

Joseph Kuhn

Gesundheitsberichterstattung als Staatsaufgabe

Zusammenfassung:

Gesundheitsberichterstattung kann idealtypisch anhand zweier Basiskonzepte klassifiziert werden: als angewandte Epidemiologie und als Instrument moderner Gesundheitspolitik. Der Beitrag plädiert dafür, die staatliche Gesundheitsberichterstattung konsequent aus dem zweiten Basiskonzept abzuleiten. Daraus ergibt sich eine Reihe von Konsequenzen für den Aufbau und die Funktion der Gesundheitsberichterstattung: Informationsbereitstellung, Herstellung von Transparenz, Förderung von Bürgerbeteiligung und Mitwirkung an der indirekten Steuerung pluralistischer Gesundheitssysteme. Die Forderung nach einer Handlungsorientierung der Gesundheitsberichterstattung wird in diesem Kontext einerseits verschärft, andererseits aber auch relativiert: Die Gesundheitsberichterstattung kann keine Entscheidungen über gesundheitspolitische Prioritäten treffen.

Schlüsselworte:

Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitspolitik, Staatsaufgaben.

Summary:

Health reporting can be classified on the basis of two concepts: as applied epidemiology and as instrument of modern public health policy. The article argues that it is necessary to derive the national health reporting consistently from the second basis concept. The result is a set of consequences for the structure and the function of health reporting: Information retrieval, production of transparency, promotion of participation and indirect controlling of health systems. The demand for an action orientation of the health reporting is on the one hand more urgent in this context, but related on the other hand in addition: health reporting cannot make decisions about priorities in health policy.

Keywords:

Health reporting, epidemiology, health policy, national tasks.

Die staatliche Gesundheitsberichterstattung kann in Deutschland inzwischen auf eine fast 20-jährige Entwicklungsgeschichte zurückblicken, wenn man das Votum des Sachverständigenrats 1987 (*SVR 1987*) als Startpunkt des systematischen Aufbaus der Gesundheitsberichterstattung nimmt. In dieser Zeit hat es sowohl konzeptionell als auch in der praktischen Umsetzung erhebliche Fortschritte gegeben (zur Geschichte der Gesundheitsberichterstattung siehe *Riedmann 2000*, zum Stand der konzeptionellen Diskussion siehe z.B. *Streich/Wolters/Brand 1998* oder *Murza/Hurrelmann 1996*). Die Gesundheitsberichterstattung hat sich von der alten Medizinalstatistik erfolgreich emanzipiert. Sie liefert heute ein ebenso umfangreiches wie gesundheitspolitisch relevantes Informationsangebot zur Gesundheit der Bevölkerung und sie hat auch von der medialen Vermittlung her in vielen Fällen Anschluss an das Niveau moderner Kommunikationsformen gefunden. Ein regelmäßiger Bund-Länder-Workshop zur Gesundheitsberichterstattung und eine Arbeitsgruppe bei der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) sorgen zudem für den notwendigen Erfahrungsaustausch und Innovationstransfer, zusammen mit Impulsen aus der Public Health-Forschung, so dass man mit Blick auf die schrittweise Behebung der noch bestehenden Defizite der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland durchaus hoffnungsvoll sein kann. Dass die Erwartungen an die Gesundheitsberichterstattung hinsichtlich ihrer Funktion bei der Reform des Gesundheitswesens, d.h. vor allem seiner rationaleren Gestaltung, nur unzureichend erfüllt wurden, steht auf einem anderen Blatt. Sie haben ihre Ursachen eher in der notorischen Rationalisierungsresistenz des Gesundheitswesens mit seinem komplexen Interessensgeflecht als in der Gesundheitsberichterstattung.

Die Erwartung, die Bereitstellung von Information würde unmittelbare Steuerungswirkungen im Gesundheitswesen entfalten, war schlicht realitätsfern. Die Steuerungswirkungen der Gesundheitsberichterstattung hängen von organisatorischen und „kulturellen“ Voraussetzungen ab (z.B. Gesundheitszielen, Gesundheitskonferenzen bzw. Interventionsnetzwerken, Health Audits, kontinuierliche Medienaufmerksamkeit, bürgerschaftliches Engagement etc.), die in Koevolution mit der Gesundheitsberichterstattung z.T. selbst noch heranwachsen müssen.

Diese – trotz enttäuschter Hoffnung auf unmittelbare und durchgreifende Steuerungswirkungen – daher durchaus positive Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung droht allerdings durch die aktuelle finanzpolitische Diskussion über die Zuständigkeiten des Staates und die Finanzierbarkeit staatlicher Leistungen infrage gestellt zu werden. So fällt auch die Gesundheitsberichterstattung gelegentlich unter das Verdikt des „Broschüren- oder Gutachtenunwesens“, dem man in Zeiten knapper Kassen Einhalt gebieten müsse. Dahinter steht ein gravierendes Missverständnis dessen, worum es in der Gesundheitsberichterstattung geht. Nicht nur, dass ein Bericht als Papierprodukt bestenfalls ein Baustein der Berichterstattung als Prozess ist, sozusagen ein Oberflächenphänomen der Berichterstattung: Mehr noch scheint der Zusammenhang zwischen Staatsaufgaben und Gesundheitsberichterstattung insgesamt reflexionsbedürftig – und dazu sollen im Folgenden in Fortsetzung früherer Überlegungen zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung (*Kuhn 2003*, *Kuhn 2003 a*, *Wildner/Zapf/Kuhn 2004*) und zur Abgrenzung von Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie (*Kuhn/Wildner 2003*) einige Anmerkungen gemacht werden.

1. Basiskonzepte der Gesundheitsberichterstattung

In der Gesundheitsberichterstattung lassen sich im Wesentlichen zwei Basiskonzepte identifizieren. Diese Basiskonzepte sind als idealtypische Konstruktionen zu verstehen: in Theorie und Praxis der Gesundheitsberichterstattung finden sich Aspekte beider Konzepte immer vermengt.

Das erste Basiskonzept begreift Gesundheitsberichterstattung als angewandte Epidemiologie und Versorgungsforschung. Es beinhaltet das (positive) Erbe der alten Medizinalstatistik. In der Fachliteratur finden sich Elemente dieses Basiskonzepts z.B. dort, wo die Funktion der Gesundheitsberichterstattung primär in der Beschreibung der Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, also im Monitoring, gesehen wird. Gesundheitspolitisch richtet sich der Blick bei diesem Basiskonzept auf die Gesundheitsplanung. Ein typisches Beispiel ist der Berliner Sozialstrukturatlas, dessen Ergebnisse auch genutzt werden, um die regionale Zuweisung von Finanzmitteln in Berlin zu steuern (*SenGesSozV 2004*).

Begründungsmuster für dieses Basiskonzept sind seit den 80er Jahren bis heute vor allem im Zusammenhang mit den Bemühungen zur Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und einer besseren Bedarfsorientierung der Gesundheitspolitik zu finden (z.B. *Schröder u.a. 1986, Borgers 1991, Wildner/Weitkunat 1998, AOLG 2003*). Auch die Gutachten des Sachverständigenrats Ende der 1980er Jahre gehen in diese Richtung, u.a. mit dem Ziel einer Absicherung der Handlungsfähigkeit der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. Exemplarisch dargelegt wurden die Begründungen für das erste Basiskonzept in neuerer Zeit noch einmal in dem Papier „Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes“ der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (*KGSt 1998*). Die Gesundheitsberichterstattung wird dort eingeordnet in den Aufgabenwandel des öffentlichen Gesundheitsdienstes (*KGSt 1998, S. 3*):

„Für die Leistungsspektren zeichnen sich folgende Entwicklungen ab:

- von vorwiegend fallbezogenen Leis-

tungen zu gruppen- und lebensraumbezogenen Leistungen;

- von vorwiegend unmittelbaren Dienstleistungen zu Managementleistungen und Qualitätssicherung;
- von Kriseninterventionen zu präventiven Leistungen.

Unverzichtbar für eine bedarfsge-rechte, effektive und effiziente kommunale Gesundheitspolitik ist der Aufbau bzw. Ausbau eines professionellen Planungs-, Steuerungs- und Qualitätsmanagementsystems.“

Die Gesundheitsberichterstattung steht für die Autoren des KGSt-Papiers im Kontext des sog. „Neuen Steuerungsmodells“, wonach Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes bedarfsgerecht zu planen, ökonomisch zu bewerten und durch ein Controlling zu begleiten sind. Gesundheitsberichterstattung erscheint als konstitutives Element in einem Regelkreis rationalen Entscheidens. Sie ist – das ist gar nicht genug zu würdigen – der kommunalen Aufgabenerledigung quasi einverleibt worden und davon nicht zu trennen. Einerseits wird damit eine zentrale Voraussetzung der Legitimität öffentlicher Gesundheitsberichterstattung expliziert, nämlich ihre Funktionsbestimmung aus der Aufgabenstellung der Kommune heraus, andererseits wird daran aber auch eine Gefahr eines verengten Verständnisses des ersten Basismodells deutlich: Es wird leicht auf seine technokratischen und gesundheitsökonomischen Aspekte im Rahmen effizienten Handelns reduziert. Gesundheitsberichterstattung ist aber mehr als eine gesundheitswissenschaftlich fundierte Verwaltungsrationalisierung.

Das zweite Basiskonzept stellt die Gesundheitsberichterstattung in den Kontext zivilgesellschaftlicher Ziele, z.B. Bürgerinformation und Bürgerbeteiligung. Gegenüber dem Monitoring steht hier mehr das Reporting im Vordergrund. Auch diese Linie kann auf eine lange Tradition zurückblicken und war schon im ersten Gesundheitsbericht der Bundesrepublik zu Beginn der 70er Jahre erkennbar:

„Es kommt entscheidend darauf an, den Bürger zu informieren und ihn dafür zu gewinnen, sich für den Schutz seiner Gesundheit einzusetzen. Diesem Ziel soll der Gesundheitsbericht

dienen, indem er die Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Umwelt und individueller Gesundheit vermittelt und Verständnis für die gesundheitspolitischen Aufgaben der Zukunft zu wecken versucht“. (Aus dem Vorwort der damaligen Gesundheitsministerin Käthe Strobel, BJFG 1971).

Gesundheitsberichterstattung war hier als informative Regierungserklärung angelegt, Parlament und Öffentlichkeit sollten über die geplante Reformpolitik informiert werden (vgl. *Stein 1998, S. 12*). Aufklärung und Einbindung gehen dabei natürlich Hand in Hand, ein Akt von „Gouvernementalität“ also, wie es Michel Foucault formulieren würde. Auch die gegenwärtige Berichterstattungspraxis des Bundes, die ein stetig wachsendes Informationsangebot aufbaut, ohne dabei immer unmittelbar einen institutionellen Akteur als Umsetzungspartner anzusprechen, könnte man eher diesem Basiskonzept zuordnen. Auffällig häufig finden sich außerdem, wie schon 1971, in den programmatischen Vorworten von Gesundheitsberichten auf Länder- und kommunaler Ebene Elemente des zweiten Basiskonzepts. So heißt es etwa im Brandenburgischen Jugendgesundheitsbericht von 2001:

Der Bericht soll „(...) vor allem auch dazu beitragen, die sozial- und gesundheitspolitische Diskussion auf diesem Gebiet zu befördern: Gemeinsames Handeln setzt schließlich eine Verständigung über gemeinsame Ziele voraus. Die Politik will hier, ganz im Sinne des Wortes „polis“, einen öffentlichen Diskussionsrahmen schaffen, in dem Probleme thematisiert werden, ohne dass Lösungen schon immer vorzuzeigen wären.“ (MASGF 2001, S. 5).

Gegenüber der noch etwas paternalistischen und erzieherischen Sichtweise im Vorwort des Gesundheitsberichts der Bundesregierung von 1971 klingt hier ein wichtiger Aspekt an: Die Einsicht, dass der Staat zwar Verantwortung für die gesundheitliche Situation der Bevölkerung trägt, aber nicht mehr auf alle Fragen Lösungen anzubieten hat, zumindest nicht mehr im Sinne eigener Regelungskompetenz. Gesundheit ist heute – jenseits ihrer biologischen Seite – mehr denn je eine Folge komplexer gesellschaftlicher Prozesse, die der Staat vielfach

nur moderieren, aber selten bindend bestimmen kann. Hier hätten daher auch die eingangs erwähnten Instrumente wie Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsaudits ihren Platz.

Beide Basiskonzepte haben ihre „blinden Stellen“: Birgt das erste Basiskonzept die Gefahr in sich, dass die Gesundheitsberichterstattung zu einer verwaltungs-internen Angelegenheit wird (und damit in ihrer Wirkung auf die Reichweite staatlicher Gestaltungsmacht begrenzt bleibt), so das zweite, dass die Gesundheitsberichterstattung nur mehr als belletristische Gattung fungiert, unverbindlich und wohl auch folgenlos.

2. Staatsaufgaben und Gesundheitsberichterstattung

Beide Basiskonzepte gemeinsam ergeben erst eine tragfähige Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung und sie müssen auch beide auf die übergeordneten Staatsaufgaben (bzw. kommunalen Aufgaben) bezogen werden. Wenn hier von „Staatsaufgaben“ die Rede ist, soll das nicht im Sinne von essentialistischen Aussagen über den Staat bzw. das Wesen des Staates verstanden werden, sondern als Bild dessen, was die Gesellschaft dem Staat heute als Funktion zuteilt. Dabei hat in den vergangenen Jahrzehnten ein erheblicher Wandel des politischen Regelungsbedarfs und in dessen Gefolge der staatlichen Zuständigkeiten stattgefunden. Staatsaufgaben können in modernen Gesellschaften nicht mehr minimalistisch auf die traditionellen Themen Sicherheit und Gefahrenabwehr mit den daraus resultierenden Eingriffsbefugnissen beschränkt werden. Sie müssen vielmehr gestaltungs-, präventions- und beteiligungsorientiert sein, was geeignete

Instrumente jenseits von Eingriffsbefugnissen erforderlich macht (siehe dazu im Einzelnen *Grimm 1996*). Fragt man sich vor diesem Hintergrund, was Gesundheitspolitik ohne Gesundheitsberichterstattung wäre, wird ein Spannungsfeld zwischen Zielen und Mitteln deutlich (vgl. auch *Kuhn 2003*, S. 274 f): Unser modernes Staatsverständnis geht nicht mehr davon aus, dass ein Obrigkeitsstaat – im besten Fall fürsorglich – über uns bestimmt. Das wäre einerseits unter demokratischen Gesichtspunkten defizitär, andererseits eine Überforderung der Steuerungsmöglichkeiten des Staates in einem hochkomplexen und pluralistischen Gesundheitssystem. Die staatliche Rolle muss vielmehr darauf abgestimmt sein, dass eine Vielfalt von Akteuren mit ihren unterschiedlichen Interessen und zunehmend auch die Bürger selbst aktiv an der Gestaltung der Gesundheitspolitik mitwirken. Das setzt die Verfügbarkeit einschlägiger Information voraus. Informationsfreiheit hat nicht zuletzt daher in einer demokratischen Gesellschaft Grundrechtscharakter (Art. 5 (1) GG) und der Zugang zu politisch relevanten Informationen wird zunehmend auch in konkreten Rechtsvorschriften geregelt. Die EU-Umweltinformationsrichtlinie (*EU 2003*) sieht beispielsweise vor, dass die Behörden der Mitgliedsstaaten den Bürgern und Bürgerinnen Umweltinformationen zugänglich machen. Nach Art. 2 dieser Richtlinie betrifft dies auch Informationen über „den Zustand der menschlichen Gesundheit und Sicherheit gegebenenfalls einschließlich der Kontamination der Lebensmittelkette (...)“ in dem Maße, in dem sie umweltbedingt sind. Die gleiche Philosophie steht hinter den Plänen für ein Verbraucherinformationsgesetz. Neben der Verfügbarkeit

von Information ist die Akzeptanz von Information Voraussetzung dafür, dass Steuerung informationsbasiert erfolgen kann. Damit werden die Unterschiede zwischen Gesundheitsberichterstattung und benachbarten Aktivitäten wie Versorgungsplanung oder Versorgungsforschung einerseits und Gesundheitsaufklärung andererseits fassbarer. Nicht jedes veröffentlichte Gutachten einer Gesundheitsbehörde ist ein Gesundheitsbericht, ebenso wenig jede Broschüre über gesundheitsgerechte Ernährung. Die „Berichtsform“, d.h. der repräsentative, Rechenschaft ablegende und an die Öffentlichkeit gerichtete Auftritt ist ein unverzichtbares Element der Gesundheitsberichterstattung im Kontext indirekter Steuerung.

Für einen Staat, der eine moderne, bürgerorientierte und einem pluralistischen Akteurssystem Rechnung tragende Gesundheitspolitik verfolgt, ist die Gesundheitsberichterstattung also ein wichtiges Instrument: Sie soll dazu beitragen, sozialstaatliche Ziele zu erreichen; sie soll den institutionellen Akteuren eine Verständigungsgrundlage zur Entwicklung von Zielkorridoren liefern; sie soll den Bürgern und Bürgerinnen die Mitwirkung an der Regelung gesundheitlicher und sozialer Belange ermöglichen und sie dazu aktiv einladen; sie soll Transparenz über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung herstellen, um diese Mitwirkungsmöglichkeiten informationell zu gewährleisten und last but not least auch das staatliche Handeln selbst verständlich und nachvollziehbar machen. Gesundheitsberichterstattung ist eine infrastrukturelle Dienstleistungsaufgabe des Staates zur Harmonisierung von Interessensdivergenzen unter den Akteuren und zur Absicherung demokratischer Mitwirkungsmöglichkeiten durch Information und zugleich ein gesundheitspolitischer Kommunikationsprozess, der staatliches Handeln und seine Planungsgrundlagen offen legt.

Dieses Verfahren, die Gesundheitsberichterstattung aus übergeordneten Staatsaufgaben abzuleiten, lässt sich fortsetzen. Aus den Bestrebungen zur Verwaltungsreform, unnötige Bürokratie abzubauen und staatliches Handeln wieder stärker entlang von Kernaufgaben bzw. subsidiär zu organisieren, er-

Basiskonzepte der Gesundheitsberichterstattung	
	Zentrale Elemente
Basiskonzept I: Gesundheitsberichterstattung als angewandte Epidemiologie/ Versorgungsforschung	Monitoring der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, Bereitstellung von Planungsdaten, Controlling (und dazu Reporting als Dokumentation)
Basiskonzept II: Gesundheitsberichterstattung als Bürgerinformation/ Kommunikationsforum	Reporting, Herstellen von Transparenz, Netzwerkfunktion, Unterstützung der Formulierung von Gesundheitszielen (und dazu Monitoring als Voraussetzung)

Abbildung 1: Basiskonzepte der Gesundheitsberichterstattung

geben sich nicht Argumente gegen die Gesundheitsberichterstattung, im Gegenteil: Wenn der Staat selbst weniger gesundheitliche Leistungen erbringt, muss er zumindest ein Controlling etablieren, um das Outcome der nicht-staatlichen Leistungen beobachten, darüber Rechenschaft ablegen und im Bedarfsfall korrigierend eingreifen zu können. In der Wirtschaft folgt aus der Delegation von mehr Verantwortung an die Mitarbeiter ja auch nicht, dass Leistung und Gewinn des Unternehmens nicht mehr gemessen werden. Dezentralität und Subsidiarität erfordern nicht die Abschaffung von Koordination, sondern eine andere Form der Koordination, wenn man Reibungsverluste und unnötige Doppelarbeiten nicht als naturgegeben hinnehmen will.¹ Auch wenn man keinen Allmachtsphantasien staatlicher Steuerungskompetenz anhängt, gefragt ist selbst im „Gewährleistungsstaat“, also bei weitgehender Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung durch Dritte, mindestens die „Supervision des Staates“ (Helmut Willke), worauf sollte sich die Gewährleistung sonst stützen?

„Wenn man in diesem dezentralen, kontextuellen Sinne dem Staat eine Steuerungsfunktion zuerkennt, weil einerseits die Selbstgefährdung moderner Gesellschaften Steuerung erfordert, andererseits die Komplexität und Differenziertheit dieser Gesellschaften hierarchische Steuerung verbietet, dann scheint mir der Aufbau einer wissenschaftsbasierten Infrastruktur ein wichtiger Schritt zur Implementierung der notwendigen Kapazität zur Kontextsteuerung zu sein.“ (Willke 1996, S. 709)

Die Alternative wäre die politisch resignative Konsequenz, die Niklas Luhmann aus der Komplexität und den daraus resultierenden Steuerungsproblemen moderner Gesellschaften zieht: für ihn ist gesellschaftliche Rationalität unter modernen Bedingungen eine Utopie (Luhmann 1997, S. 185f), die Vergegenwärtigung (GBE) und politische Durchsetzung dieser Rationalität (zielorientierte Gesundheitspolitik) wären folglich illusorische Unterfangen.

¹ Zu den demokratietheoretischen Argumenten kommen also wirtschaftstheoretische dazu: es geht darum, die Transaktionskosten, also z.B. Koordinationskosten, gering zu halten. Die Transaktionskostentheorie (nach Coase 1937) begründet, warum marktvermittelte Prozesse nicht per se günstiger sind als institutionell vermittelte.

Staatsaufgaben und Gesundheitsberichterstattung – Akteurskonzept	
Staatsaufgaben	Anforderungen an die Gesundheitsberichterstattung
Gewährleistung demokratischer Mitwirkungsmöglichkeiten	Herstellung von Transparenz, Bereitstellung von (relevanten) Informationen, Ermöglichung von Beteiligung, Anregung eines Bürgerdialogs; dazu: Anwendung adressatengerechter medialer Formen, einschl. e-government
Begründung staatlichen Handelns gegenüber den Bürgern und Bürgerinnen	Offenlegung von Zielen und Planungsgrundlagen
Sicherung der Sozialstaatlichkeit	Identifikation von benachteiligten Gruppen und Defiziten der Bedarfsgerechtigkeit
Vorsorgefunktion	Bereitstellung von präventionsrelevanten Daten, nach Möglichkeit auch Prognosedaten
Effiziente Organisation eines pluralistischen Gesundheitssystems	Beförderung einer Verständigung zwischen Akteuren über Ziele, Versachlichung der Diskussion bei divergierenden Interessen, Unterstützung der Formulierung von Gesundheitszielen, Controlling
Gewährleistung der Verwaltungsrationalität, Verwaltungsmodernisierung	Rationale Prioritätensetzung, Benchmarking, Controlling; dazu: Anwendung wissenschaftlicher Methoden (Epidemiologie, Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie)

Abbildung 2: Staatsaufgaben und Gesundheitsberichterstattung – Akteurskonzept

Die Notwendigkeit der Gesundheitsberichterstattung und ihre zentralen Bestimmungselemente ergeben sich also aus den übergeordneten Staatsaufgaben, weniger aus wissenschaftlich-epidemiologischen Überlegungen. Die Funktion der Gesundheitsberichterstattung lässt sich nur von dem jeweiligen Akteur her, der sie macht oder machen soll, bestimmen. Das gilt für die Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen oder für die betriebliche Gesundheitsberichterstattung übrigens genauso wie für die staatliche bzw. kommunale Gesundheitsberichterstattung.

Eine andere, rein organisatorische Frage der staatlichen Gesundheitsberichterstattung ist es, ob jeder handwerkliche Schritt auch vom Staat selbst gemacht werden muss. Dass hier verschiedene Varianten der Durchführung mit eigenem Personal, der Auftragsvergabe oder der kooperativen Erstellung

von Berichten sinnvoll sein können, ist unstrittig – Beispiele für alle Varianten gab und gibt es.

Für einzelne Beiträge, die die Gesundheitsberichterstattungen zu Erfüllung der Staatsaufgaben erbringt, sind natürlich auch funktionale Äquivalente denkbar. Hingewiesen sei hier nur auf innovative Formen des gesundheitspolitischen Dialogs wie z.B. das „Bürgergutachten zur Gesundheit“ in Bayern, mit dem unter methodischem Rückgriff auf das Konzept der „Planungszellen“ u.a. auch Vorschläge zur Verbesserung des Gesundheitswesens durch Bürger und Bürgerinnen erarbeitet wurden (siehe dazu Sturm 2004 und www.buergergutachten.com; zum Konzept der Planungs-zellen: www.die-planungszelle.de). Eine interessante Zwischenform zwischen Gesundheitsberichterstattung und gesundheitlicher Aufklärung sind Gesundheitsausstellungen auf der Grundlage statistischer Informationen, deren mediale Funktion z.B. schon auf der Internationalen Hygieneausstellung 1911 in Dresden genutzt wurde (siehe dazu Nikolow 2001) – eine trotz Internet nicht

obsolete und für die Gesundheitsberichterstattung bisher weitgehend unerschlossene Kommunikationstechnik. Solche Vermittlungsformen auszutesten, wäre auch vor dem Hintergrund der impliziten Mittelschichtsorientierung der herkömmlichen Gesundheitsberichterstattung in Buch- bzw. Broschürenform wünschenswert.

3. Daten und Politik

Das Motto „Daten für Taten“ ist fast zum Synonym für die Gesundheitsberichterstattung geworden: Von ihrem Selbstverständnis her will sie keine folgenlosen Datensammlungen anlegen, sondern „handlungsorientiert“ sein und zur gesundheitspolitischen Prioritätensetzung beitragen (siehe z.B. die Beiträge in *HPG 1996*). Sie versteht sich als Teil des „Public Health Action Cycle“, also eines datengestützten Regelkreises der Gesundheitspolitik (*Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 26*). Der Regelkreis ist dabei – siehe die Funktion der Gesundheitsberichterstattung – nicht nur als Schema verwaltungsinterner Entscheidungsrationale zu sehen, sondern auch als Phasenmodell von Moderations- und Beteiligungsprozessen.

Das handlungsorientierte Selbstverständnis der Gesundheitsberichterstattung folgt unmittelbar aus dem hier favorisierten Ansatz. Wenn man Gesundheitsberichterstattung aus einem politischen Regelungsbedarf bzw. Staatsaufgaben ableitet, ist damit die Handlungsorientierung zwangsläufig impliziert.

Allerdings ist der Zusammenhang zwischen Daten, Indikatoren und Handlungsempfehlungen alles andere als trivial:

1. Was zu beobachtende Daten sind, ist theorie-, perspektiven- und interessenabhängig. Je nachdem, wie der Gegenstand, über den berichtet wird, konzeptionell gefasst wird, fällt der Blick auf andere Daten. Das beginnt schon beim Gesundheitsbegriff selbst: Ob man Gesundheit als Set individueller Merkmale oder als spezifische Mensch-Umwelt-Interaktion (z.B. Möglichkeit zur selbständigen Lebensgestaltung) versteht, wird nicht folgenlos für die Daten bleiben, die man erheben will. Oder: ob man in der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung über soziale Unterstützung und Handlungsspielräume in der Arbeit berichtet, wird davon abhängen, ob man ein Ressourcenkonzept der Gesundheit hat; und wie man wiederum die Handlungsspielräume fasst, wird davon abhängen, ob man einen individualistischen oder einen gesellschaftstheoretischen Arbeitsbegriff zugrundelegt.
2. Des Weiteren sind Handlungsempfehlungen bekanntlich logisch nicht aus Daten abzuleiten, das wäre ein naturalistischer Fehlschluss. Es gibt kein gültiges Schlussverfahren, um normative Aussagen aus deskriptiven Aussagen zu gewinnen.
3. Statistische Darstellungen mit Durchschnittswerten legen normative Interpretationen nahe, weil sie „normali-

sierend“ wirken, wie es *Gerhard/Link/Schulte-Holtey (2001)* ausdrücken: Das statistisch Abweichende wird leicht als das klinisch Abweichende und zu Behandelnde gesehen. Was daran gesundheitlich wirklich (handlungs-)relevant ist und was lediglich suggestiver Effekt statistischer Durchschnittswerte, muss im Einzelfall inhaltlich geklärt werden.

4. In gleicher Weise legen manche Indizes die Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf bestimmte Erkrankungen oder Zielgruppen nahe. Beispielsweise wird man anhand der Berechnung von „Verlorenen Lebensjahren (PYLLs)“ geneigt sein, die Unfallprävention eher auf Suizide und Verkehrsunfälle ausrichten als auf Stürze (zum Konzept der „Verlorenen Lebensjahre“ siehe z.B. *AOLG 2003*). Das ist aber eine Folge der geringeren Gewichtung von Stürzen als typischer Unfallverletzung des höheren Lebensalters bei der Berechnung der „Verlorenen Lebensjahre“. Die gesundheitspolitischen Konsequenzen ergeben sich also auch in solchen Fällen nicht aus den Daten selbst, sondern aus der normativen Fassung der Indizes – und nicht immer sind die normativen Aspekte von Indizes so deutlich wie bei den „Quality Adjusted Life Years (QALYs)“, deren Steuerungswirkungen in den 80er Jahren in den USA zu heftigen Debatten geführt haben. In der Gesundheitsberichterstattung sollten solche normativen Konstruktionen offengelegt werden.
5. Auch dort, wo die Gesundheitsberichterstattung explizit evaluative Ziele verfolgt, also z.B. die Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit oder Effizienz der gesundheitlichen Versorgung bewerten soll, ergeben sich normative Aussagen nicht unmittelbar aus den Daten, sondern bereits aus dem Evaluationsauftrag.
6. Die Evidenz gesundheitspolitischer Prioritätensetzungen („wo und wie sollen wir intervenieren“) nimmt mit der Vollständigkeit der Informationen über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung und über die dazu denkbaren alternativen Handlungsmöglichkeiten zu. Information ist jedoch nicht kostenlos und grenzenlos verfügbar. Es liegt auf der Hand, dass ein vollständiges Ranking in diesem Sinne utopisch ist

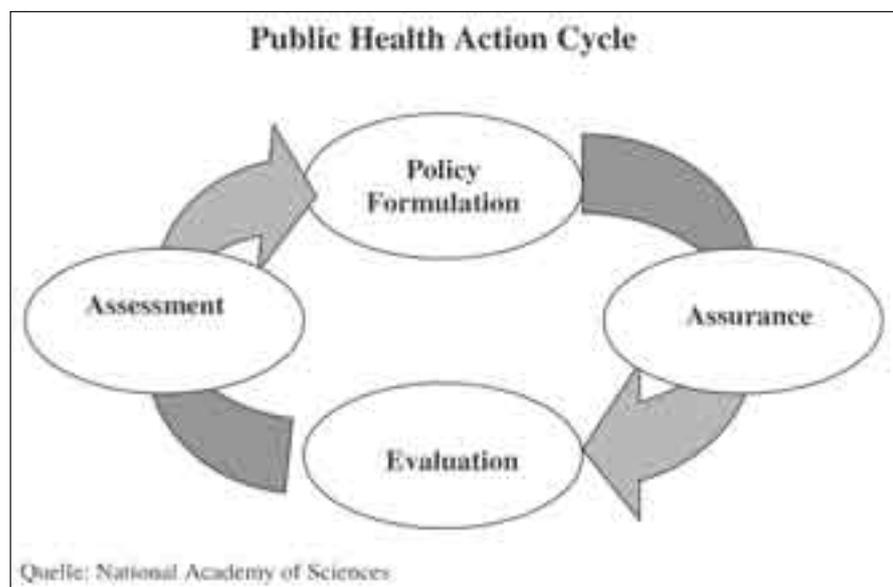


Abbildung 3: Datengestützter Regelkreis der Gesundheitspolitik

- und somit Prioritätenentscheidungen notwendigerweise auch durch eine quasi erst handlungsermöglichende Ignoranz des Unbekannten zustande kommen.

7. Entscheidungen im Gesundheitswesen können zudem nicht nur auf gesundheitswissenschaftliche Evidenz gegründet werden. Gesundheit ist ein Politikfeld unter vielen und die Frage der Ressourcenallokation somit nicht nur aus der Binnenperspektive des Gesundheitswesens zu beantworten, sondern auch unter volkswirtschaftlichen und gesamtpolitischen Gesichtspunkten (kritisch dazu z.B. *Marmot 2004*, konzeptionell gewendet z.B. *Dobrow/Goel/Upshur 2004*).

Prioritätensetzung im Gesundheitswesen ist daher grundsätzlich nicht ersetzbar durch einen epidemiologischen oder gesundheitsökonomischen Algorithmus. Es geht immer um ethisch und politisch zu verantwortende Entscheidungen (vgl. auch *Ethikkommission 2000*). Das heißt nicht, dass Prioritätenentscheidungen nicht rational und auf der Grundlage von Daten gefällt werden können. Willkür ist nicht die Alternative zu einem allgemeinen Entscheidungskalkül. Aber es muss der Kontingenz der jeweiligen Entscheidungssituation Rechnung getragen werden, unter Einbeziehung, Abwägung und diskursiver Vermittlung der Perspektiven der Gruppen, die von der Entscheidung betroffenen sind. In der dichotomen Begrifflichkeit von Habermas: Prioritätenentscheidungen müssen an der Struktur kommunikativen Handelns und nicht an der Struktur instrumentellen Handelns ausgerichtet werden. Das macht wiederum den inneren Zusammenhang zwischen Gesundheitsberichterstattung und geeigneten indirekten Koordinationsstrukturen deutlich. Die Gesundheitsberichterstattung kann in diesem Rahmen dazu beitragen, dass der Entscheidungsbedarf in bestimmten Problemfeldern deutlich wird, sie kann auch dazu beitragen, dass die Entscheidungen gesundheitswissenschaftlich reflektiert getroffen werden, aber sie kann sie nicht selbst treffen, dafür hat sie nicht die notwendige organisatorische Struktur, nicht die inhaltliche Kompetenz und nicht das politische Mandat.

Problemorientierung (Evidenzbasierung) und Konsensorientierung sind auszubalancierende und auszuhan-

delnde Ziele der Gesundheitsberichterstattung. Eine im Alltag der Gesundheitsberichterstattung immer wieder virulente Frage schließt hier an: Wie soll sich die Gesundheitsberichterstattung gegenüber bereits getroffenen Entscheidungen verhalten, wie „politisch“ soll ihr evaluativer Charakter sein? Darauf gibt es im Grunde nur eine pragmatische Antwort: so viel fachliche Distanz zur Tagespolitik wahren, wie nötig, so evaluativ wie möglich. Weder affirmatives Schönschreiben noch direktes Kritisieren von Regierungsentscheidungen kann Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung sein, soweit sie von einer Fachbehörde zu verantworten ist - für andere Akteure und deren Gesundheitsberichte mögen sich andere Akzentuierungen ergeben.

4. Fazit

Zielsetzung und Ausrichtung der Gesundheitsberichterstattung sind nur akteursabhängig zu bestimmen. Für die vom Staat oder der Kommune zu verantwortende Gesundheitsberichterstattung ist der konzeptionelle Rahmen somit aus den Staatsaufgaben (bzw. den kommunalen Aufgaben) abzuleiten. Erst dann greifen gesundheitswissenschaftliche oder epidemiologische Bestimmungen.

Das jeweilige Staatsverständnis gibt demzufolge auch die politische Funktion der Gesundheitsberichterstattung vor: eine technokratische Gesundheitspolitik braucht keine Gesundheitsberichterstattung, hier reicht eine qualifizierte Gesundheitsstatistik als Instrument der Planung und des Controllings aus. Eine patriarchal-fürsorgliche Gesundheitspolitik wird demgegenüber neben der Gesundheitsstatistik auch auf Gesundheitsberichterstattung setzen, als Instrument der Gesundheits-erziehung und der „Normalisierung“ von Gesundheit im Bewusstsein der Bevölkerung. In einer modernen, zivil-

gesellschaftlich orientierten Gesundheitspolitik schließlich ist die Gesundheitsberichterstattung als Instrument der Information, Partizipation, Planungskoordination und Vernetzung unverzichtbar und hat eigentlich erst hier ihren systematischen Platz. Diese Korrespondenz zwischen Staatsverständnis und Funktion der Gesundheitsberichterstattung lässt sich z.B. sehr gut an dem „Bericht über das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung“ von 1907 ablesen (*KGA 1907*). Dieser Bericht befand sich von seiner medialen Machart her (Diagramme, Karten, textliche Kommentierung etc.) auf der Höhe der heutigen Gesundheitsberichterstattung, seine Zielgruppe war aber nicht die Öffentlichkeit, sondern er war als Information für die Teilnehmer eines Kongresses für Hygiene und Demographie gedacht, blieb also eingebunden in die Restriktionen einer bevormundenden, patriarchalen Gesundheitspolitik.

Eine zweite Nahtstelle zwischen Politik und Gesundheitsberichterstattung ergibt sich durch die Normativität der Aussagen der Gesundheitsberichterstattung, wenn die epidemiologische Ebene überschritten wird. Das beginnt schon bei der Themenauswahl, die auch aus gesetzlichen Vorgaben resultieren kann: Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder enthalten manchmal auch inhaltliche Vorgaben für die Gesundheitsberichterstattung. In Bayern beispielsweise ist die Gesundheitsberichterstattung durch das Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz von 2003 in den Kontext Risikokommunikation und Prävention gestellt worden. Das Setzen eines solchen normativen Rahmens ist, ebenso wie die Formulierung politischer Konsequenzen auf der Grundlage der Daten der Gesundheitsberichterstattung, Aufgabe des politisch verantwortlichen Akteurs. Dass dann der Public Health Action Cycle natürlich

Konzeptionelle Orientierung der Gesundheitsberichterstattung	
Konzeptioneller Bereich	Orientierung an ...
Ziele, grundsätzliche Ausrichtung	Staatsaufgaben
Inhaltliche Aufbereitung	Gesundheitswissenschaften, Epidemiologie
Mediale Vermittlung	Präsentationstechniken, journalistische Gestaltungsmittel

Abbildung 4: Konzeptionelle Orientierung der Gesundheitsberichterstattung

auch durch Taten zu schließen wäre, steht, wie eingangs bereits gesagt, auf einem anderen Blatt.

Literatur:

- AOLG 2003:* Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (Hrsg.): Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder; Dritte, neu bearbeitete Fassung, 2 Bände.
- BJFG 1971:* Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Gesundheitsbericht. Bonn, 1971.
- Borgers 1991:* Borgers, D.: Probleme und Ziele einer sozialepidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung; in: Jahrbuch für Kritische Medizin 16, Hamburg, S. 84-101.
- Coase 1937:* Coase, R. H.: The Nature of the Firm; in: *Economica* NS 4, S. 368-405.
- Dobrow/Goel/Upshur 2004:* Dobrow, M. J., Goel, V., Upshur, R.E.G.: Evidence-based health policy: context and utilisation; in: *Social Science & Medicine* 58 (2004), S. 207-217. Internet: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala5404.pdf>.
- Ethikkommission 2000:* Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) – Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr. 15 vom 14.4.2000.
- EU 2003:* Richtlinie 2003/4/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 28. Januar 2003 über den Zugang der Öffentlichkeit zu Umweltinformationen und zur Aufhebung der Richtlinie 90/133/EWG des Rates. Amtsblatt der Europäischen Union vom 14.2.2003, L 41/26-L 41/31.
- Gerhard/Link/Schulte-Holtey 2001:* Gerhard, U., Link, J., Schulte-Holtey, E. (Hrsg.): Infografiken, Medien, Normalisierung: Zur Kartografie politisch-sozialer Landschaften. Heidelberg.
- Grimm 1996:* Grimm, D. (Hrsg.): Staatsaufgaben. Baden Baden.
- HPG 1996:* Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.): Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Ein Leitfaden für GesundheitsberichterstatteInnen und solche, die es werden wollen. Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf, Band 18. Düsseldorf.
- KGA 1907:* Kaiserliches Gesundheitsamt; Kaiserliches Statistisches Amt: Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung. Verlag v. Puttkammer & Mühlbrecht, Berlin.
- KGSt 1998:* Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung: Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes. KGSt-Bericht 11/1998, Köln.
- Kuhn 2003:* Kuhn, J.: Wozu brauchen wir Sozial- und Gesundheitsberichterstattung? In: NDV – Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 6/2003, S. 273-275. Internet: http://www.deutscher-verein.de/portal/publikationen/03-nachrichtendienst/pdf/02-fruehere_ausgaben0603.pdf.
- Kuhn 2003 a:* Kuhn, J.: Gesundheits- und Sozialberichterstattung – worum geht es, worum geht es nicht? In: *Info_Dienst für Gesundheitsförderung* 3/2003, S. 14-17. Internet: http://www.gesundheitberlin.de/download/Infodienst_3_03.pdf.
- Kuhn/Wildner 2003:* Kuhn, J., Wildner, M.: Die Gesundheitsberichterstattung in Bayern; in: *Prävention* 4/2003, S. 99-102.
- Luhmann 1997:* Luhmann, N.: Die Gesellschaft der Gesellschaft, Frankfurt.
- Marmot 2004:* Marmot, M. G.: Evidence based policy or policy based evidence? In: *BMJ*. 2004 Apr 17; 328 (7445), S. 906-907. Internet: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/328/7445/906>
- MASGF 2001:* Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.): Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001. Potsdam.
- Murza/Hurrelmann 1996:* Murza, G., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung. Weinheim und München.
- Nikolow 2001:* Nikolow, S.: Der statistische Blick auf Krankheit und Gesundheit; in: Gerhard, U., Link, J., Schulte-Holtey, E. (Hrsg.): Infografiken, Medien, Normalisierung: Zur Kartografie politisch-sozialer Landschaften. Heidelberg, S. 223-241.
- Riedmann 2000:* Riedmann, K.: Die historische Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland; in: *Bundesgesundheitsblatt* 8/2000, S. 594-599.
- Rosenbrock/Gerlinger 2004:* Rosenbrock, R., Gerlinger, Th.: Gesundheitspolitik. Bern.
- Schräder u.a. 1986:* Schräder, W.F., Diekmann, F., Neuhaus, R., Rampelt, J.: Kommunale Gesundheitsplanung. Basel, Boston, Stuttgart.
- SenGesSozV 2004:* Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin (Hrsg.): Sozialstrukturatlas 2003. Berlin.
- Stein 1998:* Stein, H.: Der Gesundheitsbericht 1970 und die Gesundheitspolitik der 70er Jahre; in: Streich, W., Wolters, P., Brand, H. (Hrsg.): Berichterstattung im Gesundheitswesen, Weinheim und München, S. 11-21.
- Streich/Wolters/Brand 1998:* Streich, W., Wolters, P., Brand, H. (Hrsg.): Berichterstattung im Gesundheitswesen. Weinheim und München.
- Sturm 2004:* Gesellschaft für Bürgergutachten Dr. Hilmar Sturm (Hrsg.) Bürgergutachten für Gesundheit. München, Landshut.
- SVR 1987:* Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1987. Baden-Baden.
- Wildner/Zapf/Kuhn 2004:* Wildner, M., Zapf, A., Kuhn, J.: Grundzüge einer Bayerischen Gesundheitsberichterstattung (GBE); in: *Gesundheitswesen* 66 (2004), Sonderheft 1, S. 3-7.
- Willke 1996:* Willke, H.: Die Steuerungsfunktion des Staates aus systemtheoretischer Sicht; in: Grimm, D. (Hrsg.): Staatsaufgaben. Baden Baden, S. 685 – 711.
- Wildner/Weitkunat 1998:* Wildner, M., Weitkunat, R.: Aufbau einer epidemiologisch begründeten Gesundheitsberichterstattung; in: *Gesundheitswesen* 60 (1998), Sonderheft 1, S. 11-14.

Anschrift des Autors:

Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit
Veterinärstr. 2
85764 Oberschleißheim
Tel.: 089/31560-302
mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de