



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

„Datenbedarf für die empirische Gesundheitsforschung und Politikberatung“

Prof. Dr. Dr. med. Ulrich Mueller
Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin
Fachbereich Medizin
Philipps-Universität Marburg



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

„Datenbedarf für die empirische Gesundheitsforschung und Politikberatung“

Prof. Dr. Dr. med. Ulrich Mueller
Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin
Fachbereich Medizin
Philipps-Universität Marburg



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Ich rechne fest mit drei Arten von
Zwischenrufen, die ich deshalb vorweg
schon beantworten will:



Wer soll das alles bezahlen ?

...

Meine Vorschläge richten sich aus an dem,
was schon da ist, und sind sehr
kostenbewusst.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Das gibt's doch längst schon !

...

Schön zu hören!

Gerne lasse ich mich über erfreuliche
Entwicklungen unterrichten.



Und was sagt der Datenschutz dazu ?

...

Alles, was ich vorschlagen werde ist nach eingehender Prüfung mit dem geltenden Datenschutzrecht vereinbar.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Empirische Gesundheitsforschung und Politikberatung hat es mit zwei Aufgaben zu tun: Versorgungsbedarf ermitteln und effiziente bevölkerungsbezogene Prävention ermöglichen.

Die Datenflut aus der Versorgungsroutine, die personenbezogene Daten stets im Kontext von Versorgungsereignissen sammelt, liefert Informationen zur Erfüllung der ersten Aufgabe. Aus solchen Daten lassen sich – etwa durch regionale Vergleich, oder durch Zeitreihen vor und nach einem Wechsel des Versorgungsregimes – aus Hellfelddaten auch Verhältnisse im Dunkelfeld abschätzen.



Beispiel:

Tödliche Kindesmisshandlung und –vernachlässigung im Vergleich BRD – DDR vor und nach 1989

Nach der Wende wurde bekannt, dass in der DDR relativ etwa doppelt so viele Fälle von tödlicher Kindesmisshandlung und –vernachlässigung von der Strafverfolgungsbehörden angeklagt worden waren. Da Merkmale wie Konstellationen von Tätern und Opfern in der DDR ungefähr denen der alten BRD glichen, wird man die Hauptursache für den Unterschied in der Vorschrift der DDR zu suchen haben, dass jeder Todesfall unter 16 Jahren obduziert werden musste. Nach der Wiedervereinigung und dem Wegfall dieser Vorschrift sank die Häufigkeit der Fälle in den neuen Bundesländern umgehend auf das niedrigere westdeutsche Niveau. Nimmt man die Einschätzung von Rechtsmedizinern hinzu, dass nur einer von zwei Fällen, bei denen der Obduzent sich sicher ist, dass ein Tötungsdelikt vorliegt, tatsächlich zur Anklage kommt, kann man schätzen, dass das Dunkelfeld in Deutschland gegenwärtig mindestens drei mal so viele Fälle umfasst wie das Hellfeld der gegenwärtig angeklagten Fälle.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Die Datenflut aus der Versorgungsroutine liefert aber nur schlecht die erforderlichen Daten zur Erfüllung der zweiten Aufgabe. Das wirkt sich innovationsfeindlich auf die Erfüllung auch der ersten Aufgabe aus, indem der gegenwärtige Versorgungsbedarf und die gegenwärtige Versorgungspraxis als gegeben hingenommen werden.

Zur Erfüllung der Präventionsaufgabe braucht es zweier Klassen von Informationen:

Ø 1. Informationen zur Abschätzung des Umfangs und des unterschiedlichen Expositionsgrades von Risikopopulationen und die Zuordnung von Individuen, bei denen sich das untersuchte Risiko manifestiert hat, zu diesen Risikopopulationen;

Ø 2. und Informationen über repräsentative Verläufe. Verlaufsdaten schliessen idealerweise auch Informationen über die Gesundheit am Lebensbeginn und am Lebensende mit ein.



Drei Klassen von Datenerhebungen sind erforderlich:

1. Querschnittsdaten aus wiederholten Befragungen an wechselnden Stichproben mit ähnlichem Instrument: Trenderhebungen;
2. Längsschnittdaten an der selben Stichprobe: Panel oder Kohortenerhebung;
3. Totalerhebungen mit Querschnittscharakter am Lebensbeginn und am Lebensende:
 - Perinatal- & Neonatalerhebung und
 - Nationales Mortalitätsregisterzum Zwecke der Verknüpfung mit Daten aus (1) und (2);



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Resultate aus

Global Burden of Disease and Risk Factors

Editors: Alan D. Lopez, Colin D. Mathers, Majid Ezzati, Dean T. Jamison,
Christopher J. L. Murray

©2006 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. A copublication of The World Bank and Oxford University Press. This volume was funded in part by a grant from the Bill & Melinda Gates Foundation and is a product of the staff of the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, the World Health Organization, and the Fogarty International Center of the National Institutes of Health.

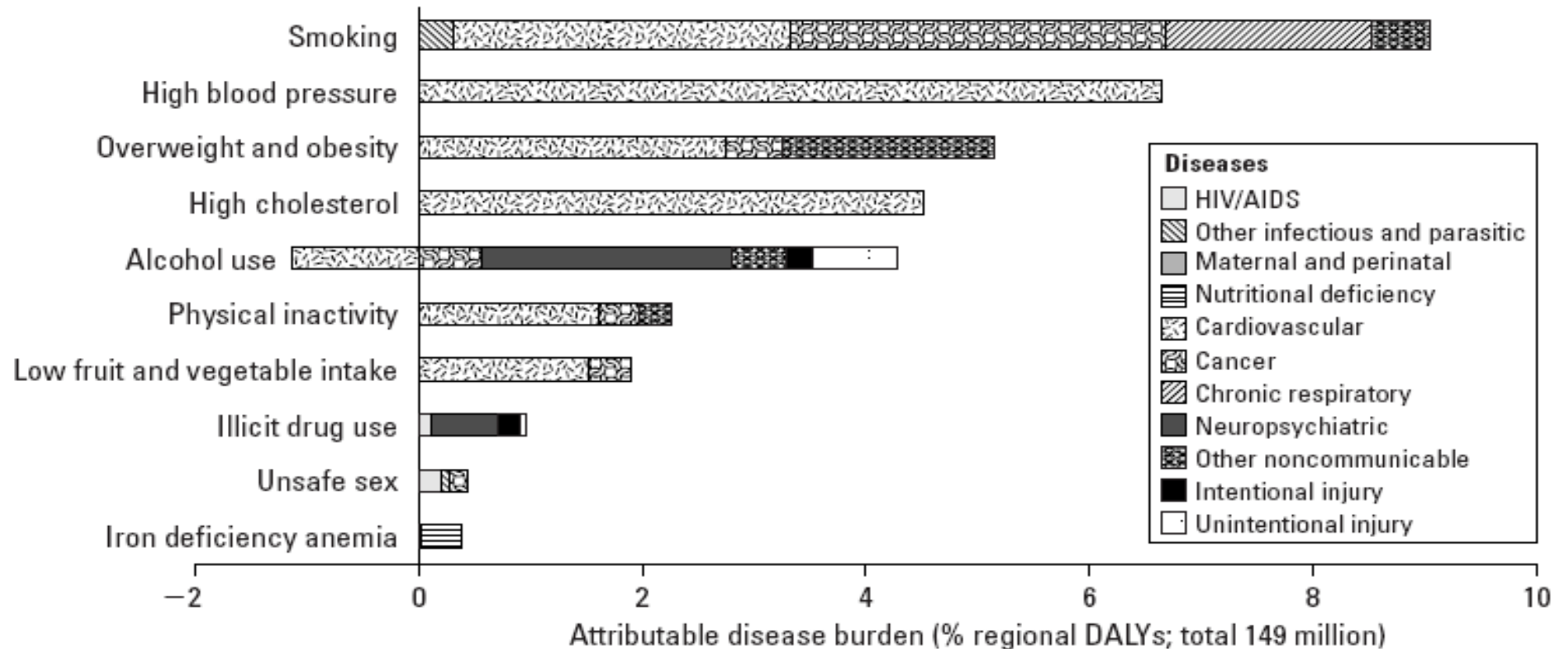


Leading 10 selected risk factors as percentage causes of disease burden measured in Disability Adjusted Life Years (DALYs) – High Income Countries

High Income Countries	Risk Factors	attributable percentage of Disease Burden
	Tobacco	12.7 %
	High Blood Pressure	9.3 %
	Overweight	7.2 %
	Cholesterol	6.3 %
	Alcohol	4.4 %
	Physical Inactivity	3.2 %
	Low Fruit and Vegetable Intake	2.7 %
	Illicit Drugs	1.4 %
	Unsafe Sex	.6 %
	Iron Deficiency	.5 %



Comparative Quantification of Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors- High Income Countries





Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

All selected risk factors together

51,092,000 DALYs ~ 34.3% of the total Burden of Disease in Rich Countries

Die Anteile der einzelnen Risikofaktoren an der Gesamtmenge der durch vorzeitigen Tod und Leben mit Beeinträchtigung verlorenen Lebensjahre summieren sich nicht auf – wegen Multikausalität.



Ein Risikofaktor erster Ordnung ist Gewalt („Violence“):

- Gewalt gegen sich selbst
- Gewalt gegen andere

In der Altersgruppe 15 – 44 , sind weltweit bei Männern nach HIV Verkehrsunfälle die zweithäufigste Todesursache, TBC die dritthäufigste, Gewalt die vierthäufigste.



DALYs (thousands) from Self Inflicted Injury and Violence, by Sex and Age in High Income Countries 2001

		0-4	5-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	total
Male	Self Inflicted Injuries *	0	38	441	635	523	165	83	26	1911
Female	Self Inflicted Injuries *	0	20	130	203	185	73	45	15	670
Male	Violence **	19	19	278	175	63	11	4	1	571
Female	Violence **	15	12	63	66	26	6	4	1	194

* Self-inflicted injuries: Suicide attempts, whether or not resulting in death;

** Violence: Interpersonal violence, including assault and homicide, but without war and civil war.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Auch die Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik des BKA belegen die besondere Belastung des jungen Erwachsenenalters und zugleich des männlichen Geschlechts von der Wiege bis ins hohe Alter als Opfer von Tötungsdelikten.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Pol. Kriminalstatistik des BKA 2007	Opfer	total	Männlich %	Weiblich %	Kinder	Jugendliche	Heranwachsende	Erwachsene 21-60	Erwachsene 60+
Mord	vollendet	339	49,9	50,1	5,9	2,4	3,8	69,0	18,9
Mord	versucht	545	65,0	35,0	5,0	3,1	6,8	74,7	10,5
Mord	insges.	884	59,2	40,8	5,3	2,8	5,7	72,5	13,7
Mord i. Z. M. Raubdelikten	vollendet	31	74,2	25,8	0,0	0,0	0,0	67,7	32,3
Mord i. Z. M. Raubdelikten	versucht	40	80,0	20,0	0,0	0,0	7,5	67,5	25,0
Mord i. Z. M. Raubdelikten	insges.	71	77,5	22,5	0,0	0,0	4,2	67,6	28,2
Mord i. Z. M. Sexualdelikten	vollendet	11	9,1	90,9	18,2	27,3	0,0	54,5	0,0
Mord i. Z. M. Sexualdelikten	versucht	7	14,3	85,7	28,6	14,3	14,3	28,6	14,3
Mord i. Z. M. Sexualdelikten	insges.	18	11,1	88,9	22,2	22,2	5,6	44,4	5,6
Totschlag und Tötung auf Verlangen	vollendet	418	54,1	45,9	14,4	2,2	3,6	54,8	25,1
Totschlag und Tötung auf Verlangen	versucht	1475	71,6	28,4	4,1	5,4	10,6	73,6	6,3
Totschlag und Tötung auf Verlangen	insges.	1893	67,7	32,3	6,4	4,6	9,0	69,5	10,5



1. Raubmördern fielen fast ausschließlich Erwachsene - überproportional oft ab 60 Jahre alt – zum Opfer. Die absolute Zahl ist aber klein.
2. Mit Ausnahme des Sexualmordes – auch hier ist die absolute Zahl klein - überwogen bei den vorsätzlichen Tötungen männliche, erwachsene Opfer.
3. Bezogen auf ihren Bevölkerungsanteil waren männliche Heranwachsende überproportional oft Mord- oder Totschlagsopfer, einschließlich Versuche.

(entnommen aus: <http://www.bka.de/pks/pks2007/>)



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Die grossen Erhebungen der deutschen Bevölkerungsdauerbobotachtung fragen nicht nach Gewalterfahrungen.

Der US General Social Survey fragte – wenn auch unregelmässig:

Var 229 (VAR:HIT)

“Have you ever been punched or beaten by another person?”

“Did this happen to you as a child or as an adult?”



I.
Die Schätzung der Prävalenzen von Risikofaktoren und Gesundheitsstörungen in Populationen, und damit des Umfangs spezifischer Risikopopulationen, ist das bevorzugte Einsatzgebiet von Querschnitterhebungen.

Beispiel für Risikofaktoren: Rauchverhalten der Bevölkerung im Mikrozensus.

Beispiel für Gesundheitsstörungen: das Epidemiological Catchment Area Project (Robins & Regier), in dem die Prävalenz psychiatrischer Symptome in der US Bevölkerung gemessen wurde.



Vorteile von Querschnittserhebungen:

Minimale Veränderung des Merkmalsverteilung durch die Intervention der Untersuchung / Befragung

Verallgemeinerbare Befunde durch Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit

Nachteile von Querschnittserhebungen:

Keine zeitlichen Verläufe direkt erhebbar, deshalb die Unzweideutigkeit der zeitlichen Reihenfolge von möglicher kausaler Exposition und Wirkung nicht beobachtbar.

Deshalb bei statistischen Assoziationen zwischen Exposition und Gesundheitsstörung im allgemeinen stets die alternativen Interpretation Causation, Selection, Confounder möglich.



Zusätzliches Problem beim Versuch der Messung von Prävalenzen:

Ein Selection Bias ist gerade bei Gesundheitserhebungen sowohl bei den Risikofaktoren wie bei Gesundheitsstörungen ein sehr häufiges Problem:

Exponierte und Symptomträger lassen sich meist weniger untersuchen und befragen als nicht exponierte und symptomfreie Personen.

Lösungsmöglichkeiten:

- externe Validierung von Angaben, und
- Non-Responder Survey



Beim Epidemiological Catchment Area Project wurden aufwendige Non-Responder Surveys durchgeführt:

1. Das reguläre Interview war persönlich-mündlich, etwa 45 Minuten lang, und wurde möglichst in der Wohnung der Probanden durchgeführt;
2. Bei sich anschließenden Non-Responder Surveys wurde die Befragungszeit sehr gekürzt, es wurden in der letzten Runde Befragungsorte an Tankstellen oder in McDonalds Restaurants zu Zeiten nach dem Wunsch der Probanden akzeptiert und hohe Incentives gezahlt (angeblich bis 100 \$). In diesen Non-Responder Gruppen waren die Prävalenzen und Schweregrade der erfragten Symptome höher. Man konnte dann die Prävalenzen und Schweregrade bei den auch mit diesen Methoden nicht erreichten Zielpersonen hochrechnen.



Nachteile von Querschnitterhebungen:

Keine zeitlichen Verläufe direkt erhebbar, deshalb die Unzweideutigkeit der zeitlichen Reihenfolge von möglicher kausaler Exposition und Wirkung nicht beobachtbar.

Deshalb bei statistischen Assoziationen zwischen Exposition und Gesundheitsstörung im allgemeinen stets die alternativen Interpretationen Causation, Selection, Confounder möglich.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Beispiel:

Ilana B. Addis, Stephen K. Van Den Eeden, Christina L. Wassel-Fyr, Eric Vittinghoff, Jeanette S. Brown, David H. Thom, for the Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) Study Group (2006):

„Sexual Activity and Function in Middle-Aged and Older Women.”
Obstetrics and Gynecology 107:755-64.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

METHODS: The Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) was a population-based study of 2,109 women aged 50–69 years who were randomly selected from long-term Kaiser Permanente members.

Women completed self-report questionnaires on present sexual activity, comorbidities, and general quality of life.



Sexual Activity and Subjective Health of Elderly Women (aged 50-69)

Sexual Activity ...	No activity (n=587)	Less than monthly (n=226)	Monthly (n=535)	Weekly (n=712)
Subjective Health is				
Excellent (n=354)	80 (13,6%)	33 (14,6%)	93 (17,4%)	148 (20,8%)
Very good / good (n=1469)	402 (68,5%)	165 (73,0%)	391 (73,1%)	511 (71,8%)
Fair / poor (n=237)	105 (17,9%)	28 (12,4%)	51 (9,5%)	53 (7,4%)
n=2080	n=587	n=226	n=535	n=712



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Sexual Activity and Subjective Health of Elderly Women

Es könnte sein: Causation

... Sex hält ältere Damen gesund ...



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Sexual Activity and Subjective Health of Elderly Women

Es könnte sein: Selection

... gesunde ältere Damen haben häufiger Sex ... ?



Sexual Activity and Subjective Health of Elderly Women

Es könnte sein ein Confounder – z.B. Ehe

1. Verheiratete ältere Damen sind gesünder als unverheiratete ...
und
2. Verheiratete ältere Damen haben einen Partner zur Hand ...



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Sexual Activity and Subjective Health of Elderly Women

Mit Querschnittsdaten nicht entscheidbar !



Trenderhebungen:

Querschnittserhebungen mit ähnlichem Instrument an stets neuen Stichproben aus der selben Grundgesamtheit führen zu beträchtlichem Erkenntnisgewinn:

1. Zeitliche Veränderungen bei den Prävalenzen von Risikofaktoren und von Gesundheitsstörungen beobachtbar –
2. Es lassen sich synthetische Kohorten bilden, an denen man Kohorten-, Lebenszyklus- und Periodeneffekte bei den beobachteten Veränderungen der Prävalenzen gegeneinander abgrenzen kann.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Beispiel:

Im Vereinigten Königreich nahmen 1995 – 2005 die sexuell übertragbaren Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung um 55% zu, in der Altersgruppe über 65 Jahre jedoch um 300% - eine grössere Zunahme als in jeder anderen Altersgruppe.



Dies ist :

- kaum Resultat eines Lebenszykluseffektes;
- aber wohl die Kumulation eines Kohorteneffektes:

an einem Vergleich der 55-60 Jährigen 1995 mit den 65-70 Jährigen 2005 und den 55-60 Jährigen 1985 und 2005 kann man etwa sehen, dass die grössere Anzahl von Sexualpartnern auch im Alter sich bereits bei den 55-60 Jährigen 1995 im Vergleich zu denen 1985 abzeichnete, und zugleich die Kohorte von 1995 bis jetzt seltener Kondome benützt als die 55-60 Jährigen von 2005,

- und eines Periodeneffektes: es sind mehr infektiöse Personen unterwegs.



II.

Kohorten- oder Panelstudien messen mit ähnlichem Instrument mehrfach an der selben Stichprobe.

Zum Nachweis von Kausalen Beziehungen zwischen Risikofaktoren (Expositionen) und Gesundheitsstörungen sind Kohorten- oder Panelstudien im Rahmen der beobachtenden Epidemiologie von unübertroffenem Potential, da nur in ihnen die notwendige Bedingung, dass die Ursache der Wirkung zeitlich vorausgehen muss, direkt geprüft werden kann.

Allerdings müssen verschiedene Geburtskohorten miteinander vergleichbar sein, um wiederum Kohorten-, Lebenszyklus- und Periodeneffekte abgrenzen zu können.



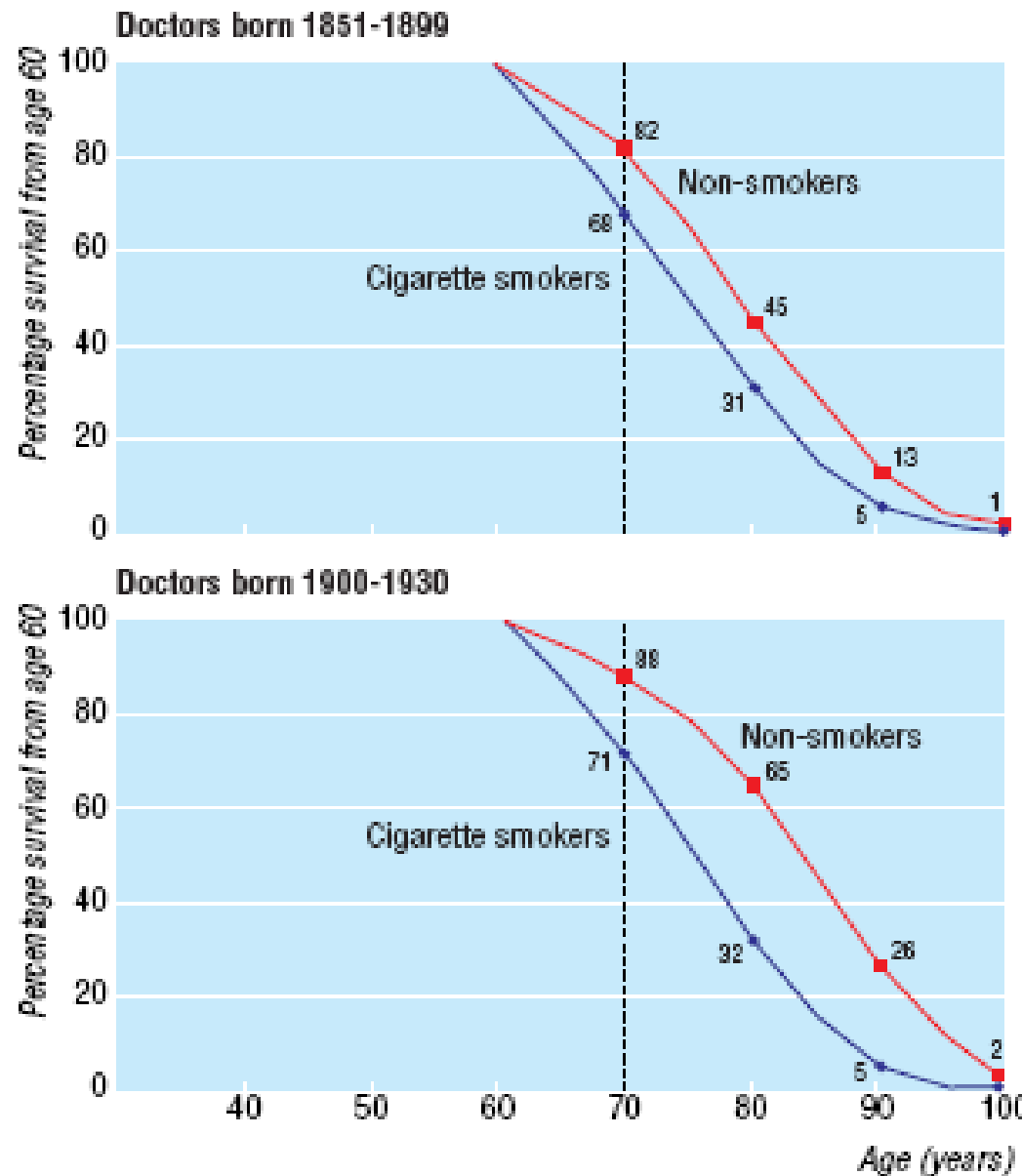
Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Ein klassisches Beispiel ist der Kausalitätsnachweis des Zigaretten-rauchens in der British Doctors' Study.

Mortality in relation to smoking:
50 years' observations on male British doctors

Richard Doll, Richard Peto, Jillian Boreham, Isabelle Sutherland
British Medical Journal, 22 June 2004

die durch Vergleich verschiedener Kohorten und dem Nachweis des lebensverlängernden Effekts der Beendigung des Rauchens in Abhängigkeit vom Lebensalter nachwies, dass der Zusammenhang kein Selektions- und auch kein Confounder Effekt sein konnte

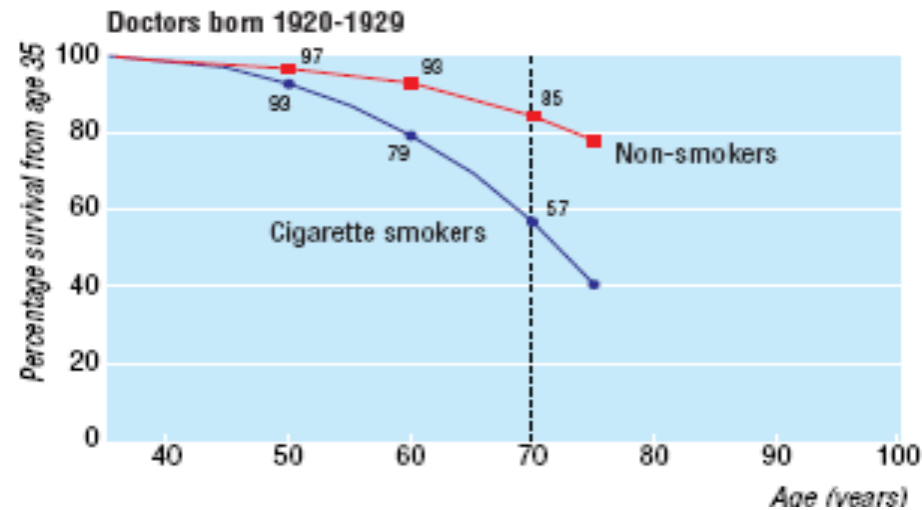
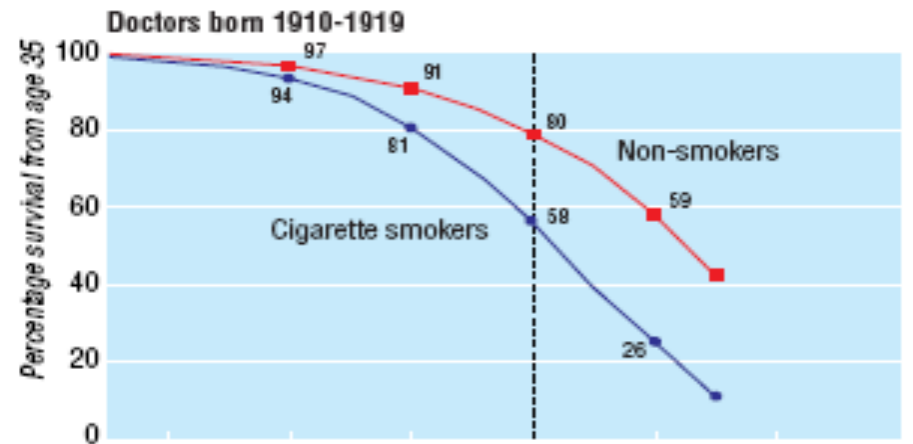
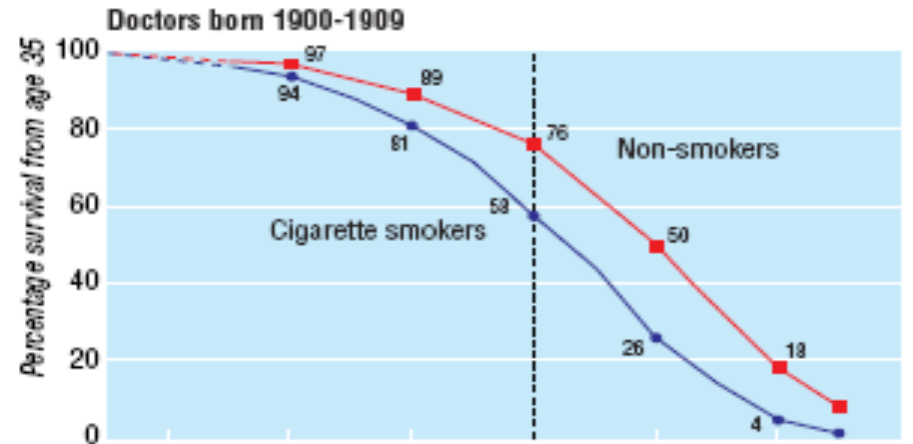


er 2008 Wiesbaden

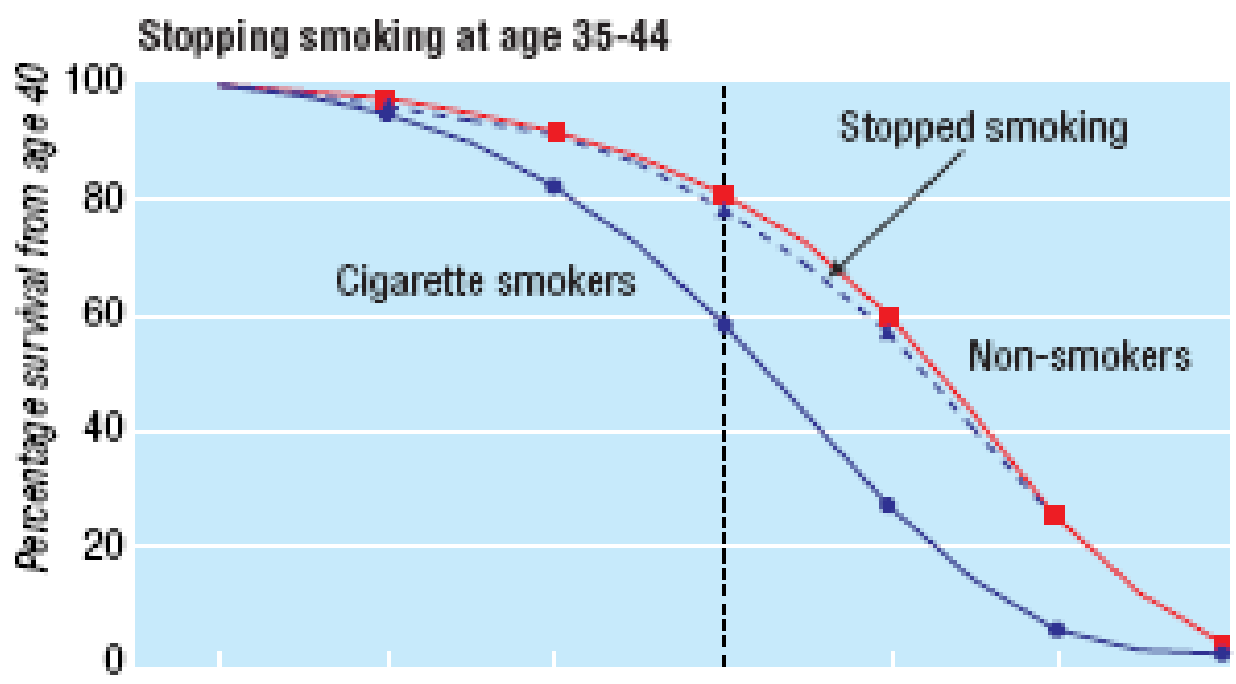
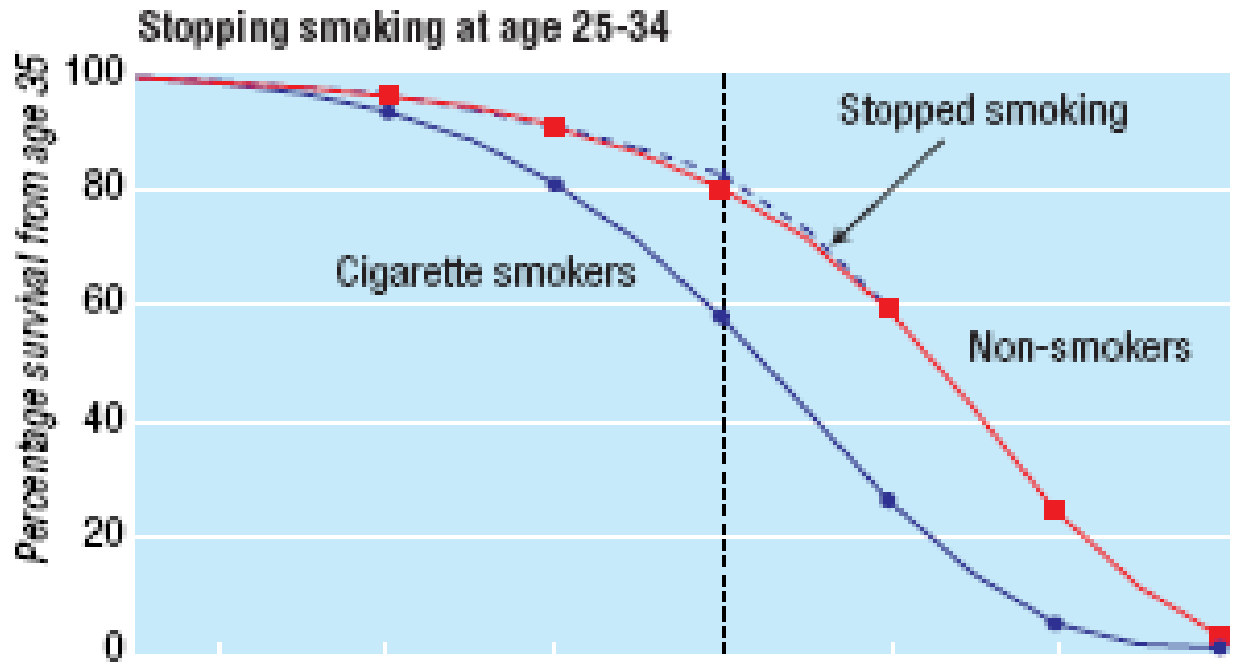
Fig 1 Survival from age 60 for continuing cigarette smokers and lifelong non-smokers among UK male doctors born 1851-1899 (median 1889) and 1900-1930 (median 1915), with percentages alive at each decade of age



Statisti

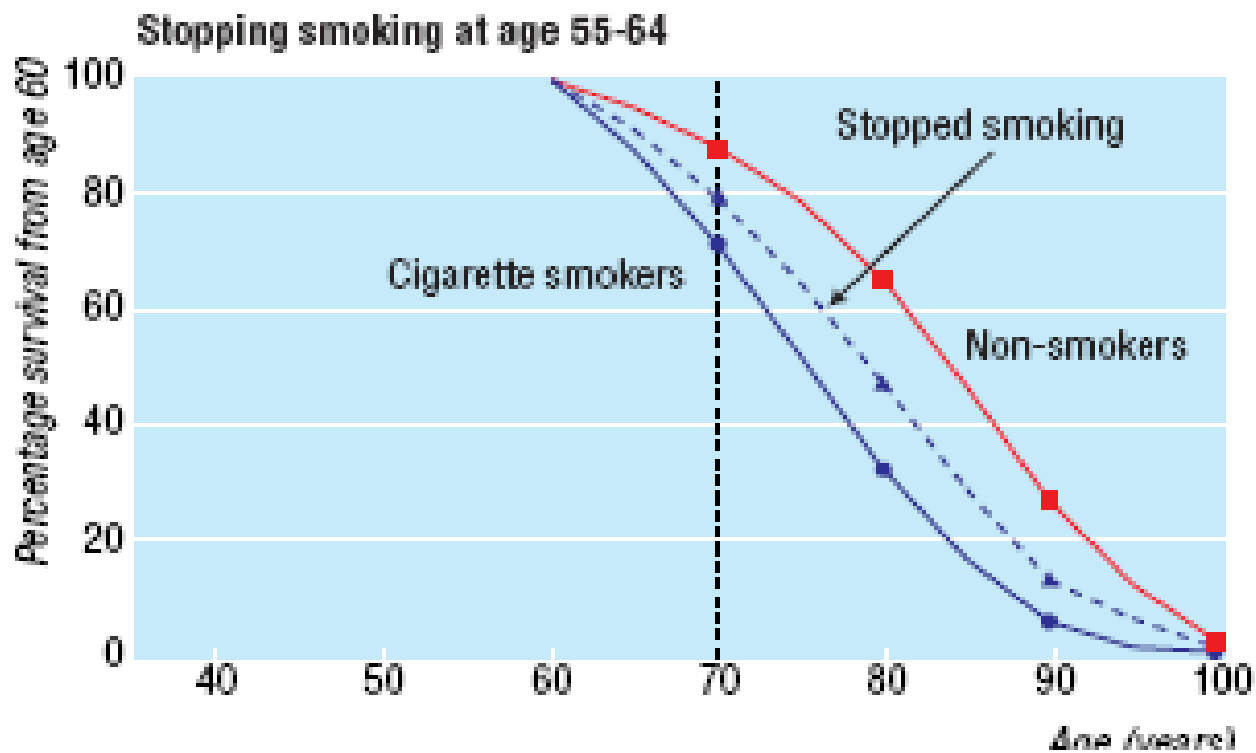
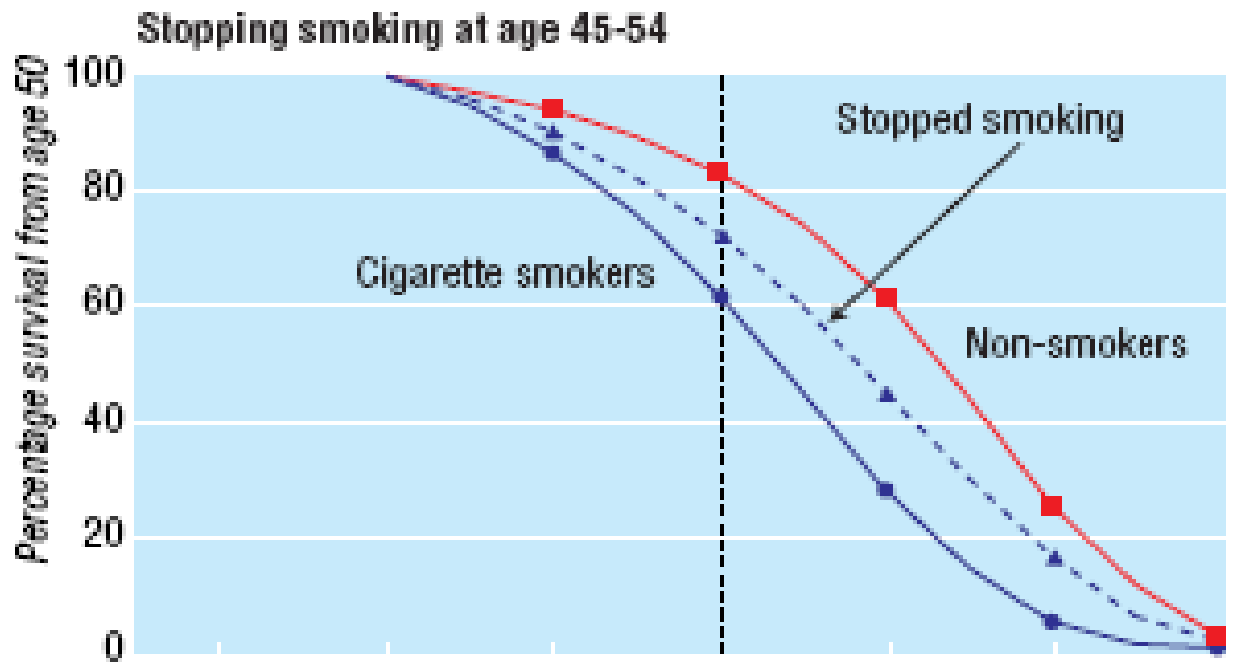


iber 2008 Wiesbaden



Wiesbaden





Wiesbaden



Neben das klassische Anwendungsgebiet von Kohorten, nämlich

(1) dem Nachweis der Kausalität bestimmter Expositionen ~ Risikofaktoren auf das Entstehen bestimmter Gesundheitsstörungen

treten zwei weitere Anwendungsgebiete:

(2) Abschätzung der Interaktionen von Risikofaktoren und damit Identifizierung effizienter Präventionsmassnahmen

(3) Nested Case Control Studies: entweder nur die Kontrollen, oder auch Fälle und Kontrollen von Fall-Kontroll Studien werden aus einer grossen Kohorte gezogen



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Ein Beispiel für (2):

Kurt Hoffmann, Christin Heidemann, Cornelia Weikert, Matthias B. Schulze and Heiner Boeing (2006): Estimating the Proportion of Disease due to Classes of Sufficient Causes
Am. J. Epidemiol. 163: 76-83

Prevalence and relative risk for combinations of risk factors for incident myocardial infarction in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Potsdam Study (159 cases, 26,813 noncases), 2004

Combinations				Prevalence	Relative risk (95% confidence interval)*	
Smoking†	Hypertension‡	Obesity§	Lack of exercise¶	Cases	Noncases	RR
No Risk Factor						
Absent	Absent	Absent	Absent	0.0	5.4	1
One Risk Factor						
Present	Absent	Absent	Absent	0.0	2.3	NS#
Absent	Present	Absent	Absent	2.5	2.3	NS
Absent	Absent	Present	Absent	0.0	2.8	NS
Absent	Absent	Absent	Present	2.5	16.5	NS
Total				5.0	23.9	
Two risk factors						
Present	Present	Absent	Absent	0.0	0.7	NS
Present	Absent	Present	Absent	1.3	1.3	NS
Present	Absent	Absent	Present	3.1	6.4	NS
Absent	Present	Present	Absent	3.1	3.6	NS
Absent	Present	Absent	Present	3.1	9.4	NS
Absent	Absent	Present	Present	6.3	11.7	NS
Total				16.9	33.1	
Three risk factors						
Present	Present	Present	Absent	1.9	1.3	NS
Present	Present	Absent	Present	4.4	2.6	4.9 (2.2, 11.1)
Present	Absent	Present	Present	12.6	5.6	4.3 (2.5, 7.4)
Absent	Present	Present	Present	29.6	20.5	2.0 (1.3, 3.1)
Total				48.5	30.0	
Four risk factors						
Present	Present	Present	Present	29.6	7.6	5.4 (3.5, 8.5)

* Relative risk of the combination of risk factors, with the event of no present risk factor as the referent category.



Der praktische Wert des Abgrenzens des attributablen Risikos von Risikofaktoren liegt in der gesteigerten Effizienz der Prävention.

Eine Empfehlung an alle Übergewichtigen zur Gewichtsreduktion reduziert das Infarktrisiko in der Population um 48.3%.

Man kann sich aber diese Empfehlung auf Übergewichtige mit Bewegungsmangel beschränken, die obendrein entweder rauchen oder Bluthochdruck haben. Dies reduziert das Infarktrisiko genauso, ist aber die effizientere Massnahme: nur 33.7% aller Probanden haben dieses Risikoprofil, aber 53.1% sind übergewichtig.



Panels / Kohorten haben freilich auch Nachteile:

1. Stichprobe altert
2. Paneleffekte: durch die regelmässige Befragung ändert sich das Verhalten der Befragten.
3. Nicht-zufällige Panelmortalität: mobile und kranke Probanden scheiden überzufällig häufig aus.



III.

Totalerhebungen mit Querschnittscharakter am Lebensbeginn und am Lebensende:

- Perinatal- & Neonatalerhebung und
- Nationales Mortalitätsregister

zum Zwecke der Verknüpfung mit Daten aus Trend- und Kohortenerhebungen



Gesundheit im Erwachsenenalter ist das Resultat der Gene, des Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, und der Umwelt von Kindheit und Jugend.

Also sind Informationen über Schwangerschafts- und Geburtsverlauf wichtig.

Die Perinatalerhebung ist qualitativ hochwertig und deckt weit mehr als 95% aller Geburten im Lande ab.

Sie existiert für Westdeutschland regional ab 1976, flächendeckend etwa ab 1985, für Ostdeutschland ab 1991. Sie wird überwiegend zur Qualitätskontrolle der Versorgung genutzt, aber nicht zur Identifizierung von Risikofaktoren in der Gesundheitsforschung.

Die Datensätze sind klinikbezogen, aber nur mit Klinikdaten identifizierbar. Da allgemeine Klinikakten nach 10 Jahren gelöscht werden (müssen!), braucht man die Geburtenbücher, die aber oft gut erhalten sind.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Systematische Versuche der Verknüpfung der Daten der Perinatalerhebung nicht nur mit Kohorten-, sondern auch mit Querschnitterhebungen sind ein erstrangiges Desiderat der empirischen Gesundheitsforschung.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Systematische Versuche der Verknüpfung der Daten der Perinatalerhebung nicht nur mit Kohorten-, sondern auch mit Querschnitterhebungen sind ein erstrangiges Desiderat der empirischen Gesundheitsforschung.



Statistisches Bundesamt - 17. Wissenschaftliches Kolloquium 20./21. November 2008 Wiesbaden

Systematische Versuche der Verknüpfung der Daten der Perinatalerhebung nicht nur mit Kohorten-, sondern auch mit Querschnitterhebungen sind ein erstrangiges Desiderat der empirischen Gesundheitsforschung.



Und schliesslich brauchen wir ein Nationales Mortalitätsregister.

Dies ist wie viele ausländische Beispiele zeigen, ein unentbehrliches Instrument für :

- die biomedizinische Forschung von klinischen Wirksamkeitsstudien bis hin zu bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Studien über Umwelt-, Arbeits-, Lebensbedingungen und Gesundheitsstilen als Risikofaktoren für den Ausbruch von Krankheiten oder für die Verkürzung der Lebenserwartung;
- die Gesundheitssystemforschung einschliesslich der wissenschaftlichen Politikberatung;
- die Qualitätskontrolle in der gesamten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.



Im Leistungsangebot sollte das einzurichtende Nationale Mortalitätsregister sich am englischen Vorbild orientieren und zeitnahe und flexibel anbieten:

- ⑩ Das Markieren „Flagging“ von dem Forscher bekannten Fällen: es erfolgt fortlaufend eine zeitnahe Information über jeden einzelnen Todesfall einschliesslich Datum, Ort, Todesursachencode und Variablen über Familienstand, Haushaltszusammensetzung, Versorgungsmerkmale
- ⑩ Das Aufspüren „Tracing“ einer ganzen Stichprobe von dem Forscher bekannten Fällen. Es wird für jeden Fall zu einem anzugebenden Stichtag der Vitalstatus festgestellt; ist ein Fall verstorben, so wird über Datum, Ort, Todesursachencode und Variablen über Familienstand, Haushaltszusammensetzung, Versorgungsmerkmale informiert.



- ⑩ Im Leistungsangebot sollte das einzurichtende Nationale Mortalitätsregister sich am englischen Vorbild orientieren und anbieten:
- ⑩ Das Ziehen von Stichproben oder Totalerhebungen von Vitalereignissen aus Merkmalsgruppen „Vital Events Extracts“, z.B. aus allen – dem Forscher im allgemeinen unbekanntem - Todesfällen mit den Personenmerkmalen M und der Todesursache X aus dem Gebiet Y während der Zeit Z.
- ⑩ Treuhänderische Erhebungen bei dem Forscher unbekanntem Merkmalsträgern „Mail Out Studies“, entweder bei den Hinterbliebenen, oder bei Versorgungseinrichtungen, in denen der Verstorbene versorgt wurde, wobei dem Forscher die Identität der Angeschriebenen unbekannt bleibt, solange diese nicht ausdrücklich einer Weitergabe identifizierender Informationen zugestimmen.



Zusammenfassung:

wir brauchen:

1. Regelmässige Querschnittserhebungen, mit einem gemeinsamen internationalen Modul. Externe Validierungen und Non Responder Surveys sind, wo immer möglich, durchzuführen.
2. Repräsentative Kohorten, ebenfalls mit einem internationalen Modul, die einen solchen grossen Umfang haben, dass man auch multiple Risikoprofile studieren kann, und genügend Fälle und Kontrollen für Fall-Kontroll-Studien aus der Kohorte heraus hat.
3. Eine Verknüpfung der Daten der Perinatalerhebung, und zunehmend auch der Neonatalerhebung nicht nur mit Kohorten-, sondern auch mit Querschnittserhebungen
4. Ein nationales Mortalitätsregister, welches schnell und flexibel ist.