Preis: € 7,50

22

papers

Gesundheitswissenschaften

Gesundheitsberichterstattung ausgewählter österreichischer Bundesländer

Eine Standortbestimmung für die oberösterreichischen Gesundheitsberichte

von Martin Nothegger

Herausgegeben von Univ.- Prof. Dr. Josef Weidenholzer, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse.
Redaktionelle Betreuung: Mag. Werner Bencic
Kontaktadresse:
OÖ Gebietskrankenkasse,
Frau Andrea Weber,
Gruberstraße 77,
A - 4021 Linz,
Tel.: 0732/7807-3221,
Fax: 0732/7807-66 3221,
E-mail: andrea.weber@ooegkk.at,
Hersteller:
OÖGKK-Hausdruckerei

Linz, 2007

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS **1**
ABBILDUNGSVERZEICHNIS **3**
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS **4**
ABSTRACT **5**
1. PROBLEMAUFRISS **8**
1.1. Einleitung 8
1.2. Motivation 8
1.3. Hypothese 11
1.4. Untersuchungsmethode und Fehlerquellen 11
2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN **15**
2.1. Gesundheit, Gesundheitsdeterminanten und Konsequenzen für die Gesundheitsberichterstattung 15
2.2. Gesundheitspolitik und Gesundheitsberichterstattung, gesundheitspolitische Entscheidungsebenen, Akteure und Ziele in der Gesundheitspolitik 18
2.3. Interventionstypen, Public Health Action Cycle 23
2.4. Funktionen und Zielgruppen der Gesundheitsberichterstattung 26
2.5. Unterschiedliche Arten der Gesundheitsberichterstattung, Definition und Klassifikation der Indikatoren 27
2.6. Anforderungen an die Gesundheitsberichterstattung 33
2.7. Soziale Ungleichheit und Gesundheit 34
2.8. Ökonomische Steuerung durch Gesundheitsberichterstattung 36
3. GOOD–PRACTICE–MODELLE DER GESUNDHEITSBERICHT-ERSTATTUNG **39**
3.1. Gesundheitsberichterstattung der USA 39
3.1.1. Die gesundheitspolitische Initiative „Healthy People 2010“ und aktuelle Probleme des Gesundheitssystems der USA 39
3.1.2. Ziel der Untersuchung des amerikanischen Gesundheitsberichts „Health, United States" 40
3.1.3. Gesundheitsbericht „Health, United States“ 40
3.1.4. Chartbook on Trends in the Health of Americans 41
3.1.5. Trend Tables 42
3.1.6. Lessons to learn 44
3.2. Trends in der Gesundheitsberichterstattung der EU und der Europäische Gesundheitsbericht 2005 48
3.2.1. Ziele des „Health Monitoring Program“ der EU und die Kernthemen der neuen Gesundheitsstrategie (2007 – 2013) der EU 48
3.2.2. Der Europäische Gesundheitsbericht 2005 49
3.2.3. Lessons to learn 50
3.3. Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen 51
3.3.1. Das Konzept der nordrhein-westfälischen Gesundheitsziele sowie deren Evaluation 52
3.3.2. Konzeption der bundeseinheitlichen Indikatoren 55

3.3.3. Verflechtung von Gesundheits- und Sozialberichterstattung in Nordrhein-Westfalen 57
3.3.4. Das Konzept der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen 59
3.3.5. Lessons to learn 61
3.4. Gesundheitsberichterstattung Schwedens 62
3.4.1. Historischer Rückblick 62
3.4.2. Gesundheitspolitische Ziele Schwedens 63
3.4.3. Indikatoren für das Monitoring der schwedischen Public Health – Strategie 64
3.4.4. Der schwedische Public Health–Strategie–Bericht 2005 67
3.4.5. Lessons to learn 67
4. VERGLEICHENDE ANALYSE DER LÄNDERGESUNDHEITS-BERICHTE 69
4.1. Einleitung 69
4.2. Problem- und Handlungsorientierung 71
4.2.1. Gesundheitsziele, Stellung im Public Health Action Cycle 71
4.2.2. Detailberichte in Oberösterreich, Steiermark, Wien und Tirol 75
4.3. Versorgungsberichterstattung, Medizinalstatistik 77
4.4. Interventionsorientierung, Gesundheitsdeterminanten 78
4.4.1. Sozialbezug 78
4.4.2. Umweltbezug 79
4.5. Psychische Krankheiten 80
4.6. Die ökonomische Dimension in den Gesundheitsberichten 82
4.7. Positionierung des oberösterreichischen Gesundheitsberichtes und Empfehlungen für einen zukünftigen oberösterreichischen Gesundheitsbericht 82
5. SCHLUSSBEMERKUNGEN 87
Literaturverzeichnis 88
Anhang 91

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 **Public Health Action Cycle** **25**

Abbildung 2 **Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit** **36**

Abbildung 3 **Health, United States, 2006, Übersicht der Tabellen** **47**

Abbildung 4 **Gesundheitliche Indikatoren in der Sozialberichterstattung, Soziale Indikatoren in der Gesundheitsberichterstattung NRW** **58**

Abbildung 5 **Übersicht über die Gesundheitsziele in den Bundesländern Oberösterreich, Steiermark, Wien und Tirol** **75**

Abbildung 6 **Vergleichende Darstellung der publizierten Detailberichte der Länder Oberösterreich, Wien, Steiermark, Tirol** **76**

Abbildung 7 **Darstellung der sozialbezogenen Indikatoren** **79**

Abbildung 8 **Darstellung der umweltbezogenen Indikatoren** **79**

Abbildung 9 **Indikatoren der psychisch - mentalen Krankheiten** **81**

Abbildung 10 **Indikatoren in Bezug auf die ökonomische Dimension der Gesundheitsversorgung** **82**

Abbildung 11 **Spinnennetz zur Positionsbestimmung Oberösterreich** **83**

Abbildung 12 **Spinnennetz zur Positionsbestimmung Wien** **84**

Abbildung 13 **Spinnennetz zur Positionsbestimmung Steiermark** **84**

Abbildung 14 **Spinnennetz zur Positionsbestimmung Tirol** **85**

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

WHO	World Health Organization
EU	Europäische Union
BimSchG	Bundesimmissionsschutzgesetz

ABSTRACT

Das Ziel dieser Arbeit ist es, im Rahmen einer vergleichenden Dokumentenanalyse der aktuellen Gesundheitsberichte der Bundesländer Oberösterreich, Steiermark, Wien und Tirol eine Standortbestimmung für den Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005 durchzuführen. Die Erkenntnisse, die aus dieser Diplomarbeit gewonnen werden, können im folgenden Gesundheitsbericht Oberösterreich, der für das Jahr 2010 vorgesehen ist, Eingang finden. Im Rahmen der vergleichenden Beurteilung der Gesundheitsberichte der Länder Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Wien sollte die Konzeption der Gesundheitsberichte im Hinblick auf die Interventions-, Handlungs- und Problemorientierung der Gesundheitsberichte, die Inhalte der Berichte hinsichtlich Darstellung der Risiken und Ressourcen der öffentlichen Gesundheit und der Versorgungssituation untersuchen. Weiters sollte die Integration sozioökonomischer und umweltbezogener Indikatoren in die Gesundheitsberichte und die Berücksichtigung medizinalstatistischer Daten insbesondere psychisch-mentaler Gesundheitsstörungen evaluiert werden.

Die Kriterien für die Dokumentenanalyse der vier Gesundheitsberichte wurden in einem ersten Schritt durch eine Literaturrecherche erarbeitet, die das Ziel hatte, den aktuellen Stand der Wissenschaft zum Thema Gesundheitsberichterstattung auszuarbeiten. Aus der Durchsicht der aktuellen wissenschaftlichen Literatur aus den Bereichen der Gesundheitswissenschaft, Gesundheitspolitik und Public Health Forschung ergaben sich Begriff, Funktion im Public Health Action Cycle, Zielsetzungen und Klassifikationen der Gesundheitsberichterstattung. Entsprechend der inhaltlichen Konzeption der Gesundheitsberichte sind als Ausprägungen der Gesundheitsberichte die Determinantenberichterstattung und die Versorgungsberichterstattung zu nennen. Beide Formen können innerhalb des Public Health Action Cycle unterschiedliche Aufgaben und Funktionen erfüllen und auf der Makro-, Mikro- und Mesoebene des Gesundheitswesens unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen.

Im zweiten Schritt wurden „good-practice“ – Modelle ausgewählt, um Trends in der aktuellen Gesundheitsberichterstattung erkennen zu können. Zu diesem Zweck wurde die Gesundheitsberichterstattung der USA, der Europäischen Union, Schwedens und Nordrhein-Westfalens ausgewählt. Die Erkenntnisse des Projekts „Evaluation of National and Regional Public Health Reports“, das im Rahmen des europäischen „Health Monitoring Program“ durch das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen geleitet wurde, flossen in die Erarbeitung der Kriterien ein. In den betrachteten Gesundheitsberichterstattungen ist als Trend die Positionierung der Gesundheitsberichte als politikberatendes Instrument aufgrund eines nationalen Gesetzes festzustellen, das die Erreichung zuvor definierter Gesundheitsziele definiert. Zur Steigerung der Effizienz der Gesundheitsberichte werden auf nationaler Ebene einheitlich definierte und beschriebene Indikatoren erarbeitet und verwendet, die in Gesundheitsberichten nachgeordneter Ebenen durch individuelle und auf das Informationsbedürfnis abgestimmte Indikatoren ergänzt werden können. Auf dieser Grundlage können aussagekräftige Benchmarks entwickelt werden, die zur Definition von Gesundheitszielen und daraus abgeleiteten gesundheitspolitischen Maßnahmen herangezogen werden können. Als weiterer Trend in der Gesundheitsberichterstattung ist das Bemühen um die Integration der Sozial- und Umweltberichterstattung zu erkennen.

Im dritten Schritt wurden Interviews mit Experten durchgeführt. Die Auswahl der Experten erfolgte aus dem Bereich der Politik, Verwaltung und Wirtschaft sowie Benützer und Ersteller von Gesundheitsberichten. Die Ergebnisse der Experteninterviews flossen in weiterer Folge in die Arbeit ein.

Die vergleichende Beurteilung der Gesundheitsberichte der Länder Oberösterreich, Wien, Steiermark und Tirol erfolgte anhand der Kriterien Problem- und Handlungsorientierung, Versorgungsberichterstattung, Interventions-Orientierung, der Berücksichtigung psychischer Krankheiten und der Darstellung der ökonomischen Dimension. Das Vergleichsergebnis wurde abschließend in einem „Spinnennetz“ graphisch dargestellt und in vier Beurteilungsstufen (erfüllt, teilweise erfüllt, teilweise nicht erfüllt, nicht erfüllt) zusammengefasst.

Der Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005 kann als interventionsorientiert eingestuft werden. Zentrales Element des oberösterreichischen Gesundheitsberichtes ist die Evaluierung der 10 Gesundheitsziele des Landes Oberösterreich und die daraus abgeleitete Überarbeitung dieser Gesundheitsziele. Zur Erreichung der Gesundheitsziele bietet der Gesundheitsbericht mögliche Interventionen und Maßnahmen an. Die Auswirkungen der sozialen Chancenungleichheit auf die Gesundheit der Bevölkerung werden im Bericht hinreichend erläutert. Dennoch wird für den nächsten Gesundheitsbericht Oberösterreich angeregt, auf die Determinanten der Gesundheit detaillierter einzugehen und in der Darstellung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung umweltbedingte Risiken durch Indikatoren zu veranschaulichen.

1. PROBLEMAUFRISS

1.1. Einleitung

Die Gesundheitsberichterstattung hat die Aufgabe, den Gesundheitszustand einer Bevölkerung darzustellen und zu analysieren. Gesundheitsberichterstattung soll somit einen wesentlichen Beitrag für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und der Versorgung der Bevölkerung leisten, indem sie Informationen zur Verfügung stellt, die der Planung und Implementierung entsprechender Maßnahmen und Interventionen dienen. Sind die Gesundheitsberichte, die auf allen Ebenen unseres komplexen Gesundheitssystems veröffentlicht werden, in der Lage, diese umfassende Aufgabe zu lösen? Sind die Gesundheitsberichte eine ausreichende Informations- und Entscheidungsgrundlage für alle am Gesundheitssystem Beteiligten (Gesundheitspolitik, Fachöffentlichkeit und Allgemeine Öffentlichkeit), um in Anlehnung an den Public Health Action Cycle Problembereiche zu identifizieren, Maßnahmen zu planen und zu implementieren und den Erfolg der Interventionen evaluieren zu können?

1.2. Motivation

Angesichts immer knapper werdender finanzieller Mittel und dem Bedarf, eine hochstehende medizinische Versorgung für alle sicherzustellen, lässt es rational bzw. ökonomisch sinnvoll erscheinen, das Gesundheitssystem so effizient und effektiv wie möglich zu gestalten.

Im Bundesgesetzblatt Nr. 73 aus dem Jahr 2005 wurde die Vereinbarung gem. Art. 15a B – VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens rechtsgültig verlautbart. In der Präambel zu dieser Vereinbarung bringen die Vertragsparteien die Absicht zum Ausdruck, „auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, solidarische, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und

gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen“[1]. Als Ziel wird u.a. „eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen“ [2] festgelegt. Im Artikel 33 der zitierten Vereinbarung wird auf die Möglichkeit der „Anforderung bzw. Erfassung von Daten zur Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, zur integrierten Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur und zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche“ [3] hingewiesen.

Gesundheitsberichte als umfassende Informationsquelle für alle Akteure im Gesundheitswesen sind eine wesentliche Grundlage, um Entscheidungen zur Gestaltung des Gesundheitssystems zielgerichtet im Sinne der obgenannten Vereinbarung treffen zu können. Hinreichend genaue Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie weiterer wesentlicher Parameter des Gesundheitssystems ist die Voraussetzung, dass das Gesundheitssystem effizient und effektiv gesteuert werden kann.

Der Gesundheitsbericht 2005 des Landes Oberösterreich wurde im November 2006 herausgegeben. Der Gesundheitsbericht ist eine Grundlage zur Behandlung von Fragen der Gesundheitsplanung in Oberösterreich. Es sollen durch die Darstellung sozialer Problemlagen Defizite in der Gesundheitsversorgung erkannt und neue gesundheitspolitische Strategien und Konzepte für das Gesundheitswesen in Oberösterreich entwickelt werden.

Der oberösterreichische Gesundheitsbericht wird einerseits als Grundinformation über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung alle fünf Jahre aufgelegt und beinhaltet die Teilbereiche Systembeschreibung, Demographie, Epidemiologie, Medikation, Einkommen und Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsziele. Andererseits erscheinen regelmäßig Vertiefungen zu einzelnen Ergebnissen bzw. Zielen aus dem Basisbericht. Diese Vertiefungen behandeln medizinisch/soziale Hintergründe zu einzelnen Problemfeldern, analysieren den

[1] Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005, Seite 3
[2] Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005, Seite 3
[3] Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005, Seite 22

Ist-Stand und vergleichen diesen mit den gesetzten Gesundheitszielen und geben Handlungsempfehlungen für zukünftige Maßnahmen.

BRAND unterscheidet bei der Evaluation von Gesundheitsberichterstattung zwei Ebenen: [1]

Die Programmebene, die auf die Evaluation gesundheitspolitischer Programme durch Gesundheitsberichterstattung abzielt. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen dabei die gesundheitsrelevante Ausgangssituation und die gesundheitspolitischen Zielvorgaben, deren Verwirklichung durch ausgelöste Aktionen und Veränderungen untersucht wird. Die Qualität der Maßnahmen sowie die Angemessenheit und Realisierbarkeit der vorgegebenen Ziele ist zu überprüfen und zu evaluieren.

Die Prozessebene, die die Gesundheitsberichterstattung als Prozess evaluiert. Fragen nach Methode, Datenqualität, Darstellungsform, Indikatoren sowie externe und interne Kooperation stehen dabei im Vordergrund. Die Evaluation der Resonanz der Gesundheitsberichterstattung in den Medien und bei den Adressaten ist von großer Bedeutung.

Ziel dieser Arbeit ist es, auf der theoretischen Grundlage der aktuellen Public-Health – Forschung und der praktischen Erfahrung im Sinne einer good practice aus den Gesundheitsberichten der USA, der Europäischen Union, Schwedens, Nordrhein-Westfalens sowie den Empfehlungen des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG) einen „Golden Standard“ festzulegen. Dieser „Golden Standard“ ist die Grundlage für den Vergleich bzw. die Standortbestimmung der oberösterreichischen Gesundheitsberichterstattung im Vergleich zu den Gesundheitsberichten der Bundesländer Wien, Steiermark und Tirol. Das Schwergewicht der Betrachtung liegt dabei auf der nach BRAND definierten Prozessebene.

Der oberösterreichische Gesundheitsbericht 2005 folgt in seiner inhaltlichen Ausgestaltung den nationalen und internationalen Trends der Gesundheits-berichterstattung und nimmt im Vergleich zu den Gesundheitsberichten der

[1] vgl. Brand A., 1999, S. 94

Bundesländer Wien, Steiermark und Tirol eine zumindest qualitativ gleich hohe Stellung ein.

Die Erkenntnisse und Erfahrungen aus dieser Arbeit können in die Weiterentwicklung des nächsten oberösterreichischen Gesundheitsberichtes 2010 einfließen, der dann voraussichtlich 2011 publiziert wird.

1.3. Hypothese

Der oberösterreichische Gesundheitsbericht, bewertet nach den good practices internationaler Gesundheitsberichterstattung und der aktuellen Lehrmeinung, nimmt im Verhältnis zu den Gesundheitsberichten der Bundesländer Wien, Steiermark und Tirol eine zumindest gleichwertige Stellung hinsichtlich der Kriterien Interventionsorientierung, Versorgungsberichterstattung, Detailberichterstattung, Umweltbezug, Gesundheitsindikatoren, Berücksichtigung psychischer Gesundheit und der sozioökonomischen sowie gesundheitsökonomischen Dimension ein.

1.4. Untersuchungsmethode und Fehlerquellen

Die vorliegende Arbeit gliedert sich grundsätzlich in 3 Teile. Im ersten Teil der Arbeit wird versucht, einen Überblick über den aktuellen Stand der Wissenschaft zum Thema Gesundheitsberichterstattung zu geben und daraus Konsequenzen und Folgerungen für die Gesundheitsberichterstattung abzuleiten. Im zweiten Teil der Arbeit wird die Gesundheitsberichterstattung der USA, der Europäischen Union, Schwedens und Nordrhein-Westfalens betrachtet. Ziel ist es, die Gesundheitsberichte inhaltlich-konzeptionell zu untersuchen sowie die konzeptionellen Grundüberlegungen der Berichtersteller zusammenzufassen, um daraus den „Golden Standard“ einer modernen und handlungsrelevanten Gesundheitspolitik zu erarbeiten. Dieser „Golden Standard“ sowie der Stand der Wissenschaft bilden die Grundlage für den Vergleich der Gesundheitsberichte der Länder

Oberösterreich, Steiermark, Wien und Tirol, der den 3. Teil der vorliegenden Arbeit darstellt.

Für die Erreichung des Ziels werden im Wesentlichen zwei Methoden der empirischen Sozialforschung verwendet. Zum einen ist dies die Methode der Inhaltsanalyse, wobei die zugrunde gelegten Gesundheitsberichte systematisch interpretiert werden sollen. FRIEDRICHS stellt fest, dass Nachrichten und menschliche Kommunikation auf vier Aspekten beruhen: [1]

- Syntax: Beziehung zwischen Zeichen und Zeichen
- Semantik: Beziehung zwischen Zeichen und seiner Bedeutung
- Sigmatik: Beziehung zwischen Zeichen und Objekt
- Pragmatik: Beziehung zwischen Sprecher, Zeichen und intendiertem Handlungszweck.

Die Inhaltsanalyse der Gesundheitsberichte wird in dieser Arbeit mit Schwergewicht die Aspekte der Pragmatik und der Sigmatik berücksichtigen.

Die zweite Methode, die in dieser Arbeit verwendet wird, ist das Experteninterview. Ziel der Interviews war es, ergänzende und reflektive Aussagen zu den Gesundheitsberichten aus unterschiedlichen Blickwinkeln und Standpunkten in Österreich zu bekommen.

Bereits bei der Festlegung des Themas stellte sich heraus, dass Gesundheitsberichtserstattung in der wissenschaftlichen Literatur äußerst umfangreich und erschöpfend behandelt wird. Weiters wurde festgestellt, dass Gesundheitsberichte nahezu grenzenlos auf allen Ebenen und nahezu überall zur Verfügung stehen. Es musste daher in allen Bereichen eine Selektion getroffen werden.

Die Selektion der Gesundheitsberichte zur Erarbeitung des good-practice-Modells folgte zum einen im Hinblick darauf, eventuelle Unterschiede zwischen Gesundheitsberichten bedingt durch das Gesundheitssystem, Stichwort Beveridge- und Bismarck-Modell, zu erkennen und zu berücksichtigen. Es fiel

[1] vgl. Friedrichs J., 1990, S. 315

daher im zweiten Teil der Arbeit die Wahl auf die Gesundheitsberichterstattung der USA. ROSENBROCK und GERLINGER [1] stellen fest, dass die derzeitige Gesundheitsberichterstattung Deutschlands einen Rückstand gegenüber Ländern wie Großbritannien, USA und den skandinavischen Ländern aufweist. Dieser Aspekt bestätigte zum einen die Wahl des Gesundheitsberichtes Health, United States und ermunterte andererseits, die schwedische Gesundheitsberichterstattung näher zu durchleuchten.

Da der politische Einfluss der Europäischen Union zugenommen hat und weiter zunehmen wird, ist es einleuchtend, die Gesundheitsberichterstattung und den so eben erschienen Gesundheitsbericht der EU in die Betrachtung mit einzubeziehen. In diesem Zusammenhang sollen auch die konzeptionellen Überlegungen der EU zum Thema Gesundheitsberichterstattung, insbesondere die Erkenntnisse des Health Monitoring Programs sowie dem daraus abgeleiteten Projekt zur „Evaluation of National and Regional Public Health Reports“, einbezogen werden. Die Beurteilung der einzelnen Gesundheitsberichterstattungen nach dem Kriterium „Best practice“, wie sie im Abschlußbericht des Projekts „Evaluation of National and Regional Public Health Reports“ vom Juni 2003 getroffen wurde, wurde in dieser Diplomarbeit nicht herangezogen.

Die Wahl einer deutschsprachigen Gesundheitsberichterstattung fiel auf das Land Nordrhein-Westfalen, da diese Berichte vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd) erstellt werden und dieses Institut im Bereich der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland auf nationaler und kommunaler sowie auf europäischer Ebene eine Vorreiterrolle spielt. So war das lögd projektleitendes Institut beim oben bereits zitierten Evaluationsprojekt der Europäischen Union. In dieser Arbeit soll auf keinen Fall auf die Expertise des lögd verzichtet werden.

Mit dem Bewusstsein, dass jede Selektion immer auch mit einem Informationsverlust verbunden ist, soll dennoch versucht werden, ein der Realität entsprechendes Abbild der aktuellen Situation der österreichischen Ländergesundheitsberichterstattung zu erstellen und dem Stand der Wissenschaft

[1] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger T., 2006, S. 50

entsprechende Empfehlungen für zukünftige Gesundheitsberichte des Landes Oberösterreich zu geben.

Es wurde versucht, bei der Bearbeitung möglichst aktuelle Literatur, soweit dies selbstverständlich möglich war, zu verwenden. Auf Grund der getroffenen Auswahl kann nicht garantiert werden, dass die gewählten Gesundheitsberichte sowie die zugrunde gelegten Konzepte „Best Practice“ – Modelle darstellen, aber das Untersuchungsziel der Arbeit, den Standort des oberösterreichischen Gesundheitsberichtes 2005 zu bestimmen, sollte trotz dieser Einschränkungen gelingen.

2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

2.1. Gesundheit, Gesundheitsdeterminanten und Konsequenzen für die Gesundheitsberichterstattung

Im Wörterbuch „Sozialmedizin und Public Health“ wird der Begriff Gesundheitsberichterstattung als „Informationssammlung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit, des Staates und der Akteure der Gesundheitssicherung und –versorgung über die Gesundheitsprobleme einer Bevölkerung“ definiert. [1]

Dieser umfassenden Definition des Begriffes Gesundheitsberichterstattung liegt der schwer zu definierende Begriff „Gesundheit“ zu Grunde. Der Begriff Gesundheit unterliegt einem ständigen gesellschaftlichen Definitionsprozess, der den permanenten gesellschaftlichen und kulturellen Änderungen der Rahmenbedingungen Rechnung trägt. In der wissenschaftlichen Diskussion sind vielfältige Auffassungen über den Begriff Gesundheit entstanden, die sich großteils auf den Gesundheitsbegriff beziehen, wie ihn die Weltgesundheitsorganisation im Kapitel 1 ihrer Grundsatzerklärung von Alma Ata aus dem Jahr 1978 wiedergibt:

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit.“ [2]

Dieser Gesundheitsbegriff verdeutlicht die Multidimensionalität von Gesundheit als auch von Krankheit. HURRELMANN beschreibt Gesundheit folgendermaßen:

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich in einem oder mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt und bewältigt werden können. Die

[1] vgl. Niehoff J.-U., Braun B., 2003, S. 104
[2] vgl. o.V. (WHO, Regionalbüro Europa, 2007), o.S.

Beeinträchtigung kann sich, muss sich aber nicht, in Symptomen der sozialen, psychischen und physisch-physiologischen Auffälligkeit manifestieren.“ [1]

In der Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahre 1986, die sich das Ziel Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 gesetzt hat und an den umfassenden Gesundheitsbegriff der Grundsatzerklärung von Alma Ata anknüpft, werden Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit als grundlegende Bedingungen für Gesundheit erkannt. Folglich wird jede Veränderung des Gesundheitszustandes nur über eine Änderung dieser Bedingungen herbeigeführt. In der Ottawa-Charta wird daher ein koordiniertes Zusammenwirken aller Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial-, Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Institutionen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien eingemahnt. Die WHO fordert u.a. die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen und die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. [2]

„Gesundheit und Krankheit werden in der Interaktion der Menschen mit ihrer physischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Umwelt geschaffen.“[3] Daraus abzuleiten ist die Frage, welche Determinanten beeinflussen die Entstehung von Gesundheit und Krankheit? NOACK unterscheidet Determinanten einer kollektiven Gesundheit sowie der Lebenserwartung der Bevölkerung von den Determinanten einer individuellen Gesundheit sowie der Lebensspanne der Menschen. Als Beispiele für die kollektive Gesundheit beeinflussende Faktoren werden „die Einkommensverteilung und die damit zusammenhängenden komplexen sozialen Faktoren, insbesondere soziale Kohäsion, Partizipation und Vertrauen“ genannt. „Sozialer Status, komplexe Muster sozialer Beziehungen und gesundheitsrelevante Lebensstile“ sind für NOACK Determinanten individueller Gesundheit. [4]

---

[1] vgl. Hurrelmann K., 1988, S.16
[2] vgl. o.V. (WHO, Regionalbüro Europa, 2007), o.S.
[3] vgl. Noack R. H., (2000), S.51
[4] vgl. Noack R. H. (2000), S. 51

Aus den bisherigen Ausführungen ergeben sich bereits umfangreiche Konsequenzen für die Gesundheitsberichterstattung.

Will man den Gesundheitszustand einer Bevölkerung darstellen, so ist es auf keinen Fall ausreichend, Krankheiten topographisch zu erfassen, wie es in der klassischen Medizinalstatistik üblich war. Vielmehr ist es erforderlich, die Determinanten der Gesundheit im jeweiligen Setting zu erfassen. Nur so ist es möglich, die vielfältigen Interdependenzen zwischen Gesundheit und Umwelt zu erfassen und daraus ein Ursache-Wirkungsverhältnis zu erarbeiten. Auf dieser Grundlage kann die Gesundheitsberichterstattung einerseits bestehende Problembereiche aufzeigen und andererseits die Grundlage für die Planung und Implementierung von Maßnahmen sein. Gesundheitsberichterstattung, die die Determinanten der Gesundheit in ausreichendem Maß erfasst, erfüllt die Anforderungen an sie, die sich aus dem Public Health Action Cycle und der Assessment - Aufgabe als erster Stufe ergeben. Eine Berichterstattung, der es gelingt, Ursachen einer negativen Beeinflussung der Gesundheit aufzuzeigen und darzustellen, ist problemorientiert und schafft die Voraussetzungen für effiziente und effektive Interventionen. Es wird daher zu überprüfen sein, inwieweit die Gesundheitsberichte diese gesundheitsbeeinflussenden Determinanten abbilden und eine entsprechende Analyse des gesundheitlichen Zustandes der Bevölkerung zulassen. Der Schlussbericht des Projekts „Evaluation of National and Regional Public Health Reports“ vom Juni 2003 an die Europäische Kommission spricht in diesem Zusammenhang vom „Integrierten Ansatz“. [1] Der integrierte Ansatz bedeutet, dass Ähnlichkeiten und Unterschiede im Gesundheitszustand einer Bevölkerung anhand zusammengesetzter Indikatoren wie z.B. Gesundheits- und Lebenserwartung dargestellt werden und auf Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand, den Gesundheitsdeterminanten, sozialen und umweltbedingten Indikatoren sowie Kosten und gesundheitspolitische Strategien eingegangen wird.

[1] vgl. lögd, 2003, S. 19

2.2. Gesundheitspolitik und Gesundheitsberichterstattung, gesundheitspolitische Entscheidungsebenen, Akteure und Ziele in der Gesundheitspolitik

Anknüpfend an den vorstehend eingeführten Gesundheitsbegriff sowie den genetischen, biologischen, sozialen, sozioökonomischen, gesellschaftlichen, und ökologischen Determinanten definieren ROSENBROCK und GERLINGER Gesundheitspolitik „als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-) herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern.“ [1]

Als normatives Ziel der Gesundheitspolitik nennen ROSENBROCK und GERLINGER „die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch die Minderung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und des vorzeitigen Todes.“ [2] NIEHOFF und BRAUN präzisieren den Begriff Gesundheitspolitik als einen „wichtigen Bestandteil der Sozial- und Gesellschaftspolitik, die auf das gesellschaftliche Management von

- Gefährdungen für die Gesundheit heutiger und künftiger Generationen,
- Erfordernissen der Versorgung, Behandlung und Betreuung Kranker und
- Hilfeleistungen und Unterstützungen bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen

abzielt“. [3]

Gesundheitspolitische Entscheidungen lassen sich grundsätzlich der Makro-, Mikro- oder Mesoebene zuordnen.

Die Makroebene bezeichnet dabei die Ebene der nationalen und supranationalen Organisationen. Auf dieser Ebene werden Entscheidungen über die institutionelle Struktur der gesundheitlichen Versorgung, die Finanzierung von Gesundheits-

[1] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 12
[2] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 13
[3] vgl. Niehoff/Braun, 2003, S. 108

leistungen, ihre Qualität und der Zugang der BürgerInnen zu den Versorgungseinrichtungen getroffen. Zunehmenden Einfluss auf nationale gesundheitspolitische Entscheidungen nehmen auch internationale Organisationen, am Beispiel Österreichs ist dies vor allem die Weltgesundheitsorganisation WHO und die Europäische Union. Auf dieser Ebene spricht Gesundheitsberichterstattung in erster Linie politische Entscheidungsträger und die interessierte Fachöffentlichkeit an und soll Entscheidungsgrundlagen, das Gesundheitssystem sowie die Versorgungssituation, den Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Kosten und Finanzierung des Systems und die Qualität betreffend anbieten.

Die Mesoebene bezeichnet die regionale bzw. verbandliche Ebene. Auf dieser Ebene erfolgen gesundheitspolitische Konkretisierungen der von der Makroebene vorgegebenen Rahmenbedingungen. Auch auf dieser Ebene sind die Adressaten der Gesundheitsberichterstattung die politischen Akteure und die interessierte Fachöffentlichkeit. Das Schwergewicht der Darstellung wird sich vor allem auf den Bereich der vielfältigen Gesundheitsdeterminanten und die Ursache–Wirkungs-Zusammenhänge richten, um daraus auf dieser Ebene Strategie definieren zu können und Interventionen zu planen und zu implementieren. Benchmarks zwischen Regionen und Kommunen werden diesen Prozess unterstützen können.

Die Mikroebene bezeichnet das Handeln und Zusammenwirken von Akteuren, die Einfluss auf die Entstehung und Behandlung von Krankheiten nehmen. Zielgruppen der Gesundheitsberichterstattung auf dieser gesundheitspolitischen Ebene sind die Gesundheitsdienstleister sowie deren Kunden bzw. die interessierte allgemeine Öffentlichkeit. Hier spielt der Hinweis auf die beeinflussenden negativen und positiven Faktoren (Risiken und Ressourcen) eine zentrale Rolle sowie das Aufzeigen individueller Möglichkeiten, inwieweit die Gesundheitsdeterminanten geändert werden können. Ein weiterer Bereich, der auf der Mikroebene von besonderem Interesse ist, ist die Kenntnis über die Entwicklung einer zukünftigen Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen im Verhältnis zur Entwicklung der Angebotsseite des Gesundheitsmarktes.

ROSENBROCK und GERLINGER attestierten, dass „bei der gesundheitsrelevanten Gestaltung von Arbeits- und Lebensverhältnissen, von Anreizen und Normen für gesundheitsrelevantes Verhalten und auch bei der Gestaltung und Steuerung der Krankenversorgung gewählte Regierungen und staatliche Institutionen nur eine Akteursgruppe unter vielen anderen, und auf manchen Feldern nicht einmal die wichtigste oder mächtigste“ [1] sind. Die Einflussnahme auf die politischen Entscheidungen des Staates durch Lobbys ist heute generell vielfältig, im Bereich der Gesundheitspolitik erfolgt diese Einflussnahme vor allem durch wirtschaftliche bzw. professionspolitische Interessengruppen, Unternehmen, die Interessenverbände von Kapital und Arbeit, die auf Gesundheitsrisiken und Krankenversorgung einwirkenden Verbände und Gruppen sowie soziale Bewegungen. [2] KUHN schreibt in diesem Zusammenhang: „Die staatliche Rolle muss vielmehr darauf abgestimmt sein, dass eine Vielfalt von Akteuren mit ihren unterschiedlichen Interessen und Kompetenzen sowie zunehmend auch die Bürger selbst aktiv an der Gestaltung der Gesundheitspolitik mitwirken.“[3] Beruhend auf einer Staatsauffassung mit den Kernelementen Demokratie und Rationalität staatlichen Planungshandelns fordert KUHN, dass die Aufgaben des Staates gestaltungs-, präventions- und beteiligungsorientiert sein sollen.[4] Für den Bereich der Gesundheitspolitik führt dies zum Schluss, dass die Verfügbarkeit von Informationen unverzichtbar ist. „Für einen Staat, der eine moderne bürgerorientierte, rationale und einem pluralistischen Akteurssystem Rechnung tragende Gesundheitspolitik verfolgt, ist die Gesundheitsberichterstattung also ein wichtiges Instrument: Sie soll dazu beitragen, sozialstaatliche Ziele zu erreichen; sie soll den institutionellen Akteuren eine Verständigungsgrundlage zur Entwicklung von Zielkorridoren liefern; sie soll den Bürgern und Bürgerinnen die Mitwirkung an der Regelung gesundheitlicher und sozialer Belange ermöglichen und sie dazu aktiv einladen; sie soll Transparenz über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung herstellen, um diese Mitwirkungsmöglichkeiten

[1] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 17
[2] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 18
[3] vgl. Kuhn J, 2006, S. 275
[4] vgl. Kuhn J., 2006,. S. 275

informationell zu gewährleisten und last but not least auch das staatliche Handeln selbst verständlich und nachvollziehbar machen.“ [1]

WALLER streicht die fundamentale Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung heraus und schreibt: „Das Wissen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung (bzw. von Bevölkerungsgruppen) einschließlich ihrer gesundheitlichen Versorgung gehört zu den Grundvoraussetzungen für die Gesundheitssystemgestaltung durch Politik und Management.“ [2]

BARLÖSIUS charakterisiert Berichte nach inhaltlichen Gesichtspunkten ganz allgemein mit den Attributen [3]

- Wissenschaftlich, aber keine eigenständige Forschung
- Wissenschaftlich unabhängig und allgemein gültig
- Problemorientierte Information
- Planungs-, Steuerungs- oder Kontrollbedarf
- Kommissionsberichte
- Verständlichkeit und
- Periodizität und Formalisierungsgrad.

Hinsichtlich des institutionellen und formalen Rahmens der Erstellung von Berichten unterscheidet BARLÖSIUS zwischen [4]

- Berichte aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung
- Berichte aufgrund eines parlamentarischen Beschlusses und
- Berichte aufgrund eigener Initiative einer Bundesregierung.

Sowohl die Charakteristika als auch der institutionale und formale Rahmen beeinflussen wesentlich die Wirksamkeit der Berichte, weil Berichte „Darstellungen liefern, die als allgemein gültig und verbindlich gelten und so die politische und gesellschaftliche Wahrnehmung und Bewertung der dargelegten Sachverhalte

[1] vgl. Kuhn J., 2006, S. 276
[2] vgl. Waller H., 1995, S. 125
[3] vgl. Barlösius E., 2006, S. 23 ff
[4] vgl. Barlösius E., 2006, S. 26

prägen.“ [1] Mit den Charakteristika der Gesundheitsberichte formuliert BARLÖSIUS eine Forderung an Gesundheitsberichterstattung, sie soll nämlich problemorientiert informieren und dargestellte Sachverhalte beurteilen. Weiters hebt BARLÖSIUS hervor, dass jene Themen in der Berichterstattung Eingang finden sollen, die einen im politischen Konsens festgestellten Planungs-, Steuerungs- und Kontrollbedarf aufweisen. Ein sehr gutes Kriterium für die Beurteilung der gesundheitspolitischen Handlungsrelevanz ist die von BARLÖSIUS vorgeschlagene Einteilung der Gesundheitsberichterstattung nach Auftraggeber und deren Handlungsmotiven.

BARLÖSIUS folgert, dass sich die Anerkennung der Gesundheitsberichte als legitime Repräsentation einerseits aus dem Berichtsinhalt, der dem Stand der Wissenschaft zu entsprechen hat, und andererseits der Berichtsform, die den formalen und institutionellen Anforderungen genügen muss, ergibt. [2]

Wie bereits oben kurz dargestellt, sind Gesundheitsberichte mit einer besonderen Legitimität ausgestattet und sie deshalb in der politisch-gesellschaftlichen Diskussion Informationen bereitstellen, die zum einen Konsensbildungsprozesse befördern können und andererseits Zustimmungs- und Anerkennungspotenziale aktivieren [3].

KUHN erkennt zwei Basiskonzepte der Gesundheitsberichterstattung in Analogie zu den englischsprachigen Begriffen „Monitoring“ und „Reporting“. Für den Begriff des „Monitoring“ begreift sich Gesundheitsberichterstattung als eine Weiterführung des Konzeptes der Medizinalstatistik zu einer angewandten Epidemiologie und Versorgungsforschung. Das Reporting spielt dabei die Rolle der Dokumentation. Ziel des Berichtskonzeptes und gleichzeitig auch die Rechtfertigung ist die Beschreibung der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, um einen Beitrag zu einer bedarfsorientierten Gesundheitspolitik zu leisten. [4]

Das zweite Basiskonzept, das auf dem Begriff des „Reporting“ fußt, versteht Gesundheitsberichterstattung als eine Kommunikationsform, die einen Beitrag zur Information der Bevölkerung, zum Herstellen von Transparenz im

[1] vgl. Barlösius E., 2006, S. 28
[2] vgl. Barlösius E., 2006, S. 28
[3] vgl. Barlösius E., 2006, S. 29
[4] vgl. Kuhn J., 2006, S. 372

Gesundheitswesen und zur Formulierung von Gesundheitszielen leistet. Monitoring ist gemäß Kuhn eine wesentliche Voraussetzung für dieses Konzept der Gesundheitsberichterstattung.

Um den Standort eines Gesundheitsberichtes bestimmen zu können, ist es erforderlich, einerseits die Eignung eines Gesundheitsberichtes, beratend Informationen für politische Entscheidungsträger bereitzustellen, zu untersuchen und andererseits die die Bereitschaft der Politik, die zur Verfügung gestellten Informationen für Entscheidungen zu verwerten, zu evaluieren. Im Schlussbericht zum Projekt „Evaluation of National and Regional Public Health Reports“ wird in diesem Zusammenhang von „Policy Orientation“ gesprochen. [1] Diese Politikorientierung kann daran gemessen werden, inwieweit der Gesundheitsbericht Themen der aktuellen politischen Diskussion behandelt, inwieweit bei der Themenfestlegung politische Akteure eingebunden waren und deren Informationsbedürfnisse berücksichtigt wurden und inwieweit gesundheitspolitische Ziele sowie gesundheitsrelevante Programme in den Gesundheitsberichten evaluiert werden. Ein politikorientierter Gesundheitsbericht bietet die Möglichkeit von Benchmarks auf verschiedenen Ebenen (regional, demographisch, strategisch, etc.).

2.3. Interventionstypen, Public Health Action Cycle

ROSENBROCK UND GERLINGER teilen den Zustand der menschlichen Gesundheit in einem Kontinuum in die Stufen

- Gesundheit und Wohlbefinden
- Spezifische und unspezifische Gesundheitsrisiken, Befindlichkeitsstörungen
- Behandlungsfähige Befunde ohne Symptome
- Akute und chronische Erkrankungen und
- Tod

ein.

[1] vgl. lögd; 2006; S. 23

Das Ziel der Gesundheitspolitik ist es nun, entsprechend diesen gesundheitlichen Zuständen der Bevölkerung entsprechende Interventionen bereitzustellen, um so die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes so weit wie möglich entgegenzuwirken. Bei der Auswahl und Gewichtung der zu treffenden Interventionen ist die Leitfrage, „in welchem Verursachungsbereich oder auf welcher Strecke des Kontinuums zwischen Gesundheit und schwerer Erkrankung bzw. vorzeitigem Tod ist mit welchem Interventionstyp – und dies möglichst kostengünstig – der epidemiologisch größte Gesundheitsgewinn zu erzielen“ [1], zu stellen. In Analogie zu diesen Gesundheitszuständen legen ROSENBROCK und GERLINGER weiters die Interventionstypen

- Gesundheitsförderung
- Belastungssenkung und Gesundheitsförderung (Primärprävention)
- Früherkennung und Frühbehandlung, Belastungssenkung und Gesundheitsförderung (Sekundärprävention)
- Medizinische Behandlungen; medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation, Pflege, Belastungssenkung und Gesundheitsförderung (Tertiärprävention)

fest. [2]

Das Zusammenwirken der gesundheitspolitischen Akteure sowie der Interventionen erfolgt im abstrakten Modell des Public Health Action Cycle, der als permanente Lernspirale zu verstehen ist. [3] Der Public Health Action Cycle besteht aus den Bereichen

- Diagnose (Assessment): Problemdefinition, welche gesundheitlichen Gefährdungen und Erkrankungen sind Gegenstand der Gesundheitspolitik
- Strategie (Policy Formulation): Welche Lösungen sollen erarbeitet und welche Ziele sollen erreicht werden
- Umsetzung (Assurance): zuvor festgelegter Ziele

[1] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 22
[2] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 23
[3] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 26

- Evaluation (Evaluation): Soll–Ist-Vergleich zwischen geplanten und erreichten Zielen

Folgende Abbildung stellt den Public Health Action Cycle grafisch dar: [1]

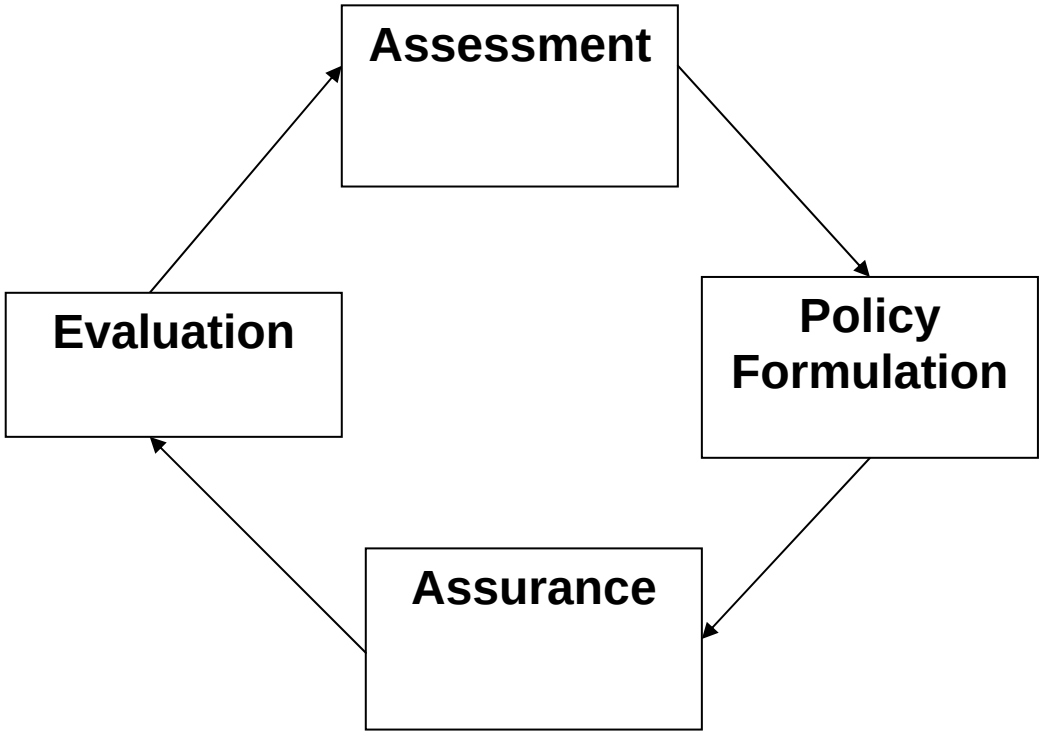

Abbildung 1 Public Health Action Cycle

KUHN weist auf Problembereiche im Zusammenhang zwischen Daten, Indikatoren und Handlungsempfehlungen hin. Welche Daten beobachtet und erfasst werden, ist primär abhängig vom Gegenstand, über den berichtet wird und dessen Konzeption. Normative Handlungsempfehlungen können aufgrund Fehlens eines gültigen Schlussverfahrens nicht aus deskriptiven Daten gewonnen werden. Statistische Durchschnittswerte sind inhaltlich dahingehend zu überprüfen, inwieweit deren Aussage eine gesundheitspolitische Handlungsrelevanz begründet oder lediglich suggestive Effekte ausgelöst werden. Die Verwendung bestimmter Indikatoren

[1] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006; S. 25

determinieren bereits gesundheitspolitische Interventionen. Es ist weiters zu bedenken, dass Entscheidungen in der Gesundheitspolitik z.B. bezüglich Ressourcenallokation nie eigenständig getroffen werden, sondern volkswirtschaftliche und gesamtpolitische Gesichtspunkte stets zu berücksichtigen sind.[1]

2.4. Funktionen und Zielgruppen der Gesundheitsberichterstattung

Die effiziente und effektive Steuerung von Systemen setzt im Allgemeinen das Vorhandensein vielfältiger Informationen voraus. Dies gilt im vollen Umfang selbstverständlich für die Steuerung von Gesundheitssystemen durch gesundheitspolitische Akteure. BRAND sieht daher die Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung in fünf Bereichen:

„Information und Orientierung (Identifizierung von prioritären Handlungsbedarfen nach sozialen, ökologischen und ökonomischen Aspekten);

Surveillance (u.a. Einbeziehung bereits vorhandener Datenquellen für kontinuierliche räumliche und zeitliche Trendanalysen), Controlling (Planungs-, Kontroll- sowie intra- und interinstitutionelle Konsensorientierung);

Motivation (Legitimierung und Sensibilisierung für die Belange der Gesundheitspolitik);

Evaluation (zeitnahe und transparente Bewertung der Ziele und des Agenda-Settings);

Koordination (Partizipation).“ [2]

ROSENBROCK und GERLINGER sehen die Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung im Public Health Action Cycle vor allem auf der Stufe der Diagnose (Assessment) und der Evaluation. [3]

---

[1] vgl. Kuhn J., 2006, S. 282
[2] vgl. Brand A,, 1999, S. 94
[3] vgl. Rsenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 48

Als Zielgruppen der Gesundheitsberichterstattung sind in erster Linie alle politischen Akteure, die interessierte Fachöffentlichkeit und die allgemeine interessierte Öffentlichkeit zu nennen.

2.5. Unterschiedliche Arten der Gesundheitsberichterstattung, Definition und Klassifikation der Indikatoren

Gesundheitsberichte können nach unterschiedlichen Gesichtspunkten klassifiziert werden. Die Klassifizierung von Gesundheitsberichten ist erforderlich, um die Grundausrichtung der Berichterstattung bestimmen zu können. So kann anhand der nachstehend angeführten Klassifikationen festgestellt werden, ob ein Gesundheitsbericht der integrativen oder prospektiven Lösung folgt. Die integrative Annäherung streicht dabei die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Gesundheit der Bevölkerung heraus, der prospektive Ansatz projiziert demographische Entwicklungen in die Zukunft, um zukünftige Entwicklungen zu erkennen und Grundlagen für die Formulierung von Gesundheitszielen zu schaffen.

Zunächst ist die Unterscheidung in Basis- und Spezialberichte zu erwähnen. [1] Basisberichte geben Auskunft über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung sowie über den damit verbundenen Ressourcenaufwand und die erbrachten Gesundheitsleistungen. Demgegenüber greifen Spezialberichte die gesundheitliche Situation bestimmter Bevölkerungsgruppen bzw. spezielle gesundheitsrelevante Themen auf. Sehr häufig werden Experten bei der Erstellung von Spezialberichten herangezogen, „die die vorhandenen Daten werten und in ihre Expertise miteinbeziehen.“ [2]

[1] vgl. Brand A., 1999, S. 95
[2] vgl. Brand A., 1999, S. 95

Eine Klassifikation nach anderen Gesichtspunkten stammt von ROSENBROCK und GERLINGER. Sie unterscheiden im Wesentlichen vier Arten der Gesundheitsberichterstattung. [1]

Risikoberichterstattung:

Risikoberichterstattung erhebt in erster Linie Daten über Entstehung und Verteilung pathogener Gesundheitsbelastungen als auch von salutogenen Gesundheitsressourcen. Es muss in diesem Zusammenhang jedoch auf das Problem hingewiesen werden, dass die meisten „Volkskrankheiten“ multifaktorielle Ursachen haben und ihre Ätiologie und Pathogenese zum Teil noch ungeklärt ist. ROSENBROCK und GERLINGER verweisen auf einen programmatischen Wandel von der individuellen Gefahrenabwehr zur kollektiven, bevölkerungsbezogenen Gefahrenvermeidung im Bereich der Technologie- und Umweltpolitik hin, wobei gezielte Aktivitäten in aller Regel bereits bei Bestehen eines begründeten Verdachts und nicht erst bei einem nachgewiesenen Risiko aufgenommen werden. [2]

Krankheitsberichterstattung:

Die geschlechts-, regions-, arbeits- und schichtenspezifische Erfassung von Erkrankungen und Todesursachen in einer Gesellschaft zur Feststellung der Verbreitung und Verbreitungsgeschwindigkeit gesundheitlicher Gefahren und zur Planung und Steuerung des Versorgungssystems ist Teil der Krankheitsberichterstattung. Zudem dient Krankheitsberichterstattung der Evaluation gesundheitspolitischer Ergebnisse, von Versorgungseinrichtungen und eingeschlagenen Präventionsstrategien. [3] ROSENBROCK und GERLINGER ergänzen dazu weiters, dass eine umfassende Berücksichtigung subjektiver Befindlichkeitsstörungen unterhalb von versicherungsrechtlichem oder medizinischem Krankheitswert wünschenswert wäre, weil ihnen ein hoher prädiktiver Wert vor allem für die Entwicklung chronisch-degenerativer Erkrankungen zukommt. [4]

---

[1] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 48
[2] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 49
[3] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 49
[4] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 49

Versorgungsberichterstattung:

Versorgungsberichterstattung verarbeitet Daten und Informationen über die Ausstattung, Inanspruchnahme, Leistungen und Leistungsfähigkeit der gesundheitsbezogenen Institutionen. Die Evaluation sollte dabei über die Einrichtungen des Krankenversorgungssystems hinausgehen und Gesundheitsämter, Sozialstationen, Arbeitsschutz, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsinitiativen etc. erfassen.

Politikberichterstattung:

Politikberichterstattung gibt Auskunft über „Gründe, Verlauf und Ergebnis erfolgreicher und erfolgloser Initiativen privater und staatlicher Akteure zur Verbesserung von Prävention und/oder Krankenversorgung.“ [1]

WALLER klassifiziert wiederum Gesundheitsberichterstattung anhand eines möglichen Themenkatalogs:

Gesundheitszustand:

WALLER hebt die Problematik des „negativen“ und „positiven“ Gesundheitsbegriffes sowie seine medizinisch-statistische Erfassung hervor und schreibt: „So ist davon auszugehen, dass Personen, die verschiedene „Alltagsbeschwerden“ angeben, sich trotzdem als gesund bezeichnen können. Umgekehrt sind Personen, die sich als gesund bezeichnen, aufgrund nicht entdeckter Leiden medizinisch als krank zu bezeichnen.“ [2]

Gesundheitsressourcen:

Nach WALLER geht es dabei „um die Analyse von Bedingungsfaktoren („Prädiktoren“) für Gesundheit“.

Gesundheitsrisiken:

WALLER definiert diesen Typus von Gesundheitsberichterstattung analog zur Risikoberichterstattung von ROSENBROCK/GERLINGER und weist als Funktion die Analyse von Gesundheitsrisiken und Krankheiten zu. [3]

---

[1] vgl. Rosenbrock R., Gerlinger Th., 2006, S. 50
[2] vgl. Waller H., 1995, S. 127
[3] vgl. Waller H, 1995, S. 131

Gesundheitssysteme:

In diesem Themenbereich der Gesundheitsberichterstattung fasst WALLER die bereits von ROSENBROCK/GERLINGER definierten Arten „Versorgungsberichterstattung“ und „Politikberichterstattung“ zusammen. „Themenfelder der Gesundheitsberichterstattung unter dieser Überschrift beziehen sich im Wesentlichen auf die informellen und formellen Ressourcen für Gesundheit sowie ihre politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen.“ [1]

Der überwiegende Teil der Gesundheitsberichte verwendet zur Wahrnehmung der vielfältigen Aufgaben Indikatoren. Indikatoren sind Marker für die gesundheitliche Lage, Ressourcen und Leistungen im Gesundheitswesen, die ein Monitoring von Zielen und Dienstleistungen im Gesundheitssektor gestatten. Es können folgende Arten von Indikatoren unterschieden werden: [2]

- Determinanten:

  z.B. Lebensweise, Gesundheitsverhalten, Risikofaktoren, Umweltfaktoren

- Ergebnisindikatoren:

  z.B. Inzidenz, Behandlungsergebnis, Tod

- Prozessindikatoren:

  z.B. stationäre Behandlungen, Verweildauer, ärztliche Konsultationen, Kosten

- Generische Indikatoren:

  für definierte Bereiche, z.B. Rauchverhalten von Männern und Frauen

- Operative Indikatoren:

  sind präzisierte numerische (quantitative) Indikatoren

- Numerische Indikatoren:

  z.B. Ratios, prozentuale Anteile, Raten

[1] vgl. Waller H., 1995, S.131
[2] vgl. lögd, 2003, S 17-18

- Qualitative Indikatoren:

  z.B. Vorhandensein oder Fehlen eines Merkmals

Mit der Verwendung von Indikatoren wird der Zweck und das Ziel verfolgt, der Gesundheitspolitik ein Instrument zur Formulierung und Umsetzung von politischen Maßnahmen in die Hand zu geben, eine Fortschrittskontrolle zu ermöglichen und einen Maßstab anzubieten, um wechselseitige Vergleiche z.B. zwischen Ländern und Kommunen zu ermöglichen. Um diese Ziele erreichen zu können, müssen Indikatoren vier Qualitätskriterien gerecht werden, die im Folgenden dargestellt werden sollen: [1]

- Validität beschreibt, wie sehr das Ergebnis mit der Realität übereinstimmt, d.h. die Abwesenheit von Verzerrungen oder Fehlern
- Objektivität bedeutet die Unabhängigkeit des Messergebnisses von der Person des Untersuchers
- Sensitivität charakterisiert die Fähigkeit, Änderungen im beobachteten Phänomen zu reflektieren
- Spezifität reflektiert nur Änderungen im spezifischen Phänomen.

Zur Analyse der Gesundheitsberichte erscheint es an dieser Stelle sinnvoll, die Klassifikation der Gesundheitsberichterstattung von ROSENBROCK/GERLINGER und WALLER zu einer möglichen Klassifikation zusammenzuführen. In einem umfassenden Gesundheitsbericht sollten alle Arten der Berichterstattung Eingang finden.

Die erste Art der Berichterstattung möchte ich „Determinantenberichterstattung“ nennen und sollte sich der Darstellung aller salutogenetischer und pathogenetischer Gesundheitsdeterminanten (Ressourcen und Risiken) widmen. In dieser Berichtsart sollten unter Berücksichtigung des Setting-Ansatzes (z.B. Setting Schule, Stadt/Gemeinde; Arbeitsplatz etc.) alle Faktoren, die einen Einfluss auf Gesundheit haben, dargestellt werden. Besonderes Augenmerk sollte auf sozioökonomische (wie Bildung, Einkommen, Männlich, Weiblich; Lebensstil, Gesundheitsverhalten, Zugehörigkeit zu einer „A-Gruppe“) und umweltbedingte

[1] vgl. lögd, 2003, S. 18

Faktoren gelegt werden. Eine Zusammenführung mit Sozial- und Umweltberichterstattung wäre eine Verbesserung des Informationsangebotes für alle betroffenen und geforderten Politikbereiche. Die Einbeziehung von Risikofaktoren, deren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang noch nicht wissenschaftlich vollständig geklärt ist, rechtfertigt sich nicht zuletzt auch aus historischer Erfahrung. Zielsetzung dieser Determinantenberichterstattung ist die Schaffung von Voraussetzungen für die Festlegung von Strategien, der Definition von Gesundheitszielen und deren Umsetzung in konkrete Interventionen.

Die zweite Art der Berichterstattung ist die „Versorgungsberichterstattung“, die auf grundlegende Daten der Medizinalstatistik (Krankheitsberichterstattung), also Daten über Krankheiten sowie deren Verteilung und Auftreten in der Bevölkerung, aufbaut und den Bedarf und die Auslastung der Einrichtungen des Gesundheitswesens darstellt. Es sollten nicht nur intra- und extramurale Einrichtungen berücksichtigt werden, sondern auch Gesundheitsämter, Sozialstationen, Arbeitsschutz, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsinitiativen erfasst werden. Einen Hinweis auf die Qualität der Versorgungsleistungen könnten auch detaillierte Daten über Medikamente und deren Verordnung und Kostenverteilung bringen. So ist z.B. aus Deutschland bekannt, dass die Kosten für Medikamente in Regionen, vor allem in Städten, mit hoher Facharztdichte tendenziell höher sind. Auch zwischen Bevölkerung und Ausgaben für Medikamente gibt es eine Relation. Meist erhalten sehr wenige schwer kranke oder multimorbide PatientInnen ein „unübersichtliches“ Arzneimittelspektrum verordnet, das dann zu hohen Kosten führt. [1] Die Mehrheit der Daten in dieser Gesundheitsberichterstattung sollte in Form von Trends und Zeitreihen vorliegen, um darauf in weiterer Folge langfristige Versorgungspläne erstellen zu können.

Diese beiden Berichtsformen können wiederum in Form von gesamtheitlichen Gesundheitsberichten oder als Detail- oder Spezialberichte verfasst werden. Letztere bieten sich vor allem für die Berichterstattung für Themen an, die von besonderer politisch-gesellschaftlicher Bedeutung sind und diskutiert werden oder für die Evaluation gesundheitsbezogener Initiativen.

[1] vgl. Glaeske G., 2006, S. 232

2.6. Anforderungen an die Gesundheitsberichterstattung

Die zunehmend steigende Flut an unterschiedlichen Informationen erfordert von Seiten der politischen Akteure eine Sortierung und Verarbeitung dieser Informationen als auch angesichts zunehmender Komplexität der unterschiedlichen Interessengruppen eine Vermittlung dieser Informationen in den öffentlichen Diskurs. REINERS schreibt dazu treffend: “Es kommt in der Politik nicht zuletzt darauf an, Begriffe zu setzen und damit den öffentlichen Diskurs zu bestimmen“. [1]

Es steht meiner Ansicht nach außer Zweifel, dass im Zeitalter des Wissensmanagement Informationsgewinnung und Informationsvermittlung in der Politik wesentliche Erfolgsfaktoren sind. In Bezug auf die Informationsvermittlung stellt REINERS dazu einen wachsenden Einfluss von Beraterfirmen fest und prägt den Begriff „Spin Doctors“. Unter dem Begriff „Spin Doctors“ versteht REINERS Politikberater, die sich um die Verpackung und Präsentation von politischen Informationen kümmern. [2] REINERS sieht die eigentliche Aufgabe der Politikberatung in der Gewichtung, Selektion und Interpretation der auf die Politik einprasselnden Informationen. [3] Aufgrund des Umstandes, dass das Angebot an unterschiedlichen Informationen insbesondere auch statistischen Daten stetig zunimmt, ergibt sich für die Politik der Bedarf an thematisch geordneten und in Zeitabläufen aufbereiteten Informationen, die darüber hinaus zeitliche, örtliche und thematische Benchmarks zulassen.

STEIN erläutert den Begriff „politische Relevanz“. Politisch relevant bedeutet, dass die Inhalte der Gesundheitsberichterstattung sowohl auf allen gesundheitspolitischen Ebenen als auch in den Medien verwendet werden, um in der Gesellschaft eine Meinung zu bilden und gesellschaftliche Haltungen zu

[1] vgl. Reiners H, 2006, S. 31
[2] vgl. Reiners H, 2006, S. 33
[3] vgl. Reiners H, 2006, S. 38

verändern. [1] Gesundheitsberichterstattung sieht sich dabei mit zwei Problemen konfrontiert:

Maßnahmen, die aufgrund gesicherten Datenmaterials der Gesundheitsberichterstattung geplant und implementiert werden, wirken sich meist erst in einer längerfristigen Betrachtung aus.

Gesundheitsprobleme, die in Gesundheitsberichten festgestellt werden, sind nicht durch die Gesundheitspolitik, sondern durch andere Politikbereiche zu lösen. [2]

Auf dieser Grundlage fordert STEIN für die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung einen stärkeren Kontakt zwischen Gesundheitsberichterstattung und Politik. [3] Gesundheitsberichterstattung soll ein institutionalisierter Teil des Politikprozesses werden. Die Einbindung der Gesundheitspolitiker in die Themenfindung der Gesundheitsberichterstattung könnte auf diese Weise zu einer besseren Politikrelevanz beitragen. Gesundheitsberichte müssen anwendungsorientiert sein und die Inhalte verständlich, übersichtlich und lesbar sein. STEIN führt weiter aus: „Zusammenfassende Ergebnisse dürfen nicht dem Leser und Nutzer überlassen bleiben, müssen klar erkenntlich als Folgerungen formuliert werden“.

2.7. Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Im Englischen werden für den Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ zwei verschiedene Begriffe verwendet: „Health inequality“ bezeichnet dabei allgemein soziale Unterschiede im Gesundheitszustand; „Health inequity“ hat eine wertende Komponente und umschreibt die ungerechten und unfairen Unterschiede. [4]

Der Begriff der sozialen Ungleichheit lässt sich durch vertikale und horizontale Merkmale beschreiben. Vertikale Merkmale erlauben die Eingliederung einer Person in eine hierarchische Skala bzw. Schicht. Vertikal sind in erster Linie die Merkmale Bildung, beruflicher Status und Einkommen. Demgegenüber sind das

[1] vgl. Stein H., 2006, S. 151
[2] vgl. Stein H., 2006, S. 152
[3] vgl. Stein H., 2006, S. 157
[4] vgl. Mielck A.; 2005; S. 7

Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand und Zahl der Kinder horizontale Merkmale, die quer zu den Grenzen der vertikalen sozialen Ungleichheit verlaufen. Sowohl vertikale als auch horizontale Merkmale sind im Rahmen von Analysen und Untersuchungen zu kombinieren, um z.B. zielgruppenspezifische Interventionen planen zu können. [1]

Zur Erklärung des Zusammenhanges zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit soll der von MIELCK zusammengefasste Erklärungssatz verwendet werden. [2]

Mielck hebt zu diesem Erklärungsmodell folgende Aussagen hervor:

„Wichtig ist nicht die gesundheitliche Belastung per se, sondern die Bilanz aus gesundheitlicher Belastung und Bewältigungsressource. Das Gesundheitsverhalten wird beeinflusst durch die Bilanz aus gesundheitlichen Belastungen und Bewältigungsressourcen, und auch durch die Art der gesundheitlichen Versorgung. Der nach oben gerichtete Pfeil soll auf die Möglichkeit einer gesundheitsbedingten sozialen Mobilität hinweisen, d.h. darauf, dass ein sozialer Abstieg bei kranken Personen wahrscheinlicher ist als bei gesunden, und dass ein sozialer Aufstieg bei gesunden Personen wahrscheinlicher als bei kranken.“ [3]

Für die Analyse der Gesundheitsberichte im 3. Abschnitt dieser Arbeit ist es daher zwingend erforderlich, einerseits die Verwendung der vertikalen und horizontalen

Merkmale im Rahmen der Erhebung der Indikatoren zu untersuchen und andererseits die Darstellung der Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den Bewältigungsressourcen, in der gesundheitlichen Versorgung und beim Gesundheits- und Krankheitsverhalten zu betrachten.

---

[1] vgl. Mielck A.; 2005, S. 9
[2] vgl. Mielck A.; 2005; S. 53
[3] vgl. Mielck A.; 2005; S. 53 - 54

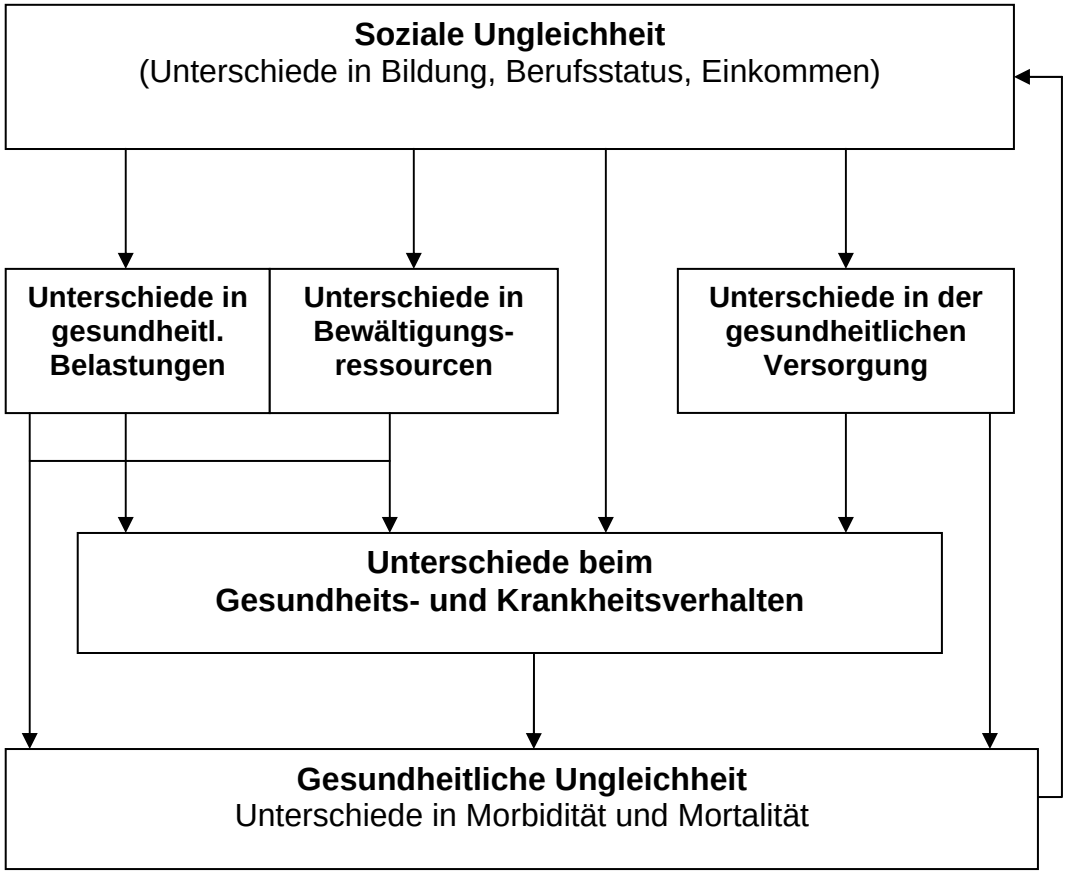

Abbildung 2 Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit[1]

2.8. Ökonomische Steuerung durch Gesundheitsbericht-erstattung

Ökonomische Steuerung ist ein vielgestaltiger Prozess zur effektiven und effizienten Steuerung des Einsatzes wirtschaftlicher Ressourcen. Gerade im Gesundheitswesen sind an diesem Prozess ein Reihe von Akteuren wie z.B.

- die Investoren, die in die Gesundheitswirtschaft investieren,

[1] vgl. Mielck A., 2005, S. 53

- die an Wachstum oder Überleben interessierten Gesundheitsunternehmungen,
- die einzelnen Patienten und Patientengruppen bzw. die Versicherten (Nachfrager),
- die Versicherungsunternehmungen einschl. der Organisationen der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Selbstverwaltung,
- die Gesundheits-Fachverwaltungen und
- der Gesetzgeber

beteiligt. [1]

Neben der Steuerung der Ressourcen richtet sich ökonomische Steuerung auch auf die Nachfrage, Qualität der Leistungen und die Produktivität der Leistungserstellung. Daraus ist unter Beachtung der allgemeinen Knappheit ökonomischer Güter und unter Berücksichtigung des ökonomischen Prinzips zu folgern, dass die für die Erstellung von Gesundheitsgütern eingesetzten Ressourcen zu rationieren sind. Diese Rationierung ist im Prinzip in zwei Wegen denkbar. Im impliziten Weg werden durch unzählige Institutionen des Gesundheitswesens Entscheidungen über Schwerpunktsetzungen und Priorisierungen getroffen, die in weiterer Folge entweder im täglichen Versorgungshandeln praktiziert werden oder Gegenstand eines sozialmedizinischen Diskurses werden. Da in der impliziten Rationierung tendenziell vermehrt Probleme auftauchen, werden Rationierungen immer mehr auch von Leistungserbringern explizit gemacht z.B. durch die öffentliche Ankündigung, bestimmte Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr erbringen zu können oder zu wollen.

Aus der Sicht der Gesundheitsberichterstattung wäre es daher sinnvoll, Gesundheitsberichte als Grundlage für einen sozialmedizinischen Diskurs sowohl für Experten als auch für Nichtexperten zu verwenden. Es sollten daher in Gesundheitsberichten neben den Dimensionen Gesundheitsverhalten/-gefährdung, Krankheit, eingesetzte Ressourcen, erbrachte Leistungen und Finanzierung die

[1] vgl. Schräder, Loos; 2006; S. 251

Dimensionen Nutzen, Wirksamkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Produktivität, Innovationsorientierung, Gerechtigkeit und Veränderungen in der Zeit berücksichtigt werden.

3. GOOD–PRACTICE–MODELLE DER GESUNDHEITSBERICHT-ERSTATTUNG

3.1. Gesundheitsberichterstattung der USA

3.1.1. Die gesundheitspolitische Initiative „Healthy People 2010“ und aktuelle Probleme des Gesundheitssystems der USA

Die Entwicklung des amerikanischen Gesundheitssystems befindet sich historisch betrachtet derzeit in der vierten Stufe eines Entwicklungsprozesses. Die erste Stufe begann in der Mitte des 19. Jahrhunderts mit der Institutionalisierung des Gesundheitssystems durch die Entstehung von Krankenhäusern und anderen professionellen Gesundheitseinrichtungen. Mit der Einführung wissenschaftlicher Methoden in die medizinische Ausbildung und Praxis um 1900 begann die zweite Stufe, die von einer Phase einer starken Expansion des Gesundheitssystems verbunden mit einem Anstieg der Gesundheitsausgaben abgelöst wurde. Die Entwicklung mündete schließlich in der vierten Stufe, die charakterisiert ist durch Kostendämpfung, eingeschränkte Ressourcen und Restrukturierung des Versorgungssystems. [1]

Das markanteste Problem des Gesundheitssystems der USA ist nach wie vor der noch immer unzureichende Zugang zum Versorgungssystem. Die Zahl der US-Bürger, die nicht ausreichend krankenversichert sind, nimmt vor allem unter Niedriglohnarbeiter, also Personen mit Einkommen unter der Armutsgrenze, stetig zu.

Eine weitere Herausforderung der amerikanischen Gesundheitspolitik ist die Immigration illegaler Einwanderer und die ethnische Zusammensetzung der Bevölkerung. Am stärksten von dieser Änderung betroffen ist die lateinamerikanische Bevölkerung, die voraussichtlich bis 2015 auf 60 Millionen anwachsen wird. [2]

---

[1] vgl. Pohl C. M., 2002, S. 99ff
[2] vgl. Pohl C. M., 2002, S. 127

Mit der Initiative „Healthy People 2010“ wurde eine Roadmap zur Verbesserung der Gesundheit der amerikanischen Bevölkerung in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts festgelegt. Entwickelt wurde dieses Programm vom „Healthy People Consortium“, das eine Allianz von 600 Organisationen und Agenturen darstellt. Generell verfolgt diese Initiative als Ziel, die Qualität und die Zahl der gesunden Lebensjahre und die Elimination von gesundheitlichen Unterschieden. Aufgrund der Erkenntnis, dass die öffentliche Gesundheit durch die Annahmen, Einstellungen und Verhalten jedes einzelnen beeinflusst wird und die Gesundheit des Einzelnen durch die öffentliche Gesundheit determiniert wird, sieht die Initiative ihre Vision in „Healthy People in Healthy Communities“.

Das zu erreichende Gesamtziel wiederum wurde in 467 Teilziele zergliedert, die in 28 Bereiche zusammengefasst wurden. Die Teilziele repräsentieren die Determinanten der öffentlichen Gesundheit. Der Gesundheitsstaus wird in einem jährlichen Gesundheitsbericht „Health, United States“ kontrolliert und publiziert. [1]

Die vier Schlüsselelemente Ziel, Teilziele, Determinanten und Gesundheitsstatus sind die Teile der systematischen Annäherung an die Initiative Healthy People 2010.

3.1.2. Ziel der Untersuchung des amerikanischen Gesundheitsberichts „Health, United States"

Der amerikanische Gesundheitsbericht „Health, United States“ wird mit der Zielsetzung untersucht, inwieweit Spezifika des amerikanischen Gesundheitssystems Auswirkungen auf die Entstehung und Gestaltung der Gesundheitsberichterstattung haben.

3.1.3. Gesundheitsbericht „Health, United States“

In den USA wird unter dem Titel „Health, United States“ jährlich ein Bericht über den Gesundheitszustand in den USA veröffentlicht. Der Gesundheitsbericht

[1] vgl. U.S. Department of Health and Human Services; 2000, S. 21

„Health, United States, 2006“ ist bereits der dreißigste Gesundheitsbericht in dieser Publikationsreihe. In Entsprechung zu § 308 des Public Health Service Act wird dieser Gesundheitsbericht vom Gesundheitsminister an den Präsidenten und den Kongress der Vereinigten Staaten von Amerika vorgelegt. Der Bericht wird erstellt durch das National Center for Health Statistics (NCHS) und dem Center for Disease Control and Prevention.

Mit dem umfangreichen Bericht „Health, United States, 2006“ sowie den Gesundheitsberichten der Vorjahre wird das Ziel verfolgt, die nationalen Trends in der Gesundheitsstatistik aufzuzeigen. Inhaltlich sind die Gesundheitsberichte nach demselben Schema aufgebaut und beinhalten die Kapitel Summary and Highlights, Chartbook, Trend Tables, extensive appendixes and Index.

3.1.4. Chartbook on Trends in the Health of Americans

Der Teil „Chartbook on Trends in the Health of Americans” aktualisiert und erweitert Informationen, die bereits in früheren Ausgaben des Gesundheitsberichtes “Health, United States” veröffentlicht wurden. Im Kapitel Chartbook wird die „nationale Gesundheit“ anhand ausgewählter Determinanten, Messung des Gesundheitsstatus und Verwendung von Gesundheitseinrichtungen dargestellt. In den veröffentlichten Statistiken wird auf Unterschiede im Alter, Geschlecht, Rasse, Bildung und Armut eingegangen.

In diesem Teil des „Health, United States“ werden jährlich Statistiken zu ausgesuchten, gesundheitsrelevanten Themen seit der Ausgabe 2003 aufbereitet. Im Gesundheitsbericht des Jahres 2003 wurde das Thema Diabetes aufgegriffen, in den Folgejahren wurden die Bereiche Drogen und Alter 55 – 64 bearbeitet. Sonderthema der Ausgabe 2006 des amerikanischen Gesundheitsberichtes ist das Thema Schmerz.

3.1.5. Trend Tables

In ca. 150 Tabellen und Grafiken (2006: 147 Tabellen, 2005: 156 Tabellen) werden die Berichtsthemen Gesundheitsstatus und seine Determinanten, Verwendung von Gesundheitseinrichtungen, Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsausgaben dargestellt. Bei der Auswahl des dafür notwendigen Datenmaterials wird auf die Verfügbarkeit zumindest vergleichbarer Daten über mehrere Jahre geachtet.

Im Anhang des „Health, United States“, werden in alphabetischer Reihenfolge zu jeder Tabelle die Datenquelle sowie eine Beschreibung hinsichtlich Inhalt und Entstehung angeboten.

Um die Pragmatik und die Philosophie des umfangreichen Berichts erkennen zu können, erscheint es mir sinnvoll, an dieser Stelle beispielhaft einige wichtige Begriffsdefinitionen wiederzugeben.

Armut:
Der im Gesundheitsbericht „Health, United States, 2006“ verwendete Armutsbegriff basiert auf Definitionen der Social Security Administration. Die Armutsschwelle errechnet sich aufgrund der Familienzusammensetzung und der -größe und dem entsprechenden monetären Familieneinkommen. Die Schwellenwerte werden jährlich dem Konsumentenpreis-Index angepasst. So betrug das Familieneinkommen beispielsweise für die Armutsschwelle für eine 4-köpfige Familie im Jahr 2004 $ 19.307,--. [1] Die Zugehörigkeit zu einem Haushalt begründet sich durch Heirat, Blutsverwandtschaft und Adoption. Das Familien-einkommen errechnet sich als die Summe aller Einkommen aller Familien-angehörigen. Zum Einkommen zählen Löhne und Gehälter, Mieteinnahmen, Zinsen, Dividenden, Einkommen aus eigenen Geschäften und Unterstützungen durch Verwandte. [2]

[1] vgl. Health, United States, 2006, S. 518
[2] vgl. Health, United States, 2006, S. 492

Bildung:

Bildung wird im Gesundheitsbericht der USA im Wesentlichen auf zwei Arten definiert:

In Geburtsstatistiken wurde die Bildung der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt zunächst anhand der besuchten Schuljahre kategorisiert. Seit 2003 wurde in einigen Bundesstaaten begonnen, Daten über den höchsten Abschluss bzw. den höchsten abgeschlossenen Schultypus der Mutter erhoben. Im Jahr 2004 wurden diese Daten von 41 Bundesstaaten und 2 Distrikten (Columbia, New York City) erhoben. [1] Das Bildungsniveau kann anhand der Todesurkunde erhoben werden und fließt somit in die Mortalitätsstatistik des amerikanischen Gesundheitsberichtes ein. [2]

Bevölkerung:

Im Gesundheitsbericht „Health, United States“ werden unterschiedlich definierte Varianten des Begriffes Bevölkerung verwendet. Der Begriff „Total population“ bezieht sich dabei auf die gesamte Bevölkerung der USA inklusive aller Angehörigen der US Streitkräfte, die außerhalb des Hoheitsgebietes der USA leben. Andere außerhalb der USA lebende Amerikaner werden dabei nicht berücksichtigt. Unter „Resident population“ werden alle Amerikaner einschl. Angehörige der Streitkräfte verstanden, die in den USA residieren. Andere Personen, wie z.B. diplomatisches Personal und internationale Militärpersonen, die in den USA leben, werden nicht unter den Begriff „Resident population“ subsumiert. „Civilian population“ fasst alle zivilen Bürger der USA ohne die Angehörigen der US Streitkräfte zusammen. „Civilian noninstitutionalized population“ sind alle US-Bürger, die nicht in taxativ aufgezählten Institutionen meist des Sozialwesens leben. [3]

[1] vgl. Health, United States, 2006, S. 490
[2] vgl. Health, United States, 2006, S. 491
[3] vgl. Health, United States, 2006, S. 517

Geographische Regionen:

Im Gesundheitsbericht „Health, United States“ werden zwei unterschiedliche Gruppierungen der US Bundesstaaten verwendet. Das U.S. Census Bureau teilt alle Bundesstaaten in die vier geographischen Regionen Nordosten, Mittelwesten, Süd und West und entsprechend der geographischen Nähe in neun Abschnitte. Das Department of Commerce´s Bureau of Economic Analysis nimmt eine Gliederung der Bundesstaaten in acht Regionen vor und berücksichtigt dabei die Homogenität der Staaten hinsichtlich Einkommenscharakteristik, Beschäftigung im industriellen Sektor sowie demographische, soziale und kulturelle Faktoren. Beide Gruppierungen stimmen jedoch weitestgehend überein. [1]

Urbanisation:

Unter dem Begriff der Urbanisation wird der Grad der Urbanisation eines bestimmten geographischen Gebietes verstanden. Bei der Quantifizierung dieses Parameters wird auf die Bevölkerungszahl abgestellt. [2]

3.1.6. Lessons to learn

Auf den ersten Blick ist erkennbar, dass der Gesundheitsbericht „Health, United States, 2006“ aufgrund der gesetzlichen Pflicht aus dem Public Health Service Act durch den Gesundheitsminister der Gesundheitszustand der Bevölkerung jährlich an den amerikanischen Kongress berichtet wird. Die Erstellung erfolgt durch das National Center for Health Statistics und dem Center for Disease Control and Prevention.

Auffällig ist zunächst das Konzept der Publikation des „allgemeinen“ Gesundheitsberichts mit einem unmittelbar vorangestellten Detailbericht zu einem jährlich wechselnden Thema. So wurde für den Detailbericht 2006 das Thema Schmerz gewählt. Diese Themenwahl ist gesundheitspolitisch betrachtet durchaus brisant, da Schmerz für den betroffenen Patienten auf der physischen, mentalen

[1] vgl. Health United States, 2006, S. 493
[2] vgl. Health United States, 2006, S. 528

und emotionalen Ebene einen beträchtlichen Verlust an Lebensqualität bedeutet und zudem die Schmerzbehandlung teuer, zeitintensiv und manchmal frustrierend ist. Neben den immens hohen Kosten für den Arzt- und Spitalsbesuch für die Diagnose, Therapie und Medikamente verursacht Schmerz volkswirtschaftliche Kosten für den Verlust von Arbeitskraft und Produktivität. Ein weiterer Aspekt für die Wahl des Themas war die Entscheidung des Kongresses, beginnend mit dem Jahr 2001 das Jahrzehnt des Schmerzes auszurufen. [1]

Herauszustreichen wäre auch der Zeitpunkt der Publikation: der Gesundheitsbericht 2006 wurde bereits im November des gleichen Jahres herausgegeben. Interessant ist ebenfalls die Möglichkeit, das statistische Datenmaterial als Power Point oder Spreadsheet-Version downzuloaden. Diese Form der Datenbereitstellung ist meines Erachtens im Rahmen der Politikberatung als positiv zu bewerten, da aktuelle Daten rasch in elektronisch verarbeitbarer Form zur Verfügung stehen.

Inhaltlich werden in erster Linie allgemeine Daten zur Bevölkerung, zu Fertilität und Natalität, sowie zu Mortalität behandelt. Von den 147 Tabellen widmen sich 25 Tabellen medizinalstatistischen Themen und Gesundheitsdeterminanten. Tabelle 76 bis 147 sind thematisch der Versorgungsberichterstattung zuzuordnen. Folgende Abbildung 3 gibt einen vollständigen Einblick in den Inhalt des amerikanischen Gesundheitsberichts „Health, United States“.

Der Gesundheitsbericht „Health, United States“ übernimmt im Rahmen der Iniative Healthy People 2010 verglichen mit dem Public Health Action Cycle die Rolle der Evaluation. Aufgrund der festgelegten Ziele und Teilziele, die wiederum die Determinanten der Gesundheit widerspiegeln, wird die Zielerreichung durch Messung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung evaluiert. Den Besonderheiten bzw. den aktuellen Herausforderungen des U.S. Gesundheitssystems wird beispielsweise durch eigene Tabellen zum Thema Nichtkrankenversicherte sowie durch Berücksichtigung von ethnischen, Bildungs- und Einkommensdaten Rechnung getragen.

[1] vgl. Health United States, 2006, S. 68

Abschließend ist noch anzumerken, dass das gesamte statistische Datenmaterial nahezu durchgehend sozioökonomische Charakteristika wie Einkommen, Armut, Rasse, Geschlecht, Alter, Bildung und geographische Zuordnung verwendet und so Aspekte einer integrierten Sozial- und Gesundheitsberichterstattung verwirklicht.

Summary List of Trend Tables by Topic

All Topics (Tables 1–147)

Population (Tables 1–3)

Resident population
Persons in poverty
and more . . .

Fertility and Natality (Tables 4–18)

Births
Low birthweight
Breastfeeding
and more . . .

Mortality (Tables 19–49)

Infant mortality
Life expectancy
Death rates, by cause
and more . . .

Determinants and Measures of Health (Tables 50–75)

Health status
Cigarette smoking
Alcohol consumption
High blood pressure
Overweight and obese
and more . . .

Ambulatory Care (Tables 76–94)

Visits: health care, dentists, emergency departments, and more . . .

Prevention: mammograms, pap smears, vaccinations

Inpatient Care (Tables 95–102)

Hospital stays and procedures
Nursing homes
and more . . .

Personnel (Tables 103–111)

Physicians
Dentists
Nurses
Health professions school enrollment
and more . . .

Facilities (Tables 112–118)

Hospitals
Nursing homes
and more . . .

National Health Expenditures (Tables 119–132)

Personal health expenditures
Out-of-pocket costs
Prescription drugs
Nursing home costs
and more . . .

Health Care Coverage and Major Federal Programs (Tables 133–142)

Insurance coverage:
Medicare
Medicaid
Private coverage
Uninsured
HMOs
and more . . .

State Health Expenditures and Health Insurance (Tables 143–147)

Medicare, Medicaid, HMO expenditures/enrollees
Uninsured persons
and more . . .

Abbildung 3 Health, United States, 2006, Übersicht der Tabellen [1]

[1] vgl. Health, United States, 2006

3.2. Trends in der Gesundheitsberichterstattung der EU und der Europäische Gesundheitsbericht 2005

3.2.1. Ziele des „Health Monitoring Program“ der EU und die Kernthemen der neuen Gesundheitsstrategie (2007 – 2013) der EU

Das Aktionsprogramm für Public Health für die Periode 2003 – 2008 verfolgt die Ziele, die gesundheitsrelevanten Informationen zu verbessern, rasch auf gesundheitliche Gefahren reagieren zu können und sich mit den Gesundheitsdeterminanten zu befassen. Es ist die generelle Zielsetzung der EU, ein europaweites Gesundheitsmonitoringsystem aufzubauen, das die Aufgabe haben soll, den Gesundheitsstatus, Trends und Determinanten zu messen, die Planung, das Monitoring und die Evaluation von EU-Programmen zu unterstützen und den Mitgliedstaaten erforderliche Informationen zum Vergleich sowie Unterstützung der nationalen Gesundheitsstrategie anzubieten.

Zahlreiche Projekte wurden in den folgenden drei Arbeitsbereichen abgewickelt:

- Einführung europaweiter Gesundheitsindikatoren
- Entwicklung eines europaweiten Netzwerks für gesundheitsrelevante Daten
- Analyse und Berichterstattung

Beispielsweise läuft derzeit ein Projekt unter der Leitung des lögd, das die Rolle der Gesundheitsberichterstattung in einem gesundheitspolitischen Strategiewechsel untersucht („Policy Impact Assessment of Public Health Reports“).

Das derzeit in Diskussion stehende Aktionsprogramm für Gesundheit (2007 – 2013) der EU verfolgt u.a. folgende Ziele:

- Verbesserung der Prävention und der Reaktion in Bezug auf Gesundheitsgefahren
- Beitrag zur Verringerung von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsunterschiede innerhalb und zwischen den Ländern

- Ergänzung der Arbeit der nationalen Gesundheitssysteme im Hinblick auf mehr Qualität und Sicherheit in der gesundheitlichen Versorgung und die Befassung mit grenzübergreifenden Fragen
- Gesundheitsförderung und Befassung mit Gesundheitsdeterminanten wie Ernährung und körperliche Aktivität, Alkohol- und Tabakmissbrauch und Befassung mit wichtigen Fragen wie psychische Gesundheit

In diesem Aktionsprogramm der EU spielt die Gesundheitsberichterstattung insofern eine Rolle, als sie zur Verbesserung des Informations- und Wissensstandes im Gesundheitsbereich zur Verwirklichung sämtlicher genannter Ziele beitragen soll.

3.2.2. Der Europäische Gesundheitsbericht 2005

Der Europäische Gesundheitsbericht 2005 geht von der Erkenntnis aus, dass vielfältige Determinanten einen Einfluss auf Mortalität, Morbidität und gesundheitsbezogenes Verhalten der Menschen von Empfängnis und Geburt über die äußerst wichtigen frühen Entwicklungsjahre bis zum Lebensende haben. Die genetischen, biologischen Einflüsse, die individuellen Lebensweisen, Lebens- und Arbeitsbedingungen, die Gesundheitsversorgung und die sozioökonomischen Faktoren beeinflussen die Gesundheit in einem dynamischen und kontinuierlichen Wechselspiel aus Biologie, Vorbelastung und gegenwärtiger Lebenssituation. Für die Gestaltung der Gesundheitspolitik ergeben sich damit die Forderungen, dass die politische Sichtweise breit anzulegen ist, jedoch das Schwergewicht auf die Umwelt des Menschen zu legen ist, sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen bei den Vorboten ungesunden Verhaltens, chronischer Krankheiten und psychischer Störungen ansetzen müssen und Interventionen am geeignetsten sind, wenn sie umfassend an einer Vielzahl von Faktoren orientiert sind und jedes Individuum in seinem Lebens-, Arbeits- und Gesellschaftszusammenhang berücksichtigen.

Ausgehend vom Kernthema des Gesundheitsberichtes, der Krankheitslast als auch den für die Bevölkerung insgesamt und besonders für Kinder relevanten

Gesundheitsdeterminanten und –interventionen, werden Themen wie der Anteil bestimmter Erkrankungen an der Krankheitslast, die Einflussgröße bestimmter Risikofaktoren auf Erkrankung und Leiden und ausgewählte Interventionen, welche den Gesundheitszustand der Bevölkerung deutlich heben können, behandelt, die Kontextfaktoren für eine erfolgreiche Anwendung werden berücksichtigt.

Die Krankheitslast wird einerseits durch konventionelle Indikatoren wie Mortalität, Inzidenz und Prävalenz, Nutzung des Gesundheits- und Sozialwesens und wirtschaftliche Kosten sowie durch summarische Maße für die Bevölkerungsgesundheit und Gesundheitslücken wie Gesunde Lebenserwartung (HALE) und um Behinderungen bereinigte Lebensjahre (DALY) ausgedrückt.

Zur Analyse verwendet der Europäische Gesundheitsbericht 2005 eine Gruppenaufteilung der Länder nach dem Ausmaß der Mortalität. Aufgrund der Mortalitätsrate wurde die Europa in die Regionen

- Eur-A mit sehr geringer Kinder- und Erwachsenensterblichkeit,
- Eur-B mit geringer Kinder- und Erwachsenensterblichkeit und
- Eur-C mit geringer Kinder- und hoher Erwachsenensterblichkeit

eingeteilt.

3.2.3. Lessons to learn

Im Europäischen Gesundheitsbericht 2005 wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Europa anhand der gebräuchlichsten Indikatoren, die die öffentliche Gesundheit beeinflussen, wie z.B. Mortalität, Inzidenz und Prävalenz, Nutzung des Gesundheits- und Sozialwesens und wirtschaftliche Kosten sowie summarische Maße für die Bevölkerungsgesundheit und Gesundheitslücken wie Gesunde Lebenserwartung (HALE) und um Behinderungen bereinigte Lebensjahre (DALY), gemessen. Die Nutzung dieser Indikatoren ist die Grundlage, um daraus erforderliche Interventionen und gesundheitspolitische Maßnahmen ableiten zu können. Die Erfassung von Determinanten auf die Gesundheit der

Bevölkerung und insbesondere von Kindern unterstreicht die Interventionsorientierung des Europäischen Gesundheitsberichtes 2005. Die Untersuchung der Krankheitslast trägt darüber hinaus bei, Schlüsse für ein erforderliches Capacity-building zu ziehen.

3.3. Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen

Der Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalens des Jahres 1990 machte deutlich, dass gesundheitliche Probleme nicht durch eine Organisation allein lösbar sind, sondern mehrere Akteure sich über gemeinsame Interventionen verständigen müssen. Aus diesem Anlass wurde 1991/1992 die Landesgesundheitskonferenz gegründet. In der Landesgesundheitskonferenz sind demnach alle für die Gesundheit verantwortlichen Einrichtungen und Organisationen, wie z.B. das Ministerium für Gesundheit, Vertreter der Ärzte-, Zahnärzte-, Apothekerkammer, Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherer und Unfallversicherer, vertreten. Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz verpflichten sich, beschlossene Maßnahmen zu realisieren und in ihrem Einflussbereich umzusetzen. Die Landesgesundheitskonferenz ist in allen Phasen des Public Health Action Cycle - Formulierung von gesundheitspolitischen Konzepten, Zielen, Strategien; Durchführung von Umsetzungsmaßnahmen auf Landesebene; Gesundheitsberichterstattung, Evaluation; Themenidentifizierung, -beratung - entsprechend involviert. So wurden z.B. 1995 Gesundheitsziele für das Land Nordrhein-Westfalen beschlossen. Mit 1. Januar 1998 trat das ÖGD-Gesetz in Kraft, mit dem Gesundheitsberichterstattung sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene eingeführt wurde.

Mit dem ÖGD-Gesetz wurde das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen verantwortlich gemacht, im Auftrag des Gesundheitsministeriums Gesundheitsberichte zu erstellen. Das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen verwendet im Rahmen der Landesgesundheitsberichterstattung unterschiedliche Berichtsformen. Als Grundlage der Gesundheitsberichterstattung werden mit Hilfe eines

bundeseinheitlichen Indikatorensatzes bezüglich elf Themenfelder indikatorengestützte Berichte veröffentlicht. Ziel dieser indikatorengestützten Berichte ist es, Entwicklungen aufzuzeigen, Problemfelder zu identifizieren und die gesundheitlichen Angaben zu erläutern. In der „Themenorientierten Gesundheitsberichterstattung“ äußern sich Experten zu wichtigen Themen der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Zweck dieser Berichte ist das Aufzeigen von Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten sowie deren Erfolgswahrscheinlichkeit. Für gesundheitsrelevante Themen, die eine multidisziplinäre Herangehensweise erfordern, werden Sonderberichte erstellt.

3.3.1. Das Konzept der nordrhein-westfälischen Gesundheitsziele sowie deren Evaluation

Mit der Zielsetzung, eine kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der nordrhein-westfälischen Bevölkerung und der gesundheitlichen Zukunftschancen für die heranwachsenden Generationen in Nordrhein-Westfalen zu erreichen, wurden im Jahr 1995 die „Zehn vorrangigen Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen“ verabschiedet. Grundlage für die Festlegung der Ziele waren die 38 Einzelziele der WHO-Strategie „Health for All“ aus dem Jahre 1985. [1]

Im Nachfolgenden werden die zehn Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalens (NRW) wiedergegeben: [2]

Herz-Kreislauferkrankungen reduzieren

Bis zum Jahr 2005 sollten in Nordrhein-Westfalen Neuerkrankungsrate und Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten bei Menschen unter 65 Jahren deutlich gefallen sein. Bei der Verbesserung der Lebensqualität aller Menschen, die an Herz-Kreislaufkrankheiten leiden, sollten Fortschritte erkennbar sein.

[1] vgl. lögd, 2001, S. 7
[2] vgl. lögd, 2001, S 10-18

Krebs bekämpfen

Bis zum Jahre 2005 sollten in Nordrhein-Westfalen Neuerkrankungsrate und Sterblichkeit aufgrund von Krebskrankheiten bei Menschen unter 65 Jahren erheblich gefallen sein. Die Lebensqualität aller Menschen mit Krebs sollte sich wesentlich verbessert haben.

Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit

Bis zum Jahre 2005 sollten alle Lebens- und Tätigkeitsbereiche wie Stadt, Schule, Arbeitsplatz, Nachbarschaften und eigenes Zuhause bessere Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit bieten. Öffentliche Stellen und Organisationen aller Ebenen, die mit ihren Politiken an der Gestaltung des Rahmens der Gesundheit für die nordrhein-westfälische Bevölkerung mitwirken, sollen in einer rationalen und überschaubaren Weise zur Gesundheitsförderung beitragen.

Die Schaffung ermutigender staatlicher Rahmenbedingungen, die Bereitstellung bzw. Einwerbung ausreichender Finanzmittel sowie ein einzuführendes Verfahren zur Qualitätssicherung sind als erforderliche Flankierung für einen gemeinschaftlichen Impuls zur Gesundheitsförderung in NRW anzustreben.

Gesundheitsschäden durch Tabak, Alkohol und psychoaktive Sunstanzen reduzieren

Bis zum Jahr 2005 sollen die Chancen in NRW, ein suchtfreies Leben führen zu können, deutlich erhöht werden. Dazu gehören u.a. Anstrengungen, den risiko-reichen Konsum psychoaktiver Substanzen – wie z.B. Alkohol, Tabak und illegale Drogen – zu verringern.

Umwelthygiene-Management

Bis zum Jahr 2005 sollte es in Nordrhein-Westfalen effektive Managementsysteme und die Ressourcen zur Umsetzung einer umweltbezogenen Gesundheitspolitik geben.

Primäre Gesundheitsversorgung

Bis zum Jahr 2005 sollte die primäre Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen mit gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen und unterstützenden Leistungen sowie durch Förderung der Selbsthilfe des einzelnen Menschen, von Familien und Bevölkerungsgruppen verbessert weiterentwickelt werden.

Krankenhausversorgung

Bis zum Jahr 2005 sollten die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen eine kosteneffektive Sekundär- und Tertiärversorgung weiterentwickeln und aktiv dazu beitragen, dass sich Gesundheitszustand der Bevölkerung und Patientenzufriedenheit verbessern.

Bürgernahe Dienste

Bis zum Jahr 2005 sollten in Nordrhein-Westfalen die Bürger, die einer Langzeitbetreuung und –unterstützung bzw. spezieller Gesundheitsdienstleistungen bedürfen, Zugang zu angemessenen und hochwertigen Leistungen haben.

Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich (Public Health)

Bis zum Jahr 2005 sollte die Gesundheitsforschung in Nordrhein-Westfalen stärker für den Erwerb und die Anwendung von Wissen arbeiten, das eine Entwicklung im Sinne der „Gesundheit für alle“ stützt.

Unterstützung durch Gesundheitsinformation

Bis zum Jahr 2005 sollten in Nordrhein-Westfalen Gesundheitsinformationssystem die Formulierung, Umsetzung, Begleitüberwachung und Evaluation der „Gesundheit für alle“ - Politik aktiv abstützen.

Grundlage für die Auswahl der vorstehend angeführten Gesundheitsziele des Landes Nordrhein-Westfalen waren die 38 Einzelziele des Regionalbüros für Europa der WHO. Eine Übernahme aller 38 Einzelziele in den Zielkatalog für Nordrhein-Westfalen war aus verschiedenen Gründen nicht möglich, so dass eine Auswahl anhand der Kriterien „inhaltlich übergreifender Charakter der Gesundheitsziele“ und „besonderer Bezug zur nordrhein-westfälischen Gesundheitspolitik“ erfolgen musste. [1]

Der formale Aufbau der Einzelziele erfolgt in Anlehnung an die Ziele des Health for-all – Programms der WHO: Nach der Titelzeile folgt ein kurzer jedoch allgemeiner Zieltext, der wiederum von einer „Konkretisierung“ des Einzelziels, in dem die erforderliche Strategie zur Zielerreichung definiert ist, ergänzt wird. Die weiteren Bestandteile sind der so genannte „Hintergrund“, der das Problem näher erläutert, und der „Lösungsansatz“, der gesundheitspolitische Entwicklungen sowie Schwergewichtsbildungen darlegt. [2] Zur Quantifizierung der Zielvorgaben wurden für das nordrhein-westfälische Konzept einige globale, quantifizierte Zielwerte eingeführt. Der Schwerpunkt wird jedoch auf die Formulierung von konkreten Maßnahmen und deren Umsetzung gelegt, die mittels quantifizierter Erfolgskriterien evaluiert werden. [3]

3.3.2. Konzeption der bundeseinheitlichen Indikatoren

Im August 1991 wurde durch die 64. Gesundheitsministerkonferenz ein Indikatorensatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder angenommen und beschlossen, dass dieser Indikatorensatz in regelmäßigen Abständen auf Problemangemessenheit, Aktualität und Qualität hin überprüft wird. [4]

Das Schwergewicht der Darstellung ist die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, die anhand von Daten zur demographischen Entwicklung, der sozialen, ökonomischen und ökologischen Umwelt, der Inanspruchnahme von Leistungen

[1] vgl. lögd; 2001, S. 18
[2] vgl. lögd; 2001, S. 19
[3] vgl. lögd; 2001, S. 21
[4] vgl. lögd; 2003, S. 13

der Gesundheitsversorgung und den Ressourcen sowie den Ausgaben und Kosten beschrieben und interpretiert wird [1]. Mit den Gesundheitsberichten der deutschen Länder wird der Zweck verfolgt, eine Zusammenschau von für das Gesundheitswesen bedeutsamen Bereichen zu leisten und Vergleiche zwischen den Ländern zu ermöglichen. [2] Es wurde auch weiters festgehalten, dass das Schwergewicht in der Darstellung auf zeitlichen Abfolgen (Trends) und regional vergleichenden Darstellungen liegen sollte. [3]

Die aktuelle Fassung des GMK-Indikatorensatzes wurde in elf Themenfelder mit insgesamt 297 Indikatoren strukturiert, die im Folgenden dargestellt werden: [4]

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen:	Keine Indikatoren, Text
Bevölkerung, bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen:	24 Indikatoren
Gesundheitszustand der Bevölkerung:	119 Indikatoren
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen:	13 Indikatoren
Gesundheitsrisiken der aus der Umwelt:	14 Indikatoren
Einrichtungen des Gesundheitswesens:	22 Indikatoren
Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung:	38 Indikatoren
Beschäftigte im Gesundheitswesen:	29 Indikatoren
Ausbildung im Gesundheitswesen:	4 Indikatoren
Ausgaben und Finanzierung:	26 Indikatoren
Kosten:	8 Indikatoren

155 der hier dargestellten Indikatoren sind zudem geschlechtsspezifisch unterteilt. [5]

[1] vgl. lögd; 2003, S. 13
[2] vgl. lögd; 2003, S. 13
[3] vgl. lögd; 2003, S. 13
[4] vgl. lögd; 2003, S. 14
[5] vgl. lögd; 2003, S. 22-23

„Mindestens 30 – 40 % der Indikatoren sind direkt oder aber bedingt vergleichbar mit den WHO-, OECD- und dem EU-Indikatorenkatalog.“ [1]

3.3.3. Verflechtung von Gesundheits- und Sozialberichterstattung in Nordrhein-Westfalen

Es war ein Anliegen des Landtages an die Regierung des Landes Nordrhein-Westfalen, die Sozialberichterstattung problemorientiert weiterzuentwickeln, hinsichtlich Geschlechterdifferenzierung, Sozialräumlichkeit und den Zusammenhang zwischen Armut, Gesundheit und sozialer Lage qualitativ zu verbessern und verstärkt die Armut bei Kindern zu behandeln. Im Jahr 2001 beschäftigte sich die Landesgesundheitskonferenz mit diesem Thema, mit der Zielsetzung, alle Verantwortungsträger für die gesundheitliche Versorgung mit der Frage, für welche Bevölkerungsgruppen objektiv nachweisbare Einflüsse sozialer Ungleichheit auf den Gesundheitszustand bestehen und welche Maßnahmen zur Minimierung dieser Unterschiede getroffen werden sollten, zu konfrontieren.

Auch die WHO empfiehlt, in verstärktem Ausmaß gesundheitliche Indikatoren getrennt nach unterschiedlichen sozialen Parametern zu erheben. Daher gibt es im Land Nordrhein-Westfalen Bemühungen, Gesundheits- und Sozialberichterstattung zu integrieren. Nur die Aufnahme sozialer Schichtfaktoren in die gesundheitsrelevanten Indikatoren ermöglicht eine zielgenaue Planung und Implementierung von Interventionen.

Die folgende Abbildung zeigt eine Analyse der Gesundheits- und Sozialberichte des Landes Nordrhein-Westfalen seit dem Jahr 1997 und zeigt die verwendeten gesundheitlichen Indikatoren in den Sozialberichten und die sozialen Indikatoren in den Gesundheitsberichten auf.

[1] vgl. lögd; 2003, S. 23

Sozialbericht-erstattung	Kapitel	Indikator	Bemerkung
1. Sozialbericht 1998	Soziale und psychosoziale Aspekte der Lebenssituation	subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes	Langzeitarbeitslose geben schlechtere Gesundheit an
2. 7. Kinder- und Jugendbericht, 2000	Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen	Häufigkeit chronischer Krankheiten und von Unfällen, Zahngesundheit, Säuglingssterblichkeit, Essstörungen, Alkohol- und Nikotinkonsum, Konsum illegaler Drogen	gut ausgearbeiteter Beitrag zur gesundheitlichen Lage
3. Lebenslage älterer Menschen, 1999 **Armut im Alter, 1992**	Gesundheit Gesundheitszustand und Befindlichkeit	Krankenhaus-Inanspruchnahme, Pflegebedürftigkeit, Ausgaben der GKV und der Pflegeversicherung	Daten des Statistischen Bundesamtes verwendet, keine NRW-spezifischen Daten
4. Soziale Situation kinderreicher Familien, 1994	Soziale und sozioökonomische Merkmale	Krankheit als Ursache von Sozialhilfebezug wird mit 1,7% bei verheirateten und 0,3% bei alleinstehenden Familien mit 3 und mehr Kindern ausgewiesen (1992)	Mikrozensus-Daten von NRW werden verwendet, die Möglichkeiten der Nutzung von Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus wurden nicht ausgeschöpft,
5. Ausländerinnen und Ausländer in NRW, 1994 **Zahlenspiegel 1997 zu Ausländerinnen und Ausländern in NRW**	Die gesundheitliche Situation der ausländischen Bevölkerung Im Zahlenspiegel 1997 sind keine Angaben zur gesundheitlichen Lage	Arbeitsunfähigkeit häufiger bei Inf.krankheiten, Magen-Darm-Erkrankungen, Wirbelsäulenleiden und Unfällen als bei Deutschen, Zufriedenheit mit Gesundheit ähnlich wie bei Deutschen, Arztbesuche zeigen ähnliches Muster wie bei Deutschen	SOEP Daten werden gut interpretiert. Häufig sind Ausländer in einer unteren sozialen Schicht, daher ist direkte Vergleichbarkeit mit Indikatoren über Deutsche ungünstig und führt zu Fehlschlüssen. Der Zahlenspiegel 1997 wurde vom LDS erarbeitet
6. Wohnungsnot und Obdachlosigkeit, 1993	Lebenslagen einiger betroffener Personengruppen	Schwangere, behinderte und psychisch Kranke Wohnungslose als speziell betroffene Gruppen, keine Indikatoren	kein spezielles Kapitel mit Bezug zur Gesundheit
7. Alleinerziehende – Lebenslagen und Lebensformen, 1993	Psychische Belastungen	Beschreibung psychosomatischer Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Erschöpfung, Überlastung, nicht quantifiziert, Fallbeispiele	kein Kapitel mit Bezug zur Gesundheit, Möglichkeiten des Mikrozensus zur Nutzung von Gesundheitsdaten sind nicht ausgeschöpft
8. Verschuldung, Überschuldung und Schuldnerberatung, 1993	kein Kapitel mit Bezug zur Gesundheit	Krankheit als Ursache von Überschuldung, Stress, psychische Erkrankung und Suchtverhalten als Folge, keine Gesundheitsindikatoren	Krankheit als Ursache und Folge von Überschuldung unzureichend dargestellt
9. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerhaushalte mit Niedrigeinkommen, 1998	kein Kapitel mit Bezug zur Gesundheit	keine Gesundheitsindikatoren	
10. Arbeitslose, Langzeitarbeitslose und ihre Familien	Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit	Subjektive Gesundheit, Zufriedenheit mit der Gesundheit, chronische Beschwerden und ihre Häufigkeit, Behinderung	Indikatoren wurden dem SOEP und dem Bundesgesundheitssurvey (1992) entnommen
Gesundheitsbericht-erstattung	**Kapitel**	**Indikator**	**Bemerkung**
1. Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in NRW, Band 9, 1997	Die Sozialstruktur in NRW und regionale Differenzierung,	Clusteranalyse mit Bildung von 6 Clustern nach 11 soziodemographischen Indikatoren	Es wurden keine Gesundheitsindikatoren verwendet
2. Gesundheit von Frauen und Männern Landesgesundheitsbericht 2000	Soziodemographische Situation von Frauen und Männern, Benachteiligte Frauengruppen Alleinstehende Alleinstehende Wohnungslose	Lebenserwartung, dargestellt nach den 6 Clustergebieten, s. 1 Armutsanteil in der Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht (Sozialhilfedichte), Verteilung nach Geschlecht Gesundheitliche Lage Alleinerziehender, Rauchverhalten Alleinstehender Anteil von Erkrankungen nach Diagnosegruppen	niedrige Lebenserwartung und hohes Armutsniveau korrelieren (nach Kreisen und kreisfreien Städten) Lebenserwartung wird durch Armut negativ und durch Prosperität positiv beeinflusst Gesundheitsriskanteres Verhalten als verheiratete Frauen, schlechtere subjektive Gesundheit Im Vergleich zur Wohnbevölkerung wesentlich höhere Erkrankungszahlen
3. Gesundheit von Zuwanderern in NRW, 2000	Gesundheitsstatus von Zuwanderern Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Psychische Gesundheit und psychosoziale Versorgung von Zuwanderern	z.B. höhere Tuberkuloseinz. Anteilmäßig z.B. weniger Rehabilit.maßnahmen als Deutsche häufig keine Indikatoren, sondern Expertenurteile	Vergleich zwischen Deutschen und Zuwanderern ist mit Schichtindex nicht direkt vergleichbar
4. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW, 2001	Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung	Säuglingssterblichkeit, Untergewichtig Lebendgeborene, Impfraten von deutschen und Migrantenkindern	alle Indikatoren zur Gesundheit sind bei schlechter sozialen Lage ungünstiger

Abbildung 4 Gesundheitliche Indikatoren in der Sozialberichterstattung, Soziale Indikatoren in der Gesundheitsberichterstattung NRW [1]

[1] vgl. Bardehle D., Strohmeier K.-P., Laaser U., Vortrag 2001

3.3.4. Das Konzept der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen

Einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Gesundheit des Menschen übt die Umwelt aus. An der Schnittstelle zwischen Umwelt und Gesundheit bildet sich eine eigenständige Form der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung aus. Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung kann als eine Gesundheitsberichterstattung verstanden werden, in der Umweltthemen behandelt werden bzw. als Umweltberichterstattung, in der Gesundheitsthemen behandelt werden. Dieser Begriff stellt somit ein wichtiges empirisches Instrument der Gesundheitsplanung und präventiv orientierten Gesundheitspolitik dar, das über den Rahmen einer reinen Medizinal- und Umweltstatistik hinausgeht und inhaltlich systematisch aufgebaute und wissenschaftlich fundierte Berichte mit Interpretation des Datenmaterials, Einbeziehung prognostischer Elemente und Orientierung an gesundheitspolitisch bedeutsamen Themen beinhaltet. [1]

Das Schwergewicht der Darstellung in der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung liegt auf den Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch Umweltbedingungen beeinflusst werden. Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung hat demzufolge neben klinischen Krankheitsbildern funktionelle Störungen, Missbefindlichkeiten und andere subklinische Phänomene zu berücksichtigen, wobei hinreichend wissenschaftliche Evidenz für die Beteiligung der Umwelt an der Krankheitsentstehung und der Prägung des Krankheitsverlaufes gegeben sein muss. [2]

Grundsätzlich liegen einer umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung unterschiedliche Konzepte der Surveillance zu Grunde, die jeweils zu unterschiedlichen Zwecken eingesetzt werden können. So kann z.B. eine Outcome-Surveillance, die bei nicht nachgewiesenem Zusammenhang zwischen Umweltfaktoren und Krankheitsgeschehen anzuwenden ist, zur Beschreibung des Krankheitsausmaßes und der Evaluierung der Effektivität von Programmen zur Risikominderung verwendet werden. Eine Hazard-Surveillance dient der Identifikation von neuen Verbindungen zwischen Risiko und Auswirkung, während

[1] vgl. Vogt A., 2002, S. 86
[2] vgl. Vogt A., 2002, S. 86

eine Expositionssurveillance die entsprechende Expositionssituation beobachtet, um Möglichkeiten für Interventionen zu erkennen. [1]

Ein ideales Surveillance-System für umweltbezogene Gesundheit enthält Daten über Mortalität und Morbidität einschließlich Wohnortinformationen, aktuelle Bevölkerungsdaten und umfangreiche Informationen über Expositionen und geographische Bezüge zu diesen Daten.

Die Bedeutung der Umwelt für die Gesundheit spiegelt sich sowohl in den Gesundheitszielen der WHO als auch in den bereits oben erwähnten Gesundheitszielen des Landes Nordrhein-Westfalen (Gesundheitsziel 5 Umwelthygiene-management: „Bis zum Jahr 2005 sollte es in NRW effektive Managementsysteme und die Ressourcen zur Umsetzung einer umweltbezogenen Gesundheitspolitik geben“ [2]) wieder. Dieses Ziel wurde wie folgt konkretisiert:

- Bewahren natürlicher Ressourcen und Risikosenkung in gesundheitsrelevanten Umwelt- und Lebensbereichen über die Strategien:
- Einrichtung von Systemen der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung und –information, durch die umwelt- und gesundheitsbezogene Informationen vernetzt werden
- Partizipation an der Lösung von Umwelt– und Gesundheitsfragen, bei voller Zugänglichkeit der Informationen
- Politikfolgenabschätzung für Umwelt und Gesundheit in Bereichen wie Stadtplanung, Energiewirtschaft, Transportwesen, Industrie und Landwirtschaft
- Ressourcenmobilisierung zur Verwirklichung von entsprechenden Gesundheitszielen in allen Bereichen
- Entwicklung von Managementsystemen, operationellen Methoden und technologischen Verfahren
- Betreiben von Forschung
- Anbieten von Ausbildungsmöglichkeiten

zur Unterstützung des Umwelthygiene-Managements. [3]

---

[1] vgl. Vogt A., 2002, S. 88
[2] vgl. lögd; 2001, S. 14
[3] vgl. lögd; 2001, S. 14

Vogt attestiert den konkret vorliegenden Gesundheitsberichten zum Teil eine Orientierung am Konzept des Outcome-Surveillance. In anderen Berichten, wie z.B. dem „Krebsatlas NRW“ haben einige Abschnitte einen unmittelbaren Umweltbezug (Abschnitte 3.4 Trinkwasser, 3.5 Luftverunreinigungen, 3.6 Strahlenexposition, 3.7 Berufliche Exposition). [1] Vogt schreibt weiter: „Die im Rahmen der Luftreinhalteplanung nach BimSchG im Ruhrgebiet und entlang der Rheinschiene vom Umweltministerium geführten Wirkungskataster sind ein Beispiel der Verknüpfung zeit- und raumbezogener Informationen. Zu den sechs Themenfeldern mit insgesamt ca. 100 Indikatoren gehören Untersuchungs-parameter bei Frauen (Atemwegserkrankungen, interne Schadstoffbelastung, Funktionsparameter) und bei Lernanfängern (Atemwegserkrankungen, interne Schadstoffbelastung, Funktionsparameter)“. [2]

3.3.5. Lessons to learn

Aus dem Modell der Gesundheitsberichterstattung des Landes Nordrhein-Westfalen können zusammengefasst mehrere positive Entwicklungen hervorgehoben werden.

Zum einen ist festzustellen, dass die Gesundheitsberichterstattung, wie bereits am Beispiel der USA gesehen, gesetzlich institutionalisiert ist und so eine Einbindung in den gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß und gesellschaftspolitischen Diskurs nahezu vollständig erfüllt ist. Die Entwicklung bundeseinheitlicher Indikatoren zur Darstellung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung ermöglicht einen qualifizierten Benchmark zwischen den Ländern bzw. den Regionen. Der Eigenständigkeit der Bundesländer wird dadurch Rechnung getragen, dass weitergehende Indikatoren je nach Bundesland und Bedarf festgelegt und ermittelt werden können. Die Fülle an Datenmaterial mit teilweise überschneidenden und widersprüchlichen Inhalten ist in Österreich für politische Entscheidungsträger ein Problem, da der politische Entscheidungsprozeß zeitlich

[1] vgl. Vogt A., 2002, S. 100
[2] vgl. Vogt A., 2002, S. 100

sehr kurz gefasst ist und daher die richtige Information zum richtigen Zeitpunkt verfügbar sein muss. [1]

Die Vernetzung der Sozial- und Umweltberichterstattung mit der Gesundheitsberichterstattung ist ein wesentlicher Schritt, um Gesundheitsressourcen und Gesundheitsgefahren in ihrem Ursache- Wirkungsverhältnis noch effizienter und effektiver analysieren zu können. Eine Koordinierung und gegenseitige Abstimmung der Gesundheits-, Sozial- und Umweltberichterstattung trägt zu einem integrierten Verständnis der gesundheitspolitischen Entscheidungen bei. Dies ist nicht zuletzt auch eine Forderung des neuen EU-Aktionsplans 2007 – 2013, der eine Einbindung aller Politikbereiche in der öffentlichen Gesundheit fordert.

3.4. Gesundheitsberichterstattung Schwedens

3.4.1. Historischer Rückblick

In den 80er Jahren stellte Schweden fest, dass im Gesundheitsbereich massive Ungleichheiten herrschen, woraus geschlossen wurde, dass es wichtige soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit gibt. Es sollten daher Bedingungen geschaffen werden, die diese „gesundheitliche Ungleichheit“ beseitigen. Im Jahr 1997 berief die schwedische Regierung eine parlamentarische Kommission ein, die eine Strategie als politische Leitlinie auf nationaler und regionaler Ebene entwickeln sollte. Es sollten Bedingungen für eine gleich hohe Gesundheit für alle geschaffen werden. In der parlamentarischen Kommission waren Vertreter aller Parteien und NGO´s sowie einige Experten eingebunden. Steigende Kosten der Gesundheitsversorgung, der Bedarf an präventiver Versorgung und das Ansteigen der HIV/AIDS-Erkrankungen waren weitere Gründe, die das Erfordernis einer umfassenden Strategie in der Gesundheitspolitik verdeutlichten. Im Jahr 2003 verabschiedete das schwedische Parlament, der Riksdag, das Gesetz über die

[1] Dr. Kurt Grünewald, 2007

Public Health Ziele, in dem die nachfolgend dargestellten Goals der Gesundheitspolitik gesetzliche Verbindlichkeit erhielten.

3.4.2. Gesundheitspolitische Ziele Schwedens

Die schwedische Gesundheitspolitik basiert auf elf Zielen, die die Determinanten der kollektiven Gesundheit der schwedischen Bevölkerung berücksichtigen. Determinanten der Gesundheit sind Faktoren in unserer Gesellschaft und in unseren Lebensbedingungen, die einen Einfluss auf unsere Gesundheit in positiver als auch in negativer Weise ausüben. Eine Ausrichtung der gesundheitspolitischen Ziele auf die Einflussfaktoren bringt den Vorteil mit sich, dass die Ziele durch politische Entscheidungen erreichbar sind und durch gesellschaftspolitische Maßnahmen beeinflussbar sind. Generell wird das Ziel verfolgt, Rahmenbedingungen für einen gleichmäßig hohen Gesundheitsstatus für die gesamte Bevölkerung zu schaffen.

Die elf gesundheitspolitischen Ziele im Einzelnen sind:

- Teilnahme an und Einflussnahme auf die Gesellschaft
- Wirtschaftliche und soziale Sicherheit
- Schutz während der Kindheit und Pubertät
- Gesündere Arbeitsbedingungen
- Gesunde und sichere Umwelt und Produkte
- Gesundheits- und präventionsorientierte Gesundheitsversorgung
- Effektiver Schutz gegen übertragbare Krankheiten
- Safe Sex
- Steigerung der physischen Aktivitäten
- Gesundes Ernährungsverhalten und gesunde Lebensmittel
- Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums

Diese definierten Gesundheitsziele sowie deren Erreichung werden systematisch kontrolliert. Diese Kontrolle ist die Grundlage für die Zusammenarbeit aller im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Organisationen (ca. 50) sowie der kommunalen Verantwortungsträger auf der lokalen und regionalen Ebene. Mit der Verabschiedung des Gesetzes über die Ziele im öffentlichen Gesundheitswesen durch den Riksdag wurde das Nationale Institut für Public Health für das Monitoring der elf schwedischen Gesundheitsziele verantwortlich gemacht. Die Absicht war es, etwa alle vier Jahre einen Bericht über die Public Health – Strategie zu veröffentlichen und Entwicklungen im öffentlichen Gesundheitswesen basierend auf den Einflussfaktoren der Gesundheit darzustellen.

3.4.3. Indikatoren für das Monitoring der schwedischen Public Health – Strategie

Durch das nationale schwedische Institut für Public Health wurden 38 wichtige Indikatoren erarbeitet. Weitere Indikatoren für bestimmte Politikbereiche werden erarbeitet. An die erarbeiteten Indikatoren wurden bestimmte Anforderungen gestellt: Die Indikatoren stehen in engem Zusammenhang mit der Gesundheit, korrespondieren aber nicht unmittelbar mit den Gesundheitszielen, sondern stellen die Entwicklung der Einflussfaktoren auf die Gesundheit dar. Weiters sollten die Indikatoren einfach zu administrieren sein, der Politik ausreichend Informationen zur Verfügung stellen und aufgrund politischer Entscheidungen änderbar sein. Die Indikatoren sollten auch, so es möglich ist, geschichtet werden nach Geschlecht, Alter, Familientypus, geographischen Ebenen (bis einschließlich kommunale Ebene), sozio-ökonomischen Gruppen und ethnischer Herkunft:

- Teilnahme an und Einflussnahme auf die Gesellschaft
- Wahlbeteiligung in Kommunalwahlen
- Anteil der weiblichen / männlichen Bevölkerung
- Anteil der aktiv Beschäftigten an der Beschäftigtengesamtzahl
- Wirtschaftliche und soziale Sicherheit

- Einkommensunterschiede
- Prozentsatz an Familien mit Kindern, Pensionisten, Personen im Krankenstand und Behinderten mit geringem ökonomischem Standard (unter 50 % vom nationalen Median-Einkommen)
- Krankenstände, Frühpensionierungen
- Prozentsatz der Langzeitarbeitslosen
- Schutz während der Kindheit und Pubertät
- Qualität der Eltern – Kind – Beziehung
- Ausbildungsgrad der Vorschulerzieher
- Abschlüsse an Grundschulen und Höheren Schulen
- Ausmaß der Beeinflussung der Schule durch Schüler
- Behandlung der Schüler durch Lehrer, andere Erwachsene und Mitschüler
- Gesündere Arbeitsbedingungen
- Eigene Einschätzung des arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsstatus
- Index der Häufung von Risikofaktoren
- Index der Arbeitsüberlastung
- Gesunde und sichere Umwelt und Produkte
- Stickstoffdioxid Belastung in der Umwelt
- Anhaltende Belastung der Muttermilch durch chemische Substanzen
- Prozentsatz der Bevölkerung, die ungesundem Lärm exponiert ist
- Unfälle mit Todesfolge oder im Krankenhaus behandelt pro 100.000 Einwohner in unterschiedlichen Regionen
- Gesundheits- und präventionsorientierte Gesundheitsversorgung
- Effektiver Schutz gegen übertragbare Krankheiten
- Inzidenz meldepflichtiger Erkrankungen

- Jährliche Auffrischungsimpfung von Kindern
- Jährliche Auffrischungsimpfungen
- Safe Sex
- Anzahl an Schwangerschaften und Abtreibungen je 1000 Frauen im Alter unter 20 Jahren
- Inzidenz der Chlamydieninfektionen im Alter zwischen 15 – 29 Jahren
- Steigerung der physischen Aktivitäten
- Prozentsatz der sportlich aktiven Bevölkerung für mindestens 30 Minuten am Tag
- Prozentsatz der Jugendlichen mit einer Note im Fach Gesundheits- und Sportaktivitäten
- Prozentsatz der Bevölkerung zu Fuß, per Fahrrad im Verhältnis zum gesamten persönlichen Transport
- Gesundes Ernährungsverhalten und gesunde Lebensmittel
- Body Mass Index
- Prozentsatz der Bevölkerung die mehr als 500g Obst/Gemüse täglich verzehrt
- Prozentsatz der gestillten Kleinkinder im Alter von 4 – 6 Monaten
- Inzidenz der erfassten Campylobacter- und Salmonelleninfektionen
- Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums
- Selbsteinschätzung des Tabak-Konsums
- Selbsteinschätzung der Rauch-Exposition in der Umwelt
- Gesamtkonsum Alkohol
- Mortalität aufgrund alkoholabhängiger Erkrankungen und Verletzungen
- Selbsteinschätzung Drogenkonsum

- Mortalität aufgrund drogenabhängiger Erkrankungen und Verletzungen
- Prävalenz exzessiven Drogenkonsums

3.4.4. Der schwedische Public Health–Strategie–Bericht 2005

Der schwedische Public-Health-Strategie-Bericht 2005 ist der erste Gesundheitsbericht, der vom Schwedischen National Institute for Public Health erstellt wurde und erstmals an den Riksdag vorgelegt wurde.

An Hand der oben dargestellten Strategieziele und der überschaubaren Zahl an Indikatoren zur Evaluation dieser Ziele konnten sowohl negative als auch positive Entwicklungen aufgezeigt werden. So konnte z.B. der Tabakkonsum in allen Bevölkerungsschichten reduziert werden und die flächendeckende Immunisierung unter Kindern in Schweden gesteigert werden. Auch die Anzahl der arbeits- und verkehrsbedingten Unfälle konnte beträchtlich verringert werden. Ein negativer Trend zeichnet sich z.B. in der Langzeitarbeitslosigkeit und in der Entwicklung von schädlichen Luftpartikeln und bodennahem Ozon ab. Der schwedische Gesundheitsbericht zeigt auch besondere Trends in Bezug auf Geschlecht, Kinder und Jugendliche und ältere Menschen auf. Gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Arbeitern und Angestellten, In- und Ausländern werden ebenfalls eingehend dargestellt.

Entsprechend diesen Trends wurden die wichtigsten Gefahren für die öffentliche Gesundheit definiert und mögliche Problemlösungen vorgeschlagen.

3.4.5. Lessons to learn

Die schwedische Gesundheitsberichterstattung ist ein erfolgreiches Modell einer „Determinantenberichterstattung“ (siehe Kapitel 1.5). Betrachtet man zunächst die Entwicklung zum Public Health Policy Report 2005, stellt man als ersten Erfolgsfaktor fest, dass bis zur Publikation dieses Berichts zahlreiche Akteure aller Ebenen (Makro-, Meso-, Mikroebene) unter der Federführung der schwedischen

Regierung und des Parlaments im Entstehungsprozess eingebunden waren. Der politische Wille kommt auch in der gesetzlichen Verankerung der Gesundheitsberichterstattung, dem Auftrag zur Berichtserstellung an das National Institut for Public Health und der Berichterstattung an das Parlament zum Ausdruck. Die Adressaten des Berichts sind daher nicht nur Politiker auf nationaler Ebene sondern auch auf kommunaler und regionaler Ebene.

Das Schwergewicht der gesundheitspolitischen Strategie erkennt man bei Betrachtung der Gesundheitsziele und der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung, und ist eindeutig gerichtet auf das Ursache-Wirkungs-Prinzip der Gesundheitsdeterminanten. Aufgrund der begrenzten Zahl der Indikatoren, die die Erkennung positiver und negativer Trends in der Entwicklung erlauben, ist es möglich, die wichtigsten und bedeutendsten Gefahren für die Gesundheit der schwedischen Bevölkerung zu erkennen. Auf Grundlage der Daten des Public Health Policy Report 2005 erarbeitete das National Institute for Public Health in Stockholm 42 Vorschläge, die sich in erster Linie auf die Weiterentwicklung und Prioritätensetzung der gesundheitspolitischen Strategie gerichtet sind. Man könnte diese Vorgehensweise derart deuten, dass das nationale schwedische Gesundheitsinstitut die Ergebnisse des Gesundheitsberichtes nicht nur deskriptiv darstellt, sondern den politischen Akteur und die interessierte Öffentlichkeit durch normative Interpretation unterstützt. Somit sind die Voraussetzungen geschaffen, dass der Public Health Policy Report 2005 eine Grundlage für den sozialmedizinischen Diskurs wird.

Die klare Ausrichtung des schwedischen Gesundheitsberichts an den Gesundheitsdeterminanten bringt selbstverständlich den Nachteil mit sich, dass der vorliegende Bericht zur Planung der Gesundheitsversorgung nicht geeignet ist, da medizinalstatistische Daten hiezu nicht berücksichtigt sind.

4. VERGLEICHENDE ANALYSE DER LÄNDERGESUNDHEITS-BERICHTE

4.1. Einleitung

Im dritten Teil dieser Arbeit werden die allgemeinen Gesundheitsberichte der Bundesländer Oberösterreich, Steiermark, Wien und Tirol in ihrer jeweils zuletzt publizierten Fassung einer vergleichenden Dokumentenanalyse unterzogen. Ziel dieser Analyse ist es, die Position der Gesundheitsberichte im Vergleich zu bestimmen.

Diese Positionsbestimmung erfolgt durch Analyse der folgenden Merkmale und Fragestellungen:

- Problem– und Handlungsorientierung:

Im Rahmen der neuen EU-Gesundheitsstrategie hat die europäische Kommission ein Aktionsprogramm für den Bereich der öffentlichen Gesundheit für den Zeitraum 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2013 vorgeschlagen. Um die Handlungsrelevanz der Gesundheitsberichte feststellen zu können, wird die Darstellung der spezifischen Zielsetzungen dieses Aktionsprogramms in den Gesundheitsberichten betrachtet.

Im zweiten Schritt wird die Stellung der Gesundheitsberichte im Public Health Action Cycle untersucht. Hiezu wird analysiert, inwieweit die Gesundheitsberichte Vorschläge für Zielsetzungen, Maßnahmen und Interventionen enthalten.

Daran anschließend erfolgt eine Betrachtung der Detailberichte den Themen nach in den jeweiligen Bundesländern.

- Versorgungsberichterstattung:

Zunächst werden die medizinalstatistischen Indikatoren und die Indikatoren zur Berichterstattung der Versorgungssituation gegenübergestellt, um ggf. eine Wechselwirkung zwischen diesen Daten erkennen zu können.

- Interventionsorientierung:

Hier wird die Frage beantwortet, inwieweit die Determinanten der Gesundheit in den Gesundheitsberichten evaluiert werden. In eigenen Unterkapiteln werden die Erfassung sozioökonomischer und umweltbezogener Risiken und Ressourcen in den Gesundheitsberichten durchleuchtet.

- Psychische Krankheiten:

Mit welchen Indikatoren wird der psychische Gesundheitszustand der Bevölkerung evaluiert?

- Finanzierung des Gesundheitssystems, ökonomische Dimension:

Mit welchen Kennziffern wird die Finanzierung des Gesundheitssystems charakterisiert?

Eine Zusammenfassung der Analyseergebnisse schließt diesen Teil ab, wobei die Positionsbestimmung anhand eines Spinnennetzes erfolgt. Die Berichterstattung jedes Bundeslandes erhält in diesen Spinnennetzen für jedes Kriterium eine Note zwischen 1 und 4, die dann im Spinnennetz eingetragen wird. Die Note 1 im Netz steht für „vollständig erfüllt“, die Note 2 für „teilweise erfüllt“, die 3 für „teilweise nicht erfüllt“ und die Note 4 für „vollständig nicht erfüllt“.

Bei der Bewertung der jeweiligen Gesundheitsberichte werden die Ergebnisse der durchgeführten Interviews, soweit dies möglich ist, mitberücksichtigt. Der Interviewleitfaden ist als Anhang beigefügt.

Die Interviews wurden teilweise mündlich als auch schriftlich durchgeführt. Auf der nationalen politischen Ebene wurde der Gesundheitssprecher und Nationalratsabgeordnete der Grünen, Herr Dr. Kurt Grünewald interviewt. Die schriftliche Kontaktaufnahme mit den Gesundheitssprechern der anderen im Parlament vertretenen Parteien blieb ohne Reaktion. Auf Landesebene konnte kein politischer Entscheidungsträger gewonnen werden.

Von Institutionen, die maßgeblich an der Erstellung von Gesundheitsberichten beteiligt sind, konnte Herr Dr. Füllert vom ÖBIG und Frau Dr. Baldaszti vom Magistrat der Stadt Wien gewonnen werden. Von im Gesundheitswesen tätigen Wirtschaftsunternehmen nahm die Fa. Solve zu den Fragen schriftlich Stellung.

4.2. Problem- und Handlungsorientierung

4.2.1. Gesundheitsziele, Stellung im Public Health Action Cycle

In ihrem Diskussionspapier für eine gesundheitspolitische Strategie hat die Europäische Kommission für den Bereich der öffentlichen Gesundheit Kernthemen zur Erreichung des Ziels, den Gesundheitsschutz zu verbessern, definiert. Demzufolge sieht die Europäische Kommission zur Zielerreichung Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung, in erster Linie eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, eine Verbesserung der Prävention und Reaktion in Bezug auf Gesundheitsgefahren, eine Verringerung der Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung sowie eine Beschäftigung mit den Gesundheitsdeterminanten. [1]

Im oberösterreichischen Gesundheitsbericht werden diese Themen in mehreren Kapiteln behandelt. Ein breiter Raum wird der sozialen Ungleichheit in Bezug auf den Gesundheitszustand eingeräumt (S. 32 – S. 42). Anhand des Äquivalenz-einkommens, der Bildung, der Nationalität und des Beschäftigungsstatus werden Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus durchleuchtet. Gesundheitsförderliche Maßnahmen werden im ersten Abschnitt und im Rahmen der Evaluierung der Gesundheitsziele 3, 9 und 10 behandelt, wobei hier in erster Linie Interventionen in den drei wichtigsten Settings Schule, Betrieb und Gemeinde/Stadt behandelt werden. Im abschließenden Teil des oberösterreichischen Gesundheitsberichtes werden die Gesundheitsziele des Landes Oberösterreich eingehend evaluiert, wobei sich einige Gesundheitsziele mit den vorgeschlagenen Kernthemen decken. So beziehen sich die Gesundheitsziele 1, 2, 4, 5, 6 und 7 auf die Reduktion von bestimmten Krankheiten und es werden Maßnahmen des Gesundheitsschutzes vorgeschlagen. In Bezug auf die Gesundheitsdeterminanten beschäftigt sich der oberösterreichische Gesundheitsbericht im Gesundheitsziel 8 mit dem Gesundheitsrisiko Tabak- und Alkoholkonsum. Eine Gesamtübersicht der den

[1] vgl. Europäische Kommission, 2007, S. 7

einzelnen Gesundheitsberichten zugrunde gelegten Gesundheitsziele vermittelt die Abbildung 5.

Der Tiroler Gesundheitsbericht behandelt in einem Kapitel (S. 28 – S. 46) sehr ausführlich die Risiken wie somatische Basisdaten (Body Mass Index, Blutdruck, Blutfette), Rauchen, Ernährung, Alkohol, Drogen, Sport, Bewegung, Gesundheitsvorsorge und Umwelt für die Gesundheit der Bevölkerung, beschäftigt sich aber nur sehr kurz mit dem Zusammenhang zwischen sozialer Schichtung und Gesundheitszustand. Hervorzuheben wäre noch die umfassende Darstellung der Gesundheitsversorgung in Tirol, die auf die Gesundheitsvorsorge und –förderung, extramurale, intramurale ambulante und stationäre Versorgung, medizinisch–technische Großgeräteausstattung, öffentlichen Gesundheitsdienst und Gesundheitsausgaben eingeht.

Der Steiermärkische Gesundheitsbericht evaluiert im Wesentlichen ausgesuchte Ziele der WHO, die sich mit dem Aktionsprogramm der EU weitestgehend decken. So geht der Steiermärkische Bericht auf die gesundheitliche Chancenungleichheit in Bezug auf Mortalität, Morbidität, Risikofaktoren, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ein. In einem eigenen Abschnitt beschäftigt sich der Bericht mit den umweltbedingten Gesundheitsrisiken und der Gesundheitsförderung im Setting Häusliches Umfeld, Arbeitsplatz, Kindergarten und Schule, Gemeinde und Städte sowie den Settings für behinderte Menschen.

Der Wiener Gesundheitsbericht greift relevante Themen auf und bearbeitet in einigen Kapiteln den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit, Gesundheitsverhalten, Lebensstil und Gesundheit. Der vorliegende Gesundheitsbericht widmet sich auch den geschlechtsspezifischen Befunden zu Morbidität und Mortalität und versucht diese gesundheitlichen Unterschiede zu erklären. Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsausgaben runden den Wiener Gesundheitsbericht ab.

Gesundheitsberichte tragen im Public Health Action Cycle zur Diagnose und Identifizierung von Gesundheitsproblemen als Grundlage einer Strategieformulierung und zur Evaluierung von Interventionen bei. Betrachtet man die vier Gesundheitsberichte der Länder Oberösterreich, Steiermark, Wien und Tirol,

gelingt es allen Berichten, einen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu skizzieren und mögliche Gesundheitsprobleme aufzuzeigen. Der Tiroler Gesundheitsbericht fasst auf der Seite 65 seine Ergebnisse zusammen und schlägt konkrete Maßnahmen zur bundes- oder landesweiten Umsetzung vor. Der steirische Gesundheitsbericht schlägt ähnlich dem oberösterreichischen Gesundheitsbericht im Rahmen der evaluierten WHO-Gesundheitsziele Maßnahmen vor. Der oberösterreichische Bericht geht einen Schritt weiter und definiert die Gesundheitsziele aufgrund der Standortbestimmung neu und schlägt mögliche Interventionen vor. Im Wiener Gesundheitsbericht konnten keine Strategieempfehlungen und Maßnahmenvorschläge vorgefunden werden. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über Gesundheitsziele, die den jeweiligen Gesundheitsberichten zugrunde gelegt wurden bzw. die in den Gesundheitsberichten evaluiert werden:

Oberösterreich	**Steiermark (WHO-Ziele)**	**Wien**	**Tirol**
Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen um 15 % reduziert werden	Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedsstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden.	Derzeit keine Gesundheitsziele, in Überlegung[1]	Nicht publiziert
Bis zum Jahr 2005 sollten mindestens 50 % der Kinder der Altersgruppe der 6–Jährigen kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 3 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen. Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80 % der Kinder der Altersgruppe der 6–jährigen kariesfrei sein und 12-jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.	Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt		

[1] vgl. Baldaszti (2007)

Oberösterreich	Steiermark (WHO-Ziele)	Wien	Tirol
Bis zum Jahr 2005 sollten mindestens 10 % aller mittleren und großen Unternehmen sich zur Umsetzung der Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebes verpflichten	Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihren Gemeinden in einem gesunden, natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.		
Bis zum Jahr 2010 sollte die Suizidrate um mindestens ein Drittel zurückgehen.	Bis zum Jahr 2020 sollten alle Faktoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren		
Bis zum Jahr 2005 oder sogar früher sollten einheimische Masern in der Region eliminiert werden und bis 2010 sollte die Eliminierung der Krankheit zertifiziert werden können	Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem		
Bis zum Jahr 2010 oder sogar früher sollte in Bezug auf Mumps, Pertussis und invasive Erkrankungen durch Haemophilus influenzae Typ B eine Inzidenz von weniger als 1 pro 100.000 Einwohner und in Bezug auf kongenitale Röteln eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1.000 Lebendgeburten erreicht werden	Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedsstaaten auf der Grundlage des chancengleichen Zugangs, der Wirtschaftlichkeit, der Solidarität und der optimalen Qualität belastbare Finanzierungs- und Ressourcen-zuweisungsverfahren für Gesundheitsversorgungssyteme entwickeln		
Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre im Durchschnitt um mindestens 20 % zurückgehen. Atemwegserkrankungen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen	Bis zum Jahr 2005 sollten zur Umsetzung der „Gesundheit für alle – Konzepte“ Allianzen und Partnerschaften gebildet werden, die einzelne und Gruppen sowie Organisationen aus allen Bereichen des öffentlichen und privaten Sektors und nicht zuletzt die zivile Gesellschaft insgesamt in die Verfolgung gesundheitlicher Belange einbinden.		

Oberösterreich	Steiermark (WHO-Ziele)	Wien	Tirol
Bis zum Jahr 2010 sollte der Anteil des Pro-Kopf-Alkoholkonsums um 20% gesenkt werden. In der Altersgruppe unter 15 Jahren sollte er nahezu Null betragen; der Anteil der Nicht-raucherInnen sollte in der Altersgruppe über 15 Jahren 80% und in der Altersgruppe unter 15 Jahren nahezu 100% betragen.			
Bis zum Jahr 2005 sollte mindestens 50% aller Kinder die Möglichkeit geboten werden, eine gesundheitsfördernde Schule zu besuchen			
Bis zum Jahr 2005 sollten sich mindestens 50% aller Städte, städtischen Ballungsgebiete und Gemeinden aktiv an einem Netzwerk gesunder Städte bzw. Gemeinden beteiligen			

Abbildung 5 Übersicht über die Gesundheitsziele in den Bundesländern Oberösterreich, Steiermark, Wien und Tirol

4.2.2. Detailberichte in Oberösterreich, Steiermark, Wien und Tirol

Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht der Themen, die in Detailberichten zu den allgemeinen Gesundheitsberichten behandelt werden. In diesem Kriterium sind die Themenauswahl in den Bundesländern Oberösterreich, Steiermark und Wien am umfassendsten, während Detailberichte in Tirol nur zu den Themen „Versorgung in der letzten Lebensphase – Sterbeorte und stationäre Betreuung von KrebspatientInnen in Tirol“ und „Ambulante Versorgung onkologischer PatientInnen in der Palliativmedizin“ bestehen.

Grundsätzlich ist zu erkennen, dass die gewählten Themen der Detailberichte einerseits dem gesundheitspolitischen Diskurs entsprechen und andererseits in speziellen gesundheitspolitischen Fragestellungen politischen Entscheidungsträgern und Experten hilfreiche Informationen zur Verfügung stellen.

Oberösterreich	Steiermark	Wien[1]	Tirol
Die Versorgung von Diabetes mellitus Typ 2 aus PatientInnensicht (Umfrage) in OÖ	Hauskrankenpflege Steiermark 2004	2. Wiener Ernährungsbericht 2004	Versorgung in der letzten Lebensphase – Sterbeorte und stationäre Betreuung von KrebspatientInnen in Tirol
Bericht zur Zahngesundheitsförderungin OÖ	Frauengesundheitsbericht 2003	Chronische Krankheiten in Wien	Ambulante Versorgung onkologischer PatientInnen in der Palliativmedizin
Bericht über Herz- und Kreislauferkrankungen in OÖ	Psychiatriebericht 2003	Lebenserwartung und Mortalität in Wien	
Bericht über strukturierte Diabetesbetreuung im ländlichen Raum (DIALA)	Jahresbericht zum Steirischen Seuchenplan 2006	Wiener Psychiatriebericht	
Bericht über Atemwegserkrankungen in OÖ		Wiener Frauengesundheitsbericht	
Bericht über psychosoziale Erkrankungen in OÖ		Wiener Jugendgesundheitsbericht	
Bericht 15 Jahre Gesunde Gemeinde in OÖ – Evaluierung		Wiener Kinder-Gesundheitsbericht	
Bericht über Betriebliche Gesundheitsförderung in OÖ		Wiener Männer-Gesundheitsbericht	
In Arbeit: Bericht über Kinder- und Jugendgesundheit in OÖ		Wiener SeniorInnen-Gesundheitsbericht	
Bericht über Seniorengesundheit in OÖ		Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen	

Abbildung 6 Vergleichende Darstellung der publizierten Detailberichte der Länder Oberösterreich, Wien, Steiermark, Tirol

[1] vgl. Baldaszti (2007)

4.3. Versorgungsberichterstattung, Medizinalstatistik

Epidemiologische und medizinalstatistische Daten finden sich im oberösterreichischen Gesundheitsbericht in erster Linie im 5. Abschnitt. Wiedergegeben werden Daten zur Lebenserwartung, Sterbefälle, Krankenstände, Krankenstandsdiagnosen getrennt nach Altersgruppe, Wirtschaftsklassen, Diagnose, Krankenhausentlassungen, Medikamentenverordnungen, Pflegegeld-verteilung, meldepflichtige übertragbare Krankheiten, Bakterielle Lebensmittel-vergiftungen, HIV/AIDS, Krebsinzidenz, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Straßenverkehrsunfälle und psychische Erkrankungen.

Der Wiener Gesundheitsbericht 2004 vermittelt ähnliche statistische Daten in ausführlicher Form und geht dabei auf Besonderheiten im Gesundheitsstatus von Frauen und Männern, Kindern und Jugendlichen ein und verdeutlicht altersbedingte Unterschiede.

Der Tiroler Gesundheitsbericht behandelt in eingeschränktem Umfang medizinalstatistische Daten vor allem über Lebenserwartung, Sterblichkeit, Morbidität zu bestimmten Krankheiten, Behinderungen und gesundheitliche Selbsteinschätzungen.

Der Gesundheitsbericht für die Steiermark behandelt die Daten der Medizinalstatistik unter dem Aspekt der gesundheitlichen Chancenungleichheit. Dieser Gesundheitsbericht legt darüber hinaus ein Augenmerk auf regionale Unterschiede in der Epidemiologie dieser Krankheiten.

Obwohl alle vier Gesundheitsberichte die Darstellung der Versorgungsein-richtungen beinhalten, wird eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit der vorhandenen Einrichtungen nicht angeboten. Folgerungen aus der Entwicklung der medizinalstatistischen Daten für die Versorgungskapazitäten sind nicht erkennbar. Mit Ausnahme des Gesundheitsberichtes für die Steiermark enthalten die Gesundheitsberichte keine Aussagen über den Zugang zu den Versorgungsleistungen.

4.4. Interventionsorientierung, Gesundheitsdeterminanten

Der oberösterreichische Gesundheitsbericht setzt sich mit den Determinanten der Gesundheit meines Erachtens nur in eingeschränktem Maß auseinander. Lediglich in einem speziellen Kapitel zur sozialen Ungleichheit (wird im nächsten Abschnitt eingehender behandelt) und in zwei Gesundheitszielen (Ziel 7 und 8) werden die Determinanten thematisiert.

Der Steiermärkische Gesundheitsbericht geht auf Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten ein unter Berücksichtigung der Chancenungleichheit und behandelt Risikofaktoren, die sich aus der Umwelt ergeben (wird im übernächsten Abschnitt behandelt)

Der Tiroler Gesundheitsbericht 2002 analysiert die Einflussfaktoren Somatische Basisdaten (Body Mass Index, Blutdruck, Blutfette), Rauchen, Ernährung, Alkohol, Drogen, Sport, Bewegung, Gesundheitsvorsorge und Umwelt eingehend.

Das Gesundheitsverhalten, den Lebensstil und sozialen Status als Risiko für die Gesundheit beleuchtet der Wiener Gesundheitsbericht.

Aus der Darstellung der Risken für die Gesundheit der Bevölkerung werden mögliche Interventionen nur im Gesundheitsbericht Oberösterreich, Steiermark und Tirol abgeleitet.

4.4.1. Sozialbezug

Der Sozialbezug der Gesundheitsberichte spiegelt sich in der Behandlung der sozialen Ungleichheit in eigenen Kapiteln in den Berichten Oberösterreichs, Steiermarks und Wiens wieder. Im Tiroler Gesundheitsbericht wird nur in kurzen Worten auf den Zusammenhang zwischen sozialer Schichtung und Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand eingegangen.

Oberösterreich	Steiermark	Tirol	Wien
Äquivalenzeinkommen und allgemeiner Gesundheitszustand	Gesamtsterblichkeit nach Bezirk und Geschlecht		Aktueller Gesundheits-zustand und persönliche wirtschaftliche Verhältnisse
Schulabschluss und allgemeiner Gesundheitszustand			Aktuelle Gesundheit und Nettohaushaltseinkommen
			Berufliche Stellung und Erkrankungshäufigkeit in Wien

Abbildung 7 Darstellung der sozialbezogenen Indikatoren

4.4.2. Umweltbezug

Nachfolgende Tabelle stellt die Parameter zusammen, die zur Darstellung umweltbedingter Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen in den Gesundheitsberichten verwendet werden. Während der Bezug zu umweltbedingten Determinanten für den Gesundheitszustand nur in den Gesundheitsberichten der Länder Steiermark und Tirol hergestellt wird, wird eine Ursache – Wirkungsanalyse nur im Gesundheitsbericht des Landes Steiermark durchgeführt. Zahlenmaterial zu Straßenverkehrsunfällen findet sich nur in den Gesundheitsberichten Oberösterreich und Steiermark. Der Tiroler Gesundheitsbericht analysiert nur den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Straßenverkehr.

Oberösterreich	Steiermark	Wien	Tirol
	Luftqualität		Lärmbelästigung
	Feinstaub		Luftschadstoffe
	Weitere Luftschadstoffe		Wasserverunreinigung
	Lärm		Bodenverunreinigungen
	Straßenverkehrsunfälle		Radioaktivität
	Radonmessungen		
	Elektromagnetische Felder - Mobiltelefonie		
	Abfall, kontaminierte Flächen		
	Wasser		
	Lebensmittelsicherheit		

Abbildung 8 Darstellung der umweltbezogenen Indikatoren

4.5. Psychische Krankheiten

Nachstehende Tabelle stellt die verwendeten Indikatoren dar, die einen Bezug auf psychische Erkrankungen haben. Breiter Raum für die Datenaufbereitung bezüglich psychischer Erkrankungen wird in den Gesundheitsberichten Oberösterreichs und Wiens eingeräumt, im steirischen Gesundheitsbericht sind in dieser Hinsicht keinerlei Daten zu finden und im Tiroler Gesundheitsbericht erfolgt die Behandlung dieses Themas im Zusammenhang mit der Morbidität.

Herauszustreichen wäre noch, dass die Senkung der Suizidrate eines der zehn Gesundheitsziele des Landes Oberösterreich ist.

Oberösterreich	Steiermark	Tirol	Wien
Anteil der psychischen Störungen an Krankenhausaufenthalten		Selbstmordrate	Abgangsdiagnosen in Wien
Anteil der Krankenhausentlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen		Krankenhausaufenthalt mit psychischen Diagnosen	Hauptdiagnosen, Absolutzahlen
Hauptdiagnosen der PatientInnen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychischen Erkrankung		Ambulante Morbidität	Inanspruchnahme von Psychotherapien, nach Geschlecht
Psychopharmakaverbrauch in OÖ (Packungen, Kosten nach Arztgruppen)			Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten/ Psychologen
Antidepressivaverbrauch			Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen / Nervosität
Potenzielle verlorene Lebensjahre			Sterblichkeit aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung
Suizidrate			Potenziell verlorene Lebensjahre

Oberösterreich	Steiermark	Tirol	Wien
			Potenziell verlorene Lebensjahre (pro 100.000) aufgrund psychischer Störungen und aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung
			Psychisches Wohlbefinden (Energie- und Vitalitätsskala EVI)
			Befragte mit gegen-wärtigen psychischen Gesundheits-problemen
			Standardisierte Suizidrate
			Depression in Wien und Österreich 1999
			Ausgewählte psychische Beschwerden in der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren und Geschlecht in %
			Stationäre Aufenthalte aufgrund depressiver Erkrankungen von in Wien wohnhaften Personen im Jahr 2000 nach Alter und Geschlecht in %
			Stationäre Aufenthalte aufgrund schizophrener Psychosen in Wr. KA im Jahr 2002 nach Alter und Geschlecht in %

Abbildung 9 Indikatoren der psychisch - mentalen Krankheiten

4.6. Die ökonomische Dimension in den Gesundheitsberichten

Oberösterreich	Steiermark	Tirol	Wien
	Ausgaben allgemein	Kosten der Fonds-krankenanstalten	Finanzierung der Gesundheitsausgaben gesamt
	Ausgaben intramuraler Bereich	Kosten im niedergelassenen § 2 - Bereich	Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte
	Ausgaben extramuraler Bereich	Kosten der sozialen Kranken-versicherungsträger für Heilmittel und Heilbehelfe	Ausgaben der privaten Krankenver-sicherungen
	Ausgaben für die Gesundheitsförderung		Ausgaben der Stadt Wien
			Krankenanstalten-finanzierung in Wien
	Auswirkungen der Gesundheitsreform		Verwendung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsart und Leistungsbereichen
			Entwicklung der Gesundheitsausgaben
			Ausgaben der sozialen Krankenversicherung und der privaten Haushalte im Bundesländervergleich

Abbildung 10 Indikatoren in Bezug auf die ökonomische Dimension der Gesundheitsversorgung

4.7. Positionierung des oberösterreichischen Gesundheits-berichtes und Empfehlungen für einen zukünftigen ober-österreichischen Gesundheitsbericht

Der Oberösterreichische Gesundheitsbericht ist meiner Einschätzung nach in die Kategorie interventionsorientiert einzustufen. Diese Interventionsorientierung kommt durch die eingehende Evaluierung der oberösterreichischen Gesundheits-ziele zum Ausdruck, die zu den „neuen“ oberösterreichischen Gesundheitszielen adaptiert werden. Die Gesundheitsziele gehen weitestgehend mit der neuen EU-

Gesundheitsstrategie konform, so dass der vorliegende Gesundheitsbericht für politische Entscheidungen durchaus handlungsrelevant ist.

Nachfolgende Abbildungen geben die Positionierung des oberösterreichischen Gesundheitsberichtes anhand der gewählten Kriterien gegenüber den Gesundheitsberichten der Länder Wien, Steiermark und Tirol wieder.

Die Berichterstattung jedes Bundeslandes erhält in diesen Spinnennetzen für jedes Kriterium eine Note zwischen 1 und 4, die dann im Spinnennetz eingetragen wird. Die Note 1 im Netz steht für „vollständig erfüllt“, die Note 2 für „teilweise erfüllt“, die 3 für „teilweise nicht erfüllt“ und die Note 4 für „vollständig nicht erfüllt“.

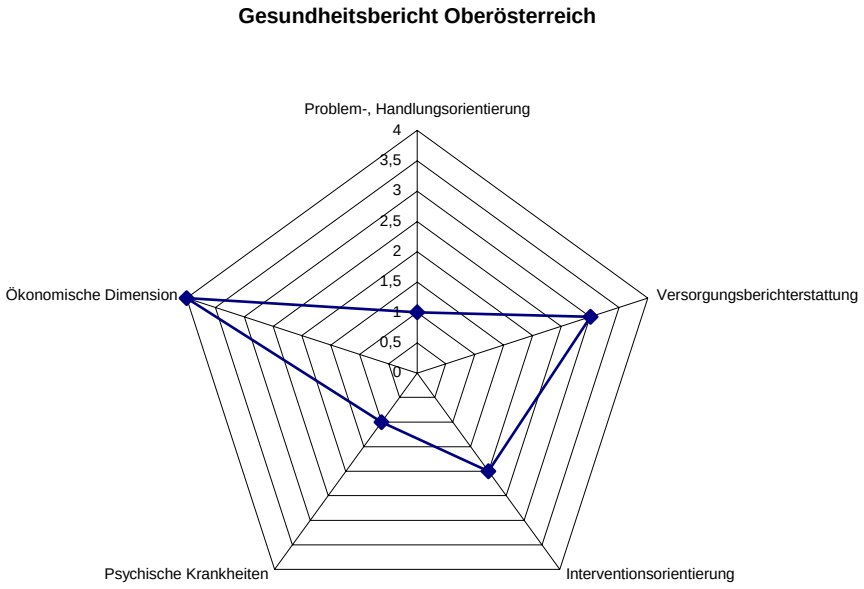

Abbildung 11 Spinnennetz zur Positionsbestimmung Oberösterreich

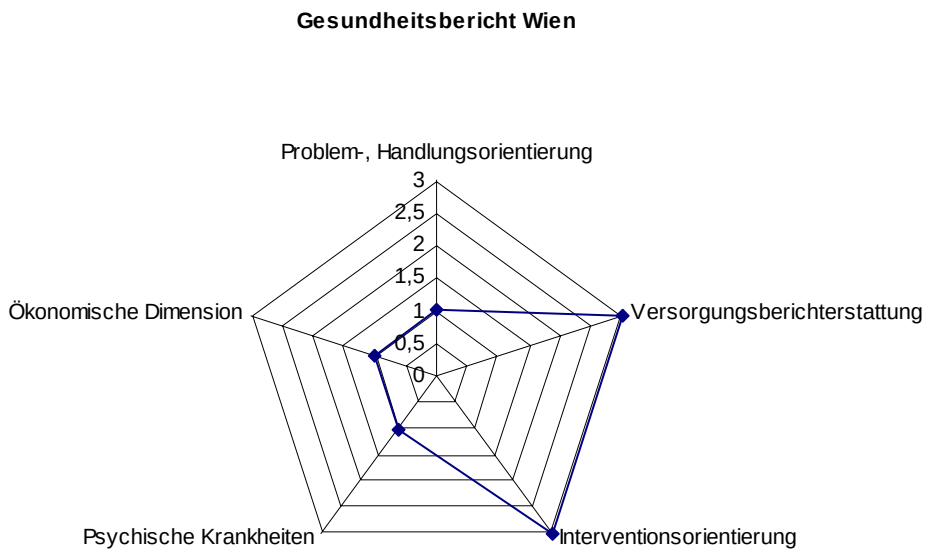

Abbildung 12 Spinnennetz zur Positionsbestimmung Wien

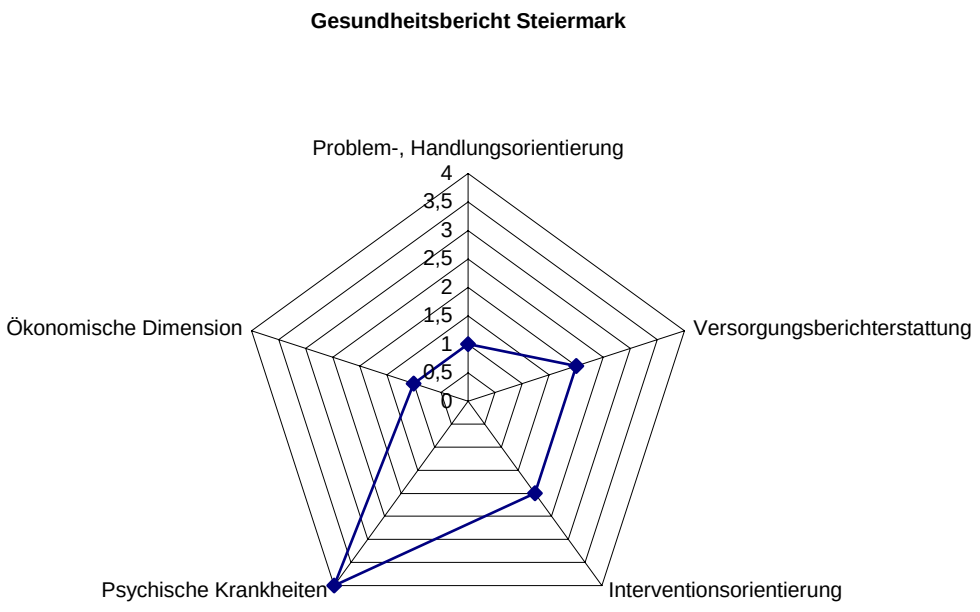

Abbildung 13 Spinnennetz zur Positionsbestimmung Steiermark

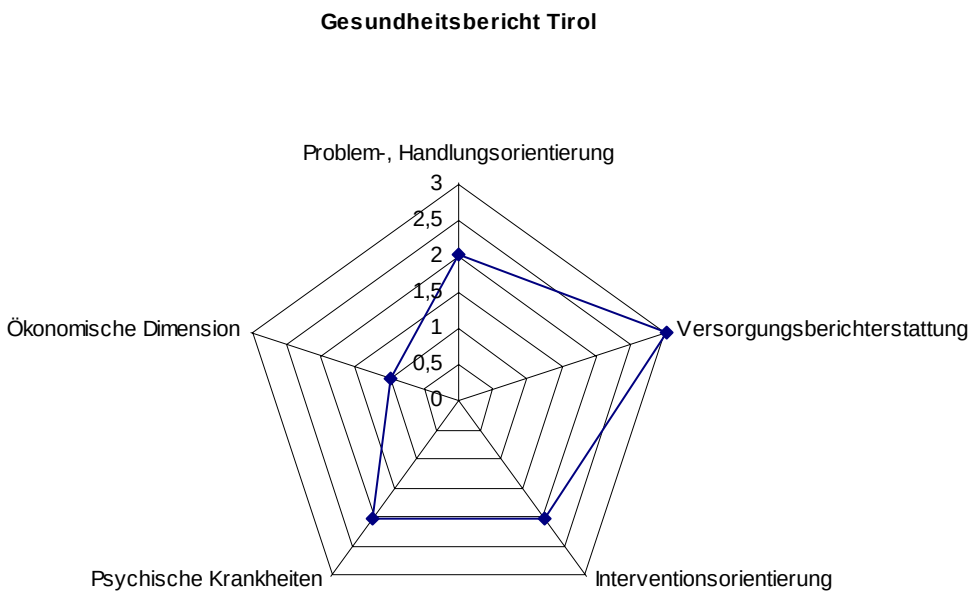

Abbildung 14 Spinnennetz zur Positionsbestimmung Tirol

Die Publikation des nächsten oberösterreichischen Gesundheitsberichts ist für das Jahr 2010 geplant. Es sollte die Zielevaluierung der oberösterreichischen Gesundheitsziele und die daraus folgende Ableitung möglicher Maßnahmen beibehalten werden. Die Evaluierung vorgegebener Gesundheitsziele und die Feststellung von Abweichungen in der Zielerreichung ist eine Methode, um Probleme und Defizite im Gesundheitszustand der Bevölkerung orten zu können sowie deren Ursachen zu erkennen. Um die Handlungsorientierung in zukünftigen Gesundheitsberichten beibehalten zu können, wäre die Weiterentwicklung der oberösterreichischen Gesundheitsziele von den gesundheitspolitischen Akteuren als Teil einer gesundheitspolitischen Zielpyramide entsprechend den drei Ebenen des Gesundheitssystems ins Auge zu fassen.

In zwei Teilbereichen wären einige Verbesserungen wünschenswert.

Die Erfassung der ökonomischen Dimension des Gesundheitssystems ließe wesentliche Rückschlüsse auf die Finanzierbarkeit des Systems und auf ein finanzierbares Versorgungssystem zu.

Die Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten zur Erkennung von gesundheitlichen Defiziten der Bevölkerung sollte weiter forciert werden und eine Integration der Gesundheits-, Sozial- und Umweltberichterstattung sollte erreicht werden. Auf diese Weise könnte der oberösterreichische Gesundheitsbericht in stärkerem Umfang als bisher einen Beitrag zur Festlegung von Maßnahmen im gesundheitspolitischen Bereich leisten.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass der oberösterreichische Gesundheitsbericht 2005 eine bedeutende Informationsquelle für die gesundheitspolitische Diskussion in Oberösterreich darstellt, dessen Potenzial auch in Zukunft genutzt werden sollte, indem die Effizienz durch Beachtung der vorstehenden Empfehlungen weiter verbessert wird.

5. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Im Rahmen der Analyse der Gesundheitsberichte der Länder Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Wiens ist die unterschiedliche Gestaltung und Ausrichtung der Gesundheitsberichte aufgefallen. Für Entscheidungen im gesundheitspolitischen Bereich wird es zunehmend wichtiger, auf einheitliche Daten, die im Rahmen eines Benchmarks regionale Vergleiche zulassen und zeitliche Entwicklungen und Trends erkennen lassen, zurückgreifen zu können. Als positiv sind in diesem Zusammenhang die Anstrengungen der Plattform Gesundheitsberichterstattung unter der Federführung des ÖBIG um eine Entwicklung einheitlicher Standards und Indikatorensätze anzusprechen.

Dennoch zeigen vor allem die gewählten good-practice-Modelle Möglichkeiten der Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung auf nationaler und Länderebene auf. Es muss in diesem Zusammenhang darauf verwiesen werden, dass eine aussagekräftige Gesundheitsberichterstattung mit erheblichen Kosten verbunden ist, die in manchen Bereichen nicht immer in der wünschenswerten Weise bedeckt sind. Gesundheitsberichterstattung als Informationsinstrument hat zu einer effizienten Steuerung des Gesundheitssystems durch die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger beizutragen und kann erheblich zu einer Kosteneinsparung im Gesundheitssystem beitragen.

Literaturverzeichnis

Amt der OÖ Landesregierung (Hg.), (2001); Gesundheitsbericht Oberösterreich 2000; Linz

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Hg.); (2006); Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark; Graz

Amt der Tiroler Landesregierung (Hg.); (2003); Tiroler Gesundheitsbericht 2002; Innsbruck

Baldaszti E. (2007); schriftliches Interview mit Dr. Erika Baldaszti, Magistrat der Stadt Wien, durchgeführt in Wien am 14. Februar 2007

Barlösius E. (2006); Berichterstattung und Politikberatung: Von Sisyphos lernen; in: Kuhn J., Busch R. (Hg.); Gesundheit zwischen Statistik und Politik, Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung; Frankfurt am Main; Mabuse-Verlag

Brand A. (1999); Medizinisch-epidemiologische Arbeitsweisen der Gesundheitswissenschaften; in: Hurrelmann K., (Hg.); Gesundheitswissenschaften; Berlin, Heidelberg; Springer

Europäische Kommission; (2007); Gesundheit in Europa: Ein strategischer Ansatz – Diskussionspapier für eine gesundheitspolitische Strategie; Brüssel

Friedrichs J., (1990); Methoden empirischer Sozialforschung; Opladen; Westdeutscher Verlag

Füllert G. (2007); Interview mit Dr. Gerhard Füllert, ÖBIG; durchgeführt in Wien am 22. Februar 2007

Glaeske G. (2006); Arzneimitteldaten: Kein Thema für die Gesundheitsberichterstattung?; in: Kuhn J., Busch R. (Hg.); Gesundheit zwischen Statistik und Politik, Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung; Frankfurt am Main; Mabuse-Verlag

Grünewald K. (2007); Interview mit Dr. Kurt Grünewald, Gesundheitssprecher der Grünen Österreich; durchgeführt in Wien am 23. März 2007

Hurrelmann K.; (1988); Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf; München; Verlag Juventa

Institut für Gesundheitsplanung (Hg.); (2006); Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005; Linz

Kuhn J. (2006); Gesundheitsberichterstattung als Staatsaufgabe; in: Kuhn J., Busch R. (Hg.); Gesundheit zwischen Statistik und Politik, Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung; Frankfurt am Main; Mabuse-Verlag

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (lögd) in Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.); (2001); Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW, gesundheitspolitisches Konzept, Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik; Bielefeld

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (lögd) in Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.); (2003); Indikatorensatz für die GBE der Länder; Bielefeld

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (lögd); (2003); Evaluation of National and Regional Public Health Reports – Final Report to the European Commission; Brüssel

Magistrat der Stadt Wien (Hg.); (2005); Gesundheitsbericht Wien 2004; Wien

Mielck A.; (2005); Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Einführung in die aktuelle Diskussion; Bern; Verlag Hans Huber

National Center for Health Statistics, (2006), Health, United States, 2006, with Chartbook on Trends in the Health of Americans, Hyattsville, MD

Niehoff J.–U.; Braun B. (2003); Sozialmedizin und Public Health – Ein Wörterbuch zu den Grundlagen der Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, des Gesundheitsmanagement, der Steuerung und der Regulation im Gesundheitswesen; Baden-Baden; Nomos Verlagsgesellschaft

Noack R. H. in Dür W., Pelikan J. M.; (Hg.); (2000); Gesundheit beobachten – Dokumentation und Berichterstattung als Aufgabe der Gesundheitsförderung; Wien; Facultas Universitätsverlag

o.V. (WHO Regionalbüro 2007); Homepage der WHO, Regionalbüro Europa; http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=German, Zugriff: 08. März 2007

o.V. (WHO Regionalbüro 2007); Homepage der WHO, Regionalbüro Europa; http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2; Zugriff: 08. März 2007

Pohl C.M. (2002); The United States Health Care System; in Thai K.V., Wimberley E.T., McManus S. M. (Hg.): Handbook of International Health Care Systems; New York; Marcel Dekker Inc.

Reiners H. (2006); Daten, Fakten, Ideologien – Anmerkungen zur Informationsverarbeitung in der Politik; in: Kuhn J., Busch R. (Hg.); Gesundheit zwischen Statistik und Politik, Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung; Frankfurt am Main; Mabuse-Verlag

Robert Koch-Institut; (2002); The German Health Reporting System and Current Approaches in Europe – A Comparative View on Differences, Parallels and Trends, Berlin

Rosenbrock R., Gerlinger T. (2004); Gesundheitspolitik - eine systematische Einführung; 1. Auflage; Bern, Hans Huber

Schräder W.F., Loos S. (2006); Ökonomische Steuerung durch Gesundheitsberichterstattung: Führt der Weg der modernen Gesundheitsberichterstattung nach Oregon? ; in: Kuhn J., Busch R. (Hg.); Gesundheit zwischen Statistik und Politik, Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung; Frankfurt am Main; Mabuse-Verlag

Stein H. (2006); Modernisierung der Gesellschaft – Modernisierung der Berichterstattung: Welche Berichterstattung braucht die Zivilgesellschaft in Deutschland und Europa; in: Kuhn J., Busch R. (Hg.); Gesundheit zwischen Statistik und Politik, Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung; Frankfurt am Main; Mabuse-Verlag

Swedish National Institute of Public Health; (2005); The 2005 Public Health Policy Report - Summary; Stockholm

Tabery U. (2007); schriftliches Interview mit Mag. Ulrike Tabery, Fa. SOLVE, durchgeführt in Wien am 03. April 2007

Trojan A. (2001); Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen; Frankfurt/Main; Verlag für akademische Schriften

U.S. Department of Health and Human Services; (2000); Healthy People 2010: Understanding and Improving Health; Washington DC.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vom 12. Juli 2005; BGBl. 2005/73

Vogt A. in Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd) (Hg.); (2002); Umweltbezogene GBE – ein praxisbezogenes Konzept für Städte und Landkreise in Nordrhein-Westfalen; Bielefeld

Waller H., (1995); Gesundheitswissenschaft, eine Einführung in Grundlagen und Praxis; Stuttgart, Kohlhammer

Anhang

Interviewleitfaden

Ebene User:

- Gesundheitspolitischer Akteur
- Unternehmen, die im Gesundheitswesen tätig sind
- Öffentliche Gesundheitsverwaltung

1. Welches Datenmaterial im Bereich des Gesundheitswesens ist die Grundlage für die Beratung ihrer Kunden/für ihre Tätigkeit?
2. Wie weit ist die Gesundheitsberichterstattung ein Werkzeug Ihrer gesundheitsrelevanten Handlungen?
3. Welche Gesundheitsberichte kennen Sie und wie gut?
4. Verwenden Sie österreichische oder internationale Gesundheitsberichte (Bund, Land, EU, ausländische GBE)?
5. Was wäre anders, wenn österreichische Gesundheitsberichte zu 100% Ihren Anforderungen entsprechen würde?
6. Welche Entscheidungen in welchen Bereichen treffen Sie aufgrund des von Ihnen verwendeten statistischen Zahlenmaterials?
7. Sind Sie mit der Qualität des Zahlenmaterials zufrieden und wo Sie sehen Sie in der Methodik der Datenerhebung Verbesserungspotential?
8. Wie finden Sie die Gesundheitsziele in den Ihnen bekannten Berichten wieder?
9. Welche wesentlichen Gesundheitsthemen werden Ihrer meiner Meinung nach in österreichischen Gesundheitsberichten zuwenig oder gar nicht behandelt?
10. In welchen Themenbereichen würden Sie sich weitergehende Informationen im Sinne von Spezial- oder Detailberichten erwarten?
11. Wie beurteilen Sie die Relevanz österreichischer Gesundheitsberichte für gesundheitspolitische Entscheidungen von österreichischen Akteuren?
12. Welchen gesundheitspolitischen Herausforderungen wird sich Ihrer Meinung nach eine zukünftige GBE stellen müssen?

Ebene Berichterstellung

- Bundesebene
- Landesebene

1. Welche Gesundheitsberichte erstellen Sie?
2. Wer sind die Adressaten Ihrer Gesundheitsberichte?
3. Welche inhaltliche Strategie verfolgen Sie bei der Publikation eines Gesundheitsberichtes?
4. Welchen Nutzen sollen die Adressaten Ihrer Gesundheitsberichte ziehen?
5. Bekommen Sie Rückmeldungen von Nutzern Ihres Gesundheitsberichtes und wenn ja, welche?
6. Gemessen am Public Health Action Cycle, wo sehen Sie den Standort österreichischer Gesundheitsberichte?
7. Wie beurteilen Sie die österreichischen Gesundheitsziele (Bund, Land)?
8. Wird die Erreichung der österreichischen Gesundheitsziele Ihrer meiner Meinung nach ausreichend evaluiert?
9. Welche Indikatoren verwenden Sie und wie schätzen Sie die Aussagekraft der verschiedenen Gesundheitsindikatoren ein?
10. Welche Anforderungen würden Sie an Gesundheitsberichte stellen, wenn Sie heute als BMGF gesundheitspolitische Entscheidungen treffen müssten?
11. Welchen gesundheitspolitischen Herausforderungen wird sich ein zukünftiger Gesundheitsbericht stellen müssen?
12. Was würde Sie aus heutiger Sicht anders machen, wenn Sie Ihren zuletzt publizierten Gesundheitsbericht zukünftigen Herausorderungen anpassen müssten?