

Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland

Brecht, Josef Georg

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Brecht, J. G. (1990). Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland. *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, 4, 8-10. <https://doi.org/10.15464/isi.4.1990.8-10>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

50er Jahre ist dann wieder eine deutliche Zunahme zu verzeichnen, allerdings nur für die Befragten mit Abitur und Realschulabschluß. Von diesem Trend werden bei den Geburtsjahrgängen der 60er Jahre schließlich auch die Frauen mit Hauptschulabschluß erfaßt. Eine mehrjährige Zeitspanne zwischen dem Auszug aus dem Elternhaus und der Heirat, wie sie zunächst nur für Frauen mit Hochschulreife typisch war, ist bei den jüngsten Kohorten nun für alle Bildungsabschlüsse festzustellen. Gleichwohl bestehen immer noch Unterschiede zwischen den einzelnen Bildungsabschlüssen.

Nachdem junge Männer und Frauen zunächst immer früher aus der elterlichen Wohnung ausgezogen sind, hat sich dieser Trend bei den Geburtsjahrgängen der 50er Jahre umgekehrt, bei Männern einige Jahre früher als bei Frauen. Deutlich verlängert hat sich seit den Geburtsjahrgängen der 50er Jahre auch die Zeitspanne zwischen dem Auszug aus dem Elternhaus und der Eheschließung. Das war eine der Voraussetzungen für die Herausbildung neuer Haushaltstypen neben Ehe und Familie und für die Pluralisierung der familialen Lebensformen.

*Stefan Weick
(Tel. 0621/18004-13)*

Ziele der Gesundheitsberichterstattung

Mit der Schaffung eines Systems der Gesundheitsberichterstattung wird die Absicht verfolgt, Informationen über Struktur, Funktion und Ergebnis des Gesundheitswesens kontinuierlich zu vermitteln. Adressaten der Berichterstattung sollen Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sein, ebenso Einrichtungen, die Entscheidungen vorbereiten und die allgemeine Öffentlichkeit. Die Gesundheitsberichterstattung ist im Zusammenhang mit den Bemühungen zu sehen, dem Gesundheitswesen eine stärkere Zielorientierung zu geben. Nur wenn Ziele auch überprüft werden können, ist ihre Formulierung sinnvoll. Bereits die Formulierung von Zielen verlangt jedoch mehr Informationen, insbesondere über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, als gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland verfügbar sind.

Die Entscheidungsorientierung der Gesundheitsberichterstattung führt zu einem Dilemma: Einerseits muß sie sich am bestehenden Gesundheitswesen orientieren, damit sie die systemspezifischen Handlungsmöglichkeiten beschreiben kann, andererseits soll sie den zeitlichen und internationalen Vergleich ihrer Basisparameter ermöglichen und somit systemübergreifende Aussagen unterstützen.

Die Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung hat deswegen ein sehr breites Spektrum von Indikatoren vorgeschlagen. Es umfaßt die Themen »Soziodemographie«, »Gesundheitszustand der Bevölkerung«, »Ressourcen des Gesundheitswesens«, »Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens« und »Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens«. Zu diesen Themen liegen in der Bundesrepublik Deutschland bereits umfangreiche Datenquellen vor; sie sind zur Zeit jedoch noch nicht so aufeinander abgestimmt, daß sie ohne Probleme in ein Gesundheitsinformationssystem eingebracht werden können.

Basisberichterstattung und Spezialberichterstattung

Nicht alle möglichen Teilthemen sind für eine kontinuierliche Berichterstattung in periodischen Abständen von gleichem Interesse. Teilthemen, die nur für einen

Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland werden Daten des Gesundheitswesens von verschiedenen Einrichtungen in gewachsenen Zuständigkeiten mit hoher Arbeitsteilung gesammelt. Der Segmentierung der Zuständigkeiten folgt die Segmentierung der Information, wobei Einzelaspekte oft mit sehr hohem Aufwand beschrieben werden. Eine übergreifende Standortbeschreibung wesentlicher Teile des Gesundheitssystems ist jedoch nur sehr bedingt möglich. Seit einigen Jahren wenden sich deshalb Bund, Länder und Gemeinden verstärkt Fragen der Gesundheitsberichterstattung zu. Auf kommunaler Ebene sind z.B. Initiativen der Städte Essen und Köln zu nennen, auf Länderebene Aktivitäten von Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Berlin und Hamburg.

Ausgangspunkt dieser Bemühungen ist der Versuch, die in Inhalt und Form nicht mehr zeitgemäße Berichterstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes neu zu gestalten. Auf Bundesebene wurde die Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung, die inzwischen ihren Endbericht¹ vorgelegt hat, mit der Erarbeitung eines Konzeptvorschlags beauftragt.

¹ Brecht, J.G.; Pfaff, M.; Schach, E.; Schäfer, T.; Schwartz, F.W.; Schwefel, D. (Hg.): Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung. Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag. Sankt Augustin; Asgard-Verlag, 1990

begrenzten Nutzerkreis relevant sind oder sich eher statisch verhalten, sollten Spezialberichten vorbehalten bleiben, die in größeren Intervallen oder ad hoc herausgegeben werden.

Die Basisberichterstattung bezieht sich auf Teilthemen oder Zusammenhänge, die von allgemeinem Interesse und zugleich für die Volksgesundheit oder die Volkswirtschaft so bedeutsam sind, daß regelmäßig über sie berichtet werden sollte. Für die Basisberichterstattung soll ein Netz aus möglichst wenigen aber qualitativ hochwertigen Daten und Indikatoren geschaffen werden, die auf lange Sicht zur Beschreibung dieser Teilthemen erforderlich sind. Es wird sich dabei um eine Berichterstattung auf hohem Aggregationsniveau handeln, die auf longitudinale und großräumige regionale Vergleiche abzielt, auch wenn die Ausgangsdaten sehr differenziert vorliegen müssen.

Für eine Spezialberichterstattung werden zeitliche Vergleichsmöglichkeiten von geringerem Interesse sein. Zu berücksichtigen ist jedoch, daß eine Aufgabe von Spezialberichten darin bestehen kann, ein Themenfeld so aufzuarbeiten, daß es einer Basisberichterstattung zugänglich wird.

Basis- und Spezialberichterstattung unterscheiden sich also dadurch, daß die Basisberichterstattung eine kontinuierliche, daten- und indikatoreorientierte Darstellung mit hoher Informationsbreite bietet, während die Spezialberichterstattung eine themenorientierte Darstellung mit hoher Informationstiefe sein soll, die Daten und Indikatoren ad hoc verwendet. Für die Präsentation einer Spezialberichterstattung scheidet ein anderes Medium als ein traditioneller Bericht in Papierform wohl aus. Die Schaffung eigener, auf Kontinuität angelegter Datenquellen dürfte für einen Spezialbericht nur ausnahmsweise vorkommen.

Für die Basisberichterstattung kennzeichnend ist dagegen ein Verfahren, das von den Datenquellen ausgehend bis hin zur Interpretation von hochverdichteten Informationen einen geplanten Prozeß der Datenkonzentration darstellt. Dabei sind die Ziele der Interpretation nutzerabhängig. Für die Basisberichterstattung sollte daher neben einem gedruckten Bericht, der Tabellen, graphische Darstel-

lungen und interpretierenden Text enthält, ein DV-gestütztes Tabellenwerk in möglichst gängiger Formatierung geschaffen werden. Der Aggregationsgrad dieses Tabellenwerks bestimmt sich durch die Ansprüche des Nutzers an Handlichkeit, Kosten und Informationstiefe. Für bestimmte Fragestellungen, etwa epidemiologischer Art, werden Public-use-files von anonymisierten Einzeldaten vorgeschlagen, wie sie das National Center for Health Statistics und neuerdings auch das Bundesgesundheitsamt anbieten. Bereits die Verfügbarkeit von stark disaggregierten Tabellen mit gleichartig definierten Klassifikationsmerkmalen würde eine flexible Analyse mit gängigen Datenbank- oder Tabellenkalkulationsprogrammen ermöglichen. Für solche Präsentationsmedien kämen insbesondere Nutzer in entscheidungsvorbereitenden Einrichtungen in Frage.

Indikatoren und Datenquellen

Die von der Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung vorgeschlagenen Indikatoren können hier nicht im einzelnen aufgeführt werden. Sie sind dem Endbericht zu entnehmen und dort nach den fünf wesentlichen Themenbereichen gegliedert dargestellt. Aus wissenschaftlicher Sicht stellt sich die Hauptfrage der Gesundheitsberichterstattung in der Entwicklung und Vorhaltung eines validen Instruments für den oben beschriebenen Verwendungszweck. Daneben besteht ein eigenständiges wissenschaftliches Ziel in der Entwicklung und Ausführung von Indikatorenkonzepten, insbesondere zur Bewertung des Gesundheitszustands der Bevölkerung.

Für die Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung gelten zunächst die üblichen Anforderungen: Sie müssen relevant, valide, reliabel und transparent in ihrem Zustandekommen sein. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten, d.h. die Indikatoren sollen auf möglichst kostengünstige Weise ermittelt werden. Die Forderung nach Relevanz und Wirtschaftlichkeit wird dazu führen, daß Prozeßdaten für die Gesundheitsberichterstattung eine besondere Bedeutung zukommt. Darüber hinaus ergeben sich aus ihrem Verwendungszusammenhang, insbesondere der Basisberichterstattung, die Forderungen nach Kontinuität, Aktualität und Verknüpfbarkeit.

Die Verknüpfbarkeit von Indikatoren ist verbunden mit dem Aggregationsgrad der Informationen, die für den Nutzer zur Verfügung stehen.

Dabei sind Informationen um so leichter verknüpfbar, je besser sie nach den sogenannten sieben P-Klassifikationen differenziert werden können. Die P-Klassifikationen ergeben sich aus den Merkmalen Bevölkerung (population), Person (person), Zeitraum (period), Region (place), Gesundheitsprobleme (problem), Leistungserbringer (provider) und Leistung (procedure). Zwingend herbeizuführen ist eine Abstimmung über Klassifikationsregeln. Das Beispiel der Krankenhausstatistik nach der Bundespflegegesetzverordnung zeigt, daß die Verknüpfbarkeit eines ansonsten thematisch wichtigen Datenkörpers schon durch eine einfache Ad-hoc-Festlegung von Klassengrenzen verhindert werden kann.

Die Forschungsgruppe hat in einer Bestandsaufnahme 276 Datenquellen auf ihre Eignung für eine Basisberichterstattung untersucht. Inhaltliche Defizite wurden in erster Linie bei den Themen »Gesundheitszustand der Bevölkerung« und »Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens« festgestellt. Methodische Defizite betreffen vor allem die mangelnde Verknüpfbarkeit von Indikatoren des Versorgungsgeschehens mit soziodemographischen Merkmalen.

Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung

Die schwierigste Aufgabe der Indikatoren-schaffung stellt sich bei Indikatoren des Gesundheitszustands. Die bisher hauptsächlich zu Zwecken des historischen und interregionalen Vergleichs herangezogenen Indikatoren der Lebenserwartung und Mortalität verlieren in vielen entwickelten Ländern an Trennschärfe, weil sich die Lebenserwartung immer mehr der erreichbaren Lebensdauer annähert. Demgegenüber gewinnen Indikatoren der Morbidität, aber auch der Krankheitsfolgen, der subjektiven Beeinträchtigung durch Krankheit und der Lebensqualität an Bedeutung. Die Entwicklung von langfristig relevanten, validen und reliablen Indikatoren für diese Merkmale des Gesundheitszustands wird deshalb eine wichtige Aufgabe beim

Aufbau der Gesundheitsberichterstattung sein.

Die Erfahrungen der Konzeptphase zeigen, daß es in der Bundesrepublik Deutschland kein Institut gibt, in dem das für den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung erforderliche Erfahrungswissen an einem Platz vorhanden ist. Die Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung hat deswegen anstelle des Aufbaus einer zentralen Einrichtung zur Erledigung aller Aufgaben eine arbeitsteilige Organisation der Gesundheitsberichterstattung vorgeschlagen.

Nach Diskussion in den beteiligten Bundesministerien scheint dieser Vorschlag akzeptiert worden zu sein, wobei dem Statistischen Bundesamt die Rolle der zentralen Abwicklung zugeordnet werden soll. Die Einigung der Bundesministerien auf einen neuen Forschungsschwerpunkt Gesundheitsberichterstattung stellt eine notwendige Voraussetzung für deren Aufbau dar.

*Josef Georg Brecht
Institut für Gesundheits-
System-Forschung, Kiel
(Tel. 0431/389520)*

ten kognitive Ziele der Wissensvermittlung: »vielseitiges Wissen« und »Kenntnisse für den Beruf«. Von den verbleibenden, stärker auf die eigentliche Erziehung ausgerichteten Zielwerten, bringen drei eine auf soziale Einfügung zielende Tendenz zum Ausdruck: »Ordnung und Disziplin«, »gute Umgangsformen« und »Achtung vor den Mitmenschen«. Mit drei weiteren Stichworten wird die Förderung der individuellen Autonomie angesprochen: »persönliche Selbständigkeit«, »eigene Urteilsfähigkeit« und »sicheres Selbstbewußtsein«. Der letzte Zielwert »Lebensfreude« schließlich fällt etwas aus der Reihe, da mit ihm ein stärker hedonistisch gefärbter Aspekt angeführt wird.

»Vielseitiges Wissen« an erster, »Lebensfreude« an letzter Stelle

Tabelle 1 kann entnommen werden, daß nach den Vorstellungen der Bevölkerung in der Schule primär »vielseitiges Wissen« vermittelt werden soll. Knapp 60 Prozent der Befragten betrachten dies als eine der drei wichtigsten Aufgaben der Schule. Rang zwei und drei belegen Zielwerte, die auf die Förderung der persönlichen Selbstbestimmung ausgerichtet sind: »persönliche Selbständigkeit« (50%) und »eigene Urteilsfähigkeit« (43%). Auf dieses Spitzentrio folgen vier Stichworte, die von jeweils ca. 30 Prozent der Befragten als Ziele für die Schule gefordert werden. Es sind die beiden kollektiv-orientierten Werte »Ordnung und Disziplin« und »Achtung vor den Mitmenschen«, der kognitive Zielwert »Kenntnisse für den Beruf« und das selbst-orientierte Ziel »sicheres Selbstbewußtsein«. Die beiden letzten Plätze nehmen in deutlichem Abstand die »guten Umgangsformen« und die »Lebensfreude« mit 16 bzw. 14 Prozent ein.

Von »Ordnung und Disziplin« zu »persönlicher Selbständigkeit«

Schulische Erziehungsziele im Wandel

In modernen Gesellschaften hat neben der Familie oder der Gleichaltrigen-Gruppe insbesondere die Schule die Aufgabe, in Heranwachsenden jene Qualifikationen und Orientierungen zu erzeugen, ohne die Individuen nicht handlungsfähig und die Gesellschaft nicht funktionsfähig wäre. Im Schulalltag dominant und sichtbar ist dabei primär die Ausbildungsfunktion: die Schüler sollen fachspezifische Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben. Die im eigentlichen Sinne erzieherischen Prozesse dagegen sind weniger stark institutionalisiert und normiert und laufen häufig für die Beteiligten unbewußt ab. Dennoch gehen auch von diesen eher latenten Prozessen erzieherische Wirkungen im Sinne der Vermittlung fachübergreifender Kompetenzen und Wertorientierungen aus.

Im folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Lehr- und Erziehungsziele die Schule nach Meinung der Bevölkerung verfolgen sollte. Anhand von Umfragedaten wird zum einen ermittelt, wie die Vorstellungen über wünschenswerte Lehr- und Erziehungsziele in der Bevölkerung insgesamt sowie in einzelnen Bevölkerungsgruppen aussehen. Zum anderen wird dargestellt, wie sich die Bildungsvorstellungen im Zeitraum von 1958 bis 1986 verändert haben.

Die Datenbasis der Analysen bilden die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) 1986 sowie drei weitere repräsentative Bevölkerungsumfragen aus den Jahren 1958, 1973 und 1979. Zur Ermittlung der Aufgaben der Schule wurde gefragt, was Kindern in der Schule ganz allgemein vermittelt werden sollte. Als Antwort sollten aus einem Inventar von neun Zielwerten die drei wichtigsten ausgewählt werden. Zwei der neun Punkte beinhalten

Insgesamt ergibt sich damit, daß nach Meinung der Bevölkerung die Ausbildungsfunktion der Schule vorrangig in der Vermittlung einer breiten Allgemeinbildung, weniger dagegen in der Vermittlung direkt berufsbezogener Kenntnisse bestehen sollte. Was die Erziehungsaufgabe betrifft, wird von der Schule stärker eine Förderung der auf persönliche Autonomie zielenden Orientierungen als der auf Konformität mit äußeren Anforderungen ausgerichteten Werte gewünscht.