

## **Gute Daten für das Gesundheitswesen**

Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Stausberg, Universitätsklinikum Essen, Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Stand: 19.2.2005

Forschung, Versorgung und Steuerung im Gesundheitswesen benötigen medizinische Daten in hoher Qualität. Rund 100 Teilnehmer haben Stand und Entwicklungen in einem Workshop am 10. und 11. Februar 2005 in Essen diskutiert, ausgerichtet von der Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze (TMF) e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e. V.

**Die Richtigkeit von intern und extern übermittelten Daten muss anhand der Krankenakte überprüft werden.** Als Alternative zur vollständigen Prüfung, im Rahmen der Arzneimittelzulassung als sog. Full Source Data Verification praktiziert, werden Stichprobenverfahren ausgearbeitet und evaluiert, z. B. bei Therapieoptimierungsstudien (Ulrike Zettelmeyer, Universität Köln). Hierdurch wird nicht zuletzt eine Einsparung von Kosten möglich (Claudia Ose, Universität Duisburg-Essen). Ziel einer stichprobenartigen Überprüfung ist nicht mehr die absolute Übereinstimmung aller Daten mit der Krankenakte sondern eine Lenkung der Datenqualität in Bezug auf eine vorab definierte Qualität. Auch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) plant im Rahmen der externen Maßnahmen nach § 135a SGB V die zufällige Ziehung von Behandlungsfällen und die Überprüfung der gemeldeten Angaben vor Ort in den Krankenhäusern (Constanze Woldenga, Burkhard Fischer, BQS gGmbH Düsseldorf). Noch einen Schritt weiter geht die Überprüfung am Patienten selbst, wie z. B. bei Projekten des internen Qualitätsmanagements in Form von Stationsbegehungen.

**Routinedaten aus der stationären und ambulanten Versorgung stehen bereits in großem Umfange außerhalb der behandelnden Einrichtung zur Verfügung.** Stationäre Diagnosen und Prozeduren werden für die Gestaltung des DRG-Systems einer intensiven Prüfung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unterzogen (Dr. Michael Schmidt, InEK gGmbH Siegburg). Über 20 000

Plausibilitätsregeln stellen dabei sicher, dass Widersprüche an die Krankenhäuser zurückgekoppelt, Unsinniges ausgeschlossen und Ausreißer aufgedeckt werden. In der Kalkulation der G-DRGs 2005 betraf dies noch rund 20 % der übermittelten Datensätze. Auch in Krebsregistern stellen Plausibilitätsprüfungen die Datenqualität sicher (Priv.-Doz. Dr. Alexander Katalinic, GEKID Lübeck). Bisher erfolgen die Meldungen im wesentlichen noch gesondert über papierbasierte oder elektronische Erhebungsbögen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder aus pathologischen Instituten. Die Basisdokumentation der Krankenhäuser ist aber ebenso eine potentielle Quelle wie die Register der onkologisch-hämatologischen Kompetenznetze in der Medizin. Die Kosten eines Versicherten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich am besten über eine Kombination von Diagnosen der stationären Versorgung und der Medikation abschätzen, so dass entsprechende Modelle für einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen empfohlen werden (Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen). Diagnosen aus der ambulanten Versorgung haben sich hingegen als nicht aussagefähig erwiesen, vermutlich auf Grund ihrer derzeit noch schlechteren Qualität.

**Ein sorgfältiges methodisches Vorgehen ermöglicht fundierte Analysen aus Routinedaten.** Einen Mindeststandard hat die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) e. V. definiert, die Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. In 10 Leitlinien werden wichtige Anforderungen an Rahmenbedingungen, Datengewinnung, Datenaufbereitung und Datenanalyse beschrieben (Dr. Enno Swart, Universität Magdeburg). So lassen sich Kosten der stationären und ambulanten Versorgung über Versichertenstichproben ermitteln und einzelnen Krankheiten zuordnen. Im Rahmen eines nationalen Datenpools wäre die Einbeziehung von 20 % der Versicherten sinnvoll (Peter Ihle, Universität Köln). Fachgesellschaften ermöglicht dies sachgerechte Vorschläge zur Abbildung ihrer Leistungen im DRG-System. Wie das Beispiel Nephrologie zeigt, ist die Standardisierung von Leistungen und die Vereinheitlichung von Begrifflichkeiten eine notwendige Voraussetzung und nicht per se gegeben (Dr. Peter Lütkes, Universitätsklinikum Essen). In den USA werden Routinedaten bereits systematisch für eine Bewertung der Behandlungsqualität eingesetzt. Die Indikatoren

zur Patientensicherheit (PSI) liegen jetzt auch mit deutschen Definitionen vor (Prof. Dr. Saskia Drösler, Hochschule Niederrhein).

**Verteilte Erfassung und multiple Verwendung von Daten stehen am Anfang der Bemühungen um Datenqualität.** Sie verbessern die Motivation der erfassenden Personen, indem Aufwand reduziert und direkter Nutzen erzielt wird. Entsprechende rechnergestützte Dokumentations- und Arbeitsplatzsysteme müssen sorgfältig und systematisch geplant werden (Priv.-Doz. Dr. Petra Knaup-Gregori). Auch bei der Auswahl von Software ist auf diese Aspekte zu achten. Software funktioniert nicht automatisch so wie verlangt. Dies betrifft Systeme zur automatischen Generierung von Warnhinweisen bei der Anordnung von Medikamenten ebenso wie Datenbanken für Klinische Studien oder Systeme für die Analyse von Routinedaten. Die Qualitätssicherung von Software hat daher ebenfalls systematisch zu erfolgen (Irmela Stamm, Universität Heidelberg).

**Für die ausrichtenden Institutionen ergeben sich auf diesem Gebiet wichtige Aufgaben.** Die TMF bearbeitet in den Arbeitsgruppen Biomaterialbanken, IT-Infrastruktur, Management Klinischer Studien und Qualitätsmanagement viele der diskutierten Aspekte. Zentrales Anliegen ist es, durch modellbasierte Konzepte Synergieeffekte zu ermöglichen und Nachhaltigkeit zu erzeugen. Insbesondere die Einbeziehung niedergelassener Praxen kann zukünftig sinnvoll sein (Sebastian Semler, Wissenschaftlicher Geschäftsführer TMF Berlin). Für die neu geschaffene Arbeitsgruppe Routinedaten im Gesundheitswesen der GMDS ergeben sich aus diesem Workshop vier Aufgabenfelder: Zusammenstellung relevanter Datenquellen, Erarbeitung eines gemeinsamen Modells für einen übergreifenden Datenzugriff, Vorschlag für den Datenumfang im Rahmen der §§ 303a-f SGB V „Datentransparenz“, Methodeninventar (Prof. Dr. Saskia Drösler, Priv.-Doz. Dr. Jürgen Stausberg).

Interessenten können sich an folgende Adressen wenden:

TMF, <http://www.tmf-ev.de/>, E-Mail: [sebastian.semler@tmf-ev.de](mailto:sebastian.semler@tmf-ev.de)

PG Routinedaten im Gesundheitswesen, GMDS, <http://www.ekmed.de/routinedaten/>, E-Mail: [saskia.droesler@fh-niederrhein.de](mailto:saskia.droesler@fh-niederrhein.de), [stausberg@uni-essen.de](mailto:stausberg@uni-essen.de)