

Gesundheitsstatistik als permanentes Instrument der Planung und Evaluation

Bericht einer Arbeitsgruppe¹

A. Hofmeister², R. Gass³, S. Fasler und G. Lauber

Das Gesundheitswesen steht heute auch in unserem Lande im Brennpunkt des öffentlichen Interesses. Dies ist in einer Zeit stark angeschlagener öffentlicher Finanzen keineswegs überraschend, fliessen doch heute jährlich mehr als 10 Mrd. Franken oder etwa 7 % des Bruttosozialproduktes direkt dem Gesundheitswesen zu, wobei es im Rahmen einer volkswirtschaftlichen Würdigung noch die indirekten und induzierten Effekte einzubeziehen gälte, über die allerdings nicht einmal Anhaltspunkte vorhanden sind. Dass Versuche, die finanzielle Belastung des Bundes auf diesem Gebiet zu reduzieren, beträchtlichen politischen Zündstoff beinhalten, hat eben die jüngste Diskussion um die Beiträge des Bundes an die Krankenkassen mit aller Deutlichkeit gezeigt.

Die Arbeitsgruppe ist sich dieser ausserordentlich vielschichtigen und komplexen Probleme, die sich gerade heute im Klima einer abgeflachten Wirtschaftsentwicklung für das Gesundheitswesen ergeben, voll bewusst. Sie ist überzeugt, dass es letztlich nur durch ein systematisches Vorgehen möglich sein wird, den richtigen Weg zwischen Scylla und Charybdis, zwischen Kostenexplosion und medizinischer sowie sozialpolitischer «Unterversorgung» zu finden. Bei dieser Suche nach objektiven Entscheidungsgrundlagen kommt der Statistik in praktisch allen Bereichen eine zentrale und entscheidende Funktion zu. Es darf nicht vergessen werden, dass die heute offensichtlich bestehenden Schwierigkeiten bei der Formulierung von Planungs- und Steuerungszielgrössen neben politischen, wirtschaftlichen, technischen und finanziellen Einflussfaktoren zu einem guten Teil darauf zurückzuführen sein dürften, dass quantitative Entscheidungsgrundlagen bis anhin weitgehend gefehlt haben. Es ist leider in zahlreichen Gebieten typisch für die schweizerische Mentalität, dass man der Preisgabe von Zahlen kritisch gegenübersteht, selbst wenn man die Notwendigkeit einer Gesamtstatistik unangefochten anerkennt und sich durchaus im klaren ist, dass Gesamtzahlen auf individuellen Angaben aufgebaut werden müssen. Diese kritische Haltung gegenüber statistischen Pro-

Wie sind die Gesundheitsstatistiken in der Schweiz aufzubauen, damit sie dem Gesundheitswesen optimal dienen können, ohne zuviel zu kosten?

jekten führt normalerweise zu einer Unterbewertung der Statistik bzw. zu einer ausschliesslich verbalen Unterstützung, mit welcher der Statistik leider nicht geholfen ist. Als Konsequenz zeigt sich im Bereich der Statistik über das Gesundheitswesen ein im allgemeinen klägliches Zustand, der kaum geeignet erscheint, zur Lösung der anstehenden Probleme einen wesentlichen Beitrag leisten zu können. Dass in einzelnen Teilbereichen umfassendes Zahlenmaterial zur Verfügung steht und auch analytisch ausgewertet wird (z. B. SUVA), muss als Ausnahme bezeichnet werden und bestätigt in diesem Sinn höchstens die grundsätzlich kritische Situation.

Die Arbeitsgruppe erachtet es unter diesen Voraussetzungen als ausserordentlich wichtig, dass auf den ganz allgemein bedauerlichen Zustand der Statistiken über das Gesundheitswesen mit aller Deutlichkeit hingewiesen wird und glaubt, dass eines der Ziele der Herbsttagung darin bestehen sollte, auf die grundsätzliche Bedeutung der Statistik als Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung hinzuweisen, die bestehenden Lücken aufzuzeigen und zweckmässige Massnahmen für eine Verbesserung dieses Zustandes zu formulieren. Es ist der Arbeitsgruppe dabei durchaus klar, dass diese Situation nicht schlagartig geändert werden kann. Dazu sind Statistikprojekte – besonders wenn sie die Neuerhebung von Daten beinhalten – in der Regel viel zu zeit-, personal- und finanzintensive Vorhaben. Die Arbeitsgruppe glaubt jedoch, dass kurzfristig zumindest gewisse rudimentäre Grundlagen erarbeitet werden sollten, wozu insbesondere die Definition des Ist- und des Soll-Zustandes zählt.

Im Bereich des *Ist-Zustandes* hat die ad hoc Arbeitsgruppe für Vital- und Gesundheitsstatistik des Eidgenössischen Departements des Innern unter Leitung von Herrn Prof. Th. Abelin (im folgenden kurz «ad hoc Arbeitsgruppe EDI» genannt) bereits wesentliche Vorarbeiten geleistet und einen Katalog erarbeitet, der die wichtigsten potentiell verfügbaren sowie die ausgewerteten quantitativen Daten im Bereich des Gesundheitswesens beinhaltet. Diese Arbeiten mussten mit einem absoluten Minimum an verfügbaren personellen und finanziellen Mitteln durchgeführt

¹ Bericht einer Arbeitsgruppe anlässlich der Herbsttagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin zum Thema «Systematisches Vorgehen im Gesundheitswesen», Luzern, 20./21. Oktober 1977.

² Dr. oec. HSG, Sektionschef, Bundesamt für Sozialversicherung, Effingerstrasse 39, CH-3003 Bern (Gruppensprecher).

³ Dr. med., Oberarzt, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Inselspital, CH-3010 Bern (Gruppenleiter).

werden und können deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Trotzdem – und dies scheint der Arbeitsgruppe entscheidend – haben sie zu wesentlichen Erkenntnissen geführt. Diese seien im folgenden stichwortartig wiedergegeben:

1. *Transparenzproblem:* Es ist heute für den einzelnen Statistikkonsumenten ausserordentlich schwierig – um nicht zu sagen unmöglich – herauszufinden, welche Informationen wo vorhanden sind. Diese bedauerliche Tatsache führt immer wieder zu Doppelspurigkeiten in der Statistikproduktion, einem Luxus also, den wir uns kaum leisten können. Zentrale Information über das Bestehende, Koordination und Kooperation müssen deshalb – auch wenn diese Begriffe leider längst zu Schlagworten degradiert worden sind – besonders hier gross geschrieben werden.
2. *Erfassungssproblem:* Die Erhebungen haben mit erschlagender Deutlichkeit gezeigt, dass einer der Hauptmängel nicht im Fehlen von Informationen liegt, sondern vielmehr darin, dass ein Grossteil der irgendwie erhobenen Daten nur potentiell verfügbar ist; dass die Informationen zwar auf einem bestimmten Datenträger vorhanden sind, jedoch aus vorwiegend personellen oder finanziellen Restriktionen bisher nicht ausgewertet werden konnten. Hier gilt es nach Meinung der Arbeitsgruppe in erster Dringlichkeit eine Lücke zu schliessen.
3. *Identifikationsproblem:* Die vorhandenen bzw. ausgewerteten Daten sind in der Regel punktuell erarbeitet worden und erlauben deshalb vielfach keine Generalisierung. Andererseits sind besonders für die Analyse Statistiken meist nur dann wirklich wertvoll, wenn sie bezüglich Periodizität regelmässig und bezüglich ihrer zeitlichen Basis einheitlich erstellt worden sind und wenn bei der Definition der Datenbasis eine möglichst grosse Flexibilität angestrebt wird, die es der Statistik ermöglicht, das noch vielerorts feststellbare Identifikationsproblem gegenüber den vielfältigen und breitgefächerten Bedürfnissen der Konsumenten zu lösen.
4. *Problem der Vollständigkeit:* Leider bestehen noch ausserordentlich viele «weisse Flecken» auf der Landkarte der Statistik über das Gesundheitswesen. Dieser Sachverhalt soll an einigen ausgewählten Beispielen erläutert werden:
 - 4.1 Es ist allgemein bekannt und bildet Gegenstand der aktuellen öffentlichen Diskussion, dass das Gesundheitswesen heute eine gewisse Eigendynamik beinhaltet, die sich beispielsweise in einer beängstigenden Kostenexplosion äussert, eine Eigendynamik, deren Kausalfaktoren noch weitgehend unbekannt sind, zumindest was die Bedeutung einzelner Faktoren betrifft. Die Arbeitsgruppe ist der festen Überzeugung, dass es nur mit Hilfe ausreichender statistischer Grundlagen möglich sein wird, die Zusammenhänge aufzuhellen und Massnahmen für eine Verbesserung der Effizienz des Gesundheitswesens formulieren zu können.

- 4.2 Das Fehlen detaillierter gesamtschweizerischer Statistiken über Morbidität und Prämorbidität (z. B. Hypertonie, Rauchen) im extramuralen Bereich führt dazu, dass wir über keine effizienten Steuerungsinstrumente verfügen, um das Übergewicht der hochspezialisierten Ausbildung in Klinikmedizin für zukünftige Allgemeinpraktiker abzubauen. Es fehlen somit die Grundlagen zur Formulierung adäquater Ausbildungsprogramme für die ambulante Versorgung der Bevölkerung.

- 4.3 Das Fehlen gesamtschweizerischer Gebrechensstatistiken verunmöglicht weitgehend die Definition zweckmässiger Zielvorstellungen sowohl für die Prävention als auch für die Nachsorge. Die Kostenfolgen, die sich aus dieser Tatsache ergeben, lassen sich leider nicht einmal abschätzen. Sicher ist einzig, dass sie in beträchtlichen Grössenordnungen liegen, was unter den heutigen Bedingungen der beschränkten Finanzen eigentlich hellhörig machen sollte.

- 4.4 Das Fehlen der Gebrechensstatistiken in der Invalidenversicherung führt dazu, dass bei der Planung von Infrastrukturprojekten (Spitäler, Heime, Anstalten usw.) wichtigste Entscheidungsgrundlagen fehlen. Als Folge besteht die Gefahr von baulichen Fehlplanungen, indem das Angebot auf der Basis von Vergangenheitswerten der Nachfrage geschätzt oder aber auf eine mehr oder weniger realistische Maximalforderung ausgerichtet wird.

Was den *Soll-Zustand* betrifft, zeigt sich bei der Umschreibung und Abgrenzung zunächst deutlich ein gewisses *Konkretisierungsproblem*: Zwar sind grundsätzliche Bedürfnisstrukturen bekannt, die Umsetzung derselben in konkrete Forderungen an die Statistik scheint jedoch in der Regel nur fragmentarisch oder überhaupt nicht möglich zu sein. Dass dadurch die statistische Projektplanungsarbeit beträchtlich erschwert wird, versteht sich von selbst. Andererseits wird es gerade auf statistischem Gebiet nur dann möglich sein, beliebige individuelle Bedürfnisse fallweise ad hoc zu erledigen, wenn entsprechend umfassende Datenbanken bzw. Informationssysteme bereits zur Verfügung stehen.

Im weiteren gilt es darauf hinzuweisen, dass unter den heutigen Bedingungen der allseitig beschränkten Ressourcen Soll-Strukturen nur dann als Basis für die Formulierung einer statistischen Gesamtkonzeption beigezogen werden können, wenn den einzelnen Bedürfnissen Prioritäten zugeordnet sind. Dabei darf natürlich nicht nur die Bedeutung bestimmter Informationen aus wissenschaftlicher, politischer oder fachtechnischer Sicht im Vordergrund stehen, sondern vielmehr müssen unter Berücksichtigung der relevanten Restriktionen auch Überlegungen bezüglich zum Beispiel Praktikabilität oder Realisierbarkeit beigezogen werden. Erschwerend wirkt sich in diesem Zusammenhang die Tatsache aus, dass Prioritäten kaum je aus-

schliesslich aufgrund objektiver Kriterien festgelegt werden können, sobald mehrere Konsumenten betroffen sind. Dies führt zur Notwendigkeit von politischen Entscheiden, aus denen zwar eine bestimmte Prioritätsordnung resultiert, wobei jedoch dahingestellt bleibt, ob es sich nicht nur um eine mögliche, sondern auch um eine zweckmässige oder gar optimale Lösung handelt. Die ad hoc Arbeitsgruppe EDI hat auch über den Bereich der Soll-Strukturen Untersuchungen angestellt, deren Ergebnisse als ausserordentlich interessant bezeichnet werden können. Einerseits wurde in einem rein theoretischen Ansatz versucht, die für die Gesundheitsstatistik relevanten Bereiche möglichst systematisch und vollständig aufzuzählen und abzugrenzen. Andererseits wurde durch Befragung einer Gruppe von rund 30 der Gesundheitsstatistik nahestehenden Fachleuten die praktische Relevanz einzelner Teilbereiche erhoben, wobei auch ergänzende Angaben, zum Beispiel über Dringlichkeit und Verwendungszweck der Information, miteinbezogen wurden. Leider mussten diese empirischen Untersuchungen mit minimalen Mitteln durchgeführt werden, so dass die Repräsentativität der Ergebnisse aus verschiedenen Gründen nicht gewährleistet ist und somit auch ein Vergleich zwischen dem theoretischen und dem empirischen Ansatz kaum zu zwingenden Schlussfolgerungen führen kann. Dennoch erachtet die Arbeitsgruppe diese Untersuchungen als grundsätzlich wertvoll und als notwendige Voraussetzung für einen gezielten Weiterausbau der Gesundheitsstatistik. Unter Berücksichtigung all der obenerwähnten sowie einer Vielzahl weiterer Überlegungen kommt die Arbeitsgruppe zu folgenden Forderungen:

1. Es sei vermehrt auf die zentrale Bedeutung der Statistik im Gesundheitswesen hinzuweisen, sei es in ihrer Zweckbestimmung als Entscheidungsgrundlage, als Führungs- und/oder Planungsinstrument, als Mittel zur Information oder aber für die Forschung. Es seien die notwendigen personellen und finanziellen Mittel freizustellen, die zur Realisierung der in erster Priorität stehenden Forderungen nötig sind. Dabei seien wo immer möglich Kosten-Nutzen-Überlegungen beizuziehen.
2. Es sei der Forderung nach einem koordinierenden Konsultativorgan für den Bereich der Gesundheitsstatistik zu entsprechen. Dazu sei als Ersatz für die ad hoc Arbeitsgruppe für Vital- und Gesundheitsstatistik EDI eine permanente Expertenkommission vorzusehen, in der alle interessierten Kreise angemessen vertreten sind.
3. Es seien durch diese Expertenkommission für den gesamten Bereich der Gesundheitsstatistik aufgrund bestimmter Zielvorstellungen zweckmässige Strukturen zu definieren, die Leitbildcharakter besitzen und für die Planung weiterer Aktivitäten als Basis dienen können.
4. Es seien die durch die ad hoc Arbeitsgruppe EDI begonnenen Arbeiten über den Ist-Zustand weiterzuführen, der dabei erstellte Katalog systema-

tisch zu vervollständigen und laufend à jour zu halten.

5. Es seien auch die durch die ad hoc Arbeitsgruppe EDI durchgeführten Untersuchungen im Bereich der Soll-Strukturen gezielt weiterzuführen, wobei nicht nur eine Verfeinerung der Information angestrebt werden sollte, sondern vor allem eine gewisse Repräsentativität der Ergebnisse, damit diese als Grundlage für weitere Entscheidungen konzeptioneller Art in die Gesamtplanung einbezogen werden können.
6. Es seien mit erster Priorität die vorhandenen Datenbanken statistisch zu erschliessen, die bis anhin – aus was für Gründen immer – nicht ausgewertet werden konnten. Dabei kommt insbesondere den folgenden Gebieten erstrangige Bedeutung zu:
 - 6.1 *Invalidenversicherung*
Hier verfügt das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) über ein ausserordentlich umfangreiches Potential an individuellen Daten. Für eine systematische Auswertung (Gebrechensstatistik, Massnahmenstatistik, Kostenstatistik usw.) fehlen jedoch gegenwärtig die nötigen personellen und finanziellen Mittel.
 - 6.2 *Krankenversicherung*
Mit den Daten der Krankenkassen bietet sich die Möglichkeit, einen Grossteil der im schweizerischen Gesundheitswesen erbrachten Leistungen zu erfassen. Es wäre deshalb zu prüfen, inwieweit durch einen gezielten Ausbau der durch das BSV erstellten «Statistik über die vom Bunde anerkannten Versicherungsträger der Krankenversicherung» ein wesentlicher Beitrag zur Bereitstellung gesundheitsstatistischer Daten geleistet werden könnte. Dabei sollte vor allem versucht werden, durch den gezielten Einsatz von Teilerhebungen das für die Analyse notwendige Zahlenmaterial bereitstellen zu können.
Die Arbeitsgruppe ist sich in diesem Zusammenhang bewusst, dass besonders in der Gesundheitsstatistik den Problemen des Datenschutzes grösste Bedeutung beigemessen werden muss.
7. Es seien die zukünftigen Anstrengungen in dem Bereich der Gesundheitsstatistik vermehrt unter den Aspekten Information, Koordination und Kooperation zu intensivieren.
8. Es sei die methodische Basis der Datenerhebung systematisch zu erweitern und in ein Gesamtkonzept zu integrieren. Dabei seien insbesondere die vielfältigen Möglichkeiten der modernen Stichprobentheorie zu berücksichtigen.
9. Es sei in allen Bereichen der Übergang von der rein deskriptiven zur analytischen Statistik zu fördern. Es seien die Datenerhebung und -auswertung auf die dabei anfallenden Bedürfnisse auszurichten und gegebenenfalls zu modifizieren.

10. Es sei bei der Planung, Durchführung und Anwendung statistischer Arbeiten gezielt die interdisziplinäre Arbeit zu fördern. Neben den mathematisch-statistischen Aspekten gilt es insbesondere die medizinischen, die betriebs- und volkswirtschaftlichen sowie die datenverarbeitungstechnischen Probleme zu berücksichtigen, und zwar sowohl aus theoretischer als auch vor allem aus praktischer Sicht.

**Empfehlung der Arbeitsgruppe B:
Gesundheitsstatistik**

Die Arbeitsgruppe erachtet es als ausserordentlich wichtig, auf die grossen Lücken hinzuweisen, die im Bereich der Gesundheitsstatistik bestehen. Da die Statistik die Entscheidungsgrundlagen für weitere Massnahmen bildet, muss alles unternommen werden, um diese Lücken zu schliessen. Die Arbeitsgruppe verweist auf den nächstens zu erwartenden Schlussbericht der vom Eidgenössischen Departement des Innern eingesetzten ad hoc Arbeitsgruppe für Vital- und Gesundheitsstatistik und empfiehlt mit Nachdruck eine möglichst baldige Verwirklichung der dort gemachten Vorschläge.

Liste der Teilnehmer in Arbeitsgruppe B

R. Gass (Leiter), A. Hofmeister (Sprecher), S. Fasler, G. Lauber, Ch. de Roche, S. Roos, M. Jaquier, A. M. Bergdol, W. Habicht, U. Klein, G. Studer, W. Rytz, G. Schüler, G. Tinturier, G. Demierre, E. Carron, P. Wüthrich, O. Blanc, R. Müller.

**Recommandation du groupe de travail B:
Statistiques sanitaires**

Le groupe de travail considère qu'il est extrêmement important de souligner les graves lacunes qui existent dans le domaine des statistiques sanitaires. Comme les statistiques constituent les bases de décision pour les mesures à envisager à l'avenir, il est nécessaire de tout entreprendre pour combler ces lacunes. Le groupe attire l'attention sur le rapport final du groupe de travail ad hoc pour les statistiques vitales et sanitaires mis sur pied par le Département fédéral de l'intérieur, rapport qui devrait être disponible prochainement. Il recommande vivement la réalisation aussi rapide que possible des propositions contenues dans le rapport en question.