

Vermeidbare Aufnahmen ins Krankenhaus bei chronischen Erkrankungen

Saskia Drösler, Silke Knorr und Maria Weyermann
Kompetenzzentrum Routinedaten im Gesundheitswesen
Hochschule Niederrhein, Krefeld

Symposium ROUTINEDATEN IM GESUNDHEITSWESEN

07.03.2012 | München

Übersicht

- **Hintergrund**
- **Fragestellung**
- **Methodik**
- **Ergebnisse**
- **Ausblick**

Hintergrund der Qualitätsindikatoren

Prevention Quality Indicators der Agency for Healthcare Research and Quality (2000)

- “Ambulatory care sensitive conditions“
- “Insight into the community health care system or services outside the hospital setting”

Care for chronic conditions - **Avoidable admissions** der OECD (Health at a Glance 2009/2011)

- “Hospital admission rates serve as a proxy for primary care quality...”
- ”...indicate structural constraints such as the supply of family physicians“

Konstruktion des Indikators

- Zähler → Spezielle chronische Erkrankungen einer Region, ausgedrückt als KH-Hauptdiagnose**
- Nenner → Bevölkerungszahl der zu untersuchenden Region**

Themengebiete / Indikatoren

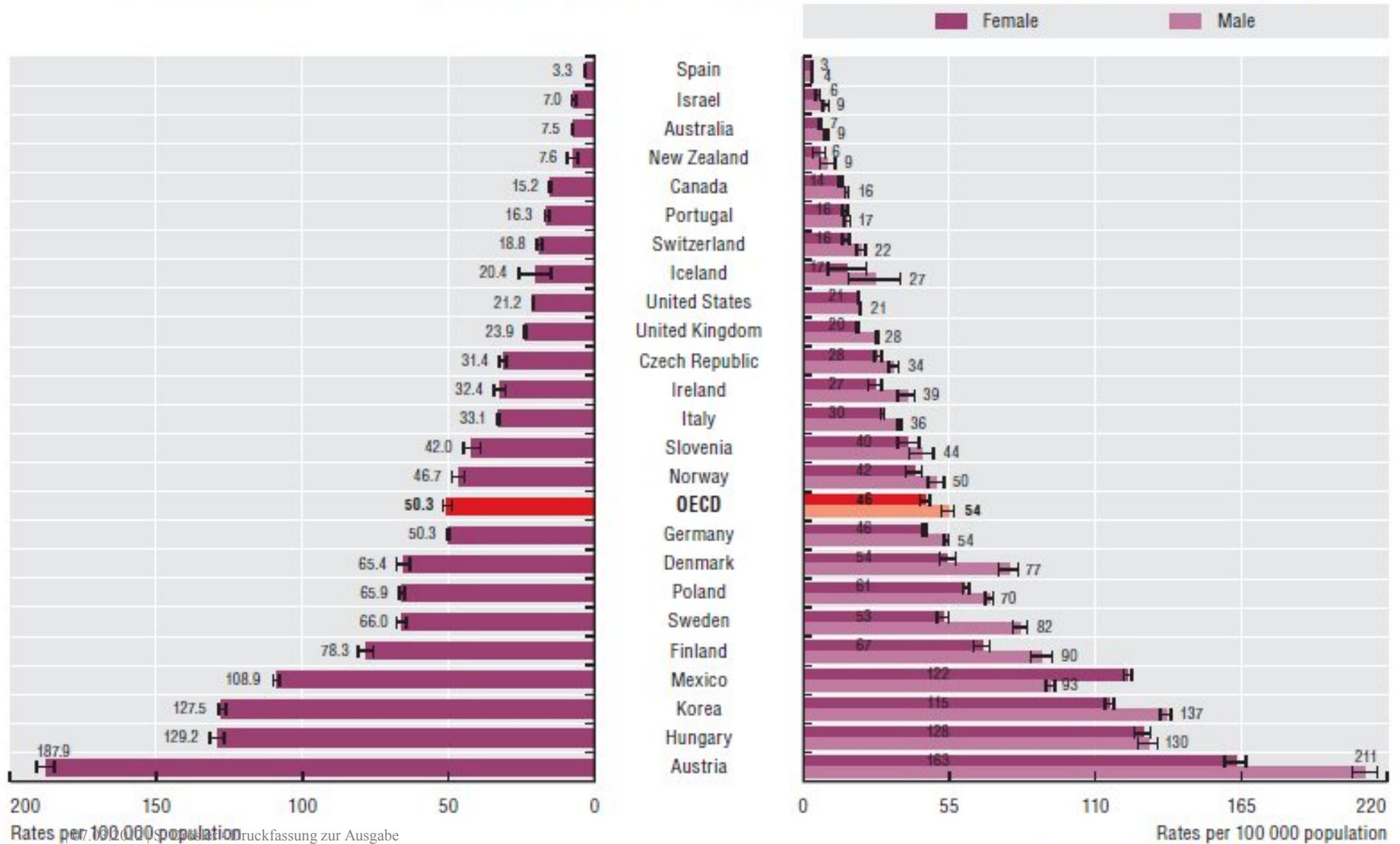
Vermeidbare KH-Aufnahmen bei:

- **Asthma*#**
- **COPD*#**
- **Herzinsuffizienz***
- **Hypertonie***
- **Diabetes (In Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut)**
 - Akute („short term“) Komplikationen (Koma / Ketoazidose)*
 - Chronische („long-term“) Komplikationen
 - Unkontrolliert (ohne Komplikationen, mit Entgleisung) #
 - Amputationen*

Publikationen: * OECD 2009, # OECD 2011

Beispiel: Darstellung der OECD (2011) – Uncontrolled DM

5.2.1 Uncontrolled diabetes hospital admission rates, population aged 15 and over, 2009 (or nearest year)

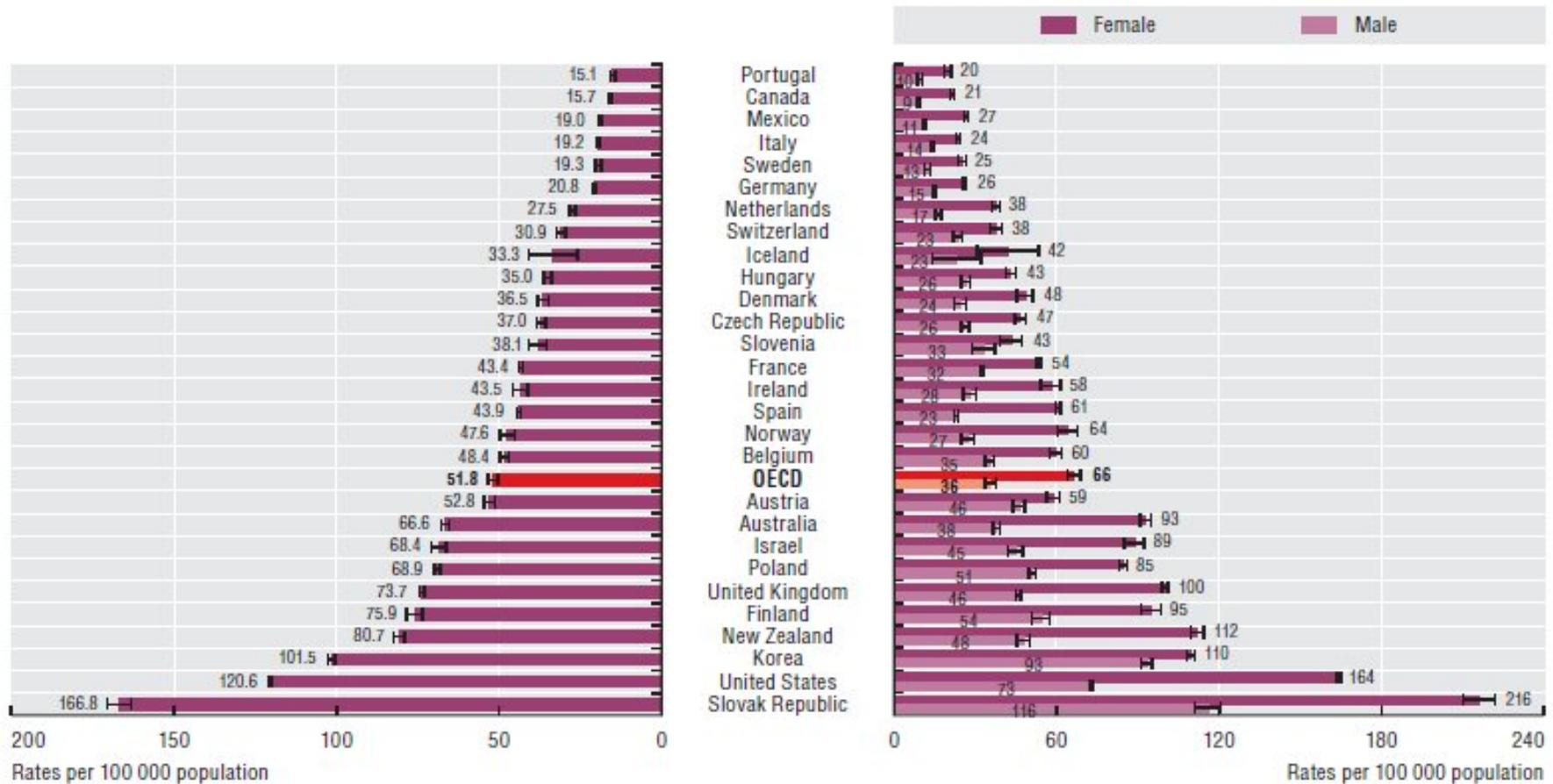


Note: Rates are age-sex standardised to 2005 OECD population. 95% confidence intervals are represented by I—I.

Source: OECD Health Data 2011.

Beispiel: Darstellung der OECD (2011) – Asthma

5.1.1 Asthma hospital admission rates, population aged 15 and over, 2009 (or nearest year)



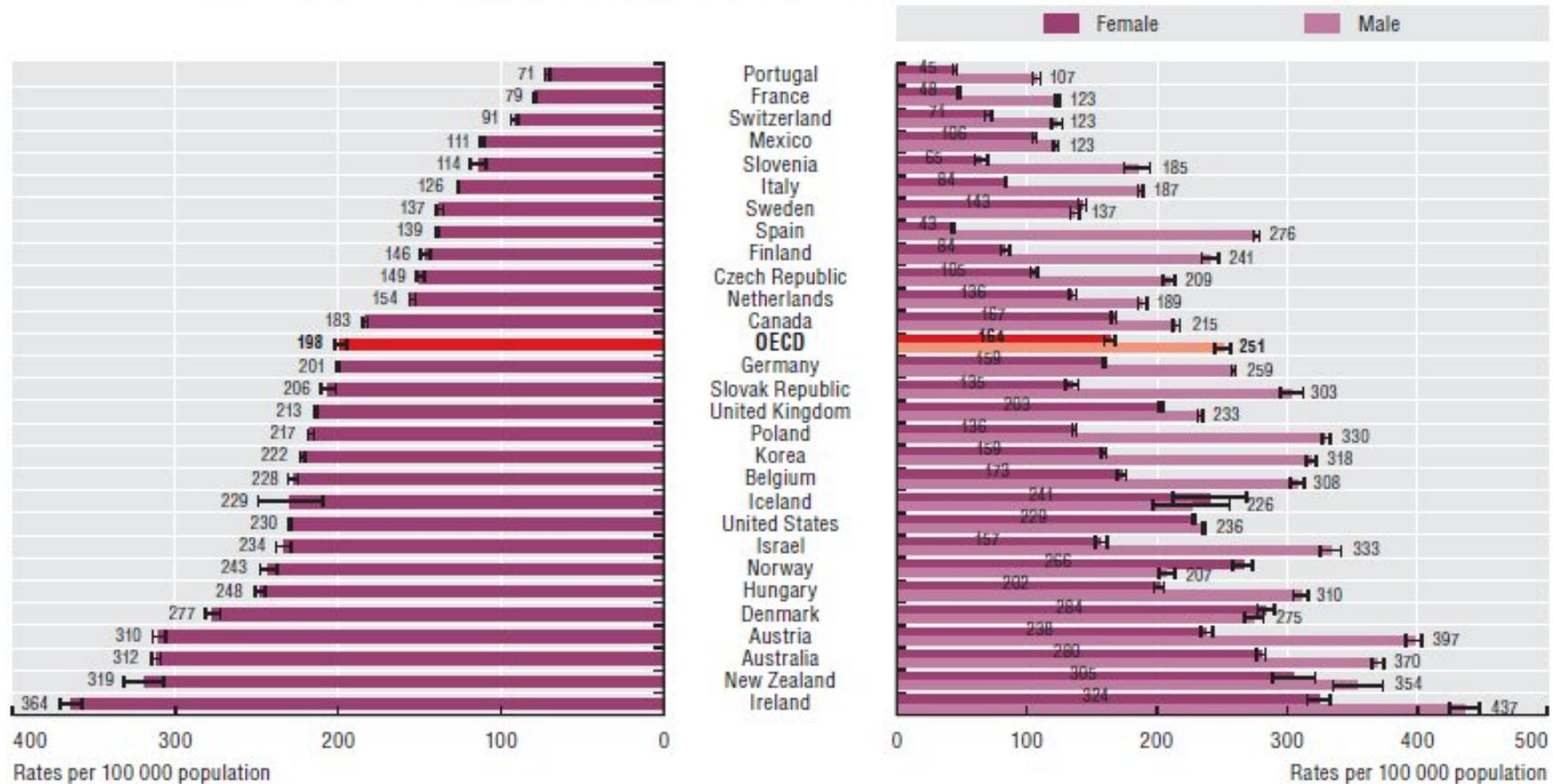
Note: Rates are age-sex standardised to 2005 OECD population. 95% confidence intervals are represented by I—I.

Source: OECD Health Data 2011.

10/05/2012 | Dr. Ingrid F. Brückmann zur Ausgave

Beispiel: Darstellung der OECD (2011) - COPD

5.1.2 COPD hospital admission rates, population aged 15 and over, 2009 (or nearest year)



Fragestellungen

Wie unterscheiden sich die Hospitalisierungen zwischen den verschiedenen Bundesländern innerhalb Deutschlands?

Gibt es sozioökonomische Einflussfaktoren oder andere, die mit der Dichte der ambulanten und stationären med. Versorgung zusammen hängen?

Methodik (1) - Datenanalyse

Daten

2009 DRG-Statistik des statistischen Bundesamts

Analysen nach Alter (5-Jahres-Abstände, 15-85+) und Geschlecht

Standardisierung auf die alte Europa-Bevölkerung

Anwendung der SAS-Skripte im Forschungsdatenzentrum (FDZ) von Destatis

Rückspielen der Ergebnisse nach datenschutzrechtlicher Prüfung

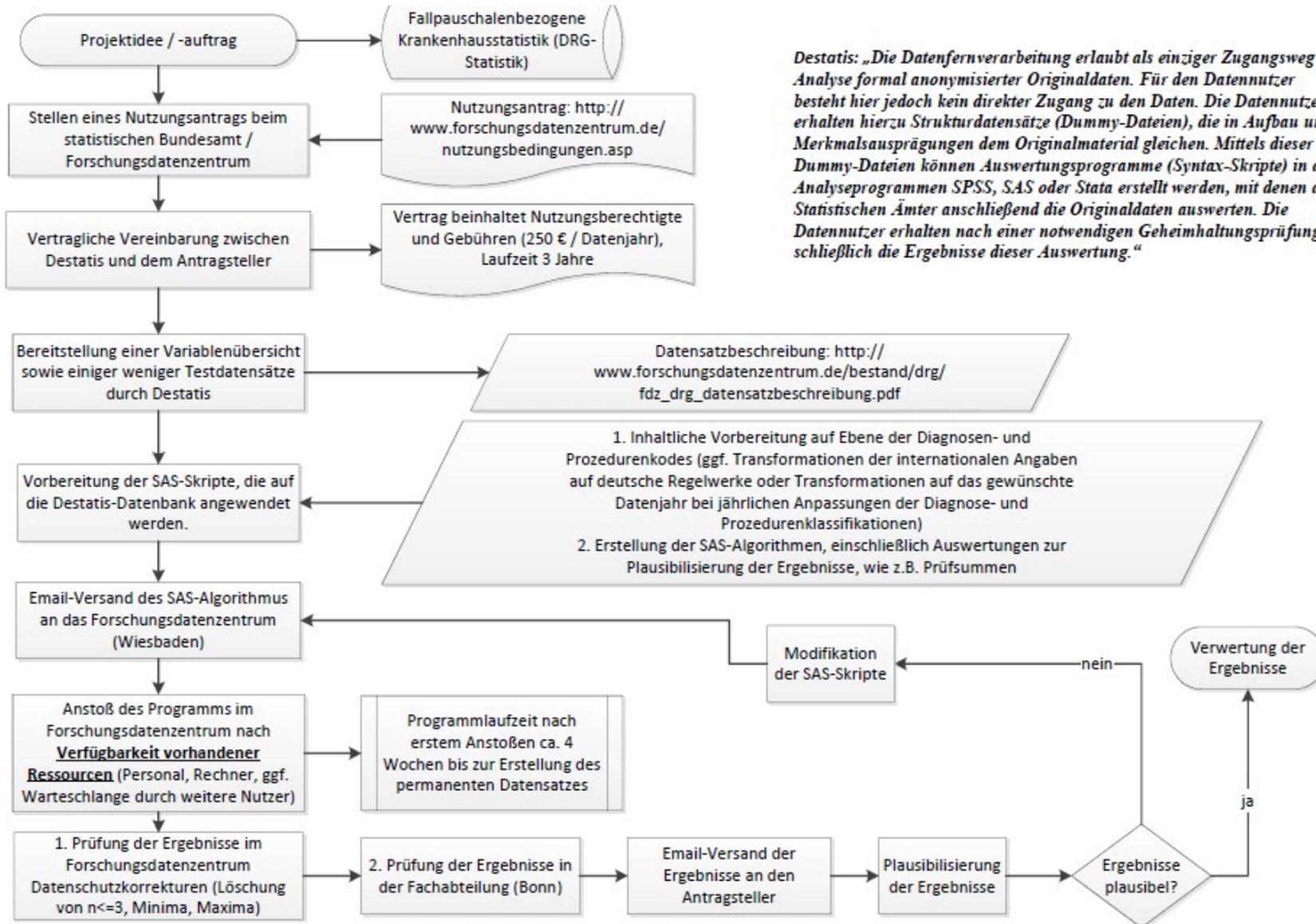
Definitionen

Auf deutsche ICD und OPS 2009 angepasste Definitionen der OECD

Diese entsprechen den AHRQ-Definitionen

(http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec.aspx)

Prozess „Datenfernverarbeitung“ FDZ-Destatis



Destatis: „Die Datenfernverarbeitung erlaubt als einziger Zugangsweg die Analyse formal anonymisierter Originaldaten. Für den Datennutzer besteht hier jedoch kein direkter Zugang zu den Daten. Die Datennutzer erhalten hierzu Strukturdatensätze (Dummy-Dateien), die in Aufbau und Merkmalsausprägungen dem Originalmaterial gleichen. Mittels dieser Dummy-Dateien können Auswertungsprogramme (Syntax-Skripte) in den Analyseprogrammen SPSS, SAS oder Stata erstellt werden, mit denen die Statistischen Ämter anschließend die Originaldaten auswerten. Die Datennutzer erhalten nach einer notwendigen Geheimhaltungsprüfung schließlich die Ergebnisse dieser Auswertung.“

Methodik (2) – Weitere Datenquellen

Destatis (2009)

Länderbezogene Bevölkerungsstatistiken nach Altersgruppen, Geschlecht – Deutsche und Ausländer

Länderbezogene Bildungsstatistik

Krankenhaus-Statistik (KH-Betten)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

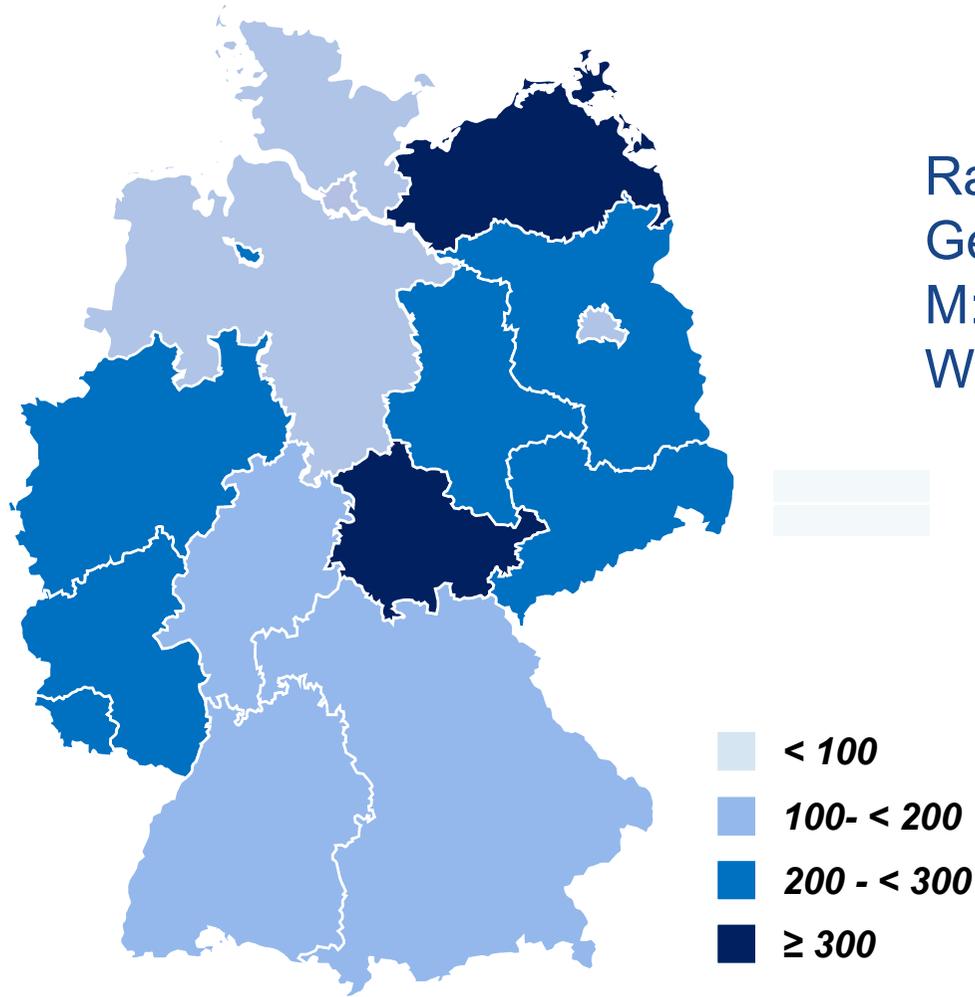
Anzahlen der niedergelassenen Allgemeinmediziner und Internisten

Robert-Koch-Institut

Regionale Prävalenz-Daten (4 Regionen) der GEDA-Studie (« Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«),
Telefonischer Gesundheitssurvey

Ergebnisse

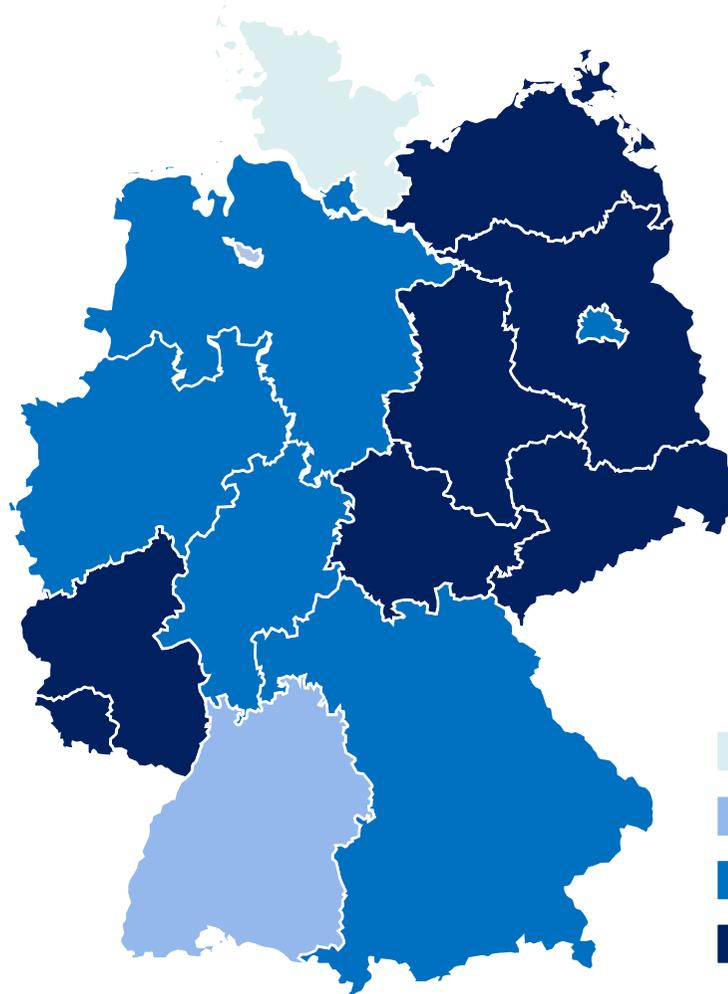
KH-Aufnahmen bei Hypertonie / 100 T Einwohner, Männer und Frauen altersstandardisiert (alte Europa-Bevölkerung)



Raten

Ges.:	202,42 (201,48 - 203,35)
M:	157,47 (156,23 - 158,70)
W:	247,37 (245,96 – 248,78)

KH-Aufnahmen bei Herzinsuffizienz / 100 T Einwohner, Männer und Frauen altersstandardisiert (alte Europa-Bevölkerung)

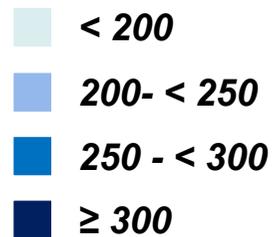


Raten

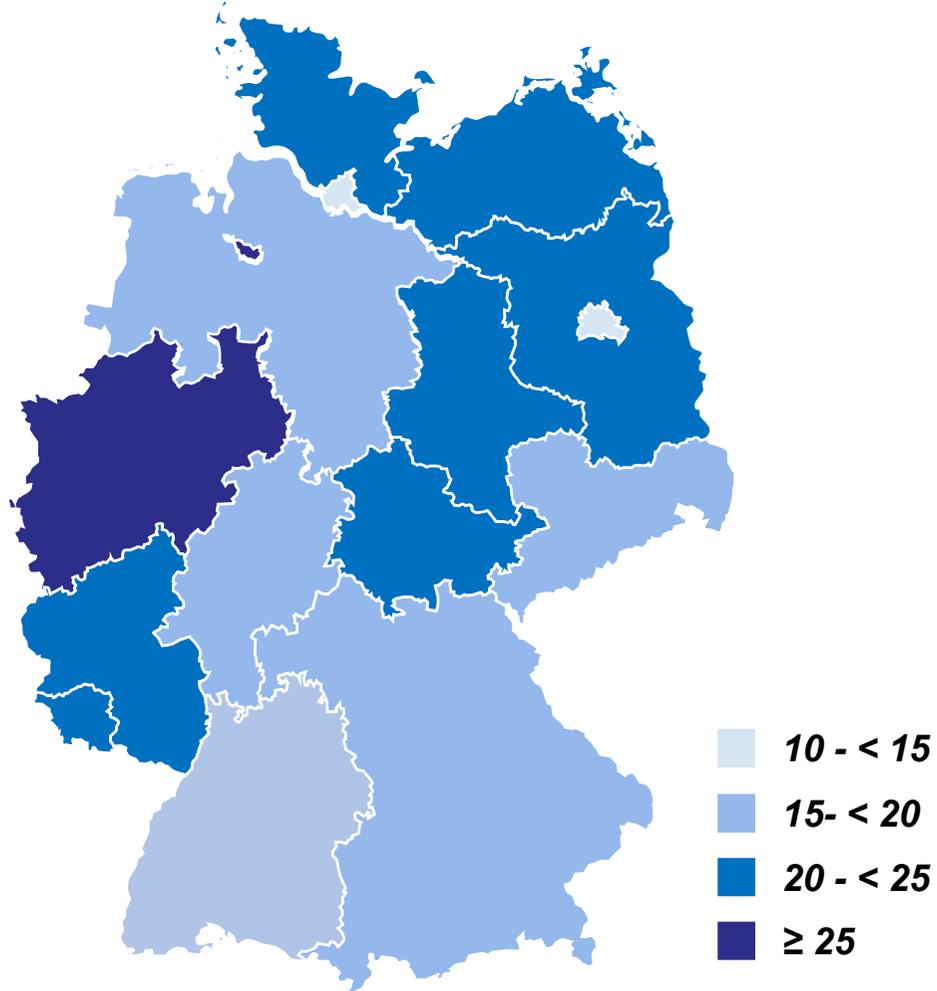
Ges.: 273,72 (272,73 - 274,71)

M: 318,69 (317,06 - 320,32)

W: 228,75 (227,62 - 229,89)



KH-Aufnahmen bei Asthma / 100 T Einwohner, Männer und Frauen altersstandardisiert (alte Europa-Bevölkerung)



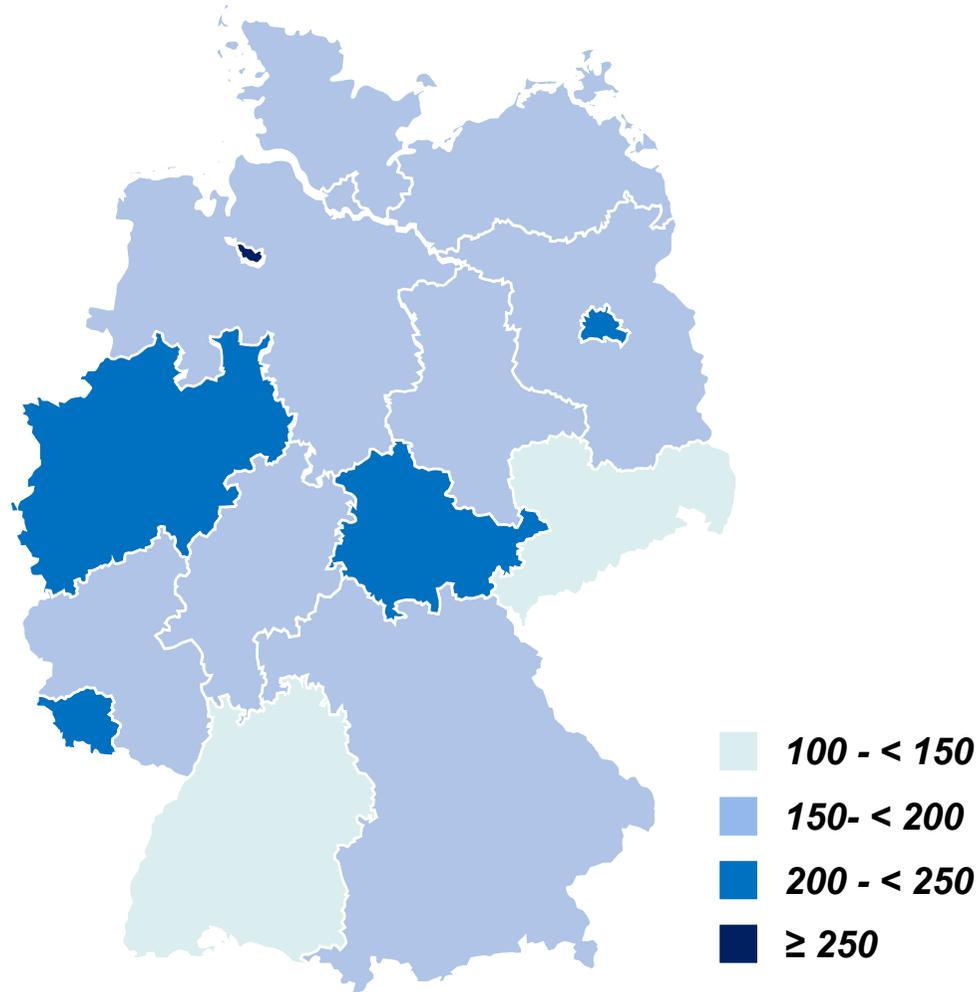
Raten

Ges.: 20,0 (19,66 - 20,34)

M: 14,14 (13,73 - 14,55)

W: 25,86 (25,31 - 26,41)

KH-Aufnahmen bei COPD / 100 T Einwohner, Männer und Frauen altersstandardisiert (alte Europa-Bevölkerung)



Raten

Ges.: 180,77 (179,89 – 181,65)

M: 221,27 (219,87 - 222,66)

W: 140,27 (139,21 – 141,34)

Zusammenfassung

Es finden sich erhebliche regionale Unterschiede bei KH-Aufnahmen, insbesondere bei Herzerkrankungen.

Bei diesen Erkrankungen sind Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern auffällig.

Regionale Arztdichten (nach Bundesland) in der ambulanten Versorgung haben kaum Auswirkungen, da geringe Variation.

Die regionale Prävalenz ist ein maßgeblicher Faktor für die Häufigkeiten der KH-Behandlungen.

Die Eignung der Daten zur Beurteilung der regionalen ambulanten Versorgungsqualität ist ohne weiterführende Analysen (z.B. Adjustierung nach Prävalenz) fraglich.

Ausblick

Kleinräumigere Analysen (z.B. auf Kreisebene) sind wünschenswert aber sehr aufwendig (Datenschutzprüfungen, Datenextraktion etc.)

Multivariate Analysen wären dann machbar

Beförderung des allgemeinen Interesses an regionalen Aspekten der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Weitere methodische Betrachtungen, wie z.B. Analyse nach Standort KH oder Wohnort Patient, liefern insbesondere bei (kleineren) Stadtstaaten Unterschiede

Danksagung

Wir danken dem Forschungsdatenzentrum des statistischen Bundesamtes für die Bereitstellung der Auswertungen.

Wir danken der KBV für die Bereitstellung der regionalen Arztanzahlen.

Besonders danken wir den Studierenden Lasse van de Sand und Ann-Kathrin Weschenfelder für die Unterstützung bei der Aufbereitung der Daten.

Literatur

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi_overview.aspx

<http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>

(Health at a Glance 2011)

http://www.rki.de/cIn_160/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/Geda/Geda__node.html?__nnn=true