

Gesundheitsbericht Wien 2004 & Ausblicke auf den Gesundheitsbericht 2008

Innsbruck, 4. Mai 2009

DDr. Eleonore Bachinger
Magistrat der Stadt Wien

Ziele der GBE (nach Kellerhof 1998)

- Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung
 1. Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungs- und steuerungsrelevante Orientierungsdaten für Entscheidungsträger/innen in der Politik, in der Verwaltung und im Gesundheitswesen.

Ziele der GBE (2)

2. Motivierung von Entscheidungsträger/innen und Bürger/innen zu verstärktem Engagement für die Gesundheit.
3. Sachgerechte Information der Bürger/innen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren.

Ansprüche an die GBE / an einen GB

- eine Art **Leistungsbericht** (Leistungsschau, Nachweis der Verwendung v. Steuergeldern)
- **Gesundheits- und Sozialbericht**
- Basis- und Evaluationsbericht für **Gesundheitsförderung** (Grundlagenarbeit)
- Basisbericht für **Gesundheitsplanung** („Bettenbericht“, einschl. ökonomischer Modelle und Bedarfsanalysen; Grundlagenarbeit)

Ansprüche (2)

- Moderner **Public Health Bericht**, orientiert an international erarbeiteten **Gesundheitsindikatoren** (ECHI) sowie länderspezifischen und/oder internationalen **Gesundheitszielen** (WHO)
- Regelmäßig erscheinender, umfassender **epidemiologisch orientierter Basisbericht** mit medizinischen / gesundheitswissenschaftlichen Schwerpunktsetzungen

Ansprüche (3)

- **Zielgruppenberichte:** Eingehen auf verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichen medizinischen und sozialen Bedürfnissen (Frauen/Männer; Kinder/Jugendliche/Senioren; Migrant/innen; usw.)
- **Schwerpunktberichte:** Tiefergehende Abhandlung bestimmter Themen (z.B. Chronische Krankheiten, Lebenserwartung und Mortalität, psychische Gesundheit, Lebensstile, Ernährungsbericht, Gesundheit am Arbeitsplatz, usw.)

Ansprüche (4) - Gesundheitsbefragungen

- **Beauftragung von Gesundheitsbefragungen** (gezielte Themen oder umfassend), Auswertung und Publikation der Ergebnisse (z.B. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey)
- Durchführung oder Beauftragung von **Sonderauswertungen** zu bestehenden Gesundheitsbefragungen (z.B. ATHIS für Wien) und Publikation der Ergebnisse

Weitere Erwartungen an die GBE

- Entwicklung von **Gesundheitszielen**
- Entwicklung und Führung einer **Gesundheitsdatenbank** (zentrale Datensammelstelle)
- Vorschläge für / Entwicklung von **gesundheitspolit./GEFÖ-Maßnahmen**
- **Beratung von Entscheidungsträger/innen**

Kapazitätsmodell GBE

(Bachinger/Grasser 2009)

Aufbau von Kapazitäten

- Infrastruktur
- Nachhaltigkeit / Langfristigkeit und Kontinuität der GBE (Bund und Länder)
- Problemlösungsfähigkeiten

Kapazitätsmodell GBE – Fünf Teilbereiche

- Organisatorische Rahmenbedingungen
(Positionierung der GBE in der Gesundheitspolitik usw.)
- Entwicklung des Arbeitskräftepotentials
(verfügbare Wissensbasis, Aus-/Fort-/Weiterbildung Public Health)
- Ressourcenverfügbarkeit (finanzielle Ressourcen, Humanressourcen quantitativ und qualitativ)
- Themenführerschaft / Führungskapazitäten
- Partnerschaften und Netzwerke

Grundsätzliche Fragen für GBE und politische Auftraggeber

- Definition der **Zielgruppe**. – Für wen / wozu? (**Zweck**)
- **Bedeutung**: Wie wichtig ist die GBE tatsächlich als Grundlage für Entscheidungsträger/innen?
- Welche **Ressourcen** ist man bereit, dafür bereitzustellen – personell und ökonomisch?

Grundsätzliche Fragen für GBE und polit. Auftraggeber (1)

- **Definition der Zielgruppe! – Für wen sollte der GB sein, bzw. wozu/wem dient die GBE wirklich? (Zweck)**

Diese eigentlich im Vorfeld zu stellende Frage wird oft vernachlässigt. Gesundheitsberichte werden meist produziert, orientiert entweder an pragmatischen Vorgaben oder an wissenschaftlichen Standards, sowie abhängig von den vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen.

Grundsätzliche Fragen (2)

- **Bedeutung: Wie wichtig ist die GBE tatsächlich als Grundlage für Entscheidungsträger/innen?**

GBE dient selten/kaum als tatsächliche Grundlage für wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen. Gründe:

- a) Stellenwert der GBE in Österreich ist kein sehr hoher.
- b) Frage von Public Health Kapazitäten auf der politischen Entscheidungsebene.

Grundsätzliche Fragen (3)

- **Welche Ressourcen ist man bereit, dafür bereitzustellen – personell und ökonomisch?**
 1. Finanzielle Ressourcen in der österr. GBE sehr limitiert.
 2. Große Schwankungen in der personellen Besetzung, sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Jedoch durchwegs feststellbare personelle und fachliche Unterbesetzung in der österreichischen GBE.

Inhalte Wiener GB 04 und 08

- Ausführliche Zusammenfassung dt./engl.
- GBE – Aufgaben und Ziele
- Datenquellen und Aussagekraft
- Demographie (Bevölkerungsstruktur, -bewegung, -prognose)
- Lebenserwartung und Mortalität
- Epidemiologie

Inhalte Fortsetzung (1)

- Psychische Gesundheit
- Gesundheit von Frauen und Männern
- Kinder und Jugendliche
- Gesundheit im Alter
- Gesundheitsverhalten und Lebensstile
(Ernährung, Bewegung, psychoaktive
Substanzen, Rauchen)

Inhalte Fortsetzung (2)

- Soziale Ungleichheit und Gesundheit
- Gesundheitsvorsorge
- Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsausgaben in Wien
- Schlussfolgerungen
- Glossar
- Literatur und Quellenverzeichnis

Besondere Fragestellungen (1)

- **Besonderer Zugang der Wiener GBE**
 1. Umfassender **Basisbericht**, ca. alle 3 Jahre: Schwerpunkt Epidemiologie, Lebenserwartung und Mortalität sowie Todesursachen. Abdeckung einer größerer Bandbreite des Bereiches Public Health (soziale Aspekte, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung, usw.)
 2. Der Basisbericht wird ergänzt durch zahlreiche zielgruppen- und themenspezifische **Schwerpunktberichte**.
 3. Beauftragung und (Sonder-)Auswertungen von **Gesundheitsbefragungen**.

Besondere Fragestellungen (2)

- **Ableitung von Strategien für die GEFÖ**
 1. Entwicklung und Implementierung eines integrierten, wissenschaftlich fundierten **Gesamtkonzepts**. Langfristig angelegte, nachhaltige Planung von umfassenden GEFÖ-Maßnahmen-Paketen (im Gegensatz zur Ansammlung kleinerer bis mittlerer Projekte und Informationsveranstaltungen).
 2. GEFÖ-Konzept nicht nur innerhalb einer Fachabteilung (wenngleich Mindestanforderung), sondern **Vernetzung** mit anderen Aktivitäten im selben Bundesland sowie mit dem Bund und, für manche Angelegenheiten, mit EU-Regelungen (z.B. Lebensmittelgesetze).
 3. Problem: Zum einen ist ein solches Konzept sehr **ressourcenintensiv**, zum andern wäre eine größere **Unabhängigkeit** von wirtschaftlichen und politischen Interessen von Nöten.
 4. **Capacity Building** innerhalb der GEFÖ wäre dringend erforderlich.

Besondere Fragestellungen (3)

- **Datenlage**

1. Datenlage zu Gesundheits- und gesundheitsrelevanten Fragen in Österreich generell nicht sehr gut. Wichtige Register fehlen und es gibt zu wenig regelmäßige und repräsentative Befragungen, schon gar nicht auf kleinräumiger Ebene. Somit auch keine kleinräumigen Auswertungen nach wichtigen soziodemographischen Faktoren möglich.
2. Für die GEFÖ wären umfassende Datensätze auf kleinräumiger Basis erforderlich. Gezielte Erhebung zu mindestens zwei Zeitpunkten (Basiserhebung und Evaluation)

Besondere Fragestellungen (4)

- **Bessere Zusammenarbeit zwischen GBE und GEFÖ**
 1. Erfordert **Capacity Building** nicht nur innerhalb der GBE, sondern vor allem auch in der GEFÖ. Größeres Verständnis von statistischen Daten (Datenlage und Aussagekraft) und wissenschaftl. Herangehensweise. Bisher: Erwartungen der GBE gegenüber sehr hoch, gleichzeitig aber auch sehr diffus.
 2. GBE oder eine „**technical group**“ müsste ein integraler Bestandteil der GEFÖ sein. Diese ausschließlich für die Angelegenheiten der GEFÖ zuständige „technical group“ muss von Anfang an und in allen Phasen in die Projekte involviert sein. Ist aber in Österreich nicht der Fall.

Besondere Fragestellungen (4b)

- **Bessere Zusammenarbeit zwischen GBE und GEFÖ (Fortsetzg.)**
- Für die GBE ist die GEFÖ nur eine von vielen **Zielgruppen**. Die Aufgaben der GBE decken ein weitaus breiteres Spektrum ab als das von der GEFÖ geforderte und benötigen dafür zum Teil auch andere Daten als die von der GEFÖ für gezielte Projekte gewünschten. Die GBE ist in erster Linie dem polit. Auftraggeber verpflichtet und nicht primär eine Arbeitsgruppe für die GEFÖ.
- Mit der vermehrten Inanspruchnahme von **Public Health Ausbildungen** wird es in Zukunft auch in der GEFÖ zu einer gewissen **Kapazitätenbildung** führen und damit auch zu einem wissenschaftlicheren Ansatz in der GEFÖ ganz allgemein.

Literatur

- Bachinger E, Grasser G (2009, in Druck): Capacity Building für Gesundheitsberichterstattung. In: J. Kuhn & J. Böcken (Hrsg.): *Verwaltete Gesundheit. Konzepte der Gesundheitsberichterstattung in der Diskussion*. Mabuse-Verlag, Frankfurt.
- Bachinger E (2002): Health Reporting on Specific Groups of Vienna's Population. In: Robert Koch Institut (Hrsg.): *Proceedings of the International Conference on The German Health Reporting System and Current Approaches in Europe*, Berlin, November 2001. RKI, Berlin: 75-76; 126-132.
- Kellerhof M (1998): Ein wenig Theorie vorweg. In: Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) *Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung*. Akademie für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Düsseldorf: 15-23.

Ich danke für Ihre
Aufmerksamkeit!