



Versorgungsforschung / Health Services Research

Qualität der hausärztlichen Diagnosedokumentation in Patientenakten – Eine Analyse am Beispiel von Schilddrüsenerkrankungen



Quality of documented diagnosis in primary care – An analysis using the example of thyroid disorders

Carola Münch^{1,*}, Mandy Gottschall¹, Grit Hübsch¹, Juliane Köberlein-Neu², Jeannine Schübel¹, Antje Bergmann¹, Karen Voigt¹

¹ Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Dresden, Deutschland

² Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsmanagement und Public Health, Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 23. Dezember 2015

Revision eingegangen: 7. März 2016

Akzeptiert: 14. März 2016

Online gestellt: 18. April 2016

Schlüsselwörter:

Diagnosedokumentation
Schilddrüsenerkrankungen
Prävalenz
Allgemeinmedizin
Querschnittstudie

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Um die Versorgungssituation der Versicherten im deutschen Gesundheitswesen beurteilen zu können, bieten Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein großes Potential, zum Beispiel für Morbiditätsschätzungen. Da es sich bei GKV-Routinedaten primär um ärztliche Abrechnungsdaten handelt, muss deren Validität – auch im Hinblick auf eine Nutzbarkeit für Sekundäranalysen – kritisch hinterfragt werden. Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand in der Analyse der Qualität der hausärztlichen Diagnosedokumentation in Patientenakten von Hausarztpraxen am Beispiel von Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen, um eine Anwendbarkeit für Morbiditätsschätzungen zu prüfen.

Methoden: Im Rahmen der Pilotstudie „Multimedikation und ihre Folgen für die hausärztliche Patientenversorgung in Sachsen“ wurden die Krankenakten von 548 Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen aus sechs Dresdner Hausarztpraxen analysiert. Um die Abweichung der Diagnosedokumentation von der tatsächlichen Versorgung zu überprüfen, erfolgte ein Kongruenzabgleich der Arzneimittelverordnungen von Schilddrüsenmedikationen als Indikator für die tatsächliche Patientenversorgung mit den Schilddrüsendiagnosen in den Krankenakten. Prädiktoren für eine eingeschränkte Diagnosedokumentation von Schilddrüsenerkrankungen wurden mithilfe einer logistischen Regression eruiert.

Ergebnisse: Der Anteil unzureichend dokumentierter Schilddrüsendiagnosen gemessen an der Anzahl der einbezogenen Schilddrüsenpatienten betrug 26,8% (n = 147). Die Anteile nicht (1,1–35,8%), unpräzise (4,6–22,3%) oder unspezifisch dokumentierter (14,9–73,8%) Schilddrüsendiagnosen waren in den untersuchten Hausarztpraxen mit unterschiedlicher Häufigkeit zu beobachten. Aufgrund nicht dokumentierter Schilddrüsenerkrankungen lag die korrigierte Prävalenz von Schilddrüsenerkrankungen für alle Praxen zusammengefasst um 5,5 Prozentpunkte höher als die ursprünglich dokumentierte Krankheitshäufigkeit (29,7 statt 24,2%). Eine hohe Anzahl verordneter Dauermedikamente war ein signifikanter Prädiktor für eine unzureichende Dokumentation von Schilddrüsenerkrankungen (für 5–8 Dauermedikamente OR = 2,4/p < 0,001; für 9–12 OR = 4,0/p < 0,001; für 13–20 OR = 7,4/p < 0,001).

Schlussfolgerungen: Aufgrund der eingeschränkten Datenqualität hausärztlicher Abrechnungsdiagnosen zum Zweck von Morbiditätsschätzungen sollten hausärztliche Diagnoseangaben in GKV-Routinedaten einer regelmäßigen internen und externen Diagnosevalidierung unterzogen werden. Zusätzliche fallbezogene Gespräche mit den dokumentierenden Ärzten würden die Validität der Daten wesentlich erhöhen. Intelligente E-Tools bei der elektronischen Patientendokumentation könnten die hausärztliche Dokumentationsqualität ebenfalls verbessern.

* Korrespondenzadresse: Carola Münch, MPH, Bereich Allgemeinmedizin/MK3, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden.

E-mail: camue83@web.de (C. Münch).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2016.03.016>
1865-9217/

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 23 December 2015

Received in revised form: 7 March 2016

Accepted: 14 March 2016

Available online: 18 April 2016

Keywords:

diagnosis data

thyroid diseases

prevalence

family practice

cross-sectional study

ABSTRACT

Background: Routine data of statutory health insurance (SHI) provide a great potential for evaluating the healthcare situation in Germany by providing, e. g., morbidity estimates. In the context of secondary data, analyses based on insurance data were conducted using the outpatient medical billing diagnosis. If, however, medical billing data, which are collected for this primary purpose, are the only source of these morbidity estimates, a limited validity of outpatient medical diagnostic data will have to be assumed or validity will have to be assured. This investigation aimed to analyse the quality of family practitioners' documentation regarding diagnostic data in patients with thyroid disease based on medical records for billing purposes.

Methods: As part of the pilot study *General practitioners' Views on Polypharmacy and its Consequences for Patient Health Care*, the medical records of 548 multi-morbid patients with thyroid disease from six general practices in Dresden, Saxony, were analysed with respect to the congruence of prescriptions of thyroid medication and associated thyroid diagnosis. Logistic regression was used to investigate predictors of limited diagnostic data of thyroid disease.

Results: There was insufficient documentation of thyroid diagnoses in 26.8% (n = 147) of the included patients diagnosed with or treated for thyroid disease. The proportion of undocumented (1.1 to 35.8%), imprecise (4.6 to 22.3%) and non-specific documented (14.9 to 73.8%) thyroid diagnoses varied in all general practices. Due to undocumented thyroid disease, the corrected prevalence of thyroid diseases summarised for all practices was 5.5 percentage points higher than the originally documented prevalence (29.7 instead of 24.2%). An increasing number of prescribed drugs was a significant predictor for inadequate documentation of thyroid disease (for 5 to 8 routinely taken medications: OR = 2.4/p < 0.001; for 9 to 12: OR = 4.0/p < 0.001; for 13 to 20: OR = 7.4/p < 0.001).

Conclusions: Due to the limited data quality of outpatient medical billing diagnoses as a basis for morbidity estimates, GPs' diagnostic data should be subjected to regular internal and external diagnostic validation in SHI routine data. Additional case-related interviews with documenting GPs would significantly increase data validity. Also, intelligent e-tools supporting electronic patient documentation could be helpful to improve the quality of primary care documentation.

Hintergrund

Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden als wichtige Datenquelle genutzt, um epidemiologische Aspekte oder Fragestellungen zur medizinischen Versorgung in der Bevölkerung zu untersuchen [1]. Ihre Relevanz wird ihnen nicht zuletzt durch die Tatsache zugesprochen, dass 90 Prozent der deutschen Bevölkerung über die GKV krankenversichert sind [2]. Damit besitzen GKV-übergreifende Analysen von Routinedaten, die seit April 2014 über das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) möglich sind, eine hohe Aussagekraft für die deutsche Bevölkerung [3,4].

Unter anderem werden mithilfe der GKV-Routinedaten administrative Morbiditätsschätzungen von Versicherten vorgenommen [5,6], beispielsweise auch um Daten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu generieren. Da es sich bei diesen Sekundärdaten primär um ärztliche Abrechnungsdaten handelt, muss deren Validität – auch im Hinblick auf eine Nutzbarkeit für Sekundäranalysen – kritisch hinterfragt werden. Dafür ist es wichtig, den Entstehungskontext der abgerechneten Diagnosedaten zu betrachten, um so prozessbedingte Rückschlüsse auf die Validität zu ziehen und letztlich deren Anwendbarkeit für konkrete Forschungsabsichten, wie etwa Morbiditätsschätzungen, zu prüfen [4].

Die Routinedaten der GKV basieren auf den von Vertragsärzten dokumentierten Diagnosen, welche zu ärztlich abrechnungsrelevanten Leistungen führten. Einerseits können damit existierende Erkrankungen unterrepräsentiert sein, die nicht oder nicht regelmäßig zu einem Arztbesuch führen [4]. Andererseits besteht im Hinblick auf die Weiterverwendung der Daten für Sekundäranalysen die Limitierung, dass seitens der Ärzte Diagnosen abrechnungsorientiert kodiert werden, zum Beispiel dass auf die unspezifische Kodierung „nicht näher bezeichnet“ oder Einordnung als „sonstige Krankheiten des jeweiligen Organs“ zurückgegriffen wird [7]. Dies würde exakt differenzierte Prävalenzschätzungen im Rahmen von Sekundäranalysen beeinträchtigen. Zum Beispiel könnte ein Arzt bei Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen jeweils die Diagnose E07.9 (Sonstige Krankheiten der Schilddrüse, nicht näher

bezeichnet) abrechnen, ohne die Krankheitsursache (zum Beispiel funktionelle Störungen oder morphologische Veränderungen) gemäß ICD-10-Klassifikation zu spezifizieren. Für differenziertere Prävalenzschätzungen würden damit wichtige Angaben fehlen, die im Falle der Schilddrüsenerkrankungen zu Unterschätzungen der Diagnosen der anderen Klassifikationsgruppen E01 bis E06 führen.

Aufgrund dessen kann angenommen werden, dass die reale Erkrankungshäufigkeit der Bevölkerung in GKV-Routinedaten teilweise über- oder unterschätzt ist [8,9].

Eine im Jahr 2012 im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes veröffentlichte Untersuchung zur Bewertung der Kodierqualität vertragsärztlicher Diagnosen kam zu dem Schluss, dass unter anderem bei Schilddrüsenerkrankungen aufgrund einer unzureichenden Diagnosedokumentation von Unterkodierung ausgegangen werden muss. Die untersuchte Kongruenz von verordneten Arzneimitteln und dokumentierten Schilddrüsendiagnosen zeigte, dass bei etwa 18 bis 21% der untersuchten Versicherten mit Verordnung eines jodhaltigen Schilddrüsenmedikamentes, eines Schilddrüsenhormons oder eines Thyreostatikums keine entsprechende Schilddrüsenerkrankung dokumentiert wurde [10]. Zudem ist im hausärztlichen Setting die Tendenz zu beobachten, dass ein Großteil hausärztlicher Diagnosen unspezifisch (ICD-Kodierung „nicht näher bezeichnet“ [nnb]) kodiert wird [10,11].

Die Validität der vertragsärztlichen Diagnosedaten wird nicht routinemäßig von den Krankenkassen oder den Kassenärztlichen Vereinigungen geprüft [8]. In Deutschland liegen Untersuchungen zur Diagnosevalidität nur in begrenzter Anzahl vor [12,13], jedoch fehlen aussagekräftige Studien speziell für den ambulanten Bereich [11].

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die Qualität der hausärztlichen Diagnosedokumentation bei Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen mittels Krankenaktenanalyse untersucht. Ausgehend von dokumentierten verordneten Schilddrüsentherapeutika wurde

1. der Anteil von nicht oder ungenau dokumentierten Schilddrüsenerkrankungen erfasst und

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5123644>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5123644>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)