

Wolfgang Gaebel

**Qualitätssicherung und
Versorgungsforschung mit Routinedaten**

Qualitätssicherung und Versorgungsforschung mit Routinedaten

- Definitionen und Grundlagen
- Was ist machbar, was nicht?
- Beispiele aus der Forschungspraxis
- Zukunftsperspektiven
- Zusammenfassung und Fazit

Qualitätssicherung und Versorgungsforschung mit Routinedaten

- Definitionen und Grundlagen
- Was ist machbar, was nicht?
- Beispiele aus der Forschungspraxis
- Zukunftsperspektiven
- Zusammenfassung und Fazit

Versorgungsforschung: Definition

Versorgungsforschung ist

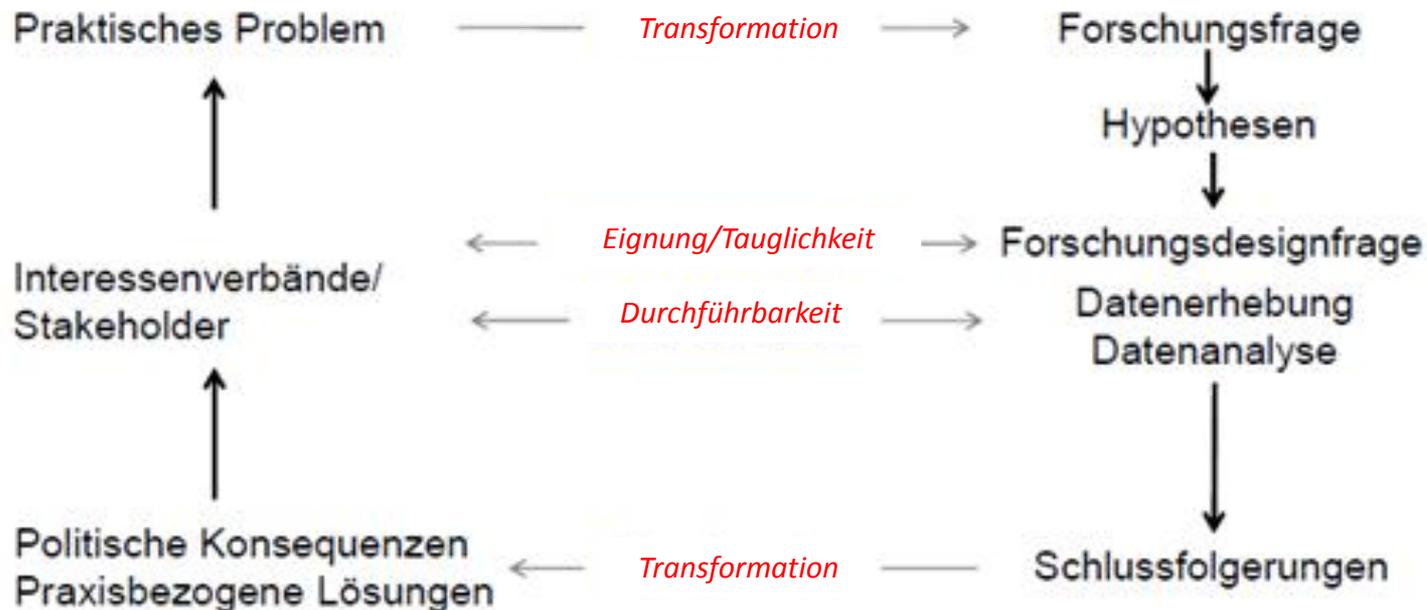
- ein **fachübergreifendes Forschungsgebiet**, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen **beschreibt** und **kausal erklärt**,
- zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter **Versorgungskonzepte** beiträgt,
- die **Umsetzung** neuer Versorgungskonzepte **begleitend erforscht** und
- die **Wirksamkeit** von Versorgungsstrukturen und –prozessen unter **Alltagsbedingungen evaluiert**.

Pfaff H und Schrappe M: Einführung in die Versorgungsforschung; in Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G und Schrappe M: Lehrbuch Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2011, S. 1-39.

Der Regelkreis der Versorgungsforschung

Gesundheitswesen

Versorgungsforschung



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung, 2014. http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/DNVF-Stellungnahme_Versorgungsforschung-Qualit%C3%A4t-Nutzen-Wirksamkeit_140917.pdf, Abbildung in Anlehnung an: Bensing JM et al.: Doing the right thing and doing it right (...), Int. J. Technol assess Health Care, 2003:19:604-612.

Was sind „Routinedaten“ und „Sekundärdaten“?

„Routinedaten sind **prozessproduzierte**, umfangreiche Informationssammlungen, die im Rahmen der **Verwaltung, Leistungserbringung** bzw. **Kostenerstattung** (z.B. bei der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung) anfallen und **elektronisch erfasst** sind.

Sie werden neben Daten aus der **amtlichen Statistik** und aus **krankheitsbezogenen Registern** sowie den zu anderen Zwecken erhobenen Primärdaten unter dem Begriff **„Sekundärdaten“** zusammengefasst.“

Pfaff H und Schrappe M: Einführung in die Versorgungsforschung; in Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G und Schrappe M: Lehrbuch Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2011, S. 317ff.

„Die Nutzung von **Sekundärdaten** in gesundheitswissenschaftlichem Kontext hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Als Sekundärdaten lassen sich in diesem Zusammenhang **Routinedaten der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung (Sozialdaten)** oder **Daten von (bevölkerungsbezogenen) Krankheitsregistern** bezeichnen.“

Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS)¹ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) et al., Gute Praxis Sekundäranalyse. Version 2, 2008.

Sekundärdaten in der Psychiatrie

- ✓ Daten ambulanter Versorgung gemäß §295 SGB V
 - ✓ Daten zu Arzneimittelverordnungen gemäß §300 SGB V
 - ✓ Daten stationärer Versorgung gemäß §301 SGB V
- Abrechnungsdaten**
-
- ✓ Daten stationärer Versorgung gemäß §21 KHEntgG
- Datensatz, der zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems zur Verfügung gestellt werden muss**
-
- ✓ Daten der Reha-Statistik-Datenbasis zur beruflichen Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente
- Datensatz der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Angaben zu Leistungen zu Erwerbsminderungsrenten und Rehabilitationsmaßnahmen**
-
- ✓ Basisdokumentation (BADO) (keine bundeseinheitliche Erfassung!)
 - ✓ Verlaufsdokumentation („KIS“; Krankenblatt, Befundsammlung, „Kurve“)
- Klinische Daten**

Qualitätssicherung und Versorgungsforschung mit Routinedaten

- Definitionen und Grundlagen
- Was ist machbar, was nicht?
- Beispiele aus der Forschungspraxis
- Zukunftsperspektiven
- Zusammenfassung und Fazit

Daten ambulanter Versorgung gemäß §295 SGB V*

Datenblock	An die Kostenträger zu übermittelnde Daten gemäß §295 SGB V
Versichertendaten	<ul style="list-style-type: none"> • Familienname und Vorname** • Geburtsdatum • Geschlecht • Anschrift** • Krankenversichertennummer** • Versichertenstatus
Diagnosedaten	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechnungsdiagnosen
Versorgungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Arztnummer des behandelnden Arztes** • Nummer des überweisenden Arztes**
Behandlungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Inanspruchnahme (z.B. Notfall, Mit-/Weiterbehandlung, Konsiliarauftrag, Vertretung) • Art der Behandlung (ambulant/stationär) • Tag der Behandlung (Datum) • Abgerechnete Gebührenpositionen (EBM-Ziffern)
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten der Behandlung

* Zusammenfassende Darstellung. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden nur Merkmale dargestellt, die für Versorgungsanalysen relevant sind (Merkmale wie z.B. „Länge der Gültigkeit der Versichertenkarte“ usw. wurden nicht dargestellt)

**Merkmale, die aufgrund des Datenschutzes nur in pseudonymisierter Form ausgewertet werden dürfen.

Daten der Arzneimittelversorgung gemäß §300 SGB V*

Datenblock	An die Kostenträger zu übermittelnde Daten gemäß §300 SGB V
Verordnungsdaten	<ul style="list-style-type: none"> • Verordnungsdatum • Abgabedatum
Medikament	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmazentralnummer (eindeutige Identifikationsnummer) • Medikamentenname • Anzahl Packungen/Packungsgröße
Versorgungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Arztnummer des verschreibenden Arztes**
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Brutto-Preis pro Packung • Brutto-Preis aller verschriebenen Packungen

* Zusammenfassende Darstellung. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden nur Merkmale dargestellt, die für Versorgungsanalysen relevant sind.

** Merkmale, die aufgrund des Datenschutzes nur in pseudonymisierter Form ausgewertet werden dürfen.

Daten stationärer Versorgung gemäß §301 SGB V*

Datenblock	An die Kostenträger zu übermittelnde Daten gemäß §301 SGB V
Versichertendaten	<ul style="list-style-type: none"> • Familienname und Vorname** • Geburtsdatum • Geschlecht • Anschrift** • Krankenversichertennummer** • Versichertenstatus • Krankenhausinternes Kennzeichen des Versicherten
Diagnosedaten	<ul style="list-style-type: none"> • Einweisungsdiagnose • Aufnahmediagnose • Haupt-/Nebendiagnosen
Versorgungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionskennzeichen des Krankenhauses** • Nummer des einweisenden Arztes** • Institutionskennzeichen des verlegenden Krankenhauses** • Bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle • Aufnehmende Fachabteilung/weiterbehandelnde Fachabteilungen
Behandlungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Tag/Uhrzeit Aufnahme • Aufnahmegrund (z.B. Vollstationär/teilstationär/Entbindung/Organentnahme) • Voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung (bei Verlängerung: medizinische Begründung) • Durchgeführte Operationen und Prozeduren • Tag/Uhrzeit Entlassung/Verlegung • Entlassungs-/Verlegungsgrund (z.B. reguläre Entlassung, gegen ärztlichen Rat, Verlegung, Tod) • Angaben über durchgeführte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Berechnete Entgelte

* Von den Leistungserbringern an die Kostenträger zu übermittelnde Daten zur Leistungsabrechnung stationärer Behandlungen (kurative und rehabilitative Leistungen aus dem Leistungsbereich der Krankenkassen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus dem Leistungsbereich der Rentenversicherung). Zusammenfassende Darstellung.

** Merkmale, die aufgrund des Datenschutzes nur in pseudonymisierter Form ausgewertet werden dürfen.

Daten gemäß § 21 KHEntgG*

Datenblock	An das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu übermittelnde Daten gemäß §21 KHEntgG
Versichertendaten	<ul style="list-style-type: none"> • Geburtsjahr • Geschlecht • Postleitzahl • Krankenversichertennummer**
Diagnosedaten	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptdiagnosen • Nebendiagnosen
Versorgungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionskennzeichen des verlegenden Krankenhauses** • Institutionskennzeichen des Krankenhauses** • Art des Krankenhauses (z.B Uni-Klinik, Bundeswehrkrankenhaus, Plankrankenhaus etc.) • Art der Trägerschaft (Freigemeinnützig, Privat, Öffentlich) • Anzahl der aufgestellten Betten • Aufnehmende Fachabteilung • Bei Verlegung: weiterbehandelnde Fachabteilung
Behandlungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalls • Aufnahmedatum • Entlassungs-/Verlegungsdatum • Aufnahmegrund (z.B. Vollstationär/teilstationär/Entbindung/Organentnahme) • Aufnahmegrund (z.B. Einweisung durch Arzt, Notfall, Aufnahme nach vorangegangener Behandlung in Rehabilitationseinrichtung etc.) • OPS-Codes inkl. Behandlungsdatum • Entlassungs-/Verlegungsgrund (z.B. reguläre Entlassung, gegen ärztlichen Rat, Verlegung, Tod)
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Berechnete Entgelte

* Von den Leistungserbringern an das InEK zu übermittelnde Daten stationärer Behandlungen. Zusammenfassende Darstellung.

** Merkmale, die aufgrund des Datenschutzes nur in pseudonymisierter Form ausgewertet werden dürfen.

Daten der Reha-Statistik-Datenbasis zur beruflichen Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente*

Datenblock	Sekundärdaten der Reha-Statistik-Datenbasis (gekürzt)
Versichertendaten	<ul style="list-style-type: none"> • Name ** • Geschlecht • Geburtsmonat/Geburtsjahr • Todesdatum des Versicherten • Ausbildung • Kennzeichen für Postleitzahl oder Kreisschlüssel
Daten zur Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn/Ende der Reha-Leistung • Kennzeichen für Postleitzahl oder Kreisschlüssel des Wohnortes • Reha-Stätte** • Arbeit vor Antragstellung • Zuletzt ausgeübte Tätigkeit • Stellung im Beruf/Erwerbsleben • Diagnosen • Ergebnis der Leistung • Reine Maßnahmekosten • Institutionskennzeichen** • Abteilungsnummer
Daten über bewilligte Rentenleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Rentenbeginn • Rentenart • Teilrentenkennzeichen • Rentenbetrag • Arbeitsmarktlage/Arbeitsfähigkeit • Ursache der Rentengewährung (Diagnose) • Zeitrente

* Die Reha-Statistik-Datenbasis ist ein von der Deutschen Rentenversicherung zweimal jährlich zu Analysezwecken erstellter Datensatz, der die bei der DRV gespeicherten, versichertenbezogenen Angaben zur Bewilligung und Durchführung von Maßnahmen zur Rehabilitation und zur Bewilligung und Zahlung von Erwerbsminderungsrenten enthält.

** Merkmale, die aufgrund des Datenschutzes nur in pseudonymisierter Form ausgewertet werden dürfen.

Nutzung von Abrechnungsdaten in der psychiatrischen Versorgungsforschung – Vorteile

Methodische Ebene:

- Umfang nutzbarer Daten → Repräsentativität
- Kostengünstig verfügbar; leicht generierbar; kein zusätzlicher Erhebungsaufwand
- Vollständigkeit / Reliabilität / Validität
 - Kein Interviewer- oder Erinnerungs-Bias
 - Kein Drop-Out
- Vergleichbarkeit
- Möglichkeit von Langzeit-, pro- und retrospektiven Erhebungen ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand

Inhaltliche Ebene:

- Sektoren- und Behandler-übergreifende Daten erfasst
- Wichtige Daten zu sozial relevanten Outcomes erfasst (z.B. Erwerbsunfähigkeit bzw. -minderung, AU usw.)
- Umfassende Erfassung von Daten zur Inanspruchnahme und Versorgungsleistungen (z.B. Anzahl ambulanter Kontakte, Verweildauern, Wiederaufnahmeraten, Therapie- & Arzneimittelverordnungen usw.)

Nutzung von Abrechnungsdaten in der psychiatrischen Versorgungsforschung – Einschränkungen

- **Abrechnungsdaten enthalten kaum klinische/anamnestische Angaben**
 - Es sind fast ausschließlich kostenrelevante Informationen erfasst, lediglich Diagnosen sind meist enthalten
 - Enthalten keine Angaben zum klinischen Verlauf der Erkrankung → medizinisch relevante Dokumentation des Krankheitsverlaufs/der Behandlungsepisode erfolgt nur bei den Leistungserbringern in der „Krankenakte“
- **Daten der GKV/DRV bilden nicht vollständig alle Leistungen zur Versorgung psychisch Kranker ab**
 - Nur medizinisch relevante Leistungen erfassbar, die durch die GKV/DRV erstattet werden → weitere Maßnahmen, Hilfe- und Betreuungsleistungen, die im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker erbracht werden (z.B. im Bereich Wohnen; Arbeit usw.), sind nicht erfasst
 - Datenschutzproblematik bei sektoren- oder kassenübergreifender, personenbezogener Datenzusammenführung (z.B. zur Analyse von Langzeitverläufen)
- **Selektionseffekte**
 - Nur Erkrankte erfassbar, die im Kontakt mit dem Versorgungssystem standen
 - Zusammensetzung der Untersuchungspopulation (z.B. Unterschiede der demographischen oder sozialen Struktur der Mitglieder verschiedener Krankenkassen) ist im Hinblick auf die Interpretation und Repräsentativität der Ergebnisse zu reflektieren

Basisdokumentation in der Psychiatrie

Datenblock	Daten der BADO (Auswahl)
Soziodemographische Variablen	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Familienstand • Wohnsituation • Muttersprache und Migrationserlebnis • Schulabschluss • Berufsabschluss/Berufliche Situation • Rechtsgrundlage und Betreuungssituation
Krankheitsbezogene Variablen	<ul style="list-style-type: none"> • Alter bei Ersterkrankung • Suizidalität und Aggressivität im Vorfeld • CGI und GAF bei Aufnahme • Psychiatrische und somatische Diagnosen
Variablen des Behandlungsprozesses	<ul style="list-style-type: none"> • Psychopharmakotherapie und Probleme bei der Psychopharmakotherapie • Psychotherapie und Probleme bei der Psychotherapie • Andere therapeutische Maßnahmen • Spezielle Diagnostik • Suizidversuch und Aggression während des Aufenthalts • Entweichung und Fixierung
Outcome-Variablen	<ul style="list-style-type: none"> • CGI (Teil 1 und 2) bei Entlassung • GAF bei Entlassung

In der BADO werden zusätzliche Informationen zum **Behandlungsprozess** und zum **Outcome** abgefragt, die in den routinemäßig erfassten Abrechnungsdaten nicht enthalten sind. Die BADO stellt allerdings einen zusätzlichen **Dokumentationsaufwand** dar. Es existieren deutliche Unterschiede in den routinemäßigen Dokumentationen der einzelnen Kliniken, die eine BADO führen und diese unterscheiden sich daher in der **Datenverfügbarkeit** für die Auswertung im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Zudem erfolgt die Basisdokumentation **nicht institutionen- und sektorenübergreifend**.

Qualitätssicherung und Versorgungsforschung mit Routinedaten

- Definitionen und Grundlagen
- Was ist machbar, was nicht?
- Beispiele aus der Forschungspraxis
- Zukunftsperspektiven
- Zusammenfassung und Fazit

„Disziplinen- und Sektoren-übergreifende Versorgungs-Analyse mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgungs-Situation von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen“

Studiendesign:

- Disziplinen- und sektorenspezifische Analyse der Inanspruchnahme des Versorgungssystems aufgrund von psychischen Störungen (ICD-10-GM: F0-F5)
- Analyse der Versorgungsdaten dreier Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund 2005-2007; Versichertenpopulation: 10 Mio. Versicherte

ORIGINALARBEIT

Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen

Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund

Wolfgang Gaebel, Sandra Kowitz, Jürgen Fritze, Jürgen Zielasek

Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2012) 262 (Suppl 2):S51–S55
DOI 10.1007/s00406-012-0363-2

REVIEW

The DGPPN research project on mental healthcare utilization in Germany: inpatient and outpatient treatment of persons with depression by different disciplines

Wolfgang Gaebel · Sandra Kowitz ·
Jürgen Zielasek

Antragsteller und Auftragnehmer:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

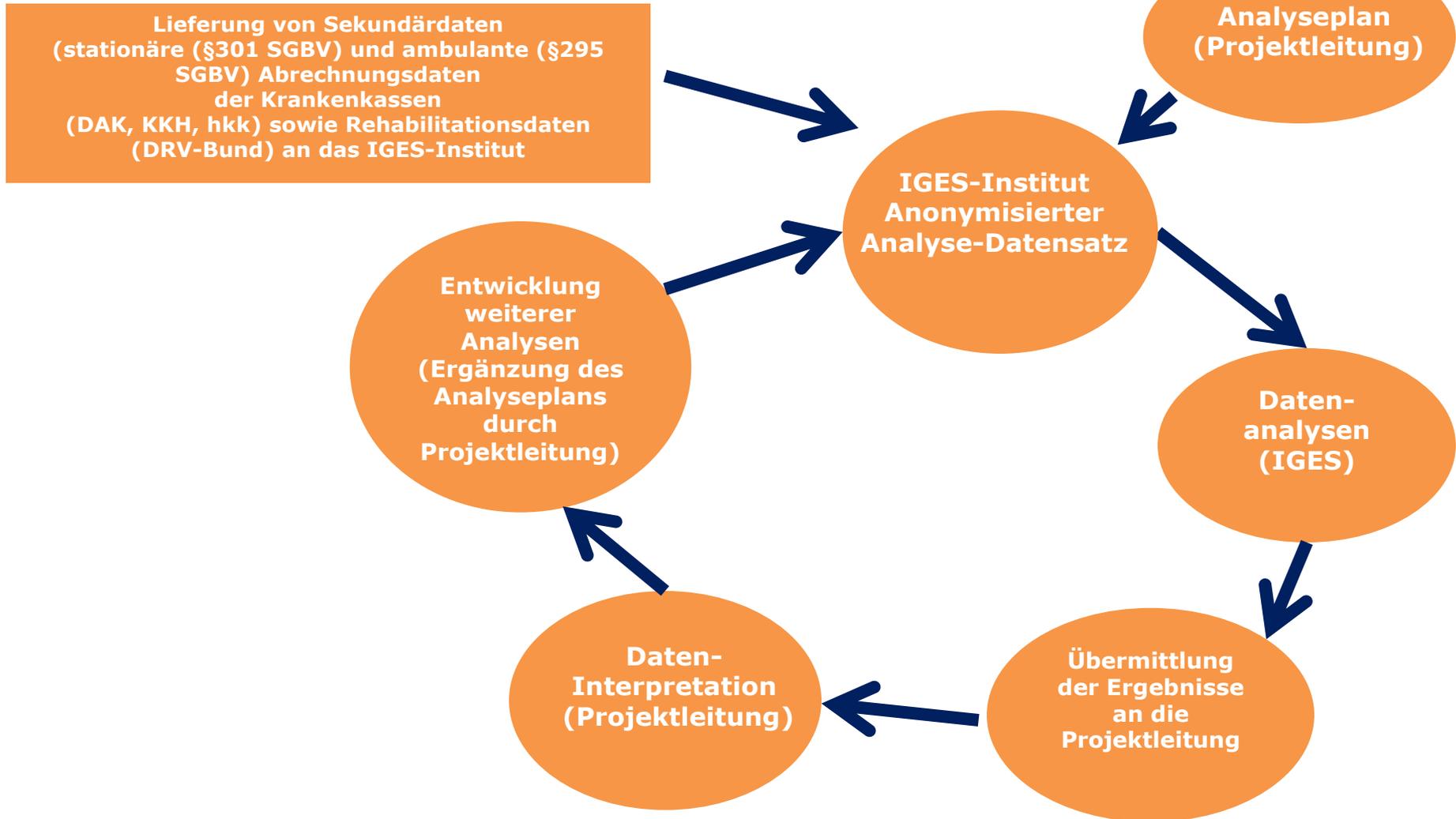
Projektleiter: Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Projektförderung:

Förderinitiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer (12/09 – 08/12)



Datenquellen und Methoden



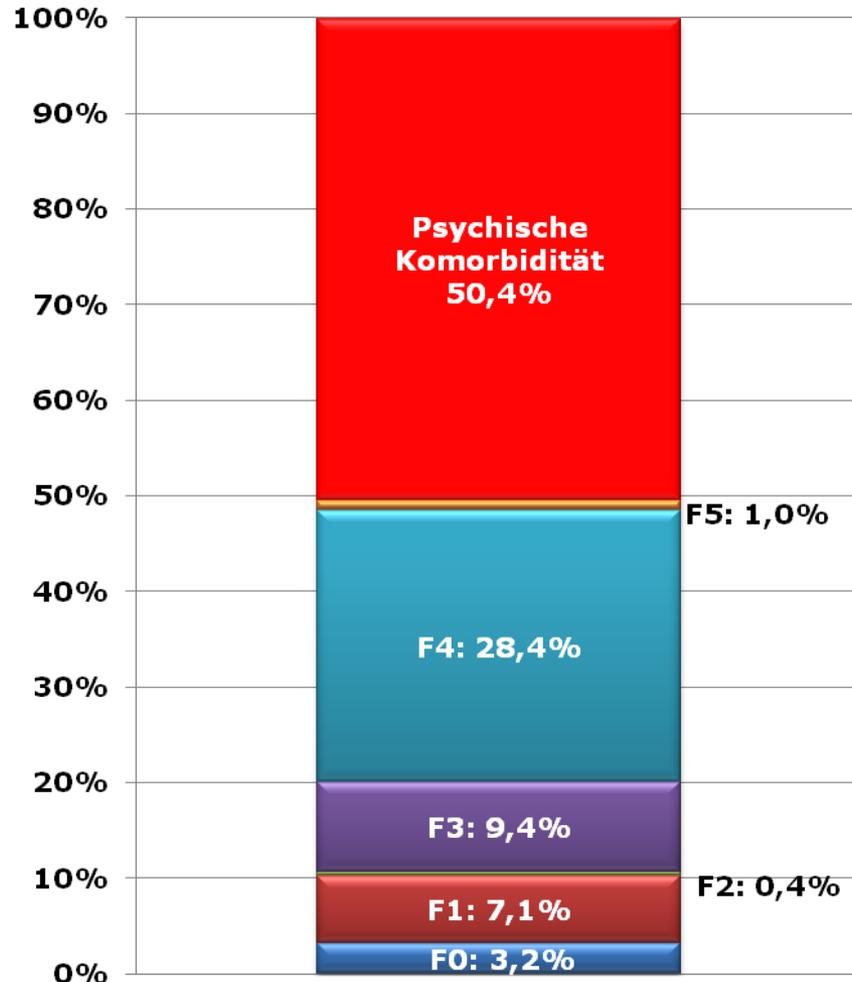
**„Index-Diagnosen“ (ICD-10-GM, F0-F5)
Ambulante Behandlungsdiagnosen, stationäre Haupt- und Nebendiagnosen,
Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen 2005-2007**

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

ICD-10-GM

Inanspruchnahme-Prävalenz in Deutschland

Anteil Betroffener differenziert nach Diagnosegruppen
(N=3.275.399)

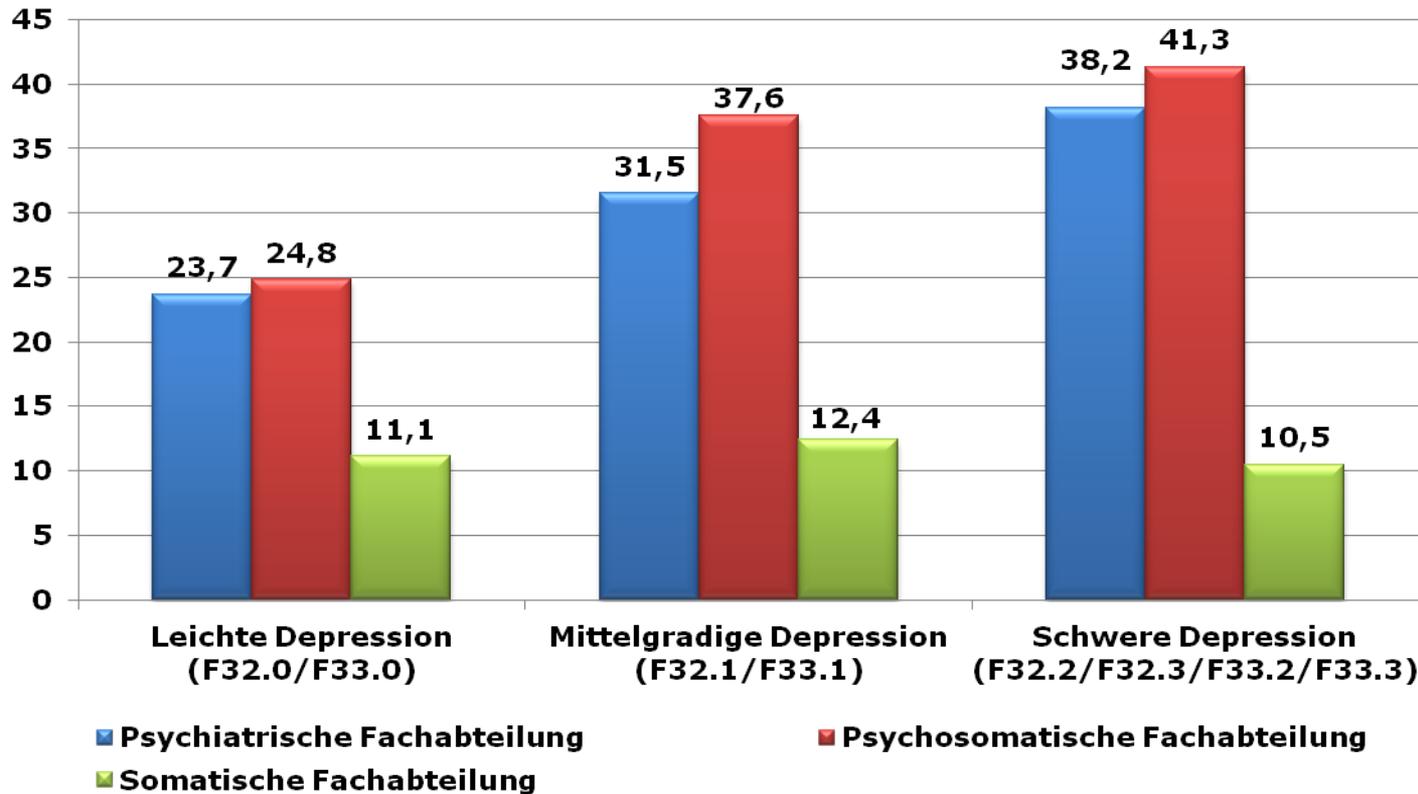


Von ca. **10 Mio.** Versicherten nahmen 3,3 Mio. Versicherte (**33%**) medizinische Versorgung aufgrund von psychischen Störungen in Anspruch. Mehr als die Hälfte der Betroffenen war von **mehr als einer psychischen Erkrankung** betroffen.

N = Alle Versicherten mit Diagnose einer psychischen Störung (F0-F5) im Untersuchungszeitraum (2005-2007).

Depressionen: Durchschnittliche stationäre Verweildauer differenziert nach Schweregrad und Fachabteilungen

Durchschnittliche Verweildauern pro stationärem Aufenthalt [Tage] bei Hauptdiagnose einer leichten, mittelgradigen, schweren Depression:
Psychiatrische vs. Psychosomatische vs. Somatische Fachabteilungen

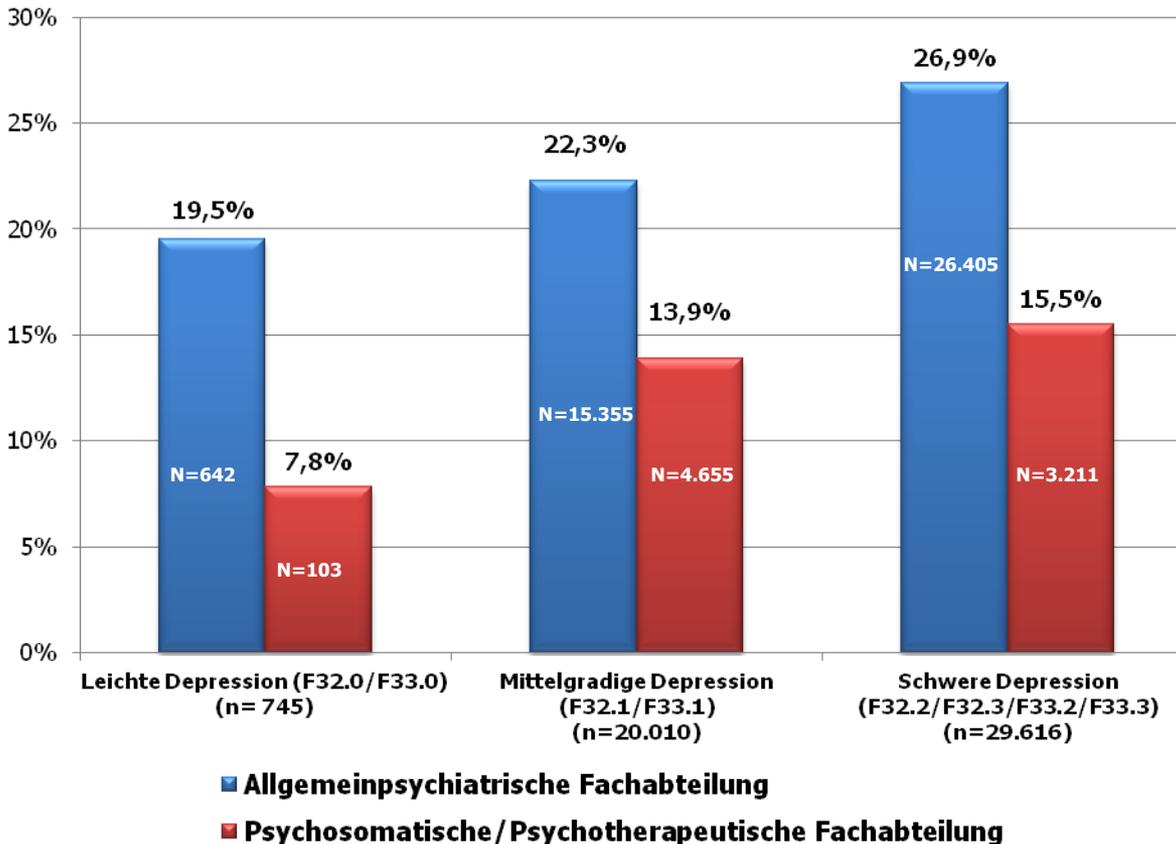


Auffallend niedrige
Verweildauern in
somatischen
Fachabteilungen

Verlegung?

**Einfluss
unterschiedlicher
Entgeltsysteme?**

Stationäre Wiederaufnahmerate bei Hauptdiagnose Depression im Jahr nach Entlassung differenziert nach entlassender Fachabteilung/Fachkrankenhaus (Wiederaufnahmen nach Entlassungen 2005-2006)



Bei Depression unabhängig vom Schweregrad signifikant höhere Wiederaufnahmeraten* bei Behandlung in psychiatrischen Fachabteilungen/Fachkrankenhäusern im Vergleich zu psychosomatischen/psychotherapeutischen Fachabteilungen/Fachkrankenhäusern.

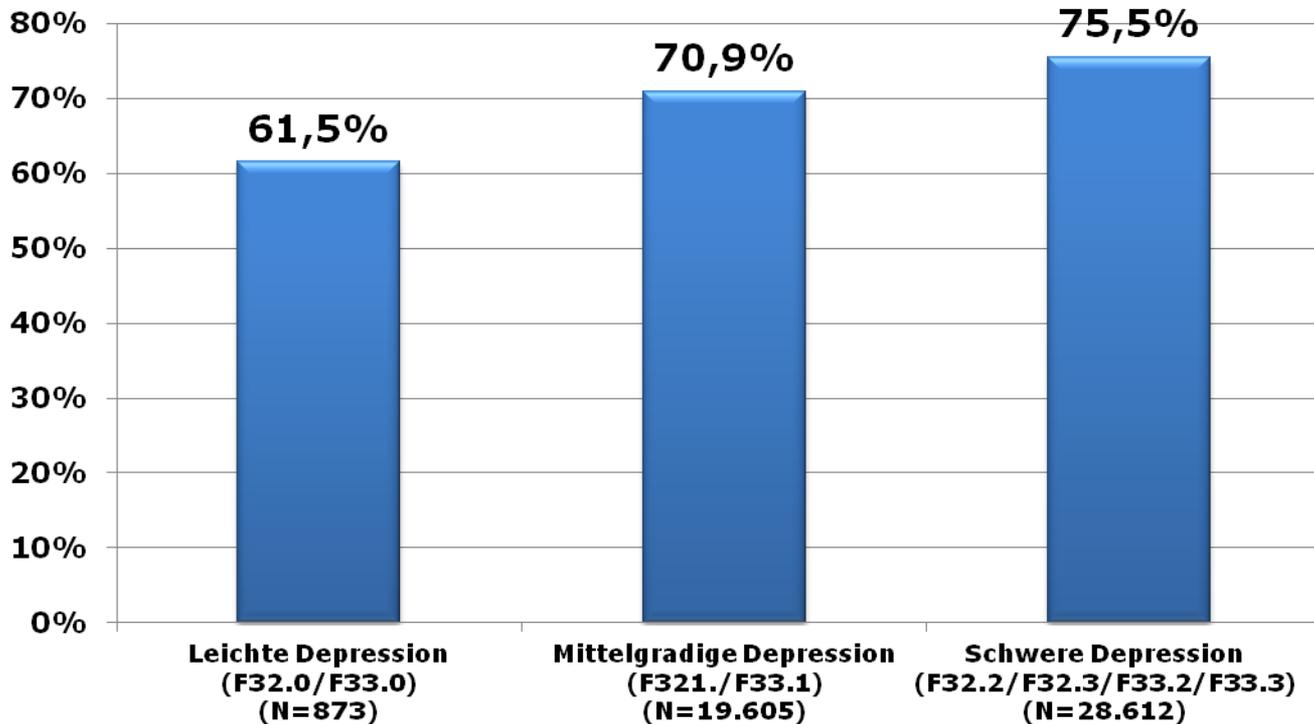
Behandlerspezifische Unterschiede bei Schweregrad-Definition?

* $p < .0001$ für mittelgradige und schwere Depression; leichte Depression: $p = .004$.

N= Alle Versicherten mit vollstationärer Behandlung mit Hauptdiagnose einer leichten/mittelgradigen/schweren Depression in der jeweiligen Fachabteilung. Mehrfachzählungen pro Betroffenen möglich (Betroffene mit mindestens jeweils einer stationären Wiederaufnahme mit Hauptdiagnosen unterschiedlicher Depressionsschweregrade).

Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bei Depressionen

Anteil Versicherter mit ambulanter Anschlussbehandlung innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus vollstationärer Behandlung mit Hauptdiagnose einer Depression 2005-2007



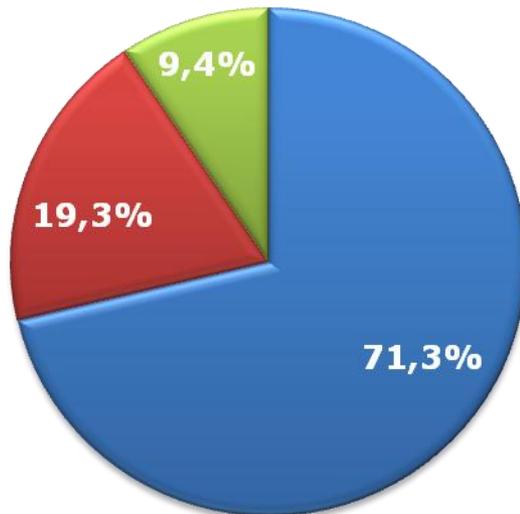
Je nach Schweregrad erhielten knapp **25-40%** der wegen einer Depression stationär behandelten Betroffenen innerhalb von 3 Monaten **keine ambulante Anschlussbehandlung**.

N= Alle Versicherten mit vollstationärem Behandlungsfall mit Hauptdiagnose einer leichten, mittelgradigen und schweren Depression.

Kowitz S, Zielasek J, Fritze J, Gaebel W. Ambulante Nachsorge nach stationärer Behandlung wegen Depressionen – Eine Schnittstellenanalyse mittels Routedaten. Poster-Beitrag beim DGPPN-Kongress. Berlin, 2012.

Ambulante Versorgung psychischer Störungen überwiegend durch Hausärzte – Beispiel Depression

Ambulante Versorgung (2005-2007) bei Depressionen (ICD-10: F32/F33) differenziert nach Disziplinen und Diagnosen



- Ambulante Behandlung ausschließlich durch Hausärzte/somatische Fachärzte
- Ambulante Behandlung durch Hausärzte/somatische Fachärzte sowie durch Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Psychologische Psychotherapeuten
- Ambulante Behandlung ausschließlich durch Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Psychologische Psychotherapeuten

Knapp **Dreiviertel** der Betroffenen mit ambulant behandelten Diagnose einer Depression werden ausschließlich durch Hausärzte versorgt.

**Fachärztliche
Unterversorgung?**

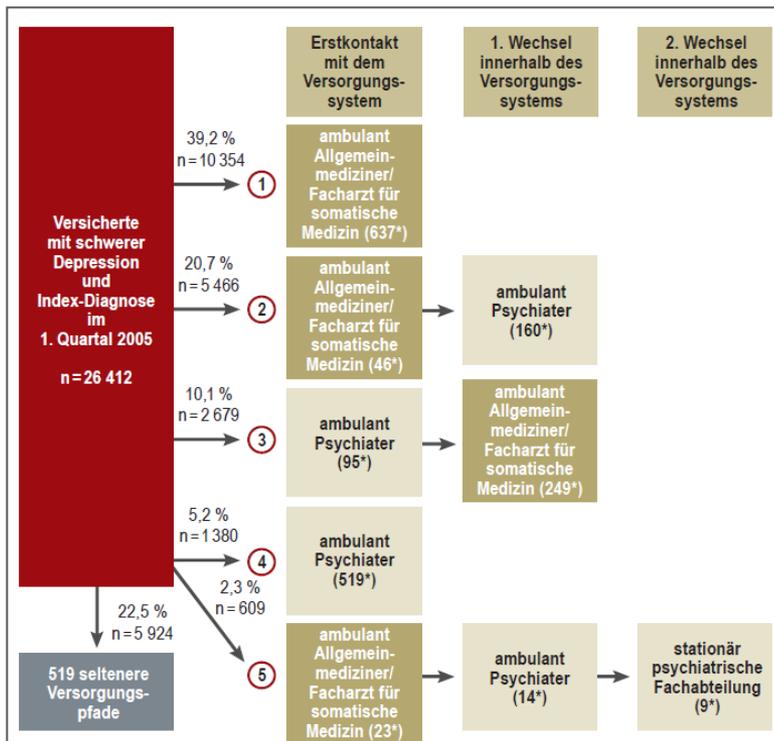
**Zugangsbarrieren zu
fachärztlicher Versorgung?**

Gaebel W, Kowitz S, Zielasek J. The DGPPN research project on mental healthcare utilization in Germany: inpatient and outpatient treatment of persons with depression by different disciplines. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 262.2 (2012): 51-55.

N= 1.335.555; alle Versicherten mit ambulanter Behandlung der Depression 2005-2007.

Sektorenübergreifende Versorgung psychischer Erkrankungen Beispiel "schwere Depression"

Versorgungsverläufe 2005-2007 für Betroffene, die im 1. Quartal 2005 die Diagnose einer „schweren Depression“ erhielten



Versorgungsverlaufsanalysen über einen Zeitraum von drei Jahren zeigen **wenig sektorübergreifende Versorgung** (ambulant – stationär) sowie **wenig interdisziplinäre Zusammenarbeit** in der Versorgung von Betroffenen mit schwerer Depression.

Ca. **40%** der Betroffenen hatten im Jahr nach ihrer Depressionsdiagnose **ausschließlich Kontakt zum Hausarzt**.

Es traten insgesamt 524 verschiedene Versorgungsverläufe auf, detaillierter dargestellt sind die 5 häufigsten Verlaufstypen.

* mediane Dauer des Verbleibs im jeweiligen Versorgungsbereich in Tagen.

Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielasek J: Use of health care services by people with mental illness—secondary data from three statutory health insurers and the German statutory pension insurance scheme. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(47): 799–808.

Limitationen der Datenbasis

Allgemeine Limitationen von Kassendaten

- Fehlende Angaben zu Todesursachen
- Behandlungsgeschehen und Outcome nur inkomplett erfasst (tw. Verbesserung ab 2010 durch Psych-OPS)
- Psychiatrische Institutsambulanzen und besondere Versorgungsformen (IV-Verträge) noch nicht erfassbar
- Haupt- und Nebendiagnosen im ambulanten Sektor nicht differenzierbar
- Kostendaten nur inkomplett erfasst

Limitationen des Forschungs-Datensatzes

- Fehlen von F6 - F9
- Begrenztes Zeitfenster (2005-2007) + zeitlich begrenzter Zugang
- Datenanalysen nicht in eigener Hand
- Fehlende Informationen zu 6,7 Mio. Versicherten ohne psy. Stör.
- Versichertenselektion der Ersatzkassen

Qualitätssicherung und Versorgungsforschung mit Routinedaten

- Definitionen und Grundlagen
- Was ist machbar, was nicht?
- Beispiele aus der Forschungspraxis
- **Zukunftsperspektiven**
- Zusammenfassung und Fazit

Neue Datenquellen für die Versorgungsforschung? (I)

Erweiterung der in Abrechnungsdaten zur Verfügung stehenden Informationen durch die Einführung von PEPP

In den **Abrechnungsdaten (§301-Daten)** auf der neuen gesetzlichen Grundlage sind nun zusätzliche Informationen zu stationär erbrachten **Behandlungsleistungen** (Kodierung von Behandlungsleistungen und des Behandlungsbereichs gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) über OPS-Schlüssel) enthalten.

Zusätzliche Routinedaten des neuen Entgeltsystems	Zusätzliche (deskriptive) Analysemöglichkeiten	Erstmals mit Hilfe des neuen Entgeltsystems beantwortbare Fragestellungen
Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und Prozeduren	Ermittlung von Kennzahlen zum Behandlungsaufwand	Wie viele Therapieeinheiten erhält ein Patient (mit einer bestimmten Diagnose, eines bestimmten Alters oder eines bestimmten Geschlechts) durch welche Berufsgruppe pro stationärem Aufenthalt? Wie korreliert diese Inanspruchnahme mit anderen Kennzahlen wie beispielsweise der PsychPV-Einstufung?
Tagesbezogene Einstufung in die Behandlungsbereiche der Psych-PV	Analyse nach OPS-Komplexcodes und PsychPV-Einstufung (Regelbehandlung, Intensivbehandlung usw.) als indirektes Maß der Erkrankungsschwere	Wie hoch ist die Inanspruchnahme in den verschiedenen Behandlungsbereichen?

Eingeschränkter Erkenntnisgewinn für die Versorgungsforschung:

Über die Leistungsdaten und Informationen über die Psych-PV-Bereiche wird ausschließlich der **Leistungsumfang** erfasst, jedoch wird aufgrund der gruppenweisen Zusammenführung der Leistungsdarstellung nur ein grober Blick auf das Leistungsgeschehen möglich.

Gaebel W, Zielasek J, Kowitz S. Nutzung von Routinedaten für die psychiatrische und psychosomatische Versorgungsforschung. Die Psychiatrie 2011; 8:23-33.

Neue Datenquellen für die Versorgungsforschung? (II)

Datentransparenzverordnung:

Informationssystem Versorgungsdaten beim DIMDI (DaTraV-Daten)

- Ausgehend von der Neuregelung der §§ 303a-e SGB V durch das **Versorgungsstrukturgesetz** steht seit 2014 ein neuer Datenbestand für wissenschaftliche Analysen zur Verfügung
- Datensatz basiert auf den von den Krankenkassen auf der Grundlage des § 268 SGB V für den **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)** an das Bundesversicherungsamt gemeldeten Informationen und erschließt unter strengen Datenschutzaufgaben versichertenbezogenen **Diagnose-, Arzneimittel- und Ausgabendaten**.

Vorteile:

Erstmals ein Datenbestand, der die Daten **aller** gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland zusammenführt und eine **pseudonymisierte, versichertenbezogene Verknüpfung** über **Versorgungsbereiche** und **Jahrgänge** hinweg ermöglicht.

Nachteile:

Aufgrund der Beschränkung auf die im Morbi-RSA verwendeten Dateninhalte sind die Analysemöglichkeiten, vor allem im Hinblick auf Qualitätssicherungsmaßnahmen, sehr beschränkt. Es fehlen derzeit z.B. der **Todeszeitpunkt eines Versicherten, ambulante und stationäre Prozeduren, Outcome-Parameter** sowie **Merkmale der Leistungserbringer** (z.B. Facharztschlüssel des behandelnden Arztes).

Neue Datenquellen für die Versorgungsforschung (III) *Modifikation und Vereinheitlichung der Basisdokumentation in der Psychiatrie (BADO)*

Status Quo:

Die derzeitige BADO kann aufgrund der **Unvollständigkeit** und der **inhomogenen Datenqualität** nur als bedingt geeignete Datenquelle angesehen werden.

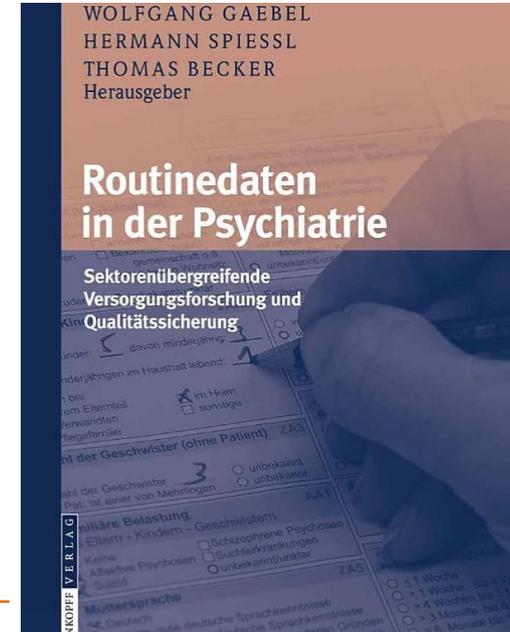
Anzustrebendes Ziel :

Modifikation der derzeitigen BADO, so dass alle notwendigen Daten für potentielle Auswertungen im Rahmen der Versorgungsforschung und des Qualitätsmanagements enthalten sind

Um den Erhebungsaufwand der BADO so gering wie möglich zu halten, ist zu prüfen, inwiefern **systemübergreifende Crosswalks** für die BADO-Dokumentation genutzt werden können (z.B. automatisierter Transfer von KIS-Daten in BADO).

Modifikation der BADO im LVR-Klinikverbund:

Erste Schritte zur Generierung der Datenplattform ist die **BADO-Daten-Bestands-Aufnahme** in den einzelnen Kliniken sowie deren **Bewertung im Hinblick auf relevante, bisher noch fehlende oder nicht erforderliche Daten**.



Steinkopff, 2009

Langfristig wäre eine **bundesweit einheitliche Basisdokumentation** in der Psychiatrie erstrebenswert, die zu Zwecken der **Qualitätssicherung** und des **Benchmarkings** genutzt werden kann.

G-BA: Sektorübergreifende Qualitätsindikatoren

Pressemitteilung

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: G-BA forciert Routinedaten-Nutzung

Berlin, 19. Juni 2014 – Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat das AQUA-Institut (Institution nach § 137a SGB V) vorbereitende Leistungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI) abgeschlossen. Weiterhin wurde das AQUA-Institut vom G-BA am Donnerstag in Berlin mit der Entwicklung von weiteren Qualitätssicherungsverfahren beauftragt, bei denen ebenfalls Auswertungen auf Basis der Sozialdaten erfolgen werden. Konkret geht es um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen sowie um die Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen. Auch die zum Entlassungsmanagement an der Schnittstelle stationar-ambulant geplante Qualitätssicherung, zu der vom G-BA zudem eine Konzeptskizze beauftragt wurde, soll die in den Sozialdaten vorhandenen Informationen nutzen.

- März 2012: Auftragserteilung an das AQUA-Institut zur Entwicklung neuer Verfahren zur **sektorenübergreifenden** Qualitätssicherung bei psychischen Erkrankungen mit **bevorzugter Datenerhebung mithilfe der Sozialdaten der Krankenkassen**

Derzeit: Entwicklung Qualitätsindikatoren für **ICD-10 F2***

Für die hiermit beauftragte Entwicklung eines QS-Verfahrens kommen als potentielle Datenquellen die **Sozialdaten bei den Krankenkassen** (§ 299 Absatz 1a SGB V) und die **Erhebungen bei den Leistungserbringern** (Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen sowie psychiatrische Institutsambulanzen) in Frage.

* Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

G-BA. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V: Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen .

Neue Fördermittel für die Versorgungsforschung Referentenentwurf "GKV-Versorgungsstärkungsgesetz"

INNOVATIONSFONDS

300 Millionen Euro für neue Wege

Viel Geld ist im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz für neue Versorgungsformen und deren wissenschaftlicher Erforschung vorgesehen. Das stößt auf Zustimmung im Allgemeinen, doch an der Konkretisierung im Gesetzentwurf gibt es deutliche Kritik.

„Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist.“

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) v. 21.10.2014.



Foto: Fotolia/Wege

Wenn Innovation in ein Gesetz gegossen werden soll, lässt dies zunächst unwillkürlich schmunzeln. Einen Ausschuss für

überwunden und neue Versorgungsformen, die über die bestehende Regelversorgung hinausgehen, entwickelt werden sollen. Dies sind seit Jahren nachdrücklich vorgetragene Forderungen an die Gesundheitspolitik. Für diese innovativen

Versorgungsprojekte werden künftig jährlich 225 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Weitere 75 Millionen Euro sollen aus dem Innovationsfonds in die Versorgungsforschung fließen; deren Erkenntnisse

sollen dazu beitragen, die Versorgungseffektivität und -effizienz zu verbessern. Über die Verteilung der Gelder entscheidet ein zehnköpfiger Innovationsausschuss beim G-BA, dem neben den Trägerorganisationen des G-BA drei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) angehören sollen.

weiterung des G-BA. „Für eine ausgeglichene Berücksichtigung aller bedeutenden Perspektiven“ wird die Vertretung der BÄK im Innovationsausschuss gefordert. BÄK-Präsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery weist in diesem Kontext darauf hin, dass die BÄK mit ihrer Initiative zur Versorgungsforschung über Jahre hinweg einen wichtigen Beitrag zur Förderung dieses Forschungszweiges geleistet habe. „Deshalb ist völlig unverständlich, dass ausgerechnet die Ärztekammern nicht berechtigt sein sollen, Fördermittel aus diesem Fonds zu beantragen.“

Zu diesen antragsberechtigten Gruppen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen gehören, jedoch nicht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), was deren Vorstandsvorsitzender Dr. med.

Dtsch Arztebl 2014; 111(49): A-2140 / B-1816 / C-1736

BMBF: Aktionsplan Versorgungsforschung



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Aktionsplan Versorgungsforschung

Forschung für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen



Kurzfristige Ziele (1–5 Jahre)

- Profilierung der Versorgungsforschung durch Stärkung, Ausbau und Vernetzung der wissenschaftlichen Kapazitäten
- neue, gesicherte Erkenntnisse für die Entscheidungen von Einzelnen, Organisationen und Gremien über die gesundheitliche Versorgung
- Weiterentwicklung der Methodenkompetenz für die Bearbeitung der komplexen Fragestellungen der Versorgungsforschung

Langfristige Ziele (6–10 Jahre)

- Sichtbarkeit und Anerkennung der deutschen Versorgungsforschung in der wissenschaftlichen Landschaft als „vierte Säule“ der Gesundheitsforschung – national und international
- neue Modelle für eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung
- selbstverständliche Nutzung der Versorgungsforschung als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen

Fördermaßnahmen

1. Strukturaufbau: Kooperationsnetze und Nachwuchsgruppen
2. Ausschreibungsreihe „Studien in der Versorgungsforschung“
3. Transferorientierte Versorgungsforschung
4. Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung
5. Strukturförderung im Bereich Altersforschung
6. Aufbau forschungsbezogener Register

Limitation: Datenschutz

THEMEN DER ZEIT

DATENSCHUTZ IN DER PSYCHIATRIE

Patientenschutz gefährdet



Den Patienten dürfte nicht bekannt sein, dass gerade aus den besonders sensiblen Leistungskodes für psychische Erkrankungen deutlich mehr ablesbar ist als aus denen des DRG-Systems.

*Schepker R,
Dt. Ärzteblatt 2014; 111: A1466-A1467*

Eine immer detailliertere Kodierung der Leistungen in der Psychiatrie birgt Risiken für die besonders vulnerable Patientengruppe.

Qualitätssicherung und Versorgungsforschung mit Routinedaten

- Definitionen und Grundlagen
- Was ist machbar, was nicht?
- Beispiele aus der Forschungspraxis
- Zukunftsperspektiven
- Zusammenfassung und Fazit

Zusammenfassung und Fazit

- Herausforderungen an eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der Psychiatrie resultieren aus der **Komplexität der Krankheitsverläufe und der Versorgungswege**, sowie der **Verfügbarkeit und Zusammenführung von Datenquellen**.
- **Abrechnungsdaten der Krankenversicherungen** bilden das sektorenübergreifende Versorgungsgeschehen im Detail zwar nicht ausreichend ab, können aber Versorgungsverläufe z.B. zeitlich, sektoren- und disziplinspezifisch darstellen.
- Langfristig notwendig ist eine **bundesweit einheitliche Basisdokumentation** in der Psychiatrie zur Ergänzung der „Abrechnungsdaten“
- Sektorübergreifende Qualitätsmessung und -sicherung mit Sekundärdaten stellt eine künftige Herausforderung für die Versorgungsforschung dar, hierzu ist eine **personenbezogene Verknüpfung verschiedener Datenquellen** notwendig (Problem: Datenschutz!).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!