

Differenzierung klinischer Behandlungspfade in GKV-Routinedaten zur Outcome-Messung am Beispiel der Notfallversorgung

Horenkamp-Sonntag D¹, Thöne K¹, Schneider U¹, Slagman A², Möckel M²

¹Techniker Krankenkasse Hamburg, ²Charité Universitätsmedizin Berlin, Notfallmedizinische Versorgungsforschung

Hintergrund: Jährlich werden 20 Mio. Patienten in den Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser versorgt. Um deren bestmögliche Versorgung zu sichern, müssen Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität standardisiert erfasst und ausgewertet werden, was bislang nur unzureichend erfolgt. Das Innovationsfonds-Projekt ENQuIRE untersucht daher die Art des Einflusses bestimmter QS-Indikatoren (z.B. Zeitfenster bis zum CT) auf die Ergebnisqualität (z.B. Anzahl AU-Tage) der Versorgung. Hierzu sollen in einer Beobachtungsstudie die klin. Daten aus an dem Projekt teilnehmenden Notaufnahmen (n = 15) mit Abrechnungsdaten der TK verknüpft werden. Dabei wird jeweils das Jahr vor (Risikoadjustierung) und nach der Inanspruchnahme (Outcome-Messung) betrachtet.

Ziel: Um die spätere Ergebnisinterpretation besser verstehen zu können, wird eine Nullmessung (i.e.S. Referenzmessung) durchgeführt. In einem ersten Schritt soll beantwortet werden, wie viele/welche Versicherte eine ambulante und/oder stationäre Notfallbehandlung hatten, so dass man in den GKV-Daten homogene Indikationsentitäten identifizieren kann. Bei diesen soll dann anschließend indikationsspezifisch analysiert werden, inwiefern bestimmte Ereignisse (z.B. stationäre Wiedereinweisung) erfolgt sind bzw. in welchem Ausmaß diese eingetreten sind (z.B. Anzahl der AU-Tage).

Methodisches Kernproblem: In GKV-Routinedaten können sowohl die Notfallbehandlung an sich (v.a. im stationären Kontext) als auch die Notaufnahme als Ort der Leistungserbringung (v.a. im ambulanten Kontext) nicht eindeutig abgegrenzt werden.

Lösungsansätze-Ergebnisse: Im stationären Bereich kann man auf das Kennzeichen "Notfall" (07) sowie die damit inhaltlich zusammenhängende Konstellationen (u.a. 02 Arbeitsunfall) referenzieren. Im ambulanten Bereich existieren spezifische EBM-Gebührenordnungspositionen (u.a. GOP 01418 Besuch im organisierten Notdienst). Somit kann man ausgehend von 10.045.594 TK-Versicherten für das Untersuchungsjahr 2017 insgesamt 2.101.169 Versicherte (20,9%) identifizieren, bei denen eine ambulante oder stationäre Notfallbehandlung in Anspruch genommen worden ist. Dabei erfolgen insgesamt ambulant dreimal mehr Notfall-Inanspruchnahmen als stationär, wobei dieser Effekt vor allem bei Kindern ≤ 10 Jahre noch deutlich mehr (6,2 Mal) und bei höherem Alter (≥ 61 J.) deutlich weniger ausgeprägt (1,2 Mal) ist. Im Detail sind aber noch Verbesserungen an der Operationalisierung vorzunehmen. Hierzu zählt einerseits der stationäre Schlüssel für den Aufnahmegrund "Notfall", der in 36,5% aller Krankenhausfälle dokumentiert wird (63,4% Normalfall), der dann in 89,1% der Fälle als "vollstationäre Krankenhausbehandlung" klassifiziert wird (in 5,5% der Fälle fehlt die Angabe). Andererseits kann man aufgrund der Verteilung der ambulanten Fallzahlen differenziert nach Betriebsstätte (n = 37.544) nur für eine kleine Untergruppe die Art der Notfallversorgung bzw. den Ort der Leistungserbringung näher bestimmen (z.B. Anbindung an ein Krankenhaus bei einer jährlichen Fallzahl > 10.000 Versicherten wahrscheinlich, aber bei $n < 10$ unwahrscheinlich).

Diskussion-Schlussfolgerung: Mit GKV-Routinedaten lassen sich Leistungsanspruchnahmen sektorenübergreifend transparent darstellen. Dieses gelingt mit Primärdatenerhebungen nur unter Inkaufnahme von Bias-Effekten. Allerdings finden sich in der Realität der Abrechnungsdaten nicht die idealtypisch zu erwartenden Dokumentationen wieder. Aus diesem Grund sind alternative Operationalisierungsmethoden erforderlich.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Dirk Horenkamp-Sonntag M.Sc. | Techniker Krankenkasse | dr.dirk.horenkamp-sonntag@tk.de | Bramfelder Str. 140 | 22305 Hamburg