

FEEDBACKBERICHTE FÜR ÄRZTE UND ERFAHRUNGEN ZUR DOKUMENTATION IM ÖSTERREICHISCHEN DISEASE MANAGEMENT PROGRAMM

Beck P¹, Augustin T¹, Habacher W¹, Narath S¹,
Bruner F², Pieber TR^{2,3}

Kurzfassung

Im Rahmen des Disease Management Programms „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ wird einmal jährlich pro Patient ein einheitliches Befundblatt erfasst. Ärzte erhalten nun ohne weiteren Aufwand daraus generierte Feedbackberichte mit Analysen zu Patientenkollektiv, klinischen Prozessen und Ergebnissen ihrer Praxis. Die elektronische Dokumentation über die e-card Infrastruktur wird zunehmend genutzt. Der Großteil der Datensätze wird inzwischen über das e-card Web Browser Interface erfasst. Die Erfassung über Arztsoftware ist noch wenig verbreitet.

Abstract

Within the Austrian Disease Management Program annually a standardized documentation form is collected per patient. Physicians now without any further effort receive feedback reports generated from the collected data with analyses of patient characteristics, clinical processes and outcomes of their surgery. Electronic documentation over the e-card infrastructure is increasingly utilized. The majority of the data sets by now are collected via the e-card Web browser interface. The collection via physician practice software is still rarely used.

Keywords – Disease Management, Quality of Care, Documentation, Feedback, eHealth infrastructure

1. Einleitung

Das Disease Management Programm (DMP) für Diabetes mellitus „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ der österreichischen Sozialversicherung (SV) wird seit März 2007 angeboten. In den Bundesländern Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien wird das Programm bereits umgesetzt, eine Überführung des oberösterreichischen Programms zur „strukturierten Diabeti-

1 HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, Graz, Österreich

2 Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Graz, Österreich

3 Klinische Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Medizinische Universität Graz, Österreich

kerbetreuung“ in das Programm „Therapie Aktiv“ ist vereinbart. Österreichweit sind aktuell über 16.000 Patientinnen und Patienten im Programm eingeschrieben (Stand 31.1.2011).

Im DMP ist für jeden Patienten einmal jährlich ein einheitliches DMP Befundblatt mit Diabetes-spezifischen Items zu Gesundheitsstatus, Untersuchungen, gemessenen Werten, Zielvereinbarungen, Lebensqualität und Schulung zu dokumentieren. Neben der Steuerung und Evaluierung des Programms dient die Erfassung dieser Daten dem Qualitätsmanagement mit direktem Feedback an die Ärzte. Aus Datenschutzgründen werden die Daten des DMP Befundblatts pseudonymisiert abgelegt, um zu vermeiden, dass diese sensiblen medizinischen Daten innerhalb der Sozialversicherung personenbezogen vorliegen. Die elektronische Eingabe der DMP Befundblätter ist über die e-card Infrastruktur auf drei Arten möglich: 1) Eingabe am Praxis PC in ein von der GINA (Gesundheits-Informationsnetz-Adapter) generiertes Web-Interface, 2) Eingabe in eine Arztsoftware, die dies unterstützt, und Übermittlung via Web-Service Aufruf oder 3) Eingabe über eine textbasierte VT100 Terminal Oberfläche der GINA für Arztpraxen ohne Computerausstattung. Die Infrastruktur für Dokumentation und Pseudonymisierung ist in [1] genauer beschrieben.

Als Audit und Feedback bezeichnet man die Rückmeldung des klinischen Verhaltens und der Ergebnisse eines individuellen Arztes (oder einer Einrichtung) über eine gewisse Zeitspanne (z.B. den Prozentsatz der Patienten eines Arztes, die den HbA1c Zielbereich erreicht haben, oder deren Augen mit einer gewissen Häufigkeit untersucht wurden) [10]. Die Effekte von Audit und Feedback auf die Umsetzung von Leitlinien bzw. die Verbesserung von Versorgungsprozessen sind insgesamt im kleinen bis moderaten Bereich angesiedelt [5,6]. Die Effektivität ist dabei umso höher, je geringer die Baseline-Compliance mit der empfohlenen Praxis ist, das heißt je mehr Verbesserungspotenzial a priori besteht. Die Effektivität schwankt im Allgemeinen stark. Sehr wahrscheinlich ist der Effekt davon abhängig, ob die im Feedback enthaltene Information wahrgenommen und angenommen wird und ob damit gearbeitet wird [2]. Die Effekte von Audit und Feedback auf klinische Ergebnisse sind relativ unklar. Basierend auf der begrenzten Anzahl von Vergleichen scheinen Audit und Feedback für Diabetes besser zu funktionieren als für andere Krankheiten [3].

Feedbackberichte sind fester Bestandteil des DMP Konzeptes, auch aufgrund der guten Erfahrungen aus dem vorhergehenden Diabetes Schulungsprojekt in der Steiermark [8]. Mit der Verfügbarkeit der elektronischen Infrastruktur zur Datenerhebung und der Nacherfassung der auf Papier erfassten Dokumentationsbögen wurde dieses Angebot auch von Ärzten aktiv eingefordert. Die Steiermark ist bislang das erste und einzige Bundesland, in dem Feedbackberichte erstellt und verschickt wurden. Dieser Beitrag beschreibt die Konzeption und Erstellung der Feedbackberichte für Ärzte im DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ in der Steiermark.

2. Feedbackberichte

2.1. Methoden

Die Entwicklung der Indikatoren für die Berichte erfolgte auf Basis der evidenzbasierten Behandlungspfade des Programms. Da bereits die Definition der Datenfelder des Dokumentationsbogens auf diesen Behandlungspfaden beruhte und im Hinblick auf die spätere Entwicklung der Feedbackgerichte durchgeführt wurde, stehen die entsprechenden Daten nun konsistent zur Verfügung.

Die Erstellung des inhaltlichen Konzepts der Feedbackberichte wurde in enger Zusammenarbeit mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und Ärzten des Forums Qualitätssicherung in der Diabe-

tologie (FQSD-Ö) durchgeführt und in mehreren Abstimmungsrunden verfeinert. Die folgenden Designentscheidungen wurden getroffen:

2.1. 1. Online-Anwendung vs. Papierweg

Eine Analyse des Benutzerverhaltens der Web-Anwendung Healthgate BARS hat gezeigt, dass hausärztliche Praxen den Onlinezugang zum System für die Datenauswertung im Gegensatz zu Spitalsambulanzen und -abteilungen sowie großen Schwerpunktpraxen, wie sie in Deutschland bestehen, nur wenig nutzen. Zudem konnte die Nutzung der Online-Anwendung die Prozessqualität gegenüber der Qualitätsarbeit am Papierweg nicht verbessern [9].

Daher ist die Erstellung von Qualitätsberichten im DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ momentan ausschließlich auf Papier und der Versand per Post vorgesehen.

2.1. 2. Offenes Benchmarking vs. Anonymer Vergleich

Aus den Reviews von [5] und [6] konnten keine konkreten Empfehlungen abgeleitet werden, wie Audit und Feedback am besten umgesetzt werden sollen. Der offene Vergleich zwischen Peers war etwa gleich effektiv wie Audit und Feedback generell. Es gibt leichte Hinweise darauf, dass Feedback an Gruppen etwas effektiver als individuelles Feedback sein könnte, möglicherweise weil durch den Vergleich mit Peers Druck entsteht. Allerdings gibt es keine Studie mit direktem Vergleich dieser beiden Varianten.

Im DMP wird daher ein Vergleich mit einem anonymen Durchschnittswert aller anderen teilnehmenden Praxen vorgenommen. Das Angebot eines offenen Vergleichs im geschützten Rahmen von Qualitätszirkeln ist auch zukünftig weiterhin ein Ziel.

2.1. 3. Objektive Vergleichskriterien

Zu unterscheiden ist prinzipiell zwischen a) dem Vergleich mit expliziten Qualitätskriterien individuell für einzelne Einrichtungen (diese Art des Vergleichs wurde / wird in den DMPs in Deutschland häufig durchgeführt und birgt die Gefahr von starren Grenzwerten ohne Anpassung an Patientenrisiko und Patientenkollektiv der Einrichtung) und b) Benchmarking mit Ergebnissen anderer Leistungserbringer. Dieser Ansatz wird im DMP in Österreich verfolgt.

Einen Schritt weiter in der Ermittlung von praxistauglichen und objektiv vergleichbaren Benchmarks, insbesondere für Prozessindikatoren, geht ein Konzept, das in der Literatur mit „Achievable Benchmarks of Care“ bezeichnet wird [11]. Benchmark ist dabei das Ergebnis der Praxen, die für den jeweiligen Indikator die besten Ergebnisse erzielen. In die Berechnung werden so viele Praxen aufgenommen, dass mind. 10% der Patienten im Programm berücksichtigt sind (um den Einfluss von Praxen mit kleinen Patientenzahlen und hoher Selektion gering zu halten). Eine Untersuchung in einer randomisierten, kontrollierten Studie zeigte eine signifikante und relevante Verbesserung der Prozessqualität [7]. Diese Möglichkeit soll längerfristig im Programm angeboten werden. Zu Beginn werden Durchschnitt oder Median der Patienten aller anderen Praxen als Benchmark herangezogen.

Risikoadjustierung ist eine Möglichkeit, um die Vergleichbarkeit von Praxen mit verschiedenen Patientenkollektiven zu ermöglichen. Spezialisierte Einrichtungen, in denen Patienten mit langer Diabetesdauer und bereits vorhandenen Folgeerkrankungen behandelt werden, erreichen naturge-

mäß „schlechtere“ Ergebnisse als Einrichtungen mit weniger schweren Fällen. Eine Risikoadjustierung nach Alter, Diabetesdauer und weiteren Parametern kann rechnerisch diese Unterschiede weitgehend ausgleichen und die Ergebnisse vergleichbar machen. Für Prozessindikatoren, die ausreichend genau spezifiziert sind, ist Risikoadjustierung meist nicht notwendig [7]. Die Umsetzung der Risikoadjustierung ist im Laufe des Jahres 2011 geplant, in der ersten Version der Berichte allerdings noch nicht verfügbar.

2. 2. Ergebnisse – Bericht

Ein „Factsheet“ zu Beginn des Berichts gibt eine tabellarische Übersicht über auffällige Patientencharakteristika und zeigt eine grafische Zusammenfassung der Indikatoren zu Prozess- und Ergebnisqualität in der Praxis (siehe *Abbildung 1*, orange ... eigene Ordination vs. blau ... Durchschnitt aller anderen Ordinationen).

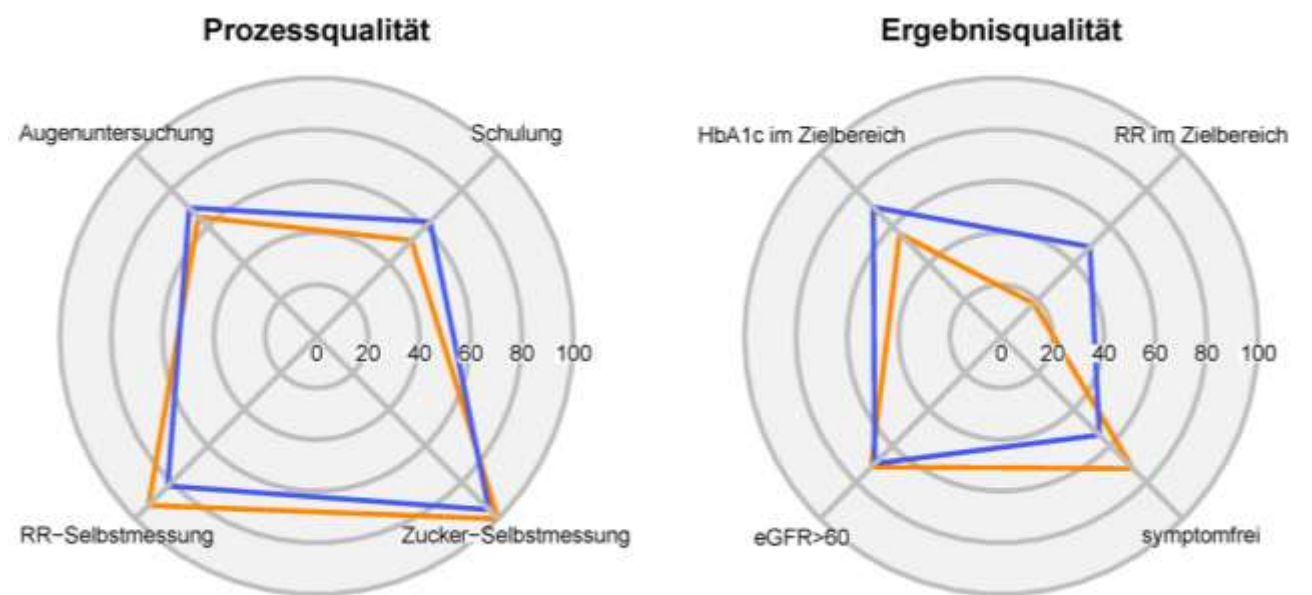


Abbildung 1: Zusammenfassung wichtiger Indikatoren im „Factsheet“ des Feedbackberichts

Anschließend folgen detaillierte Analysen zu ausgewählten Indikatoren mit grafischer Aufbereitung im Zeitverlauf. *Abbildung 2 a) und b)* zeigen verschiedene Darstellungen für Ergebnisindikatoren. *a)* zeigt in Form eines Box-Plots auch die Verteilung, aus der ablesbar ist, dass Patientinnen und Patienten mit hohem HbA1c Wert sich deutlich verbessern, und dass sich der HbA1c Wert im Mittel zwar leicht verschlechtert aber dennoch in der Nähe des Zielbereichs liegt. *Abbildung 2 b)* zeigt Mittelwerte und Konfidenzintervalle für den Blutdruck.

Prozess- und Ergebnisqualitätsparameter werden im zeitlichen Verlauf im Vergleich mit dem Durchschnitt der anderen Praxen dargestellt. *Abbildung 2 c)* zeigt beispielsweise, dass im Vergleich ein hoher Anteil der Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck Selbstmessungen durchführt, eine äquivalente Darstellung zeigt, welcher Anteil der Patientinnen und Patienten die Blutdruck-Zielwerte auch erreicht (Ergebnisindikator, hier nicht dargestellt).

Insgesamt stellt der Bericht in 10 Tabellen und 13 Abbildungen Analysen zu ca. 45 Patientencharakteristika und Qualitätsindikatoren dar.

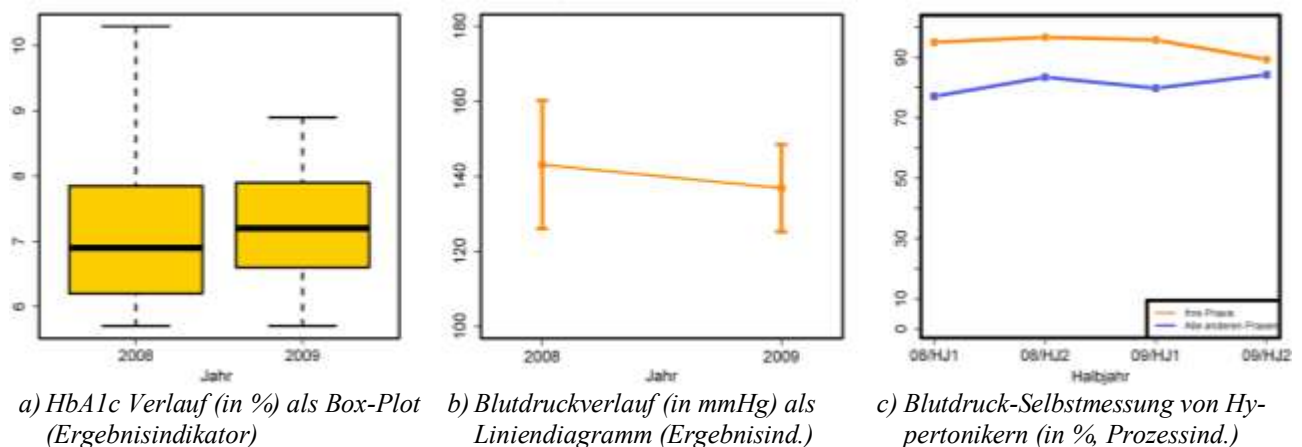


Abbildung 2: Zeitliche Veränderung von Prozess- und Ergebnisindikatoren

2. 3. Ergebnisse – Erstes Feedback der Ärzte

Im September 2010 wurden mit Daten der Jahre 2008 und 2009 erstmals Feedbackberichte erstellt und an die Ärzte verschickt. Bei einer Ärztefortbildungsveranstaltung im Jänner 2011 wurden die Feedbackberichte noch einmal präsentiert und zur Diskussion gestellt. Es waren etwa gleich viele Teilnehmer anwesend, die im DMP erstmals Feedbackberichte erhalten hatten, wie Teilnehmer, die bereits zuvor im FQSD-Ö aktiv gewesen waren. Aufgrund der Rückmeldungen von Ärzten und von DMP Ansprechpartnern aus anderen Bundesländern waren Fragen zu den Berichten aufgetreten, die im Rahmen dieser Veranstaltung in Form einer Abstimmung mit Handzeichen beantwortet wurden, an der sich 21 Teilnehmer beteiligten. Die Ergebnisse werden hier qualitativ wiedergegeben.

- Für die Darstellung der Veränderung von Ergebnisqualitätsindikatoren (Blutdruck, HbA1c, Gewicht) im Zeitverlauf sind Box-Plots (*Abbildung 2a*) etwa gleich gefragt (10 Stimmen) wie Verlaufsdiagramme (*Abbildung 2 b*) (11 Stimmen). Balkendiagramme sind unerwünscht (0 Stimmen).
- Für die Darstellung von Verteilungen (z.B. Altersverteilungen) sind Histogramme (20 Stimmen) gegenüber Dichtefunktionen (1 Stimme) eindeutig bevorzugt.
- Die Spinnennetzdiagramme zur Darstellung einer Gruppe zusammengehörender Indikatoren (*Abbildung 1*) (14 Stimmen) sind deutlich beliebter als Balkendiagramme (0 Stimmen).
- Der Versand der Berichte wurde von der Mehrheit der Teilnehmer alle 12 Monate (14 Stimmen) und nur von wenigen alle 6 Monate (4 Stimmen) gewünscht.

3. Dokumentation im Zeitverlauf

Da am Beginn des Programms ausschließlich auf Papier dokumentiert wurde ist von großem Interesse, wie die elektronische Dokumentation angenommen wurde, die seit Anfang 2009 verfügbar ist. In die Auswertung einbezogen werden konnten alle Datensätze vom Beginn des Programms bis zum Ende des Jahres 2010. Es zeigt sich, dass die elektronische Dokumentation über das e-card Web Browser Interface inzwischen am stärksten genutzt wird. Nur mehr wenige Dokumentationen gehen auf Papier ein (siehe *Abbildung 3*).

Die Inanspruchnahme der Dokumentation über Arztsoftware ist noch durchaus ausbaufähig. 2009 gingen Datensätze von 12 Praxen ein (3 Arztsoftwarehersteller), 2010 gingen Datensätze von 17 Praxen ein (5 Arztsoftwarehersteller).

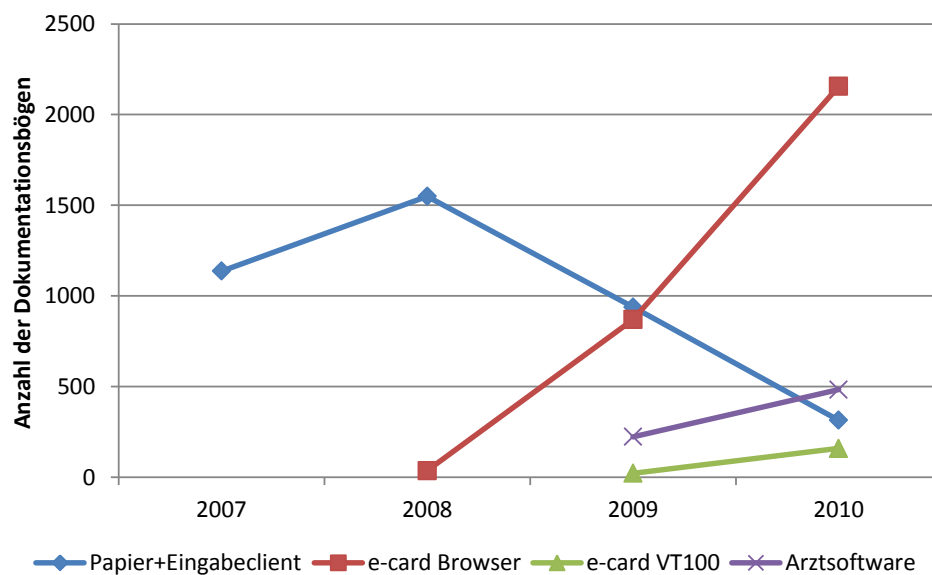


Abbildung 3: Dokumentation im Zeitverlauf

4. Diskussion und Zusammenfassung

Die Steiermark ist das erste Bundesland Österreichs, in dem bereits Feedbackberichte zum Disease Management Programm Diabetes mellitus an die Ärzte verschickt werden.

Wie von [4] gefordert werden Audit und Feedback im Österreichischen DMP nicht alleinstehend zur Identifikation von Qualitätsmängeln als Kontrollinstrument verwenden, sondern in Kombination mit anderen qualitätsfördernden Interventionen zur Unterstützung der Ärzte bei der Umsetzung von Verbesserungen.

Gemäß der Metaanalyse [10] liegt der zu erwartende Effekt von Audit und Feedback auf die HbA1c-Verbesserung im unteren Bereich, wird aber immerhin mit 0,3 % bewertet. Da die Daten im DMP auch für anderen Zwecke erhoben werden, bereitet das Angebot von Feedbackberichten im DMP relativ wenig Mehraufwand. Da viele Ärzte sich berechtigterweise Feedback auf ihre geleistete Dokumentation erwarten ist dieses Angebot als Mittel zur Motivation und Hebung des Bewusstseins für leitlinienorientiertes Arbeiten zu empfehlen.

Aufgrund der oben genannten Erkenntnisse aus der Literatur ist davon auszugehen, dass Feedback besser wirkt, wenn es aktiv besprochen und diskutiert wird. Dies sollte durch die Etablierung geeigneter Maßnahmen zur Unterstützung einer Diskussion in Qualitätszirkeln erreicht werden. Bisher konnten in Gesprächen und Diskussionen durchaus positive Rückmeldungen der Ärzte erfasst werden. Konkretere Ergebnisse soll eine Ärztebefragung zum DMP bringen, die im Zuge der Evaluierung im ersten Halbjahr 2011 in der Steiermark durchgeführt wird.

Die Analyse der im Programm erfassten Dokumentationsbögen zeigt, dass die elektronische Erfassung zunehmend angenommen wird. Eine mögliche Ursache dafür ist einerseits, dass die StGKK aktive Unterstützung für organisatorische Aspekte und auch für die elektronische Dokumentation anbietet. Der rasche Rückgang der Papierdokumentationen kann andererseits damit zusammen hängen, dass bei der Abrechnung für Papierdokumentationen in Zukunft ein Betrag von 3€ für die Erfassung einbehalten wird. Der Großteil der Datensätze wird über das e-card Web Browser Interface erfasst. Die Erfassung von Dokumentationsbögen über die Arztsoftware, die große Erleichterungen bei der Dokumentation bringen würde, ist noch wenig verbreitet – nicht zuletzt aufgrund der Folge-

kosten für die erforderlichen Zusatzmodule. Hier sollten in Zukunft weitere Maßnahmen gesetzt und Lösungen gesucht werden, um die Dokumentation für Disease Management weiter zu vereinfachen.

5. Literatur

[1] BECK, P., TRUSKALLER, T., RAKOVAC, I., BRUNER, F., ZANETTIN, D., PIEBER, T. Informationssysteme für Administration, medizinische Dokumentation und Qualitätssicherung im österreichischen Disease Management Programm. In Tagungsband der eHealth2009 und eHealth Benchmarking 2009 – Wien, 7.-8. Mai 2009 (Wien, Austria, May 2009), G. Schreier, D. Hayn, and E. Ammenwerth, Eds., vol. 250, Österreichische Computer Gesellschaft 2009. ISBN 978-3-85403-250-2.

[2] BODENHEIMER, T., WAGNER, E.H., GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288, 14(Oct 2002):1775–1779.

[3] FOY, R., ECCLES, M.P., JAMTVEDT, G., YOUNG, J., GRIMSHAW, J.M., BAKER, R. What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BMC Health Serv Res* 5(2005):50.

[4] GLATTACKER, M., JÄCKEL, W. H. Evaluation der Qualitätssicherung – aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung. *Gesundheitswesen* 69, 5(May 2007):277–283.

[5] GRIMSHAW, J.M., THOMAS, R.E., MACLENNAN, G., FRASER, C., RAMSAY, C.R., VALE, L., WHITTY, P., ECCLES, M.P., MATOWE, L., SHIRAN, L., WENSING, M., DIJKSTRA, R., DONALDSON, C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 8, 6(Feb 2004),iii-iv:1-72.

[6] JAMTVEDT, G., YOUNG, J.M., KRISTOFFERSEN, D.T., O'BRIEN, M.A., OXMAN, A.D. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2(2006):CD000259.

[7] KIEFE, C.I., ALLISON, J.J., WILLIAMS, O.D., PERSON, S.D., WEAVER, M.T., WEISSMAN, N.W. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback: a randomized controlled trial. *JAMA* 285, 22(Jun 2001):2871–2879.

[8] KORSATKO, S., HABACHER, W., RAKOVAC, I., PLANK, J., SEEREINER, S., BECK, P., GFRERER, R., MRAK, P., BAUER, B., GROSSSCHÄDL, M., PIEBER, T.R. Evaluation of a teaching and treatment program in over 4,000 type 2 diabetic patients after introduction of reimbursement policy for physicians. *Diabetes Care* 30, 6(Jun 2007):1584–1586.

[9] RAKOVAC, I., BECK, P., CADONNA, C., TRAJANOSKI, Z., PIEBER, T.R. Online vs. offline quality management in diabetes care: impact on process quality. In Proceedings of the 12th World Congress on Health (Medical) Informatics (Brisbane/Australien, Aug. 2007), Medinfo2007 Poster Papers and ePosters.

[10] SHOJANIA, K.G., RANJANI, S. R., MCDONALD, K.M., GRIMSHAW, J.M., SUNDARAM, V., RUSHAKOFF, R. J., OWENS, D.K. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA* 296, 4(Jul 2006):427–440.

[11] WEISSMAN, N.W., ALLISON, J. J., KIEFE, C. I., FARMER, R. M., WEAVER, M. T., WILLIAMS, O. D., CHILD, I. G., PEMBERTON, J. H., BROWN, K. C., AND BAKER, C. S. Achievable benchmarks of care: the ABCs of benchmarking. *J Eval Clin Pract* 5, 3(Aug 1999):269–281.

Corresponding Author

Peter Beck

HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften,
JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH

Elisabethstraße 11a, A-8010 Graz

Email: peter.beck@joanneum.at

Schreier G, Hayn D, Ammenwerth E, editors. Tagungsband der eHealth2011. 26.-27.Mai 2011; Wien. OCG; 2011.