

# Routinedaten in der Telematikplattform

## Routinedaten in der Telematikplattform

JÄ½rgen Stausberg (1), Saskia DrÃ¶sler (2)

- 1) Institut fÃ¼r Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, UniversitÃ¤tsklinikum Essen, Essen
- 2) Fachbereich Wirtschaftsingenerwesen und Gesundheitswesen, Hochschule Niederrhein, Krefeld

Where is the life we have lost in living?  
 Where is the wisdom we have lost in knowledge?  
 Where is the knowledge we have lost in information?

## Hintergrund

Die klassische, Papier basierte Krankenakte stellt weiterhin die zentrale Ablage fÃ¼r Aufzeichnungen Ã¼ber die Versorgung von Patienten dar. Die elektronische Patientenakte (EPA) kÃ¼ndigt sich zwar an, ist aber laut einer aktuellen Umfrage erst in 8,6 % der KrankenhÃ¤user verfÃ¼gbar [1], obwohl wirtschaftliche Vorteile bei Verwendung einer EPA belegt sind [2]. Ãœber die Finanzierung einer persÃ¶nlichen elektronischen Gesundheitsakte (EGA) hat der Gesetzgeber den Versicherten die MÃ¶glichkeit zum Aufbau einer eigenen Dokumentation relevanter Informationen geschaffen [3]. Obwohl sich bereits mehrere Angebote in Deutschland etabliert haben [4] spielen diese in der Versorgung noch keine Rolle.

Die Nutzung der Papier basierten Krankenakte fÃ¼r Patienten Ã¼bergreifende Fragestellungen wird einerseits durch die notwendige ÃœberfÃ¼hrung in eine fÃ¼r die automatisierte Weiterverarbeitung angemessener Form und andererseits durch MÃ¤ngel hinsichtlich VollstÃ¤ndigkeit und Korrektheit erschwert [5]. Bereits frÃ¼h wurde daher eine ErgÃ¤nzung der primÃ¤ren Aufzeichnungen zur Versorgung durch eine Rechner gestÃ¼tzte Basisdokumentation vorgeschlagen, die fÃ¼r alle Patienten wenige Merkmale umfasst, diese aber vollstÃ¤ndig und qualitÃ¤tsgesichert. Ziele hierbei waren u.a. die ErfÃ¼llung von Pflichten der Gesundheitsberichterstattung, die UnterstÃ¼tzung eines QualitÃ¤tsmanagements und die Erstellung von LeistungsÃ¼bersichten. Gefordert wurden in der praktischen Umsetzung die multiple Verwendung der erfassten Daten sowie eine Einbettung der Dokumentationsanforderungen in den Behandlungsprozess. Die Erarbeitung von Standards zur Basisdokumentation war oftmals von Fachgesellschaften gestÃ¼zt oder sogar initiiert. So wurden seit Beginn der 70er Jahre Konzepte fÃ¼r die Chirurgie entwickelt [6] und ein Minimaldatensatz vorgeschlagen [7]. Eine sehr weitgehende Formalisierung und ansatzweise Durchdringung hat die Basisdokumentation fÃ¼r Tumorkranke erfahren [8]. Auch der Kerndatensatz der AnÄ¤sthesiologie [9, 10] hat eine gewisse Bedeutung erlangt. In der Breite hat sich trotz erheblicher Anstrengungen die ErgÃ¤nzung der Papier basierten Krankenakte durch eine Rechner gestÃ¼tzte Basisdokumentation allerdings nicht durchsetzen kÃ¶nnen.

Ãœber die Krankenversorgung verfÃ¼gbare elektronische Daten sind daher Ã¼berwiegend auf gesetzliche Pflichten zur Ãœbermittlung an Dritte zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Diese aus Verwaltungsaufgaben resultierende Erfassung hat in den USA zum Etikett â€žadministrativeâ€œ Daten gefÃ¼hrt, obwohl diese sehr vielfÃ¤ltige medizinische Informationen enthalten, beispielsweise die Dauer der Beatmung oder Ergebnisse einzelner Labortests. Auf der einen Seite entstehen hierbei groÃŸe DatenbestÃ¤nde, wie sie in den USA bereits intensiv diskutiert wurden [11], auf der anderen Seite sind die Daten damit auch automatisch bei den Leistungserbringern fÃ¼r nachgelagerte Verwendungszwecke verfÃ¼gbar [12]. Die derzeit in einem vernetzten Gesundheitswesen zur VerfÃ¼gung stehenden medizinischen Informationen konzentrieren sich auf diesen â€žDatenkranzâ€œ, da nur die dort enthaltenen Merkmale ohne weiteren Aufwand elektronisch vorliegen. Ãœber den Umweg der gesetzlichen Pflichten kann dann allerdings eine Rechner gestÃ¼tzte Basisdokumentation definiert werden, die Ausgangspunkt fÃ¼r vielfÃ¤ltige weitere Verwendungszwecke ist.

Im Folgenden werden die MÃ¶glichkeiten zur Nutzung dieser AusprÃ¤gung von Routinedaten dargestellt und geprÃ¼ft. Ausgeklammert werden hierbei weitgehend Aspekte des Datenschutzes, die z.B. durch die Forderung nach Zweckgebundenheit eine nachgelagerte Verwendung von Daten einschrÃ¤nen kÃ¶nnen. Dies ist weder Ausdruck einer Bagatellisierung noch einer GeringsschÃ¤tzung der Thematik, sondern drÃ¼ckt lediglich die KomplexitÃ¤t der Diskussion aus, die sich zum Beispiel in Empfehlungen der Telematikplattform fÃ¼r medizinische Forschungsnetze nachlesen lÃ¤sst [13]. Eine Darstellung wÃ¼rde den verfÃ¼gbaren Rahmen sprengen.

## Routinedaten in Deutschland

Relevante DatenbestÃ¤nde entstehen in verschiedenen Versorgungsbereichen durch die Verpflichtung, im Rahmen der Abrechnung medizinische Angaben an die Versicherungen zu Ã¼bermitteln. Die entsprechenden Vorgaben finden sich

im Sozialgesetzbuch (SGB), fÃ¼r Krankenhaus in §301 SGB V, fÃ¼r niedergelassene Ärzte in §295 SGB V, fÃ¼r Leistungserbringer im Bereich Heil- und Hilfsmittel in §302 SGB V und fÃ¼r ambulante Pflegedienste in §105 SGB XI. Über das Merkmal Krankenversichertennummer ist es den Versicherungen möglich, die Informationen zu einem Versicherten von verschiedenen Leistungserbringern und Sektoren zusammen zu fÃ¼hren. In Verbindung mit den Versichertenstammdaten lassen sich bereits jetzt Informationen zur Qualität der Leistungserbringung ableiten, wie es das Projekt Qualitätssicherung mit Routinedaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) [14] erprobt. Ebenfalls intensiv genutzt werden die Daten zur Arzneimittelabrechnung nach §300 SGB V. Die Apotheken erfassen die verordneten Rezepte und leiten diese üblicherweise an Apothekenrechenzentren zur Abrechnung mit den Versicherungen weiter. Die Informationen der Versicherungen beinhalten dann u.a. Arzneimittelkennzeichen, Darreichungsform und Packungsgröße. Hieraus lassen sich fÃ¼r einzelne Ärzte Verordnungsprofile erstellen [15]. Tabelle 1 zeigt die enorme Anzahl von Beobachtungseinheiten der den Versicherungen zur Verfügung stehenden Daten. ...

Dokumentinformationen zum Volltext-Download

Â

Titel:  
Routinedaten in der Telematikplattform ArtikelÂ istÂ erschienenÂ in:  
TelemedizinfÃ¼hrer Deutschland, Ausgabe 2007  
Kontakt/Autor(en):JÃ¼rgen Stausberg (1), Saskia Dräger (2)

1) Institut fÃ¼r Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen, Essen  
2) Fachbereich Wirtschaftsingenieurwesen und Gesundheitswesen, Hochschule Niederrhein, Krefeld Seitenzahl:  
4,5Â Sonstiges:

1 Abb., 1 Tabelle Dateityp/ -grÃ¶ße: PDF / 261 kBÂ Click&Buy-PreisÂ inÂ Euro: Â 0,50

Â Rechtlicher Hinweis:

Ein Herunterladen des Dokuments ist ausschließlich zum persönlichen Gebrauch erlaubt. Jede Art der Weiterverbreitung oder Weiterverarbeitung ist untersagt. Â

Hier gehts zum Click&Buy-Download...Â Allgemeine Infos zu Click&Buy finden Sie hier... Â