

Der neue Länderindikatoren- satz für die Gesundheits- berichterstattung

Nach 2-jähriger intensiver Arbeit einiger Bundesländer, des Robert Koch-Institutes, des Statistischen Bundesamtes und der Datenhalter auf Bundes- und Landesebene konnte bei ständiger Koordinierung durch die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) die umfassende Überarbeitung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder im Jahr 2003 abgeschlossen werden. Alle 16 Bundesländer akzeptierten im Mai 2003 die dritte, neu bearbeitete Fassung des Indikatorensatzes als eine wichtige Grundlage für die Beobachtung der gesundheitlichen Lage und der Gesundheitsressourcen (Health Monitoring und Health Surveillance) sowie für die Gesundheitsberichterstattung in den Ländern. Der Indikatorensatz enthält 297 Indikatoren, zu denen Metadatenbeschreibungen vorliegen. Gegenüber den bisherigen Fassungen des Indikatorensatzes, die seit dem Jahr 1991 in den Ländern genutzt werden, wurde eine durchgehende Systematisierung und einheitliche Strukturierung der Themenfelder vorgenommen. Neue Datenquellen wurden erschlossen, die Zugänglichkeit zu den Datenquellen verbessert und die internationale Vergleichbarkeit soweit wie möglich hergestellt. Als nächster Arbeitsschritt ist die Implementierung der Indikatoren in den Ländern vorgesehen. Wichtig erscheint den Verfassern, dass ein breites Publikum, wie z. B. Gesundheitspolitiker, Gesundheitswissenschaftler und die Öffentlichkeit, d. h. die Bürger, Kenntnis von dem Indikatorensatz erhalten und Indikatoren nutzen, um

eine sachliche Einschätzung der gesundheitlichen Lage und der Ressourcen des Gesundheitswesens vornehmen zu können.

Ergebnisse

Hintergrund

Der Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Bundesländer hat sich seit seiner Einführung im Jahr 1991 bewährt. Er wurde aufgrund der zwischenzeitlichen Erfahrungen erstmals 1996 revidiert. Eine neuerliche Überarbeitung war notwendig geworden, um den aktuellen gesundheitspolitischen Anforderungen an einen Indikatorenatz besser gerecht zu werden [1]. Es stellte sich u. a. heraus, dass nur einige Bundesländer alle oder einen Teil der Indikatoren ständig vorhielt. Die Indikatorenhaltung, d. h. ihre Befüllung mit Daten sowie die regelmäßige Aktualisierung und Veröffentlichung durch die Landesgesundheitsämter, die Landesinstitute für den öffentlichen Gesundheitsdienst oder ähnlich strukturierte Einrichtungen, hat sich als Erfolg versprechend herausgestellt, während ihre Übertragung an die Statistischen Landesämter der entsprechenden Länder nicht immer zur erwünschten Bündelung der Sachkompetenz führte. Der personelle Aufwand für die Indikatorenhaltung als Basis für die Gesundheitsberichterstattung wurde unterschätzt oder konnte in vielen Bundesländern nicht realisiert werden. Durch die Verabschiedung von Gesetzen über den öffentlichen Gesundheitsdienst in der Mehrzahl der Bundesländer wurde

aber mittlerweile die Gesundheitsberichterstattung, zu der die Datenhaltung zählt, zur Dienstaufgabe der Gesundheitsministerien erklärt. Damit sind verbesserte Voraussetzungen für eine in allen Bundesländern einheitliche Indikatorenhaltung gegeben. Bei knapper werdenden Ressourcen wird die Bedeutung einer qualifizierten Datenhaltung und Datenanalyse zunehmen. Deshalb ist es dringend erforderlich, einen alle Bereiche abdeckenden Indikatorenatz zu führen, dessen Aussagen aktuell, zuverlässig und vergleichbar sind. Nur er kann eine solide Basis für die Gesundheitsberichterstattung darstellen. Folgende gesundheitspolitischen Anforderungen machten eine Überarbeitung notwendig:

- höhere Transparenz über die gesundheitliche Lage in den Ländern,
- Berücksichtigung des Einflusses sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit,
- Übersicht über Verhaltensweisen, die Gesundheit negativ beeinflussen,
- Integration neuer Statistiken, z. B. der Pflegestatistik,
- Leistungs- und Kostentransparenz,
- Umstellung auf die ICD-10,
- durchgängige Kommentierung als Metadatenbeschreibung,
- verbesserte Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern,
- Abstimmung mit Indikatorenätzen der Bundesebene (s. IS-GBE, [2]), der EU (Eurostat und der European Community Health Indicators – ECHI, [3]) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (HFA 21 DB, [4]).

Konzept und methodische Grundlagen

Die 297 Indikatoren sind in Kontinuität zu den bisherigen Fassungen des Indikatorensatzes wiederum in 11 Themenfelder gegliedert (■ Tabelle 1).

Es wurde angestrebt, Ausgewogenheit bei der Abbildung der Themenfelder herzustellen, zwischen Zeitreihen, Länder- und Regionaltabellen ebenfalls eine angemessene Relation zu erzielen und wo immer möglich eine geschlechtsspezifische Gliederung vorzunehmen. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung im Themenfeld 3 mit 119 Indikatoren zahlenmäßig dominieren. Die ■ Tabelle 2 verdeutlicht, dass die Indikatoren zur gesundheitlichen Lage einer inneren Struktur folgen, die nicht nur die Abschnitte I: „Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität“ und II: „Krankheiten/Krankheitsgruppen“ betreffen. Vielmehr folgt der Themenbereich Morbidität einer weiteren Gliederung, die sich bei einzelnen Krankheiten und Krankheitsgruppen wiederholt. Sie wird im Folgenden beschrieben.

In der Abfolge von Indikatoren zu einer Krankheitsgruppe wird die Zeitreihe zur schnellen Übersicht an erster Stelle aufgeführt, es folgt eine Landestabelle mit der Übersicht zum Berichtsjahr (oder zu 2 bis 3 Berichtsjahren) sowie eine Regionaltabelle, falls Daten gegliedert nach Verwaltungsbezirken (Kreise, kreisfreie Städte oder Stadtbezirke in Stadtstaaten) vorliegen. Entsprechend dem Grundkonzept der Relevanz und Erstellbarkeit von Indikatoren auf unterschiedlichen Ebenen werden folgende Gruppen unterschieden:

110 Kernindikatoren (K). Diese sollten von allen Bundesländern vorgehalten werden; sie sollen EU-kompatibel sein. Kernindikatoren überwiegen in der Bedeutung gegenüber Länderindikatoren, da zwischen den Ländern die Vergleichbarkeit von Kernindikatoren angestrebt wird. Diese Indikatoren sind mit dem Symbol „K“ versehen. Die Vergleichbarkeit wird mithilfe von statistischen Methoden und einheitlich zu verwendenden Softwareeroutinen gewährleistet.

141 Länderindikatoren (L). Diese können von den Ländern zusätzlich geführt wer-

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2004 · 47:762–770
DOI 10.1007/s00103-004-0872-x
© Springer-Verlag 2004

D. Bardehle · R. Annuß · S. Hermann · T. Ziese · K. Böhm

Der neue Länderindikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung

Zusammenfassung

Im Mai 2003 wurde die dritte, neu bearbeitete Fassung des Indikatorenatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Bundesländer von den Gesundheitsministerien aller Länder bestätigt. Die meisten Bundesländer haben damit begonnen, Daten nach dem neu systematisierten und mit Metadatenbeschreibungen versehenen Indikatorenatz für die landesspezifische Gesundheitsberichterstattung zu erfassen. Durch die Unterstützung von Datenhaltern auf Bundesebene und des Statistischen Bundesamtes ist es gelungen, die Datenbasis weiter auszubauen und den Datenzugang erstma-

lig auch über das Statistische Bundesamt zu gewährleisten. In dem Beitrag werden die methodischen und statistischen Grundlagen des Indikatorenatzes dargelegt. Der Nutzen des Indikatorenatzes für die Gesundheitsberichterstattung in den Ländern ist ein weiterer wichtiger Aspekt.

Schlüsselwörter

Gesundheitsindikatoren ·
Gesundheitsberichterstattung ·
Qualitätssicherung · Datenhalter ·
Datenpräsentation

The new indicator set for health reporting activities in the German States

Abstract

In May 2003, the third revised version of the indicator set for health reporting activities was confirmed by the health ministries of all German States (Bundesländer). Modeled on the restructured indicator set which has been annotated with meta-data descriptions, most Bundesländer have now started to collect data for their specific health reporting activities. Thanks to the support provided by national data holders and the Federal Statistical Office, it has been possible to further enlarge the database and for the first time

also ensure access via the Federal Statistical Office. In this contribution the authors describe the methodological and statistical principles of the indicator set. Another aspect is the benefit of the indicator set for the health reporting activities in the German States.

Keywords

Health indicators · Health reporting ·
Quality assurance · Data holders ·
Data presentation

Tabelle 1

Anzahl der Indikatoren nach Themenfeldern, Zeitreihen, Geschlecht und Regionalbezug

Themenfelder	Indikatoren	Zeitreihen	Mit Gliederung nach Geschlecht	Mit regionaler Gliederung
2: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen	24	9	13	11
3: Gesundheitszustand der Bevölkerung	119	28	103	13
4: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	13	-	13	-
5: Gesundheitsrisiken aus der Umwelt	14	2	-	5
6: Einrichtungen des Gesundheitswesens	22	7	-	6
7: Inanspruchnahme von Leistungen	38	16	6	9
8: Beschäftigte im Gesundheitswesen	29	15	18	6
9: Ausbildung im Gesundheitswesen	4	2	2	-
10: Ausgaben und Finanzierung	26	8	1	-
11: Kosten	8	1	-	-
Insgesamt	297	88	155	50

Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder, 2003.

Tabelle 2

Systematik des Themenfeldes 3: Gesundheitszustand der Bevölkerung

I. Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität (49)	Ia. Mortalität	Allgemein (8)
	Ib. Abgeleitete Indikatoren (6)	Lebenserwartung (3)
		Verlorene Lebensjahre (1)
Ic. Morbidität (35)	Vermeidbare Sterblichkeit (2)	
	Subjektive Morbidität	
	Ambulante Morbidität	
	Stationäre Morbidität	
	Arbeitsunfähigkeit	
	Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	
	Medizinische Leistungen zur Rehabilitation	
	Frührentenzugänge und -bestand	
	Schwerbehinderte	
	Pflegebedürftigkeit	
II. Krankheiten/Krankheitsgruppen (70)	ICD-10	
Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern (8)		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (8)	Kap. I	Zeitreihe
Neubildungen (12)	Kap. II	Inzidenz/Prävalenz
Stoffwechselkrankheiten (4)	Kap. III	Stationäre Morbidität
Psychische und Verhaltensstörungen (8)	Kap. V	Arbeitsunfähigkeit
Krankheiten des Kreislaufsystems (6)	Kap. IX	Medizinische Leistungen zur Rehabilitation
Krankheiten des Atmungssystems (6)	Kap. X	Frührentenzugänge und -bestand
Krankheiten des Verdauungssystems (2)	Kap. XI	Sterblichkeit
Krankheiten des Muskel-/Skelett-Systems und des Bindegewebes (6)	Kap. XIII	
Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen (10)	Kap. XIX	

Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder, 2003. Anzahl der Indikatoren in Klammern ().

den, wenn entsprechende gesundheitspolitische Prioritäten (z. B. Gesundheitsziele) bestehen und die Daten vorliegen. Zur Gruppe der Länderindikatoren gehören auch die 50 Indikatoren für Regionalvergleiche. Länderindikatoren werden mit dem Symbol „L“ versehen. Alle Länder können darüber hinaus zusätzliche Länderindikatoren aufnehmen, die Numeristik der Indikatoren lässt dies zu.

46 Bundesindikatoren (B). Diese werden vom Statistischen Bundesamt, dem Robert Koch-Institut und anderen Datenhaltern auf Bundesebene berechnet und vorgehalten. Bundesindikatoren des Länderindikatorenansatzes werden vom Statistischen Bundesamt in das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Internet unter <http://www.gbe-bund.de> in einen eigenen Themenbereich aufgenommen.

Eine weitere Klassifizierung der Indikatoren wurde gemäß den 3 nachfolgend dargestellten Gruppen vorgenommen. In der Kommentierung des Indikatorenansatzes wird beschrieben, um welche Indikatorenart es sich jeweils handelt.

Gesundheitsdeterminanten. Determinanten (determinants) haben wesentlichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage. Zu den Determinanten wurden gezählt: Indikatoren zur Lebensweise, zum Gesundheitsverhalten, Risikofaktoren, Umweltfaktoren, soziodemographische Indikatoren.

Ergebnisindikatoren. Ergebnisindikatoren (outcome indicators) stellen in Form von Inzidenzraten, Prävalenzraten, Behandlungsergebnis oder Mortalität das Resultat aller Aufwendungen im Gesundheitswesen dar.

Prozessindikatoren. Prozessindikatoren (process indicators) reflektieren den Aufwand und die Leistungen der medizinischen Versorgung, wie z. B. stationäre Behandlungen, Verweildauer, ärztliche Konsultationen, Kosten.

Alle zu den Indikatoren gehörenden Informationen sind in der Metadatenbasis enthalten, die der Gliederung der Indikatoren folgt und einheitlich strukturiert ist. Für jeden Indikator sind folgende Angaben in Abstimmung mit den Datenhaltern zusammengestellt:

- Definition und Bedeutung des Indikators,
- Datenhalter und Datenquelle,
- Periodizität und Stichtag der Datenerfassung beim Datenhalter,
- Validität der Daten, Qualitätsbewertung, Einschränkungen,
- Kommentar, Beschreibung der Datensammlung, Hinweise zur Regionalisierung,
- Vergleichbarkeit mit EU-, WHO-, OECD-Indikatoren und dem bisherigen Indikatorenansatz,
- genutzte Originalquellen/Publication der Originalquellen,
- Dokumentationsstand wie Datum der Abfassung oder Aktualisierung der Metadatenbeschreibung, Benennung der Einrichtung oder des Datenhalters, die die Abstimmung des Indikators und der Metadatenbeschreibung vorgenommen haben.

Validitäts- und Qualitätsbeurteilungen der Indikatoren wurden im Rahmen der Metadatenbeschreibungen mit den Datenhaltern oder durch den Einsatz von standardisierten statistischen Verfahren vorgenommen.

Neue und geänderte statistische Verfahren in der dritten Fassung des Indikatorenansatzes zur Gesundheitsberichterstattung der Länder

Das seit der Einführung des GMK-Indikatorenansatzes im Jahr 1991 vergangene Jahrzehnt hat neben der Etablierung der ICD-10 als neuem Standard der Klassifikation von Krankheiten eine ganze Reihe weiterer Veränderungen im Bereich statistischer Verfahren und Datenstrukturen mit sich gebracht, die bei der Berechnung von Gesundheitsindikatoren zu berücksichtigen sind. Betroffen sind Fragen der Altersstandardisierung und der Obergrenze von Altersgruppen. Es wurden aber auch neue Konzepte, wie beispielsweise der Indikator „Lebenserwartung ohne Behinderung“, in die neue Fassung des Indikatorenansatzes aufgenommen.

Ein entscheidendes Qualitätskriterium für Daten, die in Form von Indikatoren aggregiert sind, ist ihre Vergleichbarkeit

über die Zeit und zwischen verschiedenen Regionen sowie die Kompatibilität mit anderen Indikatorenansätzen, z. B. auf europäischer Ebene. Es ist daher erforderlich, die zur Berechnung der Indikatorendaten einzusetzenden statistischen Methoden eindeutig zu definieren und mit internationalen Standards abzustimmen. Zu diesem Zweck enthält die Druckfassung des neuen Indikatorenansatzes einen ausführlichen Methodenteil. Auf der begleitenden CD-ROM und im Internet werden Excel-Routinen zur Berechnung von komplexeren Kennziffern als Angebot des Iögd geliefert [5]. Grundsätzlich gilt, dass die Indikatorentabellen neben absoluten Zahlen möglichst immer auf die Bevölkerung bezogene Raten (z. B. „je 100.000 Einwohner“) enthalten sollten, die den direkten Vergleich mit anderen Regionen ermöglichen. Mit der Neubearbeitung des Indikatorenansatzes haben sich folgende Änderungen gegenüber den bisherigen Verfahren ergeben:

Altersstandardisierung bei Ländertabellen.

In der Neufassung des Indikatorenansatzes wird bei der direkten Altersstandardisierung (s. Kapitel Statistische Methoden im Indikatorenansatz für die GBE der Länder [1]; S. 740–747) nicht wie bisher die so genannte „Neue Europabevölkerung“, sondern die „Alte Europabevölkerung“ von 1966/1976 verwendet. Die „Neue Europäische Standardbevölkerung“ hat sich in der Gesundheitsberichterstattung sowohl international als auch innerhalb Deutschlands nicht durchsetzen können. Vor allem ist die Geschlechtsdifferenzierung der neuen Europabevölkerung in 3 Bevölkerungsstrukturen (weiblich, männlich, insgesamt) eher nachteilig, da z. B. die altersstandardisierten Mortalitätsraten von Frauen und Männern nicht mehr vergleichbar sind, wenn sie jeweils an der weiblichen bzw. männlichen Bevölkerungsstruktur standardisiert wurden.

Altersstandardisierung bei Regionaltabellen.

Bei allen Indikatoren auf der Aggregatenebene Kreise/kreisfreie Städte/Stadtbezirke, die altersstandardisierte Raten aufweisen, kommt die indirekte Altersstandardisierung (standardisierte Mortalitätsratio, SMR, s. Kapitel Statistische Methoden im Indikatorenansatz für die GBE der Länder [1]; S. 740–747) an der Rate des jewei-

Tabelle 3

Vergleich von Healthy Life Expectancy und behinderungsfreier Lebenserwartung

Erhebung	Gesunde Lebenserwartung in Jahren		Mittlere Lebenserwartung in Jahren	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Healthy Life Expectancy (HALE), Deutschland ^a	72,2	68,3	81,1	75,1
Behinderungsfreie Lebenserwartung (DFLE), NRW ^b	73,5	66,8	81,0	75,4

^a WHO, World Health Report 2001, ^b eigene Berechnungen für 2001.

ligen Bundeslandes zur Anwendung. Diese Methode liefert bei den auf Kreisebene häufig kleinen Fallzahlen stabilere Ergebnisse und ist für den Regionalvergleich besonders gut geeignet (SMR als prozentuale Abweichung vom Landesmittelwert). Nach Möglichkeit sollten statistisch signifikante Abweichungen vom Landeswert gekennzeichnet werden. Indirekt standardisierte Raten sind nur innerhalb eines Bundeslandes vergleichbar, nicht jedoch zwischen den Bundesländern.

Oberste Altersgruppe „95 und älter“. Indikatoren mit Altersstruktur sind, soweit möglich, nach 5-Jahres-Altersgruppen gegliedert. Hierbei soll die höchste, nach oben offene Altersgruppe gegenüber der bisherigen Struktur um 10 Jahre auf „95 Jahre und älter“ angehoben werden. Dies entspricht der demographischen Entwicklung und der Notwendigkeit, Gesundheitsprobleme und Gesundheitsleistungen für die Gruppe der Hochbetagten differenzierter darzustellen. Ein großer Teil der nationalen und europäischen Berichtsroutinen wird zurzeit an diesen neuen Standard angepasst. In den Bundesländern wird es erst in einigen Jahren möglich sein, über die gegenwärtig höchste verfügbare Altersgruppe 90+ hinauszugehen.

Lebenserwartung. Die Lebenserwartung wurde in der bisherigen Fassung des Indikatorensatzes nur in einigen Bundesländern bzw. dem lögd für Nordrhein-Westfalen entsprechend den so genannten vollständigen und abgekürzten Sterbetafeln durch die Statistischen Ämter dargestellt. Für die Berechnung der Lebenserwartung auf Länderebene existieren Routinen auf der Basis abgekürzter Sterbetafeln. Mittlerweile liegen einige Untersuchungen vor [1], die die Verlässlichkeit der Berechnung auf

Kreisebene (zumindest für die Belange der Gesundheitsberichterstattung) dokumentieren. Es wird daher ein neuer Indikator „Lebenserwartung im Regionalvergleich“ eingeführt. Für die Berechnung sollten die Daten mehrerer Jahre zusammengeführt und signifikante Differenzen anhand von Konfidenzintervallen gesichert werden.

Lebenserwartung bei guter Gesundheit. Die „Lebenserwartung bei guter Gesundheit – Healthy Life Expectancy“ als relevantes Kriterium für Lebensqualität wird mittlerweile in vielen europäischen Ländern routinemäßig als Gesundheitsindikator berechnet. Sie bietet als Maß für die Lebenserwartung ohne gesundheitliche Einschränkungen bzw. Behinderungen eine wichtige Ergänzung zur allgemeinen Lebenserwartung. Als Datengrundlage sind verschiedene Quellen, wie z. B. die Pflegestatistik, die Schwerbehindertenstatistik oder Surveydaten, verwendbar. Während komplexere Berechnungsmethoden auf Daten aus Bevölkerungssurveys angewiesen sind, kann die „behinderungsfreie Lebenserwartung“ bereits anhand amtlicher Daten (Statistik der Schwerbehinderten) berechnet werden. Dies hat den Vorteil, dass diese Daten über viele Jahre bis hin zur Kreisebene und nach 1-Jahres-Altersgruppen vorliegen. Andererseits muss man sich darüber klar sein, dass es sich hierbei nur um eine erste Annäherung an das Konzept des Indikators „Lebenserwartung bei guter Gesundheit“ handeln kann, da nur langfristige Behinderungen von Antragstellern berücksichtigt werden. Als Maß für den Umfang der gesundheitlichen Beeinträchtigung gilt ein Behinderungsgrad von 50 nach den Grundregeln der Schwerbehindertenstatistik. Diese Regeln weichen von den Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens ab, die üblicherweise

zur Berechnung der gesunden Lebenserwartung herangezogen werden. Trotzdem ist es erstaunlich, wie gut die anhand von Daten der Schwerbehindertenstatistik berechnete „Behinderungsfreie Lebenserwartung in Nordrhein-Westfalen“ mit den Health adjusted life expectancy (HALE)-Berechnungen der WHO für Deutschland (World Health Report 2001) übereinstimmt (■ Tabelle 3):

Zusammenfassend besteht die Weiterentwicklung des Indikatorenatzes für die GBE der Länder darin, dass

- erstmals für alle Indikatoren eine einheitliche Metadatenbeschreibung vorliegt,
- die methodischen Voraussetzungen für die vertikale (kommunale, Länder-, nationale und EU-Ebene) sowie die horizontale Vergleichbarkeit (zwischen den deutschen Ländern) verbessert bzw. geschaffen wurden. Dies zeigt sich unter anderem in der Vereinheitlichung der statistischen Verfahren, wie z. B. Altersstandardisierung, und in der zentralen Bereitstellung von Indikatoren,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung festgelegt wurden.

Präsentation von Bundes- und Länderindikatoren des neuen Indikatorenatzes im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE) unter <http://www.gbe-bund.de> liefert als Onlinedatenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen GBE-Themenfeldern [2]. Über 650 Millionen Zahlen und Kennziffern in Form von Tabel-

len aus rund 110 verschiedenen Quellen, Texten und Abbildungen (u. a. aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland, den GBE-Themenheften und den Spezial- und Schwerpunktberichten) sowie Definitionen, methodische Erläuterungen, Links, Variablenlisten und Ansprechpartner umschreiben die Vielfalt der Systeminhalte. Das IS-GBE hat sein Datenangebot vorrangig auf die Bundesebene ausgerichtet und stellt – sofern sie vorliegen – entsprechend regional differenzierte Angaben zur Verfügung. Die Struktur dieser Indikatoren entspricht aber nicht in allen Fällen der Struktur der Länderindikatoren. Mit der Integration der Bundesindikatoren und ausgewählter Kernindikatoren des Länderindikatorensatzes in das IS-GBE ist nun ein direkter Bezug zum Länderindikatorensatz geschaffen und das Informationsangebot für den Nutzer nochmals entscheidend erweitert worden. Das Statistische Bundesamt sowie das Robert Koch-Institut waren in die Neufassung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder einbezogen worden. Die über das IS-GBE zugänglichen Bundesindikatoren und ausgewählte Kernindikatoren aus dem neuen Indikatorensatz der Länder decken die Mehrzahl seiner Themenbereiche ab. Einige Beispiele:

- Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands nach Alter und Geschlecht,
- die häufigsten Diagnosen in Praxen von Allgemeinmedizinerinnen und praktischen Ärzten nach Geschlecht,
- Rauchverhalten nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht,
- mittlerer täglicher Alkoholkonsum nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht,
- körperliche Aktivitäten nach Sozialschicht und Geschlecht,
- ausgewählte Arbeitsbelastungen und Umgebungsfaktoren,
- Dialyseplätze (Hämodialyse),
- Verbrauch von Blutprodukten,
- Beschäftigte im Gesundheitswesen in Prozent der Beschäftigten insgesamt,
- Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Einrichtungen.

Mit der Integration von Indikatoren des Länderindikatorensatzes in das IS-GBE wurde ein weiterer wichtiger Schritt zur Verknüpfung der verschiedenen Berichterstattungssysteme im vertikalen GBE-System der regionalen Ebenen (international – EU – Bund – Länder – Kommunen) geleistet. Die verstärkte enge Zusammenarbeit und der kontinuierliche Erfahrungsaustausch der GBE-Verantwortlichen schaffen die Voraussetzung dafür, die Methoden und inhaltlichen Schwerpunkte der verschiedenen GBE-Systeme weiter aufeinander abzustimmen und vergleichbar zu machen [6]. Dies ist wichtig, weil die Bundes-GBE eine Referenzfunktion für die GBE der Länder besitzt, d. h. mit ihrer Hilfe können regionale Unterschiede identifiziert und analysiert werden. Gleiches gilt im internationalen Bezug für die Bundes-GBE.

Für die Onlinerecherche und -analyse im IS-GBE werden moderne Verfahren eingesetzt, die dem Nutzer viele Auswahlmöglichkeiten bieten und bedienungsfreundlich sind. Das Angebot an Zahlen und Informationen im IS-GBE wird intensiv gepflegt, ständig aktualisiert und erweitert. Die Daten werden – sofern sie in entsprechender Differenzierung zur Verfügung stehen – für Deutschland und die 16 Bundesländer in einer Tabelle dargestellt. Dadurch sind neben zeitlichen auch regionale Vergleiche der interessierenden Sachverhalte im Kerndatenbestand des IS-GBE möglich. Kürzester Weg zu den eigentlichen Schnittstellen im vertikalen GBE-System ist der Link „Ausgewählte Indikatoren aus dem Indikatorensatz der GBE der Länder“ in der Rubrik „Themen“ des IS-GBE. Weitere Links führen den Nutzer zu ausgewählten Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) oder der WHO im IS-GBE. Die aus dem Länderindikatorensatz gewählten Daten sind zur leichteren Recherchierbarkeit in folgende Themenbereiche gegliedert:

- Gesundheitszustand der Bevölkerung,
- gesundheitsrelevante Verhaltensweisen,
- Gesundheitsrisiken aus der Umwelt,

- Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung,
- Beschäftigte im Gesundheitswesen,
- Ausgaben und Finanzierung sowie
- Kosten.

Die Auswahl orientiert sich im Wesentlichen daran, ob der Indikator mit einem Indikator der Bundes-GBE identisch ist, der Indikator durch einen Datenhalter beliefert werden kann oder auf Standardaufbereitungen der Statistischen Landesämter basiert.

Bei der Verknüpfung der Indikatoren zwischen Bundes- und Länder-GBE will das IS-GBE noch einen Schritt weiter gehen, um dem Nutzer einen zusätzlichen Service bieten zu können. In der Fußzeile jeder Tabelle sollen künftig – wo immer sinnvoll und möglich – Links u. a. zum entsprechenden Indikator der GBE des Bundes und den Indikatoren der OECD und der WHO eingerichtet werden. Bereits realisiert ist ein Link zur Datenquellenbeschreibung, die dem Nutzer die Möglichkeit bietet, zur Homepage des jeweiligen Datenhalters zu gelangen. Künftig ist auch ein Link zu den Homepages der jeweiligen Bundesländer geplant. Ausgehend von jeder Tabelle, kann der Nutzer die neueste Fassung des Indikatorensatzes der Länder als pdf-Datei öffnen bzw. herunterladen. Nutzer, die die Stichwortsuche im IS-GBE bevorzugen, finden u. a. die zum jeweiligen Stichwort passenden Länderindikatoren in der Trefferliste. Mit dem Stichwort „AOLG“ erhalten sie alle im Informationssystem gespeicherten Tabellen des Indikatorensatzes der Bundesländer. Grundsätzlich greifen Themen- und Stichwortsuche im IS-GBE auf denselben Daten- und Informationsbestand zurück.

Nutzung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung in den Ländern

Entsprechend der bereits 1987 vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen formulierten Forderung führt die Gesundheitsberichterstattung – qualifiziert durch den in der Fassung von 2003 vorliegenden Indikato-

rensatz der Länder – systematisch die in verschiedenen Datenquellen vorhandenen Informationen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sowie über den Zustand ihrer gesundheitlichen Versorgung zusammen. Sie wird in den gesundheitspolitischen Regelkreis mit der Funktion eingeordnet, durch die Analyse des Istzustandes die Grundlage für die Entwicklung gesundheitspolitischer Maßnahmen zu liefern. Vor dem Hintergrund wachsender Ausgaben für den gesundheitlichen und sozialen Sektor, dem gleichzeitig sinkenden finanziellen Spielraum für Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Verbindung mit häufig fehlenden Maßnahme-Wirkungs-Analysen und dem Druck auf Gesundheitspolitiker, möglichst kurzfristig erfolgreich gesundheitspolitische Zeichen zu setzen, muss Gesundheitsberichterstattung problematische Felder identifizieren und Handlungsbereiche aufzeigen. In den Bundesländern werden Indikatoren in unterschiedlichem Maße für die Länder- und kommunale Gesundheitsberichterstattung herangezogen. Als Grundmuster haben sich ähnlich der Gesundheitsberichterstattung des Bundes folgende Muster herausgebildet:

- Landesgesundheitsbericht (Basisbericht),
- Spezialbericht, Sonderbericht,
- statistische Kurzinformationen,
- Indikatoren im Internet.

Struktur der Berichtsformen auf ministerieller Ebene im Land Berlin als Beispiel für eine Länder-Gesundheitsberichterstattung

Basisberichterstattung. Die Basisberichterstattung orientiert sich am Indikatorensatz der Länder; sie ist im Gesundheitsdienst-Gesetz von 1994 gesetzlich verankert und wird jährlich zur Verfügung gestellt. In der Basisberichterstattung werden zunächst alle Zielgruppen differenziert betrachtet, z. B. Kinder und Jugendliche, ältere Menschen sowie Frauen und Männer. Zusätzlich zu den zwischen den Ländern vergleichbaren Daten bietet der Basisbericht umfangreiche tabellarische Darstellungen für die Berliner Bezirke [7]. Die Basisberichterstattung führt Risikofaktoren (z. B. Rau-

chen, Übergewicht) differenziert nach Geschlecht und Alter auf und zeigt gesundheitliche Auswirkungen in Form von diagnosespezifischer Auswertung der Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsbehandlungen, Frühberentungen, der Todesursachenanalyse u. a., ohne eine unmittelbare Ursache-Wirkungs-Beziehung feststellen zu können. Darüber hinaus werden gesundheitsfördernde Aspekte wie die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen dargestellt.

Spezialberichte. Eine weitere Form der Berliner GBE sind die Spezialberichte zu Schwerpunktthemen. In ihnen werden besondere Probleme von regionaler, epidemiologischer und sozialer Bedeutung behandelt. Diese Berichtsform erscheint unregelmäßig und enthält Analysen, Zusammenhänge und insbesondere Handlungsempfehlungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Verantwortlichen der Gesundheitsberichterstattung sowie die politisch Verantwortlichen. In die Erarbeitung dieser Berichte werden Experten aus Wissenschaft und Forschung, insbesondere der Studiengang und Forschungsverbund Public Health einbezogen [8, 9, 10, 11].

Statistische Kurzinformationen. Für die schnelle Information der fachlichen und politischen Leitung der obersten Gesundheitsbehörde des Landes Berlin, der interessierten (Fach-)Öffentlichkeit und der Medien stehen statistische Kurzinformationen zur Verfügung. Kurzfristig werden komprimiert wichtige Entwicklungen des Gesundheitszustandes der Berliner Bevölkerung sowie des Berliner Gesundheitswesens aufgegriffen. Bereits erschienen sind z. B. „Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke – Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage“ [12], „Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen“ sowie „Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern“.

Alle Veröffentlichungen der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin wie auch die anderer Bundesländer wer-

den neben den Druckfassungen auch im Internet vorgestellt.

Einfluss vermeidbarer Sterbefälle und sozialer Faktoren auf die Lebenserwartung – Beispiel für die Nutzung der Indikatoren der GBE (hier Indikatoren 3.10, 3.14 des neu gefassten Indikatorensatzes 2003)

Obwohl die durchschnittliche Lebenserwartung der Berliner in den letzten 10 Jahren angestiegen ist (sie betrug im Zeitraum von 1997–1999 bei den Männern 74,1 und bei Frauen 80,1 Jahre), könnten Männer durch Zurückdrängen von so genannten „vermeidbaren Todesursachen“ im Durchschnitt 2 und Frauen über ein Jahr länger leben [12]. Derzeit sterben jährlich über 3.000 Berliner an Krankheiten, deren Todesfolge (in bestimmten Altersgruppen) als vermeidbar gilt. In den meisten Fällen handelt es sich um Krankheiten, deren Auftreten durch rechtzeitige präventive Intervention (insbesondere durch Ausschalten von bestehenden Risikofaktoren wie Adipositas, hoher Alkoholkonsum, Rauchen, Bewegungsmangel, zu hohe Blutfettwerte) stark verringert bzw. deren Todesfolge verhindert werden könnten. Über 90% der vermeidbaren Sterbefälle gehen zu Lasten von ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonie/Schlaganfall, Leberzirrhose, Alkoholismus sowie Lungen- und Brustkrebs.

Die Ergebnisse der Sozialstrukturuntersuchungen in Berlin zeigen [8]: Die Lebenserwartung ist stark an die soziale Situation gekoppelt (■ Abb. 1). In Bezirken mit einer ungünstigen Sozialstruktur (hoher Anteil an Arbeitslosen, Sozialhilfeempfängern, Migranten und Personen mit niedrigem Bildungsniveau), wie z. B. Kreuzberg, Wedding, Tiergarten, Neukölln, Friedrichshain, wird eine durchweg niedrigere Lebenserwartung und eine damit verbundene höhere Sterblichkeit gemessen als bei Personen aus Bezirken mit positiven Sozialindizes (z. B. Zehlendorf, Köpenick, Steglitz, Wilmersdorf, Treptow).

Nutzung der Indikatoren und Daten für Gesundheitsziele in den Ländern Berlin, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt

Die Beschreibung und Analyse von Gesundheit und ihren Determinanten ist

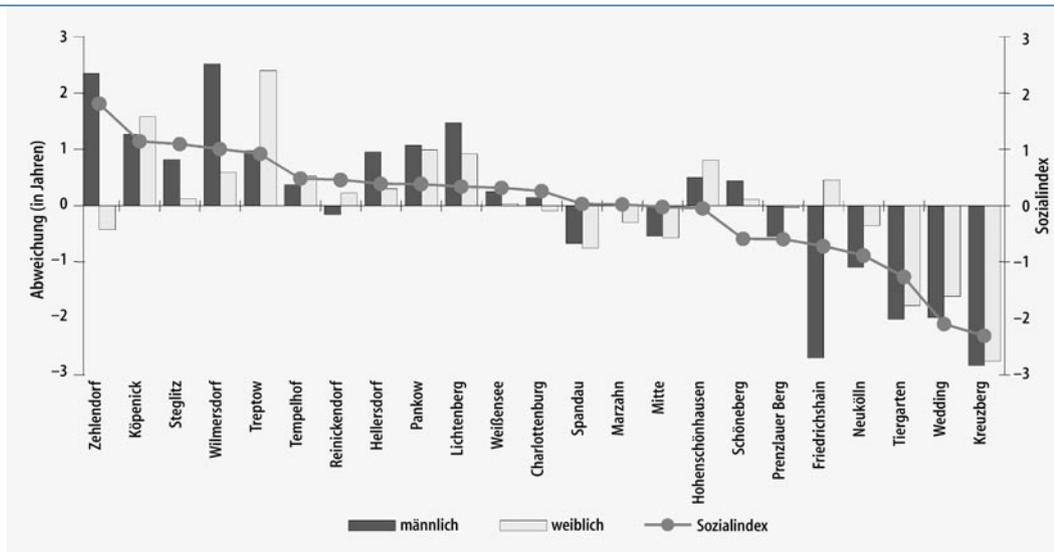


Abb.1 ◀ Zusammenhang zwischen Sozialindex und durchschnittlicher Lebenserwartung in Berlin 1998–2000 (zusammengefasst) nach Geschlecht und Bezirken – Abweichung vom Berliner Durchschnitt (in Jahren)

erst sinnvoll, wenn man sie für Verbesserungen nützt, d. h. für die Verminderung des Vorkommens und der negativen Auswirkungen von Krankheiten, für die Verbesserung der Lebensqualität und die Verlängerung des Lebens. Der neu gefasste Indikatorensatz wird für das Aufzeigen von Problemen und die Evaluation von Gesundheitszielen besser geeignet sein als die beiden Vorläufer. So werden für die verschiedenen Krankheitsgruppen (z. B. Krankheiten des Kreislaufsystems, Atmungssystem, bösartige Neubildungen) systematisch Krankenhausfälle, Arbeitsunfähigkeitsfälle, Leistungen der Rehabilitation, Rentenzugänge und Sterblichkeit nach Alter, Geschlecht und zeitlicher Entwicklung erstmals im Jahre 2004 im Basisbericht der Berliner Gesundheitsberichterstattung dargestellt. Dies erlaubt die Identifizierung von sog. Problemknoten für die Formulierung von Gesundheitszielen.

In den Bundesländern begannen die Zielentwicklungsprozesse Anfang/Mitte der 90er-Jahre. Konkrete Zielediskussionen wurden entweder bereits durchgeführt, oder es werden zurzeit prioritäre Handlungsfelder benannt bzw. gesundheitspolitische Programme initiiert. Die gewählten Organisationsstrukturen und der Umsetzungsstand sind sehr unterschiedlich. Konsequenterweise verfolgte Gesundheitszieleprozesse haben in der Regel Landesgesundheitskonferenzen zur Grundlage; sie bilden die Gesprächs- und Abstimmungsgremien, in denen die Länder integrative Sicht- und

Handlungsweisen anstreben. Der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz 1999 unterstützt die Länder in diesem Prozess durch die Forderung, die Gesundheitspolitik zukünftig zielorientierter als bisher zu betreiben und die Verabschiedung tragfähiger Gesundheitsziele durch die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Kommunen voranzutreiben.

Die Zielbereiche für Gesundheitsziele der Länder sind z. B. Krankheitsgruppen (Krebs, Herz-Kreislauf, Unfälle), Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkoholkonsum), spezifische Bevölkerungsgruppen (Behinderte, chronisch Kranke) sowie Gesundheitsversorgung (Früherkennung, Gesundheits-Check-up). Im Folgenden wird beispielhaft der Sachstand für Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Berlin beschrieben.

In Sachsen-Anhalt wurden gesundheitliche Probleme auf Basis der GBE benannt; die Problemauswahl, Priorisierung und Verabschiedung der Gesundheitsziele erfolgte auf der ersten Landesgesundheitskonferenz 1998. Die zweite Landesgesundheitskonferenz in Sachsen-Anhalt zog 2002 eine Zwischenbilanz. Der Zielerreichungsgrad wurde an den Ergebnissen der GBE gemessen. Bilanzierend wurde festgestellt, dass insbesondere Gesundheitsziele mit krankheitsbezogenem Ansatz einer Verbesserung der Datenbasis – insbesondere bei der Morbidität – bedürfen [13].

In Nordrhein-Westfalen wurden 1995 von der Landesgesundheitskonferenz im

Rahmen eines Konsensprozesses 10 Gesundheitsziele verabschiedet. Für jedes Ziel wurden nachfolgend Umsetzungskonzepte – basierend auf der Gesundheitsberichterstattung und wissenschaftlicher Hintergrundarbeit – verabschiedet: 1998 für das Ziel „Gesundheitsschäden durch Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen reduzieren“ sowie im Jahr 2000 „Krebs bekämpfen“ [14].

Die 2. Niedersächsische Gesundheitskonferenz verabschiedete im Juni 2003 Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter. Die 3 Zielbereiche lauten: Reduzierung von Kinderunfällen, Erhöhung der Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms (U8, U9, J1), insbesondere bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen, sowie Senkung des Tabakkonsums und des Einstiegsalters bei Kindern und Jugendlichen. Für diese 3 Zielbereiche wurden Ziele, Teilziele, geeignete Maßnahmen zur Umsetzung, Messgrößen und Evaluationsmöglichkeiten erarbeitet sowie die zu beteiligenden Stellen und Partner für die Umsetzung benannt. Im Jahr 2004 soll eine erste Überprüfung der Umsetzung der exemplarischen Gesundheitsziele erfolgen [15].

Auch in Berlin gab es bereits gute Ansätze zur intensiven Auseinandersetzung mit den Daten und Erkenntnissen der Gesundheitsberichterstattung und zur Bildung entsprechender Strukturen: das Projekt „Gesundheitsziele für Berlin“ [16], die Berliner Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung und Prävention,

die Koalitionsvereinbarung für die Legislaturperiode 2001–2006 zwischen SPD und PDS, strategische Ziele im Rahmen der Verwaltungsreform und die Berliner Arbeitsgemeinschaft zur Gesundheitsförderung „Gesundheit Berlin e.V.“. Eine Einigung auf konkrete Ziele nach Art, Maß und Zeit blieb in Berlin jedoch bislang aus. Das Land Berlin bleibt bei der Berichterstattung stehen. Eine Evaluation der Effektivität und Effizienz von Maßnahmen ist jedoch ohne klare Zieldefinition nicht möglich.

Fazit für die Praxis

Indikatorensätze bieten nutzerfreundliche, schnelle und direkte Zugangswege zu vergleichbaren Informationen. Im immer größer werdenden Angebot der Onlineinformationen ist ein entscheidender Faktor für die Akzeptanz und Attraktivität des Bundes- und Länderindikatorensatzes, dass die Indikatoren über das Internet einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Durch die Verknüpfung der Berichtssysteme auf den verschiedenen Ebenen (Landes-, Bundes- und internationale Ebene) unterstützt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Bemühungen der Länder, international vergleichbare Daten anzubieten. Die Transparenz im Datenangebot wird auf diese Weise maßgeblich gefördert, und die Indikatoren der Bundes-GBE werden thematisch angereichert. Steigende Nutzerzahlen signalisieren den Bedarf an entsprechenden Informationen. Die Präsenz von Länderindikatoren im IS-GBE unterstützt nicht nur die Länder bei der Erstellung von Landesgesundheitsberichten und bei den gegenseitigen Datenvergleichen, sondern fördert diese auch im internationalen Rahmen. Das IS-GBE baut damit seine Rolle im internationalen Datennetzwerk weiter aus.

Die Gesundheitsberichterstattung der Länder befindet sich im Wandel:

- Auf der Grundlage des neu gefassten Indikatorensatzes der Länder soll der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialen Aspekten stärker dargestellt werden,
- die Gesundheitsberichterstattung soll stärker in Richtung Handlungsorientierung entwickelt werden. Dies bedeutet: konsequenteres Identifizieren und Aufzeigen von problematischen Gesundheitsbereichen zur Unterstützung der Entwicklung

prioritärer Handlungsfelder und der Herausbildung von Gesundheitszielen in den Ländern,

- Weiterentwicklung des web-basierten Informationssystems der Gesundheitsberichterstattung zur schnellen und kostengünstigen Informationsbereitstellung für die Nutzer.

Mit dem neuen Indikorensatz wurde

- unter Haupteinsatz von Nordrhein-Westfalen und der Beteiligung weiterer Länder und Bundeseinrichtungen eine neue Arbeitsgrundlage für die Gesundheitsberichterstattung der Länder geschaffen, die die Realisierung der Indikatoren erleichtert, weil u. a. methodische Grundlagen zentral und gemeinsam gelöst wurden und für einige Indikatoren der Datenfluss neu organisiert wurde. Bereits weniger als ein Jahr nach der Veröffentlichung des neuen Indikorensatzes kann festgestellt werden, dass (1) die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Statistischen Landesämtern intensiviert werden konnte und (2) der Gesundheitsberichterstattung der Länder heute Indikatoren zur Verfügung stehen, die früher aufwändig recherchiert und berechnet werden mussten,
- den oberen und obersten Landesgesundheitsbehörden ein wertvolles Instrument für die Beratung der kommunalen Gesundheitsbehörden hinsichtlich ihrer Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung gestellt.

Daraus sind wichtige Synergieeffekte zu erwarten, die u. a. die stärkere Nutzung der Gesundheitsberichterstattung als informative Grundlage für die Entwicklung gesundheitspolitischer Maßnahmen fördern können.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. D. Bardehle

Landesinstitut für den
Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW,
Westerfeldstraße 35/37, 33611 Bielefeld
E-Mail: Doris.Bardehle@loegd.nrw.de

Literatur

1. AOLG (2003) Indikorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, Band 1 und 2. Dritte, neu bearbeitete Fassung. Iögd, Bielefeld
2. Statistisches Bundesamt (2004) Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Internet unter: <http://www.gbe-bund.de>

3. European Commission (Ed.) (2001) Design for a set of European community health indicators (ECHI). Final report, February 15, 2001. Verfügbar unter: <http://www.europa.eu.int/publications>
4. World Health Organisation (2004) Health for all statistical database. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2004. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int>
5. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (2004) Gesundheitsindikatoren des Landes Nordrhein-Westfalen im Internet: <http://www.loegd.nrw.de>
6. Ziese T (2000) Beginn der Routinephase – Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsblatt 43:600–604
7. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin (2003) Gesundheitsberichterstattung Berlin: Basisbericht 2002 – Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Eigenverlag, Berlin
8. Meinschmidt G (2004) Sozialstrukturatlas Berlin 2003 – Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
9. Kis A, Bömermann H, Hermann S et al. (2002) Diagnose-daten der Berliner Krankenhauspatienten 1994–1999. Spezialbericht 2002-1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
10. Meinschmidt G, Imme U, Seeger M (2003) Sozialhilfempfehlungsverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
11. Delekat D (2003) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschuluntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
12. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin (2002) Neueste Lebenserwartungsrechnungen für die Berliner Bezirke – Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage. Statistische Kurzinformation 2002-1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
13. Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2001) Die 6 Gesundheitsziele – Gesundheit für alle. Zwischenbericht zur 2. Landesgesundheitskonferenz. Eigenverlag, Magdeburg
14. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1995) Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Iögd, Bielefeld
15. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2004) Dokumentation der Gesundheitszielkonferenz für Niedersachsen 2003. Eigenverlag, Hannover
16. Bergmann KE, Baier W, Meinschmidt G (1996) Gesundheitsziele für Berlin – Wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge. De Gruyter, Berlin