

# Verknüpfung von Survey- und GKV-Routinedaten chronisch kranker Patienten im Rahmen der Studie RAC

Blümel M<sup>1</sup>, Röttger J<sup>1</sup>, Fuchs S<sup>1</sup>, Engel S<sup>2</sup>, Grenz-Farenholtz B<sup>2</sup>, Linder R<sup>2</sup>, Busse R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Technische Universität Berlin – Fachgebiet Management im Gesundheitswesen; BerlinHECOR  
<sup>2</sup>Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen

## Hintergrund und Ziel

Responsiveness ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickeltes Konzept, welches beschreibt inwiefern ein Gesundheitssystem die legitimen Erwartungen seiner Nutzer erfüllt [1]. Ziel der Studie „Exploring health system responsiveness in ambulatory care and disease management and its relation to other aspects of health system performance assessment“ (RAC) ist es, Determinanten der wahrgenommenen Responsiveness von chronisch kranken Patienten mit Typ 2 Diabetes und/oder Koronarer Herzkrankheit (KHK) in ambulanten Versorgungsstrukturen zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurde ein Patientensurvey durchgeführt und die so gewonnenen Daten mit Routinedaten der Techniker Krankenkasse verknüpft. Da es sich um besonders schutzbedürftige Daten handelt, setzt die Verknüpfung von Befragungs- und Routinedaten das Einverständnis der Befragten voraus. Bisher gibt es wenige Informationen zur Akzeptanz eines solchen Vorgehens bei den Befragten. Im folgenden wird das Verfahren zur Generierung eines Datensatzes mit Befragungsdaten von chronisch Kranken in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen (Nicht-/Teilnahme an Disease Management Programmen (DMP)) sowie die Verknüpfung dieser Daten mit Routinedaten der Techniker Krankenkasse auf Individualenebene beschrieben. Darauf folgt die Analyse des Rücklaufs von Fragebögen und Einverständniserklärungen.

## Stichprobenziehung

Die gesetzliche Grundlage zur Identifizierung einer Stichprobe chronisch kranker Personen aus GKV Routinedaten bildet § 284 SGB V, der zur Gewinnung von Versicherten für DMPs sowie zu deren Betreuung die Speicherung und Nutzung von Sozialdaten regelt und erlaubt [2].

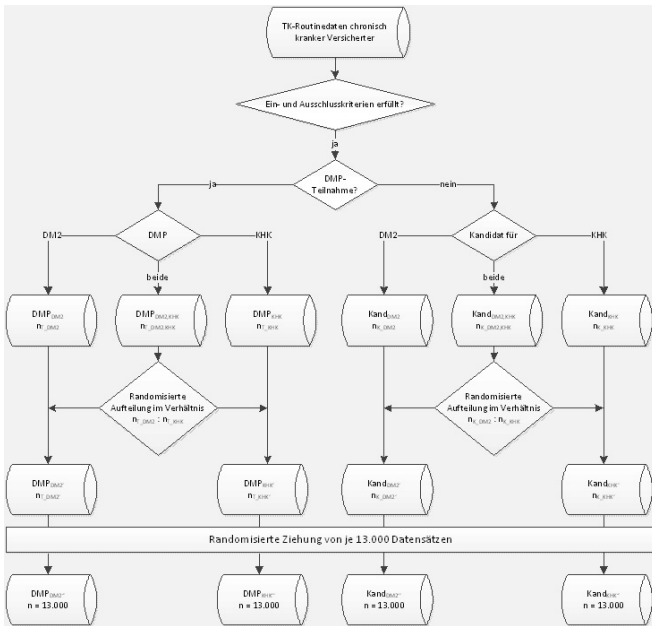


Abbildung 1: Stichprobenziehung

Für die Indikationen KHK und Diabetes Typ 2 wurde die Stichprobe jeweils aus DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern gezogen (siehe Abb.1). Den Befragten wurden ein Fragebogen, eine Patienteninformation sowie die Einverständniserklärung zur Verknüpfung ihrer Befragungsdaten mit den Routinedaten zugeschickt. Die Daten wurden über ein Pseudonym verknüpft.

## Rücklaufanalyse

Abbildung 2 zeigt den Ausschluss von Fällen und den daraus resultierenden Netto-Rücklauf. Von den insgesamt n=51.998 angeschriebenen Patienten sendeten 17.213 (33,1%) den Fragebogen und 16.672 (32,1%) die Einverständniserklärung zurück, was einem Brutto-Rücklauf von 33,3% entspricht (17.311 einzelne Fälle). Von 16.573 (31,9%) verknüpften Fällen wurden aufgrund eines nur unzureichend ausgefüllten Fragebogens und nach Plausibilitätsprüfung insgesamt 1.008 Fälle ausgeschlossen. Der finale Rücklauf verknüpfter Fälle beträgt n=15.565 (29,9%). Tabelle 1 kann der Rücklauf der Subgruppen gesplittet nach den Kategorien Geschlecht, Alter, DMP-Teilnahme und dem Bundesgebiet (Ost/West) entnommen werden. Patienten mit

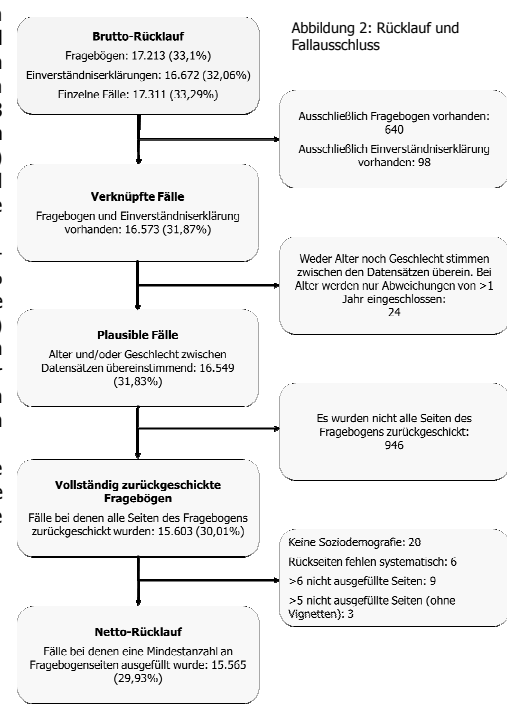


Abbildung 2: Rücklauf und Fallausschluss

Diabetes haben in ausnahmslos allen Kategorien einen geringeren Rücklauf als Patienten mit KHK. Männer haben in beiden Subgruppen häufiger geantwortet als Frauen. Der Rücklauf nimmt mit dem Alter zu und fällt in der Gruppe der >80-Jährigen wieder ab. Der Rücklauf in den Bundesländern rangiert zwischen 41,0% für KHK und 34,8% für Diabetes in Sachsen und zwischen 25,9% bzw. 21,4% in Mecklenburg-Vorpommern.

Tabelle 1: Rücklauf getrennt nach Subgruppen (KHK und Diabetes Typ 2)

	KHK			Diabetes Typ 2		
	angeschrieben (n)	final verknüpft (n)	Rücklauf-quote	angeschrieben (n)	final verknüpft (n)	Rücklauf-quote
<b>Geschlecht</b>						
weiblich	7.959	2.131	26,77%	9.691	2.326	24,00%
männlich	18.040	6.345	35,17%	16.308	4.763	29,21%
<b>Alter</b>						
<=60 Jahre	6.245	1.292	20,69%	8.521	1.485	17,43%
61 – 65 Jahre	3.185	902	28,32%	3.852	1.044	27,10%
66 – 70 Jahre	3.546	1.216	34,29%	3.831	1.182	30,85%
71 – 75 Jahre	5.547	2.220	40,02%	4.690	1.645	35,07%
76 – 80 Jahre	4.280	1.763	41,19%	3.246	1.186	36,54%
>80 Jahre	3.196	1.083	33,89%	1.859	547	29,42%
<b>DMP Teilnahme</b>						
ja	13.000	5.141	39,55%	13.000	4.228	32,52%
nein	12.999	3.335	25,66%	12.999	2.861	22,01%
<b>Bundesgebiet</b>						
der ehemaligen BRD	20.534	6.608	32,18%	20.154	5.399	26,79%
der ehemaligen DDR	5.465	1.867	34,16%	5.845	1.690	28,91%
<b>Gesamt</b>	25.999	8.476	32,60%	25.999	7.089	27,27%

## Schlussfolgerungen

Mit einer bereinigten Rücklaufquote von 29,93% konnte die Stichprobe sehr gut ausgeschöpft werden. Es fällt auf, dass die DMP-Teilnehmer in beiden Subgruppen einen deutlich höheren Rücklauf aufweisen. Die Bereitschaft zur Verknüpfung persönlicher Daten bzw. zur Teilnahme an Befragungen scheint bei Patienten in Versorgungsmodellen höher zu sein. Gleichzeitig zeigt sich ein geringerer Rücklauf in der Subgruppe der Diabetes Patienten, welcher sich möglicherweise durch die hohe

Anzahl an Befragungen zur DMP-Evaluation in dieser Indikation und einer daraus resultierenden Übersättigung der Befragten erklärt. Die geläufige Annahme, dass jüngere Befragte eine höhere Teilnahmebereitschaft zeigen, kann anhand dieser Daten nicht bestätigt werden [3]. Allerdings liegt das mittlere Alter in der Stichprobe sehr hoch; in der Gruppe KHK bei 70,67 Jahren (Median: 73) und in der Gruppe Diabetes bei 67,95 Jahren (Median: 70).

## Literatur

- [1] Valentine N, Darby C, Bonsel GJ (2008): Which aspects of non-clinical quality of care are most important? *SSM* 66 (2008):1939-1950.
- [2] Horenkamp-Sonntag D, Linder R, Köppl D, Wildner D (2014): Dokumentation der Disease-Management-Programme. In: Swart et al. (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern: 63-73.
- [3] Lüdtke O, Tomasik MJ, Lang FR (2003): Teilnehmerwahrscheinlichkeit und Stichprobenselektivität in altersvergleichenden Erhebungen. *Z Entwicklung Pädagogik* 35 (3):171-180.

## Kontakt

Miriam Blümel  
 miriam.bluemel@tu-berlin.de  
 (http://mig.tu-berlin.de)