

Dieter Borgers

Probleme und Ziele einer sozialepidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung

1. Einleitung

Reformbemühungen um das Gesundheitswesen haben sich in den letzten Jahrzehnten auf unterschiedliche Konzepte gestützt. Die Tatsache, daß viele dieser Konzepte nicht von Erfolg gekrönt waren, spricht nur oberflächlich gegen sie; ihr Anliegen bleibt meistens weiter aktuell, auch wenn die Begriffe, die sie benutzten, politisch verbraucht sind. Die Forderung nach einer Gesundheitsberichterstattung ist somit die aktuelle Antwort auf die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung soll eine effektivere Gesundheitspolitik ermöglichen, indem sie, durch empirische Beschreibung und Analyse, Transparenz schafft und so Prioritäten, rationaler und unabhängiger von Standes-, Industrie- und anderen Interessen, durchgesetzt werden können.

Diese Vorstellung ist in Beziehung zum Dunklen, in dem sich gut munkeln läßt, immer richtig, andererseits hält sich die Macht auch in den noch so grell ausgeleuchteten und empirisch bis in feinste Verästelungen verfolgten Widersprüchen, wenn sie starke Verbündete hat. Die sozialepidemiologische Forschung und Berichterstattung hat in den angelsächsischen Ländern einen hohen Stand, von der aber die Gesundheitspolitik meistens nur relativ berührt wird, wie es das Beispiel des Black-Reports unter der Thatcher-Regierung zeigt und die Gesundheitspolitik der USA seit langem vorführt. Trotzdem bleiben Analyse und Berichterstattung im weiteren Sinne Hausaufgaben der empirischen Wissenschaften, die sich um Probleme des Gesundheitswesens kümmern. Der Reichtum an Empirie, ihre Kontinuität und ihre Verdichtung in offiziellen Gesundheitsberichten ist ihr Erfolgsmaßstab, und an diesem Maßstab gemessen, ist die Situation hierzulande ganz mangelhaft. Dieser Beitrag behandelt die Empirie einer Gesundheitsberichterstattung vorwiegend unter dem Aspekt der sozialepidemiologischen Perspektive, auch wenn zunächst eine allgemeine Bestimmung von dem, was Gesundheitsberichterstattung praktisch sein kann, gegeben wird. Am Beispiel insbesondere des Bereichs »Beschreibung und Analyse der gesundheitlichen Lage« werden dann Entwicklungsperspektiven der traditionellen

Gesundheitsstatistik aufgezeigt, sowie die konkreten Mängel einer einzelnen Statistik (Mortalitätsstatistik) benannt, die als Prüfstein für die Ernsthaftigkeit von Veränderungen und Verbesserungen, in bezug auf die empirischen Grundlagen einer Gesundheitsberichterstattung, gelten können.

2. Zielsetzungen und Aufgaben einer Berichterstattung im Gesundheitswesen

In den letzten fünf Jahren gab es in der Bundesrepublik mehrere Initiativen zur Entwicklung einer Gesundheitsberichterstattung:

Abb.1: Initiativen und Konzeptionen zu einer Gesundheitsberichterstattung

Titel	Träger	Charakterisierung
Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung (Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung 1990)	Arbeitsgemeinschaft von Forschungseinrichtungen	Errichtung einer Geschäftsstelle Gesundheitsberichterstattung beim Stat.Bundesamt durch Forschungsinstitute und Bundesinstitutionen
Prioritäre Gesundheitsziele Bewertung (Projektgruppe 1989)	BMJFFG & Bundesärztekammer	Epidemiologisch orientierte Bewertung wichtiger Krankheiten
Gesundheitsberichterstattung der Länder und des ÖGD (Ausschuß 1990)	Landesgesundheitsministerien	Modernisierung des traditionellen Jahresgesundheitsberichtes des ÖGD
Kommunale Gesundheitsberichterstattung	Gesundheitsämter	Vorschläge siehe Schröder 1986, Brand 1989, Thiele 1990
Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen (MAGS 1990)	Landesinstitut, Landesgesundheitsamt	Kontinuierliche und systematisierte Berichtskapitelproduktion für ein Bundesland
Betriebliche Gesundheitsberichterstattung (Stuppert 1990)	Betriebskrankenkassen	Betriebsbezogene Datenerhebung zur Gesundheitsförderung

Enquete-Kommission: Vorschläge für eine sozialepidemiologische Berichterstattung (Enquete-Kommission 1989)

Sachverständigenrat: Empfehlungen zum Aufbau einer Berichterstattung (Sachverständigenrat 1987, 1989)

Die programmatischen Zielsetzungen der einzelnen Vorhaben lauteten zwar ähnlich (Erhöhung der Transparenz, Prioritätensetzung, Entscheidungsvorbereitung für die Gesundheitspolitik usw.); praktisch handelte es sich bei den Initiativen aber um kaum vergleichbare Aktivitäten. Während z.B. ein Projekt der Bundesärztekammer eine umfangreiche, kritische Auflistung wichtiger Krankheiten und ihrer Versorgung und Prävention beinhaltete, wurde in einem anderen Projekt versucht, die Statistiken in den Jahresgesundheitsberichten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder zu modernisieren und umfangreicher zu gestalten. Der Bericht einer Gruppe von Forschungsinstituten zu einer Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene beinhaltete hauptsächlich eine Darstellung und Diskussion von Datenquellen und -problemen, sowie den Vorschlag der Einrichtung einer Geschäftsstelle. Die Allgemeinheit des Begriffs Berichterstattung läßt dies alles zu; aber auch die sehr reale Möglichkeit, daß sich erst gar keine auch nur annähernd kohärente Berichterstattungspraxis herausbildet. Daß jetzt alle möglichen, mit statistischen Angaben operierenden Vorhaben und Schriftstücke, als Gesundheitsberichterstattung ausgegeben werden, ist kaum produktiv; es sei denn, man hielte auch eine Rede des Gesundheitsministers für Gesundheitsberichterstattung, was sie ja im weiteren Sinne ist. Die Institutionalisierung einer routinemäßigen Praxis empirischer Berichterstattung und ihre Realisierung in Institutionen und Arbeitsabläufen verlangt eine deutlichere Abgrenzung und konzeptionelle Klärung, so daß eine eigene Ebene entstehen kann, die andere Aktivitäten benutzt, aber nicht zur Voraussetzung hat. Die folgenden Abgrenzungen sind dabei relevant:

Gesundheitsstatistik:

Die Einführung neuer und die Verbesserung alter Gesundheitsstatistiken ist notwendig für eine langfristige Verbesserung der empirischen Grundlagen der Berichterstattung (siehe das Beispiel Mortalitätsstatistik weiter unten); eine empirisch orientierte Berichterstattung ist aber auf jedem Niveau der Datenlage möglich.

Empirische Forschungsvorhaben zu Einzelproblemen:

Die Herausbildung einer routinemäßigen Berichterstattungspraxis benutzt die Ergebnisse einzelner Forschungsvorhaben. Je differenzierter und besser die »Forschungslandschaft« ist, auf desto frucht-

barere Ergebnisse kann die Berichterstattung zurückgreifen. Die Systematik und Routine einer Berichterstattung muß sich aber von empirischen Forschungsvorhaben abgrenzen.

Gesundheitspolitische Programmatik:

Eine empirisch gestützte Gesundheitsberichterstattung kann nicht in Gesundheitsprogrammen und Absichtserklärungen von Verbänden und Ministerien bestehen. Eine entwickelte Berichterstattungspraxis nutzt der sachgerechteren politischen Gestaltung, und diese ist ihr allgemeineres Ziel. Ihre Herausbildung und Legitimation liegt aber auf einer von der Politik zunächst unabhängigen Ebene.

Diesen Abgrenzungen gegenüber anderen Ebenen kann eine positive Bestimmung einer eigenen Berichterstattungspraxis gegenübergestellt werden. Diese Praxis kann ganz unterschiedliche Modi haben, sollte aber folgende Punkte beachten:

Routinemäßige Erstellung von Berichten

Die nach einem Konzept und in Form einer Routinisierung und Institutionalisierung erarbeiteten Berichte sind essentiell für die Herausbildung einer Berichterstattungspraxis.

Bestimmung des Berichterstattungsobjektes

Die Themen der Berichterstattung werden aufgrund ihrer Relevanz bestimmt und werden primär nicht vom Vorhandensein von Statistiken abgeleitet. Das Objekt der Berichterstattung sind reale Entwicklungen, die empirisch beschrieben und interpretiert werden können. Der Umfang und die Systematik von Themen, ihre Aufteilung, die Tiefe der empirischen Darstellung, die Interpretation usw. werden von den jeweiligen Umständen abhängen und können in der Berichterstattungspraxis einzelner Bereiche und Träger unterschiedlich sein.

Empirische Fundierung und Quellen der Berichterstattung

Die empirischen Quellen der Berichterstattung können nicht auf amtliche oder andere Gesundheitsstatistiken beschränkt bleiben. Das empirische Material sollte sich aus allen geeigneten und zugänglichen Quellen speisen: Forschungsvorhaben, Verwaltungsunterlagen usw. Die kritische Würdigung der Aussagekraft von Empirie und ihre Interpretierbarkeit kann nur konkret und fachlich

vorgenommen werden. »Amtliche« Statistiken sind dabei nicht anders zu sehen als andere Daten. Die Berichterstattung sollte langfristig zu Verbesserungen der Datenquellen führen und auf Lücken und Mängel hinweisen. Andererseits sollten gerade auch solche Bereiche abgehandelt werden, bei denen die Datenlage schlecht aber das Thema relevant ist.

Legitimation

Die Legitimation einer Berichterstattung beruht auf ihrer Qualität. Eine formale Unabhängigkeit von unmittelbaren Interessen ist zwar wichtig, aber keine unbedingte Voraussetzung. Eine Berichterstattung durch Institutionen führt allerdings leicht zu den üblichen Geschäfts- und Jahresberichten. Die Eigenständigkeit und Identität, und damit ihre Bedeutung, wächst mit einer möglichst unabhängigen Institutionalisierung, die auf der allgemeinsten Ebene, durch wissenschaftliche Institutionen und formal unabhängige Experten, hergestellt wird. Als Vorbild kann hier die Berichterstattungspraxis in anderen gesellschaftlichen Bereichen, wie zum Beispiel im Bildungswesen oder in der Wirtschaft dienen; die Berichterstattung der großen Wirtschaftsforschungsinstitute stellt z.B. kontinuierlich Analysen zur Verfügung, die sowohl die Entwicklung einzelner Sektoren und Branchen, als auch die Gesamtentwicklung transparent machen sollen; sie dient der Wirtschaftspolitik im engeren Sinne und hat die allgemeine Zielsetzung einer Produktion von Wissen und Analyse für alle gesellschaftlichen Interessen. Wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Ressourcen und Umsätze des Gesundheitswesens fast der gesamten industriellen Produktion entsprechen, wird die nicht vorhandene Berichterstattung im Gesundheitswesen, im Vergleich zur Wirtschaftsberichterstattung, besonders deutlich.

Diese Abgrenzungen und Bestimmungen beinhalten noch keine konkrete Formulierung eines Berichterstattungsmodells nach Träger, Organisationsmodell, Aufbau, Reichweite und empirischer Bearbeitung. Gerade weil ein übergeordnetes Berichterstattungskonzept auf Bundesebene (im Sinne eines nationalen Berichterstattungssystems) erst ganz vage vorliegt und auch auf große politische und praktische Schwierigkeiten stößt, ist es unfruchtbar, auf Vorgaben von oben zu warten. Die unterschiedlichen Institutionen und Träger im Gesundheitswesen können jeweils auf ihre Aufgaben zugeschnittene Berichterstattungen aufbauen. Deren praktische Durchführung könnte sich an den oben genannten Markierungen

orientieren, damit dann eine wirkliche Berichterstattung entsteht und nicht ein Etikettenschwindel. Als nicht nur partikuläres, sondern alle zentralen Bereiche abdeckendes, Anschauungsmaterial für eine Gesundheitsberichterstattung läßt sich der unter diesen Kriterien fertiggestellte Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen verwenden. (MAGS 1990) (Abb.2)

Landesgesundheitsreport Nordrhein-Westfalen

- A. Gesundheitliche Lage und Lebensqualität
 - A1. Lebenserwartung und Morbiditätsstruktur
 - A2. Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
 - A3. Morbidität (ausgewählt)
 - Diabetes mellitus
 - Terminales Nierenversagen
 - AIDS
 - Hypertonie
 - Suizid
- B. Gesundheitsrisiken
 - B1. Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen
 - B2. Arbeitslosigkeit und Gesundheit
 - B3. Lärm
 - B4. Verkehrsunfälle
 - B5. Gewalt gegen Frauen
 - B6. Gewalt gegen Kinder
 - B7. Rauchen
 - B8. Alkoholmißbrauch
 - B9. Ernährung und Körpergewicht
 - B10. Körperliche Bewegung: Arbeit, Lebensweise, Sport
- C. Gesundheitsschutz
 - C1. Arbeitsschutz
 - C2. Erhaltung der Zahngesundheit
 - C3. Selbsthilfegruppen
- D. Gesundheitliche Versorgung
 - D1. Struktur der Krankenhausleistungen
 - D2. Ambulante, teilstationäre und komplementäre psychiatrische Versorgung
 - D3. Ambulante medizinische und soziale Pflege
 - D4. Arzneimittelversorgung in der Arztpraxis
 - D5. Krebsnachsorge
 - D6. Steintherapie
- E. Einrichtungen im Gesundheitswesen
 - E1. Rettungsdienst
 - E2. Medizinische und soziale Pflegedienste
 - E3. Beratungsdienste für Kranke und Behinderte

- F. Berufe und Beschäftigte im Gesundheitswesen
 - F1. Berufsgruppen im Gesundheitswesen
 - F2. Erwerbstätige in den Einrichtungen des Gesundheitswesens
- G. Ausgaben, Finanzierung und Krankenversicherungsschutz
 - G1. Ausgaben und Ausgabenträger
 - G2. Krankenversicherungsschutz
 - G3. Demographische Entwicklung
 - G4. Angebotsstruktur
 - G5. Finanzierungspotential der gesetzlichen Krankenversicherung
 - G6. Beitragsentwicklung und Beitragsgerechtigkeit

3. Theoretische Voraussetzungen einer sozialepidemiologischen Berichterstattung

Nach den vorangegangenen generellen Bestimmungen einer Berichterstattungspraxis soll im folgenden zunächst kurz eine theoretische Begründung für die Relevanz einer sozialepidemiologischen Perspektive in der Berichterstattung gegeben werden. Die Bedeutung sozialer Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheiten wird heute meistens nicht mehr bestritten. In der konkreten Praxis des Gesundheitswesens werden sie jedoch selten zum Objekt bewußten Handelns. Krankheiten werden mit biologischen oder psychologischen Methoden behandelt, und da sich soziale Faktoren eben nicht am Individuum behandeln oder verhüten lassen, scheinen sie Ärzten oft eher für Sonntagsreden geeignet, als für eine reale Aufgabe. Auch ein auf das Individuum und sein Verhalten ausgerichtetes Präventionskonzept wird soziale Faktoren ebenso wie biologische Gesetzmäßigkeiten als etwas Vorgefundenes und nicht Änderbares akzeptieren. Wenn aber Prävention als eine Aufgabe angesehen wird, die sich die Gestaltung von Lebensbedingungen vornimmt, werden auf dieser Ebene soziale Faktoren zum wichtigsten Objekt. Präventionspolitiken hat es in speziellen engen Feldern gegeben, vorwiegend als personale Prävention durch die Gesundheitsdienste (Früherkennung, Impfung, Beratung). Wenn man sich z.B. die Bedeutung sozialer Faktoren für die Gesundheit und Bewältigung von Gebrechlichkeit bei alten Menschen vor Augen hält und die Politik auf diesem Gebiet mit (zum Beispiel) derjenigen im Bereich Umwelt vergleicht, so ist eine solche allgemeine Politik auf dem ersteren Gebiet fast nicht vorhanden.

Theoretischer Ausgangspunkt einer sozialepidemiologischen Berichterstattung für die Gesundheitspolitik sind die Grundaussagen

der Sozialmedizin, wie sie zum Beispiel von Grotjahn schon 1910 in folgenden vier Punkten zusammengefaßt wurden:

1. Die sozialen Verhältnisse schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage.
2. Die sozialen Verhältnisse sind die Träger der Krankheitsbedingungen.
3. Die sozialen Verhältnisse vermitteln die Krankheitsursachen.
4. Die sozialen Verhältnisse beeinflussen den Krankheitsverlauf.

Diese allgemeingültigen Aussagen für Volkskrankheiten sind hier noch mit besonderem Blick auf die infektiösen Erkrankungen, insbesondere die Tuberkulose, formuliert. Die Bewältigung des Tuberkuloseproblems – als medizinische und sozialpolitische Aufgabe – konnte nur erfolgreich sein, weil diese Grundsätze beachtet wurden.

Aufgrund des komplexen Verursachungszusammenhangs neigt unser Denken in bezug auf die Krankheitsentstehung zu Vereinfachungen, die den realen Verhältnissen nicht angemessen sind. Aussagen dieser Art sind etwa die, daß Prävention utopisch und nicht möglich sei, daß die Ursachen der meisten Krankheiten nicht bekannt seien oder daß nur die Verhaltensweisen geändert werden müßten, um Herzinfarkte und Krebs zu vermeiden. Der Wert solcher Aussagen ist hinsichtlich ihrer Wissenschaftlichkeit und praktischen Relevanz nicht groß. Wenn heute oft vom Streß als Ursache vieler Krankheiten geredet wird, so hat die Weite dieses Begriffs eine ähnliche Relevanz, wie in Gesellschaften mit Mangel an Nahrung und Lebensnotwendigem der Begriff der Armut als gemeinsame Ursache von Morbidität. Oft wird einer gesellschaftlichen Prävention der Vorwurf gemacht, daß solche unspezifischen Begriffe für spezifische präventive Politiken nicht taugen. Die Allgemeinheit oder Spezifität, mit der soziale Tatbestände definiert werden können, hängt aber von der Qualität und Quantität der empirischen Bearbeitung ab. Je besser die sozialepidemiologische Berichterstattung ausgestaltet ist, desto spezifischer kann eine entsprechende Politik formuliert werden. Dies trifft nicht nur für den Bereich der Prävention zu, sondern auch für die sozialpsychologischen und sozialpolitischen Seiten der Versorgung und Krankenbehandlung.

4. Sozialepidemiologische Berichterstattung in zentralen Bereichen

Die Umsetzung einer sozialepidemiologischen Orientierung der Berichterstattung weist für die zentralen Bereiche (Gesundheitliche Risiken, Gesundheitsschutz und Krankenversorgung, Gesundheitliche Lage der Bevölkerung) unterschiedliche Orientierungen und Schwerpunkte auf. Der folgende Überblick weist auf wichtige Gesichtspunkte hin.

Gesundheitliche Lage

Die Bearbeitung und Darstellung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung nach ihrer sozialen Gliederung ist die traditionelle Aufgabe der Sozialepidemiologie. Z.B. ist die Analyse der Lebenserwartung nach Geschlecht und Jahrgang die Urform einer sozialepidemiologischen Gesundheitsberichterstattung, wobei die Aufteilung nach Männern und Frauen die allgemeinsten sozialen (biologischen) Kategorien darstellt. Eine entwickelte Berichterstattung zu diesem Komplex verlangt nun das Hinabsteigen von diesem allgemeinsten Parameter in die verschiedenen Dimensionen bis zu der Beschreibung einer einzelnen Krankheit bei einer bestimmten Gruppe von Menschen (z.B. Herzinfarkt bei Postboten oder rheumatische Erkrankungen bei Frauen in Büroberufen). Der Differenzierungsgrad einer Gesundheitsberichterstattung in diese Richtung ist grundsätzlich unbegrenzt, muß aber natürlich nach Kriterien von Prioritäten und Ressourcen eingegrenzt werden. Die Bedeutung der Gesundheitsstatistik als empirische Grundlage und die besondere Relevanz der Mortalitätsstatistik für diesen Bereich, wird im folgenden detailliert ausgeführt.

Die traditionelle Gesundheitsstatistik, insbesondere die Mortalitätsstatistik, wird in Ländern wie England, den USA und den skandinavischen Ländern für eine epidemiologische Beschreibung und Analyse verwendet. Die Weiterentwicklung der statistischen Systeme sieht sich aber mit einigen konzeptionellen Schwierigkeiten konfrontiert, die eine einfache Ausweitung und, mit Computern leicht mögliche, Ausdifferenzierung als nicht sinnvoll erscheinen lassen. Die Notwendigkeit der Entwicklung einer Berichterstattung als eigene Ebene jenseits von Gesundheitsstatistik, läßt sich auch auf diesem Hintergrund der historischen Entwicklung der Gesundheitsstatistik und ihrer aktuellen Entwicklungsmöglichkeiten begründen.

Die im historischen Maßstab zu sehenden Fortschritte haben zu einer Situation geführt, die ein hohes Alter nicht mehr zur Ausnahme macht und bei der die allgemeine Lebenserwartung in einigen Ländern 80 Jahre erreicht. Verbunden hiermit ist auch eine allgemeine Ratlosigkeit darüber, was an zusätzlichen gesundheitsstatistischen Instrumentarien und Erhebungen durchzuführen ist. Reichen nicht die hergebrachten Vitalstatistiken (Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung, Todesursachen), verbunden mit einer angemessenen Leistungsstatistik des Gesundheitswesens (von der Bettenanzahl über Patienten, Operationszahlen und Ärzte pro Einwohner usw.) aus? Natürlich kann man die Verteilung jeder biologischen Größe vom Cholesterinspiegel bis zur Fußgröße in statistischen Erhebungen, entweder der ganzen Bevölkerung oder in Stichproben erheben, aber zu wessen Nutzen? Hier ist ein konzeptionell neues Denken notwendig und der Grund dafür liegt natürlich auch darin, daß die alten Vitalstatistiken zusätzlich historisch an Bedeutung verlieren. Wenn die Säuglingsterblichkeit den Stand von 5/1000 erreicht hat, sagt dies zwar historisch sehr viel aus, aber die Gesellschaft braucht dann zusätzlich andere Parameter, so ähnlich wie die Bedeutung der aktuellen Fälle von Cholera, Pocken und Pest hauptsächlich in der Vergangenheit liegt. Eine aussterbende Krankheitsstatistik ist immer ein gutes Zeichen und doch stellt sich das Problem auf neuer Stufe wieder: mehrere Tausend Menschen unter 60 Jahren mit Dialyse sind z.B. ein sehr relevantes Phänomen und ihre Zu- oder Abnahme sollte beobachtet und untersucht werden. Mit welchen Kategorien läßt sich hier eine Orientierung gewinnen? Ohne Kriterien versinkt man sofort in dem Phänomen, daß Krankheiten allgegenwärtig sind und sich alles registrieren läßt. Besonders beim Lesen medizinischer Zeitschriften populärer aber auch wissenschaftlicher Genres hat man den Eindruck, daß es nur noch wenig gesunde Menschen gibt: 30 % haben Bluthochdruck, 25 % der Frauen im mittleren Lebensalter haben Depression, 15 % haben eine vergrößerte Schilddrüse, 10 % der Männer haben Zeichen einer chronischen Bronchitis, 20 % älterer Menschen haben einen erhöhten Augeninnendruck (Glaukom) und fast 100 % der Kinder haben schlechte Zähne. Das letzte Beispiel verdeutlicht anschaulich das Problem solcher Angaben: sie sind von Definitionen abhängig, und da der Übergang von gesund zu krank oft ein Kontinuum ist, läßt sich, je nach Definition, die Häufigkeit ohne schlechte Absicht manipulieren. Das Interesse des Fachmanns wird natürlich immer dahin gehen, in der öffentlichen Darstellung seine Krankheit

besonders zu betonen. Die Flut solcher Angaben in dem Meer von Krankheiten läßt Gesundheitspolitiker verständlicherweise zurückschrecken, wenn es um mehr Registrierung und Überwachung dieses Panoptikums geht. Kerr L. White, der eine bekannte und aufschlußreiche Studie zu Behandlungsformen und Krankheiten in verschiedenen Ländern durchführte, schrieb: »Ein Beobachter der medizinischen Szene bemerkte, daß Krankheiten hauptsächlich im Gehirn von Ärzten existieren; solange diese keinen Namen gefunden haben, gibt es sie auch nicht. Abhängig davon, wen der Gesundheitspolitiker fragt, gibt es zwischen 17 und 10000 von Benennungen für die Gesundheitsprobleme der Menschheit.« (White 1985) Diese Namen sind volkstümlicher oder wissenschaftlicher Art; es sind Symptome und Beschwerden; Chromosomenschäden oder Fehlfunktionen von Organen; Behinderungen oder einfach ungesundes Verhalten; es sind Unfälle, Vergiftungen und Aborte oder auch nur der in der Weltliteratur nur einmal beschriebene Fall einer seltenen Krankheit.

Das in einer weiterreichenden Perspektive große Problem jeder, auf das medizinische System aufbauenden, Gesundheitsstatistik ist das Phänomen, daß je dichter die Versorgung wird und auch je mehr die Statistik detailliert geführt wird, irgendwie immer mehr Leute krank zu sein scheinen. Für den Erfolgs- und Effektivitätsaspekt erscheint das kontraproduktiv, weil man ja naiverweise das Umgekehrte erwarten würde. Dies ist der Grund dafür, daß für Sozialmediziner und Epidemiologen, die an den Grundfragen der Morbiditätsentwicklung interessiert sind, solche Versorgungsstatistiken oft relativ uninteressant scheinen. Sie fordern daher Maßzahlen der wahren Morbidität. Mit dieser wichtigen und berechtigten Forderung begibt man sich aber auf ein Gebiet, das primär wissenschaftlich-theoretischer Natur ist.

Die Morbiditätsentwicklung aufgrund von Krankheitszählungen zu beurteilen, ist ein relativ schwierigeres Problem. Gemessen an der Lebenserwartung verbessert sich der Gesundheitszustand; redet uns also die Medizin Krankheiten ein, die wir gar nicht haben, oder werden wir trotz (oder gerade wegen) zunehmender Lebenserwartung kränker. Niehoff (1985) formulierte diese Problematik folgendermaßen: »In der menschlichen Geschichte erscheint die sukzessive Höherentwicklung der Gesundheitslage u.a. in einer schrittweisen Veränderung des Umfangs, der Verteilung und der Struktur von Krankemengen und Todesursachen. Hierbei verlieren tendenziell die das Sterbegeschehen begleitenden Diagnosen für die weitere

Veränderung der Gesundheitslage an Bedeutung, während das Leben begleitende Krankheiten auch für den aktiven Gesundheitsschutz an Bedeutung gewinnen.« Gerade weil wir länger leben, nehmen Krankheiten zu. Diese Zunahme ist real und nicht nur ein Problem des diagnostischen Fetischismus von Ärzten. Sie ist auch nicht Folge mangelnder Auslese, wie das mal geglaubt wurde, sondern ein notwendiger positiv zu bewertender historischer Prozeß. Daß mit Zunahme der diagnostischen Möglichkeiten und mit der höheren Sensibilität der Bevölkerung, die Zahl von Krankheitsdiagnosen zunehmen muß ist auch evident. Aber welche Krankheiten sollen wie registriert, in ihrer Häufigkeitsentwicklung beobachtet und wie soll eine Zu- oder Abnahme bewertet werden?

Am einfachsten fängt man mit den schweren, zum Tode führenden, Krankheiten an (Krebs, Herzinfarkt, Hirnschlag, Nierenversagen, Rheuma, Diabetes usw). Sollen diese vorherrschenden chronischen Krankheiten in eigenen Systemen registriert werden, vielleicht sogar mit Meldepflicht? Für Krebs und Herzinfarkt gibt es regionale Projekte mit eigener Registrierung. (Krebsregister, Herzinfarktregister) aber sollte das auf nationaler Ebene geschehen? Eigene Registriersysteme für alle häufigen und wichtigen Krankheiten sind unnötig und auch kaum durchführbar. Ein viel einfacheres und praktikableres Instrument ist eine angemessene Diagnosestatistik des medizinischen Versorgungssystems. Diese ist Mittelpunkt jeder Diskussion über Morbiditätsstatistik. In ihr vermischen sich Elemente der Morbidität mit solchen der Versorgung, im Sinne einer Leistungsstatistik des Gesundheitswesens. Genauso wie man weiß, wie groß die jährliche Autoproduktion ist, sollte man auch über die größeren medizinischen Eingriffe und Prozeduren eine Statistik führen, die auf relevante soziale Gruppen beziehbar ist. Die Auswahl dieser Items reicht von der Zahl der Schrittmacherimplantate ,über die Zahl der Beinamputationen ,bis zur Zahl der Appendektomien. Eine solche Liste nach relevanten Kriterien festzulegen, dann und wann neue Items aufzunehmen und als Statistik zu führen, gäbe uns schon einen erheblichen Einblick und eröffnete Steuerungsmöglichkeiten.

Als Prinzip läßt sich formulieren, daß, außer als Ausnahme (die bekannteste sind die meldepflichtigen Krankheiten), eine solche Statistik im Prozeß der medizinischen Versorgung selbst entstehen muß; sie ist auch Ausdruck einer Dokumentation von Aktivitäten. Jeder Träger eines Teils der medizinischen Versorgung sollte über eine solche Basisstatistik verfügen, die in eine nationale Gesund-

heitsberichterstattung eingehen kann. Die Breite dieses Feldes umspannt so verschiedene Bereiche wie Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, das Rote Kreuz, das öffentliche Gesundheitswesen oder die arbeitsmedizinische Versorgung. Wenn es sich dabei um Institutionen handelt, die nicht an personalen Gesundheitsdiensten teilnehmen, werden diese Statistiken ganz zu Leistungsstatistiken wie z.B. verkaufte Medikamente, installierte Geräte usw. Es kommt bei dieser Morbiditäts- und Leistungsstatistik gar nicht so sehr darauf an, ob nun dieses oder jenes Item auch darin vertreten ist, sondern wichtig ist vielmehr das ordnende Prinzip, welches die Zusammenfassung und konsistente Darstellung ermöglicht. Dieses Feld nach Prioritäten zu ordnen und zu entwickeln ist für die ambulante und stationäre Morbidität die zentrale Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ihr konzeptioneller Beitrag und ihre praktischen Schritte stehen noch aus; ihr aktueller Beitrag in diesem Feld wird sich auch an ihren historischen Verdiensten um die Gesundheitsstatistik messen. Die schon Ende der 20er Jahre konzeptionell und praktisch an ihrem Ende angekommene Gesundheitsstatistik hatte in der DDR ihr preußisches Erbe vollendet, während in der Bundesrepublik der Stand gewahrt wurde, mit der Addition von etwas Computer. Ein konzeptionell richtig gefüllter Begriff von Gesundheitsberichterstattung kann auch die Gesundheitstatistik aus ihrer, ja richtigen, Umklammerung durch Datenschutz und Datenfriedhof-Kritik befreien.

Gesundheitliche Risiken

Gesundheitliche Risiken der natürlichen, technischen und sozialen Umwelt müssen im Sinne der Prävention gemindert werden. Da die meisten dieser Risiken nur im Ausnahmefall sofort beseitigt werden können, muß eine langfristige Präventionspolitik wirksam sein, die sich häufig über mehrere Generationen erstrecken kann. Die Aufgaben einer sozialepidemiologischen Berichterstattung, in bezug auf diese Gesundheitsrisiken, bestehen darin, jene Lebensbedingungen und soziale Gruppen zu definieren, bei denen eine besondere Anstrengung und gezielte Maßnahmen zur Prävention notwendig sind. Es geht also nicht nur darum, neue materielle, soziale oder psychologische Gesundheitsrisiken zu erkennen, sondern die Bedeutung dieser Risiken in jenen sozialen Bereichen zu definieren, in denen sie hervorgebracht werden. Dies soll am Beispiel beruflicher Risiken spezifiziert werden.

Stoffliche, psychosoziale und arbeitsorganisatorische Risiken sind wichtige Quellen für Krankheiten und erhöhte Vulnerabilität. Während es hierzu spezifische forschungsorientierte Untersuchungen gibt, existiert keine routinemäßige Berichterstattung über diejenigen Arbeitsplätze, Tätigkeiten und Berufe, bei denen (auch in Kombination) solche Bedingungen vorliegen. Für die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises ist es z.B. hier wesentlich, jene beruflichen Belastungsfaktoren (und Berufe, in denen sie gehäuft und gemeinsam auftreten) herauszufinden und Verbesserungsmöglichkeiten zu beobachten. Die hier genannten Bereiche ließen sich zwanglos spezifizieren und weiter fortsetzen. Wenn es um praktisch bearbeitete empirische Beispiele geht, wäre man aber hauptsächlich auf Erfahrungen aus anderen Ländern angewiesen, da entsprechende Untersuchungen und Berichterstattungen in der Bundesrepublik kaum vorhanden sind.

Gesundheitsschutz

Das – bei einer hohen Lebenserwartung der Bevölkerung notwendigerweise vorhandene – System der gesundheitlichen Versorgung und des Gesundheitsschutzes, bestimmt selbst wesentlich die gesundheitliche Lage der Bevölkerung mit. Das System des Gesundheitsschutzes reicht dabei von kulturellen Normen und Verhaltensweisen bis zu spezifischen Produktionstechniken und zu persönlichem Verhalten (Zähneputzen). Die Entwicklung von Gesundheitsschutzmechanismen auf diesen verschiedenen Ebenen ist unterschiedlich ausgebildet. Wegen des Mangels an sozialepidemiologischer Berichterstattung ist wenig bekannt, wie Gesundheitsschutzpolitiken in verschiedenen Bereichen wirken, welche Effektivität sie haben, welche Veränderungen in der Zukunft notwendig sind und welche neuen Schutzsysteme entwickelt werden müssen. Eine neue Berichterstattung hat sich in den letzten Jahren auf dem Gebiet des Zusammenhanges von Umwelt und Gesundheit entwickelt. Einige der dort gewonnenen Erfahrungen können auf andere Bereiche übertragen werden.

Die Spannbreite präventiver Maßnahmen und Politiken macht eine Bewertung der Relevanz und Praktikabilität oft schwierig. An den beiden Extremen steht dabei auf der einen Seite die in ihrer spezifischen Ätiologie geklärte Krankheit, welche durch eine biomedizinische Präventionsmaßnahme (z.B. Impfung oder eine spezifische Expositionsprophylaxe) verhütet werden kann, und auf der anderen

Seite die Verbesserung und Förderung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch Anhebung des ökonomischen Niveaus, der sozialen Gleichheit und des Wohlbefindens, der Förderung gesundheitsrelevanter Ressourcen usw.

Die Zuordnung der Aktivitäten des Gesundheitsschutzes auf dieser Skala und eine dementsprechende Spezifität oder Breite der Berichterstattung, unter Einbeziehung anderer gesellschaftlicher Felder (Erziehungssystem, Sozialpolitik usw.), ist hier besonders wichtig. Einerseits besteht die Gefahr der Beschränkung auf den professionellen Gesundheitsschutz und andererseits diejenige des zu allgemeinen Rundumschlages unter Einbeziehung aller Lebensbereiche.

Gesundheitsversorgung

Für die Steuerung der Krankenversorgung (ökonomisch, personell, ressourcenmäßig, Technikentwicklung, Anwendung von Methoden) ist dies der wichtigste zu entwickelnde Bereich. Die Gesundheitsversorgung greift ja nicht nur punktuell in das Leben des Menschen ein, sondern wird, in bezug auf ältere Menschen und chronische Krankheiten, ständig in Anspruch genommen und hat so profunde Auswirkungen auf Lebensqualität, Krankheitsbewältigung und die Lebensweise im allgemeinen. Die personellen und materiellen Ressourcen des Gesundheitswesens bestehen fast ausschließlich in gesundheitlicher Versorgung. Die gesundheitliche Versorgung, als auf Patienten bezogene Praxis, hat jedoch indirekt Auswirkungen auch auf den Bereich gesundheitlicher Risiken und den Gesundheitsschutz. Genau wie das Erziehungssystem über die Vermittlung von Wissen hinaus die gesellschaftliche Praxis in allen anderen Teilbereichen beeinflusst, so beeinflusst die gesundheitliche Versorgung massiv die anderen relevanten Bereiche. Sie muß deshalb daraufhin untersucht werden, inwieweit sie deren Ziele als allgemeine Prinzipien mit beinhaltet, auch wenn die Versorgung im Praktischen unmittelbar auf den zu behandelnden Patienten gerichtet ist. In einem entwickelten System der Gesundheitsversorgung ist zum Beispiel diese selbst (exzessive Diagnostik, Pharmaka) ein wesentliches gesundheitliches Risiko. In vielen Bereichen arbeitet die moderne Medizin auf einem schmalen Grad von Risiko-Nutzen-Abwägung. Ohne eine epidemiologische Berichterstattung, wird leicht jene Grenze überschritten, die dieses Gleichgewicht auf der positiven Seite hält. Die Statistiken der Gesundheitsversorgung sind jedoch

(aus der historischen Entwicklung erklärbar) auf dieses Problem kaum eingestellt.

Neben der Erfassung und Berichterstattung über Krankheiten muß, in einem entwickelten Gesundheitswesen, diejenige von Eingriffen und Prozeduren, insbesondere biomedizinischer und technischer Art, stehen. Dies ist notwendig zum einen für die Steuerung der Anwendung und damit zur Bewertung des Nutzens und um, wie zum Beispiel bei Röntgenaufnahmen, das Gesundheitsrisiko abschätzen zu können. Eine solche Gesundheitsberichterstattung, die vor allem durch die gesetzliche Krankenversicherung durchzuführen wäre (Versorgungsstatistik) existiert nur in unkoordinierter Form. Ein entsprechender Katalog von Prozeduren und Eingriffen reicht von Nierentransplantationen bis zu Herzchirurgie und Organersatz. Selbstverständlich ist, daß für schwerwiegende, aufwendige und teure Untersuchungen und Eingriffe entsprechende Statistiken geführt werden. Im einfachsten Falle betrifft dies zum Beispiel eine Statistik der wichtigsten Operationen und Eingriffe. In weiterentwickelten Systemen läßt sich im Anschluß an solche Systeme ein follow-up organisieren, das gleichzeitig eine Bewertung des Nutzens und der Risiken (Überlebensraten, Nebenwirkungen) ermöglicht.

Wegen der fast monopolartigen Stellung der Pharmaka in der Therapie kommt der Erfassung von Verschreibungsgewohnheiten und Nebenwirkungen besondere Bedeutung zu. Hier hat sich die gesetzliche Krankenversicherung durch den Arzneimittelindex ein modernes Instrument geschaffen. Es könnte als Vorbild für andere Bereiche dienen, insbesondere für den ambulanten Sektor. Inanspruchnahme und Leistungsstruktur werden durch kein sozialmedizinisches Routineinstrument erfaßt. Die in den letzten Jahrzehnten hierzu vorgenommenen Forschungsarbeiten sind nicht in eine routinemäßige Erhebungspraxis umgesetzt worden. Insbesondere wegen der Filter- und Zuweisungsfunktion für Patientenkarrieren wäre eine solche nach sozialen, beruflichen und anderen Merkmalen gegliederte Erhebungsroutine ein wichtiger Beitrag. An sich bietet die jetzt vorhandene detaillierte Diagnose- und Abrechnungsstruktur eine günstige Voraussetzung. Durch ein geeignetes Stichprobeninstrument könnte hier ein ständiger Einblick und ein Feld für spezielle Untersuchungen geschaffen werden. Fast alle Krankenversicherungssysteme haben solche Instrumente zur Beobachtung, Weiterentwicklung und Überwachung der ambulanten Versorgung entwickelt. Diese beruhen zum Teil auf ständigen Erhebungen oder auf speziellen Verwaltungsroutinen, die zugleich auch der Qualitäts- und

Validitätskontrolle dienen. Sie geben gleichzeitig, nach sozialstrukturellen Merkmalen gegliederte, Auskunft über Inanspruchnahme und Patientenkarrieren.

5. Schlußfolgerungen

Dieser Beitrag konnte nicht auf die gesamte Breite und Tiefe sowie die organisatorischen Probleme der Entwicklung einer Gesundheitsberichterstattung eingehen. Er behandelte vielmehr ausgewählte Schwerpunkte:

- die Bestimmung dessen, was eine Berichterstattung im Unterschied zu anderen Aktivitäten ist und
- eine theoretische Begründung und praktische Hinweise für die sozialepidemiologische Dimension der Berichterstattung.

Trotz dieser Spezifizierungen ist Gesundheitsberichterstattung hier noch sehr weit gefaßt, um viele Initiativen unter unterschiedlichen Bedingungen einzuschließen. Dies sollte nicht davon ablenken, daß ein nationales Gesundheitsberichterstattungssystem unter Beteiligung von Forschungsinstituten und Bundesinstitutionen ein eigenes spezifisches Unternehmen ist, das erst noch Profil gewinnen muß.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Dieter Borgers, IDIS, Westerfeldstr. 35-27, W-4800 Bielefeld

Literaturverzeichnis

- Ausschuß Gesundheitsberichterstattung der AGLMB, Gesundheitsberichterstattung der Länder. – Konzept, Themen, Pilotbericht. Hamburg: 1989. 154 S.
- Borgers, D.; Laaser, U.: Sozialepidemiologische Berichterstattung als Ausgangspunkt systematischer Präventionspolitik. Gutachterliche Stellungnahme für die Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« d. Dt. Bundestages: 1988. 48 S.
- Brand, Helmut: Kommunale Gesundheitsberichterstattung und regionalisierte Planung im Gesundheitswesen, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 14, Argument-Verlag, Hamburg/Berlin 1989.
- Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 4. Juni 1989 – Drucksache 11/310; Deutscher Bundestag, Drucksache 11/3267, 7.11.88. 449 S.
- Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung: Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung – Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag. Endbericht Band I - III. Sankt Augustin: Hippe 1990.

- Frentzel-Beyme, R.; Jöckel, K.-H.; Laaser, U.; Keil, U.; Schach, E.; Ferber, L.v.: Memorandum zur Verbesserung des Zuganges zu Krankheitsdaten in der Bundesrepublik Deutschland. 1987.
- MAGS, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Landesgesundheitsreport 1990. Düsseldorf 1990.
- Niehoff, J.U.; Schrader, R.R.: Die Gesundheitslage der Weltbevölkerung, in: Umweltmedizin. Argument-Verlag, Hamburg/ Berlin 1985.
- Projektgruppe »Prioritäre Gesundheitsziele«: Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten. Entscheidungsgrundlagen für eine realistische Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD. 1987.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1989. Baden-Baden: Nomos 1989.
- Schräder, W.F.; Dickmann, F.; Neuhaus, R.; Rampelt, J.: Kommunaler Gesundheitsplan – Rahmengliederung. Kommunale Gesundheitsplanung. Birkhäuser Verlag 1986. S. 88-93.
- Stupparth, R.: Betriebliche Gesundheitsberichterstattung, in: Thiele, W., Trojan, A.: Lokale Gesundheitsberichterstattung. Asgaard, St. Augustin 1990.
- Thiele, W., Trojan, A.: Lokale Gesundheitsberichterstattung. Asgaard, St. Augustin 1990.
- White, K.L.: Health surveys: who, why and what?, in: Health Statistics Quarterly 38, S. 2-14, 1985.