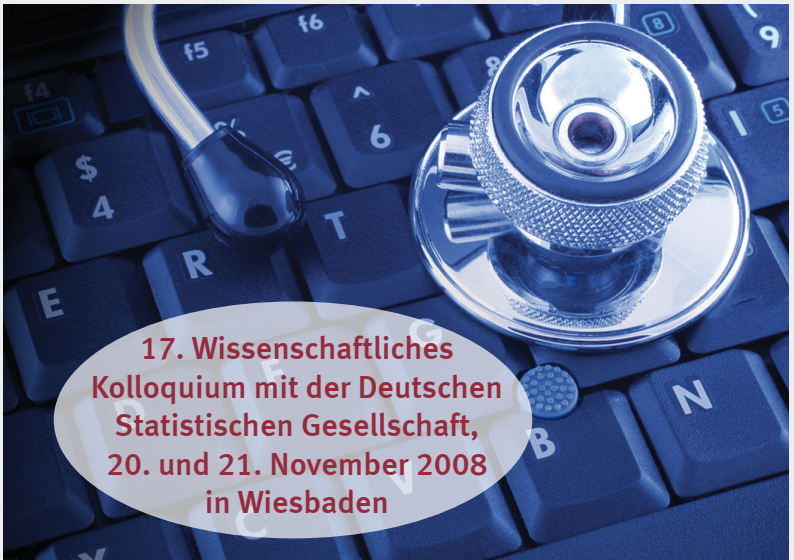


# GESUNDHEIT BE(OB)ACHTEN

Nutzung, Integration und  
Ergänzung vorhandener  
Datenquellen



## Programmheft

Statistisches Bundesamt

- 11<sup>00</sup> **Begrüßung**  
Peter Weigl  
*Vizepräsident des Statistischen Bundesamtes,  
Wiesbaden*
- 11<sup>15</sup> **Einführung in das Thema**  
Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke (Moderator)  
*Technische Universität Berlin*
- 11<sup>45</sup> **Datenbedarf für die empirische Gesundheitsforschung  
und Politikberatung**  
Prof. Dr. Dr. Ulrich Mueller  
*Philipps-Universität Marburg*
- 12<sup>15</sup> **Diskussion**
- 12<sup>30</sup> **Mittagspause**
- 13<sup>30</sup> **Ein Bundesweites Gesundheitsmonitoring am  
Robert Koch-Institut**  
Dr. Bärbel-Maria Kurth  
*Robert Koch-Institut, Berlin*
- 14<sup>00</sup> **Diskussion**
- 14<sup>15</sup> **Das Europäische Gesundheitserhebungssystem  
– European Health Survey System (EHSS) –**  
Dr. Hartmut D. Buchow  
*Eurostat, Luxemburg*
- 14<sup>45</sup> **Diskussion**
- 15<sup>00</sup> **Kaffeepause**
- 15<sup>30</sup> **Neue Akzente in den Gesundheitsstatistiken**  
Karin Böhm  
*Statistisches Bundesamt, Bonn*
- 16<sup>00</sup> **Diskussion**
- 16<sup>15</sup> **Mikrodaten zur Gesundheit**  
Patricia Lugert  
*Statistisches Bundesamt, Wiesbaden*
- 16<sup>45</sup> **Diskussion**
- 17<sup>00</sup> **Gerhard-Fürst-Preis**  
Laudatio: Prof. Dr. Hans Wolfgang Brachinger  
*Universität Fribourg, Schweiz*  
Preisverleihung durch Vizepräsident Peter Weigl
- 18<sup>00</sup> **Get together**

- 09<sup>00</sup> **Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung**  
Jan Böcken  
*Bertelsmann Stiftung, Gütersloh*
- 09<sup>30</sup> **Diskussion**
- 09<sup>45</sup> **WldOmonitor – eine Versichertenbefragung zur Gesundheitsversorgung**  
Klaus Zok  
*Wissenschaftliches Institut der AOK (WldO), Berlin*
- 10<sup>15</sup> **Diskussion**
- 10<sup>30</sup> **Regionalisierte Gesundheitsberichterstattung und Surveys**  
Dr. Joseph Kuhn  
*Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim*
- 11<sup>00</sup> **Diskussion**
- 11<sup>15</sup> **Kaffeepause**
- 11<sup>45</sup> **Podiumsdiskussion:  
Gesundheitsindikatoren – Möglichkeiten und Grenzen**  
Dr. Roswitha Voigt  
*Bundesministerium für Gesundheit, Berlin*  
Dr. Bärbel-Maria Kurth  
*Robert Koch-Institut, Berlin*  
Karin Böhm  
*Statistisches Bundesamt, Bonn*  
Jürgen Töppich  
*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln*  
Dr. Wolfgang Hellmeier  
*Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Zentrum für öffentliche Gesundheit, Bielefeld*
- 13<sup>15</sup> **Ende der Veranstaltung**

## Einführung in das Thema

*Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke*

*geb. 1942 in Hannover, Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität zu Köln, der London School of Economics and Political Science und der University of Michigan, Ann Arbor, USA, Diplom-Volkswirt (1970) und Dr. rer. pol. (1970); Habilitation und venia legendi für das Fach Volkswirtschaftslehre (1976); Universitätsprofessor für Volkswirtschaftslehre an der Universität Hannover (1976 – 1995); Gastprofessuren an der Technischen Universität Wien, der Universität Bristol, der University of York, England (1986, 1989, 2002), Universitätsprofessor für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin (seit 1995); Direktor am Europäischen Zentrum für Staatswissenschaften und Staatspraxis, Berlin (1996 – 2004); Sprecher des Graduiertenkollegs der DFG „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung – Grundlagen einer optimalen Allokation der Ressourcen“ (1999 – 2002); Sprecher des Zentrums für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG) an der TU Berlin (seit 2004); Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesminister der Finanzen (seit 1984); Vorsitzender der European Health Care Management Association (1989 - 1991); Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987 - 1998, 1993 - 1998 als Vorsitzender); Mitglied der Arbeitsgruppe „Gesundheitsstandards“ der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (2000-2004).*

Im Vordergrund der Tagung steht die qualitative und quantitative Erfassung der Gesundheit mit Hilfe von den unterschiedlichsten Indikatoren. Dabei sollen nicht nur theoretische Möglichkeiten und Wünsche aufgezeigt werden. Wichtig ist zum einen auch ein Blick in die Praxis und zum anderen die Frage der Implementierung von neuen Perspektiven zur Erfassung von Gesundheit. Es geht also um die Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheitsindikatoren, die zunächst von den Referenten vorgestellt werden und anschließend dann für alle Teilnehmer zur Diskussion stehen.

Wie bereits ein Blick in das Programm zeigt geht es im Einzelnen um die

- Anforderungen der Politik an die empirische Gesundheitsforschung
- um das Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Instituts
- um den den European Health Survey,
- um die Mikrodaten zur Gesundheit
- um den Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung
- um den WldOmonitor – Versichertenbefragung zur Gesundheitsversorgung und
- um die regionalisierte Gesundheitsberichterstattung.

In diesem Zusammenhang stellt sich die erste Frage, was eigentlich mit Gesundheit gemeint ist, die gemäß unseres Tagungsthemas beachtet und beobachtet werden soll. Ist der Gesundheitsstand der Bevölkerung gemeint wie er z.B. durch die Epidemiologie mithilfe von Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren erfasst wird. Oder geht es in einem weiteren Zusammenhang um das Gesundheitswesen bzw. Gesundheitsversorgungssystem. Diese Begriffe, sowie der Gesundheitssektor, die Gesundheitswirtschaft, die Gesundheitsmärkte oder das Gesundheitssystem stehen möglicherweise auch im Vordergrund. Oder sprechen wir, wie neuerdings Vertreter der Public Health Forschung, von der Gesundheitsgesellschaft, die es statistisch zu erfassen gilt? Dazu zählt dann auch die Frage, ob Health in all Policies, ein Gesundheitskonzept, das alle Lebensbereiche mit ihrer Gesundheitsbedeutsamkeit zu erfassen sucht, einbezogen werden kann.

Last but not least gibt es im Rahmen der Arbeiten des Statistischen Bundesamtes und auch der Statistischen Landesämter vielfältige Indikatoren zur Gesundheit, die – und das könnte ein wichtiges Ziel dieser Tagung sein – der Ergänzung bedürfen. Wie sieht es aus mit der Gesundheitsausgabenrechnung, der Gesundheitspersonalrechnung und der Krankheitskostenrechnung bzw. dem System of Health Accounts, wie es weltweit mit der Unterstützung von WHO, Weltbank, Eurostat und der OECD aufgebaut und verfeinert wurde?

Damit und darüber hinaus ist in Deutschland eine sehr gute Gesundheitsberichterstattung entstanden, die mit ihren Indikatoren deutschland- und europaweit Aufmerksamkeit findet.

Angesichts dieser zahlreichen Hinweise auf die unterschiedlichsten Indikatoren und Informationssysteme, mit deren Hilfe Gesundheit gemessen werden soll, ergibt sich als Zweites die Frage nach dem Informationsbedarf und der gesundheits- und wirtschaftspolitischen Bedeutung dieser Berichtserstattung. Wer liest was, wann und zu welchem Zweck? Welche Akteure einschließlich der politischen Aktivitäten des Parlaments und seiner Abgeordneten, der Fraktionen, der politischen Regierungs- und Oppositionsparteien, im Gesundheitswesen ziehen welche Indikatoren heran und warum? Und wo liegen gegebenenfalls Informationsdefizite oder die Probleme der Abbildung der Gesundheitswirtschaft als Gesundheitssatellitenkonto in der VGR?

Diese und andere Fragen sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass Gesundheit, zusammen mit Bildung, mehr und mehr als Humankapital oder Humanvermögen verstanden wird und damit als ein wichtiger Wachstumsfaktor. Gesundheitsausgaben sind nicht Konsum, sondern Investitionen in die Zukunft. Die Produktivität einer Volkswirtschaft lässt sich durch einen besseren Gesundheitszustand verbessern, so dass Gesundheit mehr und mehr als zentrale Ressource und weniger als Kostenfaktor gesehen wird. Von der Abgabenlast zum Wachstumsfaktor mit neuen Ausbildungschancen und neuen Berufen: dieser Vorstellung gehört nach Ansicht vieler Fachleute die Zukunft.

## **Datenbedarf für die empirische Gesundheitsforschung und Politikberatung**

*Prof. Dr. phil. Dr. med. Ulrich Mueller*

*geb. 25. April 1949 in Schwäbisch Hall. Medizin- und Soziologiestudium in Tübingen, Berlin, Frankfurt. Doktorand Medizin (Tübingen) 1976 bei Helmut Breuninger; Soziologie (Frankfurt) 1979 bei Jürgen Habermas. Approbation als Arzt 1979 nach Medizinalassistentenzeit am Hafenkrankenhaus St. Pauli und den Universitätskliniken Hamburg- Eppendorf und München. Habilitation in Soziologie am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Freien Universität Berlin 1986, Habilitation in Sozialwissenschaftlicher Informatik am Fachbereich Informatik Universität Koblenz 1993. Wissenschaftlicher Leiter am Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) in Mannheim 1987 - 1993. Seit 1994 Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg. Forschungsgebiet Demographie: Medizinische Demographie und Biodemographie.*

Empirische Gesundheitsforschung und Politikberatung hat mit zwei Aufgaben zu tun: Versorgungsbedarf ermitteln und bevölkerungsbezogene Prävention betreiben. Ich werde mich auf personenbezogene Daten konzentrieren. Die Datenflut aus der Versorgungsroutine, die personenbezogene Daten stets im Kontext von Versorgungsereignissen sammelt, liefert zunächst einmal zuverlässige Information zur Erfüllung der ersten Aufgabe. Aus solchen Daten lassen sich – etwa durch regionale Vergleich, oder durch Zeitreihen vor und nach einem Wechsel von Versorgungsregimen – auch aus Hellfelddaten Verhältnisse im Dunkelfeld abschätzen. Die Datenflut aus der Versorgungsroutine liefert aber nur schlecht die erforderlichen Daten zur Erfüllung der zweiten Aufgabe. Das wirkt sich freilich auch 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: Informationen zur Abschätzung des Umfangs und des unterschiedlichen Expositionsgrades von Risikopopulationen, und Informationen über repräsentative Verläufe einschließlich einer detaillierten Erfassung der Todesursache, die insbesondere beim alten Menschen, sofern er nicht einem Unfall zum Opfer fällt, eine Art Lebenssumme seiner Expositionen und Gesundheitsstörungen ist.

## **Ein Bundesweites Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut**

*Dr. rer. nat. Bärbel-Maria Kurth*

*Leiterin der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut Berlin*

*Mathematikdiplom an der Humboldt-Universität Berlin (1978); Promotion auf dem Gebiet der Theoretischen Statistik, Humboldt-Universität Berlin (1981); 1981 – 1991 Wiss. Assistentin am Institut für Stochastik bei Prof. Dr. O. Bunke, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät der Humboldt-Universität Berlin sowie am Fachbereich Stochastik der Universität Hamburg (1981-1991); Fachgebietsleiter für Umweltepidemiologie am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes (1992-1994); Leiterin der Fachgruppe für Gesundheitsrisiken und Prävention am Robert Koch-Institut (RKI) (1994-1995); Leiterin des Fachbereichs für Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsberichterstattung am RKI (1996-1998); seit Juli*

*1998 Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am RKI, Direktorin und Professorin; Leiterin des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) (2003-2006); Leiterin des Deutschen Erwachsenenengesundheitssurveys (DEGS) (2008-2011); seit 2003 Vertreterin Deutschlands im „Network of Competent Authorities in Health Information and Knowledge“ der Europäischen Kommission*

*Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gremien: Vorsitzende und Stellv. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie; Mitglied des Wiss. Beirats des Bundesverbandes der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD; Vorstandsmitglied des Wiss. Beirats der Bundesärztekammer; Mitglied des Ständigen Koordinierungsausschusses der BZgA; Mitglied des Aufsichtsrates des Helmholtzzentrums für Infektiologie; Mitglied der Steuerungsgruppe „Gesundheitsziele.de“; Mitglied des Expertenbeirats der Plattform Ernährung und Bewegung (peb)*

*Forschungsschwerpunkte: Lehre an TU, HU und FU Berlin; Wissenschaftliche Arbeiten und Publikationen zu Messfehlern in der Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung, Verbreitung von Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Versorgungsepidemiologie, sozialen Determinanten von Gesundheit*

Um zielgerichtete Präventions- und Interventionsmaßnahmen planen zu können und damit zu einer evidenzbasierten Steuerung des Gesundheitswesens beizutragen, ist die kontinuierliche, alle Altersgruppen berücksichtigende Beobachtung von Entwicklungen im Krankheitsgeschehen, im Gesundheits- und Risikoverhalten sowie im Umgang mit Krankheiten und gesundheitlichen Risiken verschiedener Bevölkerungsgruppen unabdingbar. Es gibt zwar in Deutschland eine Vielzahl amtlicher Statistiken und Prozessdaten zu gesundheitsrelevanten Sachverhalten, die regelmäßig, teilweise jährlich, aktualisiert werden, diese lassen aber nur partiell Rückschlüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen zu.

Eine umfassende Analyse der vorhandenen Datenbestände hat ergeben, dass Informationslücken besonders zu folgenden Aspekten bestehen:

- Belastungen und Risiken in verschiedenen Lebenswelten,
- Gesundheitsbezogenes Verhalten,

- Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- Objektiver Gesundheitsstatus (Häufigkeit von Gesundheitsstörungen und Krankheiten),
- Kenntnis, Akzeptanz und Inanspruchnahme primärer und sekundärer Präventionsangebote,
- Kenntnis, Akzeptanz und Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung,
- Psycho-soziale Kompetenz in Sachen Gesundheit,
- Teilhabesituation in unterschiedlichen Lebenswelten,
- Verläufe und Übergänge von Gesundheit zu Krankheiten und
- Ursächliche Zusammenhänge von Gesundheitsverhalten und Krankheitsentstehung.

Diese Lücken im Wissen über den Gesundheitszustand können nur mit Hilfe von zusätzlichen Studien gefüllt werden, welche Aussagen zu Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Krankheiten und Versorgung der Bevölkerung erlauben und diese mit den Lebensbedingungen verknüpfen. In Deutschland wurde eine Reihe solcher Studien durchgeführt, die so genannten Gesundheitssurveys. Mit Hilfe dieser Gesundheitssurveys war es möglich, Entwicklungen im Krankheitsgeschehen, im Gesundheits- und Risikoverhalten und im Umgang mit Krankheiten und gesundheitlichen Risiken auf Bevölkerungsebene wenn auch mit einem großen zeitlichen Abstand zu beobachten.

Da erkennbar wurde, dass zur Beobachtung gesundheitlicher Entwicklungen, zur Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen und zur gezielten Intervention bei ungünstigen gesundheitlichen Entwicklungen (wie beispielsweise bei Übergewicht und Adipositas) immer neue Datenerhebungen erforderlich sein würden, wurde am RKI ein Konzept für ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring entwickelt. Diesem Konzept liegen drei wichtige Grundprinzipien zugrunde: Vorhandenes zu nutzen, Informationslücken zu füllen und Datenquellen miteinander zu vernetzen.

Nach intensiven Diskussionen des Konzepts für ein Gesundheitsmonitoring mit dem Ziel einer Kosten-Nutzen-Optimierung hat das Bundesministerium für Gesundheit ab 2008 eine Dauerfinanzierung sicher gestellt. So wird ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring über eine Kontinuität einer Grundfinanzierung gewährleistet, was für die

Etablierung einer dauerhaften Kompetenz für Gesundheits-surveys am RKI eine unerlässliche Voraussetzung ist.

Das RKI-Gesundheitsmonitoring setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1. Jährlich durchgeführte Querschnittsbefragungen der erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter von über 18 Jahren. Die Stichprobengröße von 20.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern erlaubt dabei tief gegliederte Zusammenhangsanalysen von sozialer Lage, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. Eine Repräsentativität auf regionaler Ebene ist für die größeren Bundesländer gewährleistet. Diese Daten erlauben Trendanalysen sowie eine rasche Bestandsaufnahme von Änderungen des Gesundheitszustands oder des Gesundheitsverhaltens. Die erste „Welle“ dieser Erhebungen hat im Sommer 2008 begonnen.

2. Periodische Durchführung eines Befragungs- und Untersuchungssurveys zur Erhebung objektiver Messwerte (Größe und Gewicht, Blutdruck, körperliche Funktionsfähigkeit, ärztliche Untersuchung, Abnahme von Blut- und Urinproben zur Bestimmung vielfältiger Biomarker) und vertieften Bearbeitung spezifischer Gesundheits- oder Krankheitsprobleme.

3. Fortführung des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) Kohorte. Es ist geplant, die gesamte Gruppe der in KiGGS einbezogenen Kinder und Jugendlichen ab 2008 erneut zu befragen und zusätzlich neu rekrutierte 0- bis 5-jährige Kinder in die Erhebung einzubeziehen, um aktuelle Daten über die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu erhalten.

Alle drei Komponenten sind aufeinander abgestimmt und ergänzen sich gegenseitig.

## **Das Europäische Gesundheitserhebungssystem – European Health Survey System, EHSS –**

*Dr. Hartmut Buchow*

*geb. 01. 04. 1950, Berlin. Nach Abschluss der Studien der Rechtswissenschaften und der Humanmedizin und medizinischer Promotion arbeitete Dr. Buchow zunächst als Facharzt für Kinderheilkunde. Es folgten Fellowships in den USA an den National Institutes of Health, der Universität Miami und der Johns Hopkins School of Public Health, wo er den Master erwarb. 1992 trat er in den Koordinationsstab AIDS am Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein. 1993-94 arbeitete*

*er als Berater der Bundesregierung im Untersuchungsausschuss des Bundestages zu 'HIV-Infektionen durch Blut und Blutprodukte' und kehrte danach zur Novellierung des Bundesseuchengesetzes ans BMG zurück. 1998 ging Dr. Buchow als abgeordneter Experte zur Europäischen Kommission, Generaldirektion Gesundheit, um die Entscheidung Nr. 2119/98/EG zur Schaffung eines Netzwerks für die Überwachung übertragbarer Krankheiten umzusetzen. Seit 2002 arbeitet er bei Eurostat, zuerst als Leiter der Sektion Statistiken zur Informationsgesellschaft, seit Frühjahr 2008 als Leiter der Sektion Gesundheit und Sicherheit. Wesentliche Aufgaben sind die geplante neue Verordnung zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und ihre nachfolgende Umsetzung in den kommenden Jahren.*

Die Bereitstellung von Gemeinschaftstatistiken ist eine der wesentlichen Aufgaben der Europäischen Kommission auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit. Einige der dafür notwendigen Daten können nur durch Bevölkerungserhebungen gewonnen werden. Daher haben die Direktoren für Sozialstatistik im Jahr 2002 beschlossen, einen gemeinsamen Rahmen für die Sammlung harmonisierter Gesundheitsdaten durch solche Erhebungen oder Erhebungsmodule ins Leben zu rufen, das Europäische Gesundheitserhebungssystem - European Health Surveillance System (EHSS).

Ziel des EHSS ist es, die einzelnen Gesundheitserhebungen sowie weitere Erhebungen der Gemeinschaft, in denen Gesundheitsfragen aus verschiedensten Gründen und in unterschiedlichen Zusammenhängen angesprochen werden, in einem gemeinsamen Rahmen zusammenzufassen. Der künftige Bedarf in der Europäischen Gemeinschaft an Gesundheitsinformationen, z.B. im Rahmen des zweiten Aktionsprogramms im Bereich der Gesundheit (2007-2013, OJ L 301, 20.11.2007, S.3), soll frühzeitig erkannt und umgesetzt werden. Das EHSS dient insbesondere der Koordinierung von Gesundheitsbefragungen, um einerseits unnötige Überschneidungen und Widersprüche zu vermeiden und andererseits bestehende Informationslücken auf dem Gebiet der Gesundheit zu schließen.

Das EHSS besteht aus einer Anzahl von Erhebungen, die um eine Kern-Erhebung gruppiert sind und einen modularen, flexiblen Einsatz erlauben. Eines der wesentlichen Ziele des EHSS ist es, die statistischen Daten für die Entwicklung der Europäischen Gesundheitsindikatoren zu sammeln. Diese Indikatoren wurden im Rahmen des Europäischen Public Health Aktionsplans entwickelt – die European Community Health Indicators (ECHI).

Das EHSS besteht aus drei Säulen:

- Die erste Säule bildet der Kern der Europäischen Gesundheitsbefragung, the European Core Health Interview Survey (ECHIS). Diese Kern-Erhebung soll Antworten geben auf wesentliche Fragen und Informationsbedürfnisse auf dem Gebiet der Gesundheit, sie ist eine Fortentwicklung des bestehenden Gesundheitserhebungssystems von Eurostat im Rahmen der Europäischen Partnerschaft Gesundheit (PG) innerhalb des Europäischen Statistischen Systems (ESS);
- Die zweite Säule ist ein komplementärer Satz von speziellen Gesundheitserhebungen, die Europäischen Specific Health Interview Surveys (ESH/S), die im Rahmen der Public Health Programme der Gemeinschaft entwickelt werden. Diese Erhebungen dienen der Beantwortung spezifischer Fragestellungen. Den nationalen Public Health Instituten und Forschungsgruppen kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Diese Säule wird von der Generaldirektion Gesundheit der Kommission entwickelt, insbesondere durch Vorbereitung der künftigen Europäischen Untersuchungserhebungen – European Health Examination Surveys (EHES).
- Eine dritte Säule bildet die Erstellung und Unterhaltung einer umfassenden Datenbank für Gesundheitserhebungen, sowohl Befragungen wie Untersuchungserhebungen, die in den Mitgliedstaaten, EFTA und EU Kandidatenländern sowie den USA, Kanada und Australien durchgeführt werden oder wurden. Diese fortlaufende Datenbank enthält Fragebogen, eine Beschreibung von Methoden zur Datensammlung sowie von angewandten Stichprobenverfahren und Informationen zu den Einrichtungen, die für diese Erhebungen verantwortlich sind.

Die erste Säule, also der ECHIS, besteht aus vier Teilen:

- Einem jährlichen Minimalmodul - Minimum European Health Module (MEHM), das aus drei Fragen zur selbst eingeschätzten Gesundheit, zu langzeitiger Erkrankung und zu Einschränkungen in der eigenen Aktivität auf Grund von Gesundheitsproblemen besteht. Dieses Modul ist Teil der jährlichen Europäischen Sozialerhebung „Statistics on Income and Living Conditions“ (EU-SILC), die seit 2004 routinemäßig durchgeführt wird. MEHM wird als Grundlage zur Berechnung des Strukturindicators „Healthy life years“ (HLY) genutzt. Weiterhin enthält EU-SILC vier Fragen zu nicht eingehaltenen Erwartungen des/der Befragten („unmet needs“) in Be-

zug auf medizinische und zahnmedizinische Versorgung und die Gründe für einen Mangel an Zufriedenstellung. Die Antworten zu diesen Fragen dienen dazu, die Indikatoren zur 'Offenen Methode der Koordinierung' (OMK) im Gesundheitswesen zu erstellen, die sich auf Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege beziehen. Die OMK wurde im März 2000 vom Europäischen Rat in Lissabon ins Leben gerufen wurde.

- Der Europäischen Gesundheitsbefragung - European Health Interview Survey (EHIS), die im Rhythmus von fünf Jahren in allen 27 MS durchgeführt werden soll und folgende Module enthält: Ein Modul zum Gesundheitsstatus (European health status module, EHSM), ein Modul zur Gesundheitsversorgung (European Health Care Module, EHCM), ein Modul zu Gesundheitsdeterminanten (European health determinants module, EHDM) und ein Modul mit Hintergrund-Variablen. Die Mitgliedstaaten haben einem gemeinsamen Fragebogen zugestimmt, einige sind noch in der Implementierungsphase.
- Dem Europäischen Haushalts-Survey (EHS), dessen Protokoll im Jahr 2008 getestet wird und der ab 2010 als jährliche Erhebung durchgeführt werden soll. Er soll 21 Gesundheitsfragen enthalten, die dem EHIS entnommen werden, und damit die Daten des fünfjährigen EHIS ergänzen. Diese 21 Fragen sollen es ermöglichen, diejenigen Indikatoren der ECHI- Liste oder der OMK auf dem neuesten Stand zu halten, die besonders sensitiv zur Bestimmung von Kurzeittrends sind. Zusätzlich soll der EHS in unregelmäßiger Folge spezifische Module enthalten, um aktuellen politischen Fragestellungen Rechnung tragen zu können.
- Schließlich ist 2008 ein Modul zu Behinderung und sozialer Einbeziehung (European disability and social inclusion module, EDSIM) entwickelt worden, das im November in der Arbeitsgruppe öffentliche Gesundheit von Eurostat vorgestellt wurde. Nächste Schritte sind Übersetzung und Testung dieses Moduls in verschiedenen Mitgliedsstaaten im Jahr 2009, bevor über die Frage der Implementierung gesprochen werden wird.

Zum Thema Beschäftigung behinderter Menschen ist weiterhin ein ad-hoc Modul in Ergänzung zur Arbeitskräfteerhebung (AKE) für das Jahr 2011 in Vorbereitung.

## Neue Akzente in den Gesundheitsstatistiken

Karin Böhm

*geb. 1964, studierte Betriebswirtschaft an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg mit Schwerpunkt Statistik und Finanzwissenschaft. Sie ist seit 1989 Mitarbeiterin im Statistischen Bundesamt, vor allem im Bereich Gesundheit. Hier leitete sie u. a. die Geschäftsstelle des Forschungsvorhabens „Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung des Bundes“. Seit Februar 2001 Leiterin der Gruppe Gesundheit mit den Aufgabengebieten Krankenhausstatistik, Todesursachenstatistik, Statistik der Schwangerschaftsabbrüche, Fragen zur Gesundheit im Mikrozensus, Gesundheitsausgabenrechnung, Gesundheitspersonalrechnung Krankheitskostenrechnung sowie Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten. Seit 2004 Mitglied im Evaluationsbeirat „gesundheitsziele.de“*

Gesundheit gilt als ein positiv besetzter Begriff, denn sie ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit, was gerade in den neueren Gesundheitsmodellen durch Aspekte wie subjektives Gesundheitserleben und Gesundheitsverhalten zum Ausdruck kommt. Eine entsprechend positive Einstellung zur Statistik dürfte in der Öffentlichkeit weniger verbreitet sein. Dies mag nicht nur damit zusammenhängen, dass mit der Erhebung statistischer Angaben gewisse Belastungen für die Bürgerinnen und Bürger sowie die Institutionen verbunden sind. Mit Statistiken lässt sich mitunter der Finger auch in Wunden legen und es werden den Menschen mitunter weniger schöne Dinge auf das Komma genau vor Augen geführt. Bei den Gesundheitsstatistiken verhält sich dies nicht anders, berichten sie doch viel über Krankheiten, Todesursachen und hohe Ausgaben im Gesundheitswesen.

Von diesen Themen kann sich die Statistik nicht lösen, solange die von ihr abgebildete Realität so ist wie sie ist. Jedoch bieten sich Möglichkeiten der Weiterentwicklung auch bei den Gesundheitsstatistiken. Und hier hat das Statistische Bundesamt in den vergangenen Jahren wichtige neue Akzente gesetzt.

Die Gesundheitsstatistiker nutzen verstärkt Sekundärdaten, bieten den Auskunftgebenden die Möglichkeit der Interneterhebung an, ergänzen die freiwilligen Haushaltserhebungen um Gesundheitsmodule, fertigen themenübergreifende Analysen und sind bestrebt, weitere Lücken in der gesundheitsbezogenen Datenlandschaft zu schließen.

Sekundärdaten sind die Grundlage für die gesundheitsbezogenen Rechensysteme des Statistischen Bundesamtes zu

den Gesundheitsausgaben, Krankheitskosten und zum Gesundheitspersonal. Aber auch die neue fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik führt keine eigene Erhebung zur Deckung des entsprechenden Datenbedarfs durch, sondern greift ausschließlich auf bereits vorhandene Daten zurück und führt diese systematisch zusammen. Interneterhebungen im Bereich der Krankenhäuser und der Arztpraxen ermöglichen es den Auskunftsgewährenden, die erforderlichen Angaben für die amtliche Statistik direkt aus ihren elektronischen Dokumentationen zu übernehmen. Das durch die Leistungserbringer und Ausgabenträger im Gesundheitswesen geprägte, eher objektive Bild der Gesundheit erfährt durch Angaben der Bevölkerung in Bezug auf ihren Gesundheitszustand, ihr Gesundheitsverhalten oder ihre Leistungsanspruchnahme eine wichtige Ergänzung und rundet das Bild durch subjektive Elemente ab. Das Rauchverhalten in Deutschland, Kranke und Tote durch legale und illegale Drogen oder Gesundheit und Krankheit im Alter sind Themen von übergreifenden Analysen im Bereich Gesundheit, die das Statistische Bundesamt zum Teil in Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern anfertigt. Darüber hinaus prüft es im Rahmen von Projekten, ob beispielsweise die Angaben zur stationären Morbidität um entsprechende Angaben zur ambulanten Morbidität in Deutschland ergänzt werden können. Auf diese neuen Akzente in den Gesundheitsstatistiken wird im Referat auf dem 17. Wissenschaftlichen Kolloquium mit der Deutschen Statistischen Gesellschaft näher eingegangen.

## **Mikrodaten zur Gesundheit**

*Patricia Lugert*

*geb. 1978, studierte Soziologie, Erziehungs- und Sportwissenschaften an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Nach dem Studium war sie am Institut für Soziologie der Universität Magdeburg im Projekt „Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalt“ beschäftigt und erstellte als Mitautorin den 5. Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt. Seit 2006 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden tätig.*

Das Forschungsdatenzentrum (FDZ) des Statistischen Bundesamtes bietet zusammen mit dem FDZ der Statistischen Landesämter ein breites Angebot von ausgewählten Mikrodaten an und ermöglicht den geregelten Zugang zu Daten der amtlichen Statistik für die Wissen-

schaft. Hierzu zählen neben anderen Themenbereichen auch Mikrodaten zur Gesundheit. Innerhalb eines Forschungsprojektes werden im FDZ derzeit Stichprobendaten von etwa 2 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufbereitet und der interessierten Wissenschaft auf unterschiedlichen Zugangswegen für Analysen zur Verfügung gestellt. Diese Daten sind im Rahmen der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nach § 268 des SGB V erhoben worden und enthalten Informationen zu ambulanten und stationären Behandlungsfällen, verordneten Arzneimitteln, Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug. Im Vortrag werden Grundlage und Struktur des vorliegenden Datenmaterials erläutert und mögliche Zugangsformen aufgezeigt.

Zudem ist vorgesehen, einige Analyseergebnisse zu präsentieren. Außerdem wird ein kurzer Überblick über weitere derzeit verfügbare gesundheitsbezogene Statistiken im FDZ gegeben.

## **Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung**

*Jan Böcken*

*Jan Böcken ist Betriebswirt und Politikwissenschaftler. Er begann seine gesundheitspolitische Arbeit 1997 mit dem EU-Projekt „Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa“. Ab 1998 arbeitete Jan Böcken im Vertragsbereich der Barmer Ersatzkasse in Wuppertal und ist seit 1999 verantwortlich für gesundheitspolitische Themen in der Bertelsmann Stiftung, wo er auch das Projekt „Gesundheitsmonitor“ leitet. Thematische Schwerpunkte sind: Gesundheitspolitik, Versicherten- und Patientenorientierung.*

Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung ist eine seit 2001 regelmäßig durchgeführte Bevölkerungsbefragung zur ambulanten Versorgung in Deutschland (von 2001 bis 2005 gab es zusätzlich eine Ärztebefragung). Im Mittelpunkt stehen dabei

- die Erhebung des Status quo (welche Erfahrungen machen Patienten in der ambulanten Versorgung)
- die Bedürfnisse der Versicherten (welche Anforderungen stellen sie als Bezahler und Nutzer des Systems) sowie
- die Implementierungschancen von Reformvorhaben bei den niedergelassenen Ärzten.

Methodisches Vorgehen: Die Erhebungen bei den Versicherten erfolgen halbjährlich. Dabei wird pro Befragungswelle

eine Querschnittsstichprobe aus einem Access Panel (Adressenpool befragungsbereiter Haushalte von TNS Healthcare, einer Tochtergesellschaft von TNS Infratest Deutschland), gezogen, postalisch angeschrieben und mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens befragt (Güther, Schnee, Potthoff 2002, Güther 2006). Um saisonale Effekte im Antwortverhalten kontrollieren sowie Veränderungen zeitnah messen zu können, werden die Befragungen jeweils im Frühjahr und Herbst durchgeführt. Die Erhebungsinstrumente sowie ausführliche Methodenberichte sind unter [www.gesundheitsmonitor.de](http://www.gesundheitsmonitor.de) abrufbar. Die kontinuierliche methodische Begleitung verantwortet das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

Inhaltlich ist der Gesundheitsmonitor breit aufgestellt. Bei der Versichertenbefragung berücksichtigt er in allen Befragungswellen die Themen

- Gesundheitszustand und soziodemografische Merkmale
- Verhalten der Versicherten (Informationsverhalten, persönliche Gesundheitsausgaben, Einnahme von Medikamenten, Kenntnis und Wahrnehmung von Patientenrechten)
- Qualität der Versorgung (Erfahrungen der Bevölkerung im Gesundheitssystem, Kontakte mit Haus-, Fachärzten und deren Praxispersonal, Arzt-Patient-Beziehung, Schnittstellenprobleme, Zufriedenheit mit der Versorgung),
- gesundheitspolitische Grundeinstellungen der Versicherten (hinsichtlich Krankenversicherung, Gesundheitswesen in Deutschland und dessen Finanzierung) sowie
- Steuerungsoptionen und dafür aufgebrachte Veränderungsbereitschaft bei Bevölkerung und Leistungserbringern.

Darüber hinaus werden in einzelnen Befragungswellen auch aktuelle Themen aufgenommen (z.B. Prävention und Gesundheitsvorsorge, IGeL-Leistungen, Auswirkungen aktueller Gesetzgebungen, Patientenberatung durch Verbraucherzentralen, Versorgung älterer Menschen, gesundheitliche Informationen im Internet, neue Versorgungsformen).

Die Auswertungen des Gesundheitsmonitors fließen in jährliche Buchpublikationen, wissenschaftliche Veröffentlichungen (für eine Auswahl siehe Literaturverzeichnis), vierteljähr-

lich erscheinende Newsletter, Konferenzbeiträge, andere Projekte der Stiftung sowie die allgemeine Pressearbeit ein.

Insgesamt wurden bis heute über 21.000 Versicherte zu über 150 gesundheitspolitisch relevanten Fragestellungen befragt. Damit ist der Gesundheitsmonitor einer der größten Surveys dieser Art in Deutschland. Die Projektlaufzeit endet nach jetziger Planung Ende 2010.

## Literatur

Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2002. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2002.

Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2003. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2003.

Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2004. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2004.

Böcken J, Braun B, Schnee M, Amhof, R. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2005, Verlag Bertelsmann Stiftung, Oktober 2005

Böcken J, Braun B, Schnee M, Amhof, R. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2006, Verlag Bertelsmann Stiftung, Oktober 2006

Jan Böcken/Katharina Janus/Uwe Schwenk/Peter Zweifel, Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen, Verlag Bertelsmann Stiftung, Juni 2007

Böcken J, Braun B, Amhof, R. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2007, Verlag Bertelsmann Stiftung

Böcken J, Braun B, Amhof, R. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2008, Verlag Bertelsmann Stiftung

Floer B, Schnee M, Böcken J, Streich W, Kunstmann W, Isfort J, Butzlaff M. Shared decision Making: Gemeinsame Entscheidungsfindung aus der ärztlichen Perspektive. Medizinische Klinik 2004a; 8, 435-440.

Floer B, Schnee M, Böcken J, Streich W, Kunstmann W, Isfort J, Butzlaff M. Shared Decision Making: Gemeinsame Entscheidungsfindung aus Patientenperspektive. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004b; 44, 2343-7.

Güther B, Schnee M, Potthoff P. Zur Methode des Gesundheitsmonitors. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2002. 188-199.

Güther B. Gesundheitsmonitor – Stichprobe und Erhebungsmethode sowie Qualitätsaspekte der Ergebnisse. In: Böcken J, Braun B, Schnee M, Amhof, R. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2006, Verlag Bertelsmann Stiftung, Oktober 2006. S. 309-322.

Trojan A, Nickel S., Robert A, Böcken J, Soziale Einflussfaktoren der Teilnahme an Selbsthilfe-Zusammenschlüssen. In: Das Gesundheitswesen, Nr. 68, 2006

Van der Schee, E, Braun, B., Clanan, M., Schnee, M., Groenewegen, P. (2006). „Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales“, Health Policy (Printausgabe Januar 2007).

## **Der WIdO-Monitor – eine Versichertenbefragung zur Gesundheitsversorgung**

*Klaus Zok*

*geb. 1962, studierte Geschichte und Sozialwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum mit Abschluss als Diplom-Sozialwissenschaftler. Seit 1992 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO beim AOK-Bundesverband. Neben der Durchführung von Versicherten- und Patientenbefragungen besteht sein Schwerpunkt in der Erstellung von Transparenzstudien zu einzelnen Teilmärkten des Gesundheitswesens (z.B. Zahnersatz, Hörgeräte, IGeL). Ferner beschäftigt er sich mit strategischen und unternehmensbezogenen Erhebungen und Analysen im GKV-System.*

### **Inhalt und Methode**

Seit 1998 führt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) jährlich Versichertenbefragungen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen durch. Diese sollen Zustimmung und Kritik sowie Veränderungswünsche der Versicherten und Patienten hinsichtlich der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung aufnehmen und in die gesundheitspolitischen Gestaltungsprozesse tragen. Es gilt, die Partizipation der als Beitragszahler oder Patienten betroffenen Menschen zu stärken.

Im Fokus stehen jeweils zentrale Eckpunkte der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion (z. B. Reformoptionen und Gestaltungsvorschläge), die – soweit fragbar – bei Versicherten und Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung erhoben werden. Einige Themen werden dabei wiederholt, um Veränderungen im Zeitverlauf messen zu können (z.B. Fragen zur Preissensitivität und zur Wechselbe-

reitschaft im GKV-Markt). In den Blick genommen werden v.a. aber auch aktuelle Fragestellungen, die durch Struktur- und Prozessdaten nicht erfasst werden (können), aber dennoch immer wieder Thema der gesundheitspolitischen Debatte sind, z.B. Inanspruchnahme von Selbstzahlerleistungen in der Arztpraxis (sog. „IGeL“), Wartezeiten von GKV- und PKV-Versicherten auf einen Arzttermin. Mitunter werden Schwerpunktthemen in Kooperation mit Verbraucherschutzorganisationen durchgeführt (z.B. Verbraucherzentralen, IFAV, Stiftung Warentest)

Der WIdO-Monitor wird dabei immer als exklusive Einzelerhebung (“stand-alone“-Umfrage) realisiert. Die Befragung der Versicherten findet ausschließlich telefonisch statt, die Teilnahme ist freiwillig.

Das für die Telefonbefragung zugrunde liegende Instrument wird im WIdO entwickelt, von verschiedenen (auch externen) Experten (z.B. ZUMA, Mannheim) diskutiert, qualitätsgesichert und vor Feldbeginn getestet. Es umfasst größtenteils standardisierte, geschlossene Fragestellungen zur Kenntnis, Bewertung und Inanspruchnahmeverhalten. Darüber hinaus werden Fragen zur persönlichen Gesundheitssituation und Demografie (gem. ZUMA-Standard für Telefonumfragen) gestellt. Die einzelnen Telefoninterviews dauern i.d.R. nicht länger als 12 bis 15 Minuten.

Die Stichprobe umfasst 3.000 Personen ab 18 Jahren, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Die befragten Versicherten verteilen sich auf alle Krankenkassen.

Die Stichprobenbasis bildet jeweils ein nach dem Gabler-Häder-Design gezogenes Sample von zufallsgenerierten Rufnummern privater Telefonanschlüsse. Dieses Verfahren gestattet – mathematisch begründbar – eine reine einfache Zufallsauswahl von Privathaushalten mit Telefonanschlüssen unter Berücksichtigung der im Telefonbuch nicht eingetragenen Haushalte. Dadurch wird eine bundesweit repräsentative Zufallsauswahl aller Privathaushalte mit Telefonanschluss ermöglicht. Die Repräsentativität auf Personenebene ist gewährleistet, weil in Mehrpersonenhaushalten diejenige volljährige Person befragt wird, die beim Erstkontakt mit dem Haushalt als letzte Geburtstag hatte („Last-Birthday-Methode“).

Die Datenerfassung der telefonisch durchgeführten Interviews (CATI) erfolgt durch vor Feldbeginn geschulte Interviewer direkt am PC.

Thematische Schwerpunkte

Im Rahmen des WIdO-Monitors sind bislang folgende Themen erhoben worden (Auswahl):

- Wahrnehmung von GKV-Bonusprogrammen
- Reaktionen auf die Einführung der Praxisgebühr
- Verhalten beim Krankenkassenwechsel
- Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz
- Inanspruchnahme Selbstmedikation
- Bewertung von Gesundheit und Gesundheitsrisiken
- Inanspruchnahme und Akzeptanz von IGeL-Leistungen
- Wahrnehmung neuer Versorgungsformen

## Produkte

Die Ergebnisse der Interviews werden im WIdO mit Hilfe von SPSS ausgewertet und jeweils themenbezogen aufbereitet. Kernaussagen und zentrale Botschaften der einzelnen Studien werden regelmäßig in Form von Fachbeiträgen, -artikeln publiziert (s. auch: <http://wido.de/widomonitor.html>) bzw. erscheinen in der institutseigenen Materialienreihe.

## **Regionalisierte Gesundheitsberichterstattung und Surveys**

*Dr. Joseph Kuhn*

*geb. 1958, Diplom-Psychologe, promoviert in Public Health, am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zuständig für Gesundheitsberichterstattung. Letzte Buchveröffentlichungen: Kuhn J, Busch R (Hrsg.): Gesundheit zwischen Statistik und Politik. Frankfurt 2006. Kuhn J, Wildner M: Gesundheitsdaten verstehen. Bern 2006.*

Gesundheitsberichterstattung hat eine politikunterstützende Funktion. Dies setzt voraus, dass sie 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, Daten 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.

Der Vortrag zeigt anhand einiger Beispiele, wie in Bayern ge-

sundheitspolitische Handlungsfelder durch die Gesundheitsberichterstattung untersetzt werden und wie dabei Routinedaten und Surveys ineinander greifen.

### 1. Beispiel: Impfkampagnen

Nach § 34 Abs. 11 IfSG wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen auch der Impfstatus der Kinder erfasst. Die Daten zeigen, dass die Masernimpfraten in Bayern unter dem Bundesdurchschnitt liegen und dass es in Bayern ein Nord-Süd-Gefälle der Impfraten gibt. Diese regionalisierten Informationen waren Anlass für die Entwicklung eines Masernaktionsplans durch die Landesarbeitsgemeinschaft Impfen.

### 2. 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 die in Südbayern. Dabei spielt das u.a. aus der Zeit der Teilung Europas herrührende sozioökonomische Gefälle zwischen Nordostbayern und Südbayern eine wichtige Rolle. Ein Vermittlungsweg zwischen den sozioökonomischen Faktoren und der Gesundheit ist das Gesundheitsverhalten. So ist z.B. bekannt, dass Rauchen, körperliche Aktivität oder das Ernährungsverhalten mit dem sozialen Status 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](http://www.gbe-bund.de)). In der Analyse der Todesursachen verdichteten sich Hinweise auf die erwähnte Rolle des Gesundheitsverhaltens. Dazu liegen jedoch aus der amtlichen Statistik keine regionalisierten Daten vor. Daten zum Gesundheitsverhalten wurden daher über einen Survey mit ca. 4.500 standardisierten Interviews erhoben. Die Ergebnisse bestätigten die Vermutung, dass das Gesundheitsverhalten in Nordostbayern ungünstiger war als in Südbayern. Damit sind auch Ansatzpunkte für gesundheitspolitisches Handeln gegeben.

### 3. Beispiel: Tabakkonsum

Tabakkonsum stellt das wichtigste verhaltensbedingte Gesundheitsrisiko dar. Man schätzt, dass 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 Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“ Die Gesundheitsberichterstattung kann sich in der Begleitung dieser Initiative z.B. auf Routinedaten aus dem Mikrozensus stützen. Für Jugendliche, die für die Prävention von besonderer Bedeutung sind, liegen jedoch keine bzw. keine ausreichenden Daten aus dem Mikrozensus vor. In Bayern werden seit 1973 Daten zum Tabakkonsum junger Menschen im Rahmen von „Jugendgesundheitsstudien“ erhoben. Sie zeigen einerseits den Erfolg präventiver Bemühungen, andererseits aber auch, dass der Rückgang der Raucherquoten bei jungen Menschen kein naturwüchsiger Selbstlauf ist.

### Fazit

Surveys stellen in der Gesundheitsberichterstattung der Länder eine wichtige Ergänzung der amtlichen Statistik und anderer Routinestatistiken dar. Ein Problempunkt sind die hohen Kosten von Surveys und fehlende Vergleichsdaten aus anderen Bundesländern. Dies unterstreicht die Bedeutung des geplanten Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts, das zumindest für größere Regionen vergleichbare Daten liefert.

## Tagungsort

**Museum Wiesbaden**  
Friedrich-Ebert-Allee 2  
65185 Wiesbaden

## Tagungsleitung

■ *Prof. Dr. Manfred Ehling / Patricia Lugert*

Statistisches Bundesamt  
Institut für Forschung und Entwicklung  
in der Bundesstatistik / Forschungsdatenzentrum  
65180 Wiesbaden

Telefon: +49 (0) 611 / 75 29 03 oder 75 42 28

E-Mail: [manfred.ehling@destatis.de](mailto:manfred.ehling@destatis.de)  
[patricia.lugert@destatis.de](mailto:patricia.lugert@destatis.de)

■ *Karin Böhm*

Statistisches Bundesamt  
Gruppe VIII A - Gesundheit  
Graurheindorfer Straße 198  
53029 Bonn

Telefon: +49 (0) 18 88 / 644 81 15

E-Mail: [karin.boehm@destatis.de](mailto:karin.boehm@destatis.de)

## Organisation

*Marco Schwickerath / Sonja Reerink*

Statistisches Bundesamt  
Institut für Forschung und Entwicklung  
in der Bundesstatistik / Forschungsdatenzentrum  
65180 Wiesbaden

Telefon: +49 (0) 611 / 75 38 89 oder 75 47 14

Telefax: +49 (0) 611 / 75 39 50

E-Mail: [kolloq@destatis.de](mailto:kolloq@destatis.de)

Internet: <http://kolloq.destatis.de>

Erschienen im November 2008

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise,  
mit Quellenangabe gestattet.

Fotorechte: Ewa Walicka - Fotolia.com

Statistisches Bundesamt, Gesundheit be(ob)achten, 2008

**Bestellnummer: 0120009-08900-1**