



Gesundheitsberichterstattung und Public Health – Zu Stand und Perspektiven der Gesundheitsberichterstattungspraxis

Prof. Dr. Thomas Elkeles

Fachtagung „15 Jahre Gesundheitsberichterstattung in NRW auf der Grundlage des ÖGDG – Bilanz und Ausblick“

**Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
Harenberg City-Center Dortmund, 26.10.2012**



- Gesundheitsberichterstattung (GBE) informiert nach einer gängigen Definition über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung oder einzelner Gruppen und stellt sie in ihren sozialen, ökologischen und ökonomischen Bezügen dar
- Hierbei sollen ihre Ergebnisse mittelfristig in die Planung politischer Maßnahmen eingehen (GBE als Werkzeug für Festsetzung von Prioritäten u. Zielsetzungen)
- Durch Bereitstellung derartiger Planungsgrundlagen soll es zur Qualitätssicherung und Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens kommen





SGB V (Auszug) Fünftes Kapitel Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 142

(1) Das BMG beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das BMG eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. (...)



New Public Health

nach: Rosenbrock (2001)

Wissenschaftliche Definition von Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Gesundheitsbelastungen und Stärkung bzw. Vermehrung von Gesundheitsressourcen mittels überwiegend nichtmedizinischer Interventionen



New PublicHealth

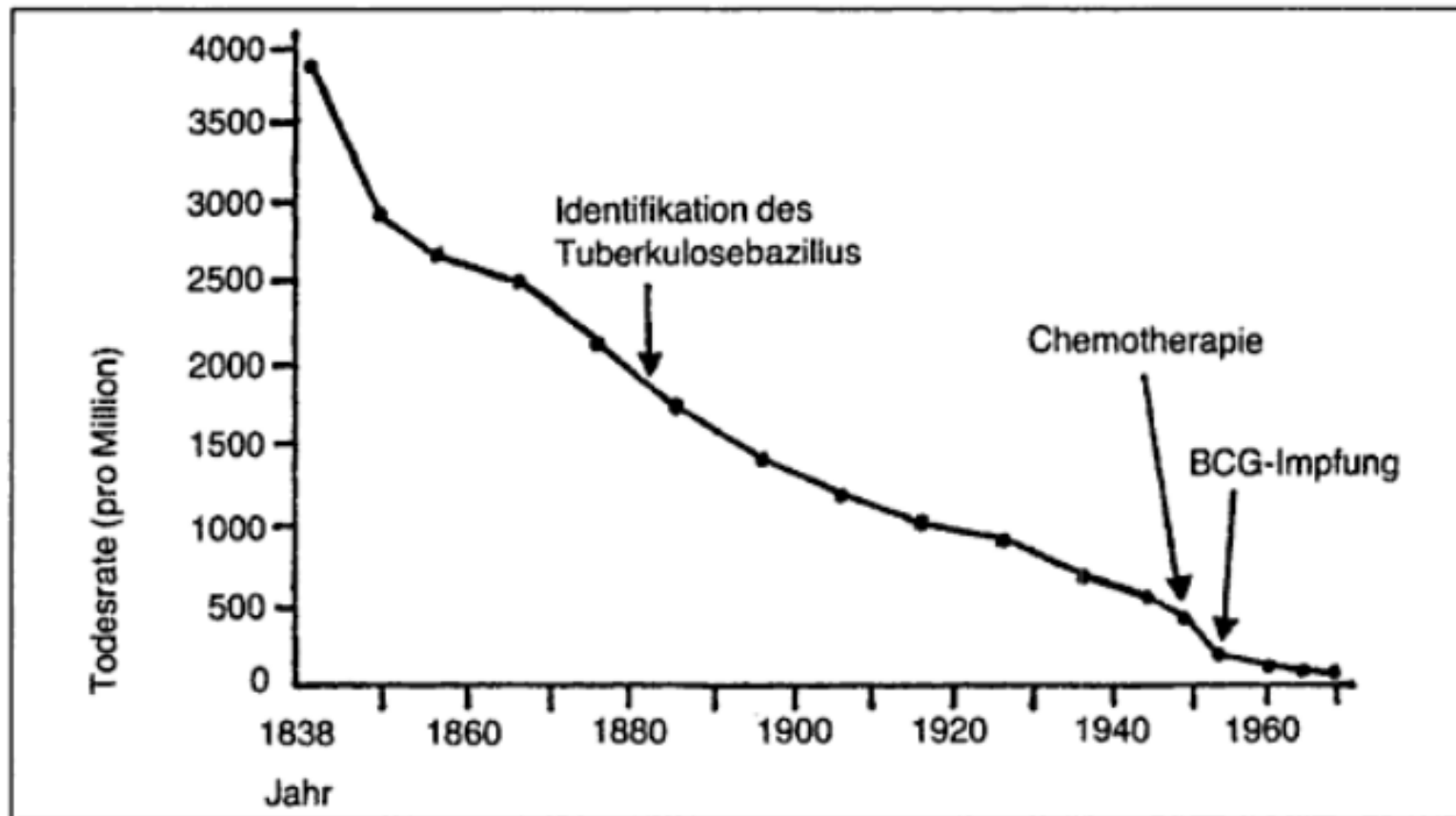
nach: Rosenbrock (2001)

charakteristisch für Public Health

- bevölkerungsbezogene Perspektive von Gesundheit und Krankheit
- Analyse und Beeinflussung der hinter den individuellen Krankheitsfällen stehenden epidemiologisch fassbaren Risikostrukturen, Verursachungszusammenhängen und Bewältigungsmöglichkeiten
- Nutzung in Prävention wie in Krankenversorgung
- wissenschaftlich Multidisziplin
- politisch soll Berücksichtigung in allen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern sein



Abb. 1.1: Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit



Quelle: McKeown, 1982, S. 136 (mittlere jährliche Todesraten für England und Wales, standardisiert auf die Bevölkerung von 1901)

Public Health Action Cycle

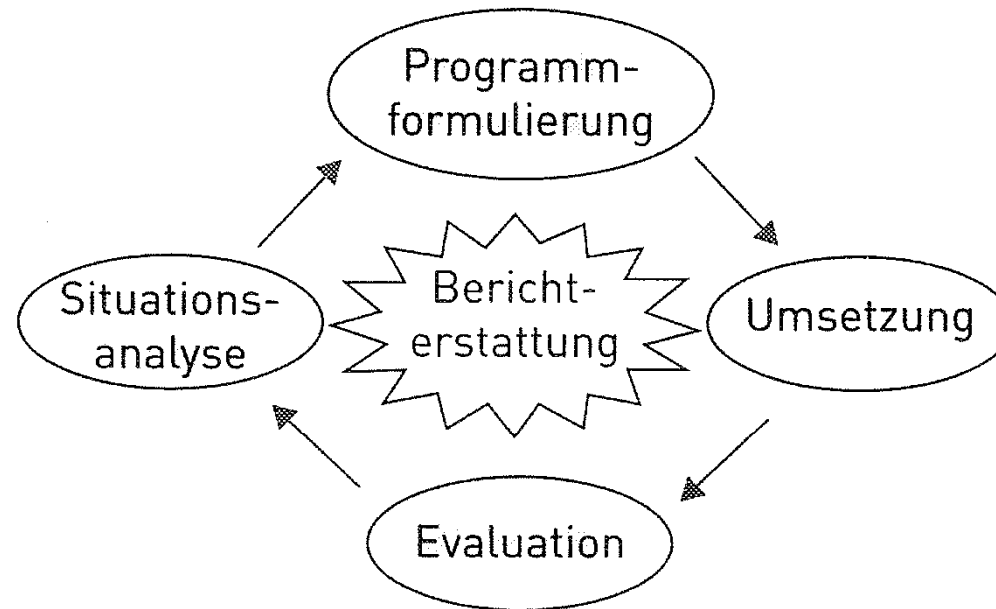


Abbildung 14-1: Public Health Action Cycle
(Quelle: eigene Darstellung nach Rosenbrock 1995,
Institute of Medicine, The Future of Public health,
Washington 1988)

Quelle: Süß/Wolf (2012: 179)



Ausgewählte Referatsthemen: Gesundheits- und Pflegeberichterstattung Neubrandenburg, Wintersemester 2011/12

- Die gesunde Lebenserwartung – ein Beitrag in der GBE (*Kaczynski*)
- Gesundheitsberichterstattung in Landkreisen am Beispiel von Schuleingangsuntersuchungen. Ein Vergleich der Landkreise Uckermark und Peine im Jahr 2010 (*Zander*)
- Vergleich zum Stand der GBE in den Bundesländern M-V und NRW (*Kittel*)
- Krebsregistrierung in Deutschland (*Krause*)
- Kommunale Pflegeberichterstattung und ihre Bedeutung für die Erfüllung der kommunalen Daseinsvorsorge
- Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen – Landkreisvergleich M-V (*Steinhorst*)



**Neuerscheinung
2010**

Thomas Elkeles (Hrsg.)

**Konzeptionen zur Berichterstattung – aktuelle Beiträge
zur Gesundheits- und Pflegeberichterstattung**



303 Seiten, 8 Abbildungen, 13 Tabellen

ISBN 978-3-941968-02-8

Preis: 7,50 €

Nach dem Erscheinen von Büchern zur Konzeption des Aufbaus einer Gesundheitsberichterstattung (GBE) zu Beginn und Mitte der 90er Jahre schien es jahrelang so, als ob die Gesundheitsberichterstattung damit konsolidiert oder aber auch stagnierend sei. Die Pflegeberichterstattung kam demgegenüber in konzeptioneller Hinsicht über erste Anläufe bisher kaum über proklamatorische Einforderungen hinaus. Die in diesem Band zusammen-gefassten Beiträge stellen - in ihrer Zusammenstellung - ein konzeptionell geprägtes Spektrum von Themen dar, die hiermit der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Anke Zorn: *Der Beitrag des Sachverständigenrats*
Dominik Röding: *Die staatliche Berichterstattungspraxis*
Inga Kulbe: *Gesundheit in der Sozialberichterstattung*
Manja B. Könecke: *Epidemiologische Surveillance*
Andrew Sadler: *Infektionskrankheitenberichte der Bundesländer*
Maik Luplow: *Europäische Gesundheitsberichterstattung*
Doreen Schemming: *Pflegeberichterstattung in Deutschland*

Zu beziehen im Buchhandel oder:
Versand über:
Hochschule Neubrandenburg, Referat 1, Brodser Straße 2, 17033 Neubrandenburg,
Tel.: 0395 / 5693-1012; E-Mail: kathrin.lux@hs-nb.de

✕ -----
Bestellcoupon:

... Ex. Thomas Elkeles (Hrsg.) (2010):

Konzeptionen zur Berichterstattung – aktuelle Beiträge zur Gesundheits- und Pflegeberichterstattung
ISBN 978-3-94-1968-02-8

Ich zahle per Rechnung

Name, Vorname

Straße / Nr.

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift



Neuerscheinung 2012

Kathrin Bernateck / Stefan Fischer

3. Gesundheitsbericht des Landkreises Mecklenburg-Strelitz Berichtszeitraum 2005 - 2010

221 Seiten, 113 Abbildungen, 33 Tabellen

ISBN 978-3-941968-26-4

Schriftenreihe der Hochschule Neubrandenburg: Reihe G, Band 17

Preis: 8,00 €

✕

Bestellcoupon:

Hiermit bestelle ich Exemplar(e) von Bernateck / Fischer (2012): 3. Gesundheitsbericht des Landkreises Mecklenburg-Strelitz (Bitte Anzahl eintragen)

Bezug: Buchhandel oder per Bestellung

Versand über: Hochschule Neubrandenburg
Dezernat I, Brodser Straße 2, 17033 Neubrandenburg,
Tel.: 0395 / 5693-1012; Fax: 0395 / 5693-1998; E-Mail: kathrin.lux@hs-nb.de

Die Zahlung erfolgt per Rechnung (Versandkosten im Inland: 0,85€).

Lieferadresse:	Rechnungsadresse (bei Abweichungen zur Lieferadresse):
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Straße / Nr.	Straße / Nr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Datum, Unterschrift	Datum, Unterschrift



Neuerscheinung 2012

Melanie Wilk

Pflegebericht für den Landkreis Mecklenburg-Strelitz im Zeitraum von 2003 - 2009

71 Seiten, 17 Abbildungen, 9 Tabellen

ISBN 978-3-941968-27-1

Schriftenreihe der Hochschule Neubrandenburg: Reihe G, Band 18

Preis: 7,50 €

✕

Bestellcoupon:

Hiermit bestelle ich Exemplar(e) von Wilk (2012): Pflegebericht für den Landkreis Mecklenburg-Strelitz (Bitte Anzahl eintragen)

Bezug: Buchhandel oder per Bestellung

Versand über: Hochschule Neubrandenburg
Dezernat I, Brodser Straße 2, 17033 Neubrandenburg,
Tel.: 0395 / 5693-1012; Fax: 0395 / 5693-1998; E-Mail: kathrin.lux@hs-nb.de

Die Zahlung erfolgt per Rechnung (Versandkosten im Inland: 0,85€).

Lieferadresse:	Rechnungsadresse (bei Abweichungen zur Lieferadresse):
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Straße / Nr.	Straße / Nr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Datum, Unterschrift	Datum, Unterschrift



Regionale Fachtagung NB 16.03.2012

- Was wurde bisher in Kommunen und Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern gemacht?
- Welche Schritte ergeben sich daraus für die Zukunft?
- Wie können Daten und Methoden in Zusammenarbeit zwischen kommunaler und Landesebene verbessert werden?
- Welche Chancen oder aber auch welche Probleme ergeben sich dabei durch die Schaffung der neuen Großkreise in Mecklenburg-Vorpommern?
- Welche Ansätze, Wege und Schritte sollen bei der Umsetzung der Gesundheits- und Sozialberichterstattung und der Verwertung ihrer Ergebnisse getan werden?
- Welche Rolle kommt dabei verschiedenen Akteuren auf kommunaler und Landesebene zu?



Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland - Münchner GBE- Studie

- Vollerhebung (2007) mittels E-mail-Fragebogen;
auswertbarer Rücklauf: 47 % (n=195);
- 75 beteiligten sich an Nonresponder-Analyse
- Ergebnisse - Eckdaten zur kommunalen GBE,
statistische Analyse von Einflussfaktoren auf GBE



Erstellungsprozess der Gesundheitsberichte

- Initiative für Gesundheitsbericht liegt meist beim Gesundheitsamt selbst (76 Prozent)
- Datengrundlage
 - Schuluntersuchungen 92 %
 - Amtliche Statistiken 82 %
 - Infektionsdaten 72 %
 - Neu erhoben 59%
- Hilfsmittel
 - Handlungsanleitungen der übergeordneten Landesbehörden (Broschüren) 52 %
 - Keine 26 %
 - Uni-Kooperationen 25 %
 - Arbeitsteilung 21 %



Einschätzung der politischen Folgen der GBE

- Politische Konsequenzen aus Gesundheitsberichten
 - 60 % selten
 - 23 % nie
 - 16 % oft
 - 1 % nie
- Interesse der Bürger
 - 74 % selten
 - 17% nie
 - 7 % oft
 - 2 % nie



Einschätzung der Bedeutung der GBE

- **Gegenwärtige Bedeutung**

- Groß 8 %
- Mittel 46 %
- Gering 43 %
- Weiß nicht 3 %

- **Zukünftige Bedeutung**

- Groß 34 %
- Mittel 40 %
- Gering 21%
- Weiß nicht 5 %



Weiterentwicklung der GBE in der Kommune

- Hindernisse
 - Personalmangel 75 %
 - Geldmangel 47 %
 - Wenig Interesse der Politik 38 %
 - Fachwissen fehlt 15 %
 - Keine Hindernisse 11 %
- Weiterbildungsbedarf
 - Epidemiologie 42 %
 - Öffentlichkeitsarbeit 40 %
 - Projektmanagement 38 %
 - Keinen 27 %
 - Texte schreiben 26 %



Unterschiede zwischen Ämtern mit GBE und Ämtern ohne GBE

- Ämter mit GBE deutlich höherer Anteil
 - an Ressourcen
 - GBE bezogen auf amtsübergreifende Aufgaben
 - GBE bezogen auf Routineaufgaben des Amtes
- In kleineren Ämtern seltener GBE vorhanden
- Unterschiede bezüglich städtischer oder ländlicher Zuständigkeit nicht signifikant



Unterschiede in der Einschätzung der Relevanz der GBE

- Ämter, die der gegenwärtigen GBE große Bedeutung zumessen
 - verfügen über eigene Ressourcen für GBE
 - GBE in Erfüllung der Routineaufgaben und in amtsübergreifende Planungsprozesse eingebunden
 - Seltener Weiterbildungsbedarf
 - Häufigere Behandlung ihrer Berichte in Politik und Presse
- Ämter, der der gegenwärtigen GBE geringe Bedeutung zumessen
 - kaum eigene Ressourcen für GBE
 - GBE weniger hilfreich bei Erfüllung der Routineaufgaben und ist seltener in amtsübergreifende Planungsprozesse eingebunden
 - Berichte haben kaum politische Folgen



Einflussfaktoren auf die kommunale GBE

- Hohen Einfluss auf die Erstellung von GBE
 - Einbindung der GBE in Routineaufgaben des Amtes
 - Faktoren der „Professionalisierung“
- Hohen Einfluss auf Bedeutungsbewertung der GBE in der Gegenwart
 - GBE in amtsübergreifende Planungsprozesse eingebunden
 - Folgen auf Daten
- Hohen Einfluss auf Bedeutungsbewertung der GBE in der Zukunft
 - GBE hilft bei der Erfüllung von Routineaufgaben
 - Berichte werden in Politik und Presse thematisiert



Einflussfaktoren auf die kommunale GBE

- „Risikogruppe“ von Ämtern, die Bedeutung der GBE für Zukunft schlecht einschätzen
 - Ämter mit „Professionalisierungsmerkmalen“
 - Hochengagierte Berichterstatter in Erwartungen hinsichtlich der GBE enttäuscht
 - Kosten-Nutzen-Bilanz fällt kritisch aus



Schlussfolgerung der Autoren

- Politik nutzt die GBE auf kommunaler Ebene nur eingeschränkt (Vgl. dazu auch Ziemer, B. & Grunow-Lutter 2007)
 - Stellt enormes Problem dar
- Themenpalette beschränkt sich größtenteils auf klassische Bereiche des öffentlichen Gesundheitsdienstes
 - Behandlung von gesundheitspolitisch vorrangigen Problemen
 - Politik sollte Informationsbedarf formulieren
- Bereitstellung von Ressourcen

Public Health Action Cycle

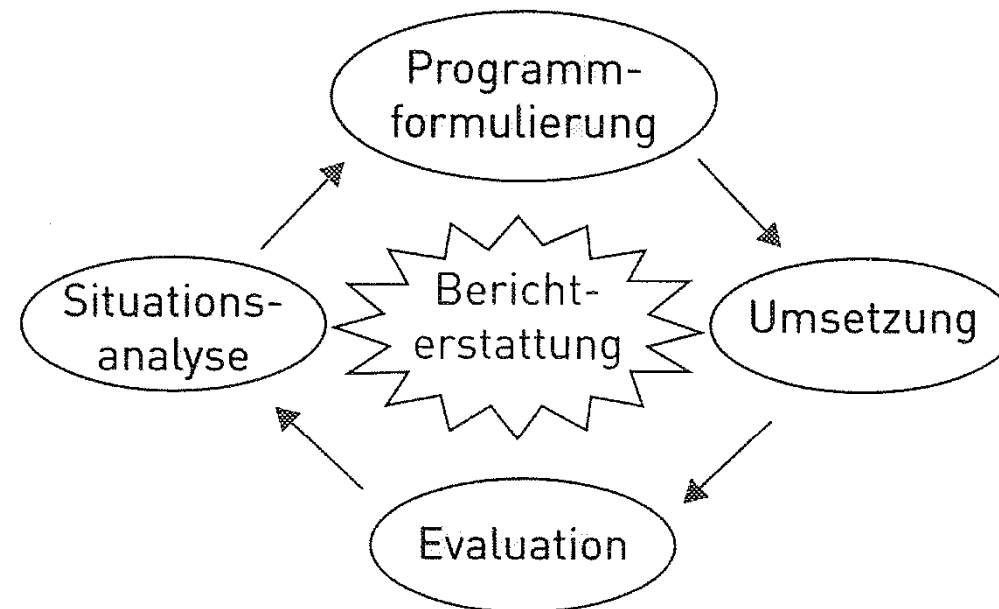


Abbildung 14-1: Public Health Action Cycle
(Quelle: eigene Darstellung nach Rosenbrock 1995,
Institute of Medicine, The Future of Public health,
Washington 1988)

Quelle: Süß/Wolf (2012: 179)



Berichterstattung und Public Health Action Cycle

(nach: Süß/Wolf 2012)

- **Erste Phase:** „assessment“ – Situationsanalyse (Beschreibung und Bewertung der Situation anhand von Indikatoren, Daten und weiteren wissenschaftlichen Analysen)
- **Zweite Phase:** „policy formulation“ – Politikformulierung (Strategie- und Programmentwicklung, Maßnahmen und Aktivitäten, strategische und operative Ziele)
- **Dritte Phase:** „implementation“ – Implementation (strategische Programmumsetzung, Bildung von Akteurskonstellationen und Implementationsstrukturen)
- **Vierte Phase:** „evaluation“ – Evaluation (Überprüfung der Ergebnisse der Implementation durch erneute Situationsanalyse und eventuelle Reformulierung der Politik)



Berichterstattung und Public Health Action Cycle

(nach: Süß/Wolf 2012)

„Die Geschichte der GBE macht aber auch deutlich, dass die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Richtung Anwendungsorientierung nur mit der Praxis – also ihren Gestaltern und Nutzern gleichermaßen – zusammen funktioniert (...).“



Neuere Themenschwerpunkte in Public Health Beispiel Armut und Gesundheit

Tabelle 1: Lebenserwartung bei Geburt und ab einem Alter von 65 Jahren nach Einkommen (Angaben in Jahren); Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995-2005 (Lampert et al. 2007); Quelle: Lampert/Kroll (2010: 2)

Einkommen	Frauen		Männer	
	Bei Geburt	Ab 65 Jahre	Bei Geburt	Ab 65 Jahre
< 60 %	76,9	16,2	70,1	12,3
60 – < 80 %	81,9	19,8	73,4	14,4
80 – < 100 %	82,0	19,9	75,2	15,6
100 – < 150 %	84,4	21,8	77,2	17,0
≥ 150 %	85,3	22,5	80,9	19,7
Gesamt	81,3	19,3	75,3	15,7



Neuere Themenschwerpunkte in Public Health Beispiele Armut und Gesundheit

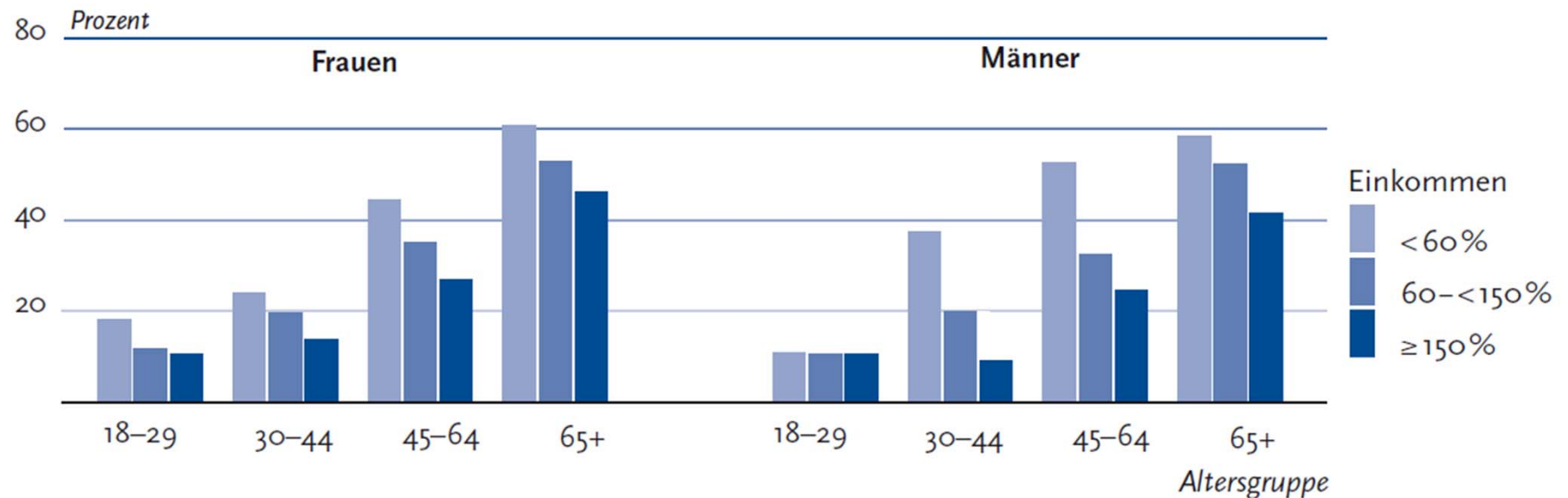
- Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung lässt sich nicht nur auf der Individual-, sondern auch auf sozialräumlicher Ebene beobachten. Eine aktuelle Untersuchung verdeutlicht dies anhand der 96 Raumordnungsregionen in Deutschland, die vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBR) ausgewiesen werden (RKI 2009).
- Im Allgemeinen gilt, dass die mittlere Lebenserwartung bei Geburt in den Regionen mit niedriger Armutsrisikoquote am höchsten ist. Bei Männern beträgt die Differenz zwischen den Regionen mit den höchsten und niedrigsten Armutsrisikoquoten etwa fünf, bei Frauen etwa drei Jahre.
- Kleinräumige Betrachtungen weisen ebenfalls auf erhebliche sozialräumliche Unterschiede in der Lebenserwartung hin, z.B. zwischen den Bezirken bzw. Stadtteilen in den Großstädten Berlin und Bremen (SenGesUmV 2008; Freie Hansestadt Bremen 2006).

Quelle: GBE-kompakt; gbe-bund.de



Neuere Themenschwerpunkte in Public Health Beispiel Armut und Gesundheit

Abbildung 2: Krankheitsbedingte Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten nach Einkommen; Datenbasis GEDA 2009; Quelle: Lampert/Kroll (2010: 4)





Neuere Themenschwerpunkte in Public Health Beispiel Armut und Gesundheit

Von Armut betroffene Personen berichten häufiger über krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen

- Chronische Erkrankungen gehen oftmals mit funktionellen Einschränkungen einher, welche die Alltagsbewältigung und soziale Teilhabe erschweren und die Lebensqualität vermindern können.
- Ob und inwieweit sich chronische Erkrankungen auf die Alltagsbewältigung auswirken, hängt neben der Dauer und dem Schweregrad der Erkrankung auch von den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und der sozialen Unterstützung ab.

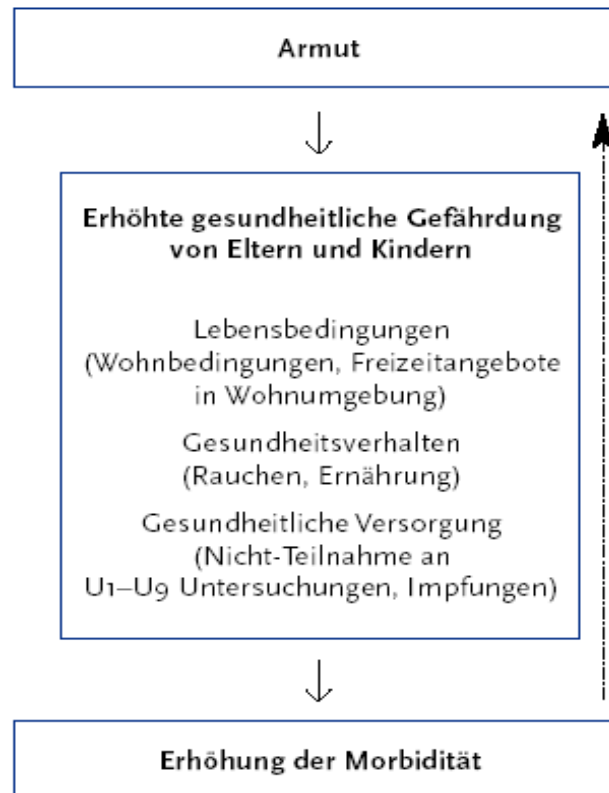
Quelle: GBE-kompakt; gbe-bund.de



Neuere Themenschwerpunkte in Public Health

Beispiel Armut und Gesundheit

Mögliche Einflussbeziehungen zwischen Armut und Krankheit im Kindes- und Jugendalter
Quelle: Mielck 2001





Neuere Themenschwerpunkte in Public Health Beispiel Versorgungsforschung Folgen des DRG-Entgeltsystems?

Abbildung 1: Entwicklung der Fallzahlen im Krankenhaus 1994-2011 (in Mio.); Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

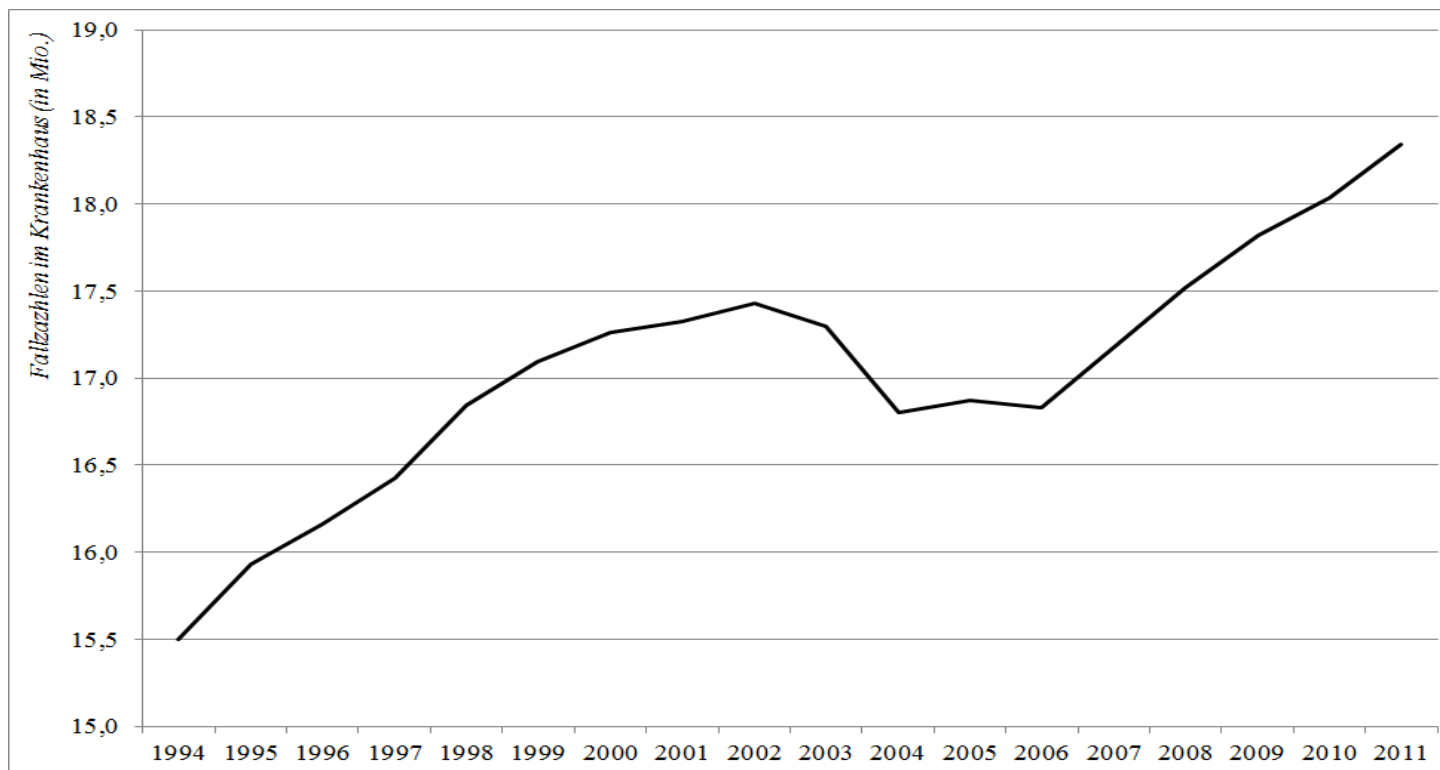




Abbildung 2: GKV-Ausgaben für Krankenhäuser 2000-2010 (in Mrd. Euro); Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

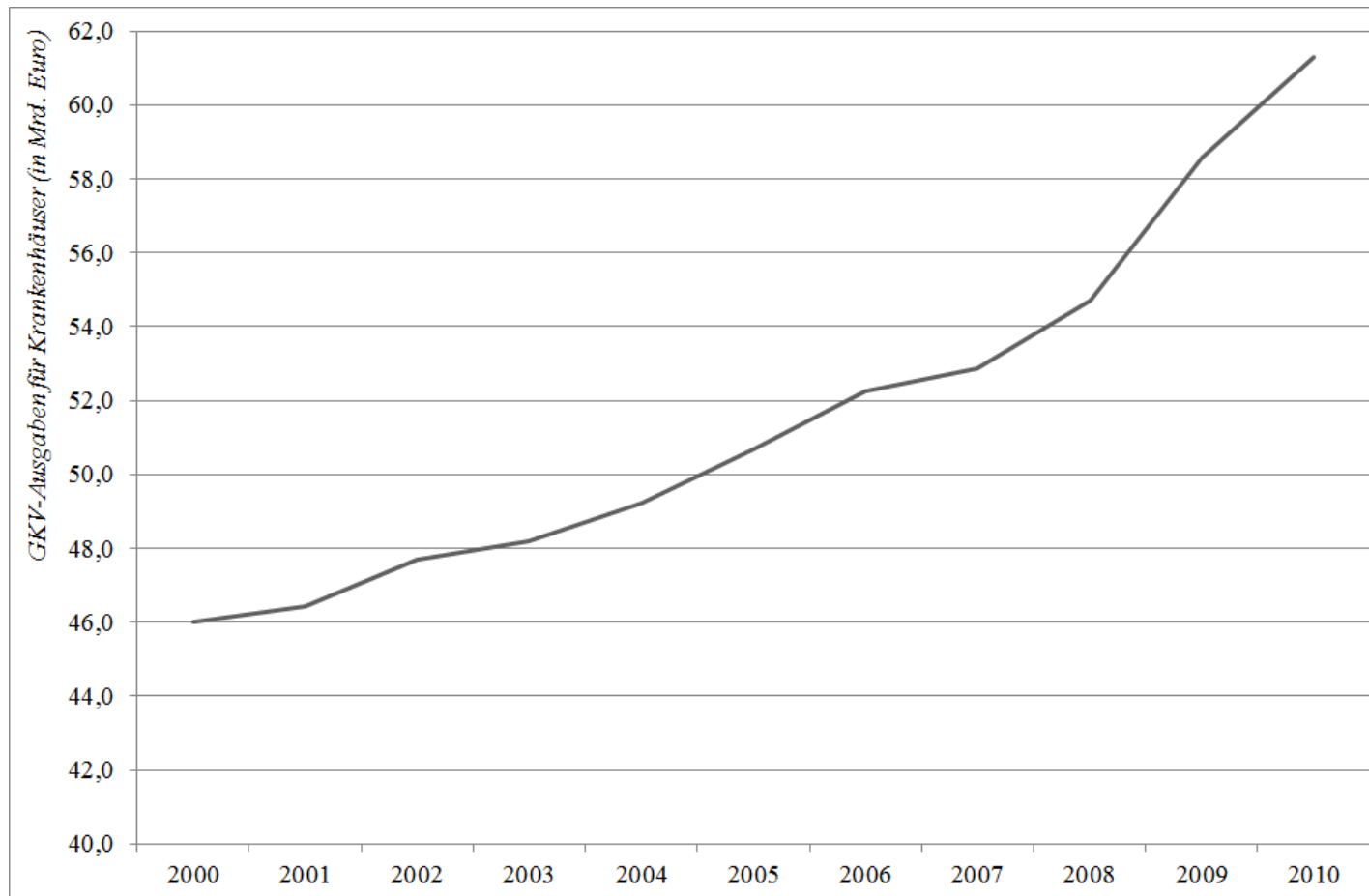




Abbildung 3: DRG-Casemix-Veränderung 2009/2010 nach Bundesländern; Quelle: Eigene Darstellung nach Kramer et al. 2012 : 323

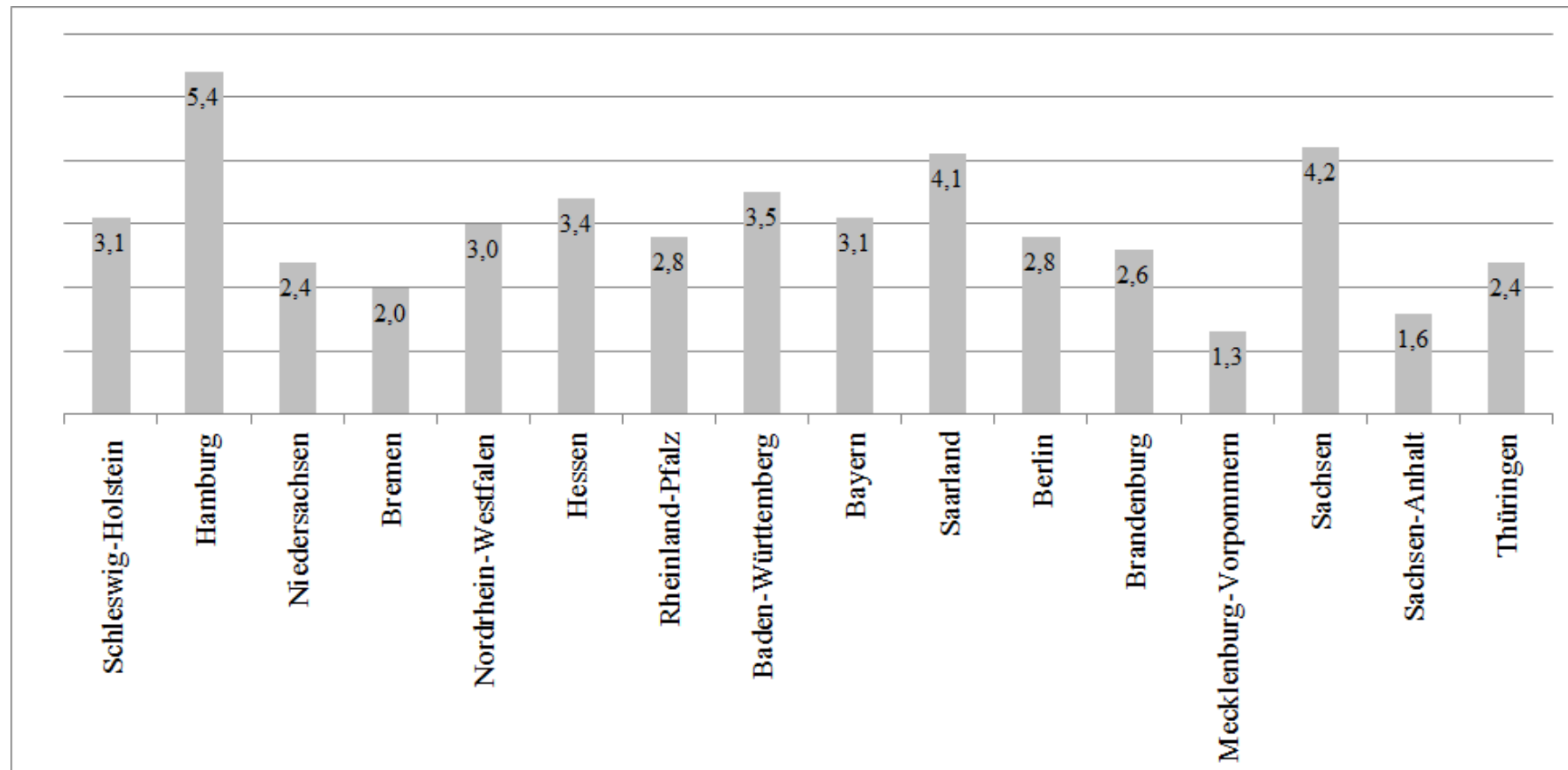




Abbildung 4: Geburten insgesamt und Kaiserschnittentbindungen (Index 100 im Jahr 2000); Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

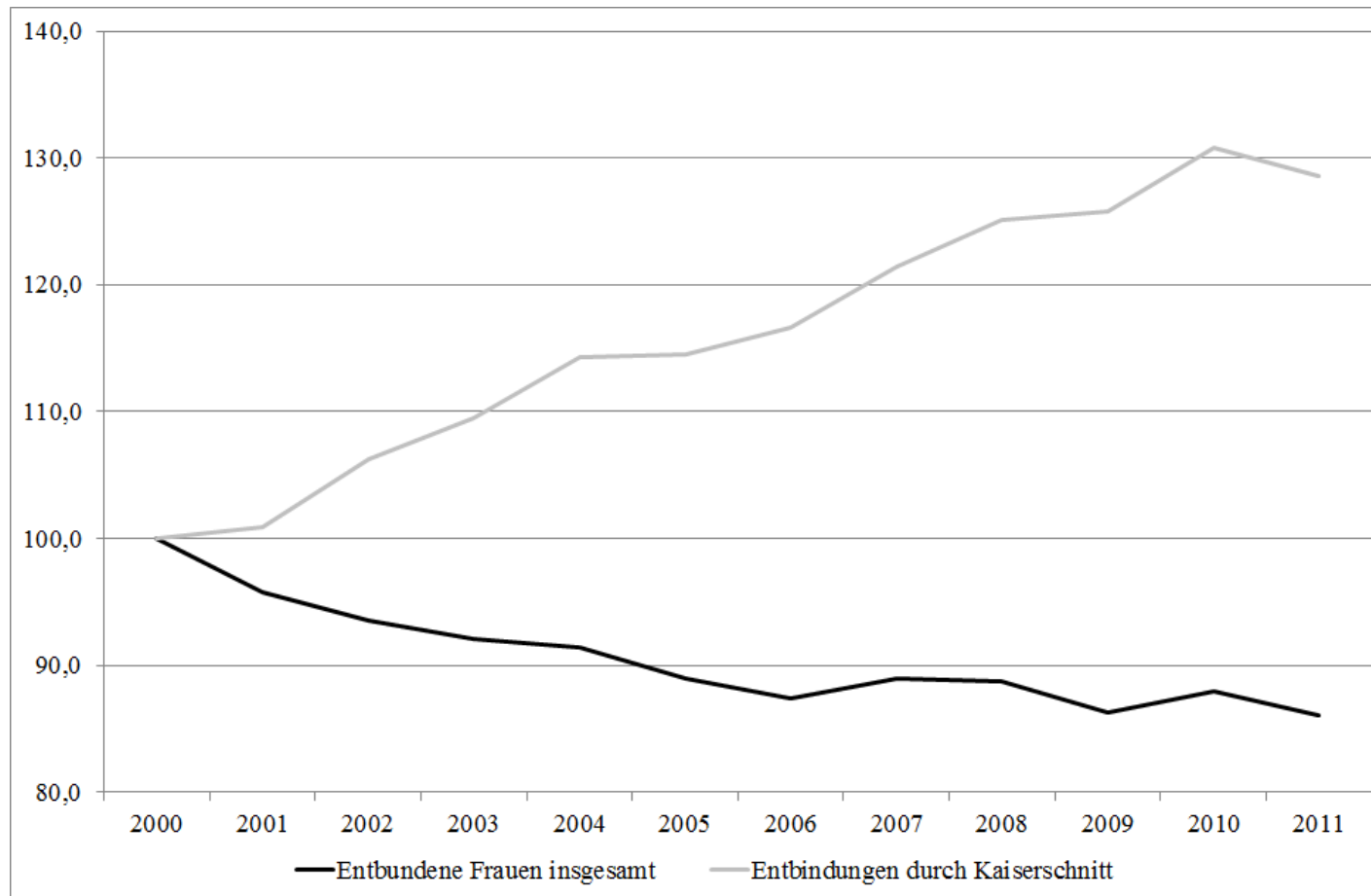




Abbildung 5: Verweildauer im Krankenhaus (in Tagen); Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

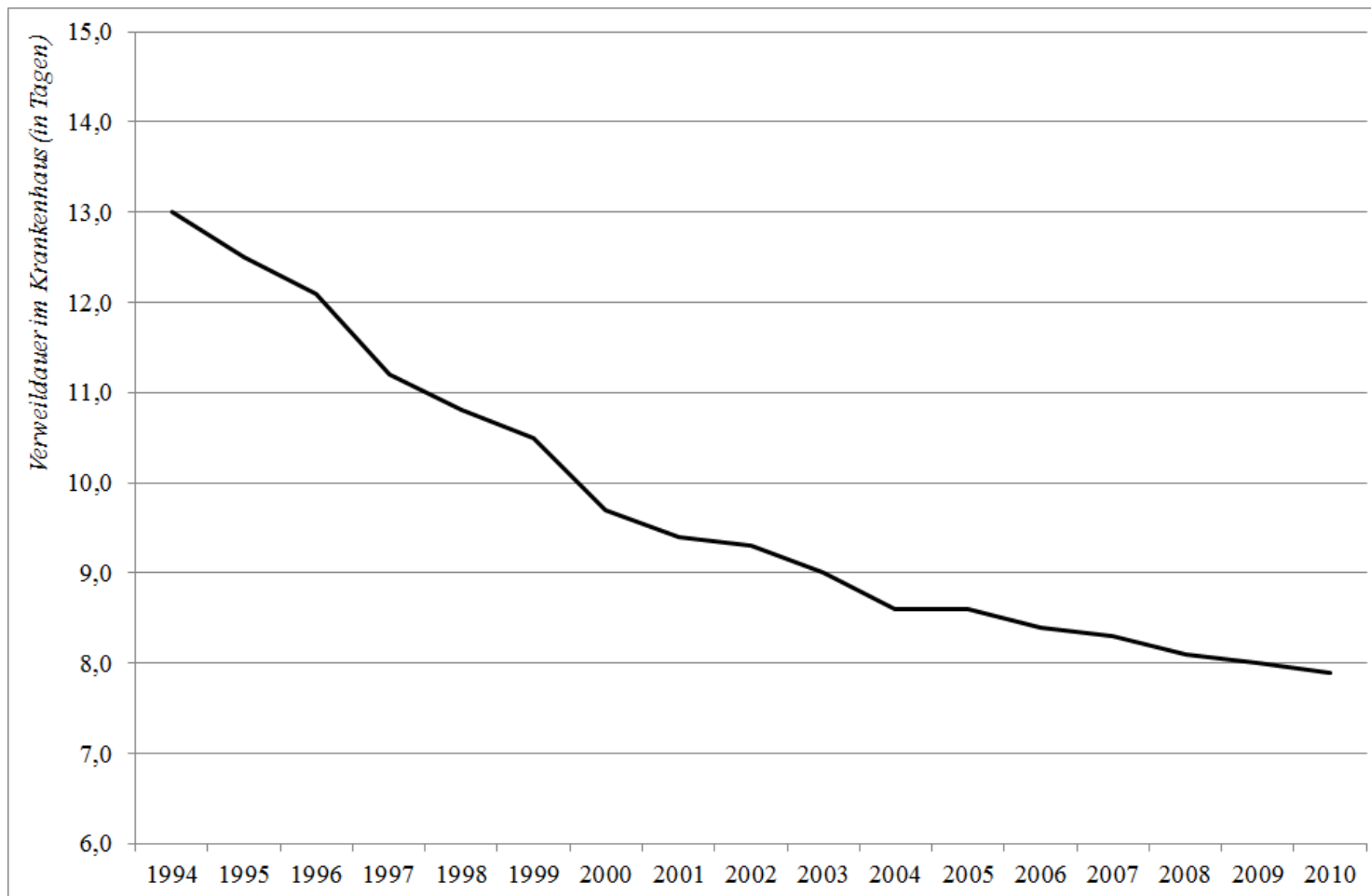




Tabelle 1: Fallpauschalen für Neugeborene ohne Probleme; Quelle: Weisbrod-Frey (2012: 288)

DRG	Kurzbeschreibung	Relativgewicht	Landesbasisfallwert	Betrag
P 67 D	Neugeborene/r, Geburtsgewicht > 2.499g	0,250	2.991,53 Euro*	747,88 Euro
P 66 D	Neugeborene/r, Geburtsgewicht < 2.499g	0,341		1.020,11 Euro

Die Abweichung des Geburtsgewichts von einem Gramm ergibt hier einen Unterschiedsbetrag von 272,23 Euro. Somit ist es für die Kliniken lukrativer, wenn die Neugeborenen weniger als 2.499g wiegen.

* Dieser Wert entspricht dem Bundesbasisfallwert (BBFW) 2012. Er ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) berechnet. Die Landesbasisfallwerte können davon aber in einem Korridor nach oben und unten abweichen. Bis 2014 sollen die Abweichungen auf +2,5% und -1,25% zum BBFW begrenzt werden.

Tabelle 2: Fallpauschalen für Neugeborene mit mehreren schweren Problemen; Quelle: Weisbrod-Frey (2012: 288)

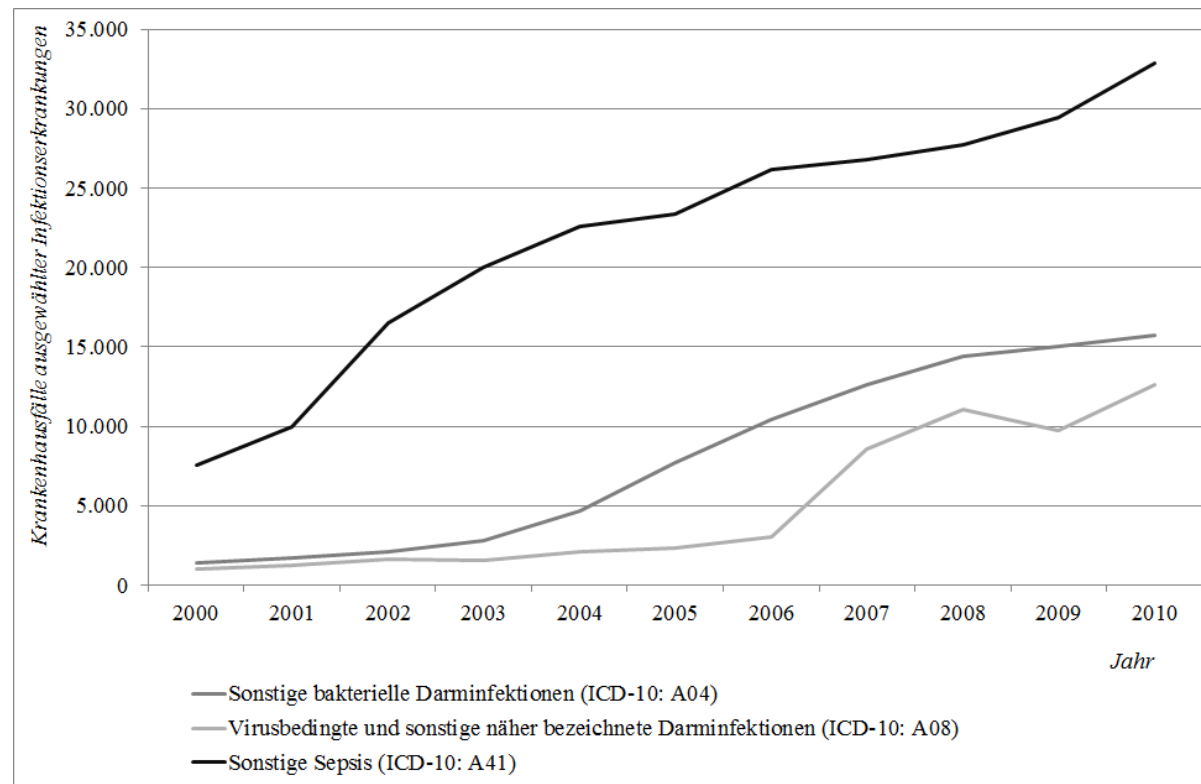
DRG	Kurzbeschreibung	Relativgewicht	Landesbasisfallwert	Betrag
P 67 A	Neugeborene/r, Geburtsgewicht > 2.499g	2,022	2.991,53 Euro	6.048,87 Euro
P 66 A	Neugeborene/r, Geburtsgewicht < 2.499g	3,450		10.320,78Euro

Die Abweichung des Geburtsgewichts von einem Gramm ergibt hier einen Unterschiedsbetrag von 4.271,91 Euro.



Neuere Themenschwerpunkte in Public Health Beispiel Versorgungsforschung Anstieg der Krankenhausinfektionen als Folgen von ...?

Abbildung 6: Fallzahlen im Krankenhaus der über 75-jährigen Patienten für ausgewählte Diagnosegruppen; Quelle: eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Bundesamtes (gbe-bund.de)





Fazit:

- Deutlicher Optimierungsbedarf bei kommunaler GBE
- Beiträge der GBE zu Public Health-relevanten Themen wie:
 - Nichtmedizinische Interventionen
 - Wahrnehmung des Versorgungsauftrags des gesundheitlichen Versorgungssystems

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Ausgewählte Literatur

- Rosenbrock, Rolf (2001): Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsblatt 44(8): 753-762.
- Stockmann, Susanne (2007): Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland – Endbericht zur Münchner GBE-Studie, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München in Kooperation mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. München.
- Stockmann, Susanne/ Kuhn, Joseph/ Zirngibl, Angelika/ Mansmann, Ulrich (2008): Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung. Das Gesundheitswesen 70(11): 679-683.
- Streich, Waldemar (1997): Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz. Chancen einer staatlichen Regiefunktion im lokalen Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 26 "Soziale Medizin". Argument-Verlag, Hamburg, S. 109-120.
- Süß, Waldemar/ Wolf, Karin (2012): Gesundheitsberichterstattung. In: Böhme, C. et al. (Hg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Huber: Bern, S. 177-186.
- Weißbrod-Frey, Herbert (2012): Zehn Jahre diagnosebezogene Fallpauschalen in Kliniken. Die problematischen Folgen des neuen Entgeltsystems für versicherte, Patienten und Beschäftigte. Soziale Sicherheit 60(8-9): 285-292