

Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren

Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009

In Deutschland besteht ein zunehmender Bedarf an aktuellen und validen Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, dem das Robert Koch-Institut (RKI) mit der Etablierung des Gesundheitsmonitorings Rechnung getragen hat [1]. Durch das Gesundheitsmonitoring sollen der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitspolitik auf Bundesebene umfangreiche Informationen zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden. Dies wird durch die drei repräsentativen Untersuchungs- beziehungsweise Interviewsurveys DEGS (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland), GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) und KiGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) gewährleistet. Alle drei Erhebungen basieren auf umfangreichen, bundesweit repräsentativen Stichproben, die es ermöglichen, Gesundheitsindikatoren für Deutschland mit einer hohen statistischen Genauigkeit auszuweisen. Eine Regionalisierung der Daten ist für den Vergleich der alten und neuen Bundesländer sowie für die bevölkerungsreichsten Bundesländer möglich.

Für viele Zusammenhänge ist es wünschenswert, nicht nur Daten auf der Bundes- oder Länderebene, sondern auch für kleinere regionale Einheiten, wie etwa Stadt- und Landkreise, verfügbar zu haben. Während in Deutschland zu regionalen Unterschieden in der Mortalität [2] oder zur Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung [3] bereits entsprechen-

de Daten zur Verfügung stehen, fehlen diese Informationen bisher für Merkmale des Gesundheitsverhaltens oder auch für die Selbsteinschätzung der Gesundheit. Eine Abschätzung der regionalen Unterschiede hinsichtlich dieser Merkmale ist beispielsweise für die Planung von Präventionsmaßnahmen von Interesse. Die Fallzahlen aus den verfügbaren Datenquellen (Health Interview oder Health Examination Surveys mit repräsentativen Stichproben) sind aber für kleinräumige Untergliederungen nicht mehr ausreichend, um über Anteilswerte hinreichend genaue und stabile Schätzwerte

zu erhalten. In diesem Beitrag wird mit der sogenannten Small-Area-Estimation (SAE) ein Verfahren vorgestellt, das entsprechende Analysen ermöglichen soll [4, 5]. Das Verfahren wird anhand von Daten der GEDA-Studie 2009 exemplarisch für drei Gesundheitsindikatoren (allgemeiner Gesundheitszustand, Rauchen, Adipositas) angewendet.

Im vorliegenden Beitrag werden zunächst die Datenquellen, die verwendeten Indikatoren, die Methode der Small-Area-Estimation und die Analysestrategie beschrieben. Im Ergebnisteil wird die SAE durchgeführt und ihre Ergebnisse karto-

Tab. 1 Stichprobenbeschreibung der GEDA-Studie 2009 entlang der zentralen Untersuchungsvariablen (n = 21.262)

	Anzahl	Anteil Stichprobe	Anteil gewichtet ^a
Geschlecht			
Männer	9.148	43,0%	48,5%
Frauen	12.114	57,0%	51,5%
Alter			
18–29 Jahre	3.789	17,8%	17,3%
30–44 Jahre	5.976	28,1%	26,2%
45–64 Jahre	7.461	35,1%	32,3%
65+ Jahre	4.036	19,0%	24,2%
Gesundheitszustand			
Sehr gut/gut	15.937	75,1%	70,4%
Mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht	5.293	24,9%	29,6%
Aktuelles Rauchen			
Nein	15.028	70,7%	70,1%
Ja	6.223	29,3%	29,9%
Adipositas (BMI > 30)			
Nein	18.047	86,6%	84,0%
Ja	2.791	13,4%	16,0%

^aGewichtung nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung auf die Bevölkerung Deutschlands am 31.12.2008

