Ines Knoblich und Helgard Rohrmoser

Planungsdaten als Voraussetzung für Gesundheitspolitik

Zum Stand der Diskussion in WHO, OECD und BRD

Solange der Schwerpunkt ärztlichen Handelns in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten lag, reichte es aus, über den administrativen Weg die Vorbedingungen für die Umsetzung der Erkenntnisse auf dem Gebiet der Hygiene, Mikrobiologie und Impfung in medizinisches Handeln durch *Gesetzgebung* zu schaffen.

Inzwischen hat der medizinische Arbeitsprozeß an Komplexität dermaßen zugenommen, daß die Umsetzung des medizinischen Wissens in die Praxis durch gesetzgeberische Eingriffe allein nicht erreicht werden kann. Einmal ergibt sich durch die Differenzierung der medizinischen Disziplinen und ihrer Hilfswissenschaften nicht nur die Notwendigkeit zur Arbeitsteilung und Kooperation, sondern auch zur Delegation ursprünglich ärztlicher Tätigkeiten auf medizinische Hilfsberufe. Zum anderen ist eine Verschiebung hin zu chronischen Krankheiten erfolgt, für deren Behandlung es nicht *eine* spezifische Therapie gibt (wie z. B. Antibiotika für Infekte), sondern die einer umfassenderen, über den medizinischen Bereich hinausgehenden *Betreuung* bedürfen. Um Voraussetzungen für diese Art von Betreuung in der Gesellschaft zu schaffen, bedarf es verschiedenster ineinandergreifender infrastruktureller Maßnahmen und Dienste. Die Bestimmung des Bedarfs, des richtigen Einsatzes und der Koordination dieser Teildisziplinen und Leistungen setzt eine Planung voraus, die nicht nur ein spezielles Problem, eine spezielle Institution oder Region, sondern das gesamte System einer integrierten medizinischen Versorgung berücksichtigt. Planung in diesem Sinne ist allerdings in einem System erschwert, in dem sich die Zersplitterung der Zuständigkeit durch alle Ebenen politischer Entscheidung zieht: Auf der Ebene gesundheitspolitischer Planung teilen sich drei Bundesministerien (Arbeit und Soziales; Jugend, Familie und Gesundheit, und Wirtschaftsministerium) die Verantwortlichkeit für die drei wesentlichen Bereiche des Gesundheitswesens, den ambulanten, den stationären Sektor und den Arzneimittel-Bereich. Auf der Ebene der Durchführung erschweren besonders die Zersplitterung der Krankenkassen und die Partikularinteressen der Selbstverwaltungsorgane eine gesundheitspolitische Planung für das Gesamtsystem.

Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik ist eine Art Planungsabstinenz zu verzeichnen, die mit der Verhinderung der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch strukturell besiegelt wurde. Dagegen ist international ein verstärktes Interesse an Planung im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich zu erkennen. Dahinter mag die Einsicht stehen, daß unter Einkalkulation von Krisen die langfristigen Planungen wesent-

lich genauer sein müssen, sollen die Investitionen in diesem Bereich nicht zum Spielball von Krisenzyklen werden. Um den erhöhten Planungsanforderungen gerecht zu werden, wird die Entwicklung sozialer Indikatoren intensiviert, mit der Zielsetzung, „die Anforderungen, Bestrebungen und Probleme der Gesellschaft aufzuzeigen, welche die wichtigsten Anliegen einer sozio-ökonomischen Planung darstellen bzw. darstellen könnten"[1].

Vor allem Sozialmedizin, Medizinsoziologie und Epidemiologie sollten die Wissenschaften sein, die die theoretischen und empirischen Grundlagen für die Ableitung valider Indikatoren für den Bereich des Gesundheitswesens liefern. Bislang werden diese Wissenschaftszweige jedoch nicht zur Erforschung gesundheitspolitisch wichtiger Fragen eingesetzt, sondern verschiedenste Institutionen mit teilweise geringen Mitteln gehen sehr heterogenen Fragestellungen nach, z. B. der Erforschung von Risikofaktoren oder dem Arzt-Patienten-Verhältnis. Der epidemiologischen- und Evaluationsforschung kommt dagegen nur ein geringer Stellenwert zu.

Ein Grund hierfür mag sein, „... daß die Sozialversicherung sich hinsichtlich ihrer eigenen Aktivität nahezu ausschließlich als ein ökonomisches und sozialrechtliches Instrument verstanden hat und weiterhin versteht"[2]. Sie ist bislang nie mit eigenen Fragestellungen an die Wissenschaft herangetreten. Dieses Selbstverständnis der Versicherungsanstalten entspricht allerdings auch ihrem gesetzlichen Auftrag, der sich ausschließlich auf betriebswirtschaftliche Rechnungslegung und verwaltungsgerichtliche Kontrolle bezieht. Daß dieser gesetzliche Auftrag bis heute nicht auf eine Rechenschaftspflicht über die *Wirksamkeit* der gewährten Sachleistungen ausgedehnt wurde, läßt sich nur plausibel beantworten, wenn man die gegensätzliche Interessenlage der an der Selbstverwaltung der Sozialversicherung beteiligten gesellschaftlichen Gruppen bedenkt.

Unter dem Eindruck der gegenwärtigen Kostenentwicklung, die den Reformdruck erheblich verstärken wird, ist rationale Planung längst überfällig. Voraussetzung für die Verwissenschaftlichung der Gesundheitspolitik ist einmal die gesetzliche Verpflichtung der Sozialversicherung zu Nutzen-Kosten-Analysen ihrer Sachleistungen, zum anderen die Entwicklung von Evaluationsprogrammen und die epidemiologische Forschung zur Bedarfsbestimmung.

Die Auswirkungen, die der Informationsmangel über den Wert der gewährten Leistungen hat, wird beispielsweise deutlich bei den Diskussionen über die „vergeudeten" Milliarden für Kur-Heilverfahren, über deren Wirksamkeit und Nutzen-Kosten-Relation keinerlei wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse vorliegen.

Wie gering das Interesse der Gesundheitspolitiker, aber auch der Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an der Effizienzprüfung von Leistungen und Evaluation von Programmen ist, zeigte sich erst in jüngster Zeit bei den Diskussionen um die Einführung der Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Obwohl die Überprüfung der Auswirkungen dieser Untersuchung auf die Krebsmorbidität nur mit Hilfe eines Krebsregisters und Einführung der Meldepflicht für Krebs-Neuerkrankungen möglich ist, wurde diese zusätzliche Leistung der GKV aufgebürdet, ohne sie an die Einrichtung eines Krebsregisters zu koppeln. Es besteht nun die absurde Situation, daß zwar eine Dokumentationspflicht[3] für die Ergebnisse der Früh-

erkennungsuntersuchungen den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, diese Dokumentation jedoch im Hinblick auf die Evaluation des Programms keinen großen Wert hat.

Am Beispiel des fehlenden bundesweiten Krebsregisters und der mangelhaften Dokumentation der Auswirkungen der Krebsfrüherkennung auf die Krebsmorbidität läßt sich demonstrieren, daß nicht institutionelle Mängel der Grund für den Verzicht auf die Datengewinnung sein können: Neben der gesetzlich geregelten Verpflichtung zur Dokumentation der Ergebnisse hätte — und sei es in Form von Stichproben — eine patientenbezogene Dokumentation eingeführt werden können, die erlaubt, die Krebsmorbidität der untersuchten Population mit der nicht oder nur unregelmäßig untersuchten Population zu vergleichen. Über die Einrichtung von Krebsregistern an Gesundheitsämtern und den dafür notwendigen Personalbedarf und die auftretenden Organisationsfragen liegen aus den vier in West-Berlin, Hamburg, Nord-Württemberg und Saarland bestehenden Krebsregistern Erfahrungen vor.

Es muß vermutet werden, daß der positive Einfluß der Krebsfrüherkennung auf die Krebsmorbidität nicht so groß ist, wie bei der Reformdiskussion angenommen wurde. Da wahrscheinlich jährlich derselbe Personenkreis an den Untersuchungen teilnimmt, nimmt die Krebsfindungsquote ständig ab; die Krebsmorbidität des übrigen Teils der Bevölkerung, der diese Leistungen mitfinanziert, bleibt dagegen unbeeinflußt. Da dadurch jeder entdeckte Krebsfall wesentlich teurer wird, als in der ursprünglichen Rechnung veranschlagt wurde, müßten die Krankenkassen daraus — schon aus Erwägungen der Wirtschaftlichkeit — eine Ausweitung der Untersuchungen auf die ganze anspruchsberechtigte Bevölkerung ableiten. Eine Realisierung dieser breiten Inanspruchnahme ließe sich jedoch nur unter Einbeziehung *aller* Untersuchungskapazitäten erreichen, also auch der Krankenhäuser[4]. Zusätzlich hätte eine erhebliche Senkung der Gebühren für die Untersuchung zu erfolgen (z. Z. 17,— DM für die Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei Frauen zuzüglich dem ausgehandelten Zuschlag, der seit dem 1. Januar 1976 für die RVO-Kassen durchschnittlich 51 % beträgt).

Am Beispiel der Nutzen-Kosten-Analyse für Krebsfrüherkennung kann gezeigt werden, wie mit wissenschaftlich gesicherten Daten die Verhandlungsposition der Krankenkassen gegenüber ihren Vertragspartnern und der Gesundheitspolitik gestärkt werden kann. Die Forderung nach der Evaluation derartiger Leistungen sollte deshalb in gesundheitspolitische Forderungen der Gewerkschaften und Krankenkassen aufgenommen werden. Darüber hinaus wird am Beispiel des fehlenden Krebsregisters, das im Ausland teilweise schon seit Jahren besteht, deutlich, welch elementarer Nachholbedarf zur Schaffung der Grundlagen für eine rationelle Planung bei uns noch besteht.

Die Verwissenschaftlichung der politischen Entscheidung ist ein Trend, der sich seit einigen Jahren abzeichnet, wie auch das verstärkte Interesse der großen internationalen Organisationen — der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) — an der Entwicklung valider Indikatoren für die Planung zeigt. Die bisher gebräuchlichen Indikatoren, wie Säuglingssterb-

lichkeit u. a. Mortalitätsraten, scheinen diesem Anspruch nicht mehr zu genügen. Während sich die Vorschläge der WHO hauptsächlich auf die Entwicklung von Indikatoren zur besseren Planung von Gesundheitsdiensten und -Leistungen beziehen, sollen die von der OECD vorgeschlagenen Indikatoren wohl eher epidemiologische Grundlagen zur Bedarfsermittlung liefern und dem internationalen Vergleich dienen.

Ausgehend von der Forderung nach Verbesserung der Datenlage zur Ermöglichung rationaler Planung und Kontrolle der Planung im Gesundheitswesen werden wir im weiteren Verlauf die Vorschläge der WHO und der OECD darstellen, miteinander vergleichen und in bezug auf diese Forderung überprüfen. Dann werden wir sie in Relation zum Stand der Medizinal-Statistik in der Bundesrepublik Deutschland setzen, um die vorhandenen Lücken aufzuzeigen.

Für den weitestgehenden Vorschlag halten wir den von der *WHO* entwickelten Indikatoren-Katalog für ein „Gesundheitsinformationssystem"[5]. Da dieses Papier auch den von der OECD 1973 entwickelten Indikatoren zugrundelag[6], soll das WHO-Konzept zuerst dargestellt werden:

Im Hinblick auf das Ziel dieses Gesundheitsinformationssystems, Informationen für die *Planung und Evaluierung* von *Diensten und Programmen* zu liefern, hat die WHO einen Katalog von Anforderungen aufgestellt, die bei der Entwicklung der Indikatoren zu beachten sind:

— Das Gesundheitsinformationssystem sollte auf Individualdaten basieren. Nur so ist die Analyse von „Patientengeschichten" und Behandlungsverläufen und die Korrelation von Gesundheitsdaten mit Faktoren der Lebens- und Arbeitsbedingungen möglich. Außerdem wird durch die Erhebung von Individualdaten sichergestellt, daß die Information, bezogen auf die Bevölkerung, repräsentativ ist.

— Die Indikatoren sollten problemorientiert sein. Die bislang für Berichtszwecke veröffentlichten Daten über die Aktivitäten von Institutionen, die Gesundheitsdienstleistungen produzieren oder finanzieren (Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Versicherungsanstalten), genügen diesem Anspruch nicht. Hier geht es vielmehr darum, Lücken und Mängel der Gesundheitsdienste zu identifizieren, um die Planung von Veränderungen einzuleiten.

— Anstelle der Registrierung isolierter Items sollten Indikatorenbündel, die in einem theoretischen Zusammenhang miteinander stehen, erhoben werden, z. B. statt einzelner Diagnosen und Befunde diese im Zusammenhang mit Behandlungsverläufen; statt der Registrierung der Beschäftigten im Gesundheitswesen die Registrierung von Gesundheitsteams.

Dem ersten Punkt liegt die Erkenntnis zugrunde, daß Individualdaten für vielfältige auch zukünftige Fragestellungen beliebig aggregierbar sind. Der zweite Punkt zielt auf Planungsaktivität, der diesem Informationssystem dienen sollte. Der dritte Punkt macht deutlich, welche wichtige Rolle der Theorie bei der Entwicklung von Indikatoren zukommt: Die Säugling- bzw. Müttersterblichkeit kann als der bislang gebräuchlichste Indikator zur Darstellung des Gesundheitsniveaus gesellschaftlicher Systeme gelten. Es gibt jedoch keinerlei Kenntnis darüber, in welchem Umfang er vom medizinischen Versorgungssystem bestimmt wird, oder ob er nicht

vielmehr den allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen zuzurechnen ist.

Im folgenden werden die von der WHO vorgeschlagenen Indikatoren zur Prüfung der Qualität medizinischer Leistungen vorgestellt und im Hinblick auf die Probleme diskutiert, die damit erfaßt werden können.

— Anteil von Krankheitsfällen und Behinderung, die ambulant behandelt werden, im Verhältnis zu Diagnose oder Problem und medizinischen Leistungen, die nötig wären. (Prüfung der *Qualität* ambulanter medizinischer Leistungen, bezogen auf den medizinischen Standard; Erfassung von *Verteilungsproblemen* medizinischer Leistungen)
— Welcher Anteil von Krankheit oder Symptom erscheint erstmals und taucht innerhalb einer definierten Periode wieder auf? (Prüfung der *Effizienz* der Behandlung — Heilungsquote)
— Durchschnittliche Zahl von Arzt/Patienten-Kontakten (und Variation der Zahl) während jeder Krankheitsepisode nach Diagnose, Alter, Geschlecht und sozialökonomischem Status. (Indikator für die *Planung* medizinischen Personals nach demographischen und Morbiditäts-Kriterien)
— Behandlung und Variation in der Dauer der Behandlung und ihre Ergebnisse. (Gewinnung von Informationen zur *Evaluation* von Behandlungsmethoden)

Die von der WHO vorgeschlagenen Indikatoren werden dem von ihr aufgestellten Anforderungskatalog an ein Gesundheitsinformationssystem weitgehend gerecht: Es handelt sich überwiegend um Individualdaten. Sie sind problemorientiert und liefern damit Informationen für die Planung und politische Entscheidung. Auch handelt es sich meist um Indikatorenbündel und wiederholte Messungen über längere Zeiträume zur Erfassung von Behandlungsverläufen.

Die *OECD-Indikatoren,* die nun dargestellt werden sollen, genügen dagegen diesen Anforderungen kaum. Es handelt sich hier ausschließlich um die Zugrundelegung einzelner Risikofaktoren und Mortalitätsquoten in bezug auf Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status. Wie die von der OECD hierzu gegebenen Erläuterungen zeigen, wollte sie nicht Indikatoren zur Planung und Bewertung von Gesundheitsdiensten und Aktivitäten liefern, wie die WHO, sondern primär Indikatoren zur Messung des Gesundheitsniveaus[8]. Die Ministerratstagung der OECD hat 1970 die Forderung nach einem Katalog sozialer Indikatoren mit der Zielsetzung aufgestellt, „die Anforderungen, Bestrebungen und Probleme der Gesellschaft aufzuzeigen, welche die wichtigsten Anliegen einer sozio-ökonomischen Planung darstellen bzw. darstellen könnten"[9]. Die OECD hat diesem Beschluß entsprechend ein „Verzeichnis der von den meisten OECD-Mitgliedsländern anerkannten sozialen Anliegen"[10] vorgelegt, das 24 Grundanliegen in acht Bereichen umfaßt. Im Bereich „Gesundheit", der als erster Bereich aufgeführt wird, soll folgendes gemessen werden:

„A-1 Die Wahrscheinlichkeit eines Lebens in gesundheitlich guter Verfassung während aller Lebensstadien.
A-2 Die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf das Individuum.
A-2-a Die Qualität der Gesundheitsfürsorge hinsichtlich der Schmerzminderung und der Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit.

A-2-b Der Grad der Verteilung bei der Bereitstellung von Leistungen der Gesundheitsfürsorge.

A-2-c Die Fähigkeit der chronisch Geschädigten und dauernd Behinderten, wirkungsvoller am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen."[11]

Hierzu werden folgende Erläuterungen gegeben:

Zu A-1: Ausgegangen wird „von dem traditionellen, von der Präventivmedizin geprägten Begriff der Gesundheit (aus), der auf der Vermeidung von Krankheit und Gebrechen basiert. Das Schwergewicht liegt dabei auf der Gesundheitsvorsorge... Der Begriff der einzelnen Lebensstadien (ist) so zu untergliedern, daß das Anliegen nach verschiedenen Lebensstadien betrachtet werden kann"[12]. Es wird weiter davon ausgegangen, daß sich das Schwergewicht in den einzelnen Stadien verschiebt. Übliche Einteilung: Kinder, Erwachsene, Alte.

Zu A-2: Der Schwerpunkt wird gelegt „auf die Gesichtspunkte der medizinischen Behandlung und Heilung"[13]; die drei Teilanliegen kennzeichnen konkretere Gesichtspunkte.

Im Oktober 1973 wurde von der OECD ein Arbeitspapier mit Vorschlägen zur Entwicklung sozialer Indikatoren auf dem Gesundheitssektor vorgelegt[14]. Die 21 aufgestellten Indikatoren werden in der nachstehenden Synopse dargestellt, ergänzt durch „Zuordnung zu den Anliegen" (Spalte 1), „Geschätzte mögliche Verfügbarkeit" (Sp. 2) und die zu erhebenden „Merkmale" (Sp. 3). Diese von der OECD vorgeschlagenen Indikatoren (Sp. 4) werden den bei uns verfügbaren Indikatoren, wie sie in der offiziellen Stellungnahme des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) genannt wurden[15], gegenübergestellt (Sp. 5 und 6). Diese Aufstellung ist insofern relevant, als sie über den derzeitigen Stand der Medizinalstatistik einschließlich der vom BMJFG geplanten Ergänzungen informiert. Die vorhandenen erheblichen Lücken gegenüber dem OECD-Vorschlag sollen offenbar in absehbarer Zeit nicht ausgefüllt werden, da hierzu vom BMJFG keine Stellungnahme vorliegt.

Weitere Indikatoren, die in der offiziellen Stellungnahme fehlen, aber von verschiedenen Institutionen erhoben werden, haben wir nicht in diese Synopse aufgenommen. Sie werden entweder nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung erhoben (z. B. Daten der Versicherungsträger), oder ihre kontinuierliche Erhebung ist rechtlich noch nicht genügend abgesichert (wie die Zusatzbefragung zum Mikrozensus).

Es kann festgestellt werden, daß mit den vorgeschlagenen Indikatoren lediglich pathologische Zustände, nicht aber körperliches Wohlbefinden erfaßt werden. Ausgangspunkt ist ein rein organisch definierter Krankheitsbegriff, der die psychische Komponente von Krankheit nicht in Rechnung stellt. Da die Indikatoren völlig absehen von Aussagen über die Gesundheitssicherung, haben sie für diesen Bereich auch keine Planungsrelevanz.

Aus der Gegenüberstellung wird ersichtlich, welche Indikatoren mit welchen Merkmalen zur Verfügung stehen bzw. vom BMJFG als für die *Bundesrepublik Deutschland* (BRD) dringlich eingestuft werden. Es werden — bis auf den Indikator Nr. 5 — nur kurzfristig zu erstellende ge-

Synopse[16]

Sp. 1 Zuordnung zu den Anliegen	Sp. 2 Geschätzte mögliche Verfügbarkeit kurz-mittel-langfristig a)	Sp. 3 Merkmale b) 1 = Alter 2 = Geschlecht 3 = Soz-ök-Stat. 4 = Beruf Eltern 5 = Stadt/Land	Sp. 4 VON DER OECD VORGESCHLAGENE INDIKATOREN Nr. Name der Indikatoren	Sp. 5 STELLUNGNAHME DES BMJFG in der BRD erhobene Indikatoren	Sp. 6 z. Z. erhobene Merkmale
A — 1	x	/2/3/ /5	1. Lebenserwartung der Neugeborenen	x	/2
	x	/2/3/ /5	2. Lebenserwartung mit 30 Jahren	Lebenserwartung	
	x	/2/3/ /5	3. Lebenserwartung mit 50 Jahren	im Alter	/2
	x	/2/3/ /5	4. Lebenserwartung mit 65 Jahren	von 40 Jahren	
	x	/2/ /4/5	5. Durchschnittsgewicht der Neugeborenen	x	/2
	x	4/5	6. Anteil der Risikoschwangerschaften		
	x	1/2/3/ /5	7. Prozentsatz der Personen mit Normalgewicht (im Verhältnis zur Länge)		
	x	1/2/3/4/5	8. Prozentualer Anteil an Personen mit „normalem" Haemaglobin		
	x	/2/3/ /5	9. Sterberate		
	x	1/2/ /4/5	10. Anteil der untersuchten Personen, die besonders risikodisponiert sind, als Indikator für zukünftige Gesundheitszerstörung		
A — 2	x	/2/ /4/5	11. Perinatale Sterblichkeit	x	/2 ergänzt um
	x	/2/ /4/5	12. Säuglingssterblichkeit	x	/2 Legalität
	x	1/ / /4/5	13. Müttersterblichkeit	x	1/
	x	1/2/ /4/5	14. Standardisierte Sterberaten der wichtigsten Todesursachen	x	1/2
	x	1/2/ /4/5	15. Sterberaten der bedeutendsten Infektionskrankheiten	(ergänzt um . . .	
	x	1/2/3/ /5	16. Prävalenz der wichtigsten Krankheitsursachen	siehe d)	
	x	1/2/3/ /5	17. Durchschnittliche Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen pro Person und Jahr		
	x	1/2/3/ /5	18. Durchschnittliche Zahl von Tagen an Bettlägerigkeit pro Person und Jahr		
A — 2 — a	x	1/2/3/ /5	19. Wahrscheinlichkeitsrate für führende Todesursachen		
A — 2 — b	x	c)	20. Verteilung der Ärzte nach Größe der Gemeinde und Praxistyp	x wird Priorität zugemessen	
A — 2 — c	x	1/2/ / /5	21. Prozentzahl der von Kranken und Behinderten täglich zu Hause oder in Anstalten verbrachten Zeit	bisher noch nicht erhoben	

Erläuterungen:

a) kurzfristig = innerhalb von 2 Jahren
mittelfristig = zwischen lang- und kurzfristig
langfristig = innerhalb von 5 Jahren

b) 3 = Sozio-ökonomischer Einkommens-Status (socio-occupational-income-status); 4 = Beruf der Eltern (fathers's or mothers — whoever holds an economically higher ranking occupation)
5 = Stadt/Land-Gliederung

c) keine spezielle Gliederung vorgeschlagen; allgem. Hinweis auf Zählungen von Krankenhausbetten, Ärzten, Krankenschwestern in einer Gliederung nach Größe des Ortes und geografischen Gebieten

d) ergänzt um Sterbefälle verursacht durch Selbstmorde und in Abhängigkeit von Alkohol und Drogen

nannt; mittel- und langfristig „angestrebte Indikatoren erfordern weitere konzeptuelle Arbeiten und größere Umstellungen bei den Datenproduzenten“[17]. Sie scheinen deshalb für die weitere Zukunft nicht geplant zu sein. Für die Klassifikation der einzelnen Indikatoren schlägt die OECD außer Alter und Geschlecht auch sozio-ökonomische Daten wie Einkommen und Beruf und Stadt/Land-Gliederung vor. Solche Angaben liegen für die BRD fast nie vor.

Indikatoren, die Risikofaktoren erfassen, fehlen in der BMJFG-Aufstellung (Nr. 6 bis 10). Interessanterweise wurden sie von der OECD bis auf Indikator Nr. 10 (Personen, die risikodisponiert sind) als mittelfristig verfügbare Indikatoren eingestuft. Hieraus läßt sich ableiten, daß die Erfassung dieser „Risikofaktoren“ in vielen Mitgliedsländern in absehbarer Zeit möglich sein wird oder geplant ist. Ihre Erhebung in der BRD würde ein Umdenken erfordern, da diese Indikatoren auf Bedarfsermittlung präventiver Maßnahmen abzielen wie z. B. der Indikator Nr. 6 (Anteil der Risikoschwangerschaften). Dieser Präventionsgedanke ist jedoch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) noch neu und ungewohnt, wie die im internationalen Vergleich stark verspätete Einführung der Schwangerenvorsorgeuntersuchung als Regelleistung der GKV zeigt (erst seit 10 Jahren haben Schwangere Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen). Die Reichsversicherungsordnung (RVO) ist in erster Linie als Versicherungssystem konzipiert, ihr Schwerpunkt liegt damit auf der Bereitstellung von Sachleistungen (bei der GKV auf Krankenhilfe) und finanziellen Ausgleich. Dieses rein materielle Denken war also nicht nur mitverantwortlich für eine sozialpolitische Abstinenz der Sozialversicherung, wie wir schon eingangs argumentierten, sondern hat auch ihre Weiterentwicklung in Richtung Prävention behindert.

Für die Indikatoren Nr. 17 und 18 (Arbeitsunfähigkeits- und Bettlägerigkeitstage) liegen — wenn auch nicht für die gesamte Bevölkerung — Daten vor. So können die Arbeitsunfähigkeitstage aus den Statistiken der GKV für den pflichtversicherten Teil der Bevölkerung ohne Rentner ermittelt werden. 1973 für 31,5 % der Wohnbevölkerung. Dies gilt allerdings nur für Arbeitsunfähigkeit, die länger als drei Tage dauert und für die Leistungen der GKV in Anspruch genommen werden. Beide Indikatoren wurden außerdem repräsentativ für die gesamte Bevölkerung in 0,1 % bzw. 1,0 %-Stichproben im Rahmen der Zusatzbefragung zum Mikrozensus erhoben.

In einigen Bereichen gehen die Vorschläge des BMJFG über den OECD-Indikatorenkatalog hinaus. So weist das BMJFG auf die Wichtigkeit der Erfassung der Frühinvalidität im Rahmen der Bestimmung des Gesundheitsniveaus hin. Dieser Indikator wird in der BRD einmal von den Rentenversicherungsträgern für die rentenversicherte Bevölkerung erfaßt, zum anderen auf Stichproben-Basis im Zusatzprogramm zum Mikrozensus repräsentativ für die Gesamtbevölkerung. Positiv ist auch, daß das BMJFG dem Indikator Nr. 20 (Verteilung der Ärzte nach Gemeindegröße und Praxistyp) Priorität zugesteht, auch wenn es noch keine Erhebungen dazu gibt.

Insgesamt bleiben die Vorschläge des BMJFG jedoch hinter denen der OECD zurück. Es fehlen insbesondere die Indikatoren, die umfassende Veränderungen in der z. Z. üblichen Erhebungspraxis voraussetzen wür-

den, wie epidemiologische Methoden (z. B. Screening-Verfahren zur Erfassung von Risikofaktoren) oder karteimäßige Erfassung risikodisponierter Personen, z. B. Schwangerer. Wenn die OECD das Ausgehen von vorhandenem Zahlenmaterial als allgemeine Zielsetzung angibt, so ist das selbstverständlich und sinnvoll. Bei dem unzureichenden Stand der Gesundheitsstatistik der BRD sollte jedoch auch eine Weiterentwicklung der Medizinalstatistik Ziel ihrer Gesundheitspolitik werden. Die OECD gibt als weitere allgemeine Zielsetzungen zur Entwicklung sozialer Indikatoren an, daß „gemeinsame Anliegen der Länder angesprochen" und „international vergleichbare Tatbestände dargestellt"[18] werden sollen. Es stellt sich die Frage, mit welchen Mitgliedsländern innerhalb der OECD die Bundesrepublik sich auf dem Gebiet des Gesundheitswesens vergleicht bzw. welche Bedeutung die von den hierfür verantwortlichen Instanzen erhobenen Indikatoren für die Planung überhaupt haben.

Als Bilanz dieser Indikator-Darstellung muß für die Bundesrepublik festgehalten werden, daß die in der Medizinalstatistik und durch Mikrozensus-Zusatzbefragungen erhobenen Gesundheitsindikatoren zwar einer Außendarstellung des Gesundheitsniveaus der Bevölkerung in beschränktem Umfang gerecht werden, epidemiologische Bedarfsplanungs-Daten jedoch fehlen. Da diese im OECD-Katalog vorgesehen sind, werden die vorhandenen Daten der Bundesrepublik selbst dieser Außendarstellung in wenigen Jahren nicht mehr gerecht werden. Es werden dann gerade die Daten fehlen, die einer rationalen, auf empirischen Erkenntnissen beruhenden Gesundheitspolitik dienen könnten.

Anders ist es in Ländern, die auf eine langjährige Tradition eines staatlichen Gesundheitsdienstes zurückblicken können. In Großbritannien z. B. boten gewiß nicht zuletzt die in regelmäßigen Abständen durchgeführten empirischen Untersuchungen über das Krankengut[19] und die Arbeitsweise der einzelnen Versorgungsstufen des National Health Service Anlaß zu intensiven Integrationsbestrebungen dieser Teilbereiche in den 60er Jahren[20].

Diese Bemühungen gipfelten schließlich in der Reorganisation des britischen Gesundheitsdienstes im Jahre 1974. Mit ihr soll auch eine „. . . Integration in der Planung, im überbetrieblichen Management und in der Mittelvergabe . . ."[21] erreicht werden. Zur Deckung des Personalbedarfs der mit diesem Gesetz vorgesehenen 200 District-Management-Teams mit Verwaltungsfachleuten, die diesem hohen Planungsanspruch genügen, wird der sozialmedizinischen Aus- bzw. Fortbildung der schon vorhandenen und neu einzustellenden Mitarbeiter und Ärzte Vorrang beigemessen. Außerdem ist vorgesehen, langfristig die Planung im Gesundheitswesen weitgehend auf epidemiologische Erfordernisse abzustellen[22].

Diese Verwissenschaftlichung der Planung mit ihren noch nicht abzusehenden Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung der britischen Bevölkerung muß als z. Z. revolutionärstes Experiment im Bereich der Gesundheitsverwaltung angesehen werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß international ein Trend zur Entwicklung rationaler Planungsmethoden auf Grundlage besserer Datensysteme zu verzeichnen ist. Darüber hinaus wird in einigen Ländern — wie am Beispiel Großbritannien gezeigt wurde — die Organisation der Gesundheitsverwaltung an die Erfordernisse einer effizienten, einheitlichen

Planung angepaßt. In der Bundesrepublik ist demgegenüber keine Entwicklung in diese Richtung zu bemerken. Die Rückständigkeit auf dem Gebiet der Medizinalstatistik und Gesundheitsplanung ist allerdings nur ein zusätzlicher Aspekt zur allgemeinen Stagnation der Reform des Gesundheitswesens im Vergleich mit anderen europäischen Ländern. Es fehlen weitere, sehr viel wesentlichere Voraussetzungen in der Organisationsstruktur, wie z. B. die Integration der Teilsysteme des Gesundheitswesens in einem Gesamtsystem, ohne die eine Qualitätsverbesserung der in der Bundesrepublik angebotenen medizinischen Versorgung nicht erreicht werden kann. Es ist deshalb zu befürchten, daß das Gesundheitsniveau und die ökonomische Effizienz des medizinischen Versorgungssystems in der Bundesrepublik im Vergleich zu anderen Industrienationen in Zukunft absinken werden.

Anmerkungen

1 OECD-Veröffentlichung „Nr. 1, The OECD Social Indikator Development Program: List of Social Concerns Common to most OECD Countries, Paris 1973". Vom Statistischen Bundesamt angefertigte Übersetzung o. J., S.3—36; hier S. 7.

2 Ferber, Chr. v.: Die Änderungen im Recht der Krankenversicherung und die sozialmedizinische Forschung. In: *Die Ortskrankenkasse* 51, 1969, 23/24, S. 718 bis 724.

3 Die Dokumentationspflicht bezieht sich nur auf den Untersuchungsbefund zum Zeitpunkt der Untersuchung, nicht jedoch auf die Dokumentation eines Verlaufs, die es gestattet, Verdachtsfälle und eindeutig diagnostizierte Fälle sowie Erst- und Folgediagnosen zu untersuchen und den Behandlungserfolg zu erfassen. (Schr.R. des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Bd. II [1975], S. 15.)

4 Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts im August 1975 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen auch für die Sicherstellung der Früherkennungsuntersuchung zuständig. Die Krankenkassen dürfen keine Sonderregelungen mit den Krankenhäusern treffen.

5 WHO-technical Report Series Nr. 472 (1971), (Orig. Engl., Übersetzung und Systematisierung — d. Verf.)

6 Organisation for Economic Co-operation and Development: Social Indicator Development Program. Specific Proposals for Social Indicators in the „Health" Primary Goal Area. Seventh Meeting, 5th—7th December 1973. *SI/64.* Working Document, Paris, 9th Oct., 1973 (Orig. Eng.). Unveröffentliches Manuskript. (Alle Übersetzungen — d. Verf.)

7 Indikatoren wie Frühinvalidität, Arbeitsunfähigkeitstage u. a. werden institutionsgebunden erfaßt (Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung). Der Anteil der Bevölkerung, der nicht rentenversichert oder nicht bzw. freiwillig krankenversichert ist, wird nicht erfaßt.

8 OECD — SI/64, a.a.O., S. 9/10.

9 Vergl. Anm. 1.

10 OECD-Veröffentlichung Nr. 1, a.a.O., S. 3.

11 Ebd., S. 18.

12 Ebd., S. 25.

13 Ebd., S. 25.

14 Vergl. Anm. 6.

15 Die offizielle Stellungnahme wird zitiert nach: Krämer, Th.: Indikatoren des Gesundheitswesens. In: Soziale Indikatoren, Konzepte und Forschungsansätze III, Hrsg. W. Zapf, Frankf./New York 1975, S. 5—12.

16 Die Synopse wurde aus dem OECD-Manuskript (s. Anm. 4) und der Stellunnahme des BMJFG (s. Anm. 12) von den Verf. zusammengestellt.

17 Glatzer, W.: Soziale Indikatoren des Gesundheitsbereichs: Resümee und Ergänzungen zur Diskussion. In: Soziale Indikatoren, Konzepte, Forschungsansätze III, Hrsg. W. Zapf, Frankf./New York, S. 89.

18 Krämer, a.a.O., S. 7.

19 Vergl. hierzu:

Logan, W. P. D. and Cushion, A. A. (1958) Morbidity Studies from General Practice: General Studies on Medical and Population Subjects No. 14, Vol. 1 HMSO, London.

Logan, W. P. D (1960) Morbidity Statistics from General-Practice: Occupation, Studies on Medical and Population Subjects No. 14, Vol. II, HMSO, London.

College of General Practitioners (1962). Morbidity Studies from General Practice: Disease in General Practice. Studies in Medical and Population Subjects No. 14, Vol. III, HMSO, London.

Office of Population Censuses and Surveys (1974). Morbidity Statistics from General Practice. Second National Study 1970—1971, HMSO, London.

20 Geißler, U.: Integrationstendenzen im Ausland und die Situation in der BRD. In: WSI-Studien, Nr. 32 (1975) Integrierte medizinische Versorgung. Notwendigkeit — Möglichkeit — Grenzen.

21 Geißler, a.a.O., S. 65.

22 Department of Clinical Epidemiology and Social Medicine, ohne Titel, unveröffentliches Manuskript über das Lehrangebot in Sozialmedizin des Departments. Prof. Holland, St. Thomas's Hospital Medical School, London.