



MorbiRSA-Daten für die epidemiologische Versorgungsforschung - Erfahrungen und Perspektiven -

Priv.-Doz. Dr. med. Volker Arndt (MPH)
Bundesversicherungsamt Bonn

Routinedaten-Symposium Krefeld 07.03.2013

Ärzte Zeitung, 30.10.2012

Forschen mit dem Morbi-RSA

Das DIMDI wird zum Datenhort

Mehr Einblick in die Versorgung: Ab sofort wird der Morbi-RSA transparent - auch für Verbände und Wissenschaftler.



Mit diesem Zentrum lässt sich rechnen: So groß wird der Datenhort des DIMDI freilich nicht sein.

© PR / imago

25.01.2013

Steht die deutsche Versorgungsforschung vor einem neuen Frühling?

Zumindest soll es künftig auch für Wissenschaftler möglich werden, an die Versorgungsdaten der Krankenkassen heran zu kommen.

Dtsch Arztebl 2013; 110(4): A-120 / B-110 / C-110

Krüger-Brand, Heike E.

Seit 2004 liegen fall- und versichertenbezogene Leistungsdaten für alle Versorgungssektoren bei den Krankenkassen vor.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information erschließt als öffentliche Stelle

Eigentlich sollte bereits das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 unter dem Stichwort „Datentransparenz“ die Grundlage für eine bessere Nutzung der Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung liefern. Doch aufgrund vieler ungeklärter Fragen, etwa zur Finanzierung – hier die mit der Umsetzung beauftragte Selbstverwaltung – ist hierbei nicht voran.

Versorgungsforschung und -

Mit der am 18. September 2012 in Kraft getretenen Datentransparenzverordnung (Verordnung zur Umsetzung der Vorschriften über die Datentransparenz im Gesundheitswesen „DaTraV“) gibt es jetzt einen zweiten Vorstoß des Gesetzgebers.

Damit habe man einen **„Grundstein für die Nutzung ausgewählter Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen insbesondere für Analysen des Versorgungsgeschehens im Rahmen der Versorgungsforschung und für Steuerungsaufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Aufbereitung dieser Daten wird entscheidend zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems beitragen.“**





Startseite > Petitions-Forum > Petition 37108

Petition 37108

[zurück zur Petitions-Übersicht](#)

Forschung - Regionalmerkmal zur Unterstützung der Versorgungsforschung vom 17.10.2012

Text der Petition

Der Deutsche Bundestag wird aufgefordert, die Erforschung regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen und zu stärken, indem das Regionalmerkmal jedes Versicherten weiterhin in den Daten für die Versorgungsforschung (Datentransparenz nach §§ 303a-e SGB V) enthalten bleibt. Dazu möge der Deutsche Bundestag beschließen, dass der Datenaufbereitungsstelle (§ 303d SGB V) die Information über den Wohnort (Landkreis) jedes Versicherten zur Verfügung gestellt wird.

Begründung

Die Gesundheit des Menschen ist ein elementares Gut in unserer Gesellschaft. Dank ständiger wissenschaftlicher Innovationen war die gesundheitliche Versorgung [weiter lesen](#)

Diskussionszweige (2)

« < 1 > »

Einträge pro Seite: 10 >

Diskussionszweig	Antworten	letzter Beitrag
Regionaldaten für die Versorgungsforschung Erstellt 05.11.2012 - 14:27 von s_ozeg .	15	28.11.2012 - 04:47 MagicGuitar
Zugang auch über Stata Erstellt 20.11.2012 - 10:49 von versorgung1 . Dieser Diskussionszweig wurde geschlossen.	1	20.11.2012 - 10:55 Moderation

« < 1 > »

Einträge pro Seite: 10 >

Detailübersicht

Id-Nr.
 37108

Download der Petition
 als PDF-Datei

Hauptpetent
 Susanne Ozegowski

Erstellungsdatum
 17.10.2012

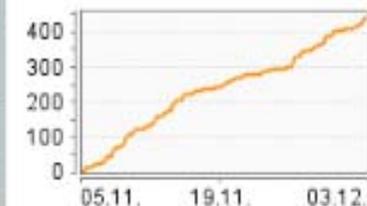
Status
 in der Prüfung

Mitzeichnungsfrist
 05.11.2012 - 03.12.2012

Mitzeichnungsverlauf

Anzahl Online-Mitzeichner
 441

zeitlicher Verlauf


Quorum erreicht

 Nein

Regionaldaten für die Versorgungsforschung! – Petition jetzt in der Prüfung des Bundestags

Erst vor wenigen Wochen hat der Bundesgesundheitsminister die Datentransparenz-Verordnung unterzeichnet – mit dem erklärten Ziel, eine bessere Datengrundlage für die Gesundheits-Versorgungsforschung zu schaffen. Doch parallel dazu entfällt ein entscheidendes Merkmal aus genau diesen Daten, nämlich das Regionalmerkmal, also die Information in welchem Landkreis der jeweilige Versicherte wohnt. Damit wird ein wichtiger Bereich der Versorgungsforschung unmöglich, z.B. Analysen zu regionalen Versorgungsunterschieden, die Planung einer optimalen wohnortnahen Versorgung oder die Berücksichtigung regionaler Strukturindikatoren, wie der sozialen Lage, in entsprechenden Untersuchungen.



Um das zu verhindern, haben wir eine Petition beim Deutschen Bundestag eingereicht. Darin fordern wir den Bundestag auf, die Wiederaufnahme des Regionalmerkmals in dem Datensatz zu beschließen.

Die Mitzeichnungsfrist der Petition ist am 3.12. abgelaufen. Jetzt liegt es in der Hand des Deutschen Bundestages, dieses Anliegen aufzugreifen und umzusetzen. Über aktuelle Entwicklungen zu dem Thema halten wir Sie auf dieser Seite auf dem Laufenden.

Danke an alle 441 Mitzeichnerinnen und Mitzeichner!

- » [Home](#)
- » [Info zur Petition](#)
 - » [Anliegen der Petition](#)
 - » [Hintergrund Versorgungsforschung](#)
 - » [Rund um die neuen Daten](#)
 - » [Regionale Versorgungsforschung](#)
- » [FAQ](#)
- » [Links](#)
- » [Über uns](#)
 - » [Initiatorinnen](#)
 - » [Unterstützer](#)
 - » [Kontakt](#)
- » [Impressum](#)



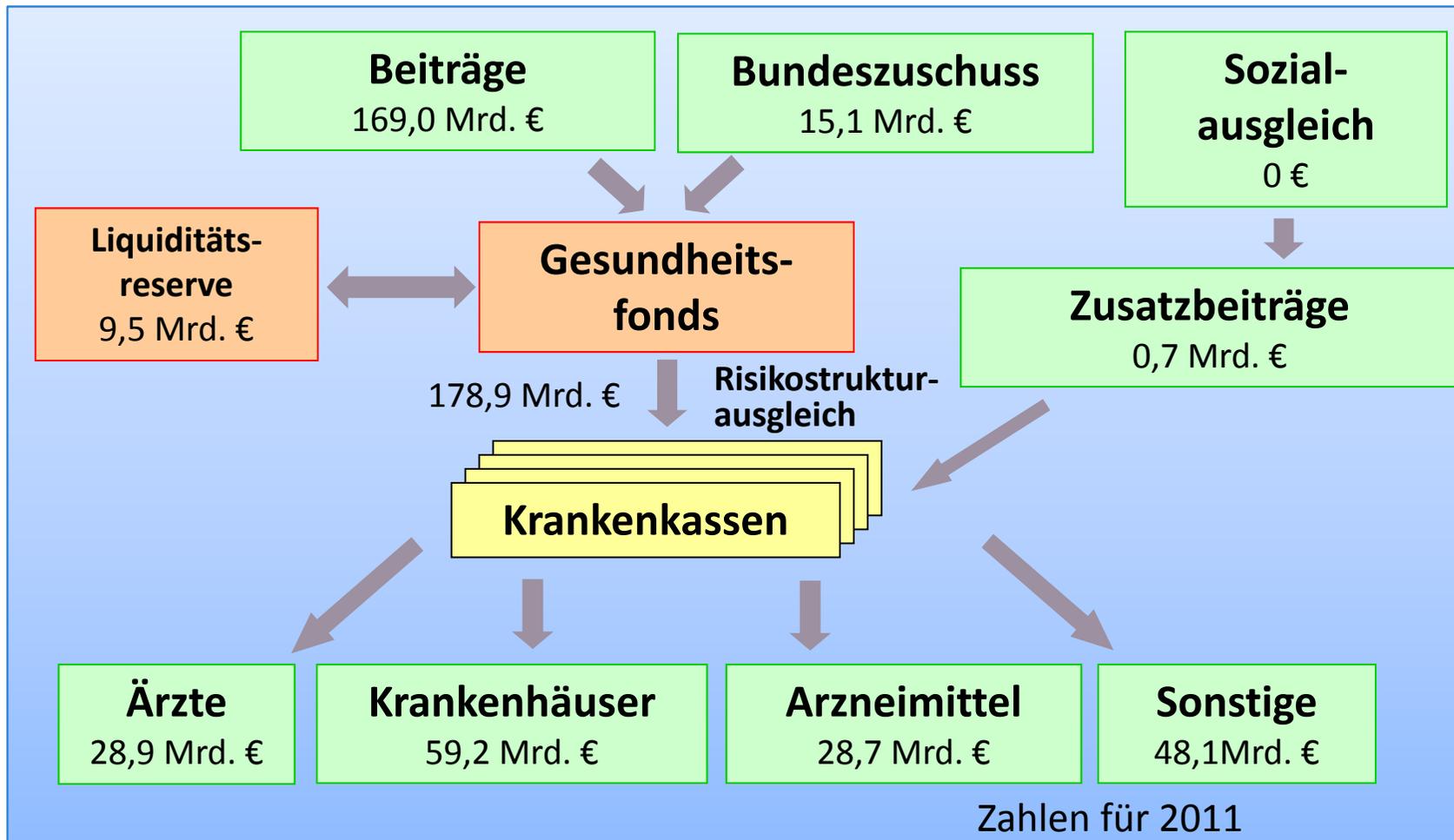
Gliederung

- Hintergrund
 - MorbiRSA
 - RSAV
- DaTraV/SGB-V §303e
 - Nutzerkreis
 - Datenumfang
 - Zeitplan, Kosten
- Qualität von Routinedaten
- Was ist möglich?
- Fazit

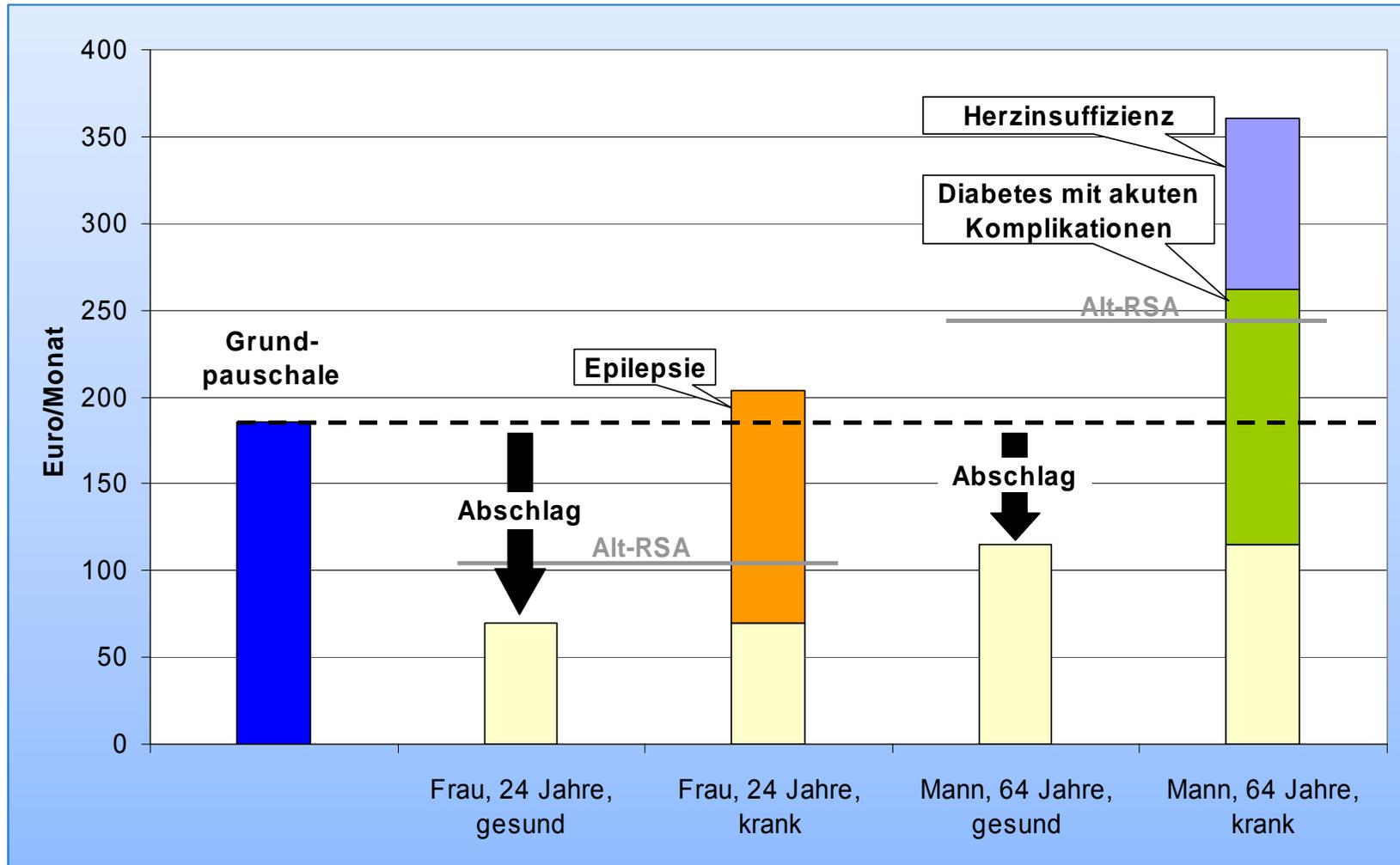
I.

Was ist der Risikostrukturausgleich?

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds



So funktioniert der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich

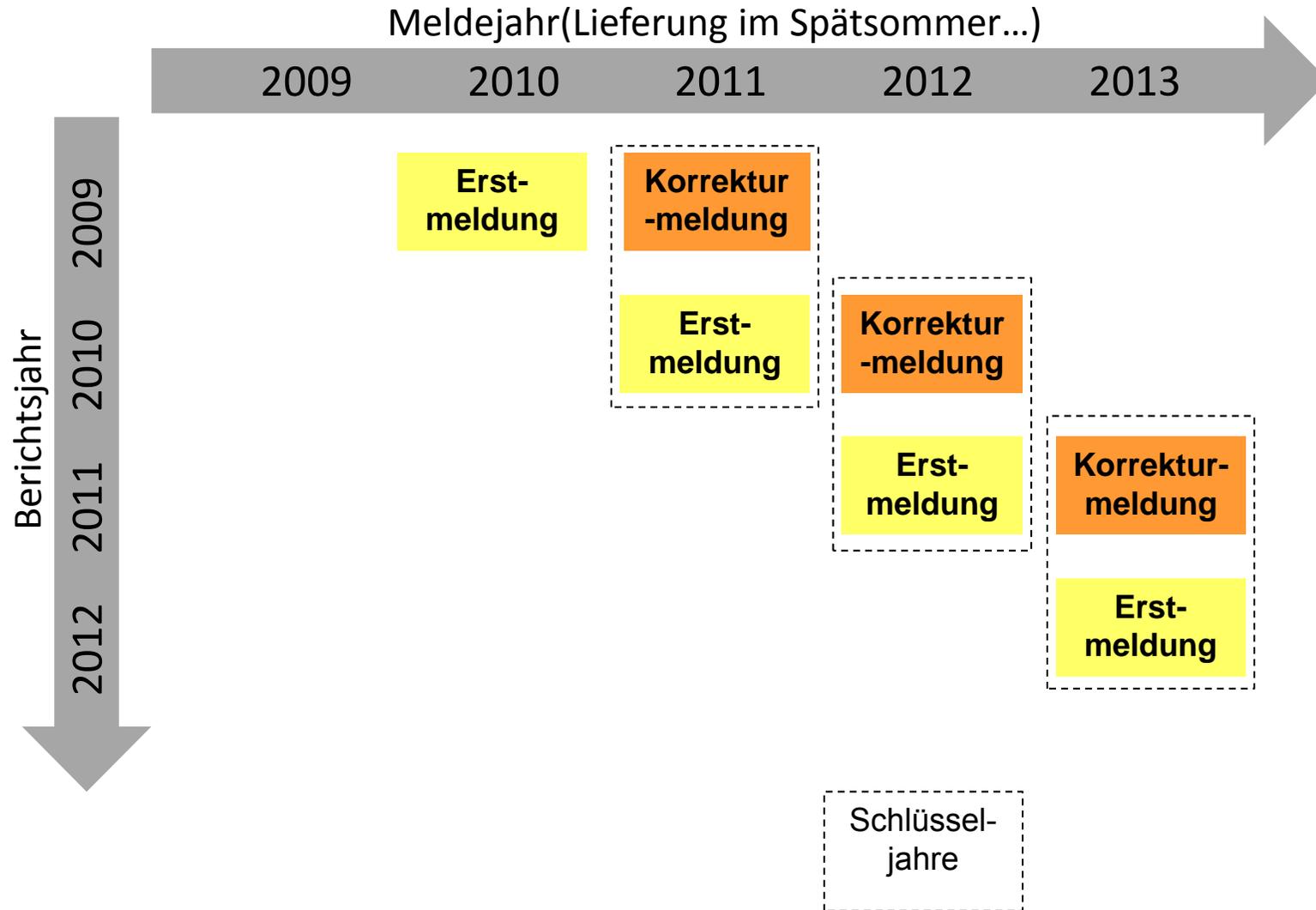


II.
Welche Daten erhält das BVA?

Datenmeldung nach § 30 RSAV

- ▶ Für alle GKV-Versicherten:
 - ▶ Versichertenstammdaten (Alter, Geschlecht, Versichertentage, Krankenkasse etc.)
 - ▶ abgerechnete Arzneimittel
 - ▶ Abrechnungsrelevante Haupt- und Nebendiagnose der Krankenhausversorgung
 - ▶ Diagnosen der ambulanten Versorgung je Quartal
- ▶ Für eine Stichprobe von 6,7 % der GKV:
 - ▶ Leistungsausgaben je Leistungsbereich
 - ▶ **Seit 2012 für alle GKV-Versicherten**
- ▶ versichertenbezogen, pseudonymisiert auf Basis der einheitlichen KV-Nummer

Ablauf der Datenmeldungen



III. Zugangsmöglichkeiten zu den Daten

Zugangsmöglichkeiten zu den Daten

- ▶ **Verwendungssperre** nach § 30 Abs. 2 Satz 2 RSAV:
„Für andere als für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke [Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs] dürfen die Daten nur genutzt werden, soweit dies für die Prüfung nach § 42 oder für die Berücksichtigung nachträglicher Änderungen der übermittelten Daten erforderlich ist.“
- ▶ **Regelung zur Datentransparenz** (§§ 303a ff. SGB V), umgesetzt mit der Datentransparenzverordnung (DaTraV) vom 10. September 2012.

Regelungen der DaTraV

„Das Bundesversicherungsamt übermittelt der Datenaufbereitungsstelle [DIMDI] jährlich nach Durchführung des korrigierten Jahresausgleichs...“ (§ 3 Abs. 1 DaTraV)

- ▶ Der Jahresausgleich wird im November des folgenden Jahres durchgeführt und ein Jahr später korrigiert.
- ▶ Bsp. Jahresausgleich 2011 (Datengrundlage Diagnosen und Verordnungen 2010), durchgeführt November 2012, korrigiert im November 2013

Regelungen der DaTraV (2)

„...die hierfür nach § 268 Abs. 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 SGB V erhobenen [...] Daten“ (§ 3 Abs. 1 DaTraV)

- ▶ Nur die Daten nach § 30 RSAV.
- ▶ Nur die Daten, die für den Jahresausgleich verwendet werden.

Regelungen der DaTraV (3)

„Die Vertrauensstelle überführt die ihr vom Bundesversicherungsamt übermittelte Liste der temporären Pseudonyme in permanente Pseudonyme“ (§ 4 Abs. 1 DaTraV)

► „Kettenbildung“ über Pseudonyme wird möglich.

Regelungen der DaTraV (4)

„Die Datenaufbereitungsstelle prüft, ob

- der Antragsteller zur Verarbeitung und Nutzung berechtigt ist (**Nutzungsberechtigter** §303e (1) SGB-V)
- der **Nutzungszweck** dem § 303e Absatz 2 SGB-V entspricht
- **Umfang und Struktur** der Daten für diesen Zweck **ausreichend** sind
- Umfang und Struktur der beantragten Daten für diesen Zweck **erforderlich** sind
- durch eine Zusammenführung der Daten die betroffenen Versicherten **identifiziert** werden können. “ (§ 5 Abs. 3 DaTraV)

Regelungen der DaTraV (5a)

„Die Datenaufbereitungsstelle stellt den Nutzungsberechtigten die Daten grundsätzlich **anonymisiert** und **zusammengefasst** zur Verfügung.

Regelungen der DaTraV (5b)

Die Bereitstellung der ... Daten kann dadurch erfolgen, dass die **Datenaufbereitungsstelle**

1. **fiktive Strukturdatensätze** bereitstellt, mittels derer die **Nutzungsberechtigten Auswertungsprogramme erstellen** können; mit diesen Auswertungsprogrammen wiederum wertet die Datenaufbereitungsstelle die Originaldaten aus und übermittelt den Nutzungsberechtigten die Ergebnisse,
2. **Auswertungen erstellt** und den Nutzungsberechtigten die Ergebnisse übermittelt oder
3. den Nutzungsberechtigten **standardisierte Datensätze** zur Verfügung stellt“ (§ 5 Abs. 4 DaTraV)

Regelungen der DaTraV (6)

„Die Datenaufbereitungsstelle stellt den Nutzungsberechtigten die Daten **ausnahmsweise als Einzeldatensätze pseudonymisiert** bereit, wenn der angegebene und ... zulässige Nutzungszweck nicht durch die Verarbeitung von anonymisierten Daten erreicht werden kann.

Bei einer solchen Bereitstellung ist **zu gewährleisten**, dass die betroffenen Versicherten **nicht wieder identifiziert werden** können. Die pseudonymisierten Einzeldatensätze werden **in den Räumen der Datenaufbereitungsstelle bereitgestellt.**“ (§ 5 Abs. 5 DaTraV)

Regelungen der DaTraV (7)

„Eine **krankenkassenbezogene Auswertung** ist **nur mit Einwilligung der jeweiligen Krankenkasse** zulässig. ... Es ist auszuschließen, dass durch krankenkassenbezogene Auswertungen in Kombination mit weiteren Auswertungen Erkenntnisse über Krankenkassen, die keine Einwilligung zu einer Auswertung gegeben haben, gewonnen werden können.“ (§ 5 Abs. 6 DaTraV)

Regelungen der DaTraV (8)

„ **Die Datenaufbereitungsstelle entscheidet über den Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten.**

Die Datenaufbereitungsstelle kann die Frist um jeweils einen Monat verlängern, wenn dies wegen der Schwierigkeit der Prüfung oder aus Gründen, die dem Antragsteller zuzurechnen sind, erforderlich ist. “ (§ 5 Abs. 7 DaTraV)

Regelungen der DaTraV (9)

Kostenerstattung und Vorschuss

„Der **Spitzenverband Bund der Krankenkassen** erstattet dem DIMDI die zu tragenden Kosten (**Sach- und Personalkosten**).

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden diese Kosten **von den Krankenkassen nach der Zahl ihrer Mitglieder** erstattet. (§ 6 Abs. 1 DaTraV)

Der **Spitzenverband Bund der Krankenkassen** zahlt im Jahr 2013 an das DIMDI auf dessen konkrete Anforderung **Investitionskosten in einer Höhe von bis zu 1 000 000 Euro**“ (§ 7 Abs. 4 DaTraV)

Regelungen der DaTraV (10)

Evaluation

„Das DIMDI berichtet dem BMG zum 31. Dezember 2015 schriftlich über die Erfahrungen, die es mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz gemacht hat. (§ 8 DaTraV)

Regelungen des SGB-V§303e

Abs. 1 Nutzerkreis

- Krankenkassen (inkl. Bundes- und Landesverbände)
- Kassenärztlichen Vereinigungen
- Spitzenorganisationen Leistungserbringer, BÄK, BZÄK, BPtK
- Deutschen Krankenhausgesellschaft
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder
- **Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung, Hochschulen und sonstige Einrichtungen unabhängiger wissenschaftlicher Forschung**
- Gemeinsamer Bundesausschuss und von ihm beauftragte Institutionen
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Institut des Bewertungsausschusses
- Patienten-Beauftragte der Bundesregierung
- Patienten- und Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene
- DRG-Institut
- Für die GKV zuständige Bundes- und Landesbehörden

Regelungen des SGB-V§303e

Abs. 2 Zweck der Datennutzung

Die nach Absatz 1 Berechtigten können die Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeiten und nutzen:

- Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
- Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Planung von Leistungsressourcen (zum Beispiel Krankenhausplanung),
- **Längsschnittanalysen über längere Zeiträume**
- **Analysen von Behandlungsabläufen**
- **Analysen des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und von Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),**
- Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen.

Regelungen des SGB-V§303e

Abs. 2 Nutzungsgebühren

- Die Datenaufbereitungsstelle regelt bis zum 31. Dezember 2012 die Erhebung und das Verfahren zur Berechnung von Nutzungsgebühren.
- Die Regelung ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.
- Das Bundesministerium für Gesundheit kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

IV. Datenumfang



Datenumfang (Jahresweise Lieferung ab 2009)

- Stammdaten
- Diagnosen der ambulanten und stationären Versorgung
- Arzneimittel-Verordnungen
(nur ambulanter Bereich)
- Leistungsausgaben



Stammdaten (kassenspezifisch nach Berichtsjahr)

- Geburtsjahr
- Geschlecht
- Verstorben (Ja/Nein)
- Versichertentage
 - Insgesamt
 - mit Krankengeldanspruch (cave nicht „in Anspruchnahme“)
 - mit Erwerbsminderungsrente
 - mit Wohnsitz im Ausland
 - mit Kostenerstattung (§13 bzw. §53)
- Mind. 1. extrakorporale Blutreinigung (Dialyse)



Quelle: www.internetworld.de

Arzneimittelverordnungen aus der ambulanten Versorgung

- Verordnungsdatum (tagesgenau)
- Pharmazentralnummer
- Anzahl der Einheiten (in Promille)



Quelle: <http://de.123rf.com/>

Diagnosen der Krankenhausversorgung

voll-/teilstationäre Krankenhausversorgung inkl. ambulante Operationen von zugelassenen Krankenhäusern (nicht reine Privatkliniken)

- Entlassungsmonat
- Fallzähler (innerhalb eines Entlassungsmonats)
- Entlassungsdiagnose(n): Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10)
- Lokalisation (beidseitig, sonstiges)
- Art der Diagnose (Haupt- oder Nebendiagnose)
- Art der Behandlung (voll-/teilstationär, ambulante OP im Krankenhaus, sonstiges)



Quelle MDK Niedersachsen

Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung

- Leistungsquartal
- Diagnose (ICD-10)
- Qualifizierung (Verdacht, Zustand nach, ausgeschlossene, gesicherte Diagnose)
- Lokalisation (beidseitig, sonstiges)
- Abrechnungsweg (vertragsärztliche ambulante Versorgung bzw. ambulante Versorgung im Krankenhaus)

**Cave: Quartalsinterne Duplikate
(z.B. Wiedervorstellung zur Kontrolle)
werden nicht übermittelt**



Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

- Personenbezogene Ausgaben der Krankenkasse im Folgejahr (Berichtsjahr +1) nach Leistungsbereich
 - Ärzte
 - Zahnärzte
 - Apotheken
 - Krankenhäuser
 - Sonstige LA (Heil- und Hilfsmittel außerhalb Apotheken, Fahrkosten, Soziale Dienste, Prävention, Selbsthilfe, Rehabilitation)
 - Sachkosten Dialyse
 - Krankengeld



Daten-Volumen

Datenvolumen „Vollerhebung“ zur Versichertenklassifikation (N=71.7 Mill. eindeutige Individuen) [Lieferjahr 2012]		
Satzart	Anzahl Datensätze	Dateigröße (GB)*
SA100 (Stammdaten)	72.8 Mill.	5.2 GB
SA400 (Arzneimittel-Verordnungen)	664.5 Mill.	44.5 GB
SA500 (Diagnosen „stationärer Bereich“)	95.6 Mill.	6.0 GB
SA600 (Diagnosen „ambulanter Bereich“)	1882.0 Mill.	108.7 GB
SA700 (Leistungsausgaben)	72.8 Mill	5.8 GB
SA999 (Schlüssel zur Zusammenführung)	72.8 Mill	2.1 GB

* systemabhängig

Zeitplan

- September 2012: DaTraV
- Dez 2012: DIMDI schreibt Stellen aus
- Jan/Feb 2013: BVA/DIMDI stimmen sich wegen Datentransfer ab
- Feb 2013: Auswahlgespräche DIMDI
- Herbst/Winter 2013 (geplant): Bereitstellung der ersten Public-Use-Daten (BJ 2009/2010)



Quelle: de.123rf.com

V. Datenqualität

Formale Qualität der Datenmeldungen

SA100 (Stammdaten)	Gesamt
Fehler gesamt:	115.638
von Datensätzen:	73.223.589
Fehlerquote:	0,16%
SA400 (Arzneimittel-Verordnungen)	Gesamt
Fehler gesamt:	607.804
von Datensätzen:	646.420.556
Fehlerquote:	0,09%
SA500 (Diagnosen "Stationärer Bereich")	Gesamt
Fehler gesamt:	796.689
von Datensätzen:	89.711.272
Fehlerquote:	0,89%
SA600 (Diagnosen "Ambulanter Bereich")	Gesamt
Fehler gesamt:	1.415.465
von Datensätzen:	1.777.727.854
Fehlerquote:	0,08%
	Plausible Datensätze: 1.777.430.992
Bezeich	Anzahl
Das Pseudonym ist nicht in der SA100 vorhanden	48.643
Ungültiger Wert im Feld ICD (Nicht gleich O, P, Z oder V (nur 600))	162.172
ICD für Alter oder Geschlecht unzulässig (Fehler)	86.047
ICD für Alter oder Geschlecht unzulässig (Hinweis)	1.118.603

Inhaltliche Qualität ambulanter Diagnosen

- Kodiert werden soll der „Behandlungsanlass“ bzw. die Behandlung beeinflussenden Diagnosen, aber Behandlungsanlass <> Dokumentierte Morbidität
 - Kappa 0.37[Akute Infektionen]-0.86 [Diabetes] (Erler 2009)
- Underreporting
 - für leichte Erkrankungen auf Symptomebene
 - Unvollständige Persistenz chronischer Erkrankungen: 75%-85% über 1 Jahr (Giersiepen 2007)
- Overreporting
 - (Automatische) Fortschreibung der Diagnosen (5%-30% bei Akutereignissen)
 - Fehlende/nicht sorgfältige Differenzierung („gesichert“, „Zustand nach“, „Verdacht auf“, „Ausschlussdiagnose“)
 - Anreiz durch Hausarztverträge, MorbiRSA
- Misklassifikation
 - Fehlerhafte Kodiersoftware (z.B. Augenärzte 40% aller HIV/AIDS Diagnosen 2008, A00-Cholera)
 - Fehlende Kodierrichtlinien (Einführung wurde ausgesetzt)
 - „Bequemlichkeit“: Auswahl der obersten vom Diagnosen-Thesaurus vorgeschlagene Diagnose

=> Interne Validierung empfohlen:

Arzneimittel, Persistenz Dx über mehrere Quartale, stationäre Diagnosen...

Qualität stationärer Diagnosen

- Im Allgemeinen höher als bei ambulanten Diagnosen
 - Kodierrichtlinien
 - Direkt monetär relevant
 - Stichprobenartige Prüfung durch MDK
 - Z.T. Einsatz professioneller Kodierer
- Allerdings stimmen DRG-relevante Kodierungen auch nur ~50% überein (Stausberg 2003)
- Manipulationspotential bei Nebendiagnosen, die MorbiRSA relevant sind (z.B. Hypertonie)

Arzneimittelverordnungen

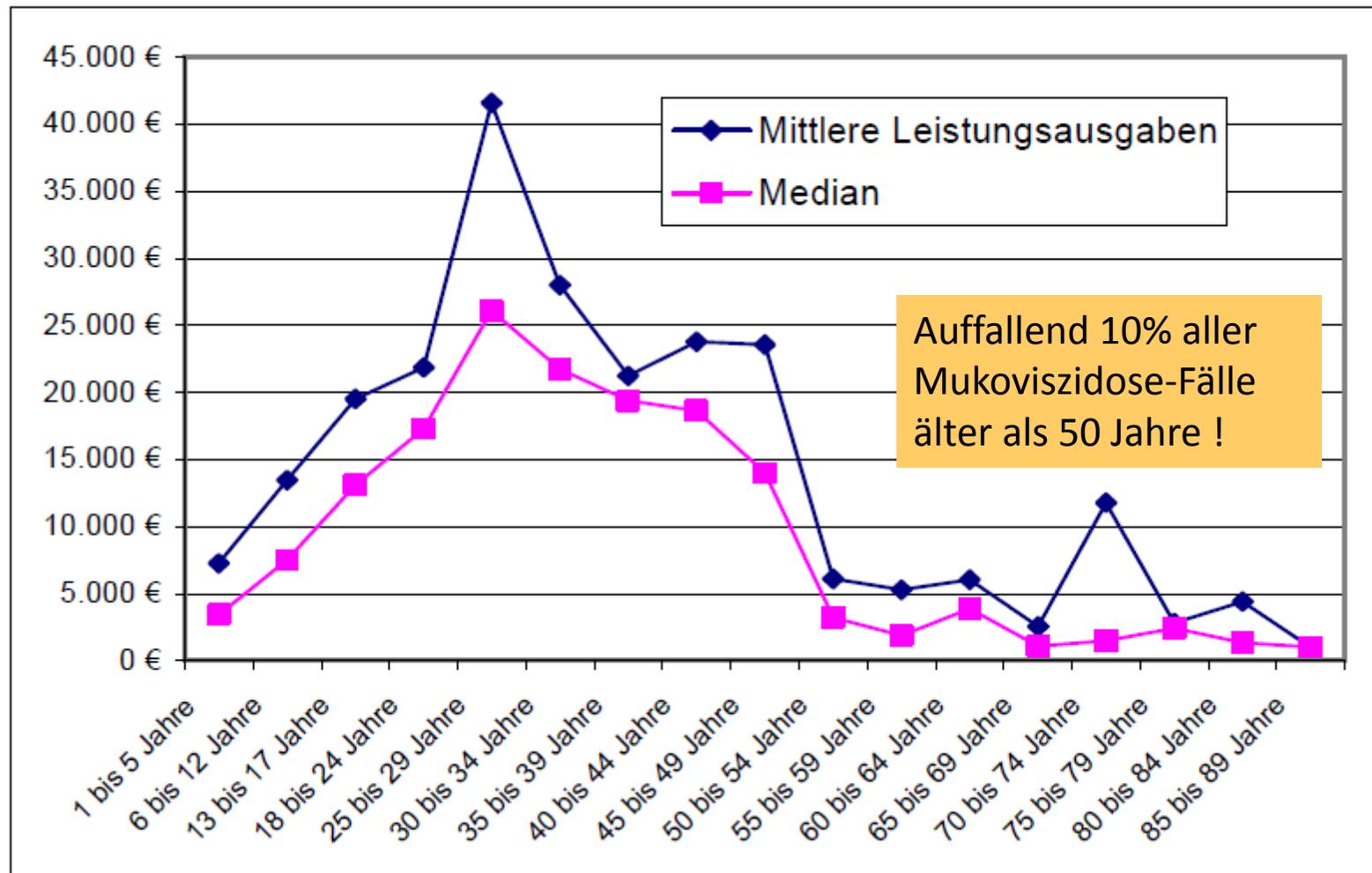
- Datenlieferung im §300 SGB V verpflichtend geregelt:
 - Apotheken müssen ihre erbrachten Leistungen den Krankenkassen in elektronischer oder maschinell verwertbarer Form
- Manipulationen in betrügerischer Absicht sowie Fehler bei der PZN-Erfassung nicht ausgeschlossen
- Datenlieferung umfasst
 - Nur verschreibungspflichtige Arzneimittel aus dem ambulanten Bereich
 - Keine Selbstmedikation (OTC)
 - Nicht die Medikation im Krankenhaus
- Sinnvoller Gebrauch erfordert GKV-AI zur Bestimmung des ATC-Codes und der DDDs!

VI. Empirische Beispiele

Routineauswertungen BVA (www.bva.de)

Nr.	Krankheit	Auswertung "Kostenintensiv" (Regression)		Auswertung "Schwerwiegend"			Auswertung "Chronisch"			Prüfung "Schwellenwert"
		Erwartete Mehrkosten <small>(prospektive Berechnung:</small>	N 2011 gesamt- validiert <small>(stationäre HD.)</small>	N 2011 stationär <small>(nur HD.)</small>	N 2011 HQ-validiert <small>(stationäre HD. oder gesicherte</small>	Hosp. Quote	N 2011 ambulant- validiert <small>(gesicherte D.)</small>	N 2011 ambulant <small>(gesicherte D.)</small>	% mind 2 Quartale	Mittlere zeitgleiche Ausgaben <small>(Diagnosen & Ausgaben)</small>
1	Intestinale Infektionen	262.30 €	1 185 917	242 783	1 020 608	23.79%	802 835	5 238 485	15.33%	6 465.85 €
3	Tuberkulose, exkl. des Zentralnervensystems	297.85 €	38 748	3 872	37 389	10.36%	35 624	64 530	55.21%	7 629.34 €
5	Sepsis / Schock	1 236.38 €	177 001	70 532	84 973	83.01%	16 213	49 679	32.64%	34 093.96 €
8	Lyme disease / Borreliose	-279.63 €	123 654	6 103	119 908	5.09%	115 539	275 975	41.87%	3 729.16 €
13	Virale Hepatitis A und unspezifizierte Hepatitis, ohne Leberkoma	-80.59 €	24 715	661	23 753	2.78%	23 172	36 138	64.12%	5 435.00 €
14	HIV / AIDS	13 633.16 €	55 179	2 782	54 478	5.11%	54 283	64 985	83.53%	17 826.31 €
15	Infektionen durch opportunistische Erreger	2 338.10 €	79 734	8 778	31 107	28.22%	23 245	60 952	38.14%	32 715.30 €
24	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	1 858.48 €	73 394	22 861	71 171	32.12%	64 194	88 656	72.41%	13 193.77 €
25	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	2 127.83 €	506 412	163 444	491 556	33.25%	433 402	557 893	77.69%	12 200.61 €
26	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	2 638.86 €	183 101	78 649	174 753	45.01%	150 178	198 767	75.55%	15 522.94 €
27	Bösartige Neubildungen der Niere, der Harnwege und der Nebenniere	1 179.97 €	310 218	69 959	304 316	22.99%	287 121	349 208	82.22%	9 049.92 €
28	Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Weichteilgewebes	2 928.60 €	44 531	8 630	42 290	20.41%	38 762	65 059	59.58%	13 694.69 €
29	Malignes Melanom	117.49 €	141 704	16 473	140 214	11.75%	135 517	226 143	59.93%	5 049.28 €
30	Bösartige Neubildungen der Haut	-166.80 €	516 600	53 431	511 005	10.46%	490 369	919 202	53.35%	5 252.09 €
31	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	1 732.13 €	635 917	100 141	630 933	15.87%	613 626	735 863	83.39%	7 713.34 €
32	Bösartige Neubildungen der Genitalorgane	514.97 €	734 106	94 891	724 253	13.10%	703 211	856 017	82.15%	7 191.36 €
33	Bösartige Neubildungen des Auges, Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems einschließlich Hypo- und Epiphyse	3 398.31 €	50 985	13 854	49 259	28.12%	44 374	65 814	67.42%	13 702.20 €
34	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer endokriner Drüsen	374.61 €	64 583	11 266	63 479	17.75%	60 266	78 972	76.31%	6 762.14 €
35	Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation (inkl. Komplikationen)	6 406.39 €	546 434	85 122	379 262	22.44%	342 917	520 997	65.82%	19 274.10 €
36	Lymphome und Leukämien	4 693.81 €	280 103	53 105	274 071	19.38%	262 333	324 243	80.91%	14 037.31 €
37	Carcinoma in situ	-68.67 €	334 338	19 299	326 103	5.92%	311 145	655 852	47.44%	5 378.69 €

Prospektive Kosten bei Mukoviszidose



Schätzung der Krebsinzidenz und -prävalenz

- Prävalente Fälle in 2010
(ICD: C01-C97, Z08, Z85, Z51.1, Z51.82, Z92.6)
⇒ N= 3.74 Millionen
(102 % gegenüber EKR Saarland)
Allerdings sehr starke lokalisationspezifische Schwankungen!
- „Inzidente“ Fälle 2011
(Dx in 2011, aber nicht in 2010)
⇒ N= 810 620 Männer und Frauen
(482.000 erwartet lt. RKI/GEKID => +168% inplausibel)

Überschätzung der Inzidenz bei Abrechnungsdaten (gegenüber einem krankheitsfreien Intervall von 8 Jahren)

„Krankheits- freie“ Intervall	Diabetes	Darm- krebs	Herz- insuffizienz
1 Jahr	+40%	+23%	+43%
5 Jahre	+5%	+9%	+5%
8 Jahre	Referenz	Referenz	Referenz

Data source : AOK Hessen

Abbas S, Ihle P, Köster I, Schubert I. Health Serv Res. 2012 Apr;47(2):746-55.

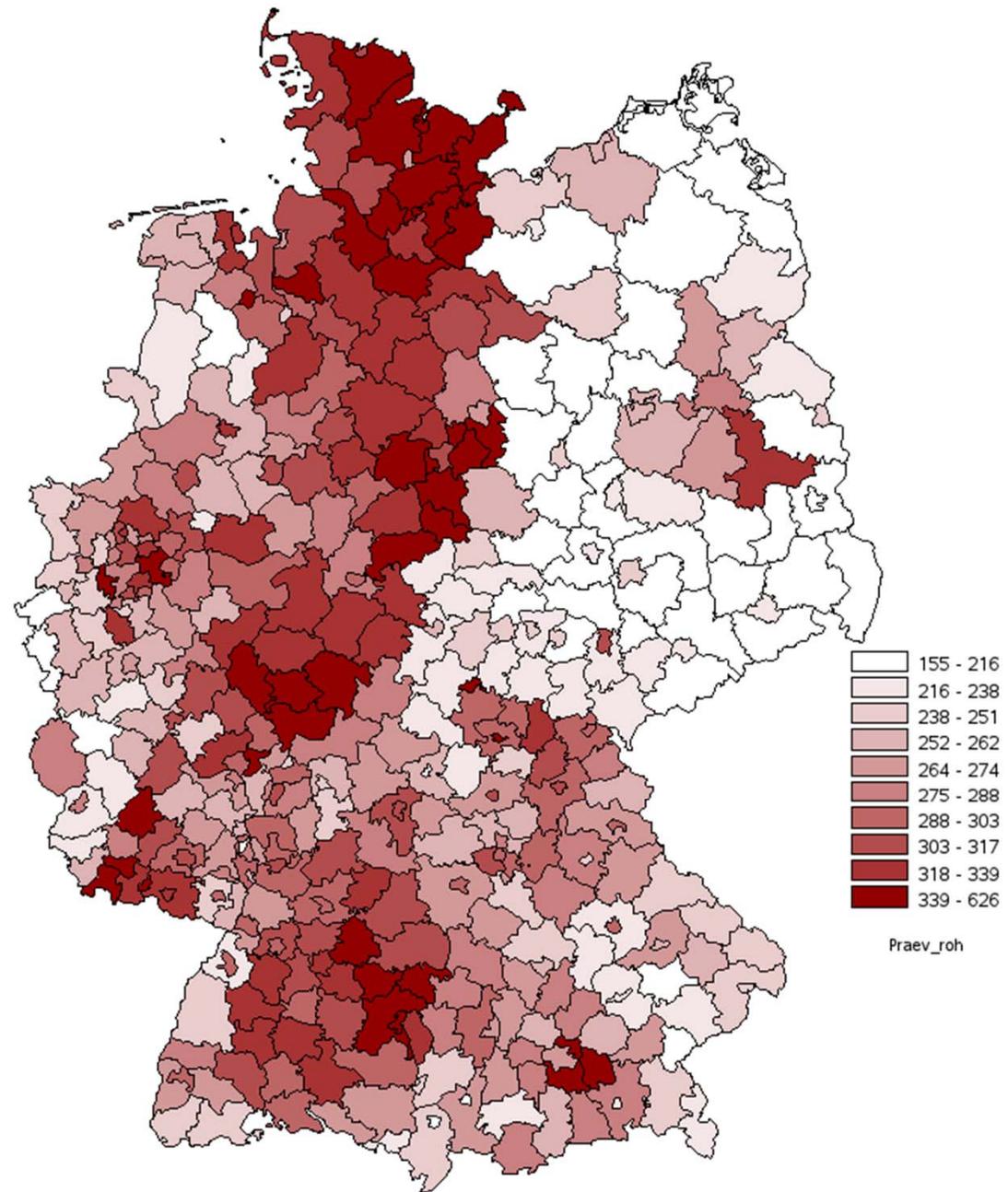
Kodiervarianten am Beispiel „Diabetes mellitus“ ICD E10-E14 (2010)

	E10.-	E11.-	E12.-	E13.-	E14.-	Insgesamt
E10.- Typ-1-DM	976 340 100%	760 400 13%	2 207 16%	53 533 20%	625 620 18%	976 340
E11.- Typ-2-DM	760 400 78%	5 772 080 100%	11 127 81%	206 793 76%	2 650 853 77%	5 772 080
E12.- Malnutritions-DM	2 207 0%	11 127 0%	13 680 100%	993 0%	8 453 0%	13 680
E13.- Sonst. näher bez. DM	53 533 5%	206 793 4%	993 7%	272 173 100%	145 773 4%	272 173
E14.- Nicht näher bez. DM	625 620 64%	2 650 853 46%	8 453 62%	145 773 54%	3 443 620 100%	3 443 620
Insgesamt	976 340	5 772 080	13 680	272 173	3 443 620	6 717 733
Anzahl versch. Diag.	2.5	1.6	2.7	2.5	2	1.6
% nur 1 ICD-Dreisteller	11%	49%	10%	15%	19%	54%

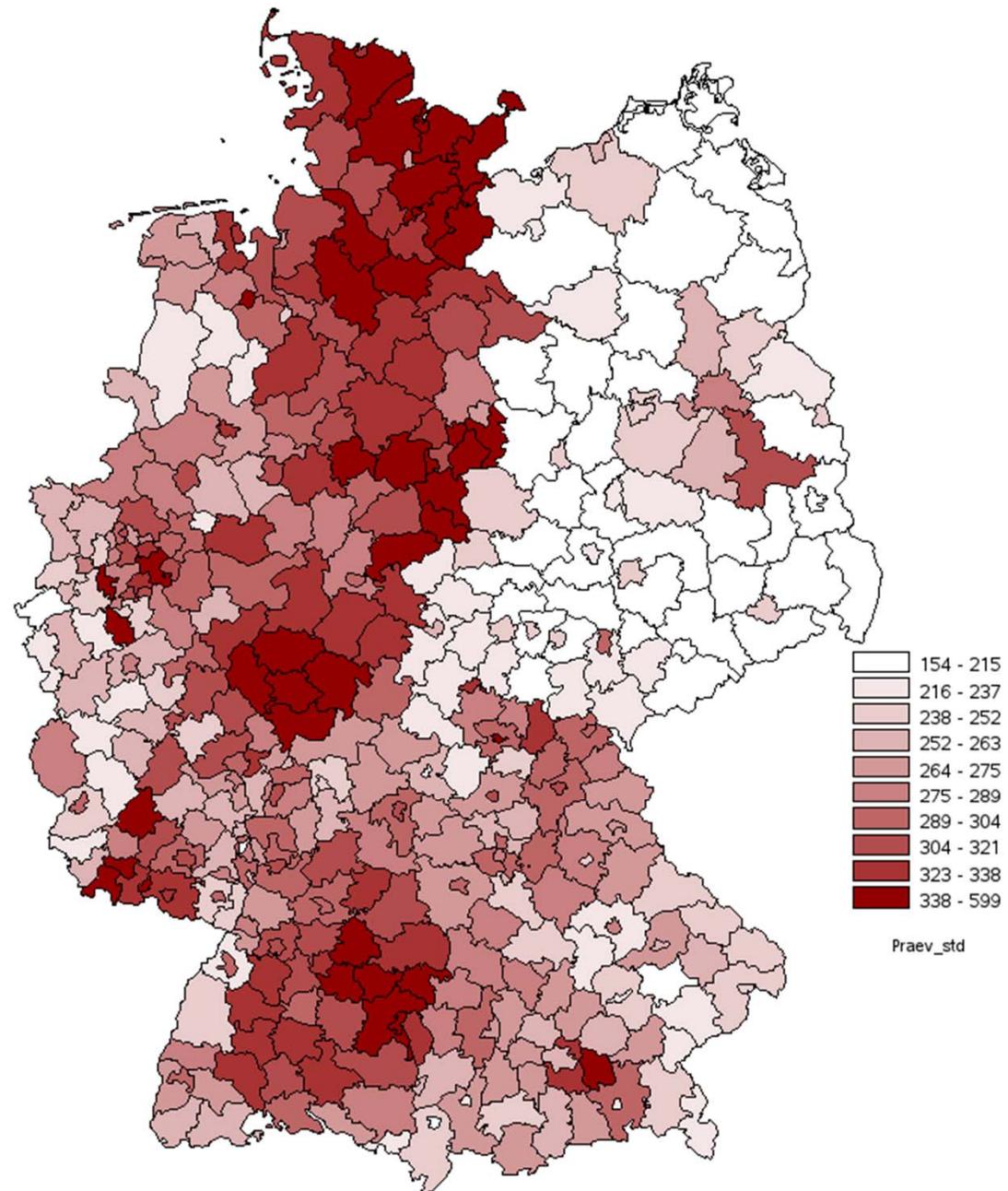
% Spaltenprozent

Wegfall des Regionalmerkmals...

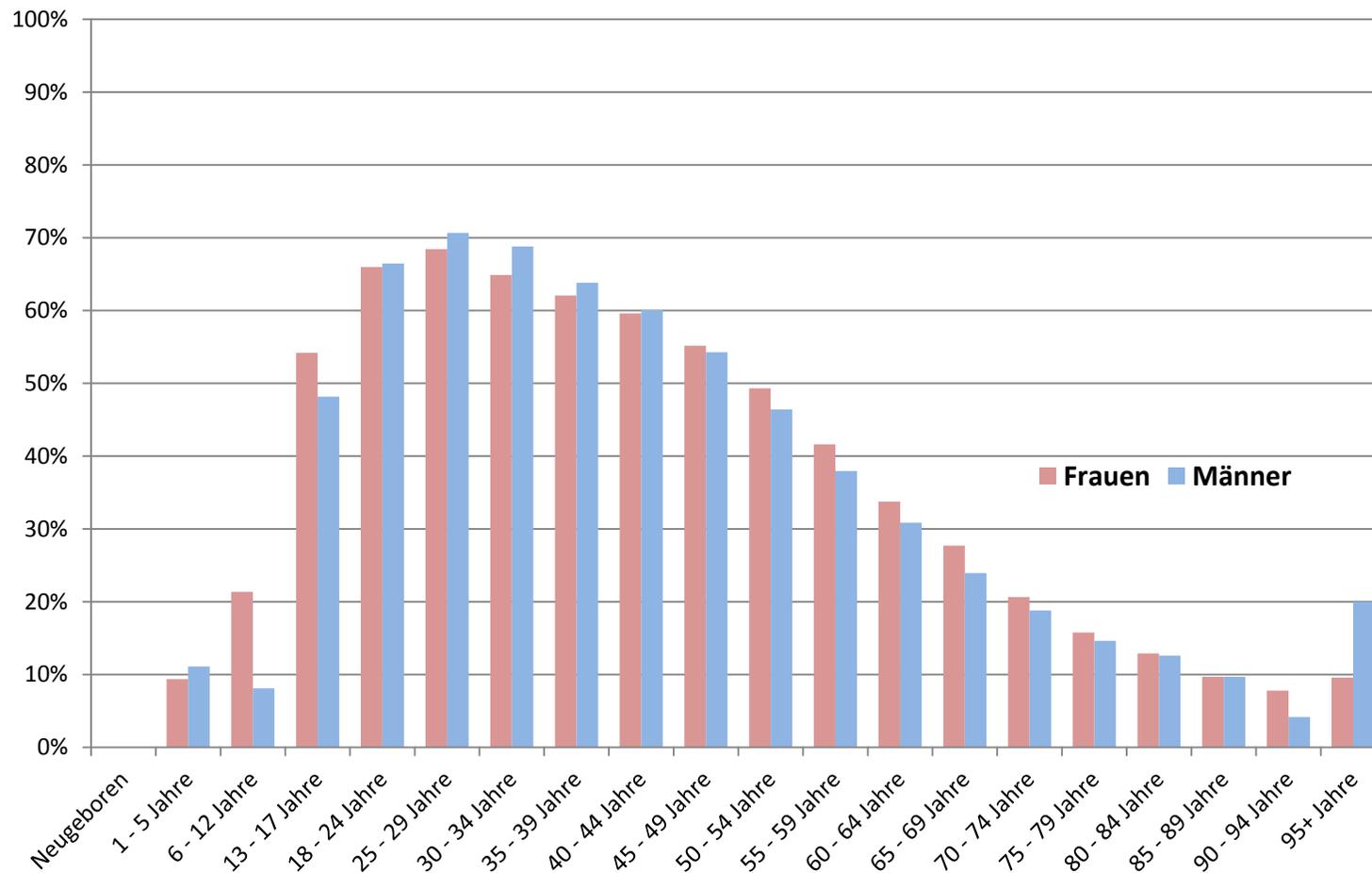
Rohe Prävalenz der MS [je 100.000 Versicherte]



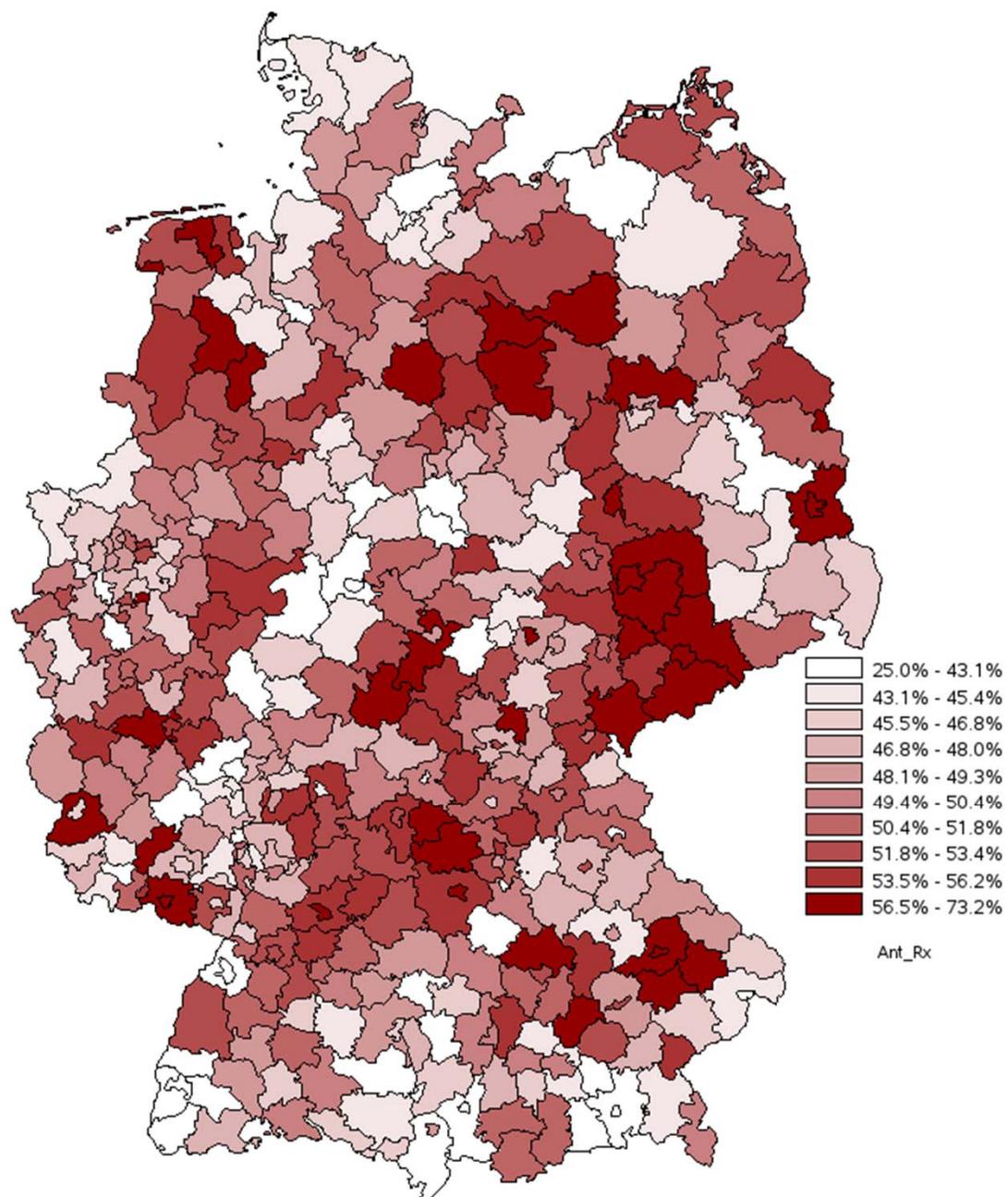
Alters- und geschlechtsstandardisierte Prävalenz der MS [je 100.000 Versicherte]



Anteil der MS-Patienten mit spezifischer Pharmakotherapie nach Alter und Geschlecht



Anteil der MS-Patienten mit Pharmakotherapie (2010)



VII. Fazit

Versorgungsforschung

„Untersuchung der Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems unter Alltagsbedingungen“ (Pfaff 2004)

- Anwendung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln
- Qualität der Versorgung
- Nutzen und Risiken des Einsatzes medizinischer Geräte
- ...

Ziel

- Informationen für gesundheitspolitische Steuerung
- Entscheidungen über Versorgungsleistungen ermöglichen

Versorgungsforschung

- Wer macht was?
- Wo wird was gemacht?
- Was wird gemacht?
- Wieviel?
- Wann?
- Bei wem?

Fazit

- Ein erster Schritt, vorhandene Daten der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen.
- Datenkörper in der jetzigen Form erlaubt Abschätzungen der (kodierten) Prävalenz, des ambulanten Verordnungsverhalten und der jährlichen Kosten nach Alter und Geschlecht sowie für bestimmte, gut definierte Diagnosegruppen (cave: keine Information zur Indikation!)
- Der Wegfall des Regionmerkmals verhindert kleinräumige Analysen
- Ungenaue Datumsangaben erlauben keine detaillierten Fallketten, die jahresübergreifende Verkettung ist aber ein großer Gewinn!
- Machbarkeit und Praktikabilität des Kohortenabgleichs muss abgewartet werden
- Aufnahme weiterer bei den Kassen vorhandener Daten wäre wünschenswert (Einkommensindikator, Mutter-Kind-Zuordnung, stationäres Aufnahmedatum, Krankenhaus-Art, Prozeduren, Facharzt-Kennzeichen, genaues ambulantes Konsultationsdatum, keine Löschung der quartalsinternen Duplikate, ...)
- Sekundärdaten: Einschränkungen bei der Qualität=> vorsichtige Interpretation!