

Gesundheitsberichterstattung bei knappen Ressourcen¹

Waldemar Streich, LZG.NRW, Fachgruppe Gesundheitsinformation

Einleitung

Vor mehr als zwei Jahrzehnten veröffentlichte der Berliner Gesundheitsforscher Wilhelm Schröder einen Aufsatz unter dem Titel "Gesundheitsplanung und Berichterstattung bei geringen Ressourcen".² Damals stand die Entwicklung der GBE noch ganz am Anfang und es war dem Autor, wie auch allen anderen Beteiligten klar, dass sie mit geringen Ressourcen begonnen werden musste.

Das betraf im Übrigen nicht allein die personelle Ausstattung der zuständigen Stellen in den Gesundheitsämtern, sondern ebenso die gesamte Infrastruktur, d. h.

- den Stand der wissenschaftlichen Forschung und Lehre auf den Gebieten von Epidemiologie und Public Health (die erste Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Uni Bielefeld befand sich bspw. noch im Aufbau),
- die Gesundheitsstatistik, genauer: die Verfügbarkeit von Gesundheitsindikatoren, so wie wir sie heute benutzen (es gab zwar bspw. die Bevölkerungs- und Todesursachenstatistik, standardisierte Mortalitätsraten wurden aber noch nicht bereitgestellt),
- die Praxis der Sekundäranalyse von Gesundheitsdaten in den Krankenkassen, KV'en usw. und schließlich auch
- die Beispiele guter Praxis der Gesundheitsberichterstattung.

Der erste Gesundheitsbericht für NRW stand 1990 unmittelbar vor dem Erscheinen, das Pendant auf Bundesebene folgte aber erst sieben Jahre später.³

¹ Vortrag auf der Fachtagung „15 Jahre Gesundheitsberichterstattung in NRW auf der Grundlage des ÖGDG – Bilanz und Ausblick“ am 26. Oktober 2012 in Dortmund. Es gilt das gesprochene Wort.

² Schröder, W.: "Gesundheitsplanung und Berichterstattung bei geringen Ressourcen", in: W. Thiele, Trojan, A. (Hg.): Lokale Gesundheitsberichterstattung, St. Augustin: Asgard 1990, S. 133-143

³ MAGS NRW, Min. f. Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg.): Gesundheitsreport 1990, Bielefeld 1991; Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart: Metzler-Pöschel 1998

Reduktionsmodell für die Berichterstattung

Schräder versuchte aus der praktischen Not eine Tugend zu machen und formulierte drei Vorschläge, die allesamt darauf gerichtet waren, die neue Arbeit vor überzogenen Ansprüchen und Kritik an unzureichenden Ergebnissen zu schützen. Sie sind auch heute noch mit geringen Einschränkungen aktuell:

1. Bearbeitung von ausgewählten Themen, „die in der Gemeinde bereits eine Karriere haben“

Dieser Vorschlag verstand sich als Alternative zu den Konzepten einer umfassenden Berichterstattung, die wir heute mit dem Begriff „Basisbericht“ verbinden. Schröder befürchtete m. E. zu Recht, dass die Behandlung der gesamten Themenpalette eines Basisberichts, so wie er damals schon für Köln vorlag, in vielen anderen Kommunen nicht zu stemmen war. Darüber hinaus lag ihm an einer Problem- und Handlungsorientierung der GBE. Die sah er eher in thematisch fokussierten Berichten realisierbar.

Die Orientierung an Themenkarrieren sollte darüber hinaus eine breite Unterstützung der Arbeit ermöglichen. Zitat: „In der Regel bedeutet die Tatsache, dass ein Problem in der Region thematisiert ist, dass sich bereits verschiedene Fachleute (...) mit den anstehenden Fragen differenziert auseinandergesetzt haben. Möglichkeiten, ihren Sachverstand für die Gesundheitsberichterstattung zu erschließen, sind groß.“⁴ Darauf komme ich im weiteren Verlauf meiner Ausführungen noch einmal zurück.

2. Vermeidung interregionaler Vergleiche und Bevorzugung von Zeitreihenanalysen

Diese Empfehlung muss vor dem Hintergrund der methodischen Probleme bzw. interpretativen Fallstricke kleinräumiger Analysen gesehen werden. Darüber hinaus gibt es auch politische Empfindlichkeiten gegenüber interkommunalen Vergleichen, die auf die inzwischen grassierende Mode des Rankings von allem und jedem zurückgeführt werden können.

⁴ Schröder 1990:139

3. *Betrachtung von Gesundheitsproblemen auf der Basis absoluter Fallzahlen, um ihre praktische Bedeutung sichtbar zu machen*

Hierzu wieder ein Zitat: „Wenn in einer Stadt mit 100.000 Einwohnern im Laufe eines Jahres 500 Erwerbstätige wegen gesundheitlicher Schäden vorzeitig erwerbsunfähig werden, dann ist es erst in zweiter Linie von Bedeutung, ob das einige Prozent mehr oder weniger als in einer Vergleichsregion oder in einem Vergleichszeitraum sind. Gegenstand der Gesundheitsberichterstattung sollten primär die Probleme dieser 500 Frühinvaliden sein.“⁵ Dieses Beispiel ist auch deshalb interessant, weil es aus dem „Themenkanon“ der mir bekannten Gesundheitsberichte heraus fällt (Kinder, Psychiatrie, Sucht) und damit eine Anregung gibt, die Suche nach relevanten Themen mit einem offenen Problemhorizont zu betreiben.

Ohne das Für und Wider der Vorschläge an dieser Stelle weiter auszuführen, sie waren nahezu ganz auf die inhaltliche Konzeption von Berichten fixiert. Nur indirekt wurde – mit dem Verweis auf Kooperationschancen bei Vorschlag Numero eins – die Frage der praktischen Organisation der Arbeit angesprochen.

Gesundheitsberichterstattung als Organisationsaufgabe

Ich will nun diese Frage in den Mittelpunkt meiner weiteren Überlegungen stellen. Grundsätzlich sehe ich zwei Möglichkeiten, die Berichterstattungsarbeit praktisch zu organisieren:

- Selbermachen
- Outsourcing

Ich weiß, der zweite Begriff birgt vor dem Hintergrund der Erfahrungen, welche der öffentliche Dienst mit Strategien und Maßnahmen gemacht hat, die unter diesem Label firmieren, einigen Konfliktstoff. Trotzdem will ich nicht gleich verraten, wie ich diesen Begriff im hier interessierenden Kontext verwenden will. Ein bisschen Spannung kann ja einem Vortrag über ein so trockenes Thema, wie es die Gesundheitsberichterstattung nun einmal ist, nicht schaden.

Lassen sie mich zuerst kurz darauf eingehen, welche Hintergründe und Probleme ich im Zusammenhang mit der „Methode“ des Selbermachens kennengelernt habe bzw.

⁵ Ebenda, 142

aktuell sehe. Zuvor ein kurzer Hinweis auf meinen Erfahrungshintergrund: Ich war von 1992-95 verantwortlicher Leiter eines Public Health-Projekts an der gesundheitswissenschaftlichen Fakultät der Uni Bielefeld, das die modellhafte Entwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung in ausgewählten Städten NRWs (Essen, Herne, Minden und Münster) betrieben hat.⁶

- Selbermachen war trotz vorsichtiger Versuche der Gegensteuerung die bevorzugte Arbeitsweise, nicht allein wg. knapper Ressourcen sondern mehr noch aufgrund des Erwartungsdrucks, in kurzer Zeit ein vorzeigbares Ergebnis zu präsentieren.
- Die überwiegend neu mit der Aufgabe befassten Berichtersteller mussten sich persönlich bewähren und haben das durch persönlichen Fleiß bewerkstelligt.
- Am Ende ist es aber nur in begrenztem Umfang gelungen, innerhalb der Projektlaufzeit von drei Jahren, mehr als einen Bericht pro Kommune zu erstellen.

Auf diese Weise wurde eindrucksvoll demonstriert, welche Grenzen der Methode des Selbermachens in Bezug auf die Produktivität der GBE gesetzt sind. Sie ist nach meinem Eindruck dennoch die bevorzugte Methode geblieben. Man könnte sagen: Hier ist die Not der chronisch knappen Ressourcen zu einer fragwürdigen Tugend der dauerhaften arbeitsorganisatorischen Selbstbeschränkung gemacht worden.

Teilweise gab es Versuche, die Eigenproduktion argumentativ mit der Notwendigkeit einer institutionellen Nähe von Berichterstattung und praktisch umsetzender Verwaltung zu begründen.⁷ Der hier zitierte Beitrag wurde allerdings von einem Autorenteam geschrieben, das zugleich die recht komfortable Personalausstattung der Gesundheitsberichterstattung in einem Stadtstaat repräsentierte.

Die nahezu selbstverständliche Reduktion der Gesundheitsberichterstattung auf Eigenproduktion hat auch die Bemühungen um Anleitung und Qualifizierung der ausführenden Personen weitgehend bestimmt. So wurde darüber nachgedacht,

⁶ Streich, Waldemar, Meier, Brigitte, Borgers, Dieter: "Gesundheitsberichterstattung in Städten und Regionen - Ergebnisse eines Modellversuchs in Brandenburg und Nordrhein-Westfalen", in: Das Gesundheitswesen, 1996, Sonderheft 2, S. 110-114

⁷ Adler, Uwe, et al.: "Einführung in die Gesundheitsberichterstattung", in: Gerhard Murza, Hurrelmann, Klaus (Hg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung, Weinheim und München: Juventa 1996, S. 32-45

welche technischen Hilfsmittel der GBE-Selbmademan im Gesundheitsamt benötigt, um seine Arbeit effizient ausführen zu können.⁸ Ich will darauf nicht näher eingehen, weil die Beschreibung der damaligen EDV-Technik heute nur noch für Anekdoten taugt. Wir wissen, dass inzwischen jede durchschnittliche Büroausstattung für die Gesundheitsberichterstattung ausreicht.

Auch das Schulungs- und Weiterbildungsangebot bspw. der AFÖG ist primär auf Selfmade-Kompetenzen ausgerichtet. In einer mehrteiligen Veranstaltung „Gesundheitsberichterstattung von der Pike auf gelernt“ erfahren die Teilnehmer:

- Wie ein Gesundheitsbericht aufgebaut sein sollte
- Welche Gesundheitsdaten des Bundes oder Landes NRW genutzt werden können
- Wie diese und andere Daten aufbereitet, analysiert und präsentiert werden können
- Welche Aspekte des Datenschutzes zu beachten sind

Das soll nun alles nicht als mehr oder weniger irrelevant in Frage gestellt werden. Dennoch bleibt zu fragen, ob die Förderung von Kompetenzen des Selbermachens ausreicht, um die Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung nachhaltig voran zu bringen.

Welche Möglichkeiten sehe ich nun in der Strategie des Outsourcings? Dazu möchte ich zunächst einmal zugespitzt formulieren: Wenn es um die Ressourcen (Quellen) der Berichterstattung geht, ist ein aktives Outsourcing, wie es mit dem Begriff gemeinhin assoziiert wird, vielfach gar nicht erst erforderlich. Zahlreiche Quellen, wie die Daten der gesetzlichen Krankenversicherung, der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Forschungsdaten usw. sind ja bereits außerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes verortet. Damit sind zugleich auch diejenigen, die mit solchen Daten routinemäßig arbeiten, außerhalb des ÖGD tätig.

Hier liegt mir nun sehr daran, eine mögliche Fehleinschätzung, was die Nutzung solcher externen Quellen angeht, anzusprechen. Ich erwähnte bereits, dass es heute

⁸ Pabst, Fabian: "Die EDV in der kommunalen Gesundheitsberichterstattung. Ein „Wunschzettel“ zur Ausstattung der Gesundheitsämter", in: Gerhard Murza, Hurrelmann, Klaus (Hg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung, Weinheim und München: Juventa 1996, 202-210

möglich ist, alle notwendigen Aufgaben im Kontext der GBE mit der üblichen EDV-Ausstattung eines Büro-Arbeitsplatzes zu bewerkstelligen. Das gilt bspw. auch für umfangreiche Datensätze, die als Public-Use-Files mit mehreren tausend Fällen und mehr als hundert Fragen zahlreiche Möglichkeiten einer themenspezifischen Auswertung bieten.

Ein jeder Datensatz verfügt jedoch über besondere Stärken und Schwächen, die mit einer Kenntnisnahme der üblichen Datensatzbeschreibung nicht annähernd zu erfassen sind. Jede Sekundäranalyse wird so zu einem aufwendigen Arbeits- und Lernprozess, wenn die verwendeten Daten erstmals erkundet werden müssen. Sofern eine dauerhafte Nutzung nicht absehbar ist, steht diese Erstinvestition von Arbeits- bzw. Zeitaufwand in keinem Verhältnis zum Ertrag.

Bei vielen externen Datenquellen stellt sich die Frage einer eigenen Auswertung allerdings erst gar nicht, weil sie nicht für externe Nutzer zugänglich sind. Hier kann es von vornherein nur darum gehen, konkrete Fragestellungen bzw. Auswertungsideen mit Personen zu diskutieren, die den Zugriff auf solche Daten haben und die in der Lage sind, sie kompetent auszuwerten.

Fünf Empfehlungen zum Procedere

Wie könnte das Vorgehen bei der Planung und Realisierung eines Gesundheitsberichts mit externer Beteiligung konkret aussehen? Ich bin mir sicher, dass ich hier nichts grundsätzlich Neues vorstelle.

- **Themenwahl:** nicht nach dem Kriterium der Datenverfügbarkeit sondern nach Relevanz
Dieser erste Punkt führt zu Schräders Ausführungen zurück und gibt mir Gelegenheit, nochmals auf die strategische Bedeutung dieses „Arbeitsschritts“ hinzuweisen. Die Themenfindung ist m. E. zu wichtig, um sie in gewohnter Routine zu erledigen. Hier bietet sich die Kommunikation in der lokalen Gesundheitskonferenz an. Aber auch dort besteht die Gefahr des Abgleitens in eingefahrene Routinen, weshalb ergänzende Bemühungen (s. u.) sinnvoll sein können.
- Berücksichtigung von „**best practice**“
Nach 15 Jahren GBE muss vieles nicht mehr neu erfunden werden. Gerade

zu den bereits erwähnten Standardthemen gibt es zahlreiche, vorbildliche Berichtsbeispiele. Weil von diesem Angebot aber auch eine gewisse Sogwirkung ausgehen kann sei betont: Auch zu vielen anderen Themen lassen sich Anregungen für Berichte finden. Die sind dann zwar nicht einfach zu kopieren aber dennoch hilfreich.⁹

■ **Autorensuche** statt Datenakquisition

Ziel dieser Empfehlung ist es nicht, die Ausarbeitung von Gesundheitsberichten komplett aus der Hand zu geben. Erfolgversprechend ist vielmehr, Zuarbeit in begrenztem Umfang zu organisieren nach dem Motto: Es ist leichter, jemanden um einen Fünf-Seiten-Text (mit ausgewählten Zahlen) zu bitten, als einen eigenen Datenzugang auszuhandeln.

■ **Budget:** eine „Portokasse“ für Outsourcing

Hier lüfte ich das „Geheimnis“ meiner Verwendung des Outsourcing-Begriffs: Mir ist klar, dass es in Zeiten knapper Kassen schwierig ist, finanzielle Mittel für die GBE zu fordern. Andererseits sind viele Kommunalpolitiker wohl immer noch davon überzeugt, dass Outsourcing eine wirksame Strategie der Kostenreduktion ist. Hier gilt es, die kommunalen Haushälter mit einem wohlfeilen Begriff zu ködern. Wenn das nicht reicht schlage ich vor, einmal zu prüfen, wie viel Geld die Kommune ausgibt, um PR-Agenturen mit Konzepten für das Stadt-Marketing zu beauftragen. Wahrscheinlich wären 10% dieser Mittel bereits ein üppiges Budget für die GBE.

■ **Arbeitsteilung:** interkommunaler Austausch über Berichtsprojekte

Schon im Rahmen des Uni-Projekts (s. o.) wurde damals versucht, die Wahl von Berichtsthemen abzustimmen um „Doppelarbeit“ zu vermeiden und einen späteren Austausch der Ergebnisse i. S. v. „good practice“ zu ermöglichen. Unter diesem Gesichtspunkt ist es zu begrüßen, dass sich einige Gesundheitsberichterstatter kürzlich zu einem informellen Arbeitskreis zusammengeschlossen haben, um einen Erfahrungsaustausch zu organisieren.

⁹ Das RKI hat inzwischen eine große Zahl von Themenheften zur GBE sowie von Kurzdarstellungen „GBE kompakt“ herausgegeben, s.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/gbe_node.html

Anregungen zur Ressourcenerschließung

Abschließend möchte ich einige Anregungen zum Aufbau kooperativer Arbeitsprozesse geben, die ich in meiner Tätigkeit als Gesundheitsberichterstatter auf Landesebene erfolgreich ausprobiert habe:

■ Kooperation mit Praktikern / Durchführung von Expertenanhörungen

Einzelne Praktiker sind nur in Ausnahmefällen als Autoren für eine Mitarbeit an Gesundheitsberichten zu gewinnen. Ihr praktisches Wissen kann jedoch für viele Berichtsthemen wertvoll sein. Wenn in einer Stadt mit 100.000 EW sechs bis sieben Kinderärzte praktizieren, sollte es einen Versuch wert sein, sie zu einer Expertenanhörung einzuladen, um mit ihnen aktuelle Probleme der ambulanten Versorgung von Kindern zu eruiieren. Die Aufzeichnung einer solchen Diskussion kann bereits Grundlage für eine (redaktionell bearbeitete) Darstellung in einem Gesundheitsbericht sein.

Kommunale Gesundheitskonferenzen werden vermutlich primär zur Abstimmung von Berichtsvorhaben und Diskussion Berichtsergebnissen genutzt. Insofern geht der Vorschlag der Einladung zu themenzentrierten Hearings darüber hinaus.

■ Kooperation mit institutionellen Akteuren

Heute gibt es faktisch wohl keinen Bereich mehr, der nicht mit EDV-Unterstützung betrieben wird. Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden solche Daten routinemäßig ausgewertet und tw. gezielt ergänzt.¹⁰ Vor diesem Hintergrund sollte man grundsätzlich eher von einem Datenüberangebot als von einem Datenmangel ausgehen. Nicht jede gewünschte Auswertung mag damit per Knopfdruck bzw. Mausklick herstellbar sein. Jeder Arzt kann ihnen aber bspw. Informationen darüber geben, wie viele Patientinnen und Patienten über 65 Jahre in seiner Praxis mit mehreren chronischen Erkrankungen in Behandlung sind.

■ Kooperation mit Wissenschaft

Kleine empirische Erhebungen und Recherchen können in Kooperation mit lokalen/regionalen Hochschuleinrichtungen durchgeführt werden. Die sind an praxisnaher Forschung interessiert. Praktikanten müssen ja nicht gleich skrupellos ausgebeutet werden (die können ja auch etwas dabei lernen).

¹⁰ s. jährliche Erhebungen zur Qualität der Pflege des MDK

Fazit

Ich hoffe, meine Verwendung des Outsourcing-Begriffs konnte eventuell bestehende Befürchtungen ausräumen. Es geht mir nicht um ein Entweder-Oder sondern um die „kluge Mischung“ von Selbermachen und Outsourcing.