

CORONA UND SOZIALE LAGE

Was kann man dazu aus Routinedaten lernen?

Prof. Dr. Susanne Busch / Nele Meinert (M.Sc.)

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Department Pflege und Management

CCG Ringvorlesung „Neu sortieren! Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung?“

26.01.2022

Das Virus als Gleichmacher

Armutsbericht

Corona macht Arme noch ärmer

Stand: 05.03.2021 17:56 Uhr

Corona und Migrationshintergrund
Experte: "Die soziale Lage ist
entscheidend"

PANDEMIE

Die sozialen Folgen von Corona in Hamburg

Das Virus ist ein Spalter

Corona in Hamburg

Die geteilte Stadt

Die Pandemie bringt Menschen in Not, die schon vorher wenig hatten. Aber auch Selbstständige und Künstler kämpfen gegen die Armut. Eine Spurensuche durch Hamburg

Corona in Hamburg: So hart hat die Krise die Ärmsten getroffen

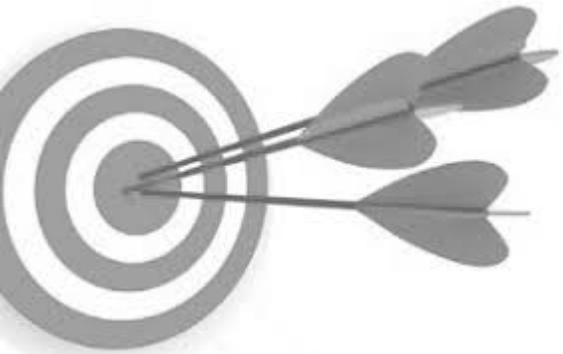
Coronavirus in Köln

Impfen im Brennpunkt

Stand: 03.05.2021 19:37 Uhr

Soziale Problemviertel werden häufig auch zu Corona-Hotspots. In Köln rücken nun mobile Teams aus - und impfen Bewohner der ärmeren Stadtteile, auch unabhängig von der Prioritätenliste.

1. HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG



INHALTE

1. Hintergrund und Zielsetzung
- 2. Routinedaten in der Versorgungsforschung**
- 3. Soziale Ungleichheit**
- 4. Soziale Lage und Gesundheit**
- 5. Covid-19 und soziale Lage**
- 6. Vorstellung des Vorhabens**
- 7. Erste Ergebnisse**
- 8. Fazit**

2. ROUTINEDATEN IN DER VERSORGUNGSFORSCHUNG

„Routinedaten sind **prozessproduzierte, umfangreiche Informationssammlungen, die im Rahmen der Verwaltung, Leistungserbringung bzw. Kostenerstattung** (z.B. bei der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung sowie in Arzt- oder Krankenhausinformationssystemen) **anfallen** und elektronisch erfasst sind.

Sie werden neben Daten der amtlichen Statistik und aus krankheitsbezogenen Registern sowie den zu anderen Zwecken erhobenen Primärdaten unter dem Begriff »Sekundärdaten« zusammengefasst.“

(Hoffmann & Glaeske 2017: 122)

z.B. Stammdaten, ambulante und stationäre Versorgung, DMP, zahnärztliche Versorgung, Pflegeleistungen

4

2. ROUTINEDATEN IN DER VERSORGUNGSFORSCHUNG

Vorteile

- Große Stichprobenumfänge
- Personenbezug
- Wohnortbezug
- Kontinuierliche Datenerhebung
- Vollständigkeit
- Schnelle Verfügbarkeit
- Verzerrungsfreiheit
- Sektorenübergreifende Perspektive

Nachteile

- Kein originärer Forschungszweck
- Untererfassung von Risikofaktoren
- Eingeschränkte Repräsentativität
- Fehlen klinischer Angaben
- Begrenzte soziodemographische Angaben
- Anspruch an Datenschutz
- Schwieriger Zugang

Auswertung von GKV-Routinedaten – Vor- und Nachteile

(in Anl. an Ohlmeier et al. 2014)

2. ROUTINEDATEN IN DER VERSORGUNGSFORSCHUNG



Relevanz der Routinedatenforschung

- Beginn der Nutzung in 1970er Jahren, v.a. Analyse von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen
- Seitdem z.B. jährlicher Arzneimittelverordnungs-Report, Auswertung bestimmter Leistungsbereiche durch GKV-en und steigende Anzahl an Forschungspublikationen
- SVR Gesundheitswesen 2015: Untersuchung der Versorgungssituation auch mit GKV-Routinedaten (SVR 2015)
- Arbeitsgruppe zur Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) und eigene Grundlagenliteratur

Analysemöglichkeiten von GKV-Routinedaten

- Bereitstellung von Grunddaten (z.B. Morbiditätseinschätzungen, Inanspruchnahme und Muster von Versorgungsleistungen, Kosten, Versorgungsqualität)
- Beschreibung und Erklärung (z.B. Qualitäts- und Outcomeforschung, Gesundheitsinformationssysteme, Monitoring)
- Untersuchung von Versorgungskonzepten (z.B. Planung und Evaluation)

(Hoffmann & Glaeske 2017; March et al. 2019; Swart et al. 2014; Swart et al. 2015)

3. SOZIALE UNGLEICHHEIT

„Als **soziale Ungleichheit** bezeichnet man bestimmte vorteilhafte und nachhaltige Lebensbedingungen von Menschen, die ihnen aufgrund ihrer Positionen in gesellschaftlichen Beziehungsgefügen zukommen.“

(Hradil 2016)

- Besser-/Schlechterstellung aufgrund gesellschaftlicher Position
- überindividuell
- sozial konstruiert
- angepasst an aktuelle gesellschaftliche Anforderungen



3. SOZIALE UNGLEICHHEIT

Historie

- Aristoteles (384–322 v. Chr.): Ungleichheit ist „natürlich“ und verwirklicht die Natur des Menschen
- Kastengesellschaft: hierarchischer Aufbau der Gesellschaft ist unveränderlich
- Ständegesellschaft: Rang nach Geburt und Herkunft (z.B. Adel, Klerus, Bürger und Bauer)

Moderne Gesellschaft

- keine „natürlichen“ oder „gottgegebenen“ Ursachen sozialer Ungleichheit
- „angeborene“ Merkmale wie das Geschlecht spielen zwar eine Rolle für die Lebenschancen, sind aber keine Legitimation für soziale Ungleichheiten
- Wandel durch gesellschaftliche, politische und wirtschaftliche Entwicklungen (z.B. Auflösung der Ständegesellschaft, Industrialisierung)

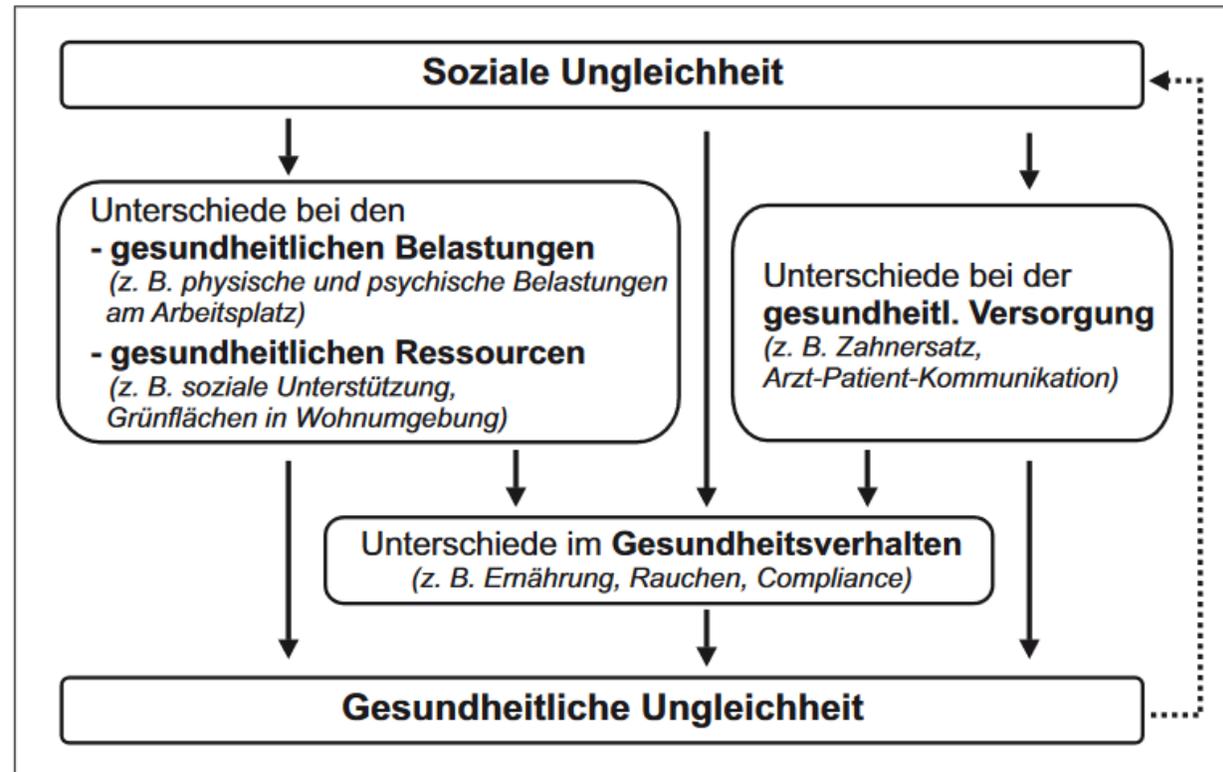
(Burzan 2011)

3. SOZIALE UNGLEICHHEIT

Soziale Schichten	Soziale Lagen	Milieus
entwickelt in den 1930er-Jahren	entwickelt in den 1980er-Jahren	entwickelt in den 1980er-Jahren
vertikale soziale Ungleichheiten zwischen oben und unten	vertikale und horizontale soziale Ungleichheiten	kultursoziologischer Ansatz
Unterschiede in den objektiven Lebensbedingungen, wie Beruf, Einkommen, Ausbildung, Einfluss, Sozialprestige	Unterschiede in den objektiven Lebensbedingungen und bei horizontalen Kriterien, wie Alter, Geschlecht, Kinderzahl, Region	Unterschiede in den Wertorientierungen und Einstellungen zur Arbeit, zu Konsum, Familie und Partnerschaft, zur Politik sowie Unterschiede in den Lebensstilen
	z.B. Sozioökonomischer Status (SES), subjektiver sozialer Status („Leiter“) (z.B. Hoebel et al. 2015)	z.B. Sinus-Milieus (z.B. Sinus-Institut 2021)

Soziale Ungleichheit heute = vertikale und horizontale Ungleichheiten sowie Unterschiede in Werten und Einstellungen

4. SOZIALE LAGE UND GESUNDHEIT



Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit.

(Mielck 2005)

4. SOZIALE LAGE UND GESUNDHEIT

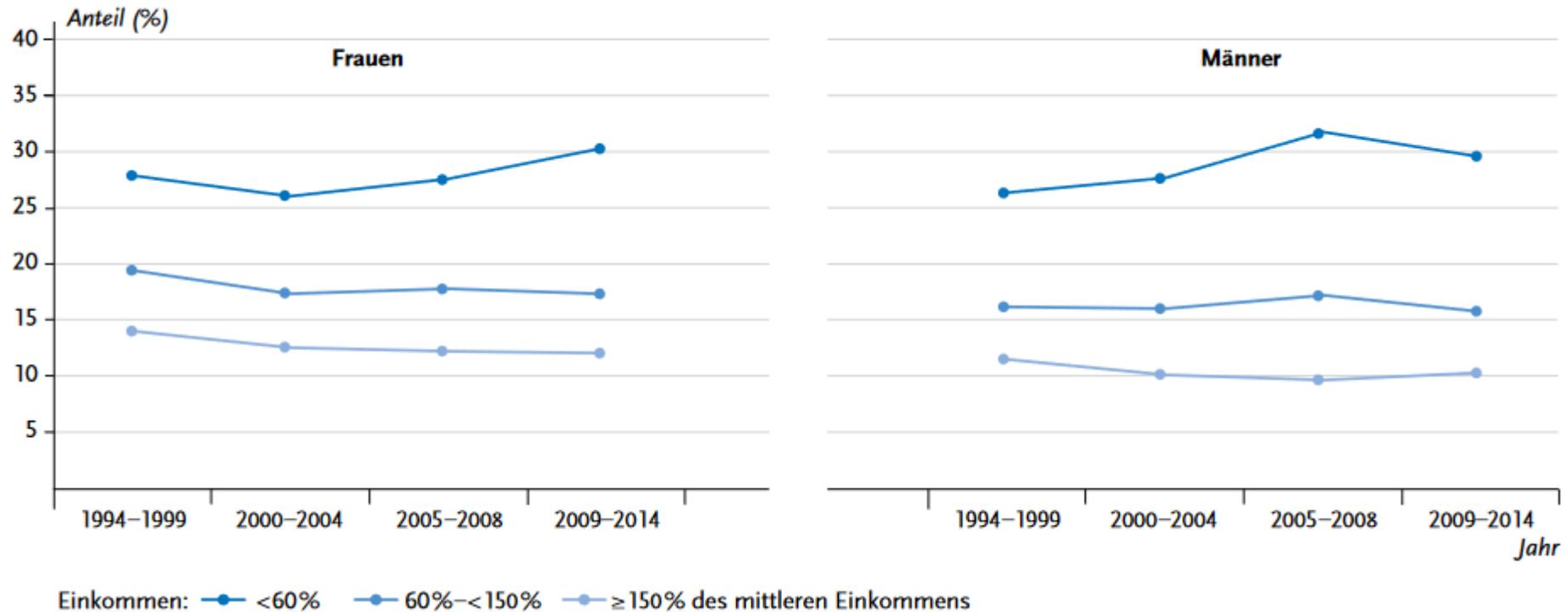
Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit (auch: ‚gesundheitliche Ungleichheit‘) ist durch Studien mittlerweile ausreichend belegt. **Menschen mit niedrigerem Einkommen, geringerer Bildung, mit weniger Entscheidungsspielräumen und geringerer Verantwortung weisen erhöhte Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken auf:**

- Gesundheitliche Ungleichheiten treten **über die gesamte Lebensspanne hinweg** auf.
- Gesundheitliche Ungleichheiten **manifestieren sich in fast allen Erkrankungen**, sowohl körperlichen als auch psychischen.
- **In allen Ländern, in denen Gesundheitsdaten erhoben werden**, lassen sich gesundheitliche Ungleichheiten feststellen.
- Gesundheitliche Ungleichheiten **verstärken sich in Krisen- und Umbruchzeiten**.

(Geyer 2020)

SELBSTEINSCHÄTZUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES

Zeitliche Entwicklung der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes („weniger gut“ oder „schlecht“) bei 25 bis 69jährigen Frauen und Männern nach Einkommen (altersstandardisiert auf die Europastandardbevölkerung 2013). Quelle: SOEP 1994–2014

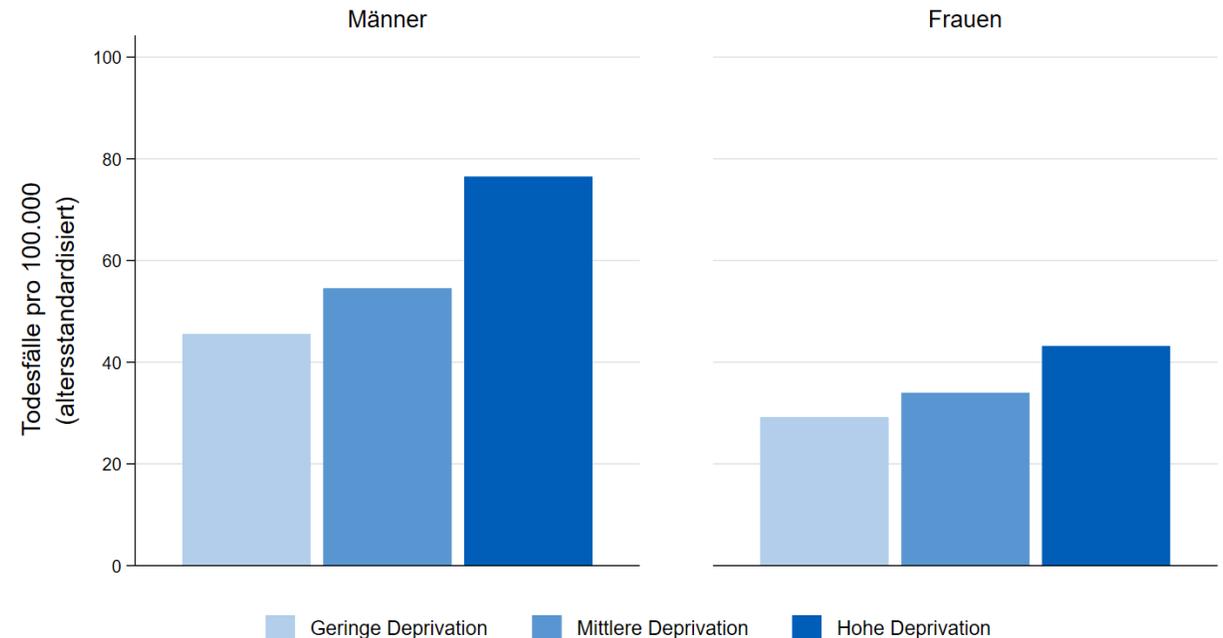


(Lampert et al. 2018)

5. COVID-19 UND SOZIALE LAGE

Covid-19-Pandemie lässt die Problematik gesundheitlicher Ungleichheit deutlich hervortreten:

- Höhere Infektionsraten in Bevölkerungsgruppen mit hohem Sozialstatus („Reiserückkehrer“) zu Beginn der Pandemie (z.B. Plümper & Neumayer 2020; Dragano et al. 2021)
- Erkenntnisse aus der zweiten Welle: Erhöhte Infektionsrate, größeres Sterblichkeitsrisiko und niedrigere Impfbereitschaft in Bevölkerungsgruppen mit niedriger Soziallage (z.B. RKI 2022, Wachtler et al. 2020)



Altersstandardisierte COVID-19-Sterblichkeit nach regionaler sozialer Benachteiligung (Deprivation) im Dezember 2020 und Januar 2021

(RKI 2021)

5. COVID-19 UND SOZIALE LAGE

Ursachen für stärkere Betroffenheit sozial deprivierter Bevölkerungsgruppen:

1. Erhöhte Anfälligkeit (z.B. aufgrund vorbestehender Gesundheitszustände, einer geschwächten Immunfunktion)
2. Erhöhte Exposition (z.B. aufgrund von Arbeitsbedingungen)
3. Eine erhöhte Übertragung (z.B. aufgrund beengter Wohnverhältnisse)

(Hoebel et al. 2021)

Zwischenfazit:

- Komplexität und Multiperspektivität von gesundheitlicher Ungleichheit
- Bedeutung sozioökonomischer Merkmale bei Infektionskrankheiten
- Notwendigkeit eines (kleinräumigen) Monitorings des Infektionsgeschehens und von zielgruppengerechten Infektionsschutzmaßnahmen

5. COVID-19 UND SOZIALE LAGE

Die Perspektive der Gerechtigkeit:

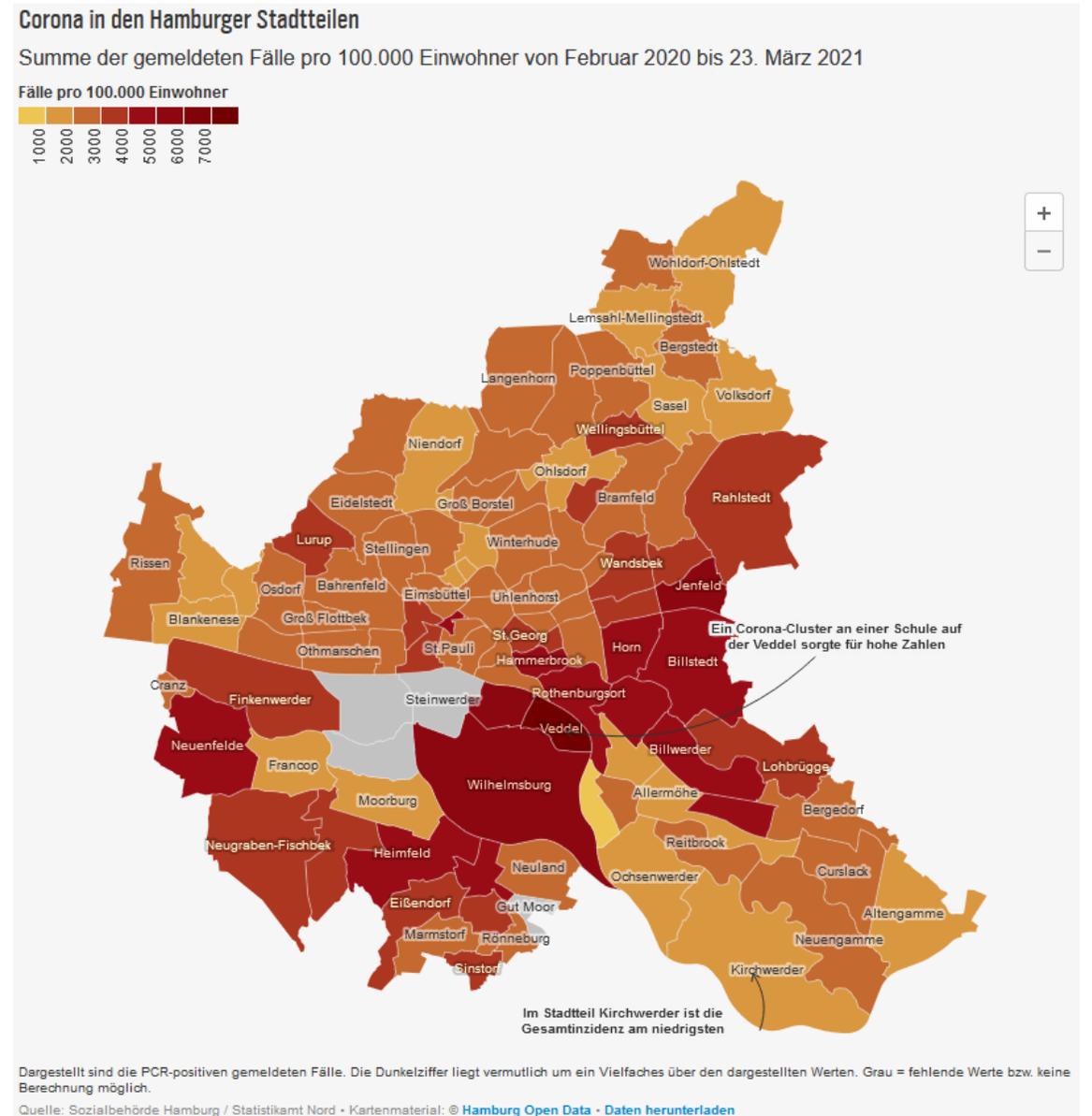
Nicht alles, was in krisenhaften Situationen von einzelnen Individuen oder Gruppen als ungerecht empfunden wird, lässt sich durch eine gute Vorbereitung verhindern. Es ist vermutlich **das Wesen einer Krise, dass sie grundsätzliche ethische oder moralische Fragestellungen aufwirft, die von einer „Vor-Krisen-Gesellschaft“ noch nicht bedacht worden sind bzw. sein können.** Umso wichtiger erscheint es, dass die gleichmäßige Verteilung von Ressourcen oder - im Sinne des Capabilities-Approach - Fähigkeiten zur Konzeptionierung und Umsetzung eines eigenen Lebensentwurfes auf einer langfristigen und dauerhaften Ebene erfolgt (vgl. *Altgeld/Bittlingmayer 2017*). **Praktisch sollte dies bedeuten, dass Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen frühzeitig erfolgen müssen. So können sie dazu beitragen, die gesundheitlichen Benachteiligungen sozioökonomisch schwächerer Bevölkerungsgruppen auszugleichen und die Strukturen im Gesundheitswesen insgesamt resilienter zu machen.**

(Woock/Busch 2021, 450)

6. VORSTELLUNG DES VORHABENS

Hintergrund:

- Politische Diskussionen rund um unzureichende Informationen zu sozialer Lage und Infektionsgeschehen in Hamburger
- Erhöhtes Infektionsgeschehen in Gebieten mit niedriger sozialer Lage
- Studie der Universität Bremen im Auftrag der Partei die LINKE bestätigt Zunahme sozialer Ungleichheit und Betroffenheit bereits benachteiligter Bevölkerungsgruppen (v.a. Kinder und Jugendliche) (Böhme 2020)



6. VORSTELLUNG DES VORHABENS

Zielsetzung:

- Ergänzung der Hamburger Datenlage um eine weitere sozillagensensitive (und potenziell kleinräumige) Perspektive

Datengrundlage und Methodik:

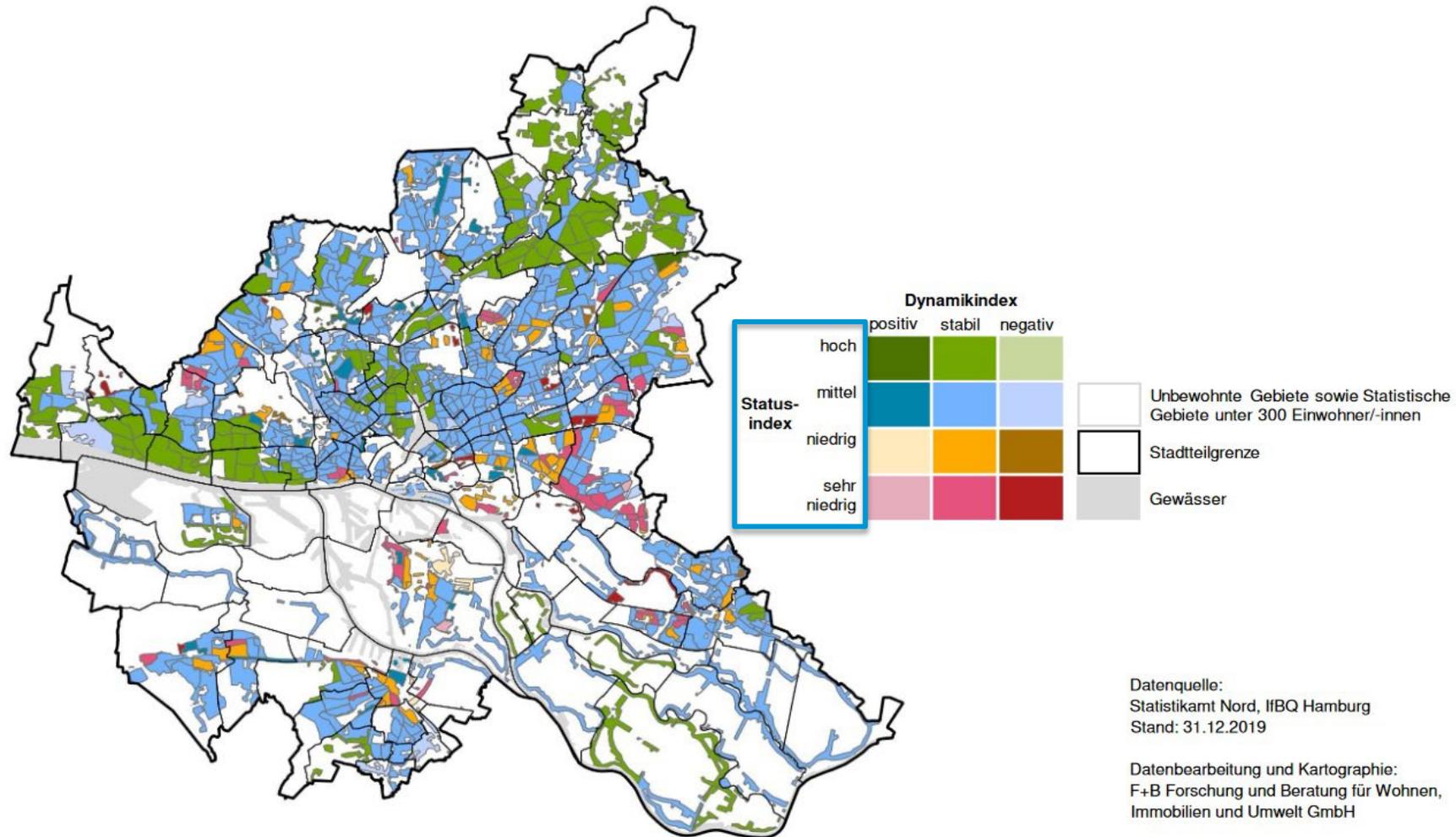
- Aggregierte und anonymisierte GKV-Routinedaten von zwei Krankenkassen aus dem Jahr 2020
- Zuordnung eines Indikators zu Abbildung der sozialen Lage über die Wohnorte der Hamburger Versicherten

(Meinert et al. 2021; Mindermann et al. 2021)

Stammdaten	Geschlecht, Altersgruppe, Pflegegrad, vollstationäre Pflege, Versichertentage, Statusindex
Ambulant	Mind. eine gesicherte Covid-19-Diagnose (U07.1) in 2020
Stationär	Haupt- oder Nebendiagnose Covid-19 des Behandlungsfalls (U07.1), Aufenthaltsdauer, Beatmungsdauer

- Keine Impfdaten
- U07.1-Diagnose mit möglichen Kodierungsungenauigkeiten nach Einführung zum Februar/April 2020

HAMBURGER SOZIALMONITORING



Aufmerksamkeitsindikatoren:

- Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund
- Anteil der Kinder von Alleinerziehenden
- Anteil der SGB-II-Empfänger/-innen
- Anteil der Arbeitslosen an der Bevölkerung zwischen 15 und 65 Jahren
- Anteil nicht erwerbsfähiger Hilfebedürftiger (SGB II) an der Bevölkerung unter 15 Jahren
- Anteil der Empfänger/-innen von Mindestsicherung im Alter (SGB XII)
- Anteil der Schüler/-innen ohne Schulabschluss oder mit Haupt- oder Realschulabschluss

7. ERSTE ERGEBNISSE – EINORDNUNG DER DATEN

Tab. 1: GKV-Versicherte in Hamburg in 2020.

	n	Prozent (%)
Routinedaten gesamt	303.596	18,8
Fehlend	1.313.194	81,2
GKV-Versicherte HH	1.616.790	100,0

Tab. 2: Verteilung der Statusindexklassen in Hamburg.

	Routinedaten gesamt		Hamburg gesamt*		Abweichung Prozentpunkte
	n	Prozent (%)	n	Prozent (%)	
hoch	14.988	4,9	291.414	15,6	-10,7
mittel	176.133	58,1	1.214.293	65,1	-7,0
niedrig	46.258	15,2	171.821	9,2	6,0
sehr niedrig	66.217	21,8	186.699	10,0	11,8
Gesamt	303.596	100,0	1.864.227	100,0	

* Hamburg gesamt inkl. privatversicherter Personen; ** von Referenzdaten "Hamburg gesamt"

Überrepräsentierung niedriger und sehr niedriger Statusindexklassen

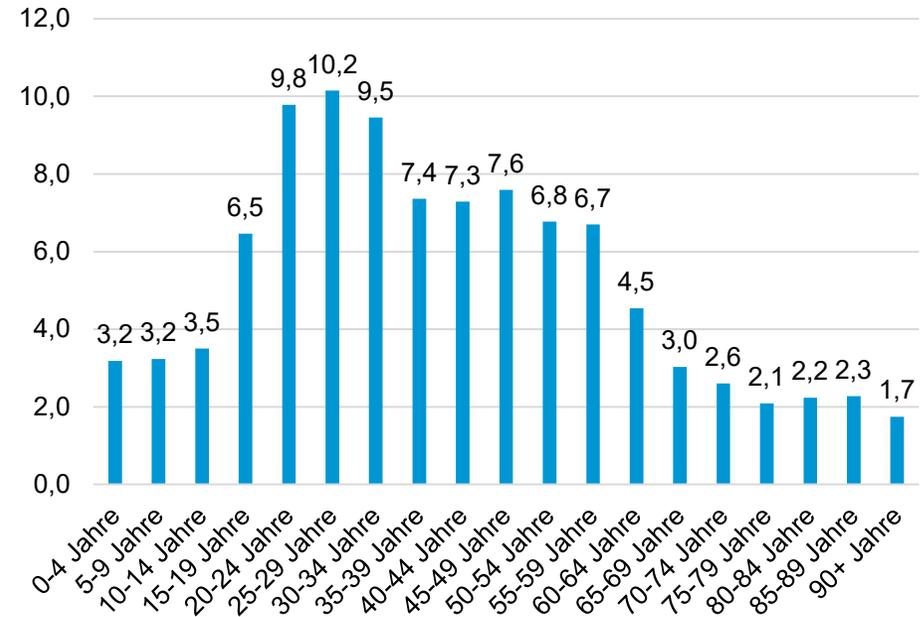
- Zuordnung des Wohnortes der Versicherten der zwei Kassen zu den vier Statusindexklassen (hoch – mittel – niedrig – sehr niedrig)
- Verwendung der Indexzuordnung aus dem Jahr 2017: Nicht abgebildet sind Kassenwechsler:innen, Verzogene/Verstorbene und Versicherte für die die Verortung des Wohnortes nicht möglich war (z.B. falsche/fehlerhafte Adresse)

(Referenzdaten: BMG 2021; Statista 2021)

7. ERSTE ERGEBNISSE – AMBULANTE DATEN

Tab. 3: Geschlecht der Versicherten mit mind. einer gesicherten Diagnose U07.1.

	n	Prozent (%)
männlich	5.856	45,1
weiblich	6.849	53,9
Gesamt	12.705	100,0

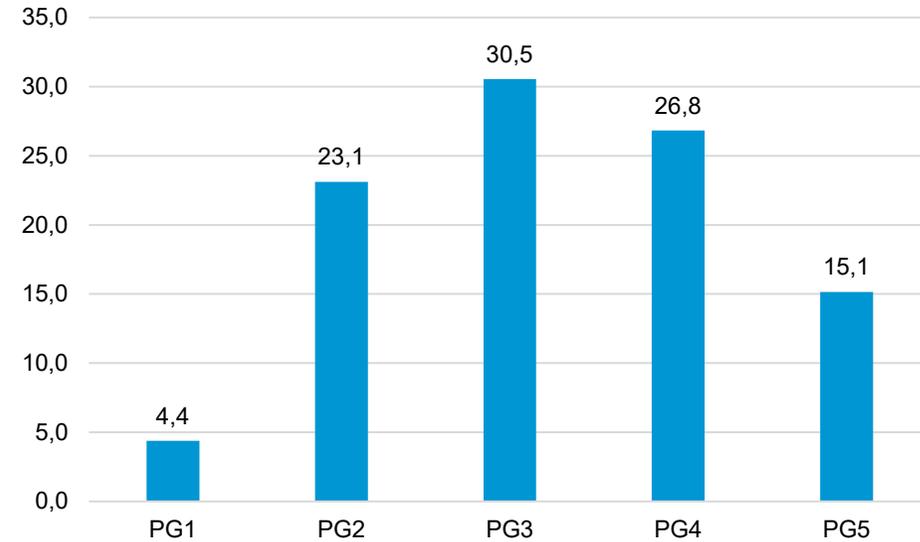


Altersgruppen der Versicherten mit gesicherter Diagnose U07.1 (n=12.705) in Prozent (%).

7. ERSTE ERGEBNISSE – AMBULANTE DATEN

Tab. 4: Inanspruchnahme vollstationärer Pflege nach SGB X bei Versicherten mit mind. einer Diagnose U07.1.

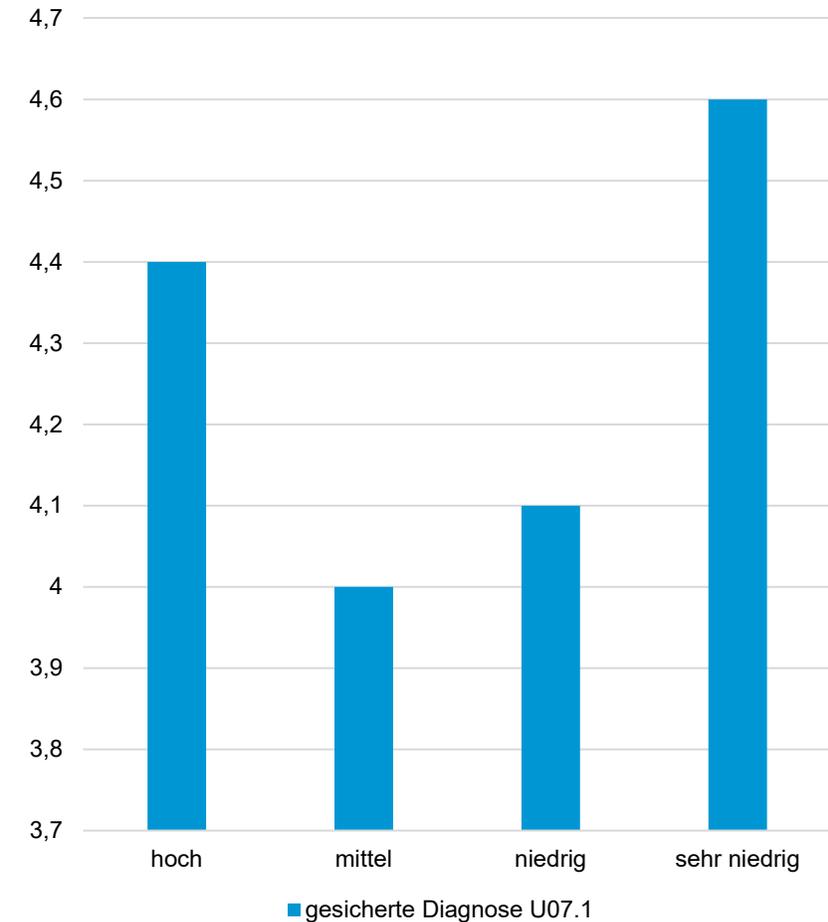
	<i>n</i>	Prozent (%)
nein	11.885	93,5
ja	820	6,5
Gesamt	12.705	100,0



Pflegegrad der Versicherten mit gesicherter Diagnose U07.1 (n=1.506) in Prozent (%).

7. ERSTE ERGEBNISSE – AMBULANTE DATEN

	Routinedaten gesamt	gesicherte Diagnose U07.1	
	<i>n</i>	<i>n</i>	Prozent (%)
hoch	14.988	662	4,4
mittel	176.133	7.133	4,0
niedrig	46.258	1.890	4,1
sehr niedrig	66.217	3.020	4,6
Gesamt	303.596	12.705	4,2



Ausblick:

- Diskussion der Validität
- Systematische Auswertung
- Potenzial der kleinräumigen Auflösung der Daten

8) FAZIT: WAS KANN MAN AUS (GKV-)ROUTINEDATEN LERNEN?

- GKV-Routinedaten liefern nicht nur in der Versorgungsforschung im Allgemeinen relevante Erkenntnisse
- Möglich sind auch kleinräumig und in gewisser Weise auch soziallyagensensitive/“millieuabhängige“ Auswertungen und Analysen.
- Hinweise zur kleinräumigen/räumlich orientierten zielgerichteten Ausgestaltung von Maßnahmen von der Gesundheitsförderung bis hin zur Versorgung sind möglich.
- Im Kontext einer aktueller Entwicklungen liegt darin ein besonderes Potential (Covid-19 Pandemie).
- Ansätze zum kleinräumigen Monitoring des Infektionsgeschehens mit entsprechender Ableitung von Ressourcensteuerung wären möglich.
- Zeitliche und inhaltliche Limitationen bestehen hinsichtlich Datenzugangs-, der Aufbereitung und des Datenschutzes
- Die Forderung nach einem Datenpool über die Morbi-RSA-Daten hinaus ist bekannt (<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1083-5461>)

- BMG (2021): Mitglieder und Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). 2020 – Mitgliederstatistik KM6. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> (Zugriff: 25.01.2022).
- Böhme R (2020): Soziale Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Freien und Hansestadt Hamburg. URL: https://www.linksfraktion-hamburg.de/wp-content/uploads/2021/07/Soziale_Auswirkungen.pdf (Zugriff: 25.01.2022).
- Burzan N (2011): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Dahlgren G & Whitehead M (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Futures Studies, Stockholm.
- Woock, K., Busch, (2021), Sind vor dem Virus alle gleich; Ssozialer Fortschritt, 70 7(7, 437-453.
- Dragano N, Hoebel J, Wachtler B et al. (2021): Soziale Ungleichheit in der regionalen Ausbreitung von SARS-CoV-2. Bundesgesundheitsbl, 64:1116-1124. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03387-w>.
- Geyer S (2021): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. Berlin: BZgA, DOI: <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i109-1.0>.
- Hoebel J, Müters S, Kuntz B, Lange C, Lampert T (2015): Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. Bundesgesundheitsbl, 58: 749-757.
- Hoebel J, Michalski N, Diercke M et al. (2021): Emerging socio-economic disparities in COVID-19-related deaths during the second pandemic wave in Germany. Int Journal of Infectious Diseases, 113: 334-346.
- Hoffmann F & Glaeske G (2017): Analyse von Routinedaten, In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G & Schrappe M (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik – Methodik – Anwendung (2. Auflage), Stuttgart: Schattauer.
- Hradil S (2016): Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung und Mobilität. In: Korte H & Schäfers B (Hrsg.): Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie, Einführungskurs Soziologie, DOI: 10.1007/978-3-658-13411-2_11.
- March S, Andrich S, Drepper J et al. (2019): Gute Praxis Datenlinkage (GPD). Gesundheitswesen. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-0962-9933>.
- Meinert N, Busch S, Swart E (2021): Gesundheit und soziale Lage in Hamburger Quartieren – Ein Ansatz zur Abbildung von Soziallagen mit gesundheitsbezogenen Routinedaten. Das Gesundheitswesen, online first, doi: 10.1055/a-1658-0526.
- Mielck A (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Mindermann N, Schimmelpfennig M, Swart E, Busch S (2021): GKV-Routinedaten und Einsatzdaten des Rettungsdienstes mit Quartiers- und Soziallagenbezug. In: Westenhöfer J et al. (Hrsg): Gesunde Quartiere – Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Band 3. S. 105-136.
- Ohlmeier C, Frick J, Prütz F et al. (2014): Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsbl 57: 464-472.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2021): Soziale Unterschiede in der COVID-19-Sterblichkeit während der zweiten Infektionswelle in Deutschland. URL: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Sozialer_Status_Ungleichheit/Faktenblatt_COVID-19-Sterblichkeit.html (Zugriff: 29.11.2021).
- SVR (2015): Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2015/Krankengeld_Druckfassung.pdf (Zugriff: 25.01.2022).
- Sinus-Institut (2021): Sinus-Milieus Deutschland. URL: <https://www.sinus-institut.de/sinus-milieus/sinus-milieus-deutschland> (Zugriff: 26.11.2021).
- Statista (2021): Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2014 bis 2020. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich/> (Zugriff: 25.01.2022).
- Swart E, Gothe H, Geyer J et al. (2014): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. Gesundheitswesen, 77(02): 120-126. DOI: 10.1055/s-0034-1396815
- Swart E, Ihle P, Gothe H et al. (2015): Routinedaten im Gesundheitswesen – Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Wachtler B, Michalski N, Nowossadeck E et al. (2020): Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. Robert Koch Institut. DOI:<http://dx.doi.org/10.25646/7058>.
- Westenhöfer J, Busch S, Pohlen J et al. (2021): Gesunde Quartiere – Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Band 3. München: Oekom-Verlag.

VIELEN DANK FÜR DIE AUFMERKSAMKEIT!

Für weitere Rückfragen stehen zur Verfügung:
Prof. Dr. Susanne Busch

susanne.busch@haw-hamburg.de

Nele Meinert MSc, BSc

Nele.Meinert@haw-hamburg.de