



LGL

Von Daten zum Handlungsbedarf:

Aufgreifkriterien für Daten aus der kommunalen Gesundheitsbericht- erstattung

Band 5 der Schriftenreihe GBE-Praxis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir auf die gleichzeitige Verwendung geschlechtsspezifischer Schreibformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de

Druck: Kaiser Medien GmbH, Nürnberg
Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)

Stand: November 2019
Autoren: Johannes Brettner, Dr. Veronika Reisig, Dr. Joseph Kuhn

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:

Johannes Brettner
Telefon: 09131 6808-5105
E-Mail: johannes.brettner@lgl.bayern.de

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
alle Rechte vorbehalten

Die vorliegende Druckschrift wurde aus FSC-zertifizierten Materialien gefertigt –
gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier.

ISSN 1862-8044	Druckausgabe
ISSN 1862-961X	Internetausgabe
ISBN 978-3-96151-060-3	Druckausgabe
ISBN 978-3-96151-061-0	Internetausgabe

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt, die publizistische Verwertung – auch von Teilen – der Veröffentlichung wird jedoch ausdrücklich begrüßt. Bitte nehmen Sie Kontakt mit dem Herausgeber auf, der Sie wenn möglich mit digitalen Daten der Inhalte und bei der Beschaffung der Wiedergaberechte unterstützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung. Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

Von Daten zum Handlungsbedarf:

**Aufgreifkriterien für Daten
aus der kommunalen
Gesundheitsberichterstattung**

November 2019

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

viele sich wiederholende Aufgaben der Gesundheitsämter sind durch Rechtsvorschriften vorgegeben oder ergeben sich wegen aktueller Ereignisse. Die Frage, welches Thema angepackt werden sollte, stellt sich in diesen Fällen nicht. In bestimmten Themengebieten wie z.B. der Prävention haben die Gesundheitsämter jedoch Handlungsspielräume. Für die Gesundheitsregionen^{plus} gilt dies ohnehin, sie arbeiten keine eng definierten, gesetzlich vorgegebenen Aufgaben ab. Ein sinnvoller Einsatz der begrenzten Ressourcen erfordert dann in der Regel eine Bedarfsanalyse, welche Themen priorisiert bearbeitet werden sollten. Hilfreich ist, mit den Partnern vor Ort gemeinsam festzulegen, welche Fragen zuerst angegangen werden sollen. Als Grundlage für diese Entscheidungen dienen häufig Daten der Gesundheitsberichterstattung oder Angaben anderer Statistiken.



Aus den Daten allein lässt sich dieser Handlungsbedarf jedoch meist nicht unmittelbar ablesen. Um die Relevanz für Maßnahmen aus einer Adipositasrate in Höhe von 3,5 % bei Kindern im Einschulungsalter abzuleiten, ist es erforderlich, eine solche Zahl in einen größeren Zusammenhang zu stellen. Beispielsweise könnte man sie mit den Nachbarlandkreisen oder mit früheren Jahren vergleichen. Bedeutsam ist auch, ob bei diesem Thema im Landkreis geeignete Partner für Aktivitäten vorhanden sind. Ob und wann man anhand von statistischen Werten ein Thema aufgreift, kann sich also an unterschiedlichen Gesichtspunkten orientieren. Wir haben das „Aufgreifkriterien“ genannt – Anregungen dazu, die Daten auf ihre Handlungsrelevanz zu prüfen.

Die vorliegende Handlungshilfe will Ihnen an einigen ausgewählten Beispielen zeigen, wie man dabei in einer pragmatischen Weise vorgehen könnte. Dadurch soll die fundierte Entscheidung erleichtert werden, welche Themen aufgrund welcher Daten sinnvoll und erfolgsversprechend aufgegriffen werden könnten. Wir hoffen, Gesundheitsämter, Gesundheitsregionen^{plus} und auch andere Akteure damit bei einem produktiven Umgang mit Gesundheitsdaten zu unterstützen.

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Zapf', written in a cursive style.

Dr. med. Andreas Zapf

Präsident des Bayerischen Landesamtes für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
1. Einführung	6
2. Systematik der Aufgreifkriterien	12
3. Hebammenversorgung in Bayern	17
3.1 Hintergrund des Indikators – Den Indikator verstehen.....	17
3.2 Allgemeine Aufgreifkriterien zur Ableitung kommunaler Bedarfe	20
3.3 Vertiefende indikatorspezifische Analysen	28
4. Adipositasprävalenz bei Kindern.....	31
4.1 Hintergrund des Indikators – Den Indikator verstehen.....	31
4.2 Allgemeine Aufgreifkriterien zur Ableitung kommunaler Bedarfe	33
4.3 Vertiefende indikatorspezifische Analysen	39
4.4 Exkurs: Medienresonanz, Gesundheitsberichterstattung und Bestandsanalysen	41
5. Rauchverhalten in Bayern	43
5.1 Hintergrund des Indikators – Den Indikator verstehen	43
5.2 Allgemeine Aufgreifkriterien zur Ableitung kommunaler Bedarfe	44
5.3 Vertiefende indikatorspezifische Analysen	47
6. Nach dem ersten Hin- und Herwenden der Daten	51
7. Weiterführende Literatur	52

Von Daten zum Handlungsbedarf: Aufgreifkriterien für Daten aus der kommunalen Gesundheitsberichterstattung

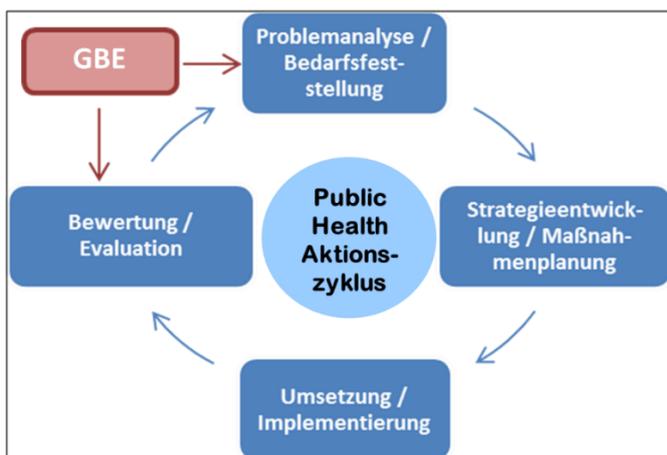
1. Einführung

Wie kommt man von Daten zu einer Entscheidung, um zu handeln? Die Daten an sich geben das nicht vor, hochaggregierte Indikatoren, wie sie z.B. im bayerischen Gesundheitsindikatorensatz und vergleichbaren Informationsangeboten geführt werden, schon gar nicht. Sie müssen für eine Bedarfsanalyse aufbereitet, hinterfragt und mit zusätzlichen Informationen angereichert werden, damit sie eine Rolle in Entscheidungsprozessen spielen können.

Daten nutzen

Als Handlungsgrundlage im Public Health Bereich wird oft der **Public Health Aktionszyklus** angeführt. Er beschreibt ein zyklisches Vorgehen beginnend mit der Problemanalyse/ Bedarfsermittlung, gefolgt von der Strategieformulierung, Umsetzung von Maßnahmen und zuletzt Monitoring/ Evaluation mit erneuter Bewertung der Situation. Datenangebote wie die Gesundheitsberichterstattung (GBE) oder die amtliche Statistik können hierbei in den Bereichen Problemanalyse/ Bedarfsermittlung und Monitoring/ Evaluation einen hilfreichen Beitrag leisten.

Abbildung 1: GBE im Zusammenhang des Public Health Aktionszyklus



Quelle: LGL, eigene Darstellung

Unterscheidung von Bedarf und Bedürfnis

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Nutzung von Routinedaten für die Bedarfsermittlung¹ und wollen eine Hilfestellung insbesondere zur Nutzung von Daten aus der bayerischen GBE oder anderen Statistiken geben.

Unter **Bedarf** versteht man die Möglichkeit, von gesundheitlichen Interventionen zu profitieren. Bedarf bezeichnet demnach die Lücke zwischen dem, was vorhanden ist, und dem, was möglich ist, unter der Maßgabe, dass effektive Maßnahmen der Versorgung, Prävention oder Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen. In Abgrenzung zum objektiv verstandenen Bedarf stehen die **Bedürfnisse** als subjektive Sichtweisen oder Anliegen der Betroffenen. Beide können in Bedarfsermittlungen zum Tragen kommen.

Arten der Bedarfsermittlung

Für die Bedarfsermittlung gibt es kein allgemeingültiges Herangehen. Grundsätzlich kann man zwei Herangehensweisen unterscheiden, eine primär epidemiologische und eine primär partizipative. In der Praxis ergänzen sie sich, d.h. sie werden häufig kombiniert in Erscheinung treten. Die Kombination von epidemiologischen und partizipativen Verfahren ist auch in der „Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung“² vorgesehen und z.T. bereits in Versorgungsanalysen erprobt.³

- **Epidemiologisch - normativ:** Als Grundlage der Bedarfsermittlung dienen Daten zum Gesundheitszustand (Morbidität und Mortalität), Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbedingungen, Daten zur Leistungserbringung im Gesundheitsbereich wie z.B. zu Mengen, Qualität oder Kosten-Effektivität. Beim Vorliegen von (semi)quantitativ formulierten Zielvorgaben (z.B. angestrebte Impfquote von 95 %), können Bedarfe anhand eines Abgleichs der Ist- mit der Soll-Situation identifiziert werden.

¹ Für die Erhebung eigener Daten sei auf die Literatur zur empirischen Sozialforschung verwiesen. Eine kurze Einführung in Fragebogenerhebungen enthält auch: LGL (2006) Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns, Handlungshilfe GBE-Praxis 3. Erlangen, <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/index.htm>.

² Starke D et al. (2017) Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen. JoHM 2(S1) Robert Koch-Institut.

³ AQUA-Institut (2015): Länderauswertung mit Geo-Darstellung. Göttingen. www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/407_Laenderauswertung/Laenderauswertung_mit_Geodarstellung_2014_01.pdf

- **Epidemiologisch - komparativ:** Bedarfe werden aus einem – datenbasierten – Vergleich mit anderen Landkreisen oder kreisfreien Städten abgeleitet. Größere Abweichungen von vergleichbaren Regionen können einen ersten Hinweis auf mögliche Bedarfe darstellen. Eine longitudinale Betrachtungsweise, also der Vergleich mit früheren Daten des jeweiligen Landkreises/ der kreisfreien Stadt, kann ebenfalls aufschlussreich sein.
- **Partizipativ:** Dieser Ansatz geht von den Wahrnehmungen und Bewertungen der Stakeholder aus. Dazu zählen je nach Fragestellung besonders betroffene oder benachteiligte Gruppen, Patienten, Leistungserbringer, die Allgemeinbevölkerung, Politiker, Presse u.v.m. Zur Ermittlung der Bedarfe können auch qualitative Methoden (Befragungen, Fokusgruppen, Runde Tische, Bürgerversammlungen, Bürgergutachten etc.) gewählt werden.⁴

In der Praxis kommt es häufig auf ganz „natürlichem Wege“ zu solchen partizipativen Verfahren, weil sich viele konkrete Bedarfslagen vor Ort ohnehin nicht in Routinedaten niederschlagen: Keine Statistik zeigt, ob ein Radweg notwendig ist oder eine Schule ein neues Dach braucht.

Beim Fehlen von quantitativen Zielvorgaben kommen partizipative Herangehensweisen verstärkt zum Tragen. Aber auch, wenn die Zahlen in eine klare Richtung zu weisen scheinen, ist eine Verständigung mit den Partnern ratsam. Schließlich müssen trotzdem Prioritäten gesetzt und Interventionen gemeinsam geplant werden.

Die vorliegende Handlungshilfe richtet sich an Akteure auf kommunaler Ebene wie z.B. Gesundheitsregionen^{plus} oder Gesundheitsämter. Sie soll dabei helfen, in pragmatischer Form von den gängigen Datenangeboten zu einer Bedarfseinschätzung zu kommen.

Als ersten Schritt einer Bedarfsermittlung wird man meist versuchen, sich einen Überblick über die Gesundheit der Bevölkerung vor Ort zu verschaffen, zum Beispiel in Form eines Gesundheitsberichts. Hierfür

⁴ Nanz P, Fritsche M (2012) Handbuch Bürgerbeteiligung. Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/Handbuch_Buergerbeteiligung.pdf; Loss J et al. (2008) Manual zur Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Erlangen, www.img.uni-bayreuth.de/de/news/Neuerscheinungen/m1_bt_080520_online.pdf

Unterstützungsangebote des LGL

kann die vom LGL zur Verfügung gestellte Berichtsschablone zur Erstellung eines kommunalen Gesundheitsberichts genutzt werden.⁵ Die **bayerische Gesundheitsberichterstattung (GBE)** liefert Daten zum Gesundheitszustand, zur gesundheitlichen und präventiven Versorgung sowie zu gesundheitlichen Einflussfaktoren, z.B. zum Gesundheitsverhalten bis hin zu sozialen und Umweltaspekten. Diese stehen über den Gesundheitsindikatorensatz, den Gesundheitsatlas, die Gesundheitsprofile sowie in verschiedenen Berichtsformaten zur Verfügung.⁶

Die Themenfelder des Indikatorensatzes

Tabelle 1: Themenfelder des Indikatorensatzes

Themenfelder	Indikatoren (Auswahl)	Räumliche Verfügbarkeit
Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems	Bevölkerung, Ausländische Bevölkerung, Lebendgeborene, Soziodemographische Daten	Landesebene, Kreisebene
Gesundheitszustand der Bevölkerung	Mortalität, Morbidität (allgemein), Krankheiten/ Krankheitsgruppen	Landesebene, Kreisebene
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	Rauchen, Alkohol, Ernährung	Landesebene, nur eingeschränkt kleinräumiger
Gesundheitsrisiken aus der Umwelt	Lärm, Arbeitsbelastungen, Lebensmittel	Landesebene, Bundesebene
Einrichtungen des Gesundheitswesens	Dialyse, Apotheken	Landesebene, Kreisebene
Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung	Arztkontakte, Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Pflegeeinrichtungen	Landesebene, Kreisebene
Beschäftigte im Gesundheitswesen	Ambulante Einrichtungen, Hebammen, ÖGD	Landesebene, Kreisebene
Ausgaben und Finanzierung	Gesundheitsausgaben, Sozialversicherung	Landesebene
Kosten	Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherung	Bundesebene

Quelle: LGL, eigene Darstellung

⁵ Die Berichtsschablone kann beim GBE-Team des LGL angefordert werden. Eine Ausfüllhilfe steht im elektronischen ÖGD-Handbuch online zur Verfügung. Siehe auch: LGL (2016) Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns, Handlungshilfe: GBE-Praxis 1. Erlangen, <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/index.htm>.

⁶ www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/index.htm; Ein Überblick über das System der Landesgesundheitsberichterstattung in Bayern ist auch in der Handlungshilfe GBE-Praxis 1 enthalten.

Tabelle 1 bietet eine Übersicht über die verschiedenen Themenfelder des Gesundheitsindikatorensatzes. Viele Daten aus der Gesundheitsberichterstattung und anderen Statistiken sind auf Landkreisebene verfügbar, was der wachsenden Bedeutung der kommunalen Ebene als Handlungsebene für die Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsversorgung Rechnung trägt. Eine Datenzusammenstellung wie in der Berichtsschablone oder einem anderen Gesundheitsbericht kann als Ausgangspunkt für eine – zunächst – epidemiologisch begründete Bedarfsfeststellung dienen.

So wie es für die Bedarfsermittlung kein allgemeingültiges Herangehen gibt, so liegt auch für die Verwendung und Interpretation von Daten kein allgemeingültiger Algorithmus vor, der auf alle Themengebiete und Fragestellungen gleichermaßen anwendbar wäre.

Es ist nicht immer ganz einfach, „die Daten zum Sprechen zu bringen“, wie die folgenden drei Beispiele zeigen:

**Daten zum
„Sprechen“
bringen**

„In meiner Stadt sind 115 Hebammen je 100.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren gemeldet. Der bayernweite Schnitt beträgt 128 Hebammen je 100.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren. Besteht bei uns ein Handlungsbedarf?“

„In meinem Landkreis liegen die Adipositasraten der Einschulungskinder bei 4,7 %, während der bayernweite Durchschnitt gerade einmal 3,2 % beträgt. Haben wir in unserem Landkreis ein Problem, um das wir uns kümmern müssen?“

„In der Altersgruppe ab 15 Jahren rauchen in Bayern 20,5 %, in unserem Regierungsbezirk 23,7 %. Was bedeutet das für meinen Landkreis?“

In manchen Bereichen des Gesundheitswesens, z.B. in der ärztlichen Versorgung, gibt es rechtlich fixierte Verfahren der Bedarfsplanung, deren Umsetzung mit ausdifferenzierten Instrumentarien und den dazu gehörigen Planungsressourcen etwa bei den kassenärztlichen Vereinigungen (für die niedergelassenen Ärzte) oder den Landesministerien (für die Krankenhäuser) erfolgt. Immer mehr kommt

man auch hier dazu, im Rahmen eines regionalen Monitorings regionale Besonderheiten zu berücksichtigen und dazu ergänzende Informationen zu erschließen.⁷

Aufgreifkriterien: Von den Daten zum Bedarf

Für viele Zwecke gibt es aber weder solche rechtlichen Vorgaben noch haben z.B. die Gesundheitsregionen^{plus} oder die Gesundheitsämter größere Planungsressourcen. Das Ziel der vorliegenden Handlungshilfe besteht daher darin, pragmatische Anregungen – „Aufgreifkriterien“ – zu vermitteln, anhand derer Gesundheitsindikatoren aus der GBE oder anderen Quellen hinterfragt und etwas besser für eine Bedarfsfeststellung interpretiert werden können. Das ist kein neues Vorgehen, sondern von erfahrenen Fachkräften seit jeher geübte Praxis. Das soll mit den „Aufgreifkriterien“ unterstützt und z.B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Gesundheitsregionen^{plus} und Gesundheitsämtern, die sich erstmals in die Thematik einarbeiten, als Hilfestellung an die Hand gegeben werden.

Viele dieser Aufgreifkriterien sind allgemein gehalten und lassen sich auf viele Indikatoren anwenden. Manche Indikatoren verlangen jedoch auch zusätzlich ein indikatorspezifisches Hinterfragen. Im Folgenden werden sowohl allgemeine sowie indikatorspezifische Aufgreifkriterien vorgestellt.

⁷ Sundmacher L et al. (2018) Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Unveröffentlichtes Gutachten für den G-BA, Berlin.

2. Systematik der Aufgreifkriterien

In dieser Handlungshilfe werden mit Blick auf Bedarfe in der Versorgung und Prävention exemplarisch je ein versorgungsrelevanter und ein präventionsrelevanter Indikator betrachtet: die Hebammenversorgung in Bayern und die Adipositasraten von Einschulungskindern. Beide Indikatoren liegen auf Kreisebene vor. Anschließend wird ein dritter Indikator behandelt, das Rauchverhalten, ein Indikator, der nicht auf Kreisebene vorliegt und dadurch eigene Anforderungen an die Entwicklung von Aufgreifkriterien für kommunale Bedarfe stellt.

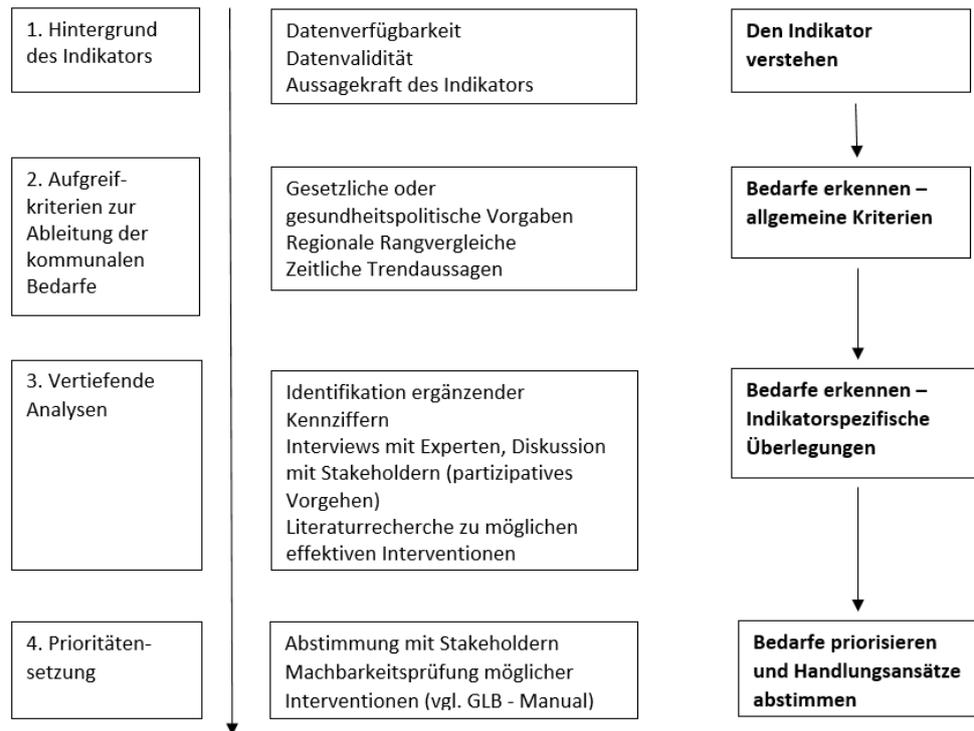
Beispielindikatoren: Hebammen, Adipositasraten und Raucherraten

Die Art und Weise, wie Fragen an die Indikatoren gestellt werden, ihre Aussagekraft geprüft wird, wie bedarfsrelevante weitere Aspekte ins Spiel gebracht werden und so Schritt für Schritt die Bedarfsfrage konkreter wird, lässt sich grundsätzlich auf alle Themen übertragen, bei denen ein solch pragmatisches Vorgehen möglich und sinnvoll ist. Je nachdem, welche Tiefe an Handlungsfähigkeit erreicht werden soll, kann natürlich für eine Bedarfsfeststellung ein weitergehendes Gutachten oder ein Forschungsprojekt notwendig werden. Auch diese Notwendigkeit wird jedoch leichter erkennbar, wenn man die Ausgangsdaten schon etwas „abgeklopft“ hat.

Die drei Beispielindikatoren stammen aus dem bayerischen Indikatorenset. In Abbildung 2 sind die einzelnen Schritte und Kriterien – allgemeine wie indikatorspezifische – zur Ermittlung eines Handlungsbedarfs ausgehend von Daten aus der GBE schematisch zusammengefasst:

Abbildung 2: Aufgreifkriterien zur Ableitung kommunaler Bedarfe

Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Bedarfsfeststellung



Quelle: LGL, eigene Darstellung, Loss J et al. 2008⁸

„Den Indikator verstehen“

Den Indikator verstehen

In einem ersten Schritt werden Hintergrundinformationen zum Indikator zusammengetragen, um ein grundlegendes Verständnis des Indikators und seines Aussagegehalts zu erlangen. Neben der Datenverfügbarkeit sind die Datenvalidität und die Aussagekraft des Indikators zu prüfen. Bei der Datenverfügbarkeit geht es darum zu prüfen, ob Daten für die erforderliche regionale Ebene (z.B. Landkreis) zur Verfügung stehen, ob sie aktuell genug sind und auch ein zeitlicher Verlauf berichtet wird. Bei der Validität handelt es sich um die Frage, ob man den Daten „trauen“ kann, d.h. sagen sie das aus, was sie auszusagen vorgeben, oder liegt eine Einschränkung der Aussagekraft vor. Bei Indikatoren aus dem Indikatorenset stellt das LGL jeweils einen ca. einseitigen Kommentar zur Verfügung, der die wichtigsten Hintergrundinformationen (Definition, Erfassungsmethode, Einschätzung zur Validität, Periodizität sowie Interpretationshinweise) enthält

⁸ Loss J et al. (2008) Manual zur Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Erlangen, www.img.uni-bayreuth.de/de/news/Neuerscheinungen/m1_bt_080520_online.pdf.

und direkt unterhalb der Datentabellen des jeweiligen Indikators im Internet abrufbar ist.

„Bedarfe erkennen – allgemeine Kriterien“

Im zweiten Schritt ist zunächst abzuklären, inwiefern gesetzliche, politische oder fachliche Vorgaben bestehen, die eine Zielvorgabe beinhalten (beispielsweise die von der WHO empfohlene Impfquote von 95 % bei der Masernimpfung). Ein Handlungsbedarf kann dabei im Abgleich mit diesen Zielen und Vorgaben ohne größeren Aufwand ersichtlich werden. Liegen keine (oder zu unspezifische) Zielvorgaben vor, können regionale Rangvergleiche und/ oder zeitliche Tendaussagen Hinweise auf Handlungsbedarfe geben. Dahinter stehen Fragen wie „Wie steht mein Landkreis aktuell im Vergleich zu den anderen Landkreisen da?“, „Wie hat sich die Lage in meinem Landkreis in den letzten Jahren entwickelt?“ und „Weicht die Entwicklung in meinem Landkreis von der in vergleichbaren Regionen ab?“.

Allgemeine Kriterien

„Bedarfe erkennen – indikatorspezifische Überlegungen“

Vielleicht ist auch nach diesen Schritten noch keine klare Bewertung möglich, ob ein Handlungsbedarf besteht. Dann kann es nötig werden, weitere Überlegungen und Analysen anzustellen. Diese können epidemiologische wie auch partizipative/ kommunikative Ansätze beinhalten, wie beispielsweise die Analyse weiterer Daten zu diesem Thema, eine Literaturrecherche oder Gespräche/ Diskussionsrunden z.B. mit Experten, Betroffenen und weiteren Beteiligten. Manchmal kann sich auch die Durchführung einer eigenen Erhebung als sinnvoll erweisen. Beispielhafte Herangehensweisen werden im Folgenden vorgestellt. Insbesondere den Gesundheitsregionen^{plus} und Gesundheitsämtern bietet sich durch ihre Einbettung in die kommunalen Strukturen und Prozesse eine gute Infrastruktur für die partizipative Bedarfsermittlung.

Indikator- spezifische Kriterien

Priorisierung der Bedarfe

„Bedarfe priorisieren und Handlungsansätze abstimmen“

Wichtig für die abschließende Feststellung eines Handlungsbedarfs ist auch die Ermittlung von Handlungsmöglichkeiten, d.h. es geht um Fragen wie die, ob es – idealerweise evidenzbasierte – Ansätze gibt, die Abhilfe schaffen können, ob Partner vor Ort für ein gemeinsames Handeln vorhanden sind, ob die verfügbaren Mittel reichen oder die angedachten Interventionen in der Bevölkerung akzeptiert werden. Hier kann eine Recherche zu wirksamen Ansätzen hilfreich sein und evtl. auch eine Einschätzung zu den dafür nötigen Ressourcen (Zeit, Geld, Personal). Spätestens an dieser Stelle wird ein Austausch mit anderen Akteuren notwendig sein.⁹

Oftmals können nicht alle Bedarfe (zeit)gleich angegangen werden und eine Priorisierung der Bedarfe ist erforderlich. Bei der Diskussion ist die Einbeziehung der relevanten Stakeholder, ggf. auch der Bürger und der Betroffenen, d.h. der Zielgruppe möglicher Aktivitäten, wichtig. Da dieser Prozess über die hier vorgestellten Aufgreifkriterien hinausgeht, sei an dieser Stelle lediglich auf das schon erwähnte Manual zur „Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung - eine Schritt für Schritt Anleitung für Gesundheitsförderer“¹⁰ verwiesen. Das Manual beschreibt den Weg von der Bedarfsermittlung über die Prioritätensetzung, Festlegung von Zielen, der Zielgruppe und Maßnahmen bis zur Implementierung und Evaluation von Interventionen. Auch was die Beurteilung der Qualität von Maßnahmen angeht, sei auf die Literatur verwiesen.¹¹

⁹ Vgl. dazu z.B. auch den Ansatz des „Strukturierten Dialogs“, den das AQUA-Institut im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses entwickelt hat: AQUA-Institut (2014) Bericht zum Strukturierten Dialog 2013. Göttingen. www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/395_Strukturierter_Dialog/Strukturierter_Dialog_Abschlussbericht_2013.pdf

¹⁰ Loss J et al. (2008) Manual zur Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Erlangen, www.img.uni-bayreuth.de/de/news/Neuerscheinungen/m1_bt_080520_online.pdf.

¹¹ Rund um das Thema Qualitätssicherung in der Versorgung gibt es umfangreiche Literatur, teilweise mit jährlichen Reihen wie z.B. den vom Wissenschaftlichen Institut der AOK herausgegebenen „Qualitätsmonitor“, zuletzt Dormann F et al. (2019) Qualitätsmonitor 2019. Berlin. Auch für die Prävention und Gesundheitsförderung stehen inzwischen zahlreiche Hilfen zur Verfügung, siehe z.B. Kolip P (2019) Praxishandbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim/Basel. Übersichtsarbeiten zur Evidenz präventiver und gesundheitsförderlicher Ansätze sind auch auf den Internetseiten des GKV-Bündnis für Gesundheit zu finden unter <https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/publikationen-uebersicht>.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass politisches Agenda-Setting von vielen Faktoren beeinflusst wird. Ein bekanntes politikwissenschaftliches Modell verlangt hierfür das gleichzeitige Nebeneinander von Problembewusstsein, politischer Aufmerksamkeit und Lösungsoptionen.¹² In jedem Fall ist kommunikatives Geschick, häufig gegenüber multiplen Ansprechpartnern, sehr hilfreich. Politiker brauchen politische Gründe, um auf Daten zu reagieren. Die nachfolgenden Beispiele sind exemplarisch zu verstehen. Die einzelnen Schritte können auch auf andere Themen übertragen werden.

¹² Kingdon JW (1984) *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston.

3. Hebammenversorgung in Bayern

3.1 Hintergrund des Indikators – Den Indikator verstehen

Zur Hebammenversorgung in Bayern sind im bayerischen Indikatorenset derzeit zwei Indikatoren verfügbar:¹³

Indikatoren zur Beschreibung der Hebammenversorgung

- 8.22 „Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten und stationären Einrichtungen, Bayern im Zeitvergleich“
- 8.22 A „Selbstständig tätige Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten Einrichtungen, Bayern, im Regionalvergleich“

Tabelle 3.1: Entwicklung der Hebammenzahlen im Zeitverlauf, Bayern¹⁴

Indikator 8.22 Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten und stationären Einrichtungen, Bayern im Zeitvergleich				
Jahr	selbstständig tätig		im Krankenhaus fest angestellt	
	Anzahl	je 100.000 Frauen 15 - 44 Jahren	Anzahl	je 1.000 Entbindungen
2003	1.705	67,1	683	6,23
2004	1.766	69,7	627	5,84
2005	1.920	76,1	619	5,93
2006	2.005	80,0	606	5,96
2007	2.172	87,3	595	5,73
2008	2.279	92,6	595	5,75
2009	2.342	96,6	625	6,22
2010	2.403	100,4	643	6,31
2011	2.437	103,9	653	6,48
2012	2.634	113,1	664	6,36
2013	2.849	122,9	687	6,47
2014	2.921	126,4	707	6,40
2015	2.872	124,4	719	6,26
2016	2.960	128,0	731	6,05
2017	2.980	128,9	675	5,52

Datenquelle: Indikatorenset LGL

¹³ Der Indikatorenset ist online unter www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm.

¹⁴ Ab 2015: Bezugsbevölkerung ist die Stichtagsbevölkerung zum 31.12. des Jahres (davor durchschnittliche Bevölkerung des Jahres).

Die obige Tabelle aus dem Indikatorenset zeigt die Entwicklung der Hebammenzahlen in Bayern seit 2003. Sie stellt die selbstständigen Hebammen und jene mit einer Festanstellung im Krankenhaus gegenüber und weist neben der jeweiligen Anzahl der Hebammen auch den Anteil der Hebammen pro 100.000 Frauen im gebärfähigen Alter bzw. je 1.000 Entbindungen aus.

Es fällt auf, dass sich im zeitlichen Trend sowohl die absolute Anzahl selbstständig tätiger Hebammen als auch der Hebammenanteil je 100.000 Frauen im gebärfähigen Alter deutlich erhöhten. Zwischen 2003 und 2017 stieg die Zahl der selbstständig tätigen Hebammen um rund 75 % an, während bei den Hebammen je 100.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren ein Anstieg um gut 90 % zu verzeichnen war. Die Anzahl fest angestellter Hebammen hat sich in der Zeit von 2003 bis 2017 kaum verändert, der Anteil je 1.000 Entbindungen ging zuletzt etwas zurück. Eine verlässliche Aussage über die Hebammenversorgung in Bayern ist anhand dieser Informationen jedoch nicht möglich, wie die nachfolgenden Abschnitte zeigen.

Zunächst sollen, wie oben beschrieben, die **Datenverfügbarkeit**, die **Datenqualität (Validität)** sowie die **inhaltliche Bedeutung** des Indikators geprüft werden. Die beiden Indikatoren zur Hebammenversorgung umfassen sowohl den bayernweiten Trendverlauf als auch Regionaldaten, sodass einzelne Landkreise und kreisfreie Städte mit dem bayerischen Durchschnitt und untereinander verglichen werden können.

Der online abrufbare Indikatorkommentar¹⁵ stellt ein wichtiges Hilfsmittel zum Verständnis des Indikators dar. Die Daten bezüglich der stationären Hebammen stammen aus der Krankenhausstatistik, die Zahl der selbstständig bzw. freiberuflich tätigen Hebammen in Bayern wird dem LGL jährlich von den Gesundheitsämtern gemeldet. Erfasst werden durch die Gesundheitsämter sowohl die selbstständig ambulant tätigen Hebammen, die in Bayern niedergelassen sind, als auch die Hebammen, die nicht festangestellt in bayerischen Krankenhäusern arbeiten (Beleghebammen). In Bezug auf „Ausreißer“ (ungewöhnlich hohe oder niedrige Werte) oder anderweitig unplausible Werte führt das LGL als Datenhalter eine Validitätsprüfung durch.

**Ein erster
Überblick**

**Verständnis des
Indikators mit-
hilfe des Indi-
katorkommen-
tars des LGL**

**Datenqualität
und Verfüg-
barkeit prüfen**

¹⁵ www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/themenfeld08/indikator0822.htm

Während bei den Daten der Krankenhausstatistik eine gute Datenvalidität vorausgesetzt werden kann, ist die Erfassungsqualität der selbständigen Hebammen mit einer gewissen Unsicherheit behaftet, die beispielsweise durch versäumte Abmeldungen oder Doppelmeldungen in unterschiedlichen Landkreisen entsteht. Daher ist davon auszugehen, dass die von den Gesundheitsämtern übermittelten Daten etwas überhöht sind. Auch die aus der Vertragspartnerliste der GKV gewonnenen Daten weisen darauf hin.¹⁶ Eine weitere Einschränkung des Indikators liegt darin, dass für die Gesamtzahl der Hebammen in Bayern die selbständig tätigen und im Krankenhaus fest angestellten Hebammen nicht addiert werden sollten. Einer Studie im Auftrag des bayerischen Gesundheitsministeriums zufolge sind etwa 13 % der Hebammen sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig und werden daher im Indikator doppelt erfasst.¹⁷

Inhaltliche Besonderheiten berücksichtigen

Hebammen können bei der Geburtsvorbereitung, der Geburtshilfe und in der Nachsorge sowie außerhalb der SGB V-Finanzierung im Rahmen der „Frühen Hilfen“ zum Einsatz kommen. Auf die Tätigkeit der Hebammen lässt der Indikator keine Rückschlüsse zu. Dementsprechend ist anhand der berichteten Zahlen unklar, inwieweit besonders relevante Versorgungsaspekte wie z.B. die Geburtshilfe oder die Wochenbettbetreuung abgebildet werden. Darüber hinaus werden die unterschiedlichen Arbeitszeitmodelle der Hebammen nicht erfasst. Es wird nicht ersichtlich, wie viele Hebammen in Vollzeit arbeiten. In dem Maße, in dem in den letzten Jahren die Zahl der Hebammen in Teilzeit zugenommen hat, repräsentiert der Anstieg der Hebammenzahlen nicht zwangsläufig auch ein besseres Versorgungsangebot.¹⁸ Auch der Nenner „Hebammen pro 100.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren“ muss kritisch hinterfragt werden, da er noch keine exakten Rückschlüsse auf die durchschnittliche Anzahl

¹⁶ Freiberufliche Hebammen, die ihre Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen möchten, müssen dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V – entweder über die Hebammenverbände oder individuell – beitreten. Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) erstellt auf dieser Grundlage eine „Vertragspartnerliste“. Im Mai 2016 waren 2.681 freiberufliche Hebammen bei der Vertragspartnerliste gemeldet, während die Gesundheitsämter für das Jahr 2016 2.960 freiberufliche Hebammen meldeten. Seit März 2019 sind gewisse Daten der Vertragspartnerliste über den GKV-Spitzenverband publikationspflichtig.

¹⁷ Sander M et al. (2018) Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. IGES. Berlin. www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_vollfassung.pdf.

¹⁸ Dieser bedeutsame Effekt ist auch im Bereich der ärztlichen Versorgung zu finden, er kann dort aufgrund der besseren Datenlage aber gut quantifiziert werden.

an Hebammen pro Geburt zulässt. So ist z.B. die Altersstruktur der Frauen von Bedeutung, wenn man davon ausgeht, dass 15-Jährige seltener Kinder bekommen als 30-Jährige. Daher stellt die Geburtenanzahl eine bessere Bezugsgröße dar. Ein weiterer Nachteil bei der bayernweiten Darstellung der Hebammenzahl ist die Vernachlässigung regionaler Aspekte. Zur Identifikation lokaler Bedarfe und Gegebenheiten können Regionalvergleiche auf Kreisebene, z.B. Rangreihen, hilfreich sein. Für regionale Bedarfsanalysen sollten immer auch die regional verfügbaren Daten verwendet werden, falls diese zur Verfügung stehen.

Für die Bedarfsermittlung wäre auch noch eine andere Perspektive relevant, die der Frauen. Möglicherweise sind die Präferenzen der Schwangeren, was die Hebammenbetreuung angeht, regional unterschiedlich. Vielleicht wünschen Frauen in Großstädten häufiger eine 1:1-Betreuung durch eine Hebamme, während im ländlichen Raum vielleicht andere Aspekte wichtiger sind.

Die Zahl der Hebammen ist also in vieler Hinsicht erst in einen aussagekräftigen Kontext zu bringen, bevor man daraus Rückschlüsse für die Bedarfsermittlung ziehen kann.

3.2 Allgemeine Aufgreifkriterien zur Ableitung kommunaler Bedarfe

Im Folgenden sollen, wiederum am Beispiel der Hebammen, einige allgemeine Punkte zum Umgang mit Daten im Regionalvergleich angesprochen werden.

Der im Indikatorensetz enthaltene Indikator 8.22A „Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten Einrichtungen, Bayern im Regionalvergleich“ erlaubt den Vergleich der bayerischen Regierungsbezirke, Landkreise und kreisfreien Städte für ambulant tätige Hebammen. Bei diesem Betrachtungsansatz fehlen die Informationen über die stationär tätigen Hebammen, die im Indikator lediglich auf bayernweiter Ebene ausgewiesen werden. Kleinräumige Daten zu den in den Krankenhäusern angestellten Hebammen müssten beim Statistischen Landesamt angefragt werden.

**(Gesundheits)
Politische oder
gesetzliche
Vorgaben**

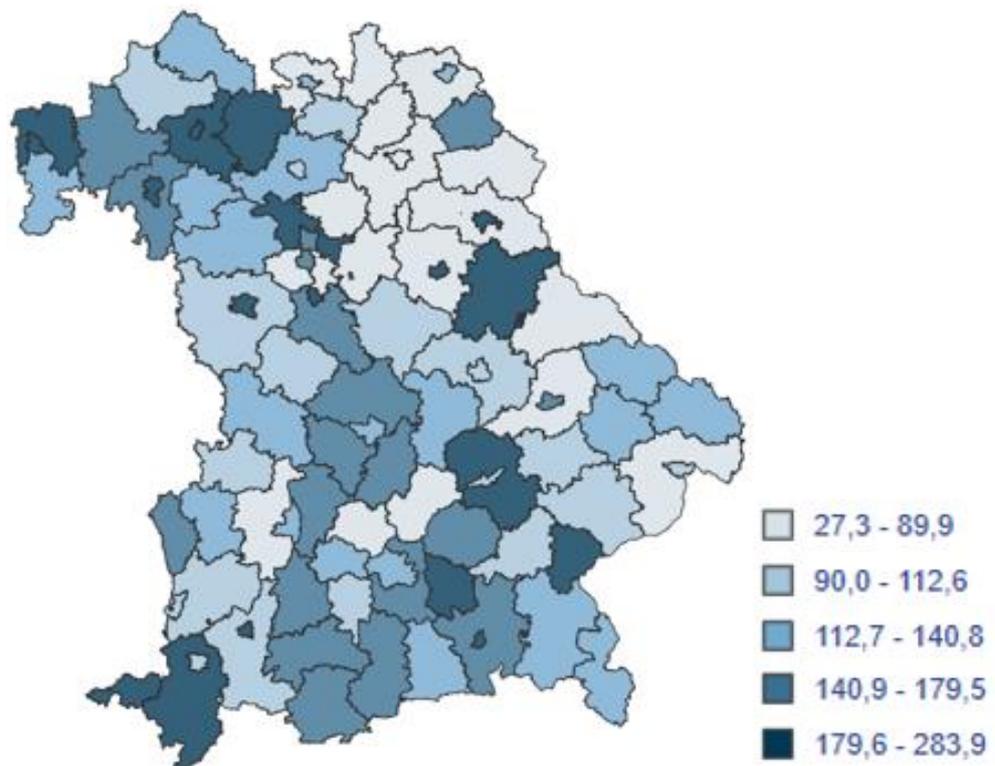
Zwar muss in Deutschland bei jeder Geburt eine Hebamme anwesend sein, aber für die Hebammenversorgung gibt es keine formelle Bedarfsplanung, aus der sich eine Über- oder Unterversorgung und damit ein Bedarf ableiten ließe. Allerdings sind die bayerischen Landkreise gemäß der Landkreisordnung verpflichtet, die Hebammenhilfe für die Bevölkerung sicherzustellen.¹⁹

**Regionaler
Ratenvergleich**

Daher stellt der **Ratenvergleich auf Regionalebene**, d.h. der Vergleich des eigenen Landkreises mit anderen in Bayern, trotz der Beschränkung auf ambulant tätige Hebammen ein potentielles Aufgreifkriterium dar, an das sich die oben bereits erwähnten Überlegungen anschließen müssen. Dazu können zum Beispiel der Mittelwert oder der Median berechnet, Quartile, Minimalwert und Maximalwert angegeben und die Position des eigenen Landkreises innerhalb der Verteilung betrachtet werden.

Abbildung 3.2.a: Anzahl der selbstständig tätigen Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten Einrichtungen in Bayern je 100.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren, 2017

**Visualisierung
durch den
bayerischen
Gesundheits-
atlas auf regio-
naler Ebene**



Datenquelle: Gesundheitsatlas LGL

¹⁹ Siehe dazu Art. 51 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Landkreisordnung für den Freistaat Bayern.

Der bayerische Gesundheitsatlas

Der Gesundheitsatlas Bayern stellt Regionaldaten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Bayern in interaktiven Karten bereit. Damit werden geografische Verteilungsmuster von Sterblichkeit, Krankheiten, Risikofaktoren und Versorgungskennziffern anschaulicher dargestellt. Die Daten selbst sind auch im bayerischen Gesundheitsindikatorensetz verfügbar. Die Rate der Hebammen pro 100.000 Frauen im gebärfähigen Alter ist ebenfalls im Gesundheitsatlas enthalten (vgl. Abbildung 3.2.a). Der bayerische Gesundheitsatlas ist online unter folgender Internetadresse abrufbar:

www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsatlas/ia_report/atlas.html

Ein Blick auf den regionalen Rangvergleich verrät Folgendes: Mit 115 selbstständig tätigen Hebammen je 100.000 Frauen liegt die kreisfreie Stadt München im Jahr 2017 auf dem 42. Rang, das heißt, dass 41 Landkreise eine niedrigere und 54 Landkreise eine höhere Hebammendichte aufweisen. Auf den ersten Blick ein Mittelfeldplatz und deshalb nicht weiter besorgniserregend. Die bayernweit niedrigste Hebammendichte hat der Landkreis Kulmbach mit 27,3 Hebammen je 100.000 Frauen, die höchste Hebammendichte weist die kreisfreie Stadt Rosenheim mit 283,9 Hebammen je 100.000 Frauen auf. Dabei sind auch einige Limitationen von kleinräumigen Daten zu berücksichtigen:

a) Grundsätzlich gilt, dass man es bei kleinräumigen Vergleichen oft mit **kleinen absoluten Zahlen** zu tun hat. So stieg zwischen 2016 und 2017 im Landkreis Tirschenreuth in der Oberpfalz die Zahl der selbstständig tätigen Hebammen von 25,9 auf 43,2 je 100.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren. In absoluten Zahlen stieg sie von 3 auf 5. In Kombination mit den oben aufgeführten Unwägbarkeiten bei der Datenvalidität gibt das nur eingeschränkt Aufschluss darüber, ob sich die Versorgung tatsächlich verbessert hat. Insbesondere darf man sich in solchen Fällen nicht nur prozentuale Veränderungen ansehen, die gerade bei kleinen absoluten Zahlen beeindruckend ausfallen können.

Probleme bei kleinen absoluten Zahlen

Gleitende Durchschnitte

Darüber hinaus können sich **Zufallsschwankungen und Ausreißer über die Jahre** bei kleinen Zahlen verstärkt bemerkbar machen. Hier kann die Aggregation mehrerer Jahre helfen, einen Trend verlässlicher zu erkennen. Dazu bildet man sogenannte „gleitende Durchschnitte“ für Drei- oder Fünfjahresperioden wie z.B. für 2010-2012, 2013-2015, 2016-2018 etc.

Beim Vergleich von Raten wie z.B. der Hebammenanzahl je 100.000 Frauen auf der Grundlage kleiner Fallzahlen kann es zudem sinnvoll sein, **Konfidenzintervalle** zu berechnen, um die statistische Signifikanz von Unterschieden zu prüfen. Eine Hilfestellung hierzu findet sich in der LGL GBE-Praxis Handlungshilfe 2 (Signifikanzprüfung).²⁰ Allerdings reicht in vielen Fällen auch der gesunde Menschenverstand aus, denn vor der statistischen Signifikanz kommt die inhaltliche Relevanz. Wenn Unterschiede von der Sache her nicht bedeutsam sind, ist es unerheblich, ob sie statistisch signifikant sind.

Den Rang der Landkreise und kreisfreien Städte richtig einordnen

b) Speziell mit Blick auf Rangfolgen sollte man zudem bedenken, dass manchmal **Unterschiede bei den einzelnen Rängen** durch kleine und für die Versorgung möglicherweise gar nicht bedeutsame Unterschiede bei den absoluten Kopfzahlen bedingt sein können.

c) Auch gilt es, die Landkreise bzw. kreisfreien Städte, **die für den Vergleich herangezogen werden**, mit Blick auf das Vergleichsziel reflektiert auszuwählen (z.B. regionale Nähe, ähnliche Größe, ähnliche Siedlungsstruktur oder auch kontrastiv – Auswahl eines anders strukturierten Kreises). Bei vielen Indikatoren liegen regionale Unterschiede vor, die mit solchen Merkmalen zusammenhängen, so dass sich daraus wichtige Hinweise für das Verständnis der Situation im eigenen Kreis ergeben können.

Wahl der pas- senden Ver- gleichsland- kreise

d) Eine weitere Einschränkung der Aussagekraft eines Vergleichs innerhalb Bayerns liegt darin, dass **bayernweit bestehende Probleme** der Hebammenversorgung darin nicht zum Ausdruck kommen. Wenn das Versorgungsniveau in Bayern insgesamt eingeschränkt ist, ist im Vergleich der Landkreise auch ein durchschnittlicher Wert wenig erstrebenswert. Im Umkehrschluss wäre bei einer bayernweit guten Hebammenversorgung auch ein Platz im hinteren Quartil nicht unbedingt besorgniserregend.

²⁰ LGL (2014) Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Begriffe, Methoden, Beispiele. Handlungshilfe. GBE-Praxis, Band 2. Erlangen: 28-30.

e) Des Weiteren sind geografische Vergleiche vor allem dann problematisch, wenn die einzelnen Beobachtungseinheiten nicht klar voneinander abgrenzbar sind. Die Hebammen sind nicht an Landkreisgrenzen gebunden, sondern können in verschiedenen Landkreisen arbeiten. Erfasst wird jedoch nur ihr Wohnsitz. Das bedeutet, dass Landkreise oder kreisfreie Städte mit hoher Hebammendichte eine **Mitversorgerfunktion** von anderen, umliegenden Landkreisen übernehmen könnten. Daher muss eine niedrige Hebammendichte nicht auf eine Unterversorgung, eine hohe Hebammendichte nicht auf eine gute Versorgung hindeuten. Hier kann es hilfreich sein, den Landkreis im Zusammenhang mit seiner Umgebung zu betrachten: Der Landkreis Tirschenreuth zum Beispiel belegte im Jahr 2017 mit einer Hebammendichte von 43,2 selbstständig tätigen Hebammen je 100.000 Frauen bayernweit den drittletzten Rang. Ein Blick auf die Nachbarlandkreise zeigt Folgendes:

**Mitversorger-
effekte berücksichtigen**

Tabelle 3.2: Vergleichsregionen des Landkreises Tirschenreuth

	Anzahl der selbstständig tätigen Hebammen in ambulanten Einrichtungen	Hebammen pro 100.000 Frauen im Alter von 15-44 Jahren
Tirschenreuth (Lkr)	5	43,2
Neustadt a.d. Waldnaab (Lkr)	8	50,7
Bayreuth (Lkr)	10	60,4
Bayreuth (Krrf. St.)	11	74,6
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lkr)	16	151,7
Weiden i.d. Oberpfalz (Krrf. St.)	15	203,0

Datenquelle: Indikatorenset LGL

Es wäre zu prüfen, ob die benachbarten Regionen Wunsiedel und Weiden Tirschenreuth mitversorgen. Fasst man die Landkreise und kreisfreien Städte aus Tabelle 3.2 zusammen, so beträgt der Hebammenanteil pro 100.000 Frauen im Alter von 15-44 Jahren etwa 85. Dies ist allerdings noch immer deutlich unter dem bayerischen Durchschnitt, der einen Hebammenanteil von 129 aufweist und stellt einen Hinweis auf einen in der Gesamtregion möglicherweise tatsächlich bestehenden Bedarf dar.

Solche Überlegungen können in verschiedener Hinsicht weitergeführt werden, Hinweise dazu gibt u.a. auch die schon erwähnte „Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung“.

Zusammenfassung Regionalvergleiche Hebammendichte:

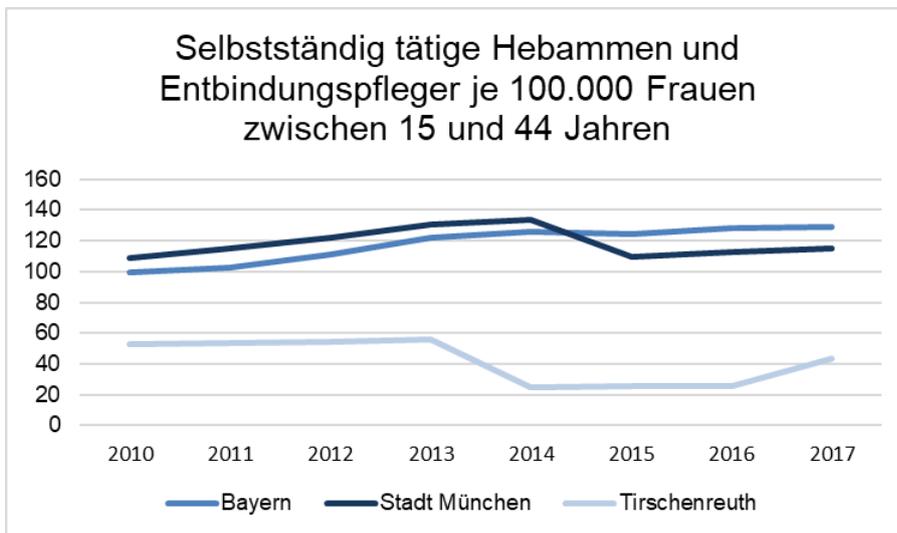
Regionalvergleiche ermöglichen die Feststellung eines relativen Bedarfs im Abgleich zu anderen – möglichst vergleichbaren – Regionen. Zu berücksichtigen ist dabei:

- Bei kleinen zugrundeliegenden absoluten Zahlen: Vorsicht mit Prozentangaben, evtl. mit gleitenden Durchschnitten arbeiten, ggf. Signifikanzprüfung von Unterschieden zwischen Regionen (Konfidenzintervalle) vornehmen
- Bei geringen Unterschieden zwischen den einzelnen Rängen den Rangplatz nicht überbewerten
- Landkreise bzw. kreisfreien Städte, die für den Vergleich herangezogen werden, mit Bedacht auszuwählen
- Vergleiche lassen keine Aussagen über das absolute Bedarfsniveau zu
- Bei Versorgungsthemen ggf. Mitversorgereffekte beachten

Zeitliche Trendaussagen

Zeitliche Trendaussagen, wie sie eingangs beim Indikator 8.22 vorgenommen wurden, können auch auf der regionalen Ebene helfen, bestimmte Entwicklungen zu erkennen und Handlungsbedarfe zu identifizieren. Hierbei ist eine grafische oder tabellarische Visualisierung empfehlenswert. Abbildung 3.2.b zeigt die Entwicklung der selbstständig tätigen Hebammen je 100.000 Frauen in Bayern, im Landkreis Tirschenreuth und in der Stadt München. Bayernweit nimmt die Hebammendichte zwar stetig zu, auffällig ist jedoch der deutliche Rückgang der Hebammendichte im Landkreis Tirschenreuth zwischen 2013 und 2014 sowie in München zwischen 2014 und 2015.

Abbildung 3.2.b: Anzahl der selbstständig tätigen Hebammen und Entbindungspfleger im Zeitverlauf



Datenquelle: Indikatorenset LGL

Hier wäre z.B. zu klären, ob sich darin ein echter Rückgang der Hebammenzahl oder eine Bereinigung der Datenbasis widerspiegelt. Dessen ungeachtet ist auffällig, dass in Tirschenreuth die Zahl der Hebammen beständig unter dem bayernweiten Durchschnitt liegt. Bei Trendanalysen sollte zudem Folgendes berücksichtigt werden:

a) **Vorsicht bei der linearen Weiterführung zeitlicher Trendlinien.** Die zukünftige Entwicklung kann nicht zwangsläufig daraus abgeleitet werden.²¹

b) Es gilt sicherzustellen, dass die **Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Einzeljahren** gewahrt bleibt. Beim Indikator 8.22 beispielsweise blieb die Erhebungsmethode der Hebammen in ambulanten und stationären Einrichtungen seit 2003 gleich, aber die zugrunde gelegte Bevölkerung wird ab 2015 anders gebildet. Bis zum Jahr 2014 wurde die durchschnittliche Bevölkerung verwendet, ab 2015 die Stichtagsbevölkerung zum 31.12. des Jahres. Auch wenn dadurch keine großen Unterschiede zu erwarten sind und die absolute Anzahl der selbständigen und stationären Hebammen von der geänderten Bevölkerungsberechnung nicht tangiert wird, müssen geänderte Erhebungs- oder Berechnungsmethoden bei der Analyse berücksichtigt werden. Bei Daten aus dem bayerischen Indikatorenset

Auf Datenvergleichbarkeit achten

²¹ Für Informationen zur Verwendung von Trendlinien in Excel-Grafiken siehe: LGL (2008) Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung. Handlungshilfe. GBE-Praxis, Band 4. Erlangen: 24-27.

sind Änderungen der Berechnungs- oder Erhebungsmethode auch im Indikatorkommentar aufgeführt. Bei dem in der Grafik angezeigten Trend für München kann die geänderte Bevölkerungsbasis aber nicht als Erklärung für den Rückgang der Hebammendichte in München dienen: Die absolute Zahl der gemeldeten Hebammen in München war zwischen 2014 und 2015 von 417 auf 352 gesunken.

Wahl der passenden Zeitintervalle

c) Bei zeitlichen Trendaussagen ist auch die Wahl der Zeitintervalle wichtig. In obiger Grafik wurden die vergangenen acht Jahre gewählt, ebenso gut hätte man einen anderen Zeitraum (oft jedoch zwischen fünf und zehn Jahren) wählen können. Wie weit man in der Zeit zurückgeht, hängt einerseits von der Datenverfügbarkeit (seit wann liegen Daten, bei denen eine vergleichbare Erhebungsmethode gewählt wurde, vor?) und andererseits von etwaigen Besonderheiten des gewählten Indikators ab. Sind beispielsweise im zeitlichen Verlauf Schwankungen aufgetreten, lohnt es sich meistens, diese zu berichten und zu interpretieren. Hätte man beim Hebammenindikator den Berichtszeitraum für die Stadt München beispielsweise zu gering gewählt (nur die letzten drei Jahre), wäre der deutliche Rückgang zwischen 2014 und 2015 nicht sichtbar. Liegen die Schwankungen bereits weit zurück und sind hinlänglich untersucht (beispielsweise die Zunahme der Adipositasraten von Kindern Anfang der 2000er Jahre), gibt es keinen neuen Erkenntnisgewinn in Bezug auf zukünftige Bedarfe.²²

Zusammenfassung zeitliche Trendanalysen Hebammendichte auf regionaler Ebene:

Die Betrachtung zeitlicher Trends – in der Region für sich oder auch im Regionalvergleich – kann Hinweise auf mögliche Bedarfe bzw. die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen geben. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen:

- Vorsicht bei der Weiterführung zeitlicher Trendlinien in die Zukunft
- Vergleichbarkeit der Datengrundlage über die Jahre hinweg beachten
- Passendes Zeitintervall für die Betrachtung wählen

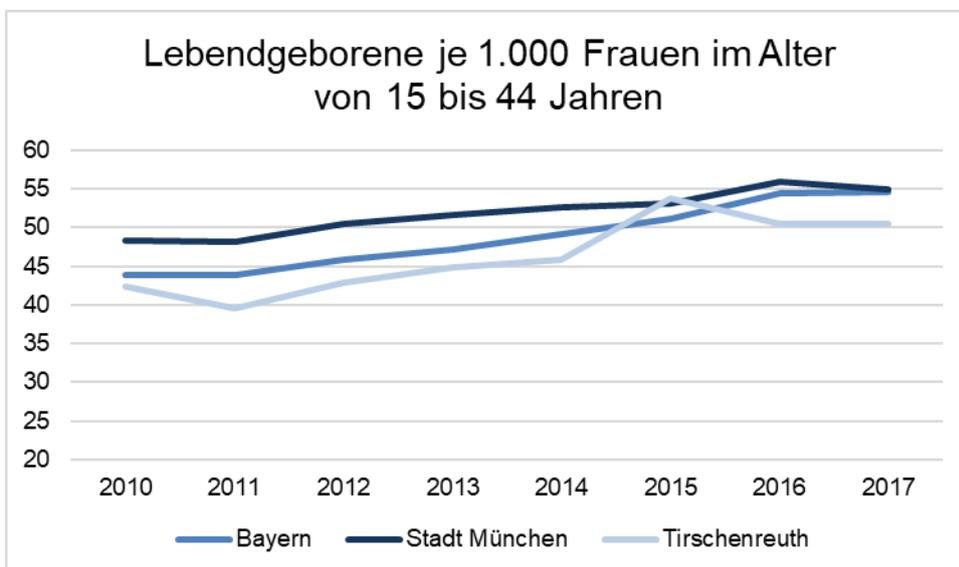
²² Weitere Erläuterungen zur Wahl des passenden Zeitraums bei Trendanalysen in: LGL (2008) Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung. Handlungshilfe. GBE-Praxis, Band 4. Erlangen: 27-29.

3.3 Vertiefende indikatorspezifische Analysen

Wichtige weitere statistische Daten wären beispielsweise die Altersstruktur der Hebammen (zur Abklärung, wie viele in den kommenden Jahren in den Ruhestand eintreten), ihre tatsächlich geleistete Arbeitszeit, die erwarteten Zugänge aus den Hebammenfachschulen usw. Von besonderer Bedeutung ist die **Abschätzung der zukünftigen Geburtenentwicklung**. Hier bieten sich Daten aus der Bevölkerungs- und Geburtenstatistik an. In Abbildung 3.3 sind die Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren dargestellt:²³

Ergänzende Kennziffern

Abbildung 3.3: Lebendgeborene je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren in Bayern, dem Landkreis Tirschenreuth und der kreisfreien Stadt München, 2010 bis 2017



Datenquelle: Indikatorenset LGL

Erkennbar ist sowohl in der Stadt München als auch in Bayern ein stetiger Anstieg in den letzten Jahren. Da während der vergangenen Jahre die Geburtenrate in der Stadt München über dem bayernweiten Durchschnitt lag, ist die vergleichsweise niedrige Hebammen-dichte von besonderer Bedeutung. Der Trend der Geburtenentwicklung stellt darüber hinaus einen Hinweis auf einen vermutlich wachsenden Bedarf nach Hebammenleistungen dar.

²³ Indikator 02.10 A Lebendgeborene, Bayern im Regionalvergleich im bayerischen Indikatorenset unter <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/themenfeld02/indikator0210a.htm>.

Weitere Faktoren, die den Bedarf nach Hebammenleistungen beeinflussen, hängen von der **Nachfrageseite** ab, darunter beispielsweise die Anzahl der Erstgebärenden, die Kaiserschnitttrate und die Wünsche/ Bedürfnisse der Mütter, darunter auch der Mütter aus vulnerablen Gruppen. Auch Kenntnisse über etwaige Zugangsbarrieren, z.B. für nicht deutschsprachige Mütter, ermöglichen eine bessere Beurteilung des Bedarfs. Aber auch auf der **Angebotsseite** bestehen Faktoren wie beispielsweise Arbeitsbelastung, Stress, Verdienstmöglichkeiten und Flexibilität, die das zukünftige Angebot von Hebammenleistungen beeinflussen können und für die keine Routinedaten verfügbar sind.

Partizipatives Herangehen

Auf der Landesebene bietet es sich an, solche vertiefenden Informationen über wissenschaftliche Studien zu erheben. Auf der regionalen Ebene wird dagegen eher ein **partizipativer Ansatz** zielführend sein, zum Beispiel ein runder Tisch oder eine leitfadengestützte Befragung von Müttern, Hebammen und Geburtskliniken. So lässt sich ein einigermaßen belastbarer Eindruck vom Ist-Zustand der Hebammenversorgung und den Bedürfnissen vor Ort gewinnen, um daran anknüpfend zu entscheiden, ob ein kommunaler Handlungsbedarf besteht und was konkret die anzugehenden Probleme sind. Da ein partizipatives Herangehen je nach Umfang der Befragungen ein aufwändiger Prozess sein kann, der aufgrund begrenzter Ressourcen nicht ohne Weiteres durchführbar ist, wird man sich hierzu nur entscheiden, wenn die vorhergehenden Betrachtungen auf Basis der Routinedaten ein Problem vor Ort erwarten lassen. Lokale Vernetzungs- und Koordinierungsgremien wie die Gesundheitsregionen^{plus} stellen einen guten Ausgangspunkt zur Einbeziehung der Beteiligten einschließlich der politischen Ebene dar. Auch Beschwerden und Anregungen von Bürgerinnen und Bürgern sowie Bürgerinitiativen können so einbezogen werden.

Literatur-recherche

Neben dem partizipativen Ansatz kann auch die **Sichtung von Fach- bzw. grauer Literatur** sowie die Kenntnis von Erhebungen und Interventionen anderer Gesundheitsämter hilfreich sein. So können Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung miteinbezogen werden. Auch qualitative Interviews mit überregionalen Experten (beispielsweise vom Bayerischen Hebammen Landesverband e.V.) können empfehlenswert sein.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass im Fall der Hebammenversorgung die Routinedaten und die Anwendung der vorgestellten allgemeinen Aufgreifkriterien – bestehende Zielvorgaben, regionale Vergleiche und zeitliche Trendanalysen – zur Bestimmung eines Versorgungsbedarfs durch partizipative Vorgehensweisen ergänzt werden sollten und diese auch einen Gewinn an handlungsrelevanter Information erwarten lassen.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat eine **umfangreiche Studie zur Hebammenversorgung in Bayern** beim Institut für Gesundheit und Sozialforschung (IGES) in Auftrag gegeben.²⁴ Neben einer breit angelegten Literatur- und Datenrecherche wurden Hebammen, Mütter, Geburtskliniken und Berufsfachschulen für Hebammen zur Versorgungssituation in Bayern befragt. Die Ergebnisse wurden im Juli 2018 veröffentlicht und offenbarten einen Nachfrageüberhang nach Hebammenleistungen sowie in bestimmten Regionen Bayerns teils erhebliche Versorgungslücken. Davon waren vornehmlich die kreisfreien Städte, darunter insbesondere die Landeshauptstadt München, betroffen. In München gaben beispielsweise knapp 30 % der befragten Mütter an, im Zuge der Hebammensuche mehr als sieben Hebammen kontaktiert zu haben. Gestaltet sich die Suche nach Hebammen derart kompliziert, hat das vor allem für sozial Benachteiligte und Frauen mit mangelnden Deutschkenntnissen Nachteile. Außerdem ergab die Studie, dass die Mehrheit der befragten Geburtskliniken von Problemen bei der Besetzung freier Hebammenstellen betroffen ist und nur rund zwei Drittel der Hebammen in Bayern in Vollzeit arbeiten.

²⁴ Sander M et al. (2018) Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Institut für Gesundheit und Sozialforschung. Berlin. www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_vollfassung.pdf.

4. Adipositasprävalenz bei Kindern

4.1 Hintergrund des Indikators – Den Indikator verstehen

Im Folgenden werden Aufgreifkriterien bei der Betrachtung der Adipositasprävalenz (Häufigkeit) der bayerischen Grundschulanfänger diskutiert. Die Adipositasprävalenz stellt einen Indikator mit Präventionsrelevanz dar. Im Indikatorensatz des LGL sind mit den beiden folgenden Indikatoren Daten auf regionaler Ebene sowie im zeitlichen Trend verfügbar:

Indikatoren zur Adipositasprävalenz bei Kindern

- 4.09 Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Bayern
- 4.09 A Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Bayern im Regionalvergleich

Auch bei diesen Indikatoren ist zunächst die Prüfung von **Indikatordefinition, Datenverfügbarkeit und Datenvalidität** vorzunehmen. Vorweg sei angemerkt, dass sowohl Über- als auch Untergewicht der Kinder erfasst werden. Obwohl auch das Untergewicht mit nachteiligen gesundheitlichen Konsequenzen einhergeht, dominiert die Adipositasprävalenz von Kindern die öffentliche Debatte. Viele der im Folgenden diskutierten Aufgreifkriterien können jedoch auch auf das Untergewicht übertragen werden.

Indikatorkommentar des LGL

Hintergrundinformationen zum Indikator sind dem **Indikatorkommentar des LGL** zu entnehmen: Der BMI ist das Ergebnis aus Körpergewicht in kg, dividiert durch die quadrierte Körpergröße in Metern. Zur Beurteilung des Gewichts bei Schulanfängern wird die Verteilung des BMI in der Referenzstichprobe nach Kromeyer-Hauschild²⁵ herangezogen. Nicht berücksichtigt wird dabei der Anteil der jeweiligen Gewebearten (z.B. Knochen, Muskeln, Fett) und der Statur. Andere Maße berücksichtigen auch solche Faktoren, sind aber für größere Personengruppen nicht so einfach zu erheben wie der BMI. Für die bevölkerungsbezogene Planung in der Prävention genügt der BMI.

²⁵ Kromeyer-Hauschild K et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde; 149: 807-818.

Der Berechnung des BMI bei Einschulungskindern liegen Werte zugrunde, die nach vorgegebenen Standards von Fachkräften gemessen wurden. Insofern ist von einer guten **Datenvalidität** auszugehen.

Im Verhältnis zur Vergleichskohorte nach Kromeyer-Hauschild wird der BMI jedes untersuchten Kindes wie folgt bewertet:

Tabelle 4.1: Grenzwerte der Perzentile in Bezug auf die Referenzstichprobe nach Kromeyer-Hauschild

Deutliches Untergewicht	Bis unter 3. Perzentil
Untergewicht	3. bis unter 10. Perzentil
Normalgewicht	10. bis 90. Perzentil
Übergewicht	Größer 90. bis 97. Perzentil
Adipositas	Größer 97. Perzentil

Datenquelle: Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Die Daten werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhoben und jährlich an das LGL gemeldet. Allerdings gelangen die Daten mit einer mehrjährigen Verzögerung in den Indikatorensatz des LGL, d.h. kurzfristige Entwicklungen werden erst verzögert sichtbar. Zudem liegen infolge einer damals eingeschränkten Datenqualität keine Daten aus dem Jahrgang 2011/2012 vor. Da ab der Schuleingangsuntersuchung 2006/2007 die Tabellen auf erstuntersuchte Kinder umgestellt wurden, ist der Vergleich mit den Vorjahren eingeschränkt.

Zudem ist bei der Adipositasprävalenz die **Wahl der Referenzstichprobe** zu berücksichtigen. Bei den Schuleingangsuntersuchungen werden die Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild verwendet, die jedoch auf einem heterogenen Datensatz mit Daten aus den Jahren 1985 bis 1999 basieren. Durch den Kinder- und Jugendgesundheits-survey des Robert Koch-Instituts liegt mittlerweile eine große und bundesweit repräsentative Stichprobe zum BMI von Kindern und Jugendlichen vor. Da die Adipositasprävalenzen im Kinder- und Jugendalter zum Zeitpunkt dieser Erhebung bereits erhöht waren, wird

Datenqualität und Verfügbarkeit prüfen

Inhaltliche Besonderheiten berücksichtigen

bisher jedoch auf die Verwendung dieses eigentlich valideren Datensatzes als Referenzstichprobe verzichtet.²⁶ Je nach gewählter Referenzstichprobe können die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen.²⁷

Im Vorschulalter sind bei den Kindern noch vergleichsweise große Remissionsraten zu beobachten, d.h. ein Teil der adipösen Kinder ist ein paar Jahre später normalgewichtig. Des Weiteren ist einerseits die gesundheitliche Relevanz eines leichten Übergewichts bei Kindern strittig, während andererseits Adipositas auch schon im Kindesalter gesundheitliche Folgen haben kann bzw. einen Risikofaktor für Erkrankungen im Erwachsenenalter darstellt. Man hat es hier also mit Zusammenhängen zu tun, die nicht deterministisch sind, sondern stochastisch und in bestimmtem Maße auch veränderlich.

Die Zahl adipöser Kinder ist ein Rückblick auf das regionale Adipositasrisiko der letzten Jahre, die Adipositas ist insofern ein Hinweis auf versäumte bzw. nicht gelungene Prävention.

4.2 Allgemeine Aufgreifkriterien zur Ableitung kommunaler Bedarfe

Ein gesunder Lebensstil mit ausreichender Bewegung und ausgewogener Ernährung ist Teil verschiedener Initiativen und Zielprozesse,²⁸ für die Adipositasprävalenz an sich gibt es jedoch keine formalen quantitativen Zielvorgaben. Allerdings wird meist ein Anteil von deutlich mehr als 3 % adipöser Kinder als auffällig bewertet. In Bayern gab es zu Beginn der Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. eine Zielvorgabe, die Adipositasprävalenz um 30 % bis 2020 zu senken,²⁹ das konkrete numerische Ziel wird jedoch nicht mehr aktiv verfolgt. Aus medizinischer Sicht ist eine Reduktion der

**(Gesundheits)
Politische oder
gesetzliche
Vorgaben**

²⁶ Wabitsch M et al. (2015) Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter.

²⁷ Schulz R et al. (2015) Adipositas bei Einschulungskindern in Bayern: Ein Vergleich von drei Referenzsystemen und den sich daraus ergebenden Rangreihen. Bayern in Zahlen 12/2015: 778-784.

²⁸ Siehe z.B. Nationaler Aktionsplan und Initiative „IN FORM“ (www.in-form.de), nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ (www.gesundheitsziele.de).

²⁹ Wildner M et al. (2007) Bayern. In: GVG (Hrsg.): Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes. Nanos Verlag, Bonn.

Adipositasprävalenz bei Kindern sinnvoll, das Anliegen wird von der Politik unterstützt und ist in den Medien präsent (vgl. Kapitel 4.4).

Ein natürliches Aufgreifkriterium stellt der **Vergleich mit der Referenzstichprobe nach Kromeyer-Hauschild** dar, in der per Definition 3 % der Kinder adipös sind. Im Durchschnitt waren in Bayern bei der Schuleingangsuntersuchung 2013/2014 3,2 % der erstuntersuchten Kinder adipös, wobei im Süden Bayerns tendenziell geringere Adipositasraten auftraten. Der bayernweite Wert liegt nur geringfügig über der Referenzstichprobe. Eine kleinräumigere Betrachtung zeigt jedoch, dass sich hinter dem bayerischen Gesamtergebnis regional sehr unterschiedliche Werte verbergen.

Unterteilt nach 94 Landkreisen und kreisfreien Städten (für den Landkreis und die Stadt Aschaffenburg liegen keine Daten vor), beträgt das Minimum der Adipositasprävalenz bei Einschülern in Bayern 1,4 % und das Maximum 6,1 %.

Regionaler Ratenvergleich

Die Gesundheitsprofile Bayern

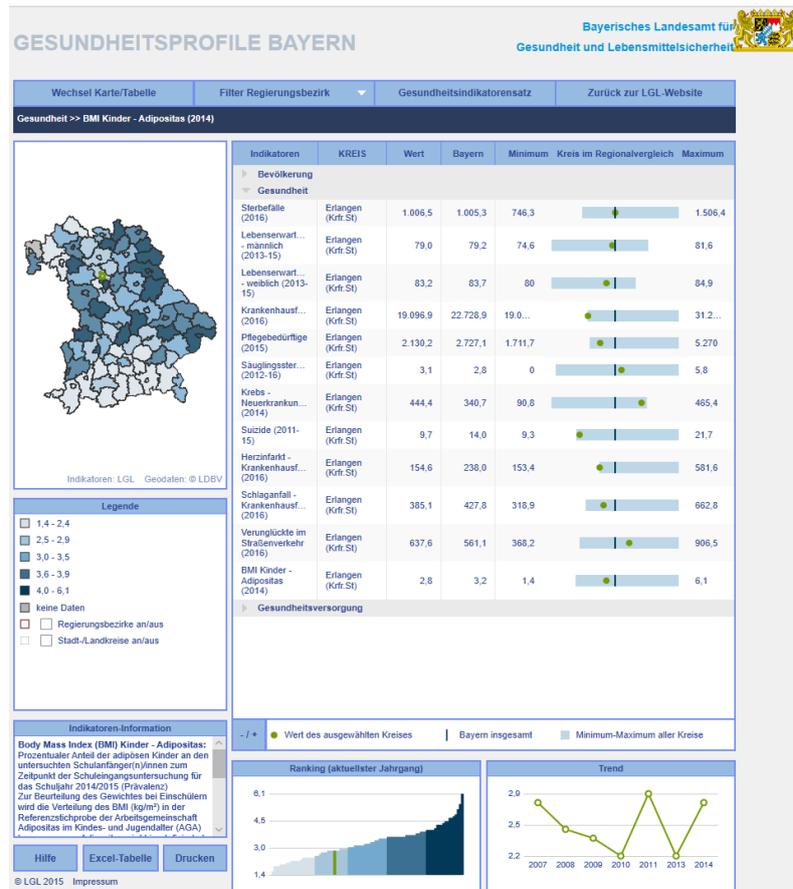
Neben dem Gesundheitsatlas hält das LGL die Gesundheitsprofile Bayern vor, ein Zusatzangebot, das einen schnellen, interaktiven Überblick über wichtige Gesundheitsindikatoren im Regionalvergleich erlaubt. Zentrales Element der Gesundheitsprofile ist die Vergleichstabelle ergänzt um eine Kartendarstellung, ein Ranking der Landkreise und den Trend des ausgewählten Indikators. Die Gesundheitsprofile können exportiert und direkt in Gesundheitsberichte übernommen werden. Die Adipositasraten der Einschulungskinder in Bayern sind auch in den Gesundheitsprofilen enthalten (vgl. Abbildung 4.2.a).

Die Gesundheitsprofile Bayern sind online unter:

www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsatlas/ia_report/atlas.html

Abbildung 4.2.a: Prozentualer Anteil adipöser Kinder in Bayern, 2014

Visualisierung durch die Gesundheitsprofile Bayern



Datenquelle: Gesundheitsprofile LGL

Beim Interpretieren des regionalen Rangvergleichs ist zu beachten:

Den Rang der Landkreise und kreisfreien Städte richtig einordnen

- Die einzelnen Werte für die Adipositasprävalenz der Landkreise liegen eng beisammen, sodass der Rangvergleich aufgrund der geringen Unterschiede zwischen den Rängen nur eine begrenzte Aussagekraft aufweist. Bereits kleine Veränderungen der Prävalenz können zu größeren Sprüngen in der Rangreihe führen.
- Die Wahl des Referenzsystems hat ebenfalls Auswirkungen auf den Rangvergleich auf Kreisebene.³⁰
- In Tabelle 4.2.a sind beispielhaft die Adipositasprävalenzen der Kreise Tirschenreuth und München Stadt dargestellt. Beide Adipositasprävalenzen befinden sich über dem bayernweiten Durchschnitt,

³⁰ Schulz R et al. (2015) Adipositas bei Einschulungskindern in Bayern: Ein Vergleich von drei Referenzsystemen und den sich daraus ergebenden Rangreihen. Bayern in Zahlen 12/2015: 778-784.

wobei Tirschenreuth sogar zu den zehn Kreisen mit den höchsten Adipositasprävalenzen zählt.

Tabelle 4.2.a: Adipositasprävalenzen des Landkreises Tirschenreuth und der kreisfreien Stadt München, SEU 2013/14

	Adipositas (% , >P97)	Anzahl untersuchter Kinder
Tirschenreuth	4,7	551
Stadt München	3,5	11328

Datenquelle: Indikatorenset LGL

Im Landkreis Tirschenreuth könnte man Folgendes fragen:

„In meinem Landkreis liegen die Adipositasraten der Einschulungskinder bei 4,7 %, während der bayernweite Durchschnitt gerade einmal 3,2 % beträgt. Haben wir in unserem Landkreis ein Problem, um das wir uns kümmern müssen?“

Wie im vorherigen Fallbeispiel sollten dazu die **absoluten Zahlen** betrachtet werden. In Tirschenreuth wurden 551 Kinder untersucht, darunter waren 26 Kinder (4,7 %) adipös. Wären 8 Kinder weniger adipös, würde sich Tirschenreuth nicht mehr vom bayerischen Durchschnitt (3,2 %) unterscheiden. In der Stadt München wurden vergleichsweise viele Kinder untersucht, insgesamt 11.328. Darunter waren 393 (3,5 %) adipös. Die Stadt München trennten vom bayerischen Durchschnittswert dennoch gerade einmal 31 Kinder. Auch hier zeigt sich, dass aufgrund der geringen zugrundeliegenden Fallzahlen die **Prozentangaben nicht überbewertet werden dürfen**. Andere Gesundheitsprobleme im Kindesalter sind für diese Regionen möglicherweise wichtiger.

Zufallsschwankungen bei kleinen absoluten Zahlen

d) Beim Vergleich mit anderen Regionen, z.B. anderen Bundesländern, ist darauf zu achten, dass die **gleiche Erhebungsmethode sowie die gleiche Referenzstichprobe** verwendet wurden. Dies trifft innerhalb Bayerns weitgehend zu. Aber nicht in allen Ländern durchlaufen die Kinder die Schuleingangsuntersuchung im gleichen Alter wie in Bayern. Beispielsweise sind die Kinder in Bayern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung durchschnittlich 5 Jahre und 5 Monate, während sie in Baden-Württemberg mit 4 Jahren und 11 Monaten im Ländervergleich am jüngsten und in Bremen mit 6 Jahren und 6 Monaten am ältesten sind. Aktuell ist in Bayern geplant, die Schuleingangsuntersuchung um ein Jahr vorzulegen, um den Kindern im Bedarfsfall eine bessere individuelle Förderung

Wahl der passenden Vergleichsregionen

vor dem Schulbeginn zu ermöglichen. Damit wären die Kinder bei der Erhebung des BMI ein Jahr jünger, was dann im Vergleich mit den Vorjahren sowie anderen Bundesländern beachtet werden muss.

Zusammenfassung Regionalvergleiche Adipositasprävalenz:

- Bei geringen Unterschieden zwischen den einzelnen Rängen den Rangplatz nicht überbewerten
- Immer auch die absoluten Zahlen betrachten, Prozentangaben bei kleinen absoluten Zahlen nicht überbewerten
- Bei Vergleichen die Erhebungsmethode sowie die Referenzstichprobe beachten

**Zeitliche
Trendaussagen**

Im **zeitlichen Trend** zeigt sich, dass der Anteil übergewichtiger bzw. adipöser Kinder in Bayern im Verlauf der letzten Jahre stagnierte (vgl. Tabelle 4.2.b). Da auch Daten zum Übergewicht (90. bis 97. Perzentil) vorliegen, werden diese ergänzend zu den Adipositasprävalenzen berichtet, um einen besseren Überblick über die Entwicklung des BMI der Einschulungskinder zu gewinnen.

Tabelle 4.2.b: Anteil adipöser und übergewichtiger Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen in Prozent, Bayern im Zeitverlauf

		2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2012/13	2013/14
Bayern	Übergewicht (>P90-P97)	5,3	5,2	5,2	5,2	5,3	5,2	5,1
	Adipositas (>P97)	3,4	3,3	3,2	3,2	3,3	3,3	3,2
Krrf. Stadt München	Übergewicht (>P90-P97)	5,7	6	6,3	6,4	6	5,9	5,6
	Adipositas (>P97)	4	4,1	4,1	3,8	3,7	3,6	3,5
Lk. Tirschenreuth	Übergewicht (>P90-P97)	6,1	6,9	7,4	6,4	8,2	6,1	6,9
	Adipositas (>P97)	5,3	2,8	3,3	3,7	3,9	3,7	4,7

Datenquelle: Indikatorensetz LGL

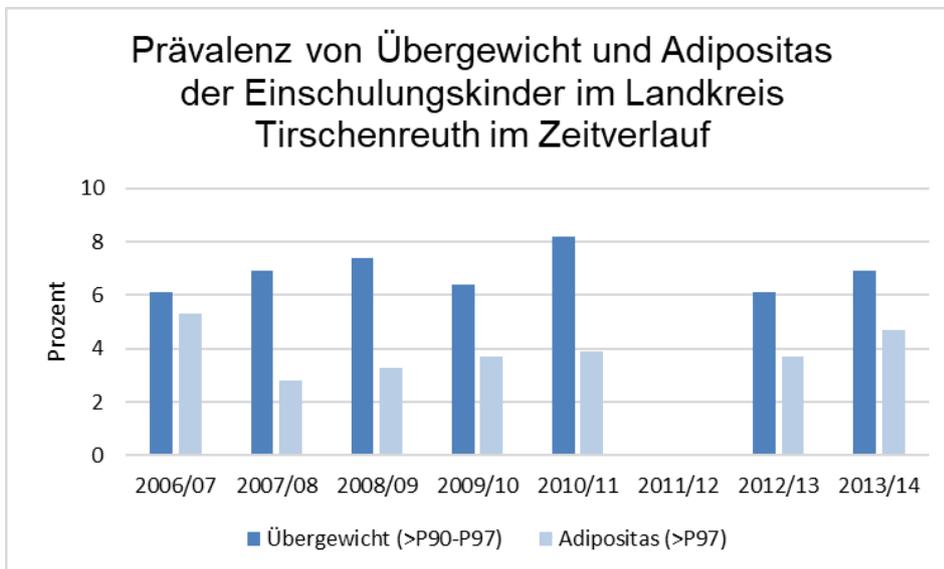
Bei der Schuleingangsuntersuchung 2006/2007 waren in Bayern 8,7 % der Kinder übergewichtig oder adipös, 2013/2014 betrug der Anteil 8,3 %. Damit sind in Bayern gemessen am 90. Perzentil der Referenzstichprobe nach Kromeyer-Hauschild etwas weniger Kinder übergewichtig oder adipös als zu erwarten. Der Anteil der adipösen Kinder (P>97) änderte sich im Zeitverlauf ebenfalls nur geringfügig, er ging von 3,4 % 2006/2007 auf 3,2 % im Jahr 2013/2014 zurück.

In der kreisfreien Stadt München stieg zwischen 2006/2007 und 2008/09 die Prävalenz von Übergewicht/ Adipositas leicht an (von 9,7 % auf 10,4 %), in den folgenden Jahren bis 2013/2014 sank der Anteil der übergewichtigen/ adipösen Kinder auf 9,1 %. Bei mehr als 10.000 Kindern, die jährlich untersucht werden, bedeutet dies einen Rückgang um gut 130 Kinder, was einen positiven Trend widerspiegelt. Eine **Signifikanzprüfung** kann auch hier helfen die statistische Belastbarkeit der Unterschiede über die Jahre zu überprüfen.

Im Landkreis Tirschenreuth verläuft die Entwicklung der Adipositas- und Übergewichtsprävalenzen nicht so eindeutig, die Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren sind unter anderem durch **die geringen absoluten Fallzahlen** erklärbar. Das Minimum der übergewichtigen oder adipösen Kinder beträgt im Beobachtungszeitraum 9,7 %, das Maximum liegt bei 12,1 %. Insgesamt erhöhte sich der Anteil der übergewichtigen oder adipösen Kinder zwischen 2006/2007 und 2013/2014 von 11,4 % auf 11,6 %. Bei ca. 500 Kindern, die in Tirschenreuth pro Jahr untersucht werden, repräsentieren 0,2 Prozentpunkte Unterschied gerade einmal ein Kind.

Kleine Fallzahlen

Abbildung 4.2.b: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas der Einschulungskinder im Landkreis Tirschenreuth im Zeitverlauf



Datenquelle: Indikatorensatz LGL

Wie bereits erwähnt, fehlt der Datenjahrgang 2011/12, die Daten waren nicht verwertbar. Ein durchgehender Trend kann im vorliegenden Fall für Tirschenreuth behelfsweise mit **gleitenden Durchschnitt** angenähert werden, damit werden auch Schwankungen infolge kleiner Fallzahlen in den einzelnen Jahren geglättet.

Gleitende Durchschnitt bilden

Tabelle 4.2.c: Gleitende Durchschnitte der Übergewichts- und Adipositasprävalenzen im Landkreis Tirschenreuth

	untersuchte Kinder	Übergewicht	Adipositas
2006/07 bis 2008/09	2060	6,7%	3,8%
2007/08 bis 2009/10	1839	6,9%	3,2%
2008/09 bis 2010/11	1750	7,4%	3,6%
2009/10 bis 2012/13*	1623	7,0%	3,8%
2010/11 bis 2013/14*	1656	7,1%	4,1%

Datenquelle: Indikatorenset LGL, *fehlender Datenjahrgang 2011/12

In den letzten Jahren stagniert der Anteil der Übergewichtigen, der Adipositasanteil ist eher zunehmend. Die Tatsache, dass der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder in Tirschenreuth stets ca. 2 Prozentpunkte (bei 1800 Kindern entspricht das 36 Kindern) über dem bayernweiten Durchschnitt lag, lässt erkennen, dass man es mit einem zeitlich stabilen Muster zu tun hat. Die etwas erhöhte Rate fügt sich zudem in das geografisch bekannte Nord-Süd-Gefälle vieler gesundheitlicher Merkmale in Bayern, zurückzuführen auf sozioökonomische Unterschiede der Regionen.

Zusammenfassung zeitliche Trendanalysen Adipositasprävalenz auf regionaler Ebene:

- Vergleichbarkeit der Datengrundlage (Erhebungsmethode etc.) über die Jahre hinweg beachten
- Passendes Zeitintervall für die Betrachtung wählen
- Ggf. statistische Signifikanz von Veränderungen über die Jahre überprüfen
- Vorsicht bei kleinen absoluten Fallzahlen: Prozentangaben nicht überbewerten, ggf. gleitende Durchschnitte berechnen

4.3 Vertiefende indikatorspezifische Analysen

Die Frage nach Adipositas im Kindesalter erschöpft sich nicht in der Betrachtung im Einschulungsalter. Allerdings liegen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI Daten nur deutschlandweit vor und auch Daten aus dem Mikrozensus, in dem für die Bevölkerung ab 15 Jahren alle vier Jahre auch der BMI erfragt wird, helfen für regionale Bedarfsanalysen nur bedingt weiter, da sie zwar für Bayern insgesamt und die Regierungsbezirke, jedoch nicht auf Landkreisebene vorliegen.

Ergänzende Kennziffern

Eine weitere Möglichkeit, mehr Informationen über das Ausmaß eines Gesundheitsproblems zu bekommen, ist die Recherche von Daten aus der Gesundheitsversorgung, z.B. **Krankenhausfälle bzw. ambulanten Behandlungsfälle**. Die Krankenhausstatistik enthält Daten auch auf Kreisebene. Allerdings sind die Fallzahlen stationärer Behandlungen aufgrund von Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu gering, um sie für regionale Analysen nutzen zu können. Im Jahr 2017 waren es in ganz Bayern gerade einmal 21 Krankenhausfälle bei Kindern unter 15 Jahren, bei den 15- bis 20-Jährigen waren es 18 Fälle. Zahlen zu ambulanten Behandlungsfällen sind bisher nicht routinemäßig verfügbar, könnten jedoch bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) kleinräumig erfragt werden. Bei der Interpretation von Behandlungsdaten muss beachtet werden, dass sie nicht unmittelbar die Häufigkeit eines Gesundheitsproblems abbilden, sondern die Inanspruchnahme des Versorgungssystems.

Die Schuleingangsuntersuchung liefert noch weitere Hinweise zur Interpretation der Adipositasraten vor Ort. In der Schuleingangsuntersuchung wird der **Migrationshintergrund der Kinder** über die Muttersprache der Eltern abgebildet. Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund weisen höhere Adipositasprävalenzen auf als Kinder mit einseitigem oder keinem Migrationshintergrund.³¹ Insofern kann ein hoher Anteil an Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund eine (Teil)Erklärung für eine hohe Adipositasprävalenz im Landkreis darstellen. Allerdings stellen „Kinder mit Migrationshintergrund“ keine homogene Gruppe dar und je nach Herkunftsland sind erhebliche Unterschiede bei den Adipositasprävalenzen zu beobachten. Wichtig sind diese Überlegungen vor allem für den Fall, dass Präventionsmaßnahmen in Erwägung gezogen werden. Diese sollten sich an der Zielgruppe und damit auch deren kulturellen Hintergrund orientieren.

Insgesamt betrachtet ist die Datenlage für eine vertiefte Analyse der Häufigkeit von Übergewicht/ Adipositas im Kindes- und Jugendalter auf Kreisebene eingeschränkt, vor allem was das Altersspektrum angeht. Auch hier kann eine **partizipative Herangehensweise**, z.B. mit einer Diskussion und Wertung der vorliegenden Daten zusammen

**Partizipatives
Herangehen**

³¹ Für weitere Informationen siehe LGL (2017) Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Erlangen. www.lgl.bayern.de/publikationen/gesundheits/doc/schuleingangsuntersuchung_2014_2015.pdf

mit Stakeholdern vor Ort (u.a. Kinderärztinnen und Kinderärzte, Eltern, Schulen, Kitas) hilfreich sein. Auf diesem Wege kann auch ein Überblick zu **bereits laufenden Maßnahmen und Angeboten vor Ort** erstellt werden: Wie steht es z.B. um das Verpflegungs- und Bewegungsangebot in Kitas und Schulen? Gibt es genügend Spiel- und Grünflächen, Freizeitangebote und eine Infrastruktur, die eine aktive Mobilität von Kindern ermöglicht und unterstützt?

Literatur-recherche

Grundsätzlich ist auch bei diesem Thema eine **Literaturrecherche** zu empfehlen, sowohl was das Auftreten der Adipositas, Erklärungsansätze wie auch mögliche Interventionen anbelangt. In diesem Zusammenhang sei auch auf den jährlichen Bericht des LGL mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung des Vorjahres verwiesen.³²

4.4 Exkurs: Medienresonanz, Gesundheitsberichterstattung und Bestandsanalysen

GBE und Medien

Das politische wie mediale Interesse an den Adipositasprävalenzen der Einschulungskinder oder der Hebammenversorgung ist vergleichsweise hoch. Dabei stellt die bloße Medienpräsenz bestimmter Gesundheitsthemen noch kein Aufgreifkriterium dar. Werden Medienberichte jedoch kritisch hinterfragt, so können diese durchaus Anlass sein, das jeweilige Thema in einem Gesundheitsbericht fundierter zu beleuchten und so eine sachliche Grundlage für die Diskussion vor Ort zu schaffen. Ebenso kann die öffentliche Meinung, die sich beispielsweise anhand von Befragungen, Bürgerversammlungen oder Initiativen abbilden lässt, einen Niederschlag in der Schwerpunktsetzung der Gesundheitsberichterstattung wie auch in Bedarfsanalysen finden. Im Zusammenhang mit letzteren zählen partizipative Ansätze explizit zum methodischen Repertoire.

Aufgreifen von Medienberichten

Medienberichte sind immer wieder kritisch zu hinterfragen, wie ein Beispiel aus der Bayerischen Staatszeitung zeigt (www.bayerische-staatszeitung.de/staatszeitung/landtag/detailansicht-landtag/artikel/bayerns-dickste-kinder-leben-im-landkreis-cham.html). Es nimmt Bezug auf Daten der Schuleingangsuntersuchung 2013/2014 für das

³² www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/kindergesundheit/schuleingangsuntersuchung/index.htm

Schuljahr 2014/2015. Die pauschale Aussage der Staatszeitung, „Bayerns dickste Kinder leben im Landkreis Cham“, ist falsch und auch insgesamt für eine Bewertung der regionalen Situation nicht ausreichend.

Cham weist in diesem Untersuchungsjahr zwar bayernweit den höchsten Anteil an leicht übergewichtigen Kindern auf, die Prävalenz der stark übergewichtigen, also adipösen Kinder in Cham liegt jedoch „nur“ bei 3,5 %, andere Kreise haben deutlich höhere Werte. Ein Blick auf den zeitlichen Trend im Landkreis Cham zeigt zudem, dass sich der Medienbericht mit dem Jahrgang 2013/2014 auf einen Jahrgang mit einer regional besonders hohen Rate übergewichtiger Kinder bezieht. Ob es sich dabei um einen zufallsbedingten Ausreißer handelt oder einen sich abzeichnenden Trend nach oben, können erst die Verlaufsdaten weiterer Jahre zeigen (vgl. Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4: Übergewicht und Adipositas bei der Schuleingangsuntersuchung im Landkreis Cham, 2008/09-2013/14

Cham/ Jahr	untersuchte Kinder	Übergewicht (%)	Adipositas (%)
2008/09	1129	65 (5,8 %)	47 (4,2 %)
2009/10	326	12 (3,7 %)	14 (4,3 %)
2010/11	718	38 (5,3 %)	23 (3,2 %)
2011/12			
2012/13	787	39 (5,0 %)	28 (3,6 %)
2013/14	859	66 (7,7 %)	30 (3,5 %)

Datenquelle: Indikatorensatz LGL

Die große Differenz bei den untersuchten Kindern zwischen den Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2008/2009 und 2009/2010 hängt damit zusammen, dass 2009/2010 nur für gut ein Drittel der untersuchten Kinder Daten zum BMI vorlagen. Regionale Einschränkungen der Datenqualität sollten stets als potentielle Limitation bei zeitlichen oder räumlichen Vergleichen in Betracht gezogen werden.

5. Rauchverhalten in Bayern

5.1 Hintergrund des Indikators – Den Indikator verstehen

Rauchen gilt als das Risikoverhalten mit den bedeutendsten Auswirkungen auf die Gesundheit. Es fördert die Entstehung insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (u. a. Herzinfarkt, Schlaganfall), Krankheiten der Atmungsorgane (u.a. COPD) und vielen Krebserkrankungen, darunter ca. 90 % der Lungenkrebserkrankungen.

Im Indikatorensetz des LGL sind die beiden folgenden aus dem Mikrozensus stammenden Indikatoren zum Rauchverhalten in Bayern verfügbar:

Indikatoren zum Rauchverhalten

- 4.01 Rauchverhalten nach Alter und Geschlecht, Bayern
- 4.01 A Rauchverhalten, Bayern im Regionalvergleich

Der im LGL Indikatorensetz enthaltene präventionsrelevante Indikator 4.01 A „Rauchverhalten, Land im Regionalvergleich“ liegt nicht auf Kreisebene, sondern **nur auf der Ebene der sieben bayerischen Regierungsbezirke** vor. Dies erschwert die Identifizierung kommunaler Bedarfe. Themenfelder, zu denen nur solche Indikatoren verfügbar sind, können jedoch nicht außer Acht gelassen werden. Betroffen sind häufig Themen, die das Gesundheitsverhalten beschreiben. Auch für das Bewegungsverhalten und die Ernährung liegen keine kreisspezifischen Daten vor.

Tabelle 5.1: Rauchverhalten, Bayern im Regionalvergleich 2017

Region	Raucher (in %)			Nichtraucher (in %)	
	insgesamt*	gelegentlich	regelmäßig	insgesamt	darunter frühere Raucher
Oberbayern	19,8	3,7	16,0	80,2	18,4
Niederbayern	20,6	2,8	17,8	79,4	17,0
Oberpfalz	23,7	3,2	20,5	76,3	14,4
Oberfranken	21,6	3,6	18,0	78,4	21,6
Mittelfranken	20,7	3,3	17,3	79,3	18,8
Unterfranken	19,4	3,4	16,0	80,6	19,4
Schwaben	20,3	3,1	17,3	79,7	17,1
Bayern	20,5	3,4	17,1	79,5	18,2

Datenquelle: Indikatorensetz LGL; * rundungsbedingte Abweichungen

Tabelle 5.1 zeigt, dass der Raucheranteil in der Oberpfalz eher hoch, in Unterfranken und Oberbayern vergleichsweise niedrig ist. Darüber hinaus enthält die Tabelle eine Unterteilung in gelegentliche und regelmäßige Raucher, bei den Nichtrauchern wird nach früheren Rauchern und „Nie-Rauchern“ unterschieden.

Nähere Informationen zur **Indikatordefinition** und zur Datenvalidität sind wiederum dem im Indikatorensatz des LGL enthaltenen **Indikatorcommentar** zu entnehmen:

„Die Rauchgewohnheiten in der Bevölkerung werden im Rahmen des Mikrozensus alle vier Jahre über die „Fragen zur Gesundheit“ ermittelt. Der Mikrozensus ist eine im Auftrag des Statistischen Bundesamts durchgeführte repräsentative Befragung von 1 % der Wohnbevölkerung in Deutschland, die jährlich durchgeführt wird. Die „Fragen zur Gesundheit“ werden nur alle vier Jahre erhoben; ihre Beantwortung ist freiwillig. Im Indikator 4.01A wird der Anteil der Rauchenden und der Nichtrauchenden in Prozent je Regierungsbezirk ausgewiesen, die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnortprinzip. Aus dem Mikrozensus können keine Daten auf Landkreisebene generiert werden. Die Daten liegen nur auf Regierungsbezirksebene vor.“

Im Mikrozensus werden Personen über 15 Jahren erfasst, wobei der Haushaltsvorstand befragt wird. Dabei sind beim Rauchverhalten Antwortverzerrungen, z.B. soziale Erwünschtheit, nicht auszuschließen.

Indikatorcommentar des LGL

5.2 Allgemeine Aufgreifkriterien zur Ableitung kommunaler Bedarfe

Es gibt keine quantitativen gesetzlichen oder politischen Vorgaben für einen „Zielwert“ bei den Raucherraten, die als Aufgreifkriterium verwendet werden könnten. Vielmehr wird ein Minimierungsziel verfolgt, da es beim Rauchen keine unschädliche Dosis gibt.³³ Die Tabakprävention ist daher ein Schwerpunkt der bayerischen Präventionspolitik.

(Gesundheits) Politische oder gesetzliche Vorgaben

Insgesamt raucht etwa ein Fünftel der Über-15-Jährigen in Bayern, das Minimum liegt bei 19,4 % in Unterfranken, das Maximum bei

³³ Siehe auch das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ (gesundheitsziele.de).

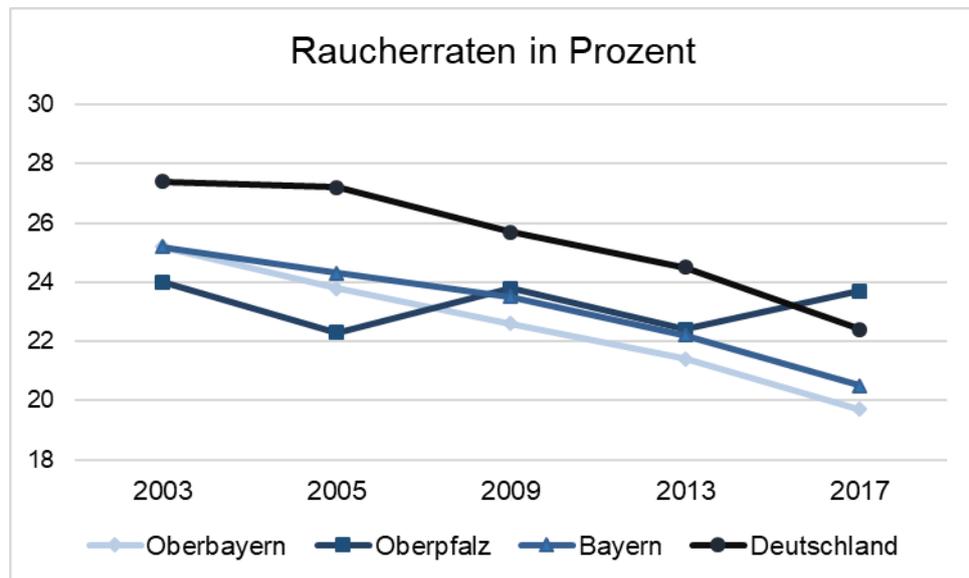
Vergleich mit anderen Bundesländern

23,7 % in der Oberpfalz. Da der Indikator nur auf Ebene der Regierungsbezirke vorliegt, sind Kreisvergleiche nicht möglich. **Vergleiche mit anderen Bundesländern** haben für die Ermittlung der Bedarfe auf Kreisebene eine eingeschränkte Bedeutung, sie können eventuell der Einordnung in das bundesdeutsche Gesamtbild dienen. Bayern und das Saarland wiesen Daten des Mikrozensus zufolge im Jahr 2017 deutschlandweit die niedrigsten Raucherraten auf (knapp 21 %), gefolgt von Hessen, Baden-Württemberg und Sachsen mit jeweils 21 %. Die höchsten Raucherraten waren in Mecklenburg-Vorpommern (knapp 28 %) und Bremen (27 %) zu verzeichnen.³⁴

Zeitliche Trendaussagen

Ein weiterer relevanter Gesichtspunkt ist die zeitliche Entwicklung des Indikators. Sowohl in Bayern als auch in Deutschland war im Verlauf der letzten 14 Jahre ein kontinuierlicher Rückgang der Raucherraten zu beobachten. Bayern liegt dabei einige Prozentpunkte unter dem bundesdeutschen Durchschnitt, die Raucherraten sanken von 25,2 % im Jahr 2003 auf 20,5 % im Jahr 2017 (vgl. Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2: Raucherraten Vergleichsregionen 2003-2017



Datenquelle: Mikrozensus 2017

Die Entwicklung der Raucherraten im Regierungsbezirk Oberpfalz folgt diesem Trend allerdings nur bedingt, zuletzt war hier sogar eine Zunahme zu beobachten und die Raucherrate in der Oberpfalz liegt

³⁴ Heiles, B (2018) Die Gesundheit der bayerischen Bevölkerung – Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Bayern in Zahlen 11/2018: 766-775.

derzeit nicht nur über dem bayerischen, sondern auch über dem bundesdeutschen Durchschnitt. Die Fallzahlen im Mikrozensus sind groß genug, um einen zufälligen Ausreißer unwahrscheinlich erscheinen zu lassen. Die anderen Regierungsbezirke bewegen sich im allgemeinen Trend.

Tabelle 5.2.a: Raucherraten in Prozent, Bayern im zeitlichen Trend

	2003	2005	2009	2013	2017
Oberbayern	25,2	23,8	22,6	21,4	19,8
Niederbayern	24,4	25,8	23,8	23,6	20,6
Oberpfalz	24,0	22,3	23,8	22,4	23,7
Oberfranken	27,5	25,1	25,2	23,8	21,6
Mittelfranken	26,6	25,2	24,5	22,5	20,7
Unterfranken	24,9	24,0	21,7	19,8	19,4
Schwaben	23,2	24,3	24,4	22,8	20,3
Bayern	25,2	24,3	23,5	22,2	20,5

Datenquelle: Mikrozensus 2017; Jahre 2003-2013 Summe aus gerundeten Werten für gelegentliche und regelmäßige Raucher.

Mutmaßlich spiegelt sich hier der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Raucherrate wider.

Für die einzelnen Kreise in der Oberpfalz lassen sich daraus allerdings nur eingeschränkt Schlussfolgerungen ziehen – das gilt ebenso für Kreise in anderen Regierungsbezirken: sie könnten ebenso vom Wert des Regierungsbezirks abweichen wie die Oberpfalz vom bayerischen Durchschnitt.

Auch wenn die Daten hier also keine Aussagen im Kreisvergleich ermöglichen, geben sie allgemeine Anhaltspunkte z.B. zum Trend des Rauchverhaltens. Des Weiteren kann man die Raucherraten des Regierungsbezirks auf die Bevölkerung des eigenen Kreises übertragen, um ein besseres Gefühl für die absoluten Fallzahlen im Kreis, also für die Größe der Zielgruppe der Raucher bei Maßnahmen, zu bekommen. In Tabelle 5.2.b wird dies beispielhaft für den Landkreis Tirschenreuth vorgenommen. Die Raucherrate der Oberpfalz wird mit der ebenfalls im Indikatorenset zur Verfügung stehenden Durchschnittsbevölkerung von Tirschenreuth multipliziert.

**Abschätzung
der Anzahl der
Raucher auf
Kreisebene**

Tabelle 5.2.b: Berechnung der absoluten Raucherzahlen im Landkreis Tirschenreuth im Jahr 2017

Durchschnittsbevölkerung des Landkreises Tirschenreuth	72.824
Raucherrate Oberpfalz	23,7%
Prognostizierte Anzahl der Raucher im Landkreis Tirschenreuth	17.259

Datenquelle: Indikatorenset LGL

Da die Raucherrate des Regierungsbezirks mit nur einer Kommastelle verfügbar ist und zudem nicht bekannt ist, wie weit die Raucherrate im Kreis davon abweicht, sollte man die errechnete Zahl als gerundete Schätzung ausweisen: „Im Landkreis Tirschenreuth gibt es ca. 17.000 Raucher“. Die Zahl kann für die Planung von Projekten bedeutsam sein, auch im Vergleich mit der Zahl zur Größe der Zielgruppe bei anderen Themen.

5.3 Vertiefende indikatorspezifische Analysen

Der Zusammenhang zwischen der Raucherrate und der **sozialen Lage**, die beispielsweise anhand des Einkommens, des Bildungsniveaus oder der Arbeitslosenquote charakterisiert werden kann, ist hinlänglich bekannt. Ergänzend können diese Kennziffern, die im Indikatorenset und im Gesundheitsatlas auf Kreisebene enthalten sind, berichtet werden, so dass man besser einschätzen kann, ob der eigene Kreis von den Raten des Regierungsbezirks eher nach oben oder unten abweicht.

Für eine vertiefende Betrachtung stehen auch **Daten über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens** zur Verfügung, diese teilweise wiederum auf Kreisebene. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass bei der Interpretation der Daten zu Folgeerkrankungen des Rauchens bedacht werden muss, dass diese eher vergangene als aktuelle Raucherraten widerspiegeln.

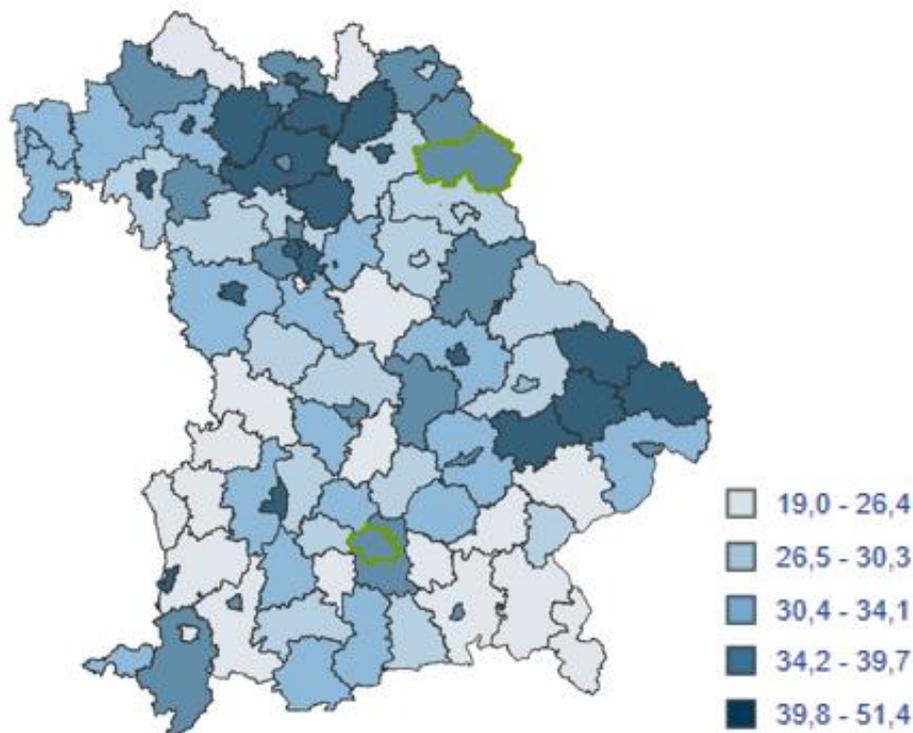
Ein Indikator, der eine bekannte gesundheitliche Folge des Rauchens beschreibt, sind die **gemeldeten Neuerkrankungen bösartiger Neubildungen der Lunge**. Etwa 90 % der Lungenkrebserkrankungen sind auf das Rauchen zurückzuführen. Der entsprechende Indikator ist auf Kreisebene im Gesundheitsatlas enthalten und spie-

Ergänzende Kennziffern

gelt das Nordost-Süd-Gefälle wider, das in Bayern häufig zu beobachten ist, wenn soziodemographische Faktoren eine Rolle spielen (vgl. Abb. 5.3).

Die dunkelblauen Gebiete weisen hohe, die hellblauen Gebiete weisen niedrige altersstandardisierte Inzidenzraten von Lungenkrebs in Bayern auf.

Abbildung 5.3: Gemeldete, altersstandardisierte Neuerkrankungsraten an Lungenkrebs (ICD-10-Code C33/C34) je 100.000 Einwohner, Bayern im Regionalvergleich 2015



Visualisierung durch den bayerischen Gesundheitsatlas auf regionaler Ebene

Datenquelle: Gesundheitsatlas LGL

Die farblich hervorgehobenen Regionen sind die kreisfreie Stadt München und der Landkreis Tirschenreuth. In der Stadt München betrug die altersstandardisierte Inzidenzrate im Jahr 2015 34,6 pro 100.000 Einwohner, in Tirschenreuth lag die altersstandardisierte Inzidenzrate im Jahr 2015 unwesentlich höher, bei 35,6 pro 100.000 Einwohner. Beide Gebiete befinden sich bayernweit ungefähr im Mittelfeld, der bayernweite Durchschnitt liegt bei (altersstandardisiert) 33,0 pro 100.000 Einwohner bei einer Spannweite von 19,0 pro 100.000 Einwohner (Landkreis Berchtesgadener Land) bis 51,4 pro 100.000 Einwohner (kreisfreie Stadt Fürth).

Die Angabe „altersstandardisiert“ bedeutet, dass die Inzidenzraten der einzelnen Kreise unabhängig von der jeweiligen Altersstruktur berechnet wurden. Dadurch wird (da direkt und nicht indirekt standardisiert wurde) eine Vergleichbarkeit auf Kreisebene ermöglicht.

Detailliertere Informationen zur Altersstandardisierung sind in der Handlungshilfe 2 „Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung“ des LGL (ab S. 22) zusammengefasst.

Partizipativer Ansatz

Dem **partizipativen Ansatz** kommt insbesondere bei einer lückenhaften Datenlage, wie sie bei den regionalen Raucherraten zu beobachten ist, eine besondere Bedeutung zu. Lokale Stakeholder und Multiplikatoren können aus verschiedenen Gesellschaftsbereichen wie Schulen, Sportvereinen, Seniorenzentren, Suchtzentren, medizinischer Versorgung, aber auch der Politik kommen. Bayernweit bietet das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) Projekte und Informationsmaterialien zum Rauchausstieg bzw. zum Nichtrauchen an.³⁵

Literatur- recherche

Eine **Literaturrecherche** ist beim Thema Raucherraten ebenfalls empfehlenswert, um nähere Informationen über die Form und Intensität des Rauchens zu gewinnen. Beispielsweise bietet der Epidemiologische Suchtsurvey weitere Daten zum Rauchverhalten Erwachsener in Bayern,³⁶ die Drogenaffinitätsstudie der BZgA stellt Daten zum Rauchverhalten von Jugendlichen zur Verfügung, allerdings nur für Deutschland insgesamt.³⁷ Weitere Datenquellen sind das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) oder das Robert Koch-Institut.

³⁵ www.zpg-bayern.de/tabak.html

³⁶ Piontek D. et al. (2017) Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015. Institut für Therapiefor- schung. München.

³⁷ Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutsch- land 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Ver- breitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

Zusammenfassung: Raucherraten als Beispiel für einen Indikator ohne Daten auf der Kreisebene:

- Betrachtung der Daten auf Landes- und, falls vorhanden, auf Regierungsbezirksebene und ggf. Abschätzung der Übertragbarkeit auf den eigenen Landkreis, z.B. anhand von soziodemografischen Merkmalen auf Kreisebene oder anderer Determinanten des Rauchverhaltens, für die Kreisdaten verfügbar sind
- Abschätzung der absoluten Anzahl Betroffener durch Übertragung der Raucherrate auf Bezirks- bzw. Landesebene auf die Bevölkerung des eigenen Landkreises
- Vergleich der Raucherraten auf Landesebene zur Einordnung in das bundesdeutsche Gesamtgeschehen
- Heranziehen ergänzender Kennziffern, z.B. auf Kreisebene vorliegende Raten zu Folgeerkrankungen des Rauchens oder weiterführende Angaben zum Rauchverhalten aus anderen Datenquellen (z.B. Drogenaffinitätsstudie, Epidemiologischer Suchtsurvey)
- Partizipative Bewertung bei eingeschränkter Datenlage oft hilfreich

6. Nach dem ersten Hin- und Herwenden der Daten

Die Anregung, Daten danach zu befragen, inwiefern sie Aufgreifkriterien für einen Handlungsbedarf liefern bzw. was man zusätzlich bedenken sollte, damit Daten als Aufgreifkriterien nutzbar werden, ersetzt im Einzelfall keine vertiefende wissenschaftliche Analyse. Aber oft kann man schon mit wenig Aufwand einschätzen, ob ein Indikatorwert Anlass zum Handeln (ggf. zur vertiefenden Analyse) gibt oder nicht.

Viele Akteure auf der Kreisebene haben wenig Erfahrung in der Interpretation von Gesundheitsdaten. Sie nehmen sie oft für bare Münze – oder orientieren sich am anderen Extrem und verfahren nach dem Spruch „Trau keiner Statistik, die du nicht selbst gefälscht hast“. Dem wollen wir mit dieser Handlungshilfe den Leitspruch entgegensetzen „Trau keiner Statistik, die du nicht verstanden hast“. Wenn diese Handlungshilfe also dazu ermutigt, sich nicht mehr von einer einfachen Überschreitung eines Durchschnittswerts beunruhigen zu lassen, sondern Anlass ist, zu fragen, was bedeutet das eigentlich, haben wir unser Ziel erreicht.

Wer etwas mehr dazu lesen will, dem sei als Einsteigerlektüre das Büchlein „Gesundheitsdaten verstehen“ empfohlen,³⁸ wer auf den Geschmack gekommen ist, der findet in der Fachliteratur genügend Material zum vertiefenden Selbststudium. Das Team der Gesundheitsberichterstattung am LGL steht natürlich bei Fragen zu Daten ebenfalls zur Verfügung.

³⁸ Kuhn J, Wildner M (2019) Gesundheitsdaten verstehen. Statistiken lesen lernen, ein Einsteigerbuch. Bern. Für die Erhebung eigener Daten sei auf die Literatur zur empirischen Sozialforschung verwiesen. Eine kurze Einführung in Fragebogenerhebungen enthält auch: LGL (2006) Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns, Handlungshilfe GBE-Praxis 3. Erlangen, <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/index.htm>

7. Weiterführende Literatur

- Loss J et al. (2008) Manual zur Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Erlangen, www.img.uni-bayreuth.de/de/news/Neuerscheinungen/m1_bt_080520_online.pdf.
Das Manual bietet eine Anleitung in zehn Schritten für Gesundheitsförderer zur gemeindenahen Programmplanung.
- Kolip P (2019) Praxishandbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim/Basel.
Das Buch stellt praxistaugliche Instrumente zur Förderung von Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor.
- Kuhn J, Wildner M (2019) Gesundheitsdaten verstehen. Statistiken lesen lernen, ein Einsteigerbuch. Bern.
Dieses Buch bietet einen leichten und zugänglichen Einstieg in die Interpretation von Gesundheitsdaten.
- Rosenbrock R, Gerlinger T (2014) Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern.
Das Buch beschreibt unterschiedliche Handlungsfelder der Gesundheitspolitik, von der Prävention bis zur Pflege, und gibt einen Überblick über die dabei jeweils wichtigsten Herausforderungen.

- **Handlungshilfen** des LGL, abrufbar unter www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/methoden_handlungshilfen/index.htm
 - LGL (2011) Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns. Handlungshilfe GBE-Praxis 1. Erlangen.
Einführung in das „Handwerk“ der kommunalen Gesundheitsberichterstattung, einschließlich der rechtlichen Grundlagen.
 - LGL (2014) Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung – Begriffe, Methoden, Beispiele. Handlungshilfe GBE-Praxis 2. Erlangen.
Es werden Grundbegriffe und Maßzahlen der Epidemiologie auf anschauliche Art vorgestellt. Darüber hinaus wird ein Einblick in statistische Methoden und ausgewählte epidemiologische Studientypen gegeben.
 - LGL (2006) Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns. Handlungshilfe GBE-Praxis 3. Erlangen.
Ausgewählte Statistiken wie die Geburtenstatistik, das Krebsregister und die Pflegestatistik werden vorgestellt.
 - LGL (2008) Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung. Handlungshilfe. GBE-Praxis 4. Erlangen.
In dieser Handlungshilfe wird gezeigt, was beim Layout und bei der Vermarktung von Gesundheitsberichten zu beachten ist.

Notizen

Schriftenreihe GBE-Praxis

Bisher sind in dieser Schriftenreihe folgende Bände erschienen:

- Band 1: Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns – Handlungshilfe: GBE-Praxis 1 (4. Auflage, inhaltlich überarbeitete und aktualisierte Auflage im September 2016 der 3. Auflage vom Dezember 2011)
- Band 2: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung – Begriffe, Methoden, Beispiele – Handlungshilfe: GBE-Praxis 2 (4. Auflage, inhaltlich unveränderter Nachdruck im August 2014 der 3. Auflage vom Juli 2009)
- Band 3: Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns – Handlungshilfe: GBE-Praxis 3 (2. durchgesehene Auflage, Januar 2006)
- Band 4: Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung – Handlungshilfe: GBE-Praxis 4 (2. Auflage, inhaltlich unveränderter Nachdruck im Juli 2009 der 1. Auflage vom Juli 2008)

sowie der vorliegende Band:

- Band 5: Von Daten zum Handlungsbedarf: Aufgreifkriterien für Daten aus der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (November 2019)

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0

Telefax: 09131 6808-2102

E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de

Internet: www.lgl.bayern.de