Interview mit DIMDI-Direktor Dr. Dietrich Kaiser und Dr. Jochen Dreß, Leiter des Versorgungsdaten-Infosystems

„Ein Anfang ist gemacht“

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ist als Informationsdienstleister des Bundesministeriums für Gesundheit u.a. für die Herausgabe (und z. T. Weiterentwicklung) amtlicher Klassifikationen und medizinischer Terminologien zuständig. Es verantwortet Teile der IT-Plattform des Ministeriums, leitet behördenübergreifende IT-Projekte und betreibt verschiedene umfangreiche Informationssysteme (z.B. zu Arzneimitteln, Medizinprodukten, Health Technology Assessments) und ergänzende Datenbanken; so auch das Informationssystem Versorgungsdaten (Datentransparenz), das im Februar 2014 seinen Pilotbetrieb aufgenommen hat. DIMDI-Direktor Dr. Dietrich Kaiser und Dr. Jochen Dreß, der maßgeblich das Projekt zum Informationssystem Versorgungsdaten leitet, beantworten Fragen von „Monitor Versorgungsforschung“ zur aktuellen Vorgehensweise bei der Zurverfügungstellung der sogenannten DaTraV-Daten.

>> Mit welchen Problemen musste das DIMDI bei der Zurverfügungstellung des Versorgungdaten-Satzes kämpfen, was musste gelöst werden?

Kaiser: Die Herausforderung war die Gesamtaufgabe, für deren Bewältigung das DIMDI in vielen Bereichen Neuland betreten hat. Dies betraf nicht nur Umfang und Typ der Daten (bei unseren anderen Aufgabenbereichen spielen numerische Daten eine untergeordnete Rolle), sondern auch viele Randbedingungen (abweichende Finanzierungsform, Erweiterung der Haushaltsstruktur, standardmäßiger Einsatz von Verwaltungsakten in einer Fachaufgabe). Besonders hervorheben möchte ich hier aber die sorgfältige Analyse und Umsetzung der Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit. Dies galt auf allen Ebenen, von der Basis-Infrastruktur (Schaffung eines isolierten „Rechenzentrums im Rechenzentrum“ des DIMDI) bis hin zur Festlegung von Verfahren, um den Identitätsschutz von Versicherten in den Auswertungsergebnissen sicherzustellen.



Dr. rer. nat. Dietrich Kaiser , bereits seit 1986 für das Institut tätig, ist Direktor des DIMDI.

Für welche Berichtsjahre sind derzeit (Stand: Juni 2014) Daten verfügbar?

Dreß: Die Jahre 2008 und 2009 sind bereits auswertbar, die Daten des Berichtsjahres 2010 werden in Kürze zur Verfügung stehen.

Es besteht in etwa ein Zeitverzug von 4 Jahren zwischen Datenerhebung und Datenverfügbarkeit. Als Grund wird genannt, dass das DIMDI vom BVA die für den morbiditätsbasierten Risikostrukturausgleich aufbereiteten Routinedaten der Krankenkassen erhält, was sehr aufwändig sei. Was wäre zu tun, um diesen Zeitverzug zu mindern?

Kaiser: Der Zeitverzug ergibt sich aus den umfangreichen Plausibilisierungen und Korrekturen, die vom bzw. auf Veranlassung durch das Bundesversicherungsamt vorgenommen werden. Eine Minderung des Zeitverzugs wäre somit gebunden an eine Änderung der Prüfungs- und Korrekturverfahren und damit auch an die zugrunde gelegten Anforderungen an die Datenqualität. Wobei letztere sich zumindest derzeit noch allein aus den Erfordernissen für die Berechnung des MorbiRSA ergeben. Eine Minderung des Zeitverzuges ist in jedem Falle wünschenswert. Hier bedarf es aber zunächst einer Betrachtung des gesamten Prozesses und inhaltlicher Diskussionen. Notwendig sind wahrscheinlich auch vergleichende Analysen bezüglich der Datenqualität und deren Einfluss auf verschiedene prototypische Fragestellungen. Mit diesem Thema werden wir uns ausführlich beschäftigen, wenn die DaTraV-Daten um weitere Daten ergänzt werden sollten.

Gibt es bereits erste Anträge zur Datennutzung? Wenn ja, wie viele? Und: Sind bereits Trends oder Schwerpunkte erkennbar?

Dreß: Ja, es gibt bereits erste Anträge zur Datennutzung. Vier Anträge wurden bisher im Rahmen des Pilotbetriebs eingereicht. Dies ist auf den ersten Blick relativ wenig. Der Grund dürfte sein, dass Antragsteller mit ihrem Antrag ein Auswertungsprogramm einreichen mussten. Ende Juni werden wir die erste Ausbaustufe realisiert haben. Dann wird es möglich sein, Anträge auch ohne ein beigefügtes Auswertungsprogramm zu stellen. Wir erwarten, dass dann die Zahl der Anträge deutlich ansteigen wird. So ist angedacht, das Einsatzspektrum von mehr als 150 Wirkstoffen anhand der DaTraV-Daten zu untersuchen.

Die Datentransparenz-Gebührenverordnung ist am 15. Mai 2014 in Kraft getreten. Mit welchen Kosten muss ein Forscher(team) rechnen, wenn es eine einfache Auswertung eines Berichtsjahrs zum Ziel hat?

Kaiser: Bei einem einfachen und korrekten Antrag mit eingereichtem Auswertungsprogramm, das in keinerlei Weise anzupassen ist, liegen die Kosten dafür bei 500 Euro (200 Euro Grundgebühr + 300 Euro Zusatzgebühr pro ausgewerteten Jahrgang). Müssen wir das Auswertungsprogramm anpassen, werden zusätzlich 100 Euro pro angefallener Arbeitsstunde bis maximal 400 Euro für eben diese Anpassung fällig. In diesem Fall würden die Kosten also insgesamt 900 Euro betragen. Eine Verdopplung dieses Betrages ist möglich, wenn unser Aufwand sehr hoch ist. Dann wäre der Antragsteller aber vor Beginn der eigentlichen Datenauswertung zu informieren.

Rechnen Sie mit Akzeptanz Ihrer vorgeschlagenen Gebührenordnung? Und: Wie soll, falls vorgesehen, hier eine Weiterentwicklung organisiert werden?

Kaiser: Die Gebührenverordnung wurde vom BMG in Abstimmung

mit uns erarbeitet. Dabei musste u.a. berücksichtigt werden, dass das Antragsverfahren entsprechend der Datentransparenzverordnung als Verwaltungsvorgang umzusetzen ist. Die Gebühren konnten zunächst nur anhand von Aufwandsschätzungen festgelegt werden, da das Antragsverfahren noch nicht eröffnet war. Die Gebühreneinnahmen werden nach meiner Einschätzung die Kosten des Verfahrens, die ja der GKV-Spitzenverband trägt, längst nicht decken. Wir werben also um Verständnis für die derzeitige Gebührenverordnung. Sachgerechte Anpassungen werden selbstverständlich möglich sein. Eine der Grundlagen für die Diskussion von Veränderungen wird der Evaluationsbericht sein, den wir zum Ende des kommenden Jahres vorlegen werden. Hier werden selbstverständlich auch die Erfahrungen und die Optimierungsvorschläge der Nutzungsberechtigten Eingang finden.

Von der Zahlung der Gebühren sind die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie das BMG befreit. Warum nicht auch Hochschulen und Universitäten?

Kaiser: Die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sind von den Gebühren befreit, da sie die Kosten für das Informationssystem Versorgungsdaten und die Vertrauensstelle tragen, soweit diese nicht über die Gebühren abgedeckt werden. Das BMG ist als Rechtsaufsicht führende Behörde von den Gebühren befreit. Dass Hochschulen und Universitäten nicht auch von den Gebühren befreit sind, war eine politische Entscheidung im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens. Eine Rolle mag hierbei gespielt haben, dass – ganz allgemein – durch eine Gebührenpflicht erreicht werden kann, dass eher gut durchdachte Anträge gestellt werden.

Derzeit und bis auf weiteres wird sicher vom DIMDI ein hoher personeller Anteil an Zuarbeit zu jedem einzelnen Auswertungsprojekt zu leisten sein. Kann das DIMDI das mit den bestehenden Mitarbeitern leisten?

Dreß: Der personelle Anteil an Zuarbeit pro Auswertungsprojekt lässt sich derzeit schwer abschätzen. Dazu liegen einfach noch zu wenige Anträge vor. Jedoch vermuten auch wir, dass es einen recht hohen Bedarf an Beratung durch meinen Kollegen und mich geben wird. Genaueres können wir wahrscheinlich am Ende dieses Jahres dazu sagen. Im Rahmen unserer Möglichkeiten führen wir auch Workshops u.a. mit der TMF e.V. durch und halten auf Konferenzen Vorträge, um den Nutzungsberechtigten auch auf diesem Wege die DaTraV-Daten vorzustellen sowie deren Nutzungsmöglichkeiten zu erläutern und zu diskutieren.



Dr. med. Jochen Dreß, Fachlicher Leiter des Informationssystem Versorgungsdaten im DIMDI.

Sicher hat auch das DIMDI einen eher begrenzten Mitarbeiterschlüssel. Wie hoch sind die Zeitverzüge zwischen Antragstellung und Bearbeitung derzeit, wie hoch werden sie in Zukunft sein?

Dreß: Auch hier fehlen uns noch die Erfahrungswerte. Die Datentransparenzverordnung gibt vor, dass ein Antrag in drei Monaten zu bescheiden ist. Sie räumt uns allerdings auch die Möglichkeit ein, einen Bescheid um jeweils vier Wochen zu verschieben. Wir sind guten Mutes und selbst gespannt darauf, wie das Ganze zeitlich betrachtet funktionieren wird.

Wie wird die Fachszene – insbesondere das DNVF und die TMF – in die weitere Entwicklung der Datenbereitstellung einbezogen?

Dreß: Mit dem DNVF und der TMF bestehen gute Kontakte. Wir sind auch mit anderen Organisationen, wie dem GKV-Spitzenverband oder der AGENS im Gespräch. Mit der TMF und in Kooperation mit der AGENS, der DGSMP und der DGEpi haben wir bereits zwei Workshops erfolgreich durchgeführt, weitere sind angedacht. Ergänzend gibt es Überlegungen, weitere Gesprächskreise u.a. zu diesem Thema zu initiieren. Dazu liegt uns beispielsweise seitens der TMF auch eine Anfrage vor.

Wird es einen wissenschaftlichen Beirat geben?

Kaiser: Der Beirat des DIMDI, der derzeit neu berufen wird, wird diese neue Aufgabe sicherlich beratend begleiten. Ob ein eigenständiger Beirat für diese Aufgabe eingerichtet werden soll, wird im Evaluationsbericht eingehender behandelt werden, der wie gesagt Ende 2015 vorliegen wird.

Welche Interaktion ist mit Forschern geplant, die keines der z.Zt. sehr beschränkten Programmpakete beherrschen?

Dreß: Ab Ende Juni wird es die Möglichkeit geben, Anträge auch ohne beigefügtes Auswertungsprogramm einzureichen. Ausgehend von der formulierten Fragestellung und auf Basis der Angaben zur Methodik und zur gewünschten Struktur der Ergebnistabellen werden wir dann die Auswertungsprogramme entwickeln und mit den Antragstellern abstimmen. Zu einem späteren Zeitpunkt werden wir ergänzend die Möglichkeit schaffen, SAS- und möglicherweise auch R-Skripte zur Datenauswertung einzureichen.

Wie unterstützt das DIMDI Forscher, die ggfs. wiederholt Fehler in ihrem eingereichten Programmcode haben?

Dreß: Wir werden Forscher nach bestem Wissen und im Rahmen unserer Kapazitäten unterstützen, Fehler zu korrigieren und zu vermeiden. Allerdings werden wir weniger inhaltliche als vielmehr formale Fehler identifizieren und mitbeheben können, wie etwa eine fehlerhafte Syntax der Auswertungsprogramme. Für die inhaltliche Qualität der Fragestellung, der gewählten Methode und deren Umsetzung bleibt immer der Antragsteller selbst verantwortlich. Wir können nicht den notwendigen politischen und wissenschaftlichen Diskurs über die Inhalte und Methoden der angedachten, beantragten und durchgeführten Auswertungsprojekte ersetzen.

Unter welchen Umständen planen Sie, Daten für komplexere Analysen, Linkages etc. abzugeben?

Dreß: Wir können nur dann Daten herausgeben, wenn diese in zusammengefasster, aggregierter Form für den jeweiligen Zweck ausrei-

chen und der Identitätsschutz der Versicherten hinreichend gewahrt bleibt. Ergänzend werden mit Erreichen der zweiten Ausbaustufe bei Bedarf auch Einzeldatensätze vor Ort im DIMDI für Analysen bereitgestellt werden können.

Wird es Verträge z.B. analog den Nutzungsordnungen der Nationalen Kohorte oder des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislaufforschung geben?

Kaiser: Nach der derzeit geltenden Gesetzeslage wird es keine Verträge in der von Ihnen angesprochenen Form geben können. Inwieweit dies geändert werden sollte, wird Gegenstand der Betrachtungen im Evaluationsbericht Ende 2015 sein.

Wie soll die Qualitätssicherung der Ergebniskommunikation erfolgen?

Dreß: Die Ergebnismenge eines Auswertungsprojekts wird in verschlüsselter Form dem Antragsteller per Datenträger zugestellt. Im zugehörigen Bescheid wird diese Ergebnismenge beschrieben. Zudem wird für diese eine Prüfsumme erzeugt. Diese wird wie auch das zur Entschlüsselung der Ergebnismenge erforderliche Passwort dem Antragsteller gesondert mitgeteilt. Anhand dieser drei Informationen (Beschreibung der Ergebnismenge, Prüfsumme und Passwort) kann der Antragsteller die Übermittlung der korrekten Ergebnismenge prüfen und sich im Falle von Unstimmigkeiten an uns wenden.

Ist die Publikation der auf Basis der DIMDI-Versorgungsdaten entstehenden Ergebnisse verpflichtend?

Dreß: Eine Publikation der auf Basis der Basis der DIMDI-Versorgungsdaten entstehenden Ergebnisse ist nicht verpflichtend. Wir bitten jedoch alle Antragsteller um die Freigabe bestimmter Antragsinhalte (Fragestellung, Hintergrund, Methodik, Institution) 12 Monate nach der Bereitstellung der Ergebnismenge für ein zukünftiges DaTraV-Antragsregister, welches allgemein öffentlich zugänglich sein soll.

Wie würde beispielsweise reagiert, wenn zwei Forscher auf der Basis von Auswertungen des DIMDI-Datensatzes zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen?

Dreß: Nur wenn exakt dieselbe Fragestellung mit exakt den gleichen Methoden und Auswertungsroutinen analysiert worden sein sollte, wäre eine solches Ergebnis verwunderlich. Bei widersprüchlichen Ergebnissen wäre zunächst zu prüfen, worin die ggf. auch sehr kleinen Unterschiede der beiden Auswertungsprojekte bestehen. Dies wäre die Aufgabe der beiden Forscher. Sollte dazu beispielsweise ein unmittelbarer Zugriff auf die Einzeldatensätze erforderlich sein, bestünde die Möglichkeit einen Gastarbeitsplatz bei uns zu beantragen.

Das DIMDI hat sich sicher sehr intensiv mit den zur Verfügung gestellten Daten befasst. Welche Datensätze fehlen denn noch aus DIMDI-Sicht?

Kaiser: Allen Beteiligten ist klar, dass diese neue Aufgabe des DIMDI nur ein Schritt hin zur Verbesserung der Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten in Deutschland ist. Weitere Schritte sollen folgen. Genaueres wird sich im Evaluationsbericht finden. Jetzt gilt es aus unserer Sicht erst einmal, das Potenzial der vorliegenden Daten zu ergründen, die demnächst auf vielfältigen Wunsch um ein Regionalkennzeichen ergänzt werden.

Herr Dr. Kaiser, Herr Dr. Dreß, vielen Dank für das Interview. <<
Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

DAK-Versorgungsreport Schlaganfall verwendet „WHO-CHOICE"- und DALY

Modellierung zeigt Effekte optimierter Versorgung

In Deutschland könnten rund 10.000 Schlaganfälle pro Jahr verhindert werden. Das zeigt der erstmals vorgelegte Versorgungsreport Schlaganfall der DAK-Gesundheit, der die gesamte Versorgungskette beim ischämischen Hirninfarkt beleuchtet – von der Primärprävention über die Behandlung bis zur Rehabilitation. Bei diesem Report, der erste einer Berichtsreihe, die das aktuelle Versorgungsgeschehen in einer Reihe von Fokusindikationen in Deutschland aus einer neuen Perspektive betrachten soll, orientiert sich das damit beauftragte IGES-Institut am methodischen Vorbild der so genannten „Generalisierten Kosten-Effektivitäts-Analyse", die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen des Forschungsprogramms „WHO-CHOICE" entwickelt wurde.

>> „WHO-CHOICE" steht für „CHOosing Interventions that are Cost-Effective" und wurde 1998 mit dem Anliegen ins Leben gerufen, politische Entscheidungsträger durch die Sammlung und Bereitstellung evidenzbasierter Informationen und Methoden darin zu unterstützen, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen das „Maximum an Gesundheit" zu erzielen. Im Fall des nun vorgelegten Versorgungsreport Schlaganfall, genauer gesagt der Hirninfarkt (ischämischer Insult), der den größten Teil der Schlaganfälle ausmacht, wurde in den vergangenen Jahrzehnten bei der Prävention und der Versorgung von Schlaganfällen in Deutschland zwar schon viel erreicht, doch kann trotz der unbestrittenen Fortschritte die Schlaganfallversorgung und –prävention weiter als verbesserungsfähig gelten. Der DAK-Versorgungsreport Schlaganfall, der wichtige Stationen der Versorgungskette analysiert, verwendet dazu das ebenfalls von der WHO entwickelte Konzept der „behinderungskorrigierten Lebensjahre", der „disability adjusted life years".

Dieses DALY-Konzept, das wohl in Folge der in Deutschland nur schamhaft geführten Diskussion um QALYs so gut wie nicht genutzt wird, nützt zur Bestimmung von DALYs die durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre (im Englischen „years of life lost", kurz YLL) und kombiniert diese mit einer Behinderung bzw. Einschränkung durch Krankheit verbrachten Lebenszeit („years lived in disability or disease", kurz YLD). Bei der Berechnung der YLD werden nun die mit Behinderung verbrachten Lebensjahre durch einen Gewichtungsfaktor „abgewertet". Der DAK-Versorgungsreport berichtet nicht nur über das Auftreten oder die Verhütung von Hirninfarkten, sondern analysiert die Versorgung, indem die jeweils verursachte bzw. durch eine Versorgungsmaßnahme verminderte „Krankheitslast" berechnet wird.

Die grundsätzliche Vorgehensweise des DAK-Versorgungsreports lässt sich am Beispiel des ersten Report-Schwerpunktthemas „Vorhofflimmern" gut verdeutlichen.

- Ausgangspunkt ist eine Schätzung, wie viele Menschen in Deutschland bzw. unter den Versicherten der DAK-Gesundheit unter einem

Vorhofflimmern leiden. Diese Information wird aus epidemiologischen Studien oder (bei anderen Themen) aus Analysen der Daten der DAK Gesundheit abgeleitet.

- Anschließend wird die aktuelle Versorgung des Vorhofflimmerns analysiert. Im ersten Schritt wird beschrieben, mit welcher Häufigkeit die angezeigten Präventionsmaßnahmen umgesetzt werden.
- Unter Verwendung von Studienergebnissen zur Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen bei Vorhofflimmern wird dann berechnet, wie viele Hirninfarkte unter den aktuellen Versorgungsbedingungen verhindert werden bzw. trotzdem noch auftreten und dem Vorhofflimmern zuzuordnen sind.
- Für die resultierenden Hirninfarkte werden dann die DALY berechnet.

Diese Analyse der aktuellen „Ist-Versorgung" wird aber noch um zwei alternative Szenarien ergänzt: Um abschätzen zu können, wie groß der Nutzen der aktuellen Versorgung ist, wird die fiktive Situation berechnet, wie viele Hirninfarkte auftreten würden, wenn es die heutigen Präventionsmaßnahmen bei Vorhofflimmern nicht gäbe (Fiktives Null-Szenario). Im letzten Schritt wird berechnet, wie sich die Situation ändern würde, wenn die aktuelle Versorgung optimiert würde, also wie viele Hirninfarkte und damit verbundene DALY zusätzlich vermieden werden könnten (Optimierungs-Szenario).

Vorhofflimmern

Innerhalb des Vorhofflimmerns (VHF), der am häufigsten vorkommenden, anhaltenden Herzrhythmusstörung, wird beim vorgelegten DAK-Versorgungsreport auf das Nicht-valvuläre VHF betrachtet, das 97% des VHF insgesamt ausmacht.

Bei Vorhofflimmern soll nun der Arzt nach den geltenden Leitlinien eine Einstufung des Risikos vornehmen. Bei einem entsprechenden Risiko (trifft auf ca. 90 % der VHF-Patienten zu) und wenn keine Kontraindikationen vorliegen, soll eine vorbeugende Behandlung mit Medikamenten zur „Oralen Antikoagulation (OAK)" durchgeführt werden. Studien haben laut IGES gezeigt, dass das Vorhofflimmern

- nur bei zwei Dritteln der Betroffenen entdeckt wird
- nach Entdeckung nur bei der Hälfte der mit OAK behandelbaren Patienten (bei Behandlungsempfehlung und fehlenden Kontraindikationen) auch medikamentös behandelt wird.

Der DAK-Versorgungsreport Schlaganfall analysiert das Potenzial einer Verbesserung der Entdeckung und Behandlung des Vorhofflimmerns im Hinblick auf die Senkung der Krankheitslast des Hirninfarkts.

Vorhofflimmern (VHF)

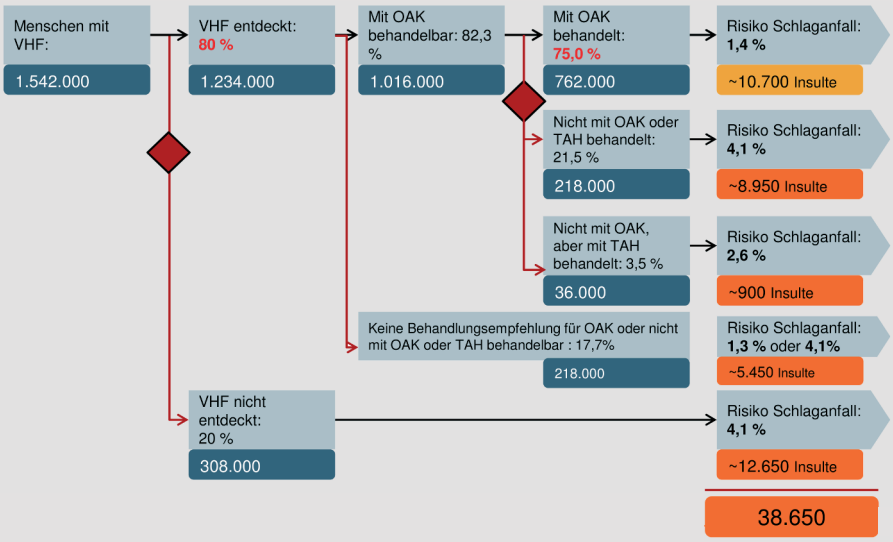
VHF ist die am häufigsten vorkommende anhaltende Herzrhythmusstörung. Sie tritt bei 1-2% der Bevölkerung auf. Die Prävalenz des VHF steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Es handelt sich um eine Störung im Erregungsleitungssystem des Herzens mit der Folge, dass sich Blutgerinnsel („Thromben") im Herzen bilden können. Lösen sich die Thromben, kann es zu einem Gefäßverschluss („Thrombembolie") und zu einem Infarkt, zumeist im Gehirn, kommen. Das Vorhofflimmern stellt einen der bedeutsamsten unabhängigen Risikofaktoren für ein Schlaganfallereignis dar. Im Mittel weisen Patienten mit VHF ein ca. 4- bis 5-fach erhöhtes Schlaganfallrisiko auf.

Konzept des DALY

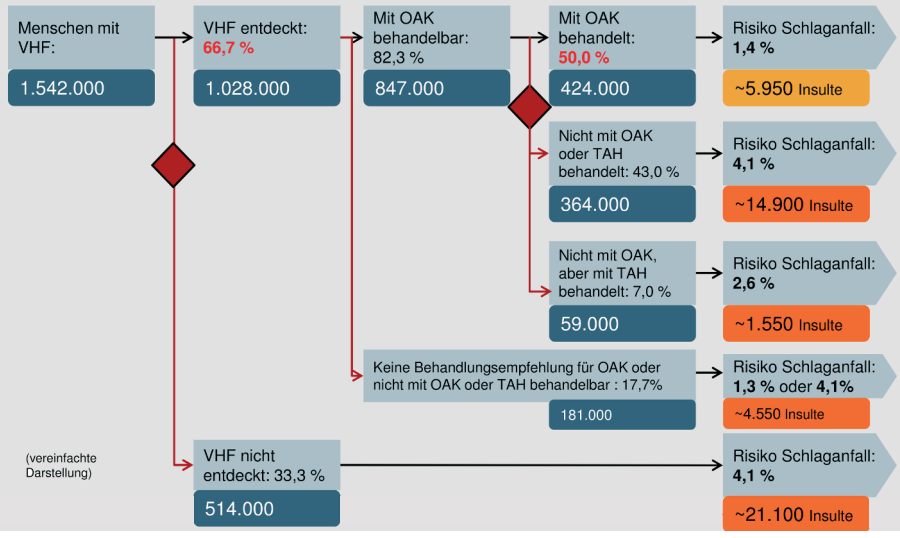
Die Berechnung dieser Todes- und Krankheitslast mit Hilfe von DALYs lässt sich, wie Hans-Dieter Nolting vom IGES-Institut erklärte, an einem Beispiel gut nachvollziehen. Bei diesem Beispiel leben zum Ausgangspunkt 100 Personen im Alter von 50 Jahren. Nun leben 50-jährige im Durchschnitt noch 30 Jahre, die 100 Personen zusammen also 3.000 Jahre.

- Fall 1 ist der „Basisfall". Alle 100 Personen leben noch 30 Jahre, die sie bei völliger Gesundheit verbringen. Es treten keine vorzeitigen Todesfälle auf (YLL=0) und die Lebensjahre werden auch nicht „abgewertet" wegen krankheitsbedingter Behinderungen (YLD=0). Ergebnis: 0 DALYs.
- In Fall 2 tritt eine Krankheit auf, die dazu führt, dass 20 Personen sterben (YLL: 20 * 30 Jahre = 600) und die überlebenden 80 Personen mit einer leichten bleibenden Behinderung noch 30 Jahre leben. Diese 30 Jahre werden jedoch mit dem Faktor 0,2 abgewertet (YLD=80* 30 Jahre * 0,2=480). Die verursachte Krankheitslast beträgt somit 600 YLL + 480 YLD = 1.080 DALY.

Modellierung Behandlung des Vorhofflimmerns



Effekte einer optimierten Versorgung



Statement Prof. Dr. hc. Herbert Rebscher (DAK)



„Würde das Vorhofflimmern bei vier von fünf Patienten erkannt und überwiegend behandelt, ließen sich in jedem Jahr 9.400 erstmalige Schlaganfälle vermeiden“, erklärt DAK-Chef Rebscher.

... Wir wollen die Hürden erkennen, die eine Steigerung behindern und Maßnahmen benennen, die die Effizienz steigern. Dieses sind klassische Aufgaben und Ziele der Versorgungsforschung, die vor dem Hintergrund der häufigen gesetzlichen und ökonomischen Eingriffe in das bestehende Versorgungssystem unabdingbar sind. Die Auswirkungen von Veränderungen und die Folgen für die Patienten müssen wissenschaftlich aufgearbeitet werden. Nur dann werden positive Effekte erkannt und genutzt sowie Fehlentwicklungen verhindert.

Bei der Suche nach Optimierungsmöglichkeiten können wir auf Grund unserer umfangreichen Routine-Daten einen wesentlichen und wichtigen Teil zur Versorgungsforschung beitragen. Die Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen gelten als wertvolle Quelle für Erkenntnisse im Gesundheitswesen. Die Auswertung von Patientendaten hat sich in den letzten Jahren rasant weiterentwickelt. Sie bietet den Krankenkassen die Chance, die medizinische Versorgung in Deutschland weiter zu verbessern.

Dies möchten wir Ihnen am Beispiel unseres neuen Versorgungsreports Schlaganfall verdeutlichen: Wir analysieren mit einer innovativen Methodik, die von der WHO entwickelt wurde, die Verbesserungspotentiale in der Versorgung von Schlaganfall-Patienten. Die Analyse erstreckt sich über die gesamte Versorgungskette von der Prävention über die Behandlung bis zur Rehabilitation. Ziel des Reports ist es aufzuzeigen, wie und in welchem Umfang bessere Therapieergebnisse für die Versicherten erzielt werden können.

Die Ergebnisse der Versorgungsforschung könnten eine wichtige Grundlage für den Dialog mit Patienten und Ärzten bilden. Doch uns sind die Hände gebunden: Wenn wir bei der Behandlung eines Versicherten beraten wollen, stellen die gesetzlichen Regelungen zum Sozialdatenschutz hohe Hürden dar. Denn um Patienten und Ärzte gezielt ansprechen und informieren zu können, müssten wir sie zuvor anhand unserer Routinedaten identifizieren dürfen. Die geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen erschweren uns dies stark.

Auch wir halten strenge Datenschutzbestimmungen für unverzichtbar. Allerdings wünschen wir uns, dass der Gesetzgeber den Kassen mehr Handlungsspielraum einräumt. Die Verarbeitung und Nutzung der ihnen vorliegenden Daten für die Unterstützung und Beratung der Patienten im Rahmen des Versorgungsmanagements sollte möglich sein. Bei den so genannten Disease-Management-Programmen funktioniert dies schon sehr gut. Hier hat der Gesetzgeber den Kassen bereits Möglichkeiten der Patientenansprache eröffnet. Auch bei unseren zahlreichen Spezialisten-Netzwerken, den IV-Verträgen, können die Erkenntnisse der Versorgungsforschung strukturell berücksichtigt werden und in sektorübergreifende Behandlungspfade einfließen. Wenn man die auch im politischen Raum immer wieder aufgestellte Forderung nach einem mündigen Patienten ernst nimmt, dann sollte man auch darüber nachdenken, wie und in welcher Form der Patient von seiner Krankenkasse angesprochen werden darf. Erfreulicherweise scheint es den politischen Akteuren mittlerweile bewusst zu sein, dass die Krankenkassen hier mehr Spielraum benötigen: Die Regierungsparteien haben im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode entsprechende Änderungen angekündigt. ...

Aktuelle Ist-Versorgung

Die Gesamtzahl der Menschen mit VHF in Deutschland wird vom DAK-Versorgungsreport (unter Verwendung der Ergebnisse der sog. Rotterdam-Studie, Heeringa et al. 2006) auf etwa 1,5 Mio. geschätzt. Davon werden heute nur etwa 66,7% (ca. 1 Mio.) entdeckt. Ca. 181.000 dieser Patienten werden nicht mit OAK behandelt, weil wegen fehlender sonstiger Risiken keine Behandlungsempfehlung besteht oder weil eine Kontraindikation vorliegt.

In dieser Gruppe treten pro Jahr ca. 4.550 Schlaganfälle auf. Es verbleiben ca. 847.000, die mit OAK behandelt werden könnten. Tatsächlich behandelt wird jedoch nur die Hälfte, d.h. etwa 424.000 Patienten. Diese mit OAK behandelten Patienten haben ein jährliches Schlaganfallrisiko von ca. 1,4%, d.h. es treten knapp 6.000 Schlaganfälle auf.

Menschen mit VHF, die gar nicht medikamentös behandelt werden, haben demgegenüber ein deutlich höheres Schlaganfallrisiko von 4,1%.

Ein Teil der Patienten (ca. 59.000), die eigentlich mit OAK behandelt werden könnten, wird zu mindest mit einem Thrombozyten-Aggregations-Hemmer (TAH) behandelt, der das Schlaganfallrisiko auf 2,6% senkt, also weniger stark als die OAK.

Zusammen entfallen auf die knapp 850.000 erkannten und grundsätzlich mit OAK behandelbaren Personen aktuell ca. 22.400 Schlaganfälle. Hinzu kommen die Schlaganfälle der 514.000 Personen, bei denen das Vorhofflimmern bisher nicht entdeckt wurde, die auf ca. 21.000 geschätzt werden.

Bei der Modellierung werden nicht nur Hirninfarkte betrachtet, sondern alle Schlaganfallarten. Dies ist erforderlich, weil die Behandlung mit OAK zu einer geringfügigen Erhöhung des Risikos für das Auftreten einer Hirnblutung führt. Die gravierendste Nebenwirkung einer vermehrten Behandlung mit OAK ist also bei der Abschätzung der Effekte der Versorgungsoptimierung mit berücksichtigt.

In einem fiktiven „Null-Szenario“ wird nun geschätzt, wie viele Schlaganfälle ohne primärpräventive Behandlung mit OAK und TAH auftreten würden. Wobei schon durch die bestehende Versorgung im Bereich der Primärprävention bei Vorhofflimmern ca. 12.300 Schlaganfälle pro Jahr verhindert werden. Für die aktuell bestehende Primärprävention bei VHF errechnet sich damit folgende Wirksamkeit (im Vergleich zum „Null-Szenario“):

- In Deutschland werden pro Jahr etwa 12.300 Schlaganfälle und 36.100 DALYs verhindert.
- Bezogen auf die DAK-Gesundheit sind es jährlich 1.100 Hirninfarkte und 3.200 DALYs.

Die „optimierte“ Versorgung

Für das Optimierungs-Szenario wurden folgende Ziele formuliert:

- Die Entdeckungsrate des Vorhofflimmerns steigt von heute 66,7% auf 80 %.
- Die Behandlungsrate bei den für eine Behandlung mit OAK geeigneten Patienten steigt von heute 50% auf 75%.

Wendet man diese Prämissen in der vorgeschlagenen Größenordnung an, würden folgende Effekte erzielt: In Deutschland könnten pro Jahr zusätzlich etwa 9.400 Hirninfarkte und 27.500 DALYs verhindert werden. Bezogen auf die DAK-Gesundheit sind es immerhin och 830 Hirninfarkte und 2.400 DALYs.

Legt man die Ergebnisse des Erlanger Schlaganfallregisters zu den Behandlungskosten eines Hirninfarkts zugrunde, entsprechen 9.400 Hirninfarkte einer Einsparung von ca. 141 Mio. Euro nur im ersten Jahr. Auf die gesamte Lebenszeit der Betroffenen gerechnet sind es ca. 404 Mio. Euro (diskontiert mit 3%). Diesen Einsparungen sind die zusätzlichen Behandlungskosten gegenüber zu stellen. Nur für die Behandlung von ca. 340.000 zusätzlichen VHF-Patienten mit OAK (Vitamin-KAntagonisten, Tagestherapiekosten 0,25 Euro) sind pro Jahr ca. 31 Mio. Euro anzusetzen. Selbst wenn man von zusätzlichen Kosten für das Erreichen der Optimierungsziele ausgeht, sind positive Nettoeffekte zu erwarten. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier