

Die Messung des Gesundheitszustands der Bevölkerung: Rolle und Güte von Befragungsdaten

Elisabeth Schach

Hochschulrechenzentrum, Universität Dortmund

Postfach 500 500, 4600 Dortmund 50

Einleitung

Die Beurteilung der Rolle und Güte von Daten im Gesundheitswesen kann nicht ohne Beziehung zum Zweck der Datenerhebung geschehen. Das gilt auch für die Messung des Gesundheitszustands der Bevölkerung. Von diesem Zweck oder der Art der Nutzung hängt es nämlich ab, wie gemessen wird und wie diese Messungen ausgewertet und dargestellt werden sollten.

Hilfreich für diese Zweckbetrachtungen sind Überlegungen, die sich mit Inhalt und Form von Gesundheitsinformation befassen. Solche Überlegungen werden derzeit vielerorts angestellt, und sie sind in verschiedenen Ländern in unterschiedlichen Entwicklungsstadien, in manchen noch auf sehr abstraktem Niveau, in anderen, wie z.B. in England, schon so konkret, daß Indikatoren für Teilbereiche des Gesundheitswesens (z.B. für die Krankenhausversorgung) vorgeschlagen und erprobt werden (7). Diese Messungen des Gesundheitszustands zielen auf die Ermittlung des Bedarfs an Versorgungsleistungen ab. In diesem Zusammenhang sind auch Ansätze aus der Bundesrepublik Deutschland erwähnenswert, die darauf abzielen, eine Indikatoren gestützte Berichterstattung im Gesundheitswesen zu entwickeln (6).

Geht man von den Informationsbedürfnissen mit der genannten Richtung im Gesundheitswesen aus, so lassen sich vorhandene und notwendige neue Datenkörper ordnen und unter diesen Gesichtspunkten beurteilen. Es ist offensichtlich, daß, darüber hinaus, weitere Gesichtspunkte zur Ordnung und Beurteilung von Datenkörpern im Gesundheitswesen bestehen, z.B. deren Rolle und Güte für die Forschung oder deren Eignung für den internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen. Jedoch erscheint der Ausgangspunkt Informationsbedürfnisse im Gesundheitswesen deshalb gut geeignet, weil größere Datenkörper, insbesondere jene, die durch die Öffentlichkeit finanziert werden, einem Zweck für die Allgemeinheit dienen sollten, d.h. insbesondere Information im und über das Gesundheitswesen eines Landes liefern können sollten.

Information im Gesundheitswesen wird in zwei Bereichen benötigt, nämlich:

- für die Beschreibung der Funktionsweise des Gesundheitswesens und
- für die Beurteilung der Vorgänge im Gesundheitswesen.

Abbildung 1 zeigt die beiden Bereiche und die Daten, die diesen zugeordnet werden können. Beschreibung der Funktionsweise und Evaluation sind auf allen Planungsebenen, etwa Gemeinde, Land (Kanton), Bundesgebiet und für kürzere oder längere Zeiträume notwendig.

Für Managementaufgaben im Gesundheitswesen

Abbildung 1. Aufgaben und Datenbereiche im Gesundheitswesen

<u>Managementaufgaben</u>	<u>Beurteilung durch die Öffentlichkeit</u>
(Beschreibung der Funktionsweise und Kontrolle der Abläufe)	(Evaluation des Gesundheitswesens)
<ul style="list-style-type: none">• Leistungsberechtigte• Erbringungsberechtigte• Finanzierung und Versorgungsabläufe• Gesundheitszustand der Leistungsberechtigten	<ul style="list-style-type: none">• Problemadäquathet• Qualität der Versorgung• Ressourcenallokation• Gesundheitszustand• Belastungs- und Risikoverteilung

wird Information über die Funktionsweise des Gesundheitswesens erforderlich. Diese beinhaltet Kenntnisse über Struktur und Merkmale der Leistungsberechtigten, über Struktur und Eigenschaften der Leistungserbringer (Personal und Einrichtungen), über Finanzierung und Versorgungsabläufe und über den Gesundheitszustand der Leistungsberechtigten. Alle diese Information dient der Kontrolle der Abläufe und der Leistungserbringung im Gesundheitswesen.

Auf der Managementseite möchte man z.B. wissen, wieviele Krankenhausbetten in einer Region zur Verfügung stehen, welchen Fachgebieten sie zugeordnet sind, welche Art von Nutzung sie erfahren, ob sie ausgelastet sind und welche Wartezeiten vor einem verordneten Krankenhausaufenthalt liegen. Diese Angaben braucht man auch nach Krankheitsarten, um zu wissen, ob es Engpässe oder Überkapazitäten in der Versorgung von Personen mit ausgewählten Krankheiten gibt. Der Gesundheitszustand stellt hier einen Endpunkt zur Beurteilung von Maßnahmen und Verfahren dar. Diese werden also hier als Orientierungshilfen für die Planung oder Ressourcenverteilung benötigt.

In England wird Morbiditätsinformation zur Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen (5) verwendet werden. Wegen der Übereinstimmung der regionalen Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede (, die anhand von Daten aus Befragungen über den Gesundheitszustand untersucht wurden <8>) werden derzeit dazu jedoch Mortalitätsdaten verwendet. Hier werden also Daten über den Gesundheitszustand für Planungszwecke im Gesundheitswesen verwendet, nachdem die Evaluation der vorherigen Ressourcenverteilung sich als verbesserungswürdig herausstellte.

Zur Beurteilung der Leistungen des Gesundheitswesens durch die Öffentlichkeit ist Information z.B. über die Problemadäquathet der Versorgung, deren Qualität, die Ressourcenallokation, insbesondere die Verteilung von Personal und Einrichtungen, über den Ge-

sundheitszustand der Bevölkerung und deren Untergruppen und über die Verteilung der gesundheitlichen und finanziellen Risiken im Gesundheitswesen notwendig.

Auf der Evaluationsseite interessiert, ob als effektiv anerkannte Versorgungsarten der Bevölkerung in gleicher Weise zur Verfügung stehen oder wie die Mittel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verteilt sind. Bezüglich des Gesundheitszustands ist zu fragen, ob er in den verschiedenen Regionen des Landes nach Alter und Geschlecht etwa gleich ist und wie sich die gesundheitlichen Risiken regional und über die Bevölkerungsgruppen hinweg verteilen.

Es wird deutlich, daß sowohl zur Erledigung von Managementaufgaben als auch zur Evaluation des Gesundheitswesens durch die Öffentlichkeit Information über den Gesundheitszustand erforderlich ist. Diese Information kann sogar gelegentlich auf der Analyse derselben Datenkörper beruhen. Es kann aber auch jeweils gesonderte Erfordernisse der Messung des Gesundheitszustands für die beiden Teilbereiche geben. Jedenfalls werden Daten für die beiden Informationsbereiche unterschiedlich aufbereitet und dargestellt.

Aufseiten der Beschreibung der Funktionsweise sind wir datenmäßig meistens gut bestückt, da es dort umfangreiches Routinematerial gibt. Informationsmäßig sind wir jedoch auch auf diesem Gebiet unterversorgt. Auf der Seite der Evaluation haben wir zu den meisten der genannten Problembereiche noch nicht einmal Daten, geschweige denn Information (*).

Befragungsdaten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung

Unter Befragungsdaten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung sollen hier Datensätze mit folgenden formalen Eigenschaften verstanden werden:

. Zufallsstichproben oder Vollerhebungen für definierbare Bevölkerungen

. Erhebungen, die ausschließlich oder auch nur teilweise Fragen über den Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens oder Fragen zu gesundheitlichen Risiken enthalten,

. Erhebungen, bei denen alle oder ein Teil der Daten zum Gesundheitszustand durch Befragung (persönliches Interview oder Telefoninterview) zustande kommen.

Befragungsdaten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung können aus langfristig angelegten Datenerhebungsprojekten (wie z.B. U.S. Health Interview Survey) oder aus einmaligen Erhebungen (wie z.B. dem kanadischen Gesundheitssurvey) stammen. Sie können versuchen, allgemeine Informationsbedürfnisse über den Gesundheitszustand zu befriedigen (wie z.B. der Health Interview Survey der U.S.A.) oder über spezielle Krankheitsbilder, Risiko-

(*) Es wird hier bewußt zwischen Daten und Information unterschieden, wobei die Daten das Potential zur Informationsgewinnung in sich bergen. Bleiben sie jedoch un bearbeitet, so ist ihr Erkenntniswert gering. Information beantwortet Fragen im Gesundheitswesen und ist dicht und sachbezogen dargeboten. Sie stützt sich auf Daten aus verschiedenen Quellen, sichtet sie, gewichtet sie, selektiert sie und führt sie zweckmäßig zusammen (10).

kofaktoren oder Bevölkerungsgruppen zu berichten versuchen (wie z.B. die im Rahmen der Interventionsprojekte für Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten stattfindenden Erhebungen über Krankheiten und Risikofaktoren). Sie können ausschließlich per Befragung erhalten werden (wie beim Health Interview Survey der U.S.A. oder dem General Household Survey in Großbritannien) oder sie können Teil einer Datenerhebungsaktivität aus verschiedenen Quellen darstellen (wie z.B. bei der schweizerischen Erhebung SOMIPOPS). Es gibt also eine Vielzahl von Formen und Wegen zum Erhalt von Befragungsdaten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Diese oben angegebenen formalen Beschreibungen lassen die Frage der Definition von Gesundheit oder Abwesenheit davon noch völlig offen. Die Erhebung kann sich z.B. auf eines der häufig verwandten Konzepte, wie die Funktionstüchtigkeit bei der Haupttätigkeit, wie auch auf eine Selbsteinschätzung der Gesundheit, auf die Freiheit von Krankheit oder bestimmten Symptomen beziehen oder mehrere dieser Ansätze in einer Befragung kombinieren. Welche Ansätze zur Definition von Gesundheit und Krankheit Datensätze in Europa beinhalten, ist z.B. in dem Band 'Health Survey Systems in the European Community' (1) beschrieben.

Rolle von Befragungsdaten

Wie bei allen Datenkörpern sollte auch bei den Daten zum Gesundheitszustand die Frage des Zwecks der Datenerhebung beantwortbar sein. Dabei wird diese Antwort für Routinedatensätze allgemeiner ausfallen als für Spezialerhebungen.

Sieht man sich die Verbreitung und die Kontinuität von Bevölkerungserhebungen über den Gesundheitszustand international an, dann stellt man fest, daß nur wenige Länder ein kontinuierliches Programm zu dieser Thematik haben durchführen können. Das hat vielleicht auch mit der Schwierigkeit zu tun, die Notwendigkeit und den Nutzen solcher Erhebungen deutlich zu machen.

Sehen wir uns daher zunächst die Rolle von Befragungsdaten im Kanon einer Reihe von Datenkörpern an, die dazu geeignet sind, nach entsprechender Bearbeitung, Beiträge zur Beschreibung des Gesundheitszustands von Bevölkerungen zu liefern.

Abbildung 2 zeigt die Datenquellen, die zur Beschreibung des Gesundheitszustands der Bevölkerung etwas beitragen können. Wie aus Abbildung 2 hervorgeht, sind die meisten genannten Datenkörper Routinedatensammlungen im Rahmen der Leistungsabrechnung der Sozialversicherung. Dabei handelt es sich auch in jedem Fall um Vollerhebungen von Tatbeständen. In den Belegen sind die Leistungen vollständig erfaßt. Angaben zur Morbidität, Angaben zu Alter und Geschlecht sind darin erwartungsgemäß weniger vollständig und zuverlässig vorhanden, denn die letzteren spielen im Rahmen des Abrechnungsgeschehens, dem diese Unterlagen vorrangig dienen, nur eine nachgeordnete Rolle. Hinsichtlich der Beschreibung des Gesundheitszustands der Bevölkerung sind sie wegen ihres Fallbezugs nur begrenzt aussagefähig. Nach Zusammenführung zur Person des Versicherten könnte ihnen eher Information über den Gesundheitszustand entnommen werden. Aber diese Bearbeitung ist aufwendig und wird in der Bundesrepublik Deutschland routinemäßig nicht vorgenommen (9).

Daten über Funktionseinschränkungen mit Personenbezug und mit Aussagemöglichkeiten über den Krankenstand der Bevölkerung liefern daher unmittelbar nur Bevölkerungserhebungen. In der Bundesrepublik sind es die, im Abstand von jeweils zwei Jahren stattfindenden Zusatzerhebungen zum Mikrozensus (3). In der Schweiz stellt die Erhebung SOMIPOPS personenbezogene Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung zur Verfügung. Der im Rahmen dieser Erhebungen relativ leicht herstellbare Personenbezug stellt dann auch einen der Hauptvorteile von Befragungsdaten zum Gesundheitszustand dar.

Während es sich beim Mikrozensus und SOMIPOPS um Bevölkerungsquerschnittserhebungen handelt, wird die Methode der Befragung nutzbringend auch bei der Langzeituntersuchung über den Gesundheitszustand eingesetzt (wie z.B. bei Begleiterhebungen zu Interventionsstudien über Herz-Kreislaufkrankungen).

Wenn wir die Messung des Gesundheitszustands betrachten, meinen wir meistens das Gegenteil von Gesundheit, nämlich Mortalität oder Morbidität. Risikofaktoren sollen dazu gezählt werden, die individuell, am Arbeitsplatz oder in der physischen Umwelt gegeben sind. Bemühungen der WHO aus jüngster Zeit zielen darauf ab, aus den genannten Datenkörpern Indikatoren für positive Gesundheit zu entwickeln.

Bevölkerungsinformation über den Gesundheitszustand, nicht den Krankheitszustand, kann durch Analyse den in Abbildung 2 genannten Datenkörpern entnommen werden. Dabei wird z.B. aus Mortalitätsdaten die Lebenserwartung und deren Zuwachs in der Zeit und aus Befra-

gungsdaten über Funktionseinschränkungen bei der üblichen Tätigkeit die Lebenserwartung ohne Funktionseinschränkungen abgeleitet (4), sofern diese Daten sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen. Angaben über Funktionseinschränkungen können mit vertretbarem Aufwand wahrscheinlich nur in Bevölkerungserhebungen durch Befragungen erhoben werden. Nur sie können verschiedene Ansätze zur Erfassung von Funktionseinschränkungen (bei der üblichen Tätigkeit, bei alltäglichen Handhabungen bei verschiedenen Altersgruppen) parallel erfragen, um diese mit weiterhin erfragten Krankheitsbildern und Symptommustern kombinieren zu können.

Hatten wir zunächst die Rolle von Bevölkerungserhebungsdaten zur Messung des Gesundheitszustands der Bevölkerung abgegrenzt, so soll jetzt auf den auf Befragungen basierenden Teil dieser Daten eingegangen werden. Befragungen stellen besondere Formen der Messung dar, deren Potential und Nachteile zugleich im Kontakt zwischen Befragter und Befragtem liegen. Befragungsdaten zur Erfassung des Gesundheitszustands eignen sich besonders für solche Sachverhalte,

. bei denen Daten zum Gesundheitszustand mit demographischen, ökonomischen, versicherungsrechtlichen Daten verknüpft werden sollen, wie z. B. in der Schweizer Erhebung SOMIPOPS,

. bei denen das Neuauftreten von Krankheitsfällen, Risikofaktorenträgern in einer festen Zeitperiode ermittelt werden soll (z.B. Inzidenzschätzung von Herzinfarkten in einem Jahr)

Abbildung 2. Quellenübersicht zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland)

Quellen zum Gesundheitszustand

	Inhalt	Datenkörper
<u>Mortalität</u>	Sterblichkeit, Todesursachen	Totenscheine (bundesweit) ¹⁾
<u>Morbidität</u>		
• Ambulante Versorgung	Leistungen der Krankenversicherungen, Rentenversicherungen	Leistungsbelege der gesetzlichen u. privaten Krankenversicherungen, Rentenversicherungen (jeweils Versicherte)
• Arzneimittel	"	" und Verordnungsstatistiken (Versicherte in der Krankenversicherung) GKV-Arzneimittelindex
• Stationäre Versorgung	Krankenhausentlassungen	Auszug aus Krankenblättern (nur Schleswig-Holstein), Arbeitsunfähigkeitsunterlagen der Krankenkassen (Stationäre Patienten)
• Berufsgesundheit	Erwerbs- und Berufsunfähigkeit	Belege der Rentenversicherung und des Vertrauensärztlichen Dienstes (Versicherte in der Rentenversicherung)
• Funktionseinschränkung bei üblicher Tätigkeit	Funktionsfähigkeit, Krankheiten, Behinderungen, Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens, Risikofaktoren	Bevölkerungserhebungen, z.B. Mikrozensus, Zusatz Gesundheit (Bevölkerungsstichprobe)
• Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen	Befunde der Früherkennungsverfahren	Leistungsbelege der gesetzlichen Früherkennung (Versicherte in der Krankenversicherung)

1) Bezugsgruppe oder Kollektiv in Klammern

.die nicht dem Berichtswesen im Gesundheitswesen unterliegen, (für die Ermittlung müßte der Weg der Befragung beschränkt werden)

.bei denen Ursache-Wirkungszusammenhänge epidemiologischer Natur nachgezeichnet werden sollen (wie z.B. retrospektive Studien über Rauchen und Herz-Kreislaufkrankungen),

.bei denen Folgen und Wirkungsmechanismen von Interventionsmaßnahmen im Gesundheitswesen erforscht werden sollen (z.B. prospektive Studien zur Erhebung von Zusammenhängen),

.bei denen Daten aus verschiedenen inhaltlichen Bereichen zusammen erfaßt und gemeinsam analysiert werden sollen, z.B. Funktionseinschränkungen, Risikofaktoren, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (wie z.B. beim Health Interview Survey der U.S.A.)

Befragungsdaten sind also für solche Aspekte der Erfassung des Gesundheitszustands wichtig, bei denen es um dessen Ursachen, Beziehungen mit disponierenden und ermöglichenden Faktoren, also um Zusammenhänge, geht. Weiterhin liefern sie Information über das Vorhandensein von Risikofaktoren und deren Stärke oder über Krankheitsfälle, sofern diese nicht im Berichtswesen oder in Registern erfaßt werden.

Wie in der Übersicht 'National Health Survey Systems in the European Economic Community' (1) dokumentiert ist, finden Befragungen über den Gesundheitszustand der Bevölkerungen der Länder Europas in sehr unterschiedlicher Weise statt. Nimmt man Spezialerhebungen hinzu, so sind es noch mehr Erhebungen, die jeweils sehr unterschiedlichen Zwecken dienen und die daher sehr unterschiedliche Methodiken aufweisen. Da die Beurteilung der Rolle von Befragungsdaten zum Gesundheitszustand aber nicht ohne Betrachtung von deren methodischen Eigenschaften geschehen sollte, wenden wir uns diesem Aspekt im folgenden zu.

Methodische Eigenschaften von Befragungsdaten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung

Wegen der zentralen Rolle, die Befragungsdaten bei der Messung des Gesundheitszustands der Bevölkerung spielen, wenden wir uns nun kurz der Güte solcher Daten zu. Meistens wird Güte im Sinne von Validität und Reliabilität solcher Daten verstanden. Da Aussagen über diese beiden Qualitätsaspekte an sich nicht gemacht werden können, es also nur eine Validität von Fragebogendaten in Bezug auf bestimmte Sachverhalte gibt und die Reliabilität bestimmter Erhebungsmethoden nur bezüglich bestimmter Sachverhalte angegeben werden kann, wird bezüglich der Validität und Reliabilität von Befragungsdaten auf die dazu existierende umfangreiche Spezialliteratur verwiesen.

Wegen der genannten Schwierigkeit, die Güte von Befragungsdaten bezüglich ihrer Validität und Reliabilität allgemein zu beschreiben, wird hier ein anderer Weg zur Gütebeurteilung beschränkt. Er ist als Ergänzung zu der erwähnten Gütebeurteilung zu sehen. Für Sekundärdaten ist eine notwendige Voraussetzung zur Beurteilung der Reliabilität und der Validität. Er basiert auf der Tatsache, daß Datenkörper gewissen formalen Bedingungen genügen sollten, um für die Beschreibung des Gesundheitszustands nutzbar gemacht werden zu können. Solche Eigenschaften sind vorwiegend

methodischer Natur. Gelänge es also, methodische Eigenschaften von Befragungsdaten zu nennen, die auf zahlreiche solcher Datenkörper Anwendung finden könnten, so wäre es möglich, Güte von Befragungsdaten zum Gesundheitszustand auch über deren methodische Eigenschaften zu operationalisieren.

Daß ein solcher Ansatz machbar ist, wurde von einer Gruppe von Forschern der Bundesrepublik Deutschland demonstriert, die Datenquellen im Gesundheitswesen des Landes nach einheitlichen Gesichtspunkten klassifizierten und beurteilten. Dabei wurde allen Mitarbeitern ein festes Schema von Kategorien vorgegeben, nach dem sie Datenkörper beurteilen sollten. Abbildung 3 zeigt die entsprechenden Kategorien, denen noch Erklärungen beigegeben worden waren. Unter den beschriebenen Datenquellen befanden sich auch die Zusatzerhebungen zur Gesundheit des Mikrozensus. Abbildung 4 stellt beispielhaft Zweck und Fragen des

Abbildung 3. Datenquellenbeschreibungen (Checkliste)

- Zweck der Erhebung
- Dateninhalt
 - . Dokumente
 - . Variablenliste
- Methodik
 - . Erhebung
 - . Population, Stichprobe
 - . Instrumente
 - . Periodizität
 - . Zeitraum der Erhebung
 - . Aufbereitung
 - . Archivierung
- Verfügbarkeit
 - . Form der Datenträger
 - . Zugänglichkeit
 - . Veröffentlichungen
 - . Aggregationsgrad
- Linkage

Abbildung 4. Mikrozensus (Kurzbeschreibung)¹⁾

Zweck

- . Repräsentative Morbiditätsstatistik
- . Art und Dauer von Krankheiten/Unfällen
- . Krankheiten und Unfälle
- . Statistische Gesamtschau der Morbidität der Bevölkerung
- . Im Gesundheitsbereich bestehenden, vielschichtigen Forderungen nach aktuellen Daten ausreichend Rechnung tragen zu können

Fragen (1-9, wörtlich, der Erhebung von 1970)

1. Sind Sie heute krank?
2. Leiden Sie heute (noch) an den Folgen eines Unfalls?
3. Haben Sie ein langfristiges oder chronisches Leiden?
4. Haben Sie heute sonstige gesundheitliche Beschwerden?
5. Sind Sie dauernd körperlich oder geistig behindert?
6. Haben Sie im Oktober (1970) bei einem Unfall oder sonstwie eine Verletzung (Verbrennung, Vergiftung) erlitten?
7. Waren Sie im Oktober krank oder hatten Sie sonstige gesundheitliche Beschwerden?
8. Waren Sie im Oktober in ärztlicher Behandlung?
9. Waren Sie im Oktober in zahnärztlicher Behandlung?

1) zitiert nach Brennecke, 1981

Fragebogens für den Mikrozensus 1970 vor. Aus der Gegenüberstellung von Zweck (aus der Dokumentation über den Zusatz Gesundheit entnommen) und Fragen geht die Diskrepanz zwischen dem Anspruchsniveau, das in den Zweckformulierungen seinen Niederschlag findet, und den Fragen zur Gesundheit selbst und den sich daran anschließenden Analysen dieser Ansätze hervor. Hohe Anforderungen an die Daten stehen einer geringen Fragenanzahl gegenüber.

Betrachtet man die Ergebnisse der Datenerhebung im Rahmen des Mikrozensus für zwei ausgewählte Datenteile, nämlich die Angaben über Unfälle (Abbildung 5) und über chronisch Kranke (Abbildung 6), so werden unmittelbar Qualitätaspekte der Daten deutlich. In Abbildung 5 fällt der starke relative Anstieg von unfallverletzten Personen zwischen März

Abbildung 5. Angaben über Unfälle im Mikrozensus und aus anderen Quellen (1966/1)

Zeitpunkt	Unfallverletzte Personen (Mikrozensus)	Bei Straßenunfällen Verletzte	Unfallanzeigen (Arbeitsplatz)
		Februar=100	
Februar	100	100	100
März	120	125	116
April	231	132	106

1) nach Brennecke, 1981

Abbildung 6. Angaben über chronisch Kranke in Mikrozensusserhebungen: Rate pro 10 000 Einwohner, 1970-1976 1)

Zeitraum	Rate
Okt. 1970	1448
Okt. 1972	1075
Okt. 1973	892
Apr. 1974	867
Mai 1976	820

1) nach Brennecke, 1981)

und April im Mikrozensus auf, der keine Parallele in Unfallanzeigen aus anderen Quellen hat. Sind die hohen Zuwächse womöglich durch starke Anstiege der Haus- und Heimunfälle bedingt? In Abbildung 6 werden Zahlen über chronisch Kranke zusammengestellt, wie sie sich aus Berichten über den Mikrozensus ergeben. Ob der sich zeigende Abfall der Rate in der Zeit real ist, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, denn Veränderungen in der Frageformulierung, auf einem veränderten Krankheitsbegriff basierend, hatten eine Reduktion der Krankenrate und damit auch der Rate der chronisch Kranken zur Folge.

Um diesen Fragen nachgehen zu können, benötigt man eine sehr gründliche Beschreibung der Datenerhebung zugrundeliegenden Methodik, denn nur sie ermöglicht einen Einblick in mögliche durch die Vorgehensweise bedingte Mängel der Daten. Solche Dokumentationen sind besonders für den Sekundärdatenutzer unentbehrlich. Wie Bailar und Lanphier (2) feststellen, sind zufriedenstellende Dokumentationen auch bei großen Bevölkerungserhebungen in den U.S.A. durchaus nicht an der Tagesordnung. Abbildung 7 zeigt die von beiden Autoren verwandten Kriterien nach denen

Abbildung 7. Erhebungsmethoden (nach Bailar and Lanphier, 1978)

- . Stichprobenverfahren
- . Fragebogen (Plan und Instrumente)
- . Pretests der Fragebogen
- . Datenerhebungsverfahren
- . Nonresponse-Verfahren
- . Schätzverfahren
- . Kontrolle der Datenerhebung und der Datenverarbeitung
- . Behandlung der Antwortenden
- . Kontrollen der Randverteilungen der Variablen
- . Qualitätsprüfung der Daten
- . Kontrolle der technischen Verfahren
- . Zeit zwischen Datenerhebung und Veröffentlichung der Ergebnisse
- . Kosten oder Kostenmodelle
- . Verbreitung/Verteilung der Ergebnisse
- . Darstellung der Ergebnisse

Bevölkerungserhebungen dort beurteilt wurden. Diese Liste könnte als Checkliste zur Dokumentation von Befragungsdaten dienen. Dabei müßte im Falle von Befragungsdaten ein besonderes Augenmerk auf die Dokumentation solcher Methodikaspekte gerichtet werden, die eventuell eine Verzerrung der Daten wegen der Kommunikation zwischen Befragter und Befragtem zur Folge haben könnten. Gütebeurteilung wäre daher in erster Linie eine Beurteilung der Erhebungsmethodik. Sie kann nur mit einer ausreichenden Dokumentation über die Methodik erreicht werden.

Nutzungsmöglichkeiten von Befragungsdaten

Kehren wir nach diesen Ausführungen zur Güte von Befragungsdaten zu ihrer Rolle im Gesundheitswesen zurück. Diese Rolle wird ganz wesentlich von den Nutzungsmöglichkeiten dieser Daten bestimmt. Diese Nutzungsmöglichkeiten hinwiederum werden durch Verknüpfungsmöglichkeiten der Daten determiniert. Solche Verknüpfungsmöglichkeiten sind gegeben, wenn bereits bei der Erhebungsplanung darauf geachtet wird, daß die Erhebungsdaten mit Daten aus anderen Quellen zusammen analysierbar gemacht werden. Dies kann auf der Ebene des Individuums oder von kleineren Regionen durch Vorkehrungen erreicht werden, die es gestatten, solche Bezüge herzustellen. Die von White (10) vorgeschlagenen P's (Abbildung 8) sind dazu geeignet, diesem Ziel näher zu kommen. So werden z.B. in der Schweizer Erhebung SOMIPOPS Befragungsdaten mit Krankenversicherungsdaten durch den Bezug zur gleichen Person gemeinsam nutzbar gemacht.

Verknüpfungsmöglichkeiten von Datensätzen werden auch erhöht durch weitere Ansätze,

Abbildung 8. Voraussetzungen für die Verknüpfung von Daten (die 6 P's nach White)

Englisch	Deutsch
. Person	. Personenbezug
. Population	. Bevölkerungsbezug oder Bezug zu einer definierbaren Bevölkerung
. Problem	. Bezug zu einem medizinischen Problem, Kontaktpunkt oder Entlassungsgrund
. Period	. Bezug zu einer angebbaren Zeitperiode
. Provider	. Bezug zum Versorger, zur Versorgungsrichtung
. Procedure	. Bezug zu den durchgeführten und/oder verordneten medizinischen Verfahren

nämlich einheitlicher Mindestdatensätze, einheitliche Definitionen und wichtige Fachausdrücke im Gesundheitswesen und durch über verschiedene Erhebungen hinweg geltende gemeinsame Methodiken. Dieses schließt die wiederholte Verwendung einheitlicher Fragen ein. Wären also die Regeln der Datenerhebung durchschaubar und über spezifische Erhebungsaktivitäten hinweg gültig, könnten die Nutzungsmöglichkeiten von Befragungsdaten erheblich erhöht werden. Anstrengungen in dieser Richtung würden sich sicher lohnen und sollten verstärkt vorangetrieben werden.

Schluß

Für die Messung des Gesundheitszustands von Bevölkerungen kommen bekanntlich eine Reihe verschiedener Verfahren in Frage. Zu ihnen gehört die Gewinnung von Daten durch Befragungen. Sie haben dort ihre besondere Stärke, wo entweder Interviews eine ökonomische Methode zur Datengewinnung darstellen oder dort, wo sie Daten liefern, die anders kaum erhebbare wären. Gerade bei der letzten Gruppe von Daten sollte der Dokumentation der Verzerrungsmöglichkeiten dieser Daten durch die Befragungssituation selbst große Aufmerksamkeit geschenkt werden. Befragungen sollten daher immer von methodischen Studien begleitet werden, die diese Einflüsse zu quantifizieren versuchen.

Solche Studien sollten sich auch mit den relativen Kosten alternativer Erhebungsmethoden für gleiche Datenkomponenten befassen. Solche Betrachtungen trügen einen weiteren Gesichtspunkt zur Beurteilung der Rolle von Befragungsdaten zur Messung des Gesundheitszustands bei.

Zusammenfassung

Die Rolle und Güte von Befragungsdaten im Rahmen der Messung des Gesundheitszustands der Bevölkerung wird untersucht. Dabei werden zunächst die Informationsbedürfnisse im Gesundheitswesen abgesteckt und der Beitrag von Bevölkerungserhebungsdaten angegeben. Befragungsdaten stellen wiederum eine Untermenge dieser letzten Datengruppe dar.

Zur Beurteilung von Rolle und Güte solcher Daten wird auf die methodischen Eigenschaften von Befragungsdaten eingegangen und gezeigt, daß die Dokumentation der Methoden dieser Datenkörper nicht nur zur Gütebeurteilung notwendig ist sondern vielmehr deren Rolle im Kanon der Information im Gesundheitswesen wesentlich mitbestimmt. Wenn dieses so ist, müssen Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung sich nicht nur um die Verbesserung traditionell berücksichtigter Methodikaspekte kümmern (wie z.B. Stichprobenziehung, Responderaten) sondern auch um die Verbesserung der methodischen Voraussetzungen für bessere Nutzungsmöglichkeiten von Befragungsdaten. Diese sind zu erreichen durch Erhöhung der Verknüpfungsmöglichkeiten, durch Einführung von einheitlichen Mindestdatensätzen, einheitliche Definitionen, einheitliche Ausdrücke und durch Beibehaltung von identischen Fragen in einem Erhebungstyp über längere Zeit hinweg. Güte von Befragungsdaten wird daher wesentlich durch ihre methodischen Eigenschaften und Rolle durch die Nutzungsmöglichkeiten dieser Daten bestimmt.

Résumé

La mesure du niveau de la santé de la population: rôle et qualité de données de questionnaires.

Cet article s'occupe du rôle et de la qualité des données de questionnaires dans le domaine de l'état de santé de la population. On s'intéresse d'abord à des besoins d'informations du système de la santé pour en déduire l'importance des enquêtes de la population. Des données de questionnaires sont un sous-groupe des données mentionnées ci-dessus.

Pour juger le rôle et la qualité de telles données on regarde de près les méthodes des données de questionnaires tout en montrant que la documentation des méthodes de ce corps de données n'est pas seulement nécessaires pour juger sa qualité mais également pour déterminer son rôle dans le cadre de l'information du système de la santé. Si c'est ainsi, il faut faire des efforts pour améliorer la qualité des aspects méthodologiques auxquels on se réfère traditionnellement et pour augmenter les suppositions de meilleurs possibilités d'emploi des données d'enquêtes. Cet objectif est atteint par l'augmentation des possibilités de joindre les corps de données, par l'introduction des données minimales uniformes, des définitions et termes uniformes et par l'insistance en de mêmes questions pendant une certaine période. Or, la qualité des données de questionnaires est déterminée essentiellement par ses caractéristiques méthodiques et le rôle de celles-ci par ses possibilités d'emploi.

Summary

Measuring population health levels: role and quality of interview data.

Role and quality of interview data are examined with respect to their importance for the measurement of population health levels. Starting from general information requirements in health services, the contribution of population survey data is described. Interview data constitute just a subset of such survey data.

When role and quality of interview survey data are to be judged, survey methods are of major importance. They not only determine the quality but also the role of health interview survey data in the framework of all information about the population's health. If this is so, efforts to improve health survey data quality should not only be directed towards improvement of traditional methodological aspects (such as sampling procedures and response rates) but also towards the implementation of prerequisites for wider usage of health interview data. This may be achieved by improving their linkage potential, by implementing uniform minimal basic data sets, by introducing identical terms and definitions and by keeping identical survey methods (including questions) for several years in a row.

Quality of health interview data is, therefore, determined by the methodological standards underlying their collection and the potential for usage of these data sets determines the role they play as part of the information about the population's health.

Literatur

1. Armitage P (Ed.). National Health Survey Systems in the European Economic Community. Luxembourg: Commission of the European Communities. 1977.
2. Baflar B A. and C M Lanphier. Development of Survey Methods to Assess Survey Practices. Washington, D.C.: American Statistical Association. 1978.
3. Brennecke R. Mikrozensen. In Brennecke R, Greiser E, Paul H A, und E Schach (Herg.) Datenquellen für Sozialmedizin und Epidemiologie. Heidelberg: Springer, 1981.
4. Colvez A and M Blanchet. Potential gains in life expectancy free of disability. Int J Epid, 1983, Vol 12, No 2.
5. Department of Health and Social Services. Sharing Resources for Health in England: Report of the Resource Allocation Working Party. London: HMSO. 1976.
6. Helberger Ch und W Sörgel. Entwicklung praktisch anwendbarer Indikatoren für Ziele und Ergebnisse der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Bd. 36. Gesundheitsforschung. 1980.
7. Mason A. Information about the use of hospital beds. Vortrag auf der Tagung 'Nutzen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Information im Gesundheitswesen. Bad Homburg v.d.H. 1982.
8. Palmer S R. The use of mortality data in resource allocation. London: Department of Community Medicine. St Thomas's Hospital Medical School.
9. Schach E. Daten der gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel einer AOK. In Brennecke R, Greiser E, Paul H A, und E Schach (Herg.) Datenquellen für Sozialmedizin und Epidemiologie. Heidelberg: Springer, 1981.
10. White K L. Tentative Guidelines for Discussion and Preparation of Working Papers. Meeting on Planning, Operation and Evaluation of National Health Information Systems. Geneva: WHO Working Paper. 1979.

alles
spricht für



**QUALITÄT
SERVICE
PREIS**

der einzige
Hersteller
medizinischer
Röntgenfilme
in der
Schweiz

typon

Typon Aktiengesellschaft
für Photographische Industrie
CH-3400 Burgdorf/Schweiz
Telefon 034 21 21 71 Telex 914100