

Dr. Joseph Kuhn,
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Regionalisierte Gesundheitsberichterstattung und Surveys

Gesundheitsberichterstattung hat eine politikunterstützende Funktion. Sie soll die inhaltliche Orientierung im Gesundheitswesen befördern und dazu beitragen, Gegengewichte gegen die Dominanz finanzpolitischer Steuerungsgrößen im Gesundheitswesen zu setzen. Diese Zielstellung hat der Sachverständigenrat wiederholt betont, zuletzt in seinem Jahresgutachten 2000/2001¹:

„Das deutsche Gesundheitswesen leidet an einer mangelnden Orientierung im Hinblick auf explizite gesundheitliche Ziele, was fast zwangsläufig zu einer Überbetonung der Diskussion über die Ausgabenebene führt. (...) Der Mangel an Ziel- bzw. Outcomeorientierung spiegelt sich ebenfalls in der Gesundheitsberichterstattung wider.“

Die Gesundheitsberichterstattung ist dabei allerdings nur ein Baustein im Zusammenspiel verschiedener Informationsquellen, auf die sich die Gesundheitspolitik stützt, neben Gutachten, Studienergebnissen der Versorgungsforschung, Befunden aus der Überwachung usw.². Der Gesundheitsberichterstattung kommt dabei vor allem die Rolle zu, Übersichtsdaten für größere thematische Zusammenhänge bereitzustellen.

Eine notwendige Voraussetzung dafür, die vom Sachverständigenrat angemahnte Funktion erfüllen zu können, ist, dass die Gesundheitsberichterstattung Daten für gesundheitspolitisch relevante Problemstellungen bereitstellen kann und dass sie dies für die jeweils zuständige gesundheitspolitische Ebene tun kann. Gesundheitspolitisches Handeln auf Länderebene wird idealerweise durch länderspezifische Daten unterstützt. Dabei stehen grundsätzlich Daten der amtlichen Statistik, Routinedaten aus Statistiken anderer Institutionen (z.B. der Krankenkassen oder der Gesundheitsämter) sowie Surveydaten zur Verfügung. Liegen die Daten regelmäßig vor, können sie auch in Indikatorensystemen geführt werden. Einschränkend muss jedoch festgestellt werden, dass die Verfügbarkeit von regionalisierten Daten auch bei gesundheitspolitisch wichtigen Themen zuweilen mangelhaft ist. Dies gilt z.B. für Krankheitsbilder wie Demenz oder Depression, für Aspekte des Gesundheitsverhaltens wie Bewegungsmangel oder Ernährung sowie für viele gesundheitsökonomische Parameter. Selbst Daten aus Routinestatistiken der Sozialversicherungsträger liegen auf Länderebene oft nicht in der notwendigen Gliederung vor, z.B. werden Krankenstandsdaten auf Länderebene nicht kassenartenübergreifend zusammengeführt. Einige der Datendefizite lassen sich durch Surveys beheben, andere müssten durch eine Veränderung von Statistikprozeduren bei den datenführenden Institutionen behoben werden.

Im Folgenden soll anhand einiger Beispiele gezeigt werden, wie in Bayern gesundheitspolitische Handlungsfelder durch die Gesundheitsberichterstattung untersetzt werden und wie dabei Routinedaten und Surveys ineinander greifen.

¹ SVR 2000/2001: 17, 19.

² Kuhn 2006: 34.

1. Beispiel: Der Indikatorensetz der Länder

Die Länder führen einen gemeinsamen Indikatorensetz mit derzeit ca. 300 Indikatoren³. Dieser Indikatorensetz stellt zusätzlich zum bzw. in Modifikation des Datenangebots der amtlichen Statistik eine Datenbasis für verschiedene Nutzer und verschiedene Zwecke bereit (vgl. Tabelle 1). Sie können zur Bedarfsermittlung ebenso wie zur Evaluation von gesundheitspolitischen Programmen herangezogen werden. Viele der Daten lassen Ländervergleiche zu, teilweise sind auch unterhalb der Länderebene Regionalvergleiche auf der Ebene von Regierungsbezirken bzw. Landkreisen und kreisfreien Städten möglich.

Tabelle 1

Der Gesundheitsindikatorensetz der Länder, Fassung Mai 2003	
Themenfelder	Zahl der Indikatoren
Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	Text
Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen	24
Gesundheitszustand der Bevölkerung	119
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	13
Gesundheitsrisiken aus der Umwelt	14
Einrichtungen des Gesundheitswesens	22
Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung	38
Beschäftigte im Gesundheitswesen	29
Ausbildung im Gesundheitswesen	4
Ausgaben und Finanzierung	26
Kosten	8

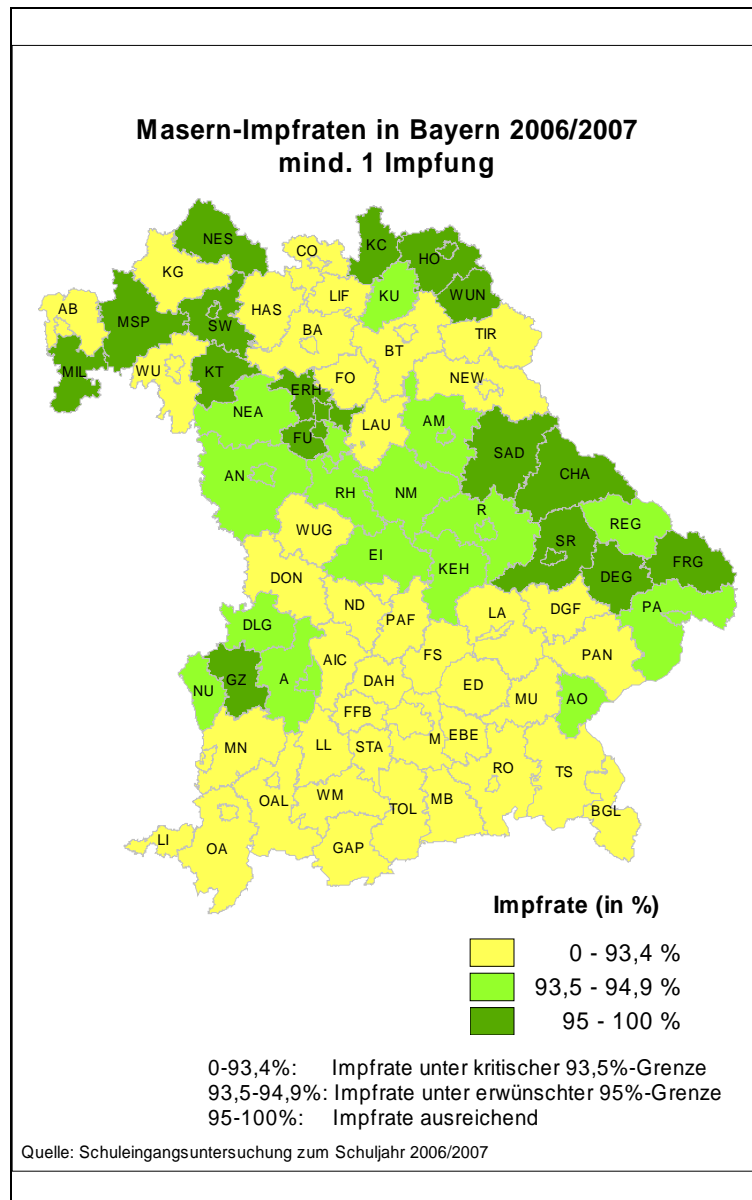
Bei den Datenquellen werden Daten der amtlichen Statistik genutzt, Daten aus Routinestatistiken verschiedener Institutionen und Daten aus eigenen Erhebungen, etwa den Schuleingangsuntersuchungen. Es gibt Querverweise zwischen diesen Indikatoren und den Indikatoren der Bundesgesundheitsberichterstattung.

2. Beispiel: Impfkampagnen

Nach § 34 Abs. 11 IfSG wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen auch der Impfstatus der Kinder erfasst. Die Daten werden von den Ländern auch an das Robert Koch-Institut weitergeleitet, so dass dort eine bundesweite Übersicht erstellt werden kann. Die Daten können zur Begründung und Steuerung von Impfkampagnen herangezogen werden. So zeigen z.B. die Daten über die Masernimpfungen, dass die Impfraten in Bayern unter dem Bundesdurchschnitt liegen und dass es in Bayern ein Nord-Süd-Gefälle der Masernimpfraten gibt (vgl. Abbildung 1). Diese regionalisierten Informationen waren Anlass für die Entwicklung eines Masernaktionsplans durch die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Impfen. Die Daten werden jährlich im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung veröffentlicht und stehen damit z.B. auch den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung.

³ AOLG 2003.

Abbildung 1



3. Beispiel: Die Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“

In Bayern wurde 2004 die Präventionspolitik neu ausgerichtet. Im Mittelpunkt stand dabei die Fokussierung auf epidemiologisch wichtige Themen sowie eine Schwerpunktsetzung auf Evidenzbasierung und Qualitätssicherung der Maßnahmen⁴. Die ersten vier Handlungsfelder waren „Rauchfrei leben“, „Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“, „Gesunde Ernährung und Bewegung“ und „Gesunde Arbeitswelt“. Neu werden hinzukommen die Module „Gesundheit im Alter“ sowie „Psychische Gesundheit“ (vgl. Tabelle 2). Die Handlungsfelder sind jeweils durch einen Kurzbericht der bayerischen Gesundheitsberichterstattung („Gesundheitsmonitor Bayern“) untersetzt. Für einige der Handlungsfelder wurden damit erstmals Eckdaten zur Situation in Bayern zusammengestellt. Datengrundlage waren zumeist Sonderauswertungen aus der amtlichen Statistik sowie anderen Routinestatistiken, teilweise auch Daten aus eigenen Surveys, z.B. den bayerischen Jugendgesundheitsstudien.

⁴ siehe dazu Wildner et al. 2007.

Tabelle 2

Module	Gesundheitsberichte	Wichtige Datenquellen
Rauchfrei leben	Gesundheitsmonitore „Rauchen und Nichtrauchen in Bayern“, 2005 und 2007 Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern, 2006	Mikrozensus Jugendgesundheitsurvey „GME-Survey“ zur Passivrauchbelastung von Schulanfängern
Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol	Gesundheitsmonitor „Alkoholkonsum in Bayern“, 2005 Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern, 2006	Gewichtung deutschlandweiter Daten Krankenhausdiagnosestatistik Jugendgesundheitsurvey
Gesunde Ernährung und Bewegung	Gesundheitsmonitor „Übergewicht und Adipositas in Bayern“, 2005	Schuleingangsuntersuchung Mikrozensus
Gesunde Arbeitswelt	Gesundheitsmonitor „Die Gesundheit der Beschäftigten in Bayern“, 2005	Mikrozensus Routinestatistiken der Sozialversicherungsträger
Gesundheit im Alter	Gesundheitsmonitor „Demenzkrankungen in Bayern“, 2006 Gesundheitsmonitor „Gesundheit im Alter“, vorauss. Ende 2008	Gewichtung deutschlandweiter Daten Krankenhausdiagnosestatistik Todesursachenstatistik Pflegestatistik
Psychische Gesundheit	Gesundheitsmonitor „Psychische Gesundheit“, 2007	Gewichtung deutschlandweiter Daten Krankenhausdiagnosestatistik Routinedaten der Sozialversicherungsträger

4. Beispiel: Regionale Unterschiede der Lebenserwartung

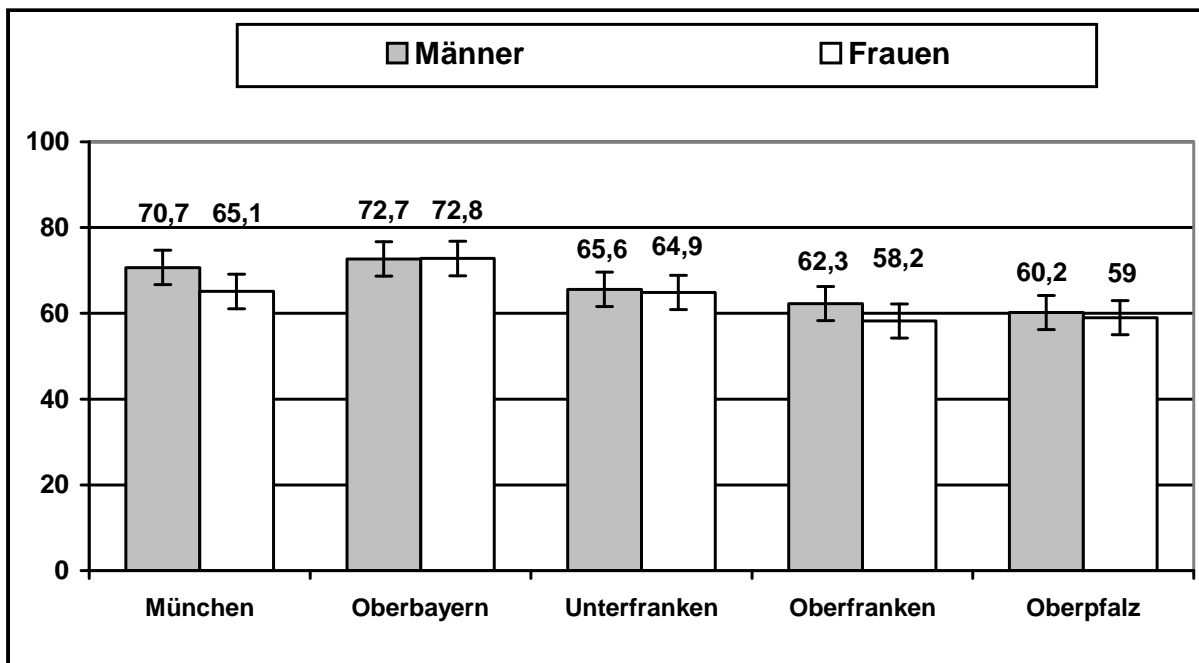
In Bayern sind seit längerem – ähnlich wie in anderen Bundesländern - regionale Unterschiede der Lebenserwartung bekannt. Die Lebenserwartung in Nordostbayern liegt etwas niedriger als in Südbayern. Dabei spielen sozioökonomische Faktoren eine wichtige Rolle. Bedingt u.a. durch die langjährige Randlage Nordostbayerns im Gefolge der Teilung Europas, ist die wirtschaftliche Situation in Nordostbayern schwieriger als in Südbayern. Aus vielen Studien ist bekannt, dass Gesundheit und soziale Lage eng miteinander korrelieren. Auf der Grundlage eines Landtagsauftrags wurde im Rahmen der bayerischen Gesundheitsberichterstattung im Jahr 2004 zunächst die aktuelle Situation hinsichtlich der regionalen Unterschiede der Lebenserwartung dargestellt. Dazu wurden die Daten der amtlichen Statistik herangezogen (Todesursachenstatistik, Bruttoinlandsprodukt, Arbeitslosigkeit etc.), teilweise auch im Ländervergleich aus dem Informationssystem der Bundesgesundheitsberichterstattung (www.gbe-bund.de). In der Analyse der Todesursachen verdichteten sich Hinweise darauf, dass das Gesundheitsverhalten eine wichtige Rolle in der Vermittlung zwischen den sozioökonomischen Faktoren und der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung spielen könnte.

Regionaldaten zum Gesundheitsverhalten liegen jedoch aus der amtlichen Statistik nicht vor und wurden daher über einen Survey mit ca. 4 500 standardisierten Interviews in Nordostbayern und Südbayern erhoben. Grundlage war das Behavioral Risk Factor Surveillance System der CDC. Gefragt wurde z.B. nach der körperlichen Aktivität, dem Ernährungsverhalten, dem Rauchen, dem Alkoholkonsum und anderen Faktoren. Mit der Feldarbeit und der Erstellung eines Studienberichts wurde das Institut für Sport-

wissenschaft und Sport der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen beauftragt⁵. Statistische Sekundäranalysen übernahm das Institut für Mathematik der Universität Würzburg, eine begleitende Übersichtsarbeit zur theoretischen Interpretation der Befunde das Helmholtzzentrum München⁶. Die Ergebnisse bestätigten die Vermutung, dass das Gesundheitsverhalten in Nordostbayern ungünstiger war als in Südbayern (vgl. Abbildung 2). Damit sind auch Ansatzpunkte für spezifisch gesundheitspolitisches Handeln gegeben.

Abbildung 2

Survey zum Gesundheitsverhalten Bayern 2005: Regionale Zufriedenheit mit der Gesundheit, Prozentsatz der Befragten mit einem mindestens guten subjektiven Gesundheitsstatus



5. Beispiel: Suchtprävention

Der Mangel an regionalisierten Daten zum Gesundheitsverhalten macht sich insbesondere auch in der Suchtprävention bemerkbar. Das gilt auch für das bedeutendste verhaltensbedingte Gesundheitsrisiko, den Tabakkonsum. Man schätzt, dass in Deutschland jährlich mehr als 100 000 Menschen infolge des Rauchens vorzeitig sterben. Dies war Anlass einer zunehmend intensivierten Tabakprävention in den letzten Jahren. In Bayern ist die Tabakprävention ein Schwerpunkt der oben genannten Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“. Die Gesundheitsberichterstattung kann sich in der Begleitung dieser Initiative in einigen Punkten, z.B. was die Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen angeht, auf Routinedaten aus dem Mikrozensus stützen. Weiterführende Daten über die Einstellungen, die mit dem Rauchen bzw. Nichtrauchen verbunden sind, sind dem Mikrozensus jedoch nicht zu entnehmen. Zudem liegen für Jugendliche, die für die Prävention von besonderer Bedeutung sind, keine bzw. keine ausreichenden Daten aus dem Mikrozensus vor. In Bayern werden zum Gesundheitsverhalten Jugendlicher, insbesondere auch ihrem Suchtmittelkonsum, seit 1973 Daten im Rahmen von „Jugendgesundheitsstudien“ erhoben. Die Surveys werden von TNS Healthcare München im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz im Abstand von etwa fünf Jahren durchgeführt. Die letzte Erhebungswelle 2005 umfasste ca. 2 000 Personen der Altersgruppe 12-24 Jahre, die schriftlich befragt

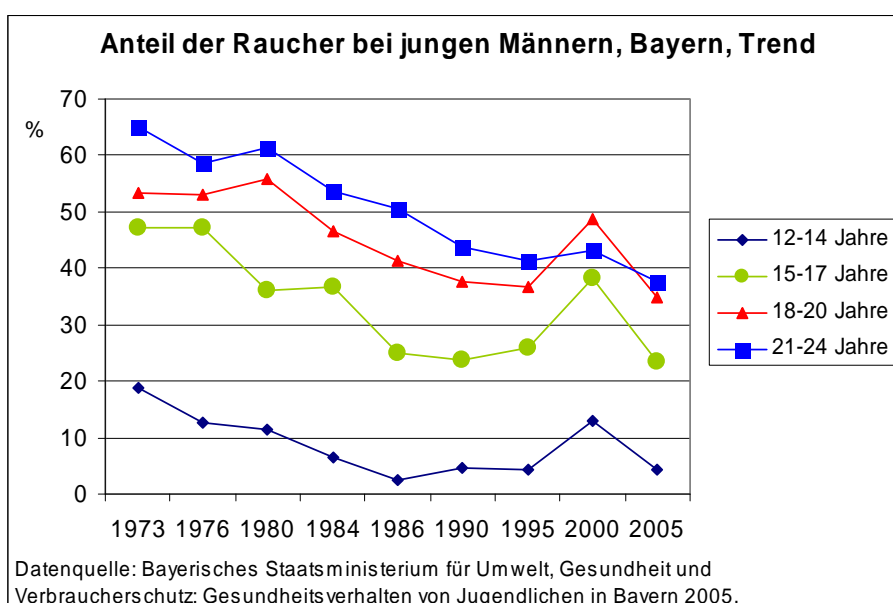
⁵ LGL 2007.

⁶ LGL 2007 a.

wurden⁷. Derzeit wird geprüft, ob künftig ein Kernmodul der Jugendgesundheitsstudien mit kürzerem Zyklus erhoben werden kann. Bei der Formulierung der Fragen wird, soweit möglich, auf Vergleichbarkeit mit den entsprechenden Fragen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Robert Koch-Instituts geachtet.

Aus den Daten lassen sich Erkenntnisse über den Wandel der Einstellungen zum Rauchen, Motive für das Rauchen oder die Akzeptanz von Präventionsmaßnahmen gewinnen. Hinsichtlich der Prävalenz des Rauchens bei Jugendlichen zeigen die Daten einerseits den Erfolg präventiver Bemühungen, andererseits macht der zwischenzeitliche Anstieg der Raucherquoten in der Erhebungswelle 2000 aber auch deutlich, dass der Rückgang der Raucherquoten bei jungen Menschen kein naturwüchsiger Selbstlauf ist (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3



Fazit

Für die Gesundheitsberichterstattung auf Länderebene sind regionalisierte Daten unverzichtbar. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes stellt über das vom Statistischen Bundesamt aufgebaute Informationssystem www.gbe-bund.de dazu eine Vielzahl regionalisierter Daten aus Routinestatistiken bereit. Auf Länderebene liegen auch eigene Routinestatistiken vor. Zu wichtigen gesundheitspolitischen Themen fehlen jedoch Routedaten. Hier können Surveys Informationslücken füllen. Dies gilt insbesondere für ein Monitoring der gängigen Präventionsprogramme mit den Themen Bewegung, Ernährung und Sucht.

Surveys sind in der Planung, Durchführung, Qualitätssicherung und Auswertung allerdings außerordentlich aufwändig, d.h. Kooperationen sind sinnvoll. Zudem haben länderspezifische Surveys den Nachteil, dass häufig Vergleichsdaten aus anderen Ländern fehlen. Das im Aufbau befindliche Monitoring des Robert Koch-Instituts erfüllt daher auch für die Länder eine wichtige Funktion, indem es zumindest für größere Regionen vergleichbare Daten liefert.

⁷ StMUGV 2006.

Literatur

- AOLG (2003): Indikatorenset für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Bielefeld.
- LGL (2005): Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Regionale Unterschiede der Sterblichkeit in Bayern. Erlangen. Im Internet unter www.lgl.bayern.de.
- LGL (2006): Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns. GBE-Handlungshilfe: GBE-Praxis 3. Erlangen. 2. Auflage. Im Internet unter www.lgl.bayern.de.
- LGL (2007): Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Gesundheit regional. Eine Untersuchung zu regionalen Unterschieden des Gesundheitsverhaltens. Erlangen. Im Internet unter www.lgl.bayern.de.
- LGL (2007 a): Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Erklärungsmodelle regionaler Gesundheitsunterschiede. Erlangen. Im Internet unter www.lgl.bayern.de.
- Kuhn J. (2006): Taten ohne Daten? Ein Kommentar zur Rolle der Gesundheitsberichterstattung in der Prävention. Jahrbuch Kritische Medizin 43: 25-39. Im Internet unter www.gesundheitberlin.de.
- StMUGV (2006): Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz: Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005. München. Im Internet unter www.lgl.bayern.de.
- SVR (2000/2001): Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung.
- Wildner M. et al. (2007): Gesundheitsziele Bayern. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (Hrsg.): Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes. Köln.