

GKV-Routinedaten in der onkologischen Versorgungsforschung

Siegfried Geyer, Christoph Kowalski

In den letzten Jahren hat die Verwendung von Routinedaten gesetzlicher Krankenversicherungen (GKV) in der Versorgungsforschung rasant zugenommen. Wir zeigen anhand dreier Beispiele Möglichkeiten der Nutzung von GKV-Routinedaten in der onkologischen Versorgungsforschung auf: Anhand des Zervixkarzinomscreenings, des Brustkrebscreenings sowie am Beispiel sozialer Ungleichverteilungen bei malignen Erkrankungen. Zukünftig ist noch eine Ausweitung der Nutzung von Routinedaten zu erwarten, denn zum einen wird die Zahl der für Studien verfügbaren Kalenderjahre zunehmen und zum anderen ist zu beobachten, dass die Zahl der Krankenversicherungen zunimmt, die ihre Daten für eine wissenschaftliche Nutzung zur Verfügung stellen.

GKV-Routinedaten in der Versorgungsforschung

Sprechen wir von GKV-Routinedaten, so meinen wir „Abrechnungsdaten“, also Daten, deren Primärzweck die Abrechnung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ist. Die zunehmende Bereitschaft gesetzlicher Krankenversicherungen (GKV), Forschern diese Daten für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung zu stellen, macht die Daten dann zu „Sekundärdaten“. Dies hat die Möglichkeiten der Versorgungsforschung erheblich erweitert. War die Verwendung von GKV-Routinedaten in den 1980er und 1990er Jahren noch eine Thematik für Spezialisten und Datenpioniere, hat sich die Situation in den letzten Jahren deutlich verändert. Um die Verwendung von Routinedaten hat sich seit der Jahrtausendwende in Deutschland eine sehr aktive interdisziplinäre Forschungsgemeinschaft entwickelt, was sich in einer steigenden Zahl von Studien [1] und in zwei Handbüchern [2, 3] niedergeschlagen hat.

Einen weiteren Entwicklungsschub gab es durch die Möglichkeit, Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) im Rahmen eines Antragsverfahrens beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Infor-

mation (DIMDI) zu nutzen. Zwar ist die Anzahl der gestellten Anträge überschaubar, doch vermutlich fördert die bloße Möglichkeit das Bewusstsein für die Daten und deren Potenziale. Auch im Ausland hat die Beschäftigung mit vergleichbaren Daten eine lange Tradition, im englischen Sprachraum werden sie zu meist als „claims data“ bezeichnet.

Was steckt in den Daten?

GKV-Routinedaten enthalten neben Angaben zu stationären Aufenthalten mit Diagnosen nach ICD-10, Behandlungsprozeduren mit OPS-Codes und der zeitlichen Dauer stationärer Aufenthalte auch ambulante Leistungen mit ICD-Codes sowie Daten zu Rehabilitationsmaßnahmen. Für Hauptversicherte liegen Angaben zu Bildung, Beruf und Einkommen, Perioden von Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeitszeiten vor. Dies ermöglicht es, Analysen zu sozialen und Altersunterschieden in der Inanspruchnahme und der Versorgung durchzuführen. Unter Einbeziehung der Informationen zu behandelnden Krankenhäusern und unterschiedlichen Versorgungsformen können in begrenztem Rahmen auch Studien zur Qualitätssicherung durchgeführt werden. Allerdings bilden GKV-Routinedaten immer nur einen Teil der Sozial-

struktur ab. Es existieren zum Teil erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der Versichertenstruktur zwischen GKVen – privat Versicherte sind naturgemäß gar nicht vertreten. Eine wesentliche weitere Einschränkung für die Nutzung in der Onkologie ergibt sich daraus, dass es sich nicht um Behandlungsdokumentationen handelt, sondern um Abrechnungsdaten. So enthalten GKV-Daten zwar ICD-Codes und OPS-Prozeduren, aber keine Informationen zu Tumorstadien oder zu stationär verordneten Medikamenten. Erweiterungen sind durch die Kombination von Inanspruchnahmedaten mit klinischen und Befragungsdaten möglich, jedoch gibt es beim Datenlinkage zum Teil hohe rechtliche Hürden, die sich je nach Bundesland unterscheiden können.

Mit den folgenden drei Beispielen demonstrieren wir die Möglichkeiten der Verwendung von Routinedaten in der Onkologie. Die Möglichkeiten ihrer Nutzung sind damit jedoch längst nicht ausgeschöpft.

Beispiel 1: Teilnahme am Zervixkarzinomscreening

In einer Studie zur Inanspruchnahme des Zervixkarzinomscreenings wurden die Daten der AOK Niedersachsen der Jahre 2006 bis 2011

(Fallzahlen: circa 1 Mio. pro Jahr) verwendet [4]. Die Inanspruchnahmeraten stiegen über die Zeit von 44,8 % im Jahr 2006 auf 47,6 % im Jahr 2011 unter den Patientinnen im Alter von 20 Jahren und darüber zwar nur wenig an, jedoch vergrößerten sich die relativen sozialen Ungleichheiten zu Ungunsten der Versicherten mit geringerer Ausbildung. Zudem sanken die Teilnahmeraten nach dem 35. Lebensjahr deutlich ab. Die nach Alter ungleiche Inanspruchnahme und die im Vergleich zu Ländern mit einem einladungs-basierten Screening insgesamt geringeren Raten sind ein Argument für organisierte Screeningprogramme, die mit einer Reduzierung von Ungleichheiten in der Inanspruchnahme verbunden sind, wie etwa das Beispiel des Brustkrebscreenings zeigt. Mit der zunehmenden Zahl verfügbarer Kalenderjahre verbessern sich perspektivisch auch die Möglichkeiten, die Teilnahme am Screening mit den Auftretenswahrscheinlichkeiten des Zervixkarzinoms in Zusammenhang zu setzen.

Beispiel 2: Teilnahme am Brustkrebscreening

Das Brustkrebscreening wird in Deutschland im Rahmen eines Einladungsprogramms durchgeführt. Begleitend werden Qualitätssicherungsdaten erhoben. Die Verwendung von GKV-Routinedaten kann dabei einen zusätzlichen Nutzen erbringen. Beispielsweise können detaillierte Analysen zu den sozialen Gruppen durchgeführt werden, die das Screening häufiger oder weniger häufig nutzen. Zudem ist es möglich, das einladungs-basierte Screening mit der Inanspruchnahme des „grauen“ Screenings vor Etablierung des Einladungsprogramms zu vergleichen. In einer noch unveröffentlichten Studie zeigte sich, dass die Teilnahme am Einladungsscreening wäh-



© Peter Atkins – Fotolia

rend der Implementationsphase von 2005 bis zum Jahr 2009 stetig anstieg. Während die Teilnahme der Frauen mit Hochschulabschluss 2005 höher lag als in den anderen Qualifikationsgruppen, drehte sich das Verhältnis über den Zeitverlauf um, und die Hochschulabsolventinnen hatten 2009 den relativ niedrigsten Anteil an den Teilnehmerinnen. Die Teilnahme am grauen Screening nahm über die gleiche Zeitperiode kontinuierlich ab, jedoch waren die Hochschulabsolventinnen hier durchgängig am stärksten vertreten.

Beispiel 3: Soziale Ungleichheiten bei malignen Erkrankungen

Die von den Krebsregistern und vom Robert-Koch-Institut veröffentlichten Daten enthalten eine große Zahl von Informationen zum Krebsgeschehen [5], jedoch erlauben sie keine Differenzierung nach sozio-ökonomischen Merkmalen. Sie sind auch nicht mit Daten zu weitergehenden Maßnahmen oder Behandlungen verbunden, die den Krankheitsverlauf verändern könnten, wie z. B. mit der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen oder dem poststationären Berufsverlauf. In einer Studie mit

Daten der AOK Mettmann wurde untersucht, ob bei vier verschiedenen Krebsarten (maligne Erkrankungen der Lunge, des Magens, des Darms sowie Brustkrebs) soziale Ungleichverteilungen auftreten [6]. Es zeigte sich, dass die genannten Erkrankungen mit Ausnahme von Brustkrebs die bekannten sozialen Ungleichverteilungen zu Ungunsten weniger privilegierter sozialer Gruppen aufwiesen. In einem zweiten Schritt wurde untersucht, ob sich die Sterblichkeitsraten nach Einkommen und beruflicher Position unterschieden. Lediglich für Lungenkrebs wurde ein solcher sozialer Gradient gefunden, was zumindest für die anderen drei Krebsarten im Sinne Sozialstatus-unabhängiger Behandlungsqualität im Bereich der GKV interpretiert werden kann. Die Möglichkeiten sind damit jedoch noch nicht voll ausgeschöpft, denn die Untersuchungen können z. B. auf die Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen sowie auf die Chancen einer beruflichen Eingliederung ausgeweitet werden. Hinderlich wirkt sich allerdings das oben erwähnte Fehlen von Informationen zum Erkrankungsstadium aus.

Abschließende Betrachtungen

Anhand dreier Beispiele haben wir die Nutzung von GKV-Routinedaten in der onkologischen Versorgungsforschung illustriert. Die behandelten Themen decken die möglichen Anwendungsfelder jedoch keineswegs erschöpfend ab. GKV-Daten können in einem gewissen Rahmen auch in Studien zur Evaluation oder zur Qualitätssicherung genutzt werden, weil damit mehrere Bereiche der onkologischen Versorgung abgebildet werden können. Erweiterungen sind auch denkbar durch die Verknüpfung mit weiteren Datenquellen, jedoch sind Probleme des Datenschutzes und der Datensicherheit zu lösen.

Die Daten einer einzigen Kasse decken nur einen Teil der Sozialstruktur ab [7], aber mit der Größe einer Kasse wächst die Möglichkeit, die Sozialstruktur immer breiter abbilden zu können, wenngleich Repräsentativität nicht erreicht werden kann. Letztlich gibt es bisher auch kaum Möglichkeiten, Daten privater Krankenversicherer zu nutzen, was eine der künftigen Herausforderungen der Forschung mit Routinedaten sein wird.

Literatur:

1. Kreis K, Neubauer S, Klora M, Lange A, Zeidler J. Status and perspectives of claims data analyses in Germany 2014; A systematic review. *Health Policy* 2016; 120(2): 213–26
2. Swart E, Gothe H, Geyer S, Jaunzeme J, Maier B, Grobe TG, et al. Gute Praxis Sekundardatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. [Good Practice of Secondary Data Analysis (GPS): guidelines and recommendations]. *Gesundheitswesen* 2015; 77(2): 120–6
3. Neubauer S, Zeidler J, Lange A, von der Schulenburg J-M. Prozessorientierter Leitfaden für die Analyse und Nutzung von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos; 2017
4. Geyer S, Jaunzeme J, Hillemanns P. Cervical cancer screening in Germany: group-specific participation rates in the state of Niedersachsen (Lower Saxony). *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2015; 291: 623–9
5. RKI. Bericht zum Krebsgeschehen 2016. Berlin Robert Koch Institut; 2016. 274 p
6. Geyer S. Social inequalities in the incidence and case- fatalities of cancers of the lung, the stomach, the bowels, and the breast. *Cancer Causes and Control* 2008; 19: 965–74
7. Jaunzeme J, Eberhard S, Geyer S. Wie „repräsentativ„ sind GKV-Daten? Demografische und soziale Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen einer GKV-Versichertenpopulation, der Bevölkerung Niedersachsens sowie der Bundesrepublik am Beispiel der AOK Niedersachsen. *Bundesgesundheitsblatt* 2013; 56: 447–54

Korrespondenzadresse:

Dr. Christoph Kowalski
Forschungskoordination
Zertifizierung
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Str. 8
14057 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 – 322932990
Fax: +49 (0) 30 – 322932955

Prof. Dr. Siegfried Geyer
Diplom-Soziologe
Leiter der Forschungs- und Lehreinheit
Medizinische Soziologie
Medizinische Hochschule Hannover
OE 5420
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover
Tel.: +49 (0)511 532–6679
Fax: +49 (0)511 532–4214
geyer.siegfried@mh-hannover.de

Prof. Dr.
Siegfried Geyer



In Kooperation mit:

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT