

© atexifodorov - Fotolia.com

Epidemiologie unter Verwendung von „Routinedaten“ der Sozialversicherung – dritter Teil

1. Häufigkeit von Erkrankungen

Die Epidemiologie befasst sich mit der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in Bevölkerungsgruppen sowie mit den Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen.¹ Dabei liegt die Betrachtungsebene auf der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung. Dies stellt einen wesentlichen Unterschied zur klinischen Medizin dar, welche im Wesentlichen Individuen bezüglich Risiken, Ursachen, Verläufen und Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten betrachtet. Als bevölkerungsbezogene Wissenschaft wird daher immer eine Beschreibung der „Bezugspopulation“ benötigt. Dann können Messmethoden, wie sie auch in der klinischen Medizin angewandt werden, eingesetzt werden, um Krankheiten oder Risikofaktoren festzustellen.

Meist werden Studien zur Gewinnung epidemiolo-

gischer Daten als „Beobachtungen“ geplant, wobei die Erhebung „einzeitig“ – Querschnittstudie – oder „mehrzeitig“ – Längsschnittstudie – erfolgen kann. Geht es bei der Untersuchung nicht nur um eine Beschreibung – deskriptive Epidemiologie – von Krankheitshäufigkeiten in der Zielbevölkerung, sondern um ursächliche Zusammenhänge – analytische Epidemiologie – zwischen Merkmalen der Menschen oder Expositionen gegenüber äußeren Einflüssen, können retro- oder prospektive Kohortenstudien oder Fall-Kontroll-Studien eingesetzt werden. Klassische klinische Studien, wie z. B. Randomised Controlled Trials – RCT – mit oder ohne Verblindung der Teilnehmer, können als experimentelle Epidemiologie betrachtet werden und dienen zur Erforschung der Auswirkung von Maßnahmen auf eine bestimmte, meist kranke Population. Weitere Informationen können aus Lehrbüchern oder auch aus dem Internet bezogen werden.

Benötigt werden Informationen zur Häufigkeit von



Dr. Gottfried Endel ist Allgemeinmediziner und leitet den Bereich „Evidence-based Medicine“ (EBM) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

¹ WHO-Definition, entnommen aus: <http://www.infektionsnetz.at/TextExtEpidemiologie.phtml>, abgefragt am 11.10.2011.

Krankheiten für die unterschiedlichsten Zwecke. Regionale Unterschiede können den Anlass für die Erforschung und dann hoffentlich auch die Behebung von Ursachen geben. Die Betrachtung von Entwicklungen über die Zeit wird für viele Planungsaufgaben² benötigt. Gesundheitsindikatoren erlauben die Beurteilung der Wirksamkeit und Angemessenheit von Strukturen und Maßnahmen auf Populationsebene. Regionale Schwerpunktsetzung und „Gerechtigkeit“ der Ressourcenverteilung bekommen so eine objektive Grundlage.

In der Folge soll noch aus dem Bereich der deskriptiven Epidemiologie auf einige Begriffe eingegangen werden, damit die angeführten Beispiele besser verstanden werden können.

1.1 Bevölkerung

Wie bereits erwähnt, ist die Epidemiologie eine bevölkerungsbezogene Wissenschaft. Die Beschreibung der Bevölkerung, auf die sich Aussagen beziehen, ist daher unabdingbar. Die Daten für die österreichische Bevölkerung werden von uns in der Regel aus den Veröffentlichungen der Statistik Austria³ bezogen. Die für diese demographischen Informationen verwendeten Methoden sind gut beschrieben und qualitätsgesichert. Auch umfangreiche Prognosen sind öffentlich verfügbar.

Die Routinedaten der Sozialversicherung beziehen sich allerdings auf eine andere Population als die Daten der Statistik Austria. Dies deshalb, weil nicht alle Österreicher bei einem der „gesetzlichen Sozialversicherungsträger“ versichert sind. Auch nicht zur Wohnbevölkerung zählende Personen sind sozialversichert, so sie in Österreich beschäftigt und die Sozialversicherungsträger auch für Leistungen an Ausländer im Rahmen der zwischenstaatlichen Regelungen zuständig sind. Das Register des Hauptverbandes der österreichischen

Sozialversicherungsträger bildete daher auch nur eine Quelle unter mehreren anderen für die mit Stichtag 31.10.2011 durchzuführende Volkszählung, welche erstmals als „Registerzählung“⁴ durchgeführt wurde.

Eine erste Untersuchung zum Verhältnis der Demographie aus den Abrechnungsdaten und der tatsächlichen Wohnbevölkerung wurde daher als Grundlage für die Versorgungsforschungs-Projekte durchgeführt.⁵ Die dabei gewonnenen Erkenntnisse wurden in der Folge zur Verbesserung der Darstellung Population verwendet. Da für epidemiologische Untersuchungen Alter und Geschlecht wesentliche Informationen für die Darstellung der Verteilung von Krankheiten sind, wurde in einer Bereinigung unter Berücksichtigung der Datenqualität eine „Forschungs-Population“ definiert.

1.2 Kennzahlen

Folgende Begriffe werden immer wieder verwendet:

1.2.1 Prävalenz

Die Prävalenz gibt die Anzahl der Erkrankten zu einem bestimmtem Zeitpunkt oder in einem Zeitraum in einer Bevölkerung an. Um eine Vergleichbarkeit zwischen derartigen Untersuchungen zu ermöglichen, wird meist als Wert eine Rate – Zahl der Erkrankten pro 10.000 Personen – angegeben. Eine weitere Voraussetzung für eine Vergleichbarkeit solcher Werte ist, dass bei den untersuchten Populationen wesentliche Merkmale, wie zumindest Alter und Geschlecht, beschrieben sind.

1.2.2 Inzidenz

Für die Inzidenz wird die Zahl der neu auftretenden Erkrankungen erhoben. Auch dafür ist die Darstellung als Rate mit einer Beschreibung der

2 ASVG § 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte (Vertrags-Gruppenpraxen) unter Beachtung auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur (dynamische Stellenplanung) eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des § 338 Abs. 2 erster Satz der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder einem Vertragsarzt und einer Vertrags-Gruppenpraxis freigestellt sein.

3 http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html, abgefragt am 11.10.2011.

4 http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/index.html, abgefragt, 11.10.2011.

5 http://www.hauptverband.at/mediaDB/810559_OFLOeG_Endbericht.pdf, abgefragt 11.10.2011.



untersuchten Bevölkerung und des beobachteten Zeitraumes für Vergleichszwecke sinnvoll. Die zeitliche Auflösung wird dabei von der Fragestellung bestimmt. Für kurzdauernde Erkrankungen wie Infektionskrankheiten ist eine tägliche oder wöchentliche Beobachtung notwendig. Für chronische, nicht übertragbare Krankheiten ist oft eine Jahresinzidenz sinnvoller.

1.2.3 Risiko

Aus den Werten für die Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten – aufbereitet nach Alter, Geschlecht und allfälligen Risikofaktoren oder Determinanten – kann auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung geschlossen werden. Für viele Krankheiten ist das Risiko altersabhängig, aber auch Einkommen, Bildung, Arbeit und Lebensstil können als sogenannte sozi-ökonomische Faktoren das Erkrankungsrisiko und damit die Lebenserwartung beeinflussen.

1.3 Messmethoden

Die Auswahl der Messmethoden richtet sich nach den zu untersuchenden Fragestellungen. Um das Vorliegen einer Krankheit festzustellen, werden dabei die auch in der klinischen Medizin verbreiteten diagnostischen Kriterien und Möglichkeiten eingesetzt. Dabei ist allerdings zu beachten, dass bei Untersuchung zu ausschließlich epidemiologischen Zwecken eine unzumutbare Belastung der (freiwilligen) Studienteilnehmer unzulässig ist. Daher werden in der Regel nur nichtbelastende Methoden eingesetzt. Für die Erhebung von Expositionen können einerseits Befragungen – Beispiel Essgewohnheiten – oder Umweltuntersuchungen – Beispiel Feinstaubbelastung – ergänzend notwendig sein. Es werden auch Daten aus der Krankenbehandlung – Beispiel Krebsepidemiologie – herangezogen.

Allen Messmethoden gemeinsam ist, dass sie qualitätsgesichert und standardisiert werden müssen. Für die Feststellung des Vorliegens einer Erkrankung beginnt dies damit, dass die Grenze zwischen „krank“ und „gesund“ für die Messung definiert werden muss. Die Verlässlichkeit einer Krankheitsfeststellung mittels eines Tests erfordert aber auch die Charakterisierung des Tests betreffend Sensitivität, Spezifität sowie positiver und negativer Vorhersagekraft. Diese Erkenntnisse zu einem Testverfahren werden durch den Vergleich von zwei Methoden, wobei eine den sogenannten

„Goldstandard“ darstellt, gewonnen. Für eine Übertragbarkeit auf eine andere Testsituation ist dabei aber zusätzlich noch die „Vortestwahrscheinlichkeit“ zu beachten. Diese kann die Ergebnisse nämlich wesentlich beeinflussen und dadurch erklärt sich auch, warum manche klinische Diagnoseverfahren, welche in Krankenanstalten wertvolle Mittel zur Diagnosesicherung darstellen, für den Einsatz in einer (noch) gesunden Bevölkerung zur Früherkennung ungeeignet sind. Diese Prinzipien für die Charakterisierung von Messmethoden sind entsprechend angepasst auch in der Epidemiologie anzuwenden.

Messen und Messmethoden sind somit nicht „einfach“ und der Umgang damit und insbesondere mit den jeder Methode eigenen Messfehlern muss genau beschrieben werden.

Neben diesen klinischen und technischen Messungen werden aber auch, wie schon erwähnt, Befragungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes oder von Expositionen und Determinanten eingesetzt. Diese Methoden zeigen den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand und was die Angaben zur Behandlung betrifft, das jeweils erinnerte Geschehen. Für viele Fragestellungen der Gesundheitspolitik stellen die Ergebnisse dieser Befragungen eine wichtige und oft auch die einzige Grundlage dar. Neue Methoden, wie wir sie in diesem Beitrag vorstellen, müssen daher, zum Zweck der Standardisierung und um auch hier die Güte der Messmethode beurteilen zu können, mit diesen bestehenden Methoden verglichen und kritisch analysiert werden.

2. „Routinedaten“ in Österreich

Die offizielle und auch umfassendste Quelle für derartige Informationen ist bei der Statistik Austria⁶ zu finden. Die Ergebnisse der letzten Gesundheitsbefragung⁷ sind im Internet verfügbar. Standardisierte Erhebungen des Gesundheitszustandes durch Befragung einer repräsentativen Stichprobe sind ein unverzichtbarer Bestandteil für eine Gesundheitsberichterstattung und eine zielgerichtete Gesundheitspolitik. Periodische Berichte wie das Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009⁸ sind im Internet abrufbar und geben einen guten Überblick über die jeweils verfügbaren Daten. Detaillierte Daten können zu Forschungszwecken bezogen werden.

Ergänzt werden die öffentlichen Statistiken durch umfassende Informationen auf der Website⁹ des

Epidemiologie ist als Grundlage für Planungen erforderlich.

6 http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html, abgefragt am 13.9.2011.

7 Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. © STATISTIK AUSTRIA ISBN 978-3-902611-04-8 Wien 2007.

8 © STATISTIK AUSTRIA Artikelnummer: 20-1610-09; ISBN 978-3-902703-64-4.

9 <http://www.bmg.gv.at/>

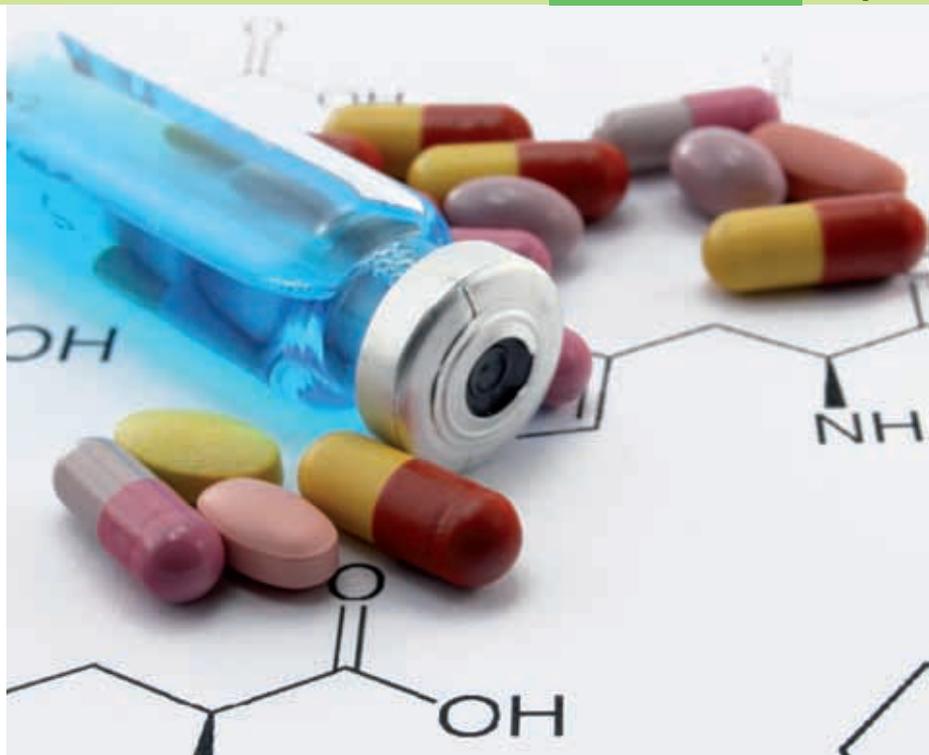
Bundesministeriums für Gesundheit. Gegliedert nach „Schwerpunkten“ oder alphabetisch als „Themen A–Z“ werden Berichte und Unterlagen zur Verfügung gestellt. Im Bereich Schwerpunkte/Krankheiten finden sich weiterführende Informationen, z. B. zur Gesundheitsstatistik mit einem Verweis auf den EUROSTAT Health Report 2010, zur psychischen Gesundheit und zu übertragbaren sowie nicht übertragbaren Erkrankungen.

Die Gesundheit Österreich Ges.m.b.H. (GÖG) präsentiert auf ihrer Website unter dem Titel „Kompass“ auch den Spitalskompass, der z. B. über die Häufigkeit von Operationen einzelner Krankenanstalten Auskunft gibt.

Im Portal der Sozialversicherung¹⁰ finden sich im Bereich „Service – Für Journalisten/Medien – Zahlen und Fakten“¹¹ statistische Daten aus der Sozialversicherung, das statistische Handbuch der Sozialversicherung (auch in Excel), das Handbuch der Sozialversicherung und vor allem die Verbindungen zu den korrespondierenden Informationen bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern.

Auch die Bundesländer haben für ihren Wirkungsbereich im Internet einen Bereich mit statistischen Informationen. Als Beispiele werden die Adressen aus drei Bundesländern angeführt.¹² Weitere regionale Informationen werden auch von Städten und Gemeinden angeboten. Aus Sicht des Gesundheitssystems sind weitere Trägerorganisationen der Krankenanstalten von Interesse. Auch hier sollen drei als Beispiel gezeigt werden.¹³ All diese Daten geben zum Teil auch über die Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten in Österreich Auskunft. Weiters sind Informationen zur Struktur des Gesundheitssystems, zur Inanspruchnahme desselben und zu wirtschaftlichen Gesichtspunkten in diesen Daten enthalten. Sie können also zu Zwecken zumindest der deskriptiven Epidemiologie verwendet werden. Allerdings ist auch erkennbar, über welche Bereiche des Gesundheitssystems und welchen Teil der Krankheitslast damit nur unzureichend Aussagen getroffen werden können.

Diese Defizite in der Datenverfügbarkeit zeigen sich, was die Behandlung von Krankheiten betrifft, vor allem außerhalb von Krankenanstalten, da aus diesem Bereich keine auswertbaren Diagnosedaten vorliegen. Dieses Defizit wird auch in der Beschreibung der Motivation für das Morbiditätsregister Austria¹⁴ ausführlich dargestellt.



3. Methoden in der Versorgungsforschung

Versorgungsforschung untersucht das Leistungsgeschehen im Gesundheitssystem. In den USA verwendet die Agency for Healthcare Research and Quality folgende Definition für Health Services Research: „*Health services research examines how people get access to health care, how much care costs, and what happens to patients as a result of this care. The main goals of health services research are to identify the most effective ways to organize, manage, finance, and deliver high quality care, reduce medical errors, and improve patient safety*“ (Agency for Healthcare Research, 2002). Dabei wird also untersucht

- für WEN – Patient/Alter/Geschlecht/Region/sozioökonomische Kennzeichen
- macht WER = Gesundheitsdienstleister/Typ/Fach/Region
- WARUM = Gesundheitsproblem/Konsultationsanlass/DIAGNOSE
- WOMIT = Medikamente/Heilbehelfe/Hilfsmittel
- WAS = Intervention/Leistung
- WANN = zeitliche Abfolge
- zu WELCHEN KOSTEN = Versicherungsverhältnis/Abrechnung/Honorarnote.

Versorgungsforschung verbindet die Epidemiologie mit dem Gesundheitssystem.

¹⁰ <http://www.sozialversicherung.at>

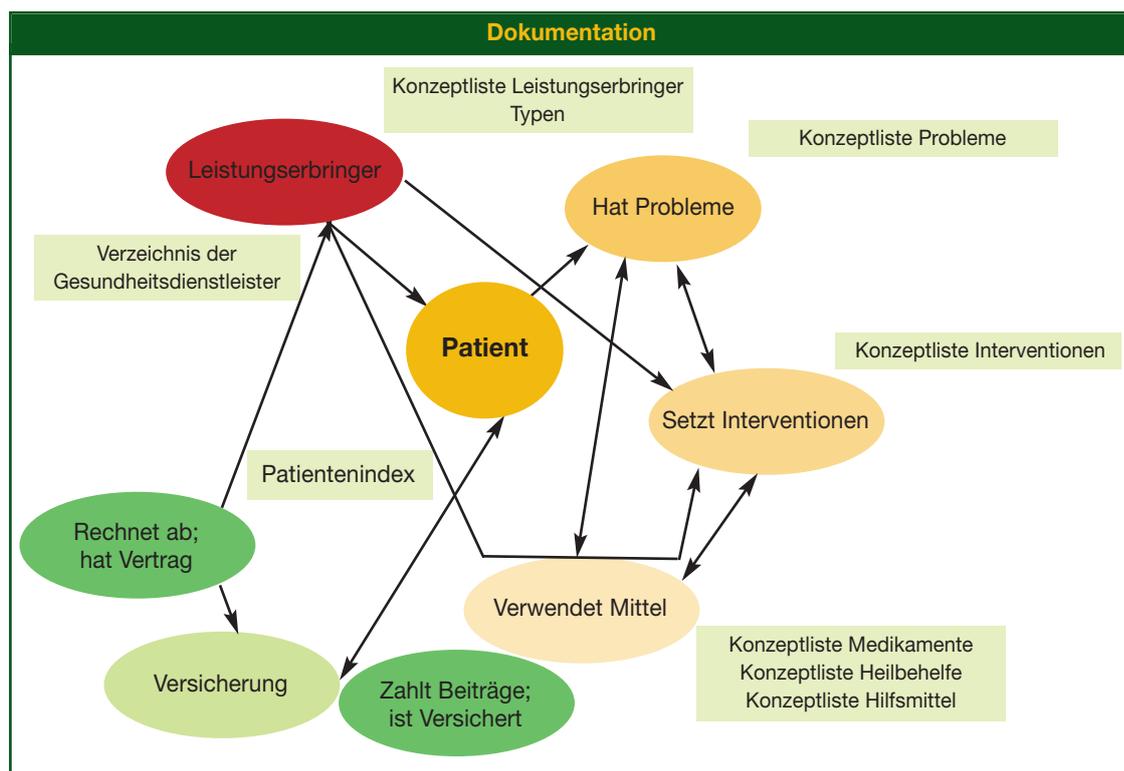
¹¹ http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=931&p_tabid=5

¹² <http://www.wien.gv.at/statistik/>, <http://www.noel.gv.at/Land-Zukunft/Zahlen-Fakten.html>, http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-A58B342C-988EBD6A/ooe/hs.xsl/12589_DEU_HTML.htm

¹³ <http://www.wienkav.at/kav/ZeigeText.asp?ID=34076>, <http://www.holding.lknoe.at/presse/aktuelle-meldungen.html>, http://www.gespag.at/16467.php?title_menu=Zahlen%2C+Fakten.

¹⁴ http://www.meduniwien.ac.at/epidemiologie/public/mra/mra_wasist_ge.htm, abgefragt am 11.10.2011; weiterführende Informationen siehe: Schriefl, S.: Morbiditätsregister Austria – Analyse und internationaler Vergleich. Diplomarbeit, Medizinische Universität Wien, 2008.

Der Patient steht auch im Datenmodell im Mittelpunkt.



Diese patientenzentrierte Darstellung war bereits in früheren Berichten enthalten.

Sie ist eine zentrale Grundlage für das Verständnis der Möglichkeiten, wie sie in der folgenden Beschreibung von Projektergebnissen laufend umgesetzt werden beziehungsweise wurden. Der Ansatz, aus dem statistischen Zusammenhang zwischen den ATC-Gruppen der verschriebenen Medikamente auf die Krankheitsgruppen der Patienten zu schließen, wurde bereits beschrieben.¹⁵

3.1 Epidemiologie des Behandlungsgeschehens

In einem Vorprojekt wurden Diagnosen über Wahrscheinlichkeiten mit ATC-Codes verbunden. Neben dieser statistischen Methode gibt es auch noch weitere Möglichkeiten für wissenschaftliche Untersuchungen Personengruppen mit gleichen oder weitgehend gleichen Erkrankungen aus den Routinedaten auszuwählen. Einige der bereits umgesetzten Methoden werden anhand der Ergebnisse von bereits abgeschlossenen Projekten und auch anhand eines laufenden Untersuchungsprotokolls beschrieben. Alle Daten sind – wie bereits beschrieben¹⁶ – indirekt personenbezogen und können nicht auf konkrete Personen zurückgeführt

werden. Als Beginn soll die Verwendung der Daten aus Krankenanstalten diskutiert werden. Möglichkeiten der Pharmakoepidemiologie werden in einer weiteren Folge dieser Artikelserie aufgezeigt werden.

3.1.1 Hauptdiagnosen in Krankenanstalten

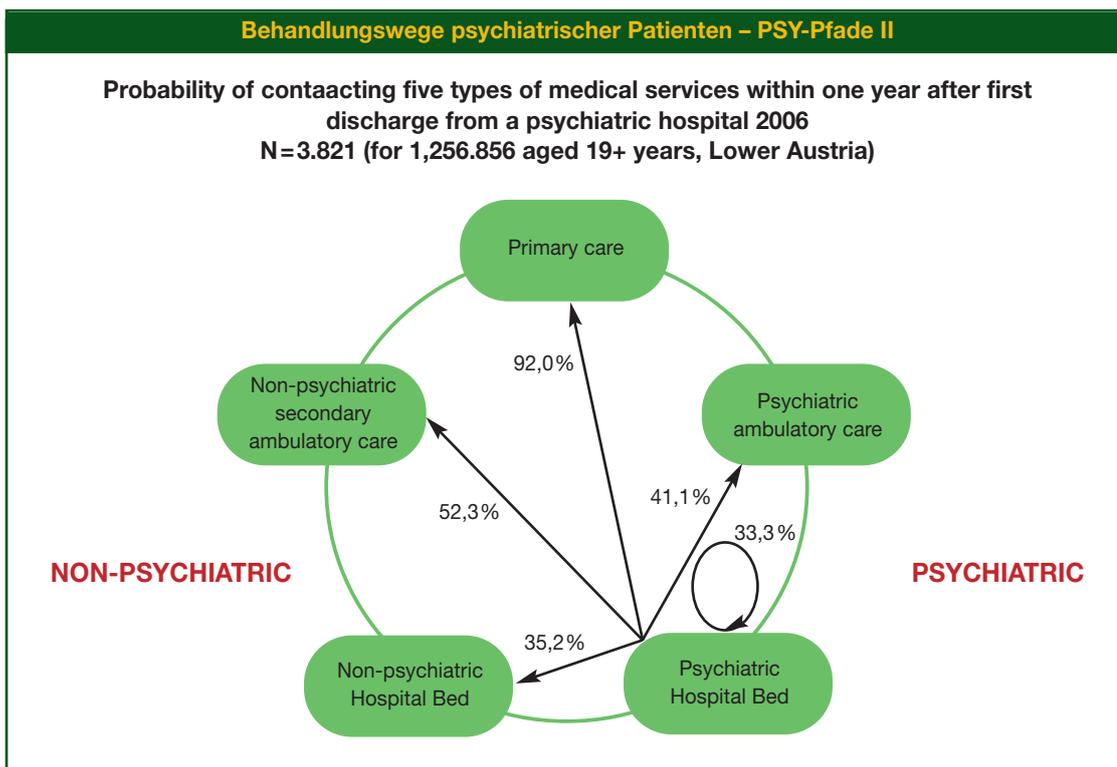
Es werden Personen anhand der Hauptdiagnosen eines Krankenhausaufenthaltes der zu untersuchenden Population zugeordnet. Dieses Vorgehen wurde einmal für Patienten eines Bundeslandes gewählt, um den weiteren Verlauf im Gesundheitssystem untersuchen zu können. Aus diesem Projekt zur Identifizierung der Behandlungswege psychiatrischer Patienten – PSY-Pfade II¹⁷ – konnten die Wiederaufnahmerate, die Zeit bis zur Versorgung im niedergelassenen Bereich des Gesundheitssystems und die Art dieser Versorgung dargestellt werden.

Die Darstellung ist dabei auf den Umfang der Routinedaten der Datenbank GAP-DRG (Grundlagenforschung für ambulante, personenbezogene Diagnoses Related Groups) beschränkt. Gerade Patienten in diesem Bereich nehmen auch in einem wesentlichen Ausmaß Versorgungsleistungen der psychosozialen Dienste in Anspruch. Darüber sind

15 Literaturverweis auf den Artikel „Krankheiten in Österreich – zweiter Teil“ Soziale Sicherheit, Dezember 2011 S. 589–598.

16 Soziale Sicherheit, Oktober 2011; Gottfried Endel: „Gesundheitssystemforschung in Österreich – erster Teil“; S. 488–497.

17 http://www.hauptverband.at/mediaDB/790409_psychiatric_patient%20%20%20pathways.pdf, Identifying psychiatric patients' pathways of care by record linkage after pseudonymization: Linking inpatient and outpatient data for the total population of a province of Austria Katschnig H1, G Endel2, F Endel3, B Weibold1, P Filzmoser3 1Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry, 2Main Association of Austrian Social Security Institutions, 3 Vienna University of Technology, Vienna, Austria Presented at the at the Tenth Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry, Mental Health Policy and Economics, ICMPE, Venice, 25–27 March 2011.

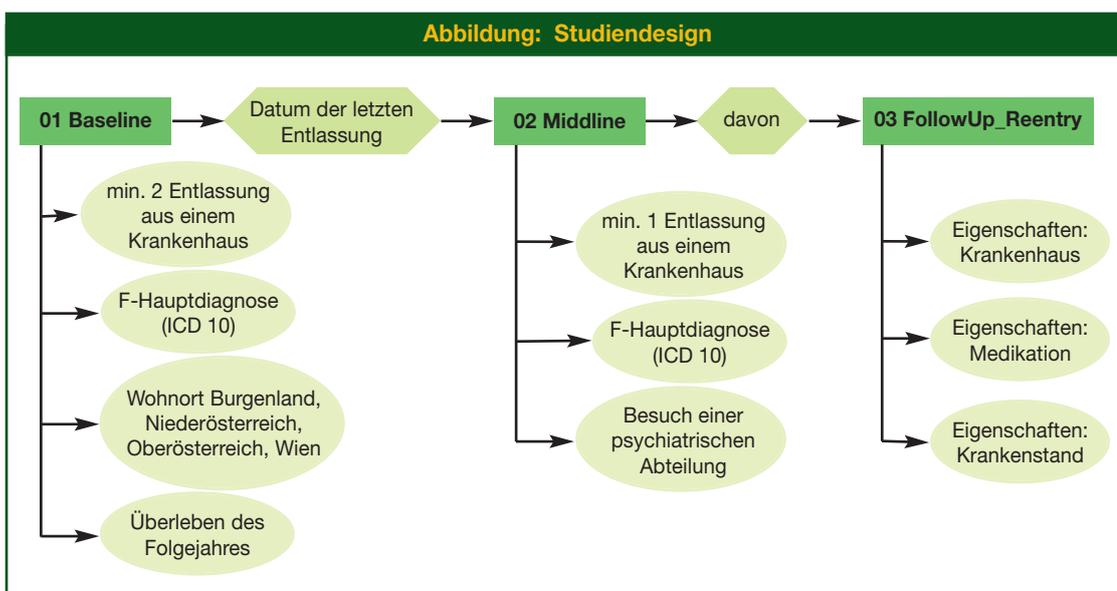


jedoch in den Routinedaten der Sozialversicherung keine Informationen enthalten.

Einen ähnlichen Untersuchungsansatz hat das Projekt „Heavy User“¹⁸ von pro mente austria. Es beschäftigt sich mit den Personenspezifika und der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von Psychiatriepatienten mit hoher Wiederaufnahme-

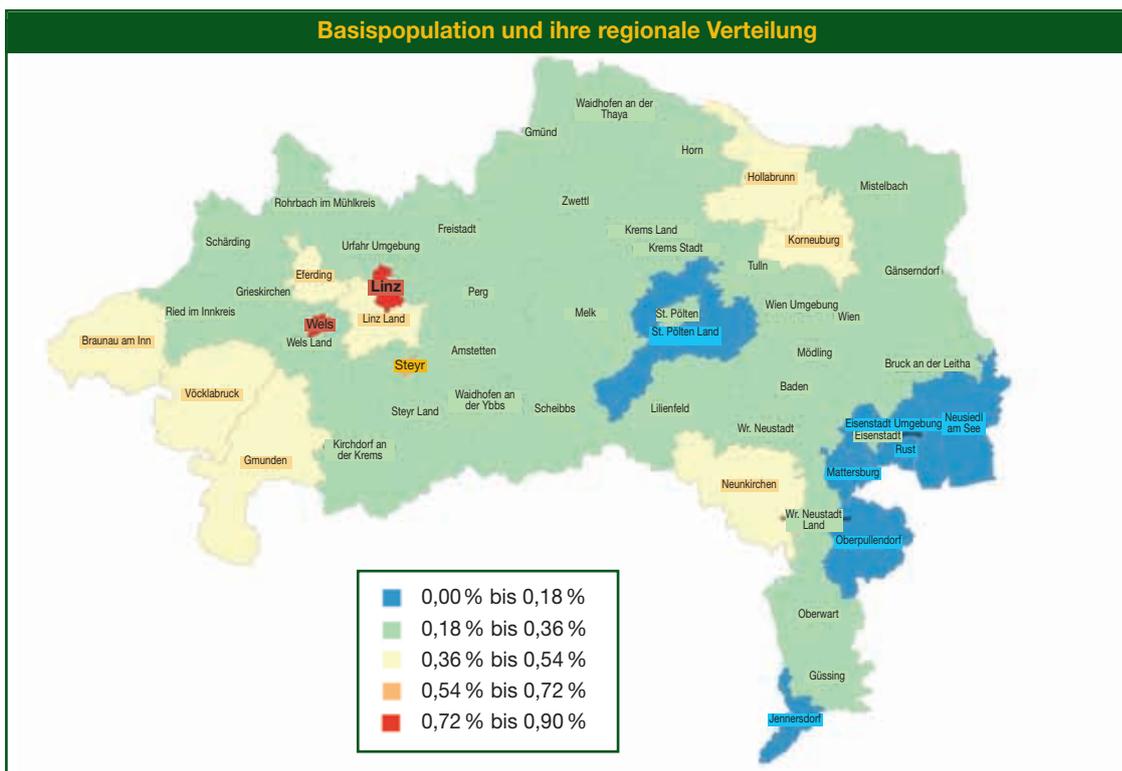
rate, den sogenannten „Drehtürpatienten“. Ziel dieser Studie ist es, genaue Informationen über relevante Merkmale (personenbezogene und regional angebots-/leistungsbezogene) dieser Patientengruppe zu bekommen.

Insgesamt wurde dabei zuerst die Literatur zu diesem Thema untersucht. In der Folge wurde die



Quelle: Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien 2011.

18 http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow? action=2&p_menuid=72535&p_tabid=5, „Wenn sich die Türe dreht ...“ Personenspezifika und Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von Psychiatriepatienten mit hoher Wiederaufnahmerate in ausgewählten Bundesländern in Österreich; Mag. Martin Böhm * Mag. Dominik Gruber Bakk * MMag. Gernot Koren MAS * wHR Prof. Univ.-Doz. Dr. Werner Schöny* Florian Endel ** * pro mente prävention – Institut für seelische Gesundheitsförderung, Abteilung Forschung der pro mente austria Kontakt: Lonstorferplatz 1, 4020 Linz; gernot.koren@promenteaustria.at ** Technische Universität Wien, Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie.



Entlassungsdiagnosen der Krankenanstalten können in der Versorgungsforschung verwendet werden.

Basispopulation und ihre regionale Verteilung dargestellt.

Alleine diese Vorgangsweise eröffnet Möglichkeiten für weiterführende Untersuchungen. Auch für Entscheidungen im Zusammenhang mit regionalen Planungsfragen kann diese Information hilfreich sein. So kann die Erstellung der „regionalen Strukturpläne Gesundheit“ (RSGs) durch Untersuchungen mit dieser Methode unterstützt werden. Auch die Frage, in welchem Lebensalter diese Erkrankungen am häufigsten zu wiederholten Krankenhausaufenthalten führen, wurde untersucht.

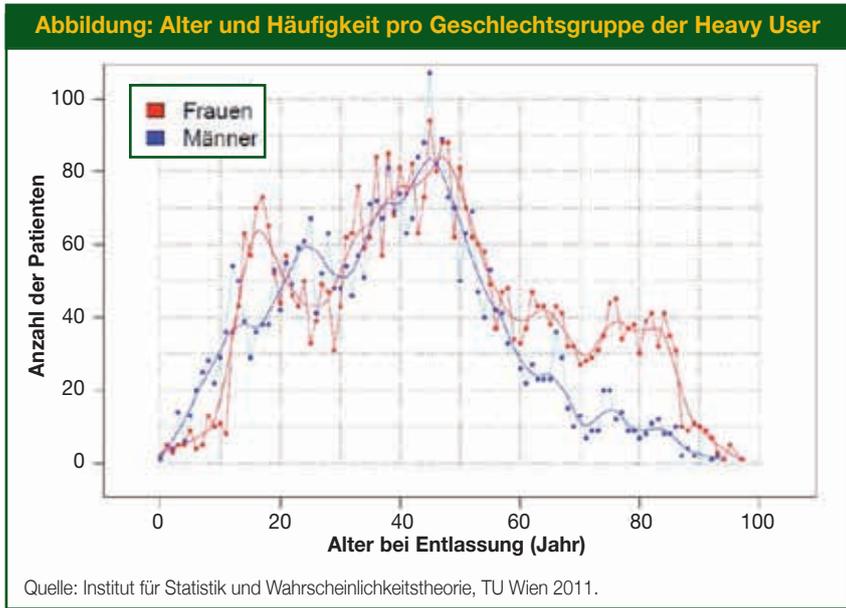
Damit werden nur einige Ausschnitte aus dem Pro-

jektresultat herausgegriffen. Eine differenzierte Darstellung bedarf eines eigenen Artikels.

3.1.2 Leistungen in Krankenanstalten

In einem internationalen Projekt, dem European Network for Health Technology Assessment, Joint Action 1¹⁹ (EUNetHTA JA1) wird untersucht, ob eine Untersuchung der gesamten Bevölkerung im Sinne einer Vorsorgeuntersuchung – Screening – auf das Vorliegen einer krankhaften Ausweitung der Hauptschlagader im Bauchbereich („abdominelles Aortenaneurysma – AAA“) aufgrund des derzeitigen Wissensstandes empfohlen werden kann.

Neben der Aufbereitung der Literatur zu verschiedenen Aspekten dieser Frage untersuchen wir auch, wie häufig diese Erkrankung bisher in unserem Gesundheitssystem aufgetreten ist. Dazu wird die Leistungskodierung der operativen Behandlung und auch die Diagnosekodierung der Krankenhausaufenthalte in der GAP-DRG-Datenbank herangezogen. Damit können Personen mit dieser Erkrankung identifiziert werden und sowohl die Betreuung in der Zeit vor der Operation/Diagnosestellung im Krankenhaus als auch das Geschehen danach erfasst werden. Auch hier ist vor allem die Alters- und Geschlechtsverteilung der ausgewählten Population von Bedeutung, um auf die optimalen Regeln für die Organisation dieser Screening-Maßnahme schließen zu können. Die Ausar-



19 <http://www.eunetha.eu/>



Die Nutzung von Routinedaten vor allem für epidemiologische Fragestellungen wird bereits international vielfach angewandt.

beitung wurde Ende 2011 in das internationale Projekt eingebracht und wird auch im Internet veröffentlicht werden.

3.2 Methodenkritik

3.2.1 Vorteile

Der wesentliche Vorteil ist wohl darin zu sehen, dass für die Verwendung von Routinedaten nur geringe Kosten anfallen. Wie schon der Name aussagt, werden sie aus anderen Gründen übermittelt und gesammelt. Sie liegen auch, abhängig von der Ursprungsverwendung, periodisch und in definierter Form vor. Dadurch sind Zeitreihen-Untersuchungen möglich.

Aufgrund des umfassenden Schutzes im österreichischen Sozialsystem stellen die Daten faktisch eine „Vollerfassung“ dar. Auf Unterschiede gegenüber der Wohnbevölkerung wurde hingewiesen. Es bietet sich dadurch die Möglichkeit, die Untersuchung von seltenen Phänomenen vorzunehmen, welche sich bei der Erhebung von kleinen Stichproben nicht darstellen lassen.

Da die Daten nicht für Forschungszwecke erhoben werden, erfolgt auch keine Beeinflussung der Erhebung durch die Forschungsfrage. Das als Hawthorne-Effekt²⁰ bekannte Phänomen wird dadurch vermieden.

Für häufige Krankheitsbilder sind Untersuchungen zur Variabilität der „üblichen Vorgangsweise“ (usual care) möglich. Diese Informationen können durch Befragungen oder andere Methoden zur Erfassung von Expertenmeinungen nicht oder nur unvollständig erfasst werden. Eine Verbindung zu anderen Daten wie den sozioökonomischen Informationen aus den Versicherungsverhältnissen ermöglicht es, auch diesen Gesichtspunkten als Determinanten für Krankheiten Beachtung zu schenken. In klinischen Studien wird diesem Gesichtspunkt meist keine Beachtung zuteil.

3.2.2 Nachteile

In den Routinedaten der Sozialversicherungsträger sind keine klinischen Informationen enthalten. Zuordnungen zu Krankheitskategorien können nur indirekt erschlossen werden. Messwerte zur Beurteilung von Schweregraden oder Verläufen von Erkrankungen sind damit nicht verfügbar.

Bestimmte Datenkategorien haben für den ursprünglichen Verwendungszweck (in der Regel Abrechnung der erbrachten Leistungen) unterge-

ordnete Bedeutung, sind aber aus der Sicht der Versorgungsforschung von hoher Bedeutung. So ist für die Abrechnung die zeitliche Zuordnung von Leistungen unbedeutend. Für die Darstellung von „usual care“ ist die zeitliche Abfolge als Ausdruck der zugrunde liegenden Entscheidungslogik wesentlich. Hier ist eine taggenaue Zuordnung wünschenswert. Für die Abrechnung ist lediglich die Zuordnung zu einer „Abrechnungsperiode“ von Bedeutung.

4. Diskussion

Die Nutzung von Routinedaten vor allem für epidemiologische Fragestellungen wird bereits international vielfach angewandt. Auch andere Fragen der Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung können mit Routinedaten untersucht werden. Dabei finden sich auch eine Reihe von Fragestellungen von hoher klinischer Relevanz.

Betreffend anzuwendende Methoden und deren Zuordnung zur wissenschaftlichen Wertigkeit der Ergebnisse wird derzeit den retrospektiven Untersuchungen nur beobachtender Charakter zugebilligt. Dies, obwohl mit statistischen Mitteln Einflüsse von ungleich verteilten Merkmalen bereinigt werden können.

Die Stärken und Möglichkeiten wurden genauso dargestellt wie die Schwächen und Einschränkungen. Es ist aber zu bedenken, dass diese Daten als Routinedaten jedenfalls erfasst und gesammelt, wenn auch nicht systematisch zusammengeführt werden müssen. Bisher wurden die Möglichkeiten jedenfalls unzureichend genutzt. Eine Forderung nach mehr und besseren Daten verursacht auch einen entsprechenden Aufwand und erscheint daher erst dann als gerechtfertigt, wenn die bestehenden Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Bis jetzt zumindest ist dies nicht geschehen.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist, dass mit den beschriebenen Methoden und den Routinedaten des Gesundheitssystems unter Wahrung der Anonymität der Personen viele Forschungsfragen, deren Beantwortung im öffentlichen Interesse liegt, beantwortet werden können. Nicht verschwiegen werden soll dabei, dass natürlich auch Forschungsfragen, hinter denen kommerzielle Interessen stehen, damit beantwortbar sind. Im Sinne einer Förderung der Wissenschaft in Österreich ist daher zu überlegen, welche gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen dieses Ziel unterstützen können.

Routinedaten sind zu verwenden bevor neue Datensammlungen begonnen werden.

²⁰ <http://www.wirtschaftslexikon24.net/d/hawthorne-effekt/hawthorne-effekt.htm>, zuletzt abgefragt am 7.11.2011.