

Nutzung von Routinedaten im Gesundheitswesen
Routinedaten und Qualität

- Routinedaten im ambulanten Bereich -

Das Beispiel

der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen

Dr. Walter Baumann
- WINHO -
Sachsenring 69
50677 Köln

hat die Förderung von Qualität und Transparenz in der ambulanten onkologischen Versorgung als zentrales Anliegen

und

- ist mit rund 320 niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in rund 200 onkologischen Schwerpunktpraxen verbunden
- kooperiert eng mit diesen fachärztlichen Spezialisten und ihrem Berufsverband
- wird ausschließlich über Subskriptionsbeiträge der WINHO-Partner-Praxen finanziert

nutzt das WINHO u.a. für

- a. das interne Qualitätsmonitoring und die öffentliche Qualitätsberichterstattung der onkologischen Schwerpunktpraxen
- b. Querschnittsuntersuchungen zu ausgewählten Fragestellungen der onkologischen Versorgungsforschung
- c. Analysen zu gesundheits- und vertragspolitischen Fragen der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen

- Quartalsabrechnung an die KV
- Transfusionsmeldungen an das Paul-Ehrlich-Institut
- Qualitätsbericht Hämotherapie an Ärztekammer
- Meldungen an epidemiologische Krebsregister (teilweise)
- Dokumentation DMP Brustkrebs (teilweise)

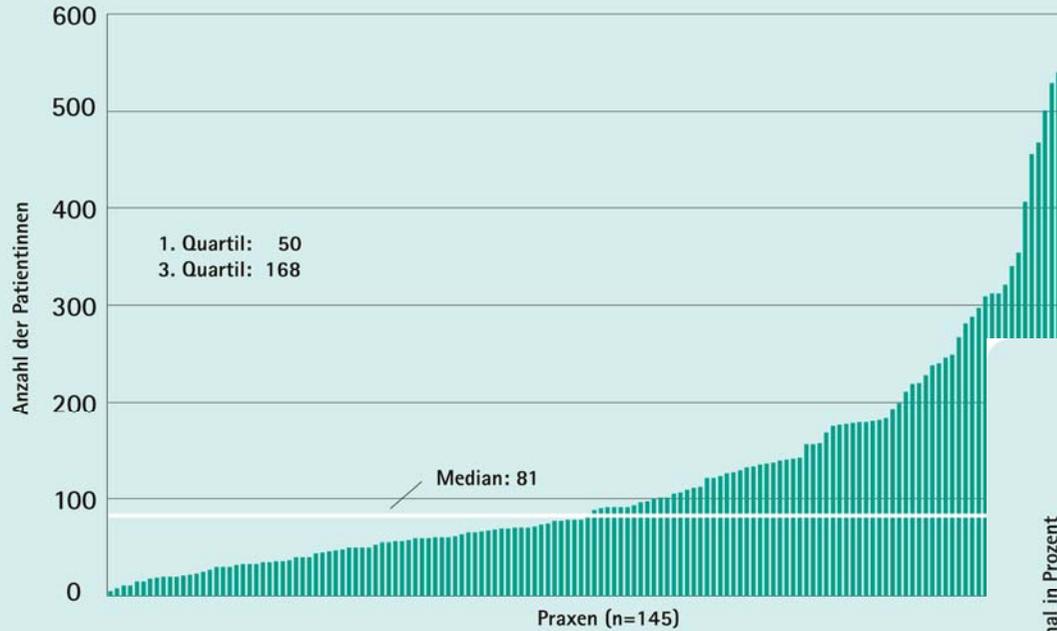
- kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand
- bundesweit vollständige und flächendeckende Erhebung
- einheitliche Datenformate und Dokumentationsanlässe
- Schnittstellen zu jeder Praxis-EDV
- regelmäßige verpflichtende Berichtstermine
- keine Strategiefanfälligkeit im Hinblick auf Qualitätsangaben

WINHO-Qualitätsberichte

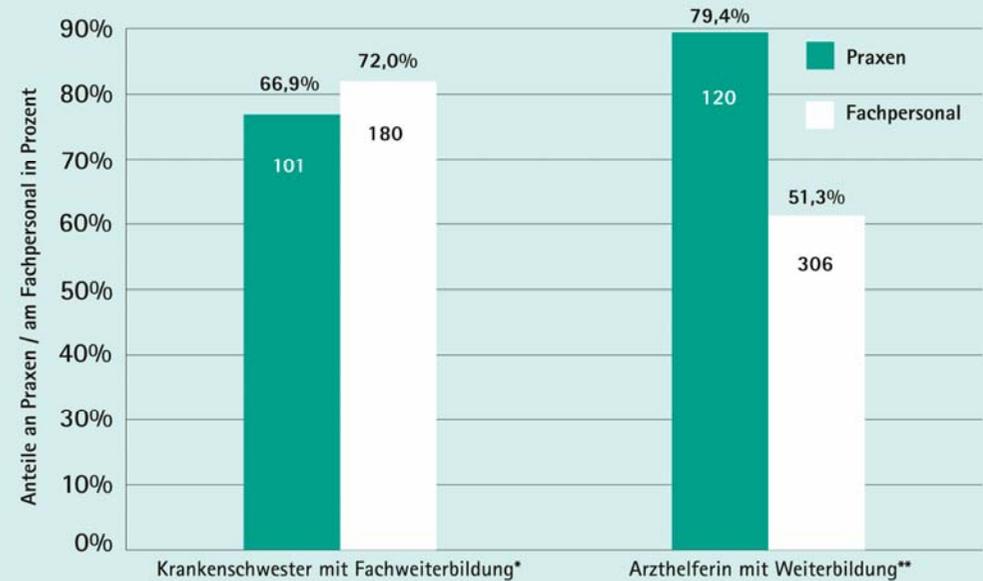


Zahlreiche Strukturdaten, z.B.

Patientinnen mit Brustkrebs im 3. Quartal 2005



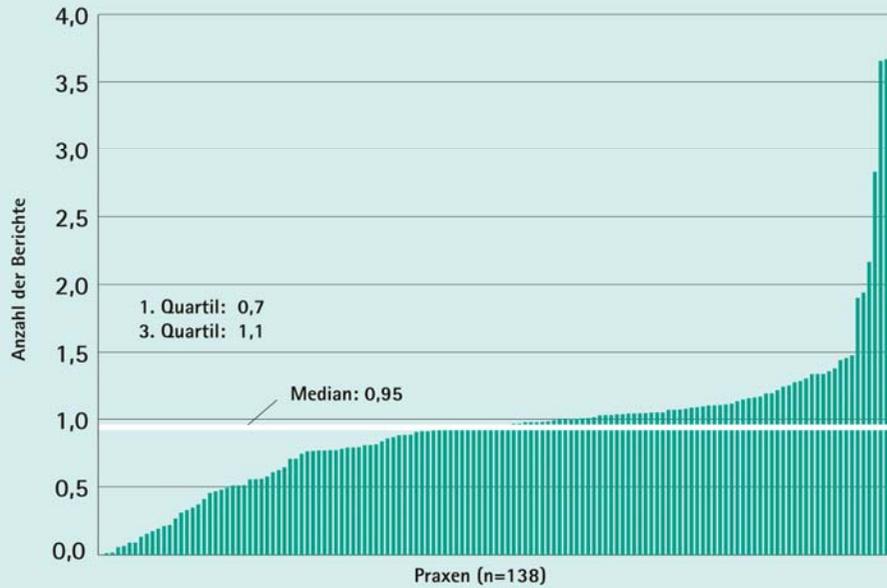
Weiterbildung des nichtärztlichen Personals



* Fachkrankenschwester / Fachkrankenpfleger Onkologie oder vergleichbare Zusatzausbildung
** Arzthelferin mit Fachweiterbildung gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer

Wenige Prozessdaten, z.B.

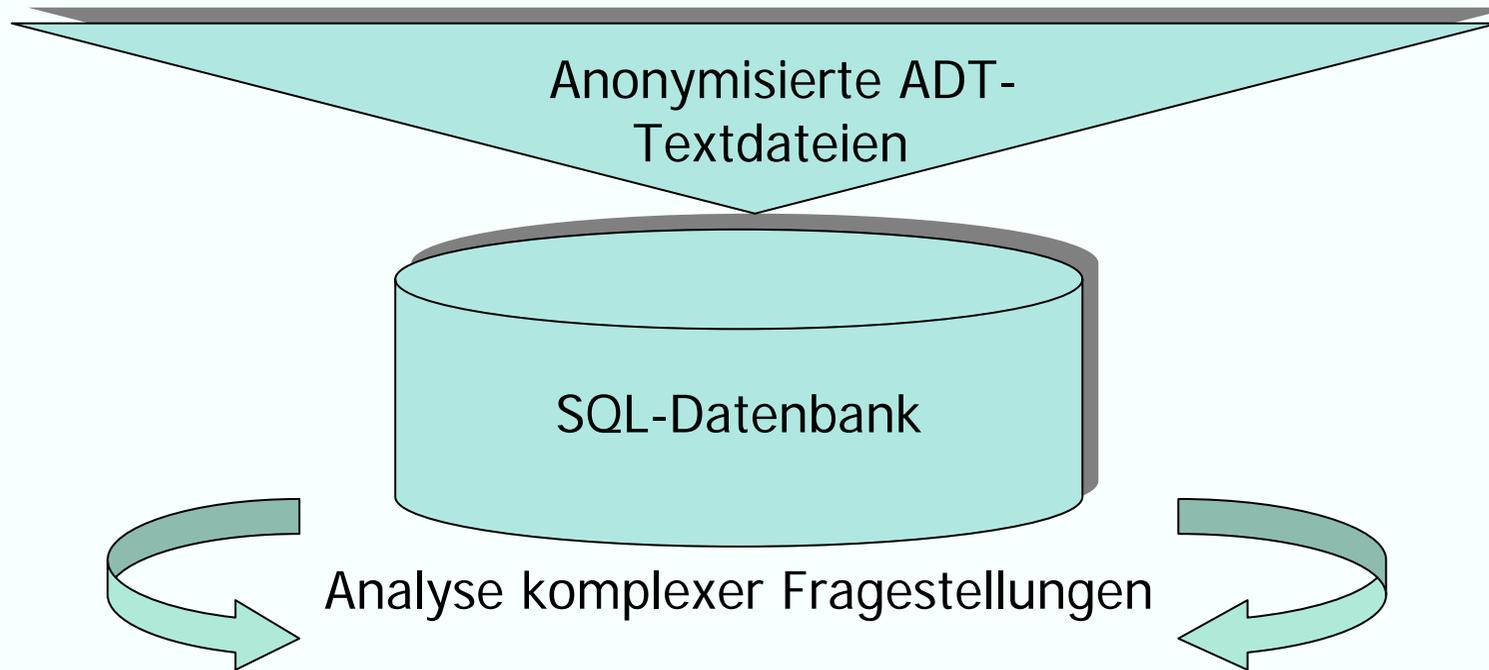
Berichte pro Patient im 3. Quartal 2005



Zusätzliche ausführliche Gespräche pro Arzt im 3. Quartal 2005



- Daten stehen nur für Analysezwecke in Abstimmung mit Berufsverband zur Verfügung
- Keine interne Offenlegung von einzelnen Praxisdaten, auch nicht zum internen Benchmarking
- Publiziert werden ausschließlich aggregierte Daten
- Keine Daten-Weitergabe an externe Stellen
- Keine Kooperation mit der pharmazeutischen Industrie



Zum Beispiel:

- Behandlungssituation von Patienten mit malignen Lymphomen
- Evaluation von Vertragsmodellen der integrierten Versorgung
- Ältere Patienten in der ambulanten onkologischen Versorgung

Seitens der Arztpraxis:

1. Auffinden des unverschlüsselten ADT im Praxis-EDV-System
2. Erstellen des anonymisierten ADT durch WINHO-Tool
3. Versand dieser Datei über sichere Datenleitung an WINHO

Seitens des WINHO:

4. Entschlüsseln der eingegangenen ADT
5. Datei auf SQL-Server kopieren
6. Einlesen des anonymisierten ADT in AMAD
7. Prüfen, ob richtiges Quartal eingesendet wurde
8. Bestätigungsemail oder Fehlernachricht an Arztpraxis

Daten-Anonymisierung und -Selektion

Anonymisieren von ADT-Dateien



WINHO
Wissenschaftliches Institut
der Niedergelassenen Hämatologen
und Onkologen GmbH

Kurzanleitung:

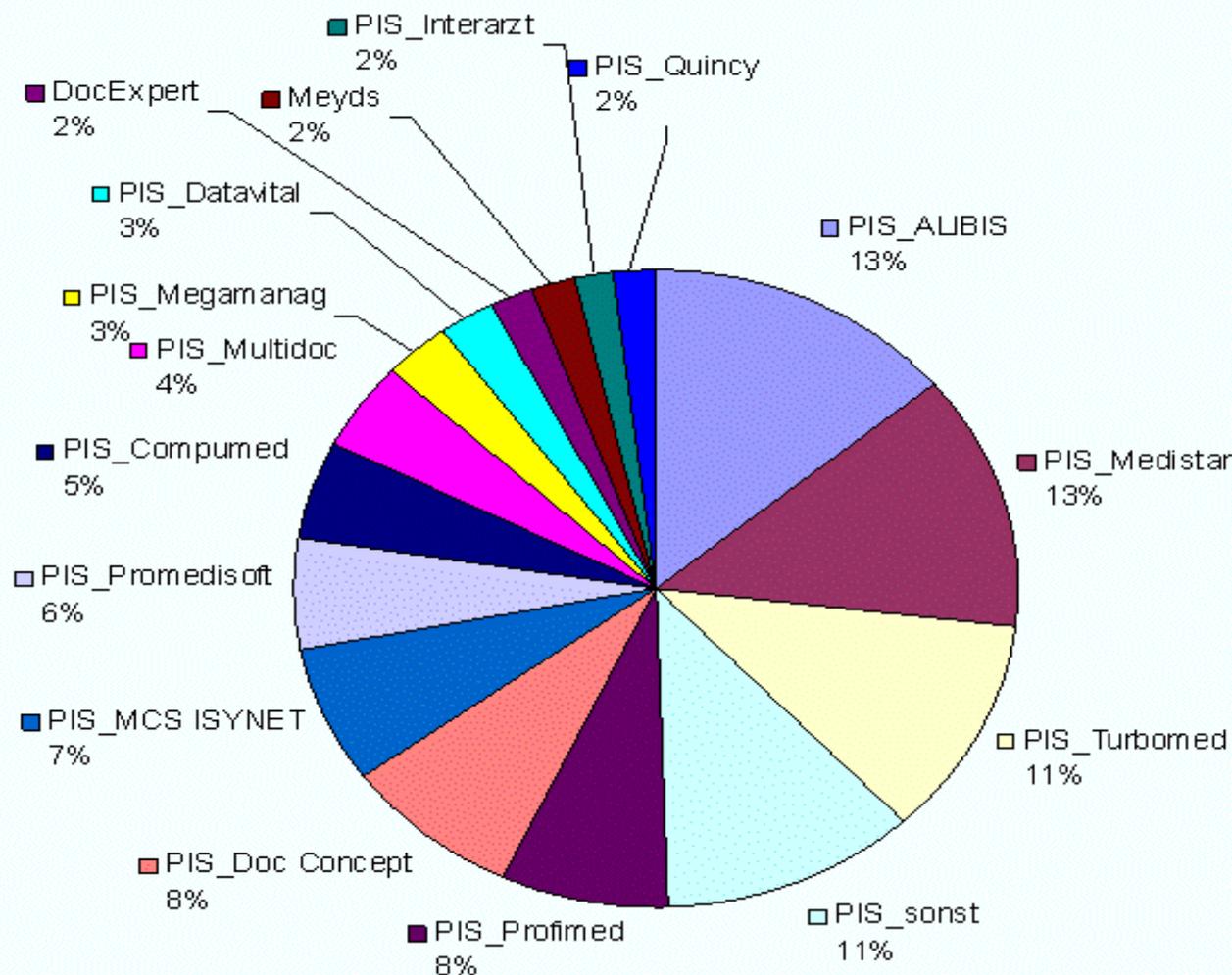
1. Wählen Sie die ADT-Datei, die anonymisiert werden soll.
2. Wählen sie bei Gemeinschaftspraxen einen oder mehrere Ärzte in der unten stehen Liste aus. Es werden nur die Leistungen der markierten Ärzte exportiert.
3. Starten sie die Anonymisierung.

Schritt 1: Noch keine Datei gewählt

Schritt 2:

Schritt 3: Verlauf:

Übersicht über Praxisinformationssysteme

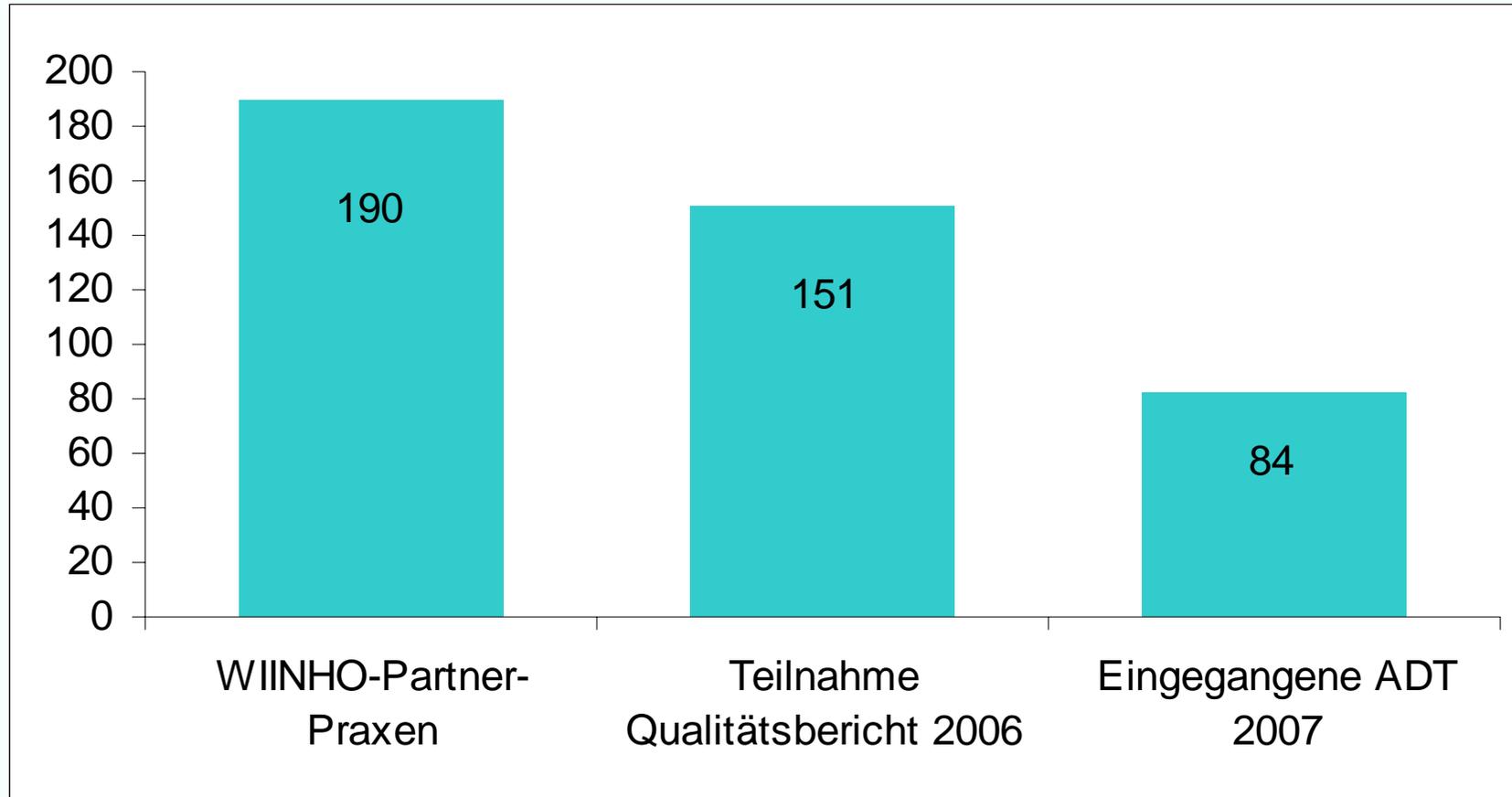


Grundlage: 151 WINHO-Partner-Praxen

Auftretende Schwierigkeiten

1. Unverschlüsselten ADT (*con-Datei) wird nicht gefunden
2. Erforderliche Abrechnungsdatei liegt nicht mehr vor (wurde z.B. von Praxis-EDV überschrieben)
3. In fächerübergreifenden Gemeinschaftspraxen arbeitende Nicht-Onkologen sind keine WINHO-Partner
4. Anonymisierungstool nur für Windows-PC (nicht Macintosh/Linux)
5. Kein PC mit Internetzugang (Datenschutzregelung in Praxen)
6. ADT-Versand über die gesicherte Datenleitung der WINHO-Homepage wird nicht genutzt
7. Anonymisierungs-Programm oder Passwort für die WINHO-Homepage liegen nicht (mehr) vor

Anzahl der beteiligten onkologischen Schwerpunktpraxen



Auswertungsoptionen

Auswertung

Filter

Praxis

Name:

KV-Region: KV-Bezirk:

Patient

Jahrgang von: bis:

Geschlecht:

Abrechnung

Quartal von: bis: Kassen-Nr.:

Diagnose

ICD-Code von: bis:

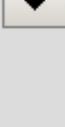
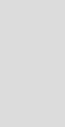
Leistung

GNR:

GNR von: bis:

Gruppierung und Ausgabe

Praxisname
Leistungskennzeichen
Arzt
ID Patient
Geburts-Jahrgang
Geschlecht
KV-Bereich (Patient)
Versichertenart MFR
Quartal
Satzart-Nr
Satzart
Auftrag/Diagnose/Verdach
Versichertenstatus KVK
Überweisung von Praxis-Nr
Überweisung von anderer I
Überweisung an
Kennziffer OI/OII
Kennziffer OIII
Diagnosesicherheit
Praxistyp
ICD-Code
ICD-Text
Seitenlokalisierung
Gebühren-Nr (GNR)

- Patienten (Jahrgang, Geschlecht, Versichertenstatus)
- Region (KV-Bezirk)
- Praxen (Praxisgröße, Praxisarzt)
- Behandlungszugang (Überweisung)
- abgerechnete Leistungen (EBM-Ziffern, Pseudo-Ziffern)
- Zeiträume / Häufigkeiten (Behandlungstag, Quartal)
- Diagnosen (dreistellig, ICD 10)

Bereits bestehende Pauschalierung der EBM-Ziffern begrenzt inhaltliche Aussagekraft der ADT-Auswertungen:

- Ordinations- / Konsultationskomplex
- Verwaltungs- und Berichtsziffern
- Behandlung einer gesicherten onkologischen Erkrankung
- Toxizitätsadaptierte Behandlung (Chemotherapie)
- Infusionen (10 / 60 Minuten), praxisklinische Betreuung
- Transfusionen
- Punktionen
- Laborleistungen
- Übergreifende spezielle Leistungen (Sonographie)
- (Fachinternistischer Basiskomplex)

Diagnoseangaben in den Datensätzen von 76 Praxen 3/2006

Diagnose- sicherheit	Mal. Lymphome ICD C81 – C96	Brustkrebs ICD C50	Bronchialkrebs ICD C33 - C34
V	653	42	55
G	13371	8978	2281
Z	535	928	85
A	178	2	13

Diagnoseangaben in den Datensätzen von 76 Praxen 3/2006

Anzahl	ICD-Code	ICD-Text
25	C50.0	Bösartige Neubildung der Brustwarze und des Warzenhofes
112	C50.1	Bösartige Neubildung des zentraleren Drüsenkörpers der Brustdrüse
118	C50.2	Bösartige Neubildung im oberen inneren Quadranten der Brustdrüse
40	C50.3	Bösartige Neubildung im unteren inneren Quadranten der Brustdrüse
389	C50.4	Bösartige Neubildung im oberen äußeren Quadranten der Brustdrüse
65	C50.5	Bösartige Neubildung im unteren äußeren Quadranten der Brustdrüse
6	C50.6	Bösartige Neubildung am Recessus axillaris der Brustdrüse
353	C50.8	Bösartige Neubildung der Brustdrüse auf mehrere Teilbereiche überlappend
8994	C50.9	Bösartige Neubildung der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet

- Datensatzstrukturen des ADT basieren auf veralteter Systematik der kassenärztlichen Versorgung (Krankenscheine, KV-Bezirke u.a.)
- Komplizierte Datenstruktur: Patientenbezogene Datensätze gelten nur in Verbindung mit Kopfdatensätzen (keine eindeutigen Zeilensätze)
- Diagnose-Angaben sind als zusätzliche Einträge nicht systematisch mit Leistungen verknüpft
- Nicht alle KV'n verlangen bei Gemeinschaftspraxen eine arztbezogene Kennzeichnung
- Große Vielfalt und häufige Veränderungen bei den von den KV'n eingesetzten Pseudo-Ziffern (z.B. für Onkologie-Pauschalen)

- ATD-Diagnose-Daten erlauben keine epidemiologischen Aussagen aufgrund der regionalen Unterschiede von Zuweisung / Praxisdichte
- Ein entscheidender Parameter der onkologischen Behandlung – der Tumorstatus – (Größe, Ausdehnung, Metastasen) wird nicht elektronisch dokumentiert.
- Die Abbildung von Leistungen richtet sich nach der Abrechnung - nicht danach, ob und wie sie erbracht wurden
- Eine Verknüpfung mit Arzneimittel-Verordnungsdaten ist nicht möglich
- Daten zur Langfristversorgung und den Verbleib der Patienten stehen nicht zur Verfügung

messen nicht Qualität direkt, sondern quantitative Merkmale der Patientenversorgung

erfordern laut internationaler Konzepte (u.a. ACHS, CSBS, HEDIS, JCAHO – siehe ÄZQ-Übersicht)

- Allgemeinverständlichkeit, Relevanz
- Evidenzbasierung, Leitlinienbezug
- Eindeutigkeit, Klarheit
- Validität, Reliabilität, Unbeeinflussbarkeit
- Veränderbarkeit des Versorgungsmerkmals
- Adjustierbarkeit gegen Störeinflüsse

beschreiben

- einen Versorgungsprozess oder ein Versorgungsergebnis
- als Verhältniszahl oder als Ereigniszahl

- Es gibt bislang kaum wissenschaftliche evaluierte Indikatoren-systeme für die ambulant-fachgebietsbezogene Versorgung
- Ambulante Indikatoren (z.B. EQUAM u.a.) konzentrieren sich auf globale Prozess- und Strukturmerkmale in einer Einrichtung
- Relevante Endpunkte der Versorgung lassen sich in der Regel nicht sektorbezogen abbilden
- Belegte Surrogatparameter zur Beobachtung kürzerer Zeitfenster der Versorgung stehen nur in Ausnahmefällen zur Verfügung
- Das Problem der Risikoadjustierung stellt besondere Anforderungen, ein externer Leistungsvergleich von Praxen anhand von Indikatoren ist nicht möglich

Struktur- und prozessbezogene Qualitätsindikatoren lassen sich mit anonymisierten Abrechnungsdaten im Rahmen von Querschnittsanalysen teilweise modulieren oder direkt abbilden.

Sie können als Tracer für eine Annäherung an mögliche Schwachstellen im Rahmen des internen Benchmarking dienen:

- Ermittlung von Auffälligkeiten zwischen den Praxen, Bildung von Hypothesen zur weiteren Nachforschung
- Prüfung von ausgewählten vertraglichen Pflichten, z.B. Berichte
- Benchmarking der Praxen in Bezug auf ausgewählte Patientenprozesse, z.B. Kontaktraten, Zeitmanagement

- Konsentierung und Erprobung von ausgewählten Prozessindikatoren
- Routinisierung von ADT-Erhebung, Auswertung und Feedback
- Weitere Optionen:
 - Vollerhebung aller Quartale
 - Pseudonymisierung der ADT und Beobachtung ausgewählter Behandlungsverläufe („interventionsfreies Intervall als Surrogatparameter“)
 - Nutzung der optionalen Felder des ADT für Zusatzdokumentation, z.B. Tumorstaging
 - Kooperation mit Krankenkasse: Verknüpfung mit Versichertenstammdaten, Krankenhausdaten, Pflegedaten



KBV will Qualität der Ärzte erkennbar machen

Berlin, 02. Mai 2007 – Die Qualität von niedergelassenen Ärzten sichtbar machen – dieses Ziel hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gesetzt. Bis Mai 2008 will sie ein Set von Indikatoren vorlegen, mit denen sich die Qualität der von Vertragsärzten und -psychotherapeuten erbrachten Leistungen messen lässt. Vorlegen will die KBV auch Vorschläge, wie Qualität und Vergütung gekoppelt werden können.

...

„Wichtig ist uns, mit Daten zu arbeiten, die ohnehin schon erhoben werden. Den Ärzten soll kein Extra-Aufwand entstehen. ...“, verspricht Köhler. Konsentiertere wissenschaftlich gesicherte Indikatorensets für den ambulanten Sektor gibt es in Deutschland bislang nicht.

Aus: KBV-Pressemitteilung vom 2.5.2007