

Dokumentation Workshop 1

„Daten und Ziele als Grundlage für Planungsprozesse“

17.03.2015

Moderation: Raphael Sieber, TU Dortmund
raphael.sieber@tu-dortmund.de

Hintergrund

Aus der gesundheits-, sozial- und stadtplanenden Praxis wird oft der schlechte Zugang zu kleinräumigen Gesundheitsdaten bemängelt. Im Besonderen trifft dies auf Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung zu (Gesundheitsdaten im engeren Sinne). Des Weiteren sind Daten zur Gesundheitsversorgung, zum Gesundheitsverhalten, Daten aus dem Bereich Umwelt/Lebenswelt/Sozialraum, Daten zur sozialen Lage und zur Demographie für eine integrierte Gesundheitsberichterstattung von Bedeutung. Nicht allein als Planungsgrundlage für den öffentlichen Gesundheitsdienst oder die Pflegebedarfsplanung, sondern insbesondere auch als Abwägungsmaterial in räumlichen Planungsprozessen könnten kleinräumige Gesundheitsdaten zweckdienlich sein. Als „kleinräumig“ können Daten angesehen werden, die für Raumeinheiten der Größe von ca. 1.000 bis 10.000 EW (jedoch in Abhängigkeit von Fragestellung, Datenpaket und Größe der Stadt) aufbereitet sind und somit deutlich unterhalb der Gemeindeebene vorliegen.

Ablauf des Workshops

1. Vorstellungsrunde

(ca. 15 min)

2. Impulsinput Raphael Sieber

(ca. 15 min)

Im Folgenden sind die im Impulsinput vorgetragenen Herausforderungen für eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung in Kürze und ohne Anspruch auf Vollständigkeit zusammengefasst:

Datenführende Stellen

Die Struktur der datenführenden Stellen im Bereich Gesundheit stellt sich als sehr heterogen dar. Dies liegt unter anderem im breiten Spektrum der Gesundheitsdeterminanten und der damit einhergehenden Verwaltung relevanter Datenpakete in verschiedenen Sektoren und auf unterschiedlichen Ebenen begründet. Für den Bereich der Daten zum Gesundheitszustand – also den Gesundheitsdaten im engeren Sinne – wirkt sich beispielsweise nachteilig aus, dass die Kommunen selber in der Regel keine datenführenden Aufgaben wahrnehmen (auch nicht der ÖGD der Kreise und kreisfreien Städte – abgesehen von nicht flächendeckenden Daten zu Schuleingangsuntersuchungen oder meldepflichtigen Infektionskrankheiten). Unter anderem die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, das Bundesversicherungsamt, das Deutsche Institut für

Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), das Robert-Koch-Institut und die Landeszentren für Gesundheit führen Daten – dies allerdings in überwiegender Mehrheit nicht zu statistischen Zwecken (bspw. zwecks Abrechnung von Leistungen oder zwecks Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen) oder aber auf höherer Aggregationsebene, die eine Rückübertragung auf kleinräumigere Einheiten kaum mehr zulässt (bspw. Gesundheitsberichterstattung der Landesämter auf kommunaler Ebene).

Datenschutz

Gesundheitsdaten unterliegen strengen Datenschutzvorgaben. Die Aufbereitung kleinräumiger Gesundheitsdaten macht häufig die Arbeit mit personenbezogenen Daten und Adressdatensätzen notwendig (bspw. im Bereich der Meldedaten, Daten zur sozialen Lage, Patientendaten). Mitunter kann die Verarbeitung nur über intermediäre Instanzen mit spezieller Berechtigung erfolgen (für einzelne Kommunen z.B. in sog. abgeschotteten Statistikdienststellen, zu Forschungszwecken u. U. auch an Hochschulen). Verwertende Verwaltungseinheiten (bspw. ÖGD oder Stadtentwicklung) haben in der Regel nur sehr eingeschränkte Zugriffsmöglichkeiten auf Rohdatensätze und kommen als datenaufbereitende Dienststellen nur äußerst selten in Betracht. Zudem ist die Mitwirkungsbereitschaft datenführender Stellen (bspw. der Krankenkassen) bei vereinzelt kommunalen Projekten aufgrund der organisatorischen Aufwände zur Wahrung des Datenschutzes erfahrungsgemäß relativ gering.

Kleinräumige Gliederungen

Nicht alle Städte und Gemeinden besitzen eine kleinräumige Gliederung des Stadtgebietes. Obwohl die Kommunen im Zuge des Zensus 2011 in vielen Bundesländern aufgefordert wurden kleinräumige Gliederungen zu erstellen, bestehen insbesondere bei kleineren Kommunen noch Defizite. Andere Städte nutzen hingegen gleich mehrere kleinräumige Gliederungen, welche aber untereinander häufig nicht kompatibel sind (bspw. administrative Grenzen, Schulsprengel, Wahlbezirke, Sozialräume, etc.). Immer häufiger treten auch lebensweltlich orientierte Quartiersansätze im Verwaltungshandeln in den Vordergrund, die sich in kleinräumigen Gliederungen (auch aufgrund methodischer Operationalisierungsprobleme) bisher selten niederschlagen. Die Erstellung sowie kontinuierliche Pflege kleinräumiger Gliederungen ist eine ressourcenintensive Arbeit. Ein bestenfalls auf Blockseiten beruhendes, auf- und abwärts kompatibles System mehrerer Aggregationsstufen setzt zudem umfangreiche GIS- und stadtstatistische Kompetenzen sowie entsprechende Infrastruktur voraus.

Kontinuität

Viele Gesundheitsdaten werden in projektbezogenen Zusammenhängen einmalig erhoben und stellen zweckdienliche aber ressourcenintensive Insellösungen dar. In vielen Fällen ist eine kontinuierlichere Aufbereitung und routinemäßige Bereitstellung aktualisierter Daten wünschenswert. Möglichst automatisierte und standardisierte Verfahren der Aufbereitung können hier helfen. Hierfür ist jedoch ein hohes Maß an Koordination und Kommunikation zwischen datenführenden und -verwertenden Stellen nötig. Zudem sind besonders zu Beginn der Etablierung einer möglichst kontinuierlichen Berichterstattung hohe Aufwendungen an personellen und finanziellen Ressourcen zu erwarten.

Sensibilität der Daten

Unter Umständen wird eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung nicht bei allen „Verwertern“ auf Gegenliebe stoßen. Belegbare Zahlen oder plakative kartographische Abbildungen zu gesundheitlichen Ungleichheiten könnten (so veröffentlicht) mancherorts einen „unerwünschten“ Handlungsdruck ausüben bzw. als ungewollte negative Berichterstattung angesehen werden – und dies selbst dann, wenn die Daten für den internen Gebrauch als wertvoll eingeschätzt werden.

Effektivität der Datenaufbereitung

Um kleinräumige Gesundheitsdaten möglichst ressourcenschonend aufzubereiten sind umfangreiche Kompetenzen (bspw. GIS, Datenbanken, Statistik, etc.) notwendig. Zudem können Ansätze einer integrierten Berichterstattung (bspw. gemeinsame Gesundheits- und Sozialberichterstattung) durch die Bündelung von Kompetenzen und die Erzielung von Synergien Ressourcen schonen. Hierfür ist insbesondere der Wille einer dienststellenübergreifenden Zusammenarbeit von großem Wert. Zudem ist es unerlässlich, die verfolgten Ziele nicht aus den Augen zu verlieren. Kleinräumige Gesundheitsberichterstattung sollte kein Selbstzweck werden. Datenfriedhöfe sind zu vermeiden.

3. Fragen an die Arbeitsgruppe und Diskussion

(ca. 45 min)

In der Arbeitsgruppe wurden drei Fragen intensiv diskutiert und die Ergebnisse auf farbigen Karten dokumentiert. Im Folgenden sind die schriftlichen Beiträge der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wiedergegeben:

A. Welche konkreten Defizite können Sie in Ihrer täglichen Arbeit ausmachen, die auf einen Mangel an Gesundheitsdaten zurückzuführen sind?

> Antworten auf roten Karten

fehlende GBE und keine Kontinuität

bisher keine Ämterübergreifende Datenbasis als Routine

> Berichte schwierig zu erstellen

Keine Daten als Planungsgrundlage für Maßnahmen des KGK vorhanden

Gesundheitsdaten

Subjektives Wohlbefinden

Gesundheitskompetenzen

„Normalbevölkerung“

(mittlere Altersgruppe, keine spezielle Zielgruppe)

Wirknachweis

z.B. bei Präventionsketten, Kobe

Können Verläufe im kleinen Sozialraum gemessen werden?

Werden manchmal Äpfel mit Birnen verglichen?

Differenzierung, Bündelung von Daten
> inhaltliche Auswertung

Fehlender Überblick Strukturen/Angebote
(Prävention, Versorgung) <> Bedarf

Grundlage für Entscheidungen fehlt
> Ressourcen

Analyse / Planung / Erstellung von Handlungsempfehlungen

Entscheidungsgrundlage für Mitteleinsatz: Einrichtung Kobe, Präventionskette

Kommunizierbarkeit / Daten für politische Diskussion (Aufbereitung)

Darstellung in politischen Gremien > Rechtfertigung der Arbeit

fehlende Arbeitszeit



B. Welche Wege wurden bestritten, um die Defizite zu beheben bzw. welche Wege sind bekannt, die woanders funktioniert haben?

> Antworten auf grünen Karten

Konzentration + Schwerpunktsetzung

Rückbezug auf Sozialstatus

Wiss. Ergebnisse „runterbrechen“

gemeinsame Ziele formulieren

- Strategisch
- Operativ

vorhandenes Wissen zusammenführen

Erfahrungswerte / Lebensweltkenntnisse

Indikatoren aus anderen Monitorings

Kontakte knüpfen

> Austausch

Kommunaler Survey

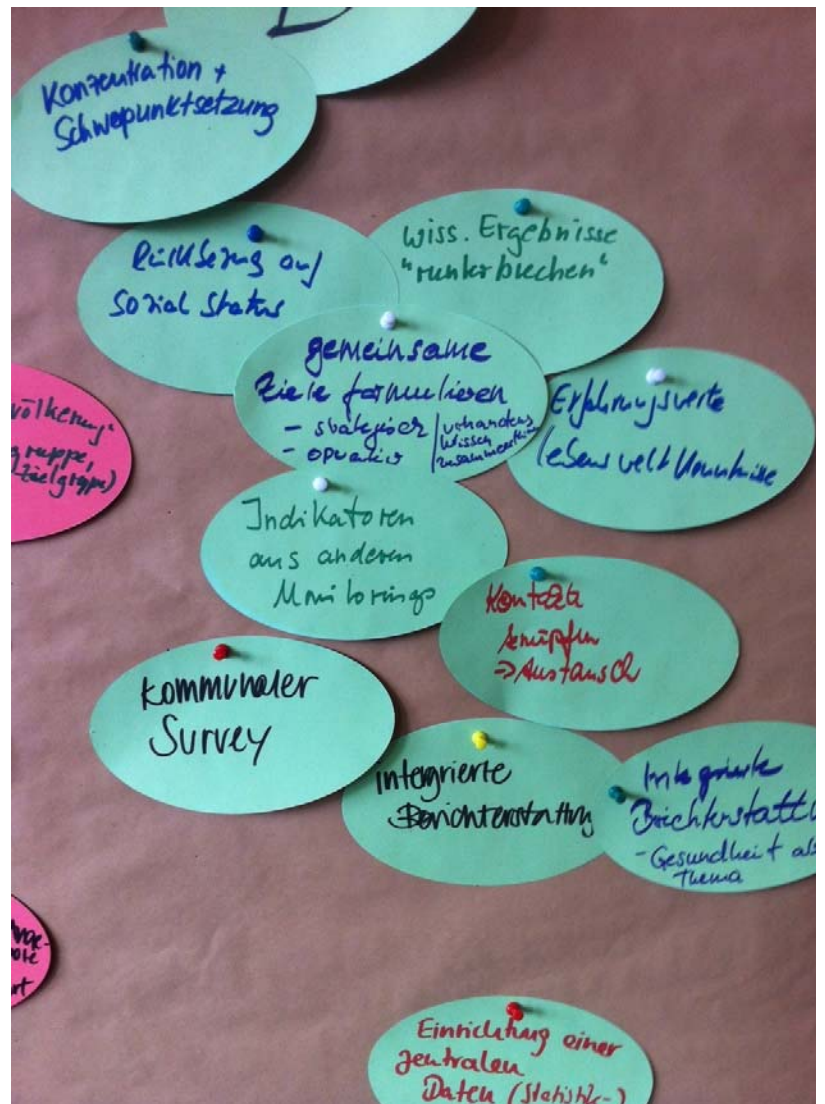
Integrierte Berichterstattung

- Gesundheit als Thema

Integrierte Berichterstattung

Einrichtung einer zentralen

Daten (Statistik) Stelle



C. Welche Ziele sind mit der Nutzbarmachung kleinräumiger Gesundheitsdaten als Planungsgrundlage zu verknüpfen?

> Antworten auf blauen Karten

Ziel: multiprofessionelles Erarbeiten von Planungsgrundlagen unter Einbeziehung von Bevölkerung vor Ort

„health in all policies“

- > Wiss. (Indikatoren, Leitfäden)
- > Politik auf allen Ebenen
- > GSN

für Kommune

- Herausarbeiten von Handlungsprioritäten
 - Ressourcen zielgerichtet einsetzen
- > Chancengleichheit, Umweltgerechtigkeit

„public use files“

Datentransfer zwischen Akteuren in Feld

Frühwarnsystem

- > Schwellenwerte festlegen f. Indikatoren

Verständigung über ein Grundset an Daten, die kleinräumig zur Verfügung gestellt werden

Qualifikation

GBE-lerInnen (methodisch) stärken

