



## MEDIZINISCHE DATEN

# Daten sind eine Art Währung

Medizinische Daten gewinnen derzeit aus mindestens drei Gründen an Wert. **Ers-tens** führen demografischer Wandel und technischer Fortschritt sowie nur mäßig steigende oder gar stagnierende Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu verschärftem Kostendruck. Dieser schlägt sich in Personaleinsparung, Leistungsverdichtung und damit Risiken für die Qualität der Versorgung nieder. Auf diese Entwicklung muss die Politik reagieren. Und sie tut dies, indem sie die Qualität „sichert“, z.B. durch die Schaffung des neuen Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG). Die Einrichtung soll mit Hilfe von Indikatoren die Qualität von Gesundheitsleistungen überprüfen. Die Messung selbst beruht dabei wesentlich auf medizinischen und administrativen Daten.

**Zweitens** steigt infolge der Globalisierung die Bedeutung marktlicher Systeme und Einrichtungen. Das heißt, ökonomische Organisationen, wie z.B. Krankenkassen, aber auch betriebswirtschaftliche Verfahren wie das Controlling, werden für die Steuerung der Medizin wichtiger. Dafür benötigen sie entsprechende Daten.

**Drittens** wird zunehmend gefordert, die Wirkung medizinischer Behandlungen nicht nur in klinischen Studien, sondern auch unter Normalbedingungen zu testen. Auch dafür braucht man Daten aus der Versorgung.

Daten sind knapp und daher wertvoll. Sie haben geradezu den Charakter einer „Währung“ angenommen: Nur wer selbst über Daten verfügt, bekommt auch Daten von anderen – sonst muss er sie teuer einkaufen.

Krankenhäuser und Ärzte sind Quelle fast aller medizinischen Daten. Sie selbst besitzen davon jedoch am wenigsten. Hingegen halten Krankenkassen und ihre Institute, aber auch private Firmen, Rechenzentren u.a. enorme Datenmen-

gen vor. Krankenhäuser benötigen aber auch selbst Daten für verschiedene Zwecke, z.B.:

- Sie können damit sehr interessante medizinische Untersuchungen durchführen (z.B. zur Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden).
- Sie müssen überprüfen können, wie sie in den Berechnungen des IQTiG erscheinen werden.
- Sie benötigen die Daten für ihr Produktmarketing.

Dem stehen allerdings technische, rechtliche und ökonomische Fragen entgegen: Sind die Krankenhaussysteme überhaupt für eine solche Datensammlung geeignet? Dürfen die Krankenhäuser Daten zusammenführen? Und steht der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Ergebnis?

### TECHNISCHE AUSGANGSLAGE

In einer Untersuchung, von der Zwischenergebnisse auf der conhIT 2014 in Berlin vorgestellt wurden und die in Kürze in der Zeitschrift „Der Ophthalmologe“ erscheinen werden, haben wir diese Fragen am Beispiel augenärztlicher Kliniken beantwortet: sie lassen sich bejahen.

Zwar ist die Interoperabilität der IT-Systeme im Krankenhausssektor traditionell schlecht. Denn Software-Hersteller unterstützen Kliniken oft unzureichend darin, Daten mit Systemen anderer Hersteller austauschen zu können. Auch ist ein Teil der relevanten Daten, wie z.B. Arztbriefe, nicht unmittelbar maschinenlesbar. All das erschwert den Datenaustausch, macht es aber nicht unmöglich, Daten in einer Meta-Datenbank zusammenzuführen.

### DIE RECHTLICHE SITUATION

Die rechtliche Schwierigkeit besteht darin, dass man regelmäßig Daten von Pati-

enten auswerten wird, deren Einverständnis nicht vorliegt und auch nicht eingeholt werden kann. Hier stehen zwei Rechte gegeneinander: das Recht des Patienten auf informationelle Selbstbestimmung und das Recht der Gesellschaft bzw. der Wissenschaftler auf Forschung. Zumindest dann, wenn eine konkrete, wichtige Fragestellung vorliegt und der Eingriff in die Selbstbestimmung minimiert wird (z.B. durch Pseudonymisierung der Daten), darf man Daten verwenden. Schließlich gibt es auch genügend Forschungsthemen, die auf diese Weise geklärt werden können, so dass sich der Aufwand lohnt.

Im nächsten Schritt soll der Aufbau der beschriebenen Datensammlung begonnen werden. Natürlich lässt sich dies neben der augenärztlichen Abteilung auch für andere Krankenhausabteilungen durchführen.

Alle DGFM-Themen stammen aus der Praxis. Forschungsansatz ist immer, diese Themen so zu untersuchen, dass sie für die Praxis relevant sind und die Praxis etwas damit anfangen kann. Sollten Sie weitere Themen haben, die aus Ihrer Sicht der Erforschung bedürfen, können Sie sich ebenfalls gerne an mich wenden.

#### Kontakt zur DGFM

Prof. Dr. Dr. Christian Thielscher, FOM Hochschule für Oekonomie und Management, Gründungspräsident der DGFM  
**Infos:** [www.dgfm-ev.org](http://www.dgfm-ev.org)  
**Kontakt:** [christian.thielscher@fom.de](mailto:christian.thielscher@fom.de)



#### Vorstand der DGFM

- Heinz D. Diste (Präsident),
- Prof. Dr. Christian Thielscher (Vizepräsident),
- Gudula Stroetzel (Schriftführerin),
- Prof. Dr. Hans-Joachim Flocke (Schatzmeister),
- Prof. Dr. Thomas Jäschke, Patric Sommerhoff.