



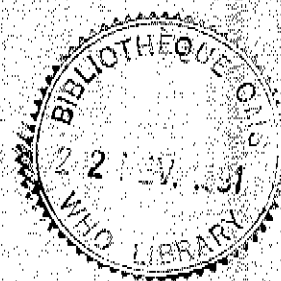
E 3783

EUR/ICP/HST 123  
1517B  
ORIGINAL: ENGLISH

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG UND EPIDEMIOLOGIE  
ALS GRUNDLAGE FÜR GESUNDHEITSPOLITISCHE ENTSCHEIDUNGEN

Bericht über ein WHO-Symposium

Kiel  
14.-16. November 1989



1990

EUR/GFA-Ziel 35

All rights in this document are reserved by the WHO Regional Office for Europe. The document may nevertheless be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, but not for sale or for use in conjunction with commercial purposes. Any views expressed by named authors are solely the responsibility of those authors.

Alle Rechte an diesem Dokument liegen beim WHO-Regionalbüro für Europa. Das Dokument darf jedoch außer zu Verkaufszwecken oder in anderem kommerziellen Zusammenhang ohne vorherige Genehmigung rezensiert, in Auszügen gebracht, vervielfältigt oder übersetzt werden. Die in dem Dokument zum Ausdruck gebrachten Ansichten geben ausschließlich die Meinung der namentlich angeführten Autoren wieder.

Tous les droits relatifs à ce document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Il peut cependant être commenté, résumé, reproduit ou traduit sans autorisation, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un usage lié directement ou indirectement à des fins commerciales. Les vues exprimées par des auteurs nommément désignés n'engagent que la responsabilité de ces derniers.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить. Не разрешается лишь продажа документа, либо иное его использование в коммерческих целях. Вся ответственность за любые, выраженные в подписанных авторами статьи, иссут сами авторы.

## ZIEL 35

### Gesundheitsinformationssysteme

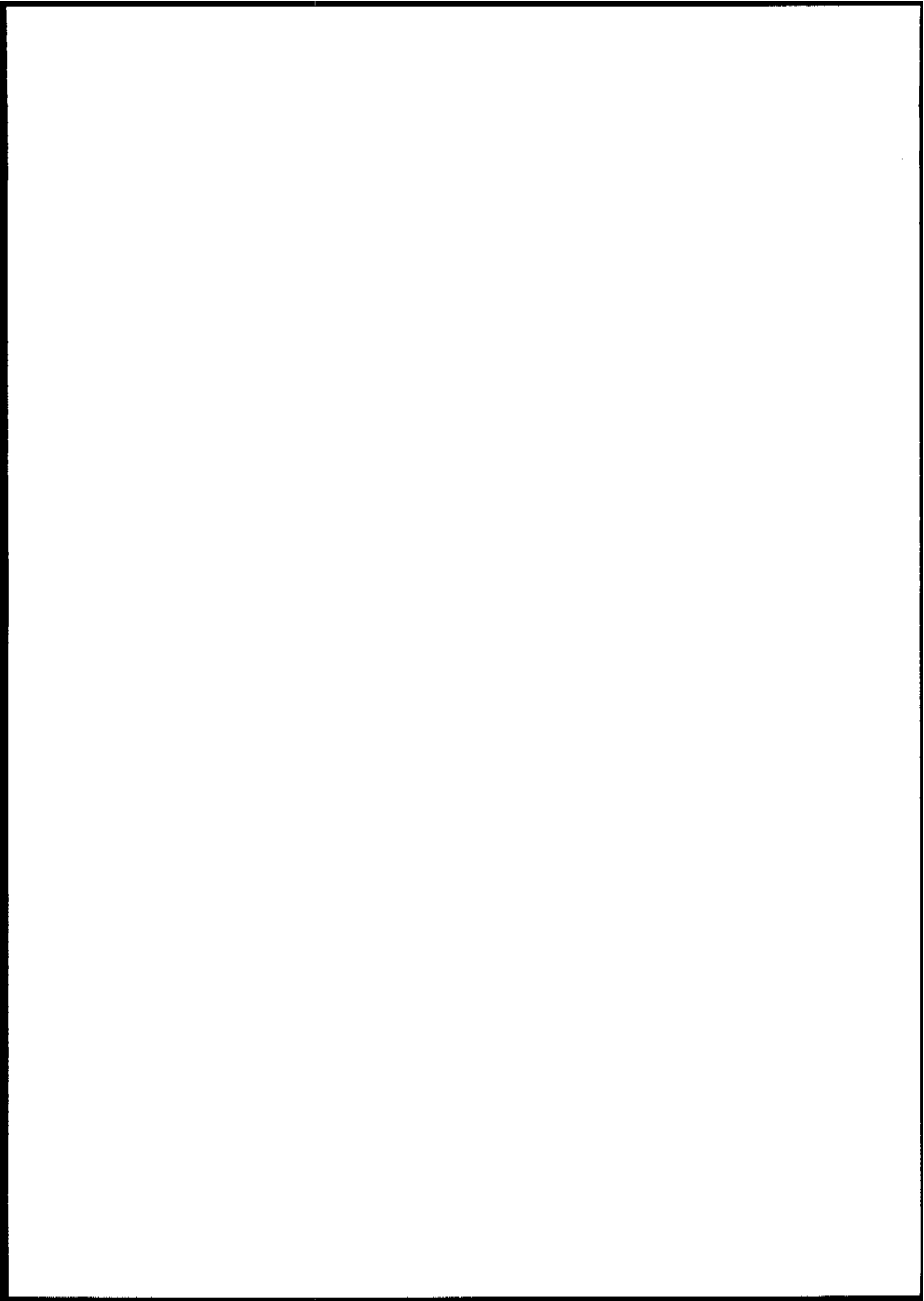
Spätestens bis zum Jahr 1990 sollten die Mitgliedstaaten über Gesundheitsinformationssysteme verfügen, die zur Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien zur "Gesundheit 2000" geeignet sind

#### Index:

INFORMATION SYSTEMS  
HEALTH  
EPIDEMIOLOGY  
HEALTH POLICY  
EUROPEAN ECONOMIC COMMUNITY

## INHALT

	<u>Seite</u>
Einleitung . . . . .	1
Allgemeine Aspekte der Gesundheitsberichterstattung in Europa . .	2
Informationsbedarf der Gesundheitspolitiker . . . . .	4
Informationsanwendung in der Gesundheitspolitik . . . . .	5
Internationale Vergleiche von Daten und Gesundheitsindikatoren . .	6
Schlußfolgerungen . . . . .	7
Empfehlungen . . . . .	10
Anhang 1: Arbeitspapiere . . . . .	13
Anhang 2: Teilnehmerverzeichnis . . . . .	14



## Einleitung

In vielen Ländern der Europäischen Region gibt es bereits Programme zur Gesundheitsberichterstattung oder solche Programme sind geplant. Diese Entwicklung steht im engen Zusammenhang mit der Formulierung gesundheitspolitischer Ziele, die sich teilweise an der WHO-Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" (GFA) orientieren. Gleichzeitig ist in Verbindung mit der Schaffung von Instrumenten zur Verlaufsbeobachtung der Gesundheitspolitik eine Reihe von Problemen aufgetaucht.

Das Symposium über Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen fand vom 14.-16. November 1989 in Kiel (Bundesrepublik Deutschland) statt. Es wurde vom WHO-Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel, und dem Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn, organisiert. Das Symposium wurde von Dr. Hans Stein vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit im Namen der Bundesministerin eröffnet; weitere Begrüßungsansprachen wurden von Prof. Meyerhoff vom Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein in Vertretung des Sozialministers, von Prof. Fritz Beske vom Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel, sowie von Dr. P. Owe Petersson im Namen des WHO-Regionaldirektors für Europa gehalten.

Mit dem Symposium wurden folgende Ziele verfolgt:

- die (vorhandenen oder geplanten) Systeme zur Gesundheitsberichterstattung zu überprüfen,
- die wichtigsten Aspekte dieser Systeme aufzuzeigen,
- Wege zur Lösung größerer Probleme vorzuschlagen,
- einen gegenseitigen Informationsaustausch unter allen Betroffenen zu fördern, um Inhalt und Relevanz der Systeme zur Gesundheitsberichterstattung zu verbessern.

Zu Beginn der Veranstaltung wurde über ein terminologisches Problem diskutiert, und zwar über die Frage, wie der deutsche Begriff "Gesundheitsberichterstattung" zu dem englischen Begriff "health monitoring" in Beziehung zu setzen sei. Beide Begriffe beinhalten zwar die fortgesetzte Überwachung eines Ablaufs von Ereignissen, doch könne unter dem deutschen Begriff auch das Ergebnis dieser Tätigkeit (d.h. ein Gesundheitsbericht) verstanden werden, während der englische Begriff sich auf die Beobachtung des Geschehens sowie auf dessen Vergleich mit den erwarteten Ergebnissen beziehe (was bei dem deutschen Begriff nicht zwangsläufig der Fall sei). Zur Vermeidung einer solchen unterschiedlichen Interpretation kamen die Tagungsteilnehmer überein, die Begriffe "health-related data (gesundheitsbezogene Daten)" und "health information system (Gesundheitsinformationssystem)" anstatt "health monitoring system" zu verwenden, dabei indessen den Aspekt des Kontinuierlichen nicht aus dem Auge zu verlieren.

### Allgemeine Aspekte der Gesundheitsberichterstattung in Europa

Die Bestandsaufnahme der GFA-Strategie ist ein hervorragendes Beispiel für Gesundheitsberichterstattung auf internationaler Ebene. Damit wird speziell bezweckt, die auf die Umsetzung des GFA-Gedankens zurückzuführenden Veränderungen im Gesundheitsbereich im Lichte der definierten Zielvorgaben zu bewerten. Dieser betont aktive Ansatz zur Messung der Veränderungen bietet den Vorteil, daß es sich dabei um einen integralen Bestandteil der Umsetzung der Gesundheitspolitik handelt. Da der Gesundheitsbegriff in der Definition der WHO sehr weit gefaßt ist, beinhaltet die Bestandsaufnahme zwangsläufig folgendes: die gesundheitspolitischen Orientierungsgrundlagen; die zur Verringerung von Risikofaktoren, zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes, zur Stärkung der Rolle der Bevölkerung und zur bedarfsgerechteren Gestaltung der Gesundheitsdienste ergriffenen Maßnahmen; die Schärfung des Problembewußtseins in der Bevölkerung; die Verringerung von Mortalität, Morbidität und Behinderungen; Informationssysteme und Forschung. Die GFA-Indikatoren sind zwar auf dem Gebiet der traditionellen öffentlichen Gesundheitsanliegen effektiv, demgegenüber aber noch kein zufriedenstellendes Meßinstrument in den Bereichen Umwelt, Lebensweise oder subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands.

Ein Großteil der Probleme ist auf den internationalen Charakter der Bestandsaufnahme zurückzuführen, d.h. daß die diesbezüglichen Konzepte, Definitionen, Bemessungsgrundlagen und verfügbaren Daten von Land zu Land unterschiedlich sind. Nichtsdestotrotz wurde die Bitte der WHO um Datenübermittlung von einigen Ländern begrüßt und hat vielfach zur Verbesserung der bestehenden Gesundheitsinformationssysteme angeregt. Die WHO und andere internationale Institutionen können eine signifikante Rolle bei der Entwicklung und Förderung von Methoden, die internationale Vergleiche der Gesundheitsdaten ermöglichen, spielen.

Die Gesundheitsinformationssysteme der einzelnen Länder weisen höchstwahrscheinlich einige länderspezifische Merkmale auf, doch stimmen zahlreiche Aspekte solcher Systeme in den Mitgliedstaaten insgesamt gesehen überein. Die relevanten Daten sind vielfach verfügbar, allerdings sind sie weder aufbereitet noch in einer für die Entscheidungsträger nutzbringenden Form dargestellt. Nach Meinung der Tagungsteilnehmer würden gesundheitsbezogene Daten zweckmäßiger sein, wenn sie sich auf gesundheitspolitische Zielvorgaben beziehen, kleine Gebiete betreffen und längerfristige Trends zeigen.

In bezug auf die gegenwärtigen Gesundheitsinformationssysteme wurden hauptsächlich folgende Defizite festgestellt:

- ein Mangel an Daten über den subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand, über bestimmte weitverbreitete Krankheiten (z.B. Allergien), über Behinderungen, über die Inzidenz und Prävalenz der wichtigsten chronischen Krankheiten, über verhaltensbedingte Risikofaktoren, über die Exposition gegenüber umwelt- und sozialumfeldbedingten Risikofaktoren sowie über das Ergebnis der Arbeit des Gesundheitswesens (Wirkung der Gesundheitspolitik)
- Unvereinbarkeit von Datenkomponenten in einem System
- ein Mangel an speziellen Informationen über die Charakteristika von bestimmten Bevölkerungsgruppen wie z.B. alte Menschen, Minoritäten und besondere Risikopersonen (z.B. Kinder, Schwangere)

- ein Mangel an Analysen (u.a. medizinische und soziale Variable), abgesehen von Mortalitätsanalysen
- keine Rückinformationen an die Betroffenen oder an diejenigen, die die Daten zur Verfügung gestellt haben.

Bei der Erörterung des erstgenannten Aspektes versuchten die Tagungsteilnehmer festzustellen, ob die Daten nach Regionen oder sozioökonomischen Gruppen aufgeschlüsselt sind. Normalerweise liegen für kleine Gebiete keine kontinuierlichen Daten vor. Wie Analysen der vermeidbaren Todesfälle gezeigt haben, sind in einigen Ländern indessen spezifische Analysen - insbesondere der Mortalitätsdaten - möglich.

Für die Mehrheit der fehlenden Datenkomponenten wurden Erhebungen als mögliche Quelle genannt. In den meisten europäischen Ländern mangelt es allerdings an koordinierten, hinreichend breit gefächerten und regelmäßigen populationsbezogenen Erhebungen, um die genannten Aspekte untersuchen zu können.

Die Tagungsteilnehmer führten den Mangel an gut ausgebildeten Epidemiologen, Gesundheitsstatistikern und Gesundheitsinformationsexperten auf den Umstand zurück, daß sich zu wenig junge Leute für das Berufsfeld Gesundheitsinformation interessieren; dies wurde als eines der Hindernisse für die Sammlung und Verbreitung von relevanten Gesundheitsinformationen angesehen.

Berichte aus verschiedenen europäischen Ländern zufolge werden Systeme zur Gesundheitsberichterstattung entweder aufgebaut oder inhaltlich erheblich verbessert, wenn die Mittelverteilung für das Gesundheitswesen auf der Basis von Gesundheitsindikatoren erfolgt. Das trifft allerdings erst auf eine geringe Zahl von Ländern zu und auch dann noch nicht zwangsläufig auf alle administrativen Ebenen.

Die Tagungsteilnehmer gaben Beispiele für gesundheitspolitische Konzepte und erörterten in diesem Zusammenhang die Verfügbarkeit oder andere Aspekte von Gesundheitsinformationen.

Folgende Beispiele wurden für gesundheitspolitische Entscheidungen auf nationaler Ebene auf der Grundlage von gesundheitsbezogenen Daten genannt:

- Festlegung von gesundheitspolitischen Zielen und Prioritäten
- Einführung von bleifreiem Benzin
- Kampagne gegen bösartige Melanome
- Verringerung von Kinderunfällen.

Als Beispiel für derartige gesundheitspolitische Entscheidungen auf lokaler Ebene wurden folgende Bereiche angeführt:

- Immunisierung
- Kampagnen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose
- Bekämpfung der Herz-Kreislaufkrankungen.

In einigen Fällen werden trotz der Verfügbarkeit von gesundheitsbezogenen Daten keine gesundheitspolitischen Beschlüsse auf nationaler Ebene gefaßt; das gilt beispielsweise für:

- die Förderung des Nichtrauchens
- die Senkung der Zahl der Fälle mit einem niedrigen Geburtsgewicht
- die Planung des Ärztebedarfs
- finanzielle Maßnahmen zur Einschränkung des Alkoholkonsums und des Rauchens.

Entsprechende Beispiele auf lokaler Ebene wären Beschlüsse zur

- Trinkwasserfluoridierung
- Senkung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bzw. der ungewollten Schwangerschaften
- Herabsetzung der Höchstgeschwindigkeit für Kraftfahrzeuge
- Krankenhausbettenplanung.

Andererseits wurden gelegentlich gesundheitspolitische Maßnahmen ergriffen, obwohl keine gesundheitsbezogenen Daten als Entscheidungsgrundlage verfügbar waren. Für die nationale Ebene wurden hier folgende Beispiele angegeben:

- Einführung eines Pollen-Informationsdienstes
- Maßnahmen in bezug auf AIDS
- Krebsfrüherkennung (speziell Brustkrebsfrüherkennung)
- Verfahren zur Selbstbeteiligung hinsichtlich der Senkung der Kosten des Gesundheitswesens.

Beispiele für die lokale Ebene sind u.a.:

- spezielle Mahlzeitendienste für Kindergärten
- Programme zur psychischen Gesundheit
- Messung der Umweltverschmutzung.

#### Informationsbedarf der Gesundheitspolitiker

Es wurde darauf hingewiesen, daß die heutige Gesundheitspolitik sich im wesentlichen auf Gesundheitsinformationen stützt, doch daß die Funktionsträger im Verwaltungsbereich diese Informationen eher selektiv verwenden und dabei sorgsam bedacht sind, alles zu vermeiden, was auf gesundheitspolitische Fehlentscheidungen in der Vergangenheit zurückgeführt werden könnte. Deshalb hielten es die Tagungsteilnehmer für ratsam, daß die wichtigsten Ergebnisse eines Gesundheitsinformationssystems publik gemacht werden, um sicherzustellen, daß sich die Öffentlichkeit aller Fakten bewußt wird.

Zu der Frage, wer für das Gesundheitsinformationssystem eines Landes verantwortlich sein sollte, wurde bemerkt, daß es zu beträchtlichen Überschneidungen bei der Datenspeicherung und Datenbearbeitung kommen könnte, wenn das Gesundheitsministerium einerseits ein Gesundheitsinformationssystem zur laufenden Aktualisierung der Gesundheitspolitik entwickeln würde und andererseits das Statistische Landesamt ein eigenes Gesundheitsinformationssystem für die allgemeinen Zwecken dienenden Daten entwickeln würde. Es gibt einige überzeugende Beispiele für gesundheitspolitische Entscheidungen, die sich auf Informationen stützen, doch wird ein Großteil von hilfreichen gesundheitsbezogenen Daten nicht genutzt.

Die Tagungsteilnehmer unterstrichen, daß ein Gesundheitssystem von den Entscheidungsträgern unterstützt werden muß. Man kann mit der Unterstützung der Politiker rechnen, wenn diese die politische Notwendigkeit eines solchen Systems und seinen Nutzen für ihre eigene Arbeit erkennen; der wissenschaftliche Wert dieses Systems allein ist indessen nicht genug. Zwar mag der einzelne der Gesundheit einen hohen Stellenwert einräumen, doch ist Gesundheit an und für sich nicht zwangsläufig ein öffentliches Anliegen. In der Praxis werden viele Entscheidungen getroffen, ohne daß man sich dabei auf Informationen stützt - oder die zugrunde liegenden Informationen sind lückenhaft. Dieser wenig zufriedenstellende Sachverhalt im gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß wurde u.a. mit der Tatsache erklärt, daß Gesundheitsdaten dazu dienen können, den Sinn von politischen Entscheidungen in Frage zu stellen. Diese Objektivität ist zwar einer der Vorzüge, doch kann hier auch ein Druck ausgeübt werden, insbesondere wenn die Daten so aufgegliedert werden, daß man sehen kann, wo die politische Verantwortung für bestimmte Ergebnisse liegt.

#### Informationsanwendung in der Gesundheitspolitik

Ein Aspekt der Gesundheitspolitik ist die Vorgabe von gesundheitspolitischen Zielen. Für diese Zielvorgaben kann man sich auf den Vergleich konkreter Daten (empirischer Zugang) oder auch nicht (theorieorientierter Zugang) stützen. Beide Ansätze haben ihre Vorteile; in der Praxis kann ein Gesundheitsziel auf einer Kombination von beiden basieren. Der empirische Zugang kann in Fällen, in denen das gesundheitspolitische Konzept nicht auf nationaler Ebene entwickelt wird, sondern das Ergebnis von dezentralisierten Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern ist, vorzuziehen sein. Die Definition und Kontrolle von gesundheitspolitischen Zielen setzt eine Gesundheitsberichterstattung auf der Basis von relevanten und differenzierten Gesundheitsindikatoren voraus.

Epidemiologische Daten werden in der Gesundheitspolitik im wesentlichen für zwei Zwecke verwendet: einerseits zur Bedarfsformulierung und Zieldefinition und andererseits im Managementprozeß zur Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele. Im erstgenannten Fall werden Daten benötigt, um die Frage zu beantworten, wie die Gesundheitsprobleme verteilt sind und welche Trends sich abzeichnen, ferner welche Ressourcen zur Durchführung der gewünschten Veränderungen erforderlich sind und welche politischen Ziele zweckmäßig sind. Im zweiten Fall werden die Daten verwendet, um die intersektoralen und intrasektoralen Prozesse zu unterstützen. Für den intersektoralen Prozeß kann eine "gesundheitspolitische Matrix" (die die verschiedenen Risikofaktoren für unterschiedliche Gesundheitsprobleme zusammenfaßt) entwickelt werden, wohingegen im intrasektoralen Prozeß die Indikatoren für die Ressourcenverteilung nach geopolitischen Aspekten und die Indikatoren zur Messung des Versorgungsergebnisses im Brennpunkt des Interesses stehen.

Die Erfahrungen haben gezeigt, daß eine Reihe von Gesundheitsdienst-Indikatoren für das gesamte Land, für bestimmte Regionen wie auch für ganz kleine Gebiete zur Verfügung stehen können. Solche Indikatoren sind für die Herausstellung von Veränderungen und Extremen, die politische Implikationen haben, von Nutzen; das kann wiederum dazu beitragen, daß die Funktionsträger im Verwaltungsbereich die Gesundheitsbedürfnisse bestimmter Bevölkerungsgruppen besser verstehen, die Ziele entsprechend den festgestellten Bedürfnissen formulieren und die Ergebnisse der Leistungen messen. Beispiele für gesundheitspolitische Maßnahmen auf nationaler Ebene, die sich auf Indikatoren stützen,

sind: Kampagnen zur Bekämpfung von Herzkrankheiten, die Finanzierung von Einrichtungen für HIV-AIDS-Patienten sowie Krebsfrüherkennungsprogramme; Beispiele für Maßnahmen auf lokaler Ebene sind: die Bemühungen um eine Verringerung der Perinatal- und Säuglingssterblichkeit sowie ortsspezifische Maßnahmen zur Schwangerschaftsvorsorge. Um die vorstehend erwähnten auf den Gesundheitsdienst und die Bevölkerung bezogenen Daten durch zusätzliche Daten über Gesundheitsbewußtsein und Lebensweisen zu ergänzen, sind Erhebungen erforderlich.

Die Informationen für politische Entscheidungsträger sollten in einer Interesse erweckenden Form dargestellt werden. Die herkömmlichen Gesundheitssysteme weisen Defizite in bezug auf ihre Relevanz und Aktualität auf; ein weiterer Nachteil ist die mangelnde Bereitschaft der Entscheidungsträger, die Daten zu nutzen. Hinsichtlich der notwendigen Verbesserungen (um die effektive Nutzung der gesundheitsbezogenen Daten zu erleichtern) wurde vorgeschlagen, sich um eine Veränderung der Haltung der Nutzer zu bemühen; außerdem sollten adäquate Informationsdienste entwickelt werden, die die spezifischen Informationsbedürfnisse bestimmter Nutzerkategorien berücksichtigen. Eine erfolgreiche Informationsleistung besteht in der Auswahl, Bewertung, Analyse und Synthese von Informationen aus wissenschaftlichen Zeitschriften, die dann den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern regelmäßig in extrem konzentrierter Form zur Verfügung gestellt werden. Solche zusammenfassenden Auszüge aus der Fachliteratur können auch für kurzfristig im Zusammenhang mit ganz spezifischen Untersuchungen erstellte Kurzberichte verwendet werden.

#### Internationale Vergleiche von Daten und Gesundheitsindikatoren

Die Tagungsteilnehmer diskutierten außerdem über die methodologischen Aspekte der Sammlung, Analyse und Darstellung von Daten über Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung. Zur Analyse der Chancengleichheit wird ein Dateninput für bestimmte Populationen benötigt. Dies setzt nicht nur einheitliche Definitionen des Behandlungsergebnisses voraus, sondern auch ein Mindestmaß an Übereinstimmung über die zur Klassifikation der untersuchten Grundgesamtheit ausgewählten Variablen. Deshalb sind internationale Vergleiche der Trends in der Variabilität weitaus datenabhängiger als die herkömmlichen internationalen Vergleiche von Lageparametern. Von den verschiedenen evaluierten Methoden erwiesen sich nur zwei als geeignet für Untersuchungen der Chancengleichheit, und zwar: die gewogene quadratische Abweichung und der Gini-Index. Am Beispiel der Lungenkrebsmortalität in einem bestimmten Gebiet wurde gezeigt, daß Analysen auf der Basis dieser Methoden die Datenmenge erheblich verringern würden - und das ist ein wesentlicher Gesichtspunkt, wenn die politischen Entscheidungsträger sich für Gesundheitsinformation interessieren sollen. Es wurde die Meinung vertreten, daß die Datenbasis in den europäischen Ländern gegenwärtig für europaweite Untersuchungen der Chancengleichheit unzulänglich ist, doch daß es sinnvoll sein könnte, für diesen Zweck eine Erweiterung der Datenbasis ins Auge zu fassen.

Die Tagungsteilnehmer wiesen darauf hin, daß die herkömmlichen gesundheitsbezogenen Daten weitaus besser für Situationsbeschreibungen als für Prognosen geeignet seien. Da aber häufig Prognosen gewünscht werden, wurde vorgeschlagen, hier vielleicht auf mathematische Modelle und Expertenmethoden zurückzugreifen, um die Lücken zu schließen und zu einer Verbesserung des Entscheidungsprozesses beizutragen.

Der Gedanke, eine Basisdatei mit einem Mindestsatz an international vergleichbaren Gesundheitsindikatoren aufzubauen, wurde näher erörtert. Die Tagungsteilnehmer hielten einen solchen Katalog von vergleichbaren quantitativen und nicht-quantitativen Indikatoren für gesundheitspolitische Entscheidungen für sinnvoll. Dies wäre aus methodologischer und theoretischer Sicht eine echte Herausforderung, die in vielen Ländern Bildungsmaßnahmen, Untersuchungen und eine Mitwirkung der Akademien für Öffentliches Gesundheitswesen erfordert.

### Schlußfolgerungen

#### 1. Das Gesundheitsinformationssystem

Ein System zur Gesundheitsberichterstattung ist ein aus Datenelementen und einer die Datennutzung vereinfachenden organisatorischen Struktur bestehendes veränderliches Ganzes. Der organisatorische Aufbau ermöglicht es dem Nutzer, Daten zu verdichten, auszuwählen, zu trennen oder auf dem Bildschirm abzurufen. Das System sollte flexibel genug sein, um neue Datenelemente aufnehmen zu können und an neue Methoden des Datenaufbaus und der Datenorganisation angepaßt werden zu können. Ein System zur Gesundheitsberichterstattung sollte Informationen auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene sowie Daten über eine bestimmte Grundgesamtheit liefern. Es sollte den Nutzern die Möglichkeit bieten, Daten aus verschiedenen Perspektiven und in unterschiedlichem Kontext abzurufen und auszuwerten und somit Informationen für viele Zwecke zu geben. Das hängt davon ab, ob eine Datenbasis verfügbar ist, die auf ganz verschiedene Art und Weise von unterschiedlichen Interessenten genutzt und interpretiert werden kann.

#### 2. Die Qualität gesundheitsbezogener Informationen und Methoden der Datenanalyse

Der Bestand von gesundheitsbezogenen Daten sollte schrittweise verbessert werden, um der Öffentlichkeit, den Politikern und den Entscheidungsträgern im Verwaltungsbereich sachdienliche Informationen zu geben. Zu diesem Zweck sollten die Daten folgende Eigenschaften aufweisen:

- vollständiger Nachweis der Dateninhalte sowie der Datenherkunft bzw. der Sekundärquellen
- einheitliche Definition der Begriffe
- die relevanten Bezugswerte, z.B. Zähler/Nenner-Verhältnis, Referenzpopulation, Referenzzeiten
- Leistungsnehmer- und Leistungsträger-Referenzen
- Aktualität.

Außerdem sollte folgenden Erfordernissen Rechnung getragen werden:

- die Methoden der Datenanalyse sollten adäquat sein
- die Lageparameter (Mittelwerte, Medianwerte) und Streuungsmaße sollten angegeben werden
- Lage- und Variabilitätsschätzungen sollten auf der Grundlage gültiger Gewichtungsmethoden kalkuliert werden.

### 3. Inhalte eines Gesundheitssysteminformationssystems

Ein Gesundheitssysteminformationssystem sollte im wesentlichen folgende Daten beinhalten:

- Daten über besonders wichtige Ereignisse
- Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung
- Daten über die Lebensweise und Verhaltensfaktoren
- Daten über Selbsthilfe u.dgl.
- Daten über die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste
- Daten über die für Gesundheits- und Sozialdienste zur Verfügung stehenden Mittel
- Daten über die Kosten und Finanzierung
- Daten über Umweltfaktoren sowie
- Daten über externe Faktoren (außerhalb des Gesundheitsbereichs), die die Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen direkt oder indirekt beeinflussen.

Für diese einzelnen Datenelemente wurden spezifische Datenindikatoren untersucht, doch wurde nicht der Versuch unternommen, für Systeme zur Berichterstattung über die gesundheitliche Lage einer Nation spezifische Indikatoren vorzuschlagen. Es könnte indessen für eine Arbeitsgruppe nützlich sein, einen Beschluß über einen Mindestbestand an gesundheitsbezogenen Basisdaten für Länderanalysen zu fassen.

### 4. Nationale Indikatorsysteme

Die Länder sollten motiviert werden, Datenbanksysteme zu entwickeln, die die notwendigen Datenelemente auf der kleinstmöglichen Verdichtungsebene (Ort, Stadtviertel, Verwaltungsbezirk) enthalten. Bei diesem "von unten nach oben" konzipierten Ansatz lassen sich die Daten so verdichten, daß sich Indikatoren auf Regierungs- und Länderebene ergeben. Auszüge aus solchen Indikatorsystemen könnten u.U. auch für das Regionalbüro bei der GFA-Standortbestimmung von Nutzen sein.

Die Erfahrungen, die in verschiedenen Ländern gemacht wurden, zeigen, daß der Aufbau eines Gesundheitssysteminformationssystems nicht notwendigerweise überall dem gleichen Muster folgt oder gezielt vor sich geht. Statt dessen vollzieht er sich in einzelnen, jeweils von einer Vielfalt von Faktoren beeinflussten Schritten, und der ganze Prozeß scheint eher auf das jeweilige Land zugeschnitten zu sein.

#### 5. Für die Öffentlichkeit nützliche Gesundheitsinformationen

Um effektiv zu sein, müssen Informationen spezielle Eigenschaften aufweisen und über geeignete Kommunikationsmedien verbreitet werden. Nützliche Informationen sind solche, die bedeutsame Themen herausstellen. In erster Linie sollten sie

- auf Probleme hinweisen, die noch nicht ins Bewußtsein der Öffentlichkeit gedrungen sind
- gruppenspezifisch sein (z.B. Informationen über berufsbedingte Behinderungen und Todesursachen)
- auf einen lokalen Bereich oder eine Gemeinde ausgerichtet sein
- sich auf einen gesundheitlichen Bereich beziehen, auf dem Maßnahmen auch greifen können
- sich auf evidente Diskrepanzen bzw. Trends konzentrieren
- dazu beitragen, eine gesundheitlich orientierte Interessengruppe ins Leben zu rufen.

#### 6. Für Gesundheitspolitiker nützliche gesundheitsbezogene Daten

Die vorstehend aufgeführten Anforderungen gelten auch für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Politiker und Führungskräfte aus dem Verwaltungsbereich dürften an Informationen über Probleme, bei denen sich ein Eingreifen als wirksam erweist (z.B. frühzeitige Behandlung), besonders interessiert sein. Gesundheitsbezogene Informationen werden am wirkungsvollsten sein, wenn sie an Entscheidungsträger mit einem besonderen Interesse an Gesundheitsproblemen oder entsprechender Fachkompetenz in diesem Bereich gerichtet werden. Die Wissenschaftler sollten sich aufgerufen fühlen, die Ausbildung für Verwaltungsfachleute und Entscheidungsträger qualitativ zu verbessern, um die Kluft zwischen dem Wissen eines herkömmlich ausgebildeten Entscheidungsträgers einerseits und dem Wissen, das durch effiziente Gesundheitsinformationstechnologie andererseits vermittelt werden könnte, zu verringern.

Politiker ziehen das Agieren dem Reagieren vor. Dies bedeutet, daß Informationssysteme hinsichtlich der Datenbankinhalte breit gefächert und hinsichtlich der Methoden und Indikatoren flexibel sein sollten, so daß sie eventuellen künftigen Informationsanforderungen bereits Rechnung tragen und auch Informationen über neue gesundheitliche Probleme liefern können, die u.U. später in den Mittelpunkt des Interesses rücken. Von Fall zu Fall kann es dabei erforderlich sein, die Informationen in eingängiger Form und mit Hilfe gezielter Strategien publik zu machen.

#### 7. Hindernisse für die Nutzung gesundheitsbezogener Informationen durch die Öffentlichkeit bzw. Entscheidungsträger

Zu den Gründen, die Entscheidungsträger bzw. die Öffentlichkeit an der Nutzung von Informationen hindern, gehören

- ein unzureichendes Verständnis auf Seiten der Wissenschaft für die Arbeitsweise von Politikern

- mangelnde Bereitschaft der Wissenschaftler, wissenschaftliche Erkenntnisse in auch für Laien verständlicher Sprache darzustellen
- Versäumnis der Wissenschaftler, komplizierte Probleme einfach und nachvollziehbar darzustellen
- Zeitmangel bzw. mangelnde Bereitschaft seitens der Politiker, zuzuhören
- mangelndes persönliches Interesse der Politiker an Gesundheitsfragen
- gelegentliche Abneigung der Politiker, Informationen zur Grundlage ihrer Entscheidungen zu machen.

Diese Hindernisse könnten beseitigt werden, wenn die Betroffenen bereit wären, aufeinander zuzugehen, d.h. wenn die Wissenschaftler wichtige gesundheitsbezogene Informationen zum richtigen Zeitpunkt und in geeigneter Form publizieren würden und wenn die Verwaltungsfachleute oder Politiker ihnen andererseits auch zuhören würden.

#### Empfehlungen

##### 1. Gesundheitsziele

Jedes Land sollte sich Gesundheitsziele setzen, um die Rahmenbedingungen für die Erarbeitung einer Reihe von diesbezüglichen Indikatoren zu schaffen. Die Indikatoren könnten als Ansatzpunkt für die interne Beurteilung der Gesundheitspolitik des betreffenden Landes dienen.

##### 2. Zusammenarbeit zwischen Gesundheitspolitikern bzw. Verwaltungsfachleuten und Wissenschaftlern

In den einzelnen Mitgliedstaaten sollten Arbeitsgruppen geschaffen werden, die sich aus Gesundheitspolitikern und Verwaltungsfachleuten sowie aus Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Gesundheitssystemforschung und Epidemiologie zusammensetzen. Das Ziel einer solchen Zusammenarbeit wäre, jede Seite mit den Verantwortlichkeiten und Vorstellungen der anderen Seite besser vertraut zu machen. Insbesondere könnten solche Arbeitsgruppen dazu dienen, einerseits zu definieren, welcher Art die Informationsbedürfnisse der Politiker sind, andererseits zu klären, inwieweit die Wissenschaftler entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung stellen können.

##### 3. Datenbank und Infrastruktur für ein Gesundheitsinformationssystem

Bei der Entwicklung eines Gesundheitsinformationssystems sollte eine Datenbank und die entsprechende Infrastruktur geschaffen werden. Das System sollte vielen Benutzern zugänglich sein. Eine intensive Nutzung von Datenbanken ist zumindest in zweierlei Hinsicht von Vorteil: erstens wird dadurch häufig die Datenqualität verbessert und zweitens trägt es zu einer Schwerpunktlegung von Indikatoren auf neue gesundheitspolitische Fragen bei. Darüber hinaus sollte es möglich sein, die Daten unter verschiedenen Gesichtspunkten und für die Zwecke verschiedener Managementebenen zu analysieren. Um ein ausgewogenes Urteil zu garantieren, sollten Wissenschaftler und Organisationen sowohl von öffentlicher als auch von privater Seite an der Interpretation der Daten beteiligt sein.

4. Periodisch erscheinende Länderberichte

Die Länderberichte über den Gesundheitszustand der Bevölkerung sollten alle drei Jahre erscheinen und könnten z.B. auf Berichten basieren, die auf Distriktebene und auf nachgeordneter Ebene erstellt worden sind. Das Regionalbüro könnte u.U. durch Vorschläge bezüglich Inhalt und Vorgehensweise einen allgemeinen Rahmen für solche Länderberichte vorgeben.

5. Koordination/Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und internationalen sowie nichtstaatlichen Organisationen

Das Regionalbüro und die EG sollten ihre Bemühungen um Zusammenarbeit in bestimmten Forschungsbereichen verstärken. Das Europäische AIDS-Zentrum in Paris und die Untersuchung vermeidbarer Todesfälle wurden als Beispiel für größere gemeinschaftliche Forschungsaktivitäten genannt.

6. Mindestdatenbestand für das Gesundheitswesen

Eine Basisdatei mit einem Mindestsatz an standardisierten Indikatoren für das Gesundheitswesen sollte systematisch aufgebaut werden, bis alle unter Punkt 3 des Abschnitts "Schlußfolgerungen" aufgeführten Datenelemente darin enthalten sind.

7. Bestandsaufnahme aller Datenquellen

Das Regionalbüro sollte alle Mitgliedsländer auffordern, eine Bestandsliste sämtlicher gesundheitsbezogener Datenquellen aufzustellen. Im Idealfall sollte diese Liste Informationen über die Bedeutung von Datenelementen für bestimmte Bereiche, methodologische Details (wie Zähler und Nenner), Quelle und Zugriffsart enthalten. Informationen über die Erfahrungen, die in einigen Ländern bei der Klassifizierung und Beurteilung von Datenquellen gemacht wurden, könnten sich als nützlich erweisen.

Darüber hinaus könnte man die Mitgliedstaaten ersuchen, dem Regionalbüro Daten für Analysen bezüglich der Chancengleichheit zur Verfügung zu stellen. Schließlich machten die Tagungsteilnehmer Vorschläge zur Klassifizierung (nach Gebiet, Alter und Geschlecht), zu Variablen und zu Methoden der Datenanalyse.

8. Gesundheitsstatistische Erhebung für Europa

Vielleicht wäre es eine Überlegung wert zu prüfen, ob anhand der Beiträge und Daten der Mitgliedstaaten eine Erhebung über die Gesundheit in Europa durchgeführt werden kann. Vielleicht wäre auch eine Neustrukturierung der unter der Ägide der EG bereits angelaufenen Aktivitäten möglich, um weiteren europäischen Ländern die Teilnahme an den Vorbereitungen für eine solche Erhebung zu ermöglichen.

Von seiten der Tagungsteilnehmer wurde vorgeschlagen, das zur Durchführung der Erhebung notwendige Instrumentarium nach und nach zu entwickeln und die einzelnen Teile sofort nach Fertigstellung den Mitgliedstaaten zukommen zu lassen. Die Erarbeitung einheitlicher Bestimmungen zur Durchführung einer gesundheitsstatistischen Erhebung würde sehr lange dauern, wohingegen die erstgenannte Vorgehensweise den Ländern erlauben würde, die bereits fertiggestellten Teile im Rahmen ihrer eigenen gesundheitsstatistischen Erhebungen einzusetzen. Eine europaweite Erhebung könnte sich als hervorragende Lösung für den Informationsbedarf der europäischen Länder erweisen.

9. Datennutzung, Datenschutz und Datensicherheit

In einigen europäischen Ländern ist es schwierig oder wird es zunehmend schwieriger, an Informationen aus dem Gesundheitswesen heranzukommen. Insbesondere Stellen, die sich mit der Beschaffung von Daten befassen, erkennen den Informationsbedarf der Verwaltung, des Forschungsbereichs und der Epidemiologen im Gesundheitswesen nicht gebührend an. Da jedoch der Datenbedarf der Informationsnutzer häufig durch unpersönliche (anonyme) Daten befriedigt werden kann, läßt sich das Problem u.U. durch Schaffung von Datenformen umgehen, die diesen Bedürfnissen entgegenkommen und dennoch mit den Gesetzen des betreffenden Landes in Einklang stehen.

Anhang 1

ARBEITSPAPIERE<sup>a</sup>

- ICP/HST 123/6           Berichterstattung über die GFA-Politik in der Europäischen Region der WHO - Dr. Anatoly Nossikov
- ICP/HST 123/7           Der Bedarf an Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland - Dr. Wilhelm Thiele
- ICP/HST 123/9           Die Rolle der Gesundheitsberichterstattung bei der Fortschreibung nationaler Gesundheitspolitik - Dr. Peter Jozan
- ICP/HST 123/10          Was erwartet ein Gesundheitspolitiker von der Gesundheitsberichterstattung? - Dr. Hans Stein.
- ICP/HST 123/11          Beitrag der Gesundheitsberichterstattung zur Definition von Gesundheitszielen - Dr. Joseph Georg Brecht
- ICP/HST 123/12          Vermittlung von Gesundheitsinformationen gegenüber dem Verbraucher - Dr. Finn Diderichsen
- ICP/HST 123/13          Information für Gesundheitspolitiker: eine Herausforderung für den Informationsspezialisten - Professor Paul Weiss
- ICP/HST 123/14          Methodische Aspekte bei der Untersuchung von Indikatoren für Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit - Dr. Elisabeth Schach
- ICP/HST 123/15          Probleme beim Vergleich von Ergebnissen der Berichterstattung aus unterschiedlichen Gesundheitssystemen - Professor Juri M. Komarov
- ICP/HST 123/16          Möglichkeiten zur Schaffung eines international vergleichbaren Mindestsatzes an Indikatoren für die Gesundheitspolitik - Dr. Horst Noack

---

<sup>a</sup> Kopien können beim Referat Epidemiologie und Statistik, WHO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen O, angefordert werden.

Anhang 2

TEILNEHMERVERZEICHNIS

BERATER AUF ZEIT

Prof. Dr. Fritz Beske\*

Direktor, Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel,  
WHO-Kooperationszentrum für Forschung im öffentlichen Gesundheitswesen,  
Kiel, Bundesrepublik Deutschland (Vorsitzender des Symposiums)

Dr. Josef Georg Brecht

Stellv. Direktor, Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel,  
WHO-Kooperationszentrum für Forschung im öffentlichen Gesundheitswesen,  
Kiel, Bundesrepublik Deutschland (Stellv. Vorsitzender des Symposiums)

Gerhard Brenner

Dipl.-Kfm., Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche  
Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland,  
Köln, Bundesrepublik Deutschland

Prof. Finn Diderichsen

Behörde für Sozialmedizin, Sundbyberg, Schweden

Magister Ulrike Ebner

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien, Österreich

Prof. N. Golemanov

Stellv. Minister für Gesundheit und Gemeinwohl, Ministerium für öffent-  
liches Gesundheitswesen und Soziales, Sofia, Bulgarien

Prof. Hans Hoffmeister

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes,  
Berlin (West)

Dr. Peter Jozan

Stellv. Direktor, Behörde für Bevölkerungsstatistik, Statistisches Lan-  
desamt, Budapest, Ungarn

Prof. Juri M. Komarov

Direktor des Instituts für sozialmedizinische Untersuchungen, Wirtschaft  
und Informatik im öffentlichen Gesundheitswesen,  
Gesundheitsministerium der Russischen SSR,  
c/o Ministerium für Gesundheit der UdSSR, Moskau, UdSSR

Dr. Azim Lakhani

Direktor der Abt. Öffentliches Gesundheitswesen, West Lambeth Health  
Authority, London, Vereinigtes Königreich

---

\* Teilnahmekosten wurden nicht von der WHO übernommen.

Dr. Horst Noack

Leiter der Abt. Gesundheitsforschung, Universität Bern, Institut für  
Sozial- und Präventivmedizin, Bern, Schweiz

Elisabeth Schach (Berichterstatteerin)

Bereichsleiterin Anwendungssysteme, Universität Dortmund, Hochschul-  
rechenzentrum, Dortmund, Bundesrepublik Deutschland

Dr. Hans Stein

Ministerialrat, Referatsleiter Gesundheitspolitik, Bundesministerium für  
Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn, Bundesrepublik Deutschland

Dr. Wilhelm Thiele

Ltd. Wissenschaftl. Direktor, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales,  
Freie und Hansestadt Hamburg, Hamburg, Bundesrepublik Deutschland

Prof. Paul Weiss

Institut für Wissenschaftsinformation in der Medizin,  
Berlin, Deutsche Demokratische Republik

#### BEOBACHTER

Ekkehard Becker

Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel,  
WHO-Kooperationszentrum für Forschung im öffentlichen Gesundheitswesen,  
Kiel, Bundesrepublik Deutschland

Prof. K.E. Bergmann

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamts,  
Berlin (West)

Dr. Ulrich Hoffmann

Ltd. Regierungsdirektor, Leiter der Gruppe Gesundheitswesen, Soziallei-  
stungen, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Bundesrepublik Deutschland

Werner Hofmann

Dipl.-Sozialwissenschaftler, Medizinische Hochschule Hannover,  
Hannover, Bundesrepublik Deutschland

Dr. Markus Schneider

Direktor, Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH  
(BASYS GmbH), Augsburg, Bundesrepublik Deutschland

#### WELTGESUNDHEITSORGANISATION

##### Regionalbüro für Europa

Dr. Anatoly Nossikov

Referat Epidemiologie und Statistik, Abt. Gesundheitspolitik  
(Tagungssekretär)

Dr. P. Owe Petersson

Direktor, Abt. Gesundheitspolitik