

**Prof. Dr. Detlef Schwefel/  
Prof. Dr. Wilhelm van Eimeren, München**

# Wege zu einer öffentlichen Gesundheitsberichterstattung

Über Automobile und Rinder wissen wir in der Bundesrepublik Deutschland recht gut Bescheid. Wir haben auch viele Zahlen über die Produktion von Arzneimitteln und über Leistungen von Krankenkassen. Wir wissen aber kaum, wie es den Menschen geht, ob sie gesund sind oder bettlägerig und ob sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung allmählich verbessert oder verschlechtert. Wir haben auch keine schlüssigen Informationen darüber, ob und wie dies mit unserem Gesundheitswesen, mit der ambulanten oder stationären Versorgung zusammenhängt. Und wir wissen kaum, wie sich Risiken, denen wir ausgesetzt sind, verändern und wir sie meistern. Das scheußliche Wort »Gesundheitsberichterstattung« ist zum Schlagwort dafür geworden, daß dies geändert werden muß. Gesundheitsberichterstattung fordert zusammenhängende und regelmäßige Berichte über unsere Gesundheit und unser Gesundheitswesen. Dabei geht es nicht um Einzeldaten einzelner Bürger. Es geht um Zusammenhänge, aus denen wir lernen können, wie wir Gesundheitspolitik oder gar eine Gesundheitsreform besser machen können.

Dazu ist zweierlei erforderlich: Verbesserung der Managementprozesse und der Selbststeuerung bei Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen durch Verbesserung ihrer routinemäßig eingesetzten Informationssysteme und zugleich Erweiterung und Vertiefung des öffentlich verfügbaren Wissens über Vorleistungen, Struktur, Prozeß, Erfolg und Rahmenbedingungen gesundheitlicher Maßnahmen für ein besseres Verständnis oder aber auch für eine mögliche Gegensteuerung bei Entscheidungen anderer Partner im Gesundheitswesen. Man sollte dies als Grundelemente einer demokratischen oder pluralistischen Gesundheitsberichterstattung ansehen, die den Informationsstand nicht nur einer Gruppe oder Institution, sondern in der gesamten Öffentlichkeit, Selbstverwaltung und Forschung verbessern will.

## 1. Ausgangssituation

Datenlage und Informationsflüsse im bundesdeutschen Gesundheitswesen sind in vieler Hinsicht mangelhaft: Viele Datenangebote gibt es schon lange Zeit, ohne daß sie an neue Gegebenheiten angepaßt wurden; sie sind meist auf Einrichtungen und

Fälle bezogen, nicht auf Bevölkerungen. Unterschiedliche Herkunft, fehlende Abstimmung und Überfluß unsinniger Daten herrschen vor, vor allem aber mangelt es an Transparenz und öffentlicher Verfügbarkeit. Über Datenqualitäten ist meist wenig bekannt. In wichtigen Informationsbereichen besteht Datenknappheit. Vorhandene Daten werden oft so unbrauchbar aufbereitet, daß Entscheidungsträger eher auf ihre Nutzung verzichten.

Trotz all dieser Mängel, die natürlich von Datenquelle zu Datenquelle unterschiedlich sind (Brecht 1988), kann nicht der Schluß gezogen werden, es bedürfe allein und ausschließlich eines radikal neuen, übergreifenden Informationssystems zusätzlich zu den bereits bestehenden. Informationen sind Ausfluß von Strukturen und Prozessen und mit diesen untrennbar verbunden; Recht und Rechtsprechung definieren bestimmte Datensammlungen. So entspringen z. B. Inhalte von Arztregistern der Kassenärztlichen Vereinigungen den Regelungen der Zulassungsordnung für Ärzte und können nur geändert werden, wenn auch diese geändert wird. Entscheidungsprozesse sind oft an solche festgeschriebenen Grundlagen gebunden und werden nur langsam verändert werden

können. Außerdem muß Gesundheitsberichterstattung auch schon deshalb auf vorhandene Quellen und Informationen, beispielsweise über Mortalität, Morbidität und Gesundheitsleistungen, zurückgreifen, weil diese gegenüber neu erhobenen Daten (die dringend erforderlich sind, das sollte nicht mißverstanden werden! – siehe Abschnitt 4) eine Reihe von Vorteilen haben:

- rückschauende Analysen über längere Zeiträume hinweg, die das unverzichtbare Ausgangsmaterial für Trendschätzungen bilden, sind nur so möglich.
- eine räumliche Vergleichbarkeit über Bundesländer oder Kassenbezirke hinweg ist mit ihnen eher gegeben, da die räumliche Reichweite bestehender Datensätze im allgemeinen groß ist;
- wegen des Vollerhebungscharakters vieler Datensammlungen können leichter große Bevölkerungen untersucht und auch eher seltene Ereignisse berücksichtigt werden;
- der Bestand von Datensammlungen erlaubt, wenigstens grundsätzlich, eine schnellere Verfügbarkeit von Informationen; Routinedaten enthalten seltener Probleme durch Selbstselektion, Hawthorne- und Heisenberg-Effekte.

## 2. Ziele

Langfristiges Ziel jeglicher Maßnahme im Gesundheitswesen und damit auch des Aufbaus einer Gesundheitsberichterstattung sollte es sein, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern (Effektivität), und zwar durch eine bessere Steuerung oder Gestaltung der Gesundheitsversorgung und durch verstärkte Kontrolle über Risikofaktoren für die Gesundheit (Effizienz). Mittelfristiges Ziel einer Gesundheitsberichterstattung ist die Verbesserung der Informationslage über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Dies sollte vor allem unter folgenden drei Gesichtspunkten angestrebt werden:

- *Verbesserung der öffentlich zugänglichen Information:* In einem überwiegend sich selbst verwaltenden Gesundheitswesen haben Staat und Öffentlichkeit erhebliche Informationsdefizite über das, was im Gesundheitswesen geschieht. Um sie zu verringern, bedarf es einer Erweiterung

der öffentlichen Verfügbarkeit von bisher nicht allgemein zugänglichen Daten sowie der Entwicklung von Indikatoren, die Staat und Öffentlichkeit z. B. mittels Bevölkerungserhebungen, Patientenbefragungen oder Praxisdokumentationen in die Lage versetzen, Wissen über Strukturen, Prozesse und Erfolge im Gesundheitswesen zu erhalten.

● *Verbesserung der Informationslage für die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen:* In den vergangenen Jahren unternahmen viele Organe im Gesundheitswesen – einzelne Krankenhäuser, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen – erhebliche Anstrengungen, ihre eigene Informationslage zu verbessern, meist durch Einführung und Nutzung der Datenverarbeitung. Da wesentliche Entscheidungen über Stand und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in diesen Organen getroffen werden, sind (modellhafte) Maßnahmen zur Verbesserung der eigenen Informationslage für eine pluralistische Gesundheitsberichterstattung besonders wichtig, um hiermit innerbetriebliche Abläufe und überbetrieblich wirksame Entscheidungen verbessern zu helfen.

● *Verbesserung der Informationslage durch die Wissenschaft und für die Forschung:* Forschung, sei sie öffentlich, öffentlich gefördert oder gar auf privater Basis (z. B. für Selbstverwaltungsorgane) beratend tätig, kann und muß noch wichtige Vorleistungen für eine Verbesserung der öffentlichen und auch der weniger öffentlichen Informationslage erbringen, beispielsweise durch

- medizinische Informatik (z. B. Arztrechnersysteme, Datenbanken)
- Gesundheitssystemforschung (z. B. Entwicklung von Systemmodellen und vieldimensionalen Indikatorensystemen)
- Gesundheitsökonomie (z. B. Entwicklung von auf die Gesundheit bezogenen »Gesamtrechnungen«)
- Medizinsoziologie (z. B. Ermittlung des Informationsbedarfs über die Laienversorgung)
- Epidemiologie (z. B. Erforschung von bislang unbekanntem Risikofaktoren)
- Operations Research (z. B. Optimierung von Daten- und Informationsflüssen)
- Biostatistik (z. B. Entwicklung kostengünstiger Untersuchungsdesigns)
- Auswertungssoftware (z. B. nutzerfreundliche Abfrage- und Präsentationssysteme).

Forschung, insbesondere Gesundheitssystemforschung, Gesundheitssozioökono-

mie und Epidemiologie können schließlich aufgrund einer allgemein verbesserten Informationslage nach Zusammenhängen, eventuell gar Kausalitäten, forschen.

Die Erfüllung dieser mittelfristigen Ziele sollte dazu führen, daß Öffentlichkeit, Staat, Selbstverwaltung und Wissenschaft besser als bisher zu fruchtbaren gemeinsamen Diskussionen in der Lage sind. Um dies zu erreichen, sollte es möglichst bald folgende Ergebnisse geben:

- a) eine regelmäßig erscheinende Publikation, die grundlegende Daten und Indikatoren sowie auf diesen Daten beruhende Forschungsergebnisse enthält.
- b) der allmähliche Aufbau einer öffentlich zugänglichen Datenbibliothek, in der Informationen über Gesundheit und Gesundheitswesen vollständig, zusammenhängend und dauernd gesammelt und aktualisiert (sowie ausgewertet) werden.
- c) ein aktiv koordiniertes und eventuell öffentlich gefördertes System von miteinander verwandten Forschungsprojekten in Öffentlichkeit und Selbstverwaltung als Grundlage für die Entwicklung einer Kultur der Informations- und Kommunikationsgesellschaft auch im Gesundheitswesen und zur kritischen Begleitung einer (öffentlichen) Gesundheitsberichterstattung.

### 3. Forschung als Vorleistung

#### 3.1 Informationsmethodik

Die grund- und selbstfinanzierte Gesundheitssystemforschung und auch einige Forschungen aus dem ersten Förderungsprogramm der Bundesregierung haben wichtige Vorleistungen erbracht; sie haben Bedenken gegenüber Prozeßdaten der gesetzlichen Krankenversicherung teils geweckt, teils abgebaut. Dennoch fehlt noch Forschung an vielen Fronten, so vor allem über:

- angepaßte Methoden zur Ermittlung von Informationsbedarf und -nachfrage
- vergleichende Bewertung von Methoden zur Informationserhebung und -bereitstellung
- Entwicklung von aussagefähigen und kostengünstigen Indikatorensystemen
- Entwicklung von Expertensystemen für Datenqualitätsprüfungen sowie zur Methodenberatung
- Entwicklung von Stichprobenplänen zur Auswertung von Massendatensammlungen
- nutzergerechte Verbesserung der Datenpräsentationstechniken.

#### 3.2 Öffentliche Information

Die zunehmende Kritik an den Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung hat die Tendenz verstärkt, durch gesonderte Erhebungen bei Bevölkerungen oder Anbietern eigene Datensätze über Gesundheit und Gesundheitswesen zu schaffen. Solche Forschungen beziehen sich vorrangig auf Daten über den Gesundheitszustand von Bevölkerungen, die ohnehin in Routinedaten kaum enthalten sind; entsprechende Konzepte leiden jedoch des öfteren an einer Überbetonung epidemiologischer Ansätze und vernachlässigen Informationen über Vorleistungen, Strukturen, Prozesse und Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen. Wichtig erscheint insbesondere ein »inhaltsrepräsentatives« System von Indikatoren, mit dessen Hilfe – wenn auch nur grob – evaluiert werden kann. Forschungsbedarf besteht darüber hinaus vor allem in folgenden Bereichen:

- inhaltsanalytische Ermittlung von Informationsbedarfen, z. B. gemäß veröffentlichter Partei- oder Programm-Dokumente
- Analyse der Erfahrungen mit kostengünstigen Minimalindikatorensystemen im Ausland
- Entwicklung von Gesundheitssystemmodellen als Orientierungsrahmen für Gesundheitsberichterstattungen
- Aufbereitung der in verschiedenen Fachrichtungen erworbenen Erfahrungen mit Bevölkerungssurveys
- Erstellung von Transparenzlisten über bestehende Informationssammlungen und modellhafte Entwicklung von Datenbanken
- Machbarkeitsstudien über eigenständige öffentliche Informationssammlungen.

#### 3.3 Steuerungsinformation

Das Gesundheitswesen weist im Vergleich zu Betrieben anderer Branchen kaum schwerwiegende Informationslücken auf. Dennoch gibt es eine Menge zu tun, weil Pleiten oder Konkurse hier sozial besonders unerträglich wären. Projektgruppen über Informationssysteme in Kassenärztlichen Vereinigungen oder Forschungen über Routinedaten wie z. B. Arbeitsunfähigkeits-Schreibungen in Krankenkassen zeigen, daß die Selbstverwaltung selbst Informationsmängel erkennt und zu beseitigen trachtet; das steigert Konkurrenzvorteile und fördert Entscheidungsvorsprünge: Diskussionen über Honorarvereinbarungen beispielsweise werden immer häufi-

ger mit Daten ausgetragen als mit Worten allein. Öffentliche Förderung solcher Ansätze tut not. Beratung durch die Wissenschaft ist anzuraten. Forschungsbedarf besteht hier voraussichtlich – aber dies ist auch empirisch zu erforschen – in folgenden Bereichen:

- Definition, Abklärung und Operationalisierung von Informationsbedarfen
- wissenschaftliche Dokumentation über bestehende Informationssysteme im Rahmen von Begleitforschungen
- Informationsmängelanalysen bei ausgewählten Managementprozessen
- Unterstützung vereinfachter innerbetrieblicher Berichterstattungen.

### 3.4 Forschungsinformation

Forschung geht üblicherweise von Hypothesen aus und nicht von vorhandenen Informationen. Deswegen können öffentliche Gesundheitsinformationssysteme für die Wissenschaft in der Regel nur von begrenztem Nutzen sein. Trotz dieser Einschränkung lassen sich Anwendungsbereiche nennen, bei denen eine erste erhellende und entdeckende Forschungsphase durch eine Gesundheitsberichterstattung unterstützt werden könnte. Für ökonomische »Kausalitätsnachweise« sind Zeitreihen – und d. h. Sekundäranalysen – eine Quelle von besonderer Bedeutung. Auch Begleitforschungen von Experimenten, Modellen oder Maßnahmen im Sinne von Evaluationen können sich gewinnbringend bereits bestehender Gesundheitsinformationssysteme bedienen. Dazu bedarf es vor allem der:

- Evaluationsforschung, z. B. für die Entwicklung von Verfahren zur Bewertung von Kostendämpfungs- oder Gesundheitsreformmaßnahmen
- Ätiologieforschung, z. B. zur Gegenüberstellung positiver und negativer Auswirkungen von Risikofaktoren oder Gesundheitsprogrammen auf die Gesundheit
- Trendforschung, z. B. zur Abschätzung der Verbreitung neuer Technologien in der Arztpraxis sowie ihrer Nutzung und ihrem Nutzen.

### 3.5 Folgerung

Ohne Forschungsvorleistungen und ohne Begleitforschung wird eine Gesundheitsberichterstattung nur die weitere Sammlung und Verwertung weitgehend ungenügender, oft unnützer oder sogar falscher Daten bleiben. Forschung über die inhaltliche und

methodische Qualität von Indikatoren- und Informationssystemen ist unverzichtbarer Bestandteil des Aufbaus einer Gesundheitsberichterstattung.

## 4. Öffentliche Berichterstattung als Ergebnis

### 4.1 Ansprüche

An eine öffentliche Gesundheitsberichterstattung könnten – zumindest grundsätzlich oder versuchsweise – folgende Ansprüche gestellt werden:

- a) *Unabhängigkeit*: Das Indikatorensystem sollte nach Möglichkeit selbständig und autark erstellbar sein, d. h. in die dafür erforderlichen Datenerhebungen und Indikatorenbestimmungen sollten fremde Datenherren möglichst nicht eingreifen können.
- b) *Öffentlichkeit*. Die Daten müssen für eigene, konkurrierende und ergänzende Auswertungen in verschiedenartigen öffentlichen Einrichtungen wie Universitäten, Ministerien und Selbstverwaltungsorganen verfügbar sein.
- c) *Klärungsrelevanz*: Mit den gewonnenen Informationen sollten die wesentlichen Gegebenheiten des Gesundheitswesens klar dargestellt und möglichst auch Ansätze zu ihrer Erklärung gegeben werden können.
- d) *Entscheidungsrelevanz*: Die Informationen sollten bedeutsam sein für die Lösung von Problemen, denen sich z. B. die Konzertierte Aktion, (Länder-)Ministerien oder Gesundheitsämter gegenüber sehen.
- e) *Vollständigkeit*: Mit Hilfe der Indikatoren sollten die Vorleistungen, Strukturen, Prozesse, Erfolge und Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems möglichst umfassend und zusammenhängend dargestellt werden können.
- f) *Repräsentativität*: Die Daten der Berichterstattung sollten nach Möglichkeit repräsentativ für die Gesamtbevölkerung und das gesamte Gesundheitswesen sein.
- g) *Föderalität*: Die Informationen sollten gegebenenfalls auch für einzelne Bundesländer repräsentativ sein.
- h) *Regelmäßigkeit*: Die Informationen sollten nach Möglichkeit jährlich vorgelegt werden können.
- i) *Vergleichbarkeit*: Die Informationen sollten auf Länderebene vergleichbar sein. Zum Zwecke internationaler Vergleichbarkeit wäre eine Abstimmung mit ausländischen Informationssystemen wünschenswert.
- j) *Kompatibilität*: Die Indikatoren sollten

mit anderen nationalen Gesundheitsindikatoren(systemen) kompatibel sein.

k) *Flexibilität*: Das Indikatorensystem sollte bei Bedarf ohne große Aufwände oder Nebenwirkungen erweitert oder sonstwie verändert werden können.

l) *Modernität*: Die Informationen müssen (beispielsweise über persönliche Computer) nutzerfreundlich zugänglich und abrufbar sein.

m) *Transparenz*: Die konzeptionellen Grundlagen der benutzten Indikatoren müssen ebenso wie die Prozesse der Datenerhebung und -aufbereitung nachvollziehbar sein.

n) *Kostengünstigkeit*: Der regelmäßige Personal- und Finanzaufwand für die Berichterstattung sollte in angemessenem Verhältnis zum erzielten Nutzen stehen.

o) *Konsensfähigkeit*: Das Indikatorentableau sollte unter den wesentlichen Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens und der wissenschaftlichen Öffentlichkeit konsensfähig sein.

p) *Datenschutz*: Das Informationssystem muß so ausgelegt sein, daß die Belange des Datenschutzes gewahrt sind.

Ein Informations- oder Indikatorensystem kann kaum allen diesen Ansprüchen gleichzeitig genügen. Aus finanziellen, aber auch sachlichen und methodischen Gründen mag es nötig sein, Prioritäten zu setzen. Dazu wäre es ratsam, in einer Vorstudie den tatsächlichen Informationsbedarf staatlicher Stellen und der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit genauer einzugrenzen, Zahl und Art der dafür benötigten Indikatoren näher zu beschreiben und die Möglichkeiten systematischer Verbindungen zwischen verschiedenen Datenquellen und Indikatoren herauszufinden.

### 4.2 Funktionen

Eine öffentliche Gesundheitsberichterstattung schließt zwei größere Aufgabenbereiche ein:

- die Entwicklung und regelmäßige Erhebung von bevölkerungsbezogen repräsentativen und thematisch flächendeckenden Daten über Gesundheit und Gesundheitswesen und
- die statistische Verarbeitung und funktionale Verknüpfung der Daten innerhalb einer oder zwischen mehreren Erhebungsquellen zu Indikatoren für Sachverhalte und Trends sowie deren analytische Verwendung zur Beantwortung spezieller Fragestellungen (z. B. nach den Beziehungen zwischen Gesundheitszuständen, ambulant-ärztlichen Leistungen und Aufwen-

dungen der Gesetzlichen Krankenversicherung).

Die erstgenannte Aufgabe ist wegen des in der Bundesrepublik auf verschiedene Institutionen verteilten Wissens über vorhandene Datenkörper und wegen der unterschiedlichen wissenschaftlichen Kenntnis zu verschiedenen Erhebungstechniken (Epidemiologie-Surveys, Sozioökonomie-Surveys, Erhebungen in Kassenarztpraxen, Krankenhaus-Surveys) sowie wegen des regelmäßig anfallenden Arbeitsaufwandes an Routinearbeiten nur bei (gesteuertem) Zusammenwirken mehrerer Forschungseinrichtungen und nur mit Unterstützung der amtliche Gesundheitsdaten und GKV-Prozeßdaten erhebenden und verarbeitenden Institutionen erfüllbar. Um einen erneuten Entwicklungsaufwand in Datenkonzepten und Erhebungstechniken zu mindern, könnten sich die regelmäßigen Erhebungen relativ eng an vorfindliche beispielgebende Studien zu Erhebungen von Daten über Gesundheitszustände und -leistungen anlehnen.

Das Vorhandensein repräsentativer und umfassender Gesundheitsdaten selbst bietet noch keine ausreichende Gewähr für deren wirksame Nutzung. Aus einer statistischen Übersicht über die Verteilung von Gesundheitszuständen, Gesundheitsleistungen und -ausgaben allein läßt sich, empirisch und analytisch begründet, unmittelbar noch nichts über den Zusammenhang dieser Bereiche aussagen. Für derartige Aussagen müssen die Daten vielmehr mit analytischen Modellierungen weiterverarbeitet werden. Dies sind Aufgaben für Forschungsinstitute, die über routinemäßige Datensammlungen hinausgehen. Regelmäßige Gesundheitsberichterstattung bedarf also der Ergänzung durch wissenschaftliche Analysen des Datenmaterials.

Eine öffentliche Gesundheitsberichterstattung, ergänzt durch derartige Forschungen, könnte folgende Funktionen erfüllen:

- a) Rückschauende Darstellung von Entwicklungen
- b) Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von Gesundheitszuständen und -störungen sowie Darstellung von Risikoprofilen
- c) Sozioökonomische und regionale Vergleiche von Gesundheitszuständen, Gesundheitsrisiken, Leistungs- und Inanspruchnahmeprofilen
- d) Vergleiche des Angebots, der Inanspruchnahme, der Leistungsabgabe und der Kosten einzelner Sektoren und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- e) Informationsaufbereitung für Ursachen-

Wirkungs-Forschung sowie Kosten-Effektivitäts-Analysen

f) Entwicklung von Frühwarnsystemen über »negative« Entwicklungen.

### 4.3 Erhebungsmerkmale

Die Erhebungsmerkmale des hier vorgeschlagenen Indikatorensystems sollen

- *Vorleistungen:* Gesundheitsstand, Gesundheitsdeterminanten und -risiken einschließlich soziodemographischer Merkmale
- *Strukturen:* Bestand an personellen, sachlichen und finanziellen Ressourcen
- *Prozesse:* Arzneimittelversorgung, ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und sonstige Versorgungsarten im Sinne von Angeboten und Inanspruchnahmen und
- *Erfolge:* Gesundheit(sverbesserung) sowie
- *Rahmenbedingungen:* soziale, kulturelle, wirtschaftliche, verhaltensbezogene und ökologische Merkmale und Risiken messen und – das ist besonders wichtig – miteinander in Beziehung setzen können. Für die Darstellung der Prozesse wird eine im wesentlichen an den Institutionen der Leistungserbringung orientierte Untergliederung vorgeschlagen. Für jeden dieser Versorgungsbereiche sollen im Prinzip folgende Dimensionen des Versorgungsprozesses beleuchtet werden:
  - Bezugsbevölkerung und Patientenklientel (z. B. hinsichtlich Anzahl, Alter, Geschlecht)
  - Art der Gesundheitsprobleme (z. B. Diagnosenstrukturen, Schweregrade, Bettlägerigkeit),
  - Umfang und Struktur der bereitgestellten und der in Anspruch genommenen Leistungen,
  - Kosten und Finanzierung der Leistungserstellung.

Um Beziehungen zwischen Vorleistungen, Struktur, Prozeß, Erfolg und Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens herstellen zu können, sind in die Reihe der Gesundheitsindikatoren möglichst auch solche aufzunehmen, die im Sinne von Erfolgsmaßen interpretierbar sind. Bei der Darstellung der Struktur, also der Ausstattung des Gesundheitswesens mit personellen und sachlichen Ressourcen, liegt eine versorgungsbereichsbezogene Untergliederung ohnehin nahe. Folgende Indikatoren sollten vorrangig erhoben werden:

a) *Befindens- und Verhaltensindikatoren:* Hier ist z. B. an die MEDIS-Skalen gedacht (Potthoff 1982), an eine deutsche

Version des General Health Questionnaire sowie an die Disabilitäts-Indikatoren der OECD (Leidl i. V.). Darüber hinaus wären Fragen nach Arbeitsunfähigkeit, Bettlägerigkeit etc. vorzusehen.

b) *Diagnosen:* Für Stichproben von ambulanten und stationären Patienten sollen in Arzt- und Krankenhaus-Surveys die entsprechenden Diagnosen sinnvoll, z. B. in Anlehnung an das in der EVaS-Studie eingesetzte Klassifizierungssystem (Schwartz 1984) ermittelt werden.

c) *Klinische Merkmale:* Gedacht ist an Erhebungen über einige wenige Parameter wie z. B. Größe, Gewicht, Blutdruck, Blut- und Urinwerte. In den Entwurf eines klinischen Bevölkerungssurveys sollten die Erfahrungen mit dem Gesundheitssurvey des Bundesgesundheitsamtes eingehen.

d) *Pathologieproben:* Hierbei handelt es sich um (einzuführende) Gewebeproben zum Aufbau eines Pathologie-Katasters einschließlich einer Probenbank für eine künftige, rückschauende Erforschung wesentlicher Gesundheitsdeterminanten.

e) *Mortalitäten:* Übliche und neuere demographische Maße (z. B. Lebenserwartung und »positive Lebenserwartung«) sowie Mortalitätsdaten nach Todesursachen sind wesentlich. Hinzu kommen Klassifikationen von Todesursachen, z. B. gemäß Vermeidbarkeit (Holland 1988), Leidensintensität oder Kosten.

f) *Arzneimittelverordnungen:* Über den GKV-Arzneimittelindex (WIdO 1981) hinausgehend sollten auch der stationäre Arzneimittelverbrauch und – angesichts des wertmäßigen Anteils der nichtverordneten Medikamente am gesamten Arzneimittelkonsum von fast 20 Prozent – auch die »Selbstmedikation« in die Berichterstattung einbezogen werden.

g) *Ambulant-ärztliche Versorgung:* Da die GKV-Routinedaten nur wenig Informationen über den Gesundheitsversorgungsprozeß liefern, wird es nötig sein, mit Hilfe besonderer Untersuchungen, z. B. Arzt- und Praxissurveys im Stile von EVaS oder der MEDIS-Ärztbefragung (Satzinger 1986; Potthoff 1986) und spezieller Auswertungen (z. B. der kassenärztlichen Leistungsfrequenzstatistiken) die erforderlichen Daten zu beschaffen. Die Auswertung der Daten in ausgewählten Referenzkassen wird eine besonders wichtige Ergänzung sein.

h) Ein Konzept der Indikatoren für die *stationäre Versorgung* und für die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist noch zu erarbeiten. Thematisch sollten diese Indikatoren jene Sachbereiche ergänzen, auf die sich der WIdO-Krankenhausindex bezieht (WIdO 1986).

i) *Sonstige Versorgung:* Hier geht es

schwerpunktmäßig um

- die Versorgungsleistungen von Institutionen an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen (wie z.B. ambulante Pflegedienste, sozialpsychiatrische Dienste), welche die gesundheitliche Betreuung ergänzende, flankierende oder unterstützende Funktionen haben, und um
- die Bereiche »unkonventionelle« Therapieverfahren sowie »alternative Medizin«.

Diese Erhebungsmerkmale könnten Kern einer Gesundheitsberichterstattung sein. Erst über sie wüßte man erstmalig Genaueres über die gesundheitliche Lage der Nation. Weitere Merkmale wären (in unregelmäßigen Abständen) den Erhebungen hinzuzufügen.

#### 4.4 Erhebungsinstrumente

Zum Aufbau eines öffentlich verfügbaren Indikatorensystems für die Beschreibung des Gesundheitszustands der Bevölkerung und von Struktur, Prozeß und Erfolg der Gesundheitsversorgung wird es einer Vielzahl von Erhebungsinstrumenten bedürfen. Die folgenden bieten sich besonders an:

- allgemeiner Bevölkerungssurvey
- klinischer Bevölkerungssurvey
- Pathologiesurvey
- Praxensurvey
- Krankenhausarztsurvey
- Routinedaten-Sekundäranalysen.

Bei der Konzeption solcher Erhebungen sollte selbstverständlich an den teilweise recht umfänglichen Vorerfahrungen angeknüpft werden, die auf einigen Gebieten bereits gemacht wurden.

Hinsichtlich der Surveys muß eine Reihe erhebungsmethodischer und -technischer Einzelfragen zunächst offen bleiben, da zu ihrer Beantwortung zuvor die genaue Festlegung der Berichtsthemen, aber auch praktische Verfahrenserprobungen erforderlich sind. Dies betrifft unter anderem

- die Frage, ob mündliche (telefonische oder persönliche) oder schriftliche oder aus diesen Verfahren gemischte Erhebungstechniken eingesetzt werden sollen,
- die Frage, ob mit Querschnitten oder prospektiven Kohortenstudien gearbeitet werden soll,
- die Frage, welche Möglichkeiten der Verbindung von Surveys bestehen und genutzt werden sollen (z.B. vereinheitlichte Gebietsabgrenzungen).

### Merkmale und Instrumente öffentlicher Gesundheitsberichterstattung

#### Erhebungsinstrumente (Auswahl)

1. GKV-Routinedaten und andere Routinedaten bzw. Erhebungen-----	!	!	!	!	!	!	!	!	!
2. Amtliche Statistik-----	!	!	!	!	!	!	!	!	!
3. Pathologieregister-----	!	!	!	!	!	!	!	!	!
4. Bevölkerungssurvey (klinisch)-----	!	!	!	!	!	!	!	!	!
5. Krankenhausarztsurvey-----	!	!	!	!	!	!	!	!	!
6. Praxensurvey (Beobachtungspraxen)-----	!	!	!	!	!	!	!	!	!
7. Bevölkerungssurvey (allgemein)-----	!	!	!	!	!	!	!	!	!

#### Erhebungsmerkmale (Ausgewählte Beispiele)

1. Gesundheit	Befinden, Beschwerden	x							
	Funktionseinschränkungen	x							
	Arbeitsunfähigkeit	x	x						
	ambulante Diagnosen		x					x	
	stationäre Diagnosen			x				x	
	Klinische Parameter			x					
	Mortalität							x	
	Pathologische Proben							x	
2. Arzneimittelversorgung	ambulant		x						x
	stationär			x					x
	Arzneimittelproduktion								x
3. Ambulante ärztliche Versorgung	Arzt- und Praxismerkmale		x						x
	Patientenklientel		x	x					
	Häufigste Leistungen			x					
	Verordnungen, Einweisungen ...		x	x					
	Kostenstruktur								x
4. Stationäre Versorgung	Patientenklientel		x	x					
	Häufigste Operationen			x					
	Ausstattung			x					
	Kostenstruktur								x
5. Zahnärztliche Versorgung			x						x
6. Öffentlicher Gesundheitsdienst			x						x
7. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln			x						x
8. Sonstige Versorgung (z.B. ambulante Sozialdienste)			x						x
9. Versorgung im Laiensystem			x						x
10. Ressourcenbestand (Struktur)								x	x
11. Systemökologie: Umwelt, Risiken, etc.								x	

Ganz wesentlich sind, gerade in Hinblick darauf, daß die Surveys der Datenerhebung für eine öffentliche Gesundheitsberichterstattung dienen sollen, tragfähige Stichprobenkonzepte. Die erforderlichen Stichprobengrößen hängen – bei vorgegebener Genauigkeit der Information – davon ab, wie häufig die erhobenen Merkmale auftreten. Bestimmungen von Umfang und Struktur der Stichproben können daher erst nach genauer Festlegung der Berichtsthemen sowie der angestrebten regionalen und anderweitigen Disaggregationsmöglichkeiten vorgenommen werden. Es ist damit zu rechnen, daß über die Häufigkeit einzelner Erhebungsmerkmale keine oder nur vage Vorinformationen vorhanden sind. Daher sprechen neben dem Aspekt der Erprobung von Erhebungsinstrumenten und -verfahren auch stichprobentechnische Gesichtspunkte dafür, eine Pilotstudie vorzuschalten. In ihr sind auch die Möglichkeiten zu erforschen, bereits vorhandene Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung angemessen zu nutzen.

#### 4.5 Organisation, Datenhaltung und Berichtswesen

Da öffentliche Gesundheitsberichterstattung thematisch breit und methodisch differenziert angelegt und zudem noch weiterführend wissenschaftlichen Analysen zugänglich sein soll, kommt es bei ihrer Konzipierung wie auch Durchführung sehr darauf an, daß die dafür wesentlichen Institutionen des Gesundheitswesens, der Gesundheitspolitik und -verwaltung sowie der Gesundheitsforschung eng miteinander kooperieren und dabei die jeweiligen komparativen Vorteile der einzelnen Institutionen arbeitsteilig berücksichtigen.

Die aus den zusammengetragenen Informationen aufgebauten Datenbestände sollten öffentlich ausgeliehen werden können und so beschaffen sein, daß sie von verschiedenen Nutzern flexibel zu handhaben sind (externe Nutzer sollten die Dateien –

ihrem speziellen Wissensbedarf gemäß – auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Zusammensetzungen auswerten können). Ziel sollte es sein, die vollen Datenbestände auf Personal Computer verfügbar und übertragbar zu halten.

Nach Diskussion und Entscheidung mit Vertretern der Öffentlichkeit sollen die Inhalte der (zwei)jährlich erscheinenden Basisberichte festgelegt werden. Je nach Aktualitätsbedarf oder wissenschaftlichen Interessen können darüber hinaus weitere Auswertungen, Sondererhebungen und Sekundärdatenanalysen durchgeführt werden. Grundlage dafür ist die genaue Kenntnis von Datenentstehungs- und -verwertungsprozessen bei Herstellern und Nutzern der Gesundheitsberichte.

## 5. Zusammenfassung und Ausblick

Es gibt viele Gesundheitsberichterstattungen in Form von Jahrbüchern, Fortschrittsberichten und Zahlenwerken. Eine in sich zusammenhängende und Zusammenhänge betonende Gesundheitsberichterstattung aber läßt sich in der Bundesrepublik Deutschland nicht aus dem Boden stampfen, vor allem keine, die der Öffentlichkeit regelmäßig und problemlos verfügbar ist. Informationsbesitz in nicht direkt öffentli-

cher Hand steht dem im Wege. Durch Seelenmassage allein und schon gar nicht durch Verordnungen wird sich kein Informationseigner seines Informationsvorsprunges berauben lassen. Nur durch die Förderung entsprechender wissenschaftlicher Forschung, die ihrem Anspruch nach ohnehin öffentlich ist, als Vorleistung und durch massive öffentliche Unterstützung in eine unabhängige, regelmäßige und allen Nutzern problemlos verfügbare Gesundheitsberichterstattung kann ein Fortschritt erwartet werden. Nur dann ist die Öffent-

lichkeit ein kenntnisreicher Diskussionspartner für die einzelnen Träger des Gesundheitswesens, deren eigene Gesundheitsberichterstattungen im öffentlichen Interesse gleichwohl auch verbessert werden müssen. Eine im etwa gleichstarken Wettbewerb sich gegenseitig anstachelnde gleichgewichtige Entwicklung von Informationssystemen über Gesellschaft, Gesundheit und Gesundheitswesen kann zu der erhofften „Informationskultur“ führen, die Entscheidungen vernünftiger diskutierbar macht. □

## Literatur

- Brecht, Josef G. u. a.: Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Kiel 1988.
- Bühler, J.-M. u. a.: ECO-SANTE. Un logiciel pour analyser l'évolution du système de santé en France de 1950 à 1987 (Disquettes), Paris 1988.
- Bundesministerium für Forschung und Technologie u. a. (Hrsg.): Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit, Programm der Bundesregierung 1983–1986, Bonn 1983.
- Holland, W. W. (Ed.): European Community Atlas of Avoidable Death, London 1988.
- Leidl, R./John, J./Potthoff, P.: Indikatorenssysteme zur versorgungsgerechten Krankenhausplanung, in: B. Behrends u. a. (Hrsg.), Morbiditätsorientierte Krankenhausbedarfsplanung, Scharbeutz 1986, S. 147–185.
- Leidl, R./Potthoff, P./Schwefel, D. (Eds): Dimensions of diseases: severity, disease consequences and resource needs (in Vorbereitung).
- Potthoff, P.: Materialien zur Studie »Entwicklung von Indikatoren zur Messung subjektiver Gesundheit«, München 1982.
- Potthoff, P.: Krankheitsbedingte Lebensbeeinträchtigungen in der Münchner Wohnbevölkerung, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 50 (6), 1988, S. 329–333.
- Potthoff, P./Leidl, R.: Kassenärztliche Einweisungen und Entwicklungen im Krankenhausesektor, in: D. Schwefel u. a. (Hrsg.), Der Bayern-Vertrag. Evaluation einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen, Berlin 1986, S. 253–259.
- Potthoff, P./Schwefel, D.: Subjektive Gesundheit in einer Großstadtbevölkerung, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 47 (10), 1987, S. 507–513.
- Potthoff, P./Satzinger, W./Schwefel, D./Rehermann, P./John,

- J./Leidl, R./Merschbrock-Bäuerle, A.: Befragungen niedergelassener Ärzte über Leistungen und Verordnungen. Band II: Tabellarische Ergebnisse. München 1986.
- Satzinger, W./Potthoff, P./Schwefel, D./Rehermann, P./John, J./Leidl, R./Merschbrock-Bäuerle, A.: Befragungen niedergelassener Ärzte über Leistungen und Verordnungen. Band I: Grundlagen, Methoden, Techniken, München 1986.
- Schwartz, F. W. u. a.: Ambulatory medical care and its role in the health care system. Presentation of a representative sample survey among ambulatory care physicians in the Federal Republic of Germany (E/VaS), in: W. van Eimeren, R. Engelbrecht, Ch. D. Flagle (Eds.), Third International Conference on System Science in Health Care, Berlin 1984, S. 1347–138.
- Schwefel, D. (Ed.): Indicators and trends in health and health care, Berlin 1987.
- Schwefel, D./John, J./Potthoff, P./Eimeren, W. van: Diagnosenstruktur in der ambulanten Versorgung. Explorative Auswertungen, Berlin 1987.
- Schwefel, D./Potthoff, P./John, J.: Ansätze zu einem Indikatorensystem über den Gesundheitszustand von Bevölkerungen, in: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung (Hrsg.), Jahresbericht 1985. München 1986, S. 57–69.
- Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: GKV-Arzneimittelindex. Projektbeschreibung, Bonn 1981.
- Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: WidO-Krankenhausindex. Erste Ergebnisse und Vorschlag für möglichen Berichtsaufbau, Bonn 1986.

## Anmerkung

Für viele Anregungen danken wir den Herren Dr. Jürgen John, Dr. Reiner Leidl, Dr. Peter Potthoff und Walter Satzinger M. A.