

Forschung im Dienst der Gesundheit: Kooperation zwischen Gesundheitsamt und Universität

PD Dr. Rüdiger Jacob, Universität Trier
Dr. Harald Michels, Gesundheitsamt Trier-Saarburg



Universität Trier



Landkreis Trier-Saarburg Gesundheitsamt

Gesundheitsberichterstattung

RLP-Landesgesetz über den ÖGD, § 1:

Der ÖGD beobachtet, untersucht und bewertet die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung einschließlich der Auswirkungen auf die Gesundheit, geht den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen nach und wirkt auf deren Beseitigung hin.

GBE

Die Pflichten sind (relativ) klar,
.... die dazu notwendigen Ressourcen wurden aber nicht
bereitgestellt.

Mögliche Lösung: Externe Partner, im Idealfall eine Universität.

In Trier enge Kooperation zwischen GA und Universität seit 1996

gute Kontakte zu Niedergelassenen und Krankenhäusern

GBE

GBE als gemeinsame Aufgabe von GA und Universität

- Institutionelle Zusammenarbeit
- Lehrforschungsprojekte
- Examensarbeiten
- Werkverträge

GBE

- Nutzung vorhandener Datenquellen beim GA (Einschulungsuntersuchung, Todesursachenstatistik)
- Erschließung vorhandener Daten bei anderen Datenherren (KV, Krankenhäuser)
- Primärdatenerhebung (Befragungs- und Untersuchungssurveys)

GBE

Erschließung neuer Datenquellen:

- Ergänzung der Daten der Einschulungsuntersuchung durch einen Elternfragebogen
- Landesweite Erfassung und Aufbereitung der Daten der Einschulungsuntersuchung durch das statistische Landesamt
- Mortalitätsregister RLP
- Änderung des Landeskrankenhausgesetzes RLP
§ 30 a Zusammenarbeit: (3) Die Krankenhäuser unterstützen die Kammern der Heilberufe und die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Durchführung ihrer Aufgaben nach dem Heilberufsgesetz und dem Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, besonders bei der Aktualisierung der bei ihnen geführten Register der Berufsangehörigen. Sie stellen den unteren Gesundheitsbehörden auf Anforderung die für die kommunale Gesundheitsberichterstattung notwendigen Daten in anonymisierter Form zur Verfügung.

GBE, Beispiele

Lungenkrebsmortalität in Trier und Trier-Saarburg:

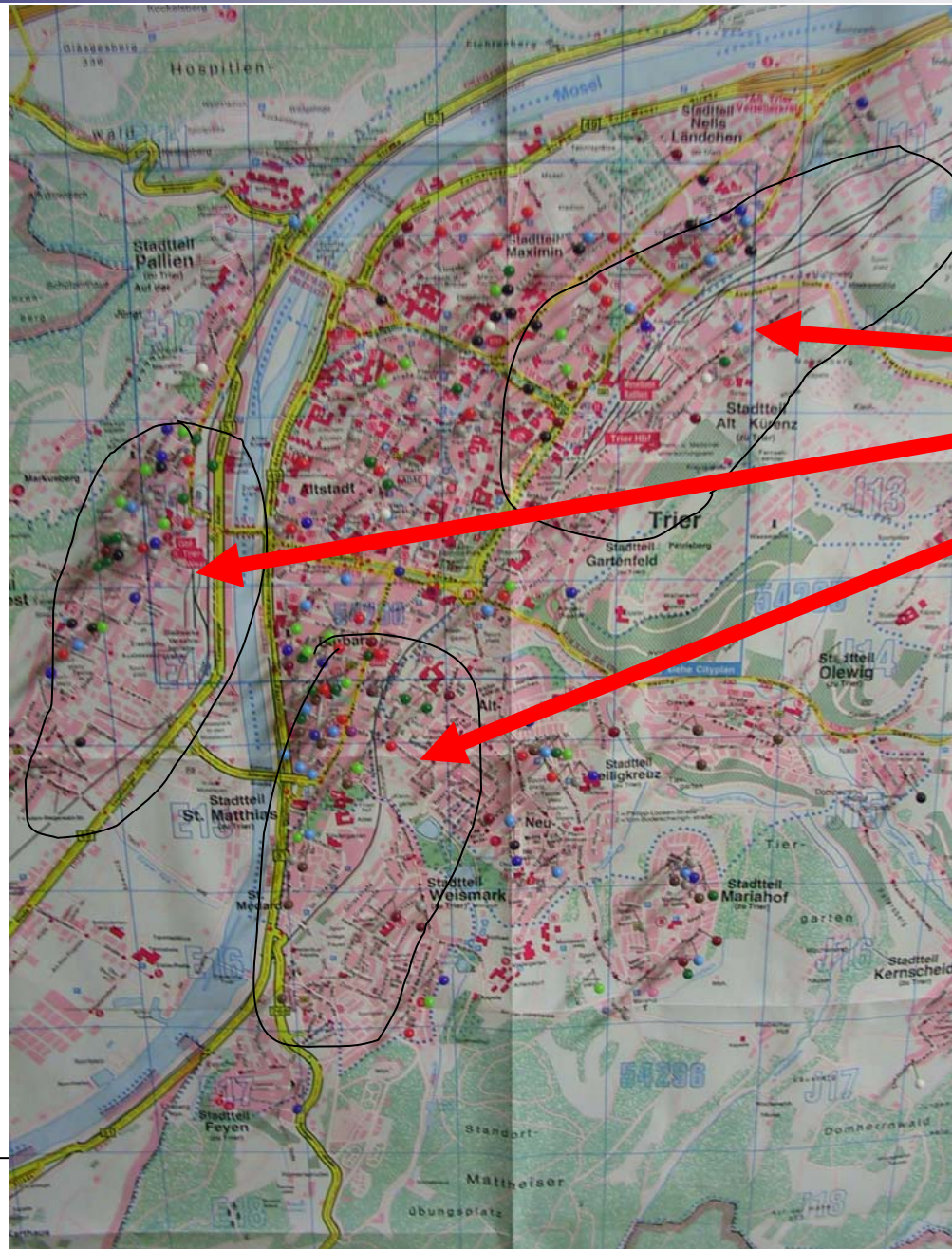
Seit vielen Jahren in Trier erhöhte Lungenkrebsmortalität

- Auswertung von Routinedaten (Todesursachenstatistik)
- Ergänzende Primärdatenerhebungen (Befragungen von Angehörigen, Gesundheitssurveys)

Lungenkrebstote 1986-1990 (altersstandardisierte Raten)

	Tr	Tr-Sb	Coc-Zel	R.P.
M:	61,55	59,46	50,49	52,86
F:	11,85	6,30	6,70	7,26

Quelle: Krebsatlas



Krebs-
cluster in
Trier

Lokalisation an
großen Ein- und
Ausfallstraßen.

Ursache Dieselruß?

Befragung von 102 Angehörigen der im Zeitraum 1991 bis 1997 in Trier an Lungenkrebs Verstorbenen (N = 406). 141 Angehörige konnten ermittelt werden, 102 waren zu einem Interview bereit.

Alle Verstorbenen haben mindestens 25 Jahren in Trier gelebt

Rauchen	N
nie	2
ehemalige Raucher	9
Raucher	91
	102

Alter zu Beginn des Rauchens:

	N
15-19	62
20-24	27
25-29	10
30 oder älter	1

84% haben länger als 30 Jahre geraucht!

Schadstoffexposition:

Packungsjahre

Ein Packungsjahr = ein Jahr lang 20 Zigaretten täglich

Studie des Umweltbundesamtes:

Schwache Raucher:	bis 20 Packungsjahre
Mittlere Raucher:	20-40 Packungsjahre
Starke Raucher:	über 40 Packungsjahre

Packungsjahre in Trier:

	N
bis 20	9
21 bis 40	21
41 bis 60	24
61 bis 80	22
81 bis 100	24

70% haben mehr als 40 Packungsjahre geraucht

Packungsjahre

Mittelwert Trier 60

Mittelwert UBA-Studie 30

Fazit: Die primäre Ursache für die erhöhte Lungenkrebsmortalität scheint das Rauchen zu sein.

Grund: Preiselastizität der Nachfrage (Luxemburg)

Surveydaten: Sozialepidemiologie

Multimorbidität

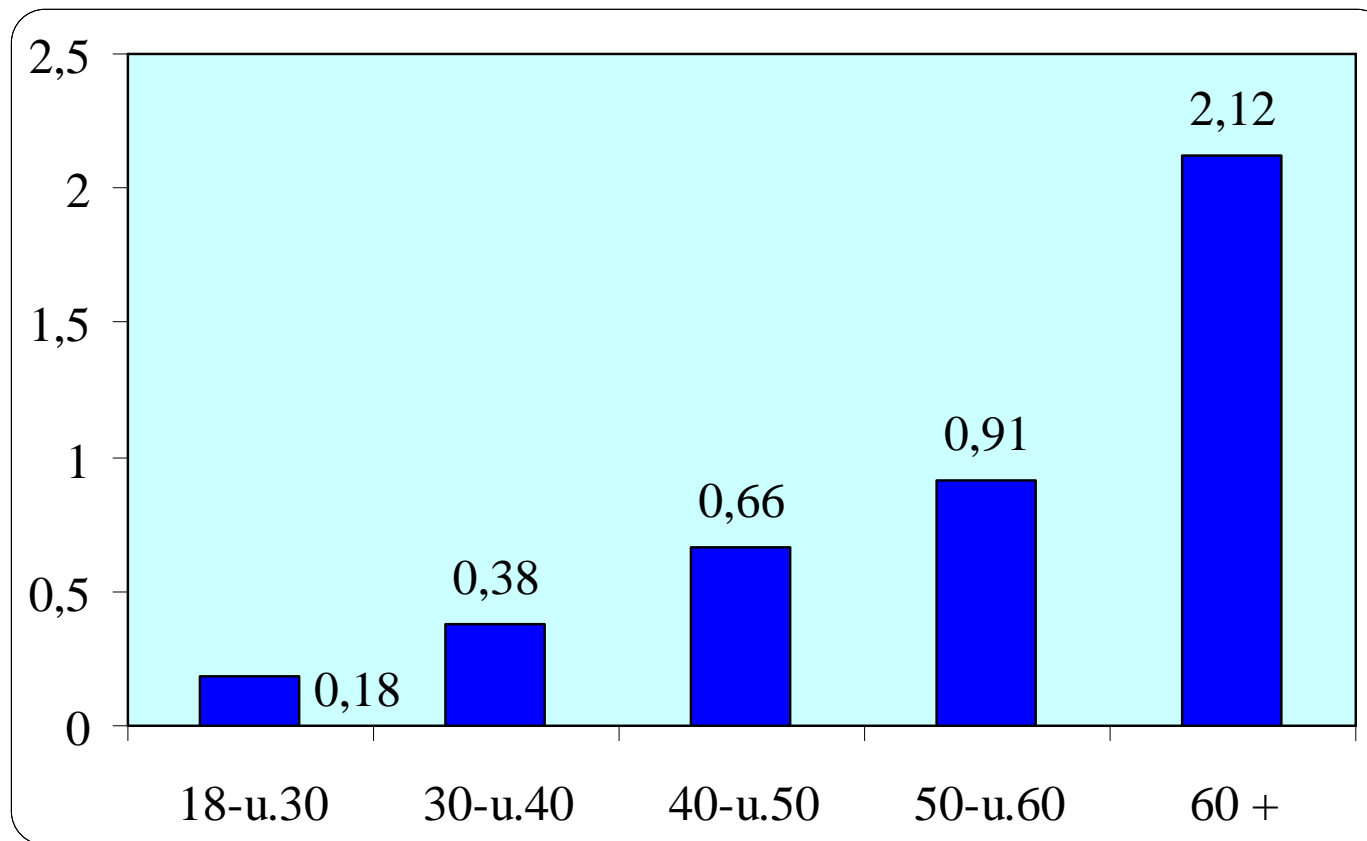
	2000	2005
0	63,6	58,4
1	20,0	25,4
2	9,3	8,8
3	4,2	3,8
4	2,0	2,4
5	0,4	0,8
6	0,4	0,2
7	0,2	0,2
8	-	-
Arith. Mittel	0,6	0,7
N	505	500

Krankheiten/Beschwerden

- Arterielle Durchblutungsstörungen an den Beinen
- Bluthochdruck,
- Chronische Bronchitis,
- Diabetes
- Durchblutungsstörungen des Herzens
- Folgen eines Herzinfarktes
- Folgen eines Schlaganfalls
- Gicht

Surveydaten: Sozialepidemiologie

Multimorbidität nach Altersklassen, Mittelwerte



Surveydaten: Sozialepidemiologie

Multimorbidität: Altersklassen und Bildungsstatus

	kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschul- reife oder Abitur
18 b. u. 30	0,31	0,11	0,19
30 b. u. 40	0,68	0,27	0,37
40 b. u. 50	0,93	0,57	0,43
50 b. u. 60	1,07	0,88	0,64
60 oder älter	2,44	1,47	1,35
Sig. von F: Alter: .000, Bildung: .000, Interaktion Alter und Bildung: .310			

Daten aus der Einschulungsuntersuchung: Sozialepidemiologie

- Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen folgt einem Schichtgradienten.
- Gilt dies auch für Impfungen?

Daten aus der Einschulungsuntersuchung: Sozialepidemiologie

Gebietstypologie Trier:

- Statushohe Gebiete (bürgerliche Wohngebiete): Hoher Anteil von Einfamilienhäusern, niedrige Arbeitslosenquote und Quote von Empfängern staatlicher Transfers, niedriger Anteil von Ein-Eltern-Familien
- Statusniedrige Gebiete (soziale Brennpunkte): Hoher Anteil von Mietshäusern, hohe Arbeitslosenquote und Quote von Empfängern staatlicher Transfers, hoher Anteil von Ein-Eltern-Familien

Daten aus der Einschulungsuntersuchung: Sozialepidemiologie

Dokumentation U1 bis U9: Vorsorgeheft vorgelegt:

Soziale Brennpunkte

79,6%

Bürgerliche Wohngebiete

87,4%

Daten aus der Einschulungsuntersuchung: Sozialepidemiologie

Teilnahme U1 bis U9:

	Soziale Brennpunkte	Bürgerliche Wohngebiete
U1	100	100
U2	99,1	100
U3	96,3	99,5
U4	94,4	100
U5	88,8	98,5
U6	88,3	97,4
U7	85,5	95,4
U8	75,2	86,7
U9	65,9	79,0

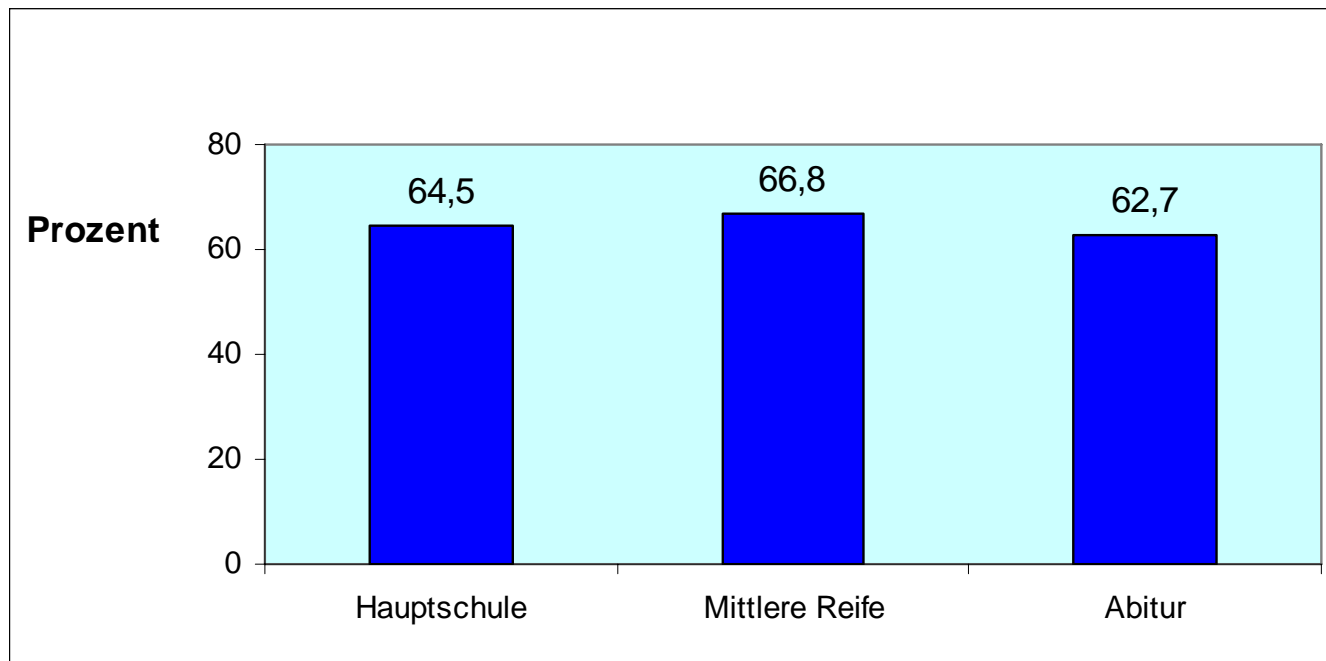
Daten aus der Einschulungsuntersuchung: Sozialepidemiologie

Vollständige Impfung gegen:

	Soziale Brennpunkte	Bürgerliche Wohngebiete
Polio	74,4	86,1
Diph.	75,5	87,4
Tetanus	75,4	87,9
Pertus.	42,8	57,4
HIB	65,4	70,4
Masern	69,1	78,0
Mumps	69,5	77,1
Röteln	63,2	71,3

Daten aus der Einschulungsuntersuchung: Sozialepidemiologie

Stiko-Impfungen: Vollständige Grundimmunisierung nach
Bildungsstatus der Mütter



RLP, Landesweite Daten

Kooperation KV-ÖGD-Universität

Versorgungsforschung

Nutzung von Struktur-,
Diagnose-, Therapie- und
Verordnungsdaten für ein
kontinuierliches Monitoring der
ambulanten Versorgung in
Städten und Gemeinden

Analyse der ambulanten
Morbidity im Kassenrahmen



Demographischer Wandel und Medizinische Versorgung in RLP

Strukturwandel:

Ärzte und Patienten werden gemeinsam alt.

Arztpraxen werden häufiger vakant.

Patienten gehen häufiger zum Arzt und weisen ein geändertes Krankheitsspektrum auf.



Diskrepanz von Angebot und Nachfrage.



Lösung aus Sicht der Krankenkassen

- Statt sich in der Stadt niederzulassen, sollten die Ärzte aufs Land gehen, etwa in die Eifel oder in den Hunsrück, wo es weniger, in einigen Orten auch zu wenige Ärzte gibt.
- Die KV – so Schneider - müsse ihrem Auftrag, für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu sorgen, gerecht werden und Ärzte aus Trier in die Eifel oder den Hunsrück bringen.

Medizinischer Nachwuchs: Traumberuf Landarzt?



Berufsmonitoring Medizinstudenten

Onlinebefragungen von Medizinstudenten

- Pilotbefragung Universität Mainz 2009 (N = 761)
- Bundesweite Befragung 2010 (N = 12.518)

Berufsmonitoring Medizinstudenten

Generelle Trends:

- Medizin wird weiblich (Frauenanteil deutlich über 60%)
- Tätigkeit im Angestelltenverhältnis oder als niedergelassener Facharzt ist deutlich attraktiver denn als niedergelassener Hausarzt
- Teilzeittätigkeit ist sehr attraktiv
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist sehr wichtig
- Unattraktiv sind kleine Gemeinden auf dem Land

Berufsmonitoring Medizinstudenten

Spätere Tätigkeiten

- | | |
|--|-----|
| ■ Angestellter Arzt im Krankenhaus | 77% |
| ■ Facharzt in eigener Praxis | 75% |
| ■ Angestellter Arzt in MVZ | 56% |
| ■ Angestellter Arzt in Praxis | 49% |
| ■ Hausarzt in eigener Praxis | 38% |
| ■ Angestellter Arzt in der Forschung | 24% |
| ■ Angestellter Arzt im ÖGD | 19% |
| ■ Angestellter Arzt in der Pharmaindustrie | 13% |
| ■ Angestellter Arzt bei einer Krankenkasse | 6% |

Berufsmonitoring Medizinstudenten

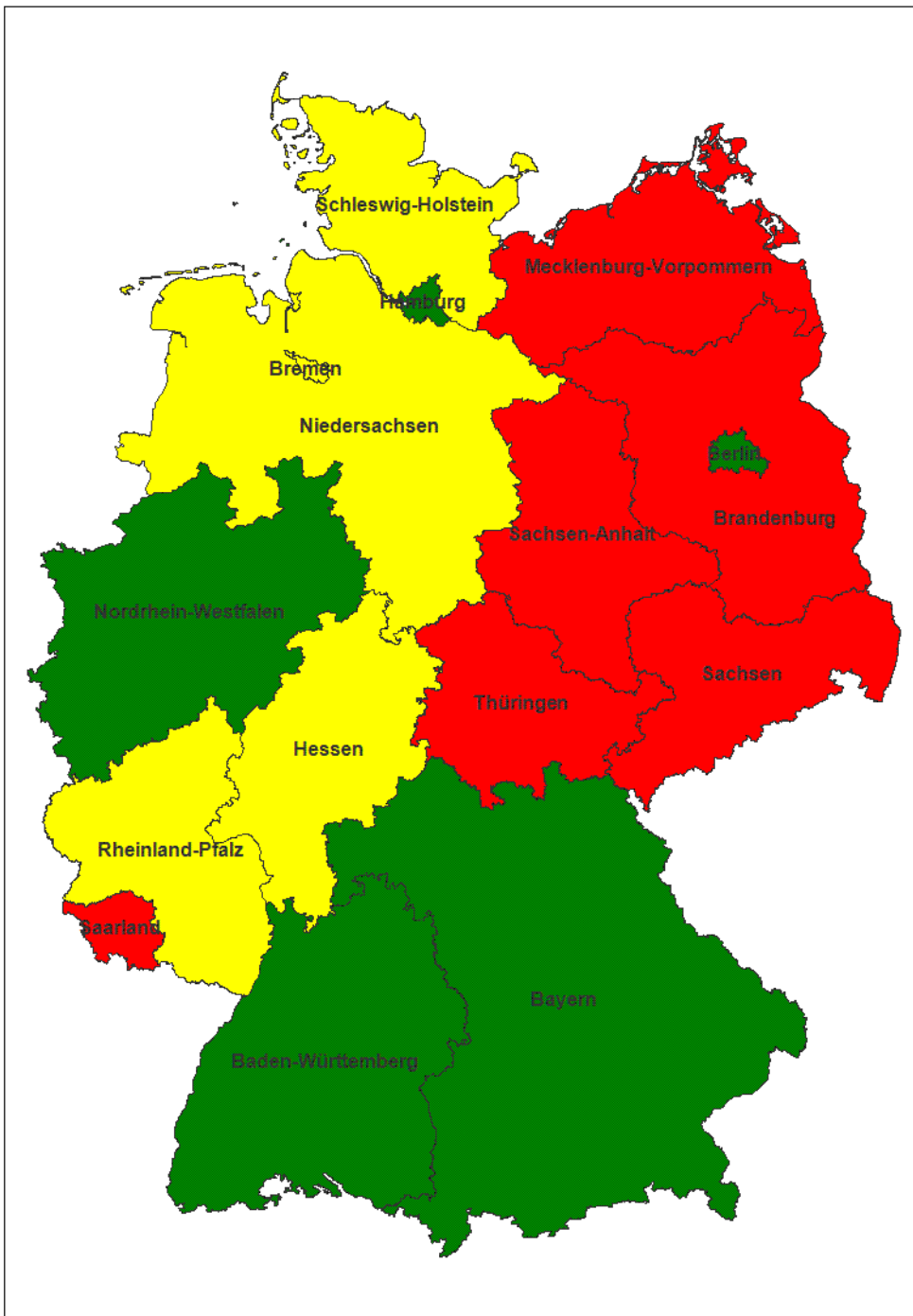
Es kommen als Arbeitsorte **nicht** in Frage:

■ bis 2.000 EW	54%	} unattraktiv: Landgemeinden „ICH WILL NIEMALS IN MEINEM GANZEN LEBEN AUFS LAND ZIEHEN!!!“
■ 2.000 bis 5.000 EW	46%	
■ 5.000 bis 10.000 EW	36%%	
■ 10.000 bis 50.000 EW	29%	
■ 50.000 bis 100.000 EW	11%	} attraktiv: mittelgroße Städte, Großstädte
■ 100.000 bis 500.000 EW	8%	
■ über 500.000 EW	16%	

Bundesweite Befragung

Spätere Arbeitsorte

■ Heimatbundesland	86%
■ Nähere Heimatregion	80%
■ Anderes Bundesland	77%
■ Ausland	63%



Spitzengruppe

Süddeutschland, NRW, Metropolen (57%)

Hamburg	63%
Bayern	57%
Baden-W.	55%
Berlin	53%
NRW	51%

Mittelfeld

Westdeutsche Flächenstaaten (45%)

Niedersachsen	45%
Schleswig-Holstein	39%
Hessen	38%
Rheinland-Pfalz	38%
Bremen	33%

Schlussgruppe

Neue Länder, Saarland (31%)

Mecklenburg-Vor.	27%
Sachsen	24%
Thüringen	23%
Brandenburg	23%
Saarland	21%
Sachsen-Anhalt	17%

Berufsmonitoring Medizinstudenten

Einkommenswartungen: Monatsnettoeinkommen

	Niedergelassener Landarzt	Niedergelassener Stadtarzt	Angestellter Arzt
Arith. Mittel	5390.-	5458.-	4353.-
Median	5000.-	5000.-	4000.-
Modus	5000.-	5000.-	4000.-
Standardab.	3954.-	3971.-	2946.-

Ausblick: Laufende Forschungsprojekte

- Berufsmonitoring Niedergelassene Ärzte in RLP in Kooperation mit der KV
- Gewinnung von ehrenamtlichen ärztlichen Personal für die Medizinische Task Force, Potentialanalyse. Auftraggeber Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

Ausblick: Ziele der kleinräumigen Versorgungsforschung

- **Strukturplanung** für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur in der Zukunft mit den **Schwerpunkten** einer wohnortnahen **haus- und fachärztlichen Versorgung, Geriatrie, Psychiatrie** und **Palliativmedizin** sowie einem effektiven und effizienten ärztlichen Bereitschaftsdienst und der notärztlichen Versorgung
- Entwicklung von **Anreizsystemen zur Niederlassung** in strukturschwachen Räumen im Rahmen eines Modellprojektes
- **Konzeption von neuen Versorgungsformen** für die Versorgung in strukturschwachen Räumen