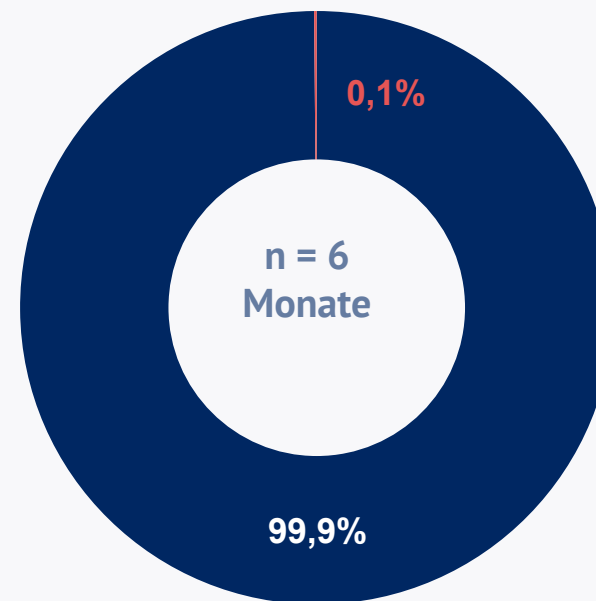
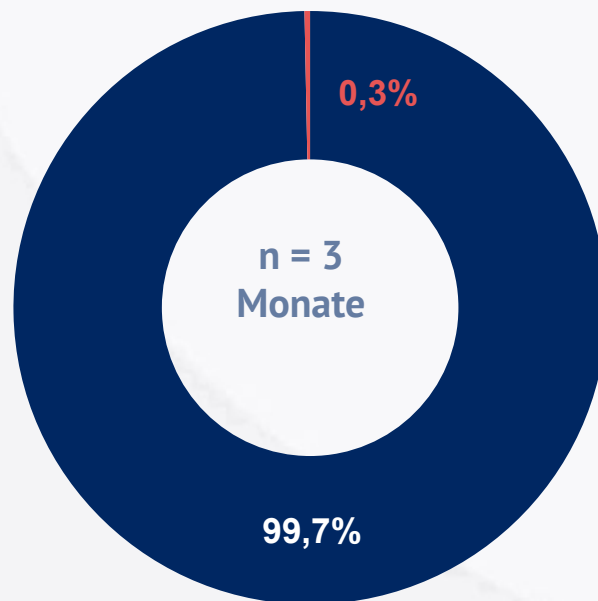
Ergebnisse: Zeitabstand zwischen Kontroll-Untersuchungen bei Diabetes-Typ-2 und DMP-6-Monatskontroll-Intervall



■ Zeitabstand zwischen DMP-Kontroll-Untersuchungen

Ergebnisse: Plausibilitäts-Check durch zeitgleich abgerechnete EBM-GOPs bei Diabetes-Typ-1

Wurde im selben Quartal der DMP-Doku-Erstellung beim DMP-Versicherten irgendeine EBM-Leistung durch einen DMP-Arzt (selbe Betriebsstätten-Nr.) abgerechnet ???



■ ja ■ nein

Zusammenfassung Ergebnisse

Potential von DMP-Doku-Daten zur arztbezogenen Qualitätsmessung:

- Durch elektronisch verfügbare DMP-Doku-Daten liegen den Krankenkassen eine enorme Menge unterschiedlichster klinischer Informationen für die Krankheitsindikationen Diabetes, KHK, Asthma und COPD in einem engmaschigen zeitlichen Verlauf von 3 oder 6 Monaten vor.
- **Aber:** Die vertraglich vereinbarte Anzahl an Dokumentationen für Kontrolluntersuchungen liegt je nach DMP-Indikation und Art des Kontrollintervalls im Beobachtungszeitraum von einem Jahr in einer Größenordnung von ca. 20-30% nicht vor.

Diskussion

Identifikation möglicher Einflussfaktoren für fehlende DMP-Dokumentationen

- Arztgruppenzugehörigkeit
- KV-Region
- Versichertenalter
- Art und Umfang von Begleiterkrankungen
- Datenübermittlungsqualität im zeitlichen Verlauf

Zeitliche Abstand zwischen DMP-Kontrollen

- formal-kalendarische Vertragsanforderung für Kontrolle: jedes Quartal bzw. jedes Halbjahr
- klinisch wichtiger Ansatz: möglichst kurze Zeitabstände zwischen DMP-Kontrollen
- aus Perspektive der Versorgungsforschung erwünscht: „lückenloser“ klinische Verlauf

Schlussfolgerungen & Ausblick

Durch klinische Primärdatenangaben aus DMP-Dokumentationen (§ 137 SGBV) lassen sich GKV-Sekundärdaten auf Basis ambulanter vertragsärztlicher Versorgungsdaten (§ 295 SGBV) zu einer erweiterten Routinedatenbasis ergänzen.

Aber methodische Limitationen dieser Datenbasis:

- hinsichtlich der Abbildung des vollständigen klinischen Verlaufs müssen deutliche Einschränkungen hingenommen werden
- die externe Validität der DMP-Doku-Daten ist separat zu analysieren **(siehe WINEG-Poster beim AGENS-Kongress)**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



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