

Joseph Kuhn, Manfred Wildner, Andreas Zapf

Ethische Probleme in der Gesundheitsberichterstattung

Konzeptionelle Zyklen in der Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichtsberichterstattung hat in Deutschland erst in den 1990er Jahren wieder Fuß gefasst. Die ehemals sozialmedizinisch ambitionierte Medizinalstatistik in Deutschland ging mit der Weimarer Republik zu Ende und fand nach dem Krieg in einem weitgehend auf Individualmedizin setzenden Gesundheitssystem zunächst keinen Platz mehr. Im Umfeld des Gutachtens des Sachverständigenrats von 1987 (SVR 1987) gab es eine erste Phase des konzeptionellen Nachdenkens über die Gesundheitsberichterstattung (siehe z.B. Schröder et al. 1986, Brand 1989, Schmacke 1987, Trojan/Thiele 1990, Borgers 1991 sowie die Arbeiten der Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung FG 1990). Thematisch ging es damals um den Aufbau einer modernen Gesundheitsberichterstattung, um Inhalte, Datenquellen, Berichtsformen, Ziele und die Verknüpfungen mit der Gesundheitsplanung. Die Erwartungen richteten sich auf eine politikrationalisierende Funktion der Gesundheitsberichterstattung. Durch Gesundheitsberichterstattung sollte die Gesundheitspolitik bedarfsorientierter und auch offener gegenüber den Bürgerinteressen werden, auf der kommunalen Ebene sollte sie zudem der Arbeit der Gesundheitsämter neue Impulse geben und sie zu einer präventiven, auf die großen Volkskrankheiten bezogenen Tätigkeit führen.

Diesen Erwartungen konnte die Gesundheitsberichterstattung bestenfalls in Ansätzen gerecht werden. Dazu hätten geeignete politische und administrative Vermittlungsebenen geschaffen werden müssen. Ein solcher Organisationsentwicklungsprozess hat im Gesundheitswesen aber nicht stattgefunden, sieht man von einzelnen Elementen, etwa den Gesundheitskonferenzen und den neuerdings auch in Deutsch-

land aufgegriffenen Gesundheitszielen ab. Auch in Reflexion auf diese Entwicklung setzte Ende der 1990er Jahre eine zweite Phase des konzeptionellen Nachdenkens über die Gesundheitsberichterstattung ein (Murza/Hurrelmann 1996, HPG 1996, Streich 1997, Streich/Wolters/Brand 1998, Streich/Meier/Borgers 1999), in der erste Bilanzen gezogen wurden und vor allem auch eine Ausdifferenzierung der methodischen Überlegungen erfolgte. Gegenwärtig, wiederum etwa 10 Jahre später, scheint eine dritte Reflexionsrunde darüber zu beginnen, was Gesundheitsberichterstattung sein soll und sein kann (Jacob 2006, Süß/Trojan/Füller 2005, Hermann 2006, Kuhn/Busch 2006, Kuhn 2006, Reintjes/Klein 2006, Kurth 2006).

Diskussionsbedürftig wäre eine ganze Reihe von Themen, z.B. die immer neu zu beantwortende Frage nach den Kernelementen, über die berichtet werden soll (soziale Aspekte, Geschlechterunterschiede, Umweltbezüge etc.), die Zusammenhänge mit den in den letzten Jahren entstandenen anderen datengestützten Berichtssystemen (Qualitätsberichte, Berichte des IQWiG etc.), die Nutzerorientierung jenseits der unmittelbaren politischen Adressaten, die Beziehungen zwischen Berichterstattung und Gesundheitsplanung oder die Defizite in den strukturellen und funktionalen Voraussetzungen der Gesundheitsberichterstattung (Personalausstattung der Gesundheitsämter, Rolle der Gesundheitskonferenzen, Organisation von Gesundheitsziele-Prozessen).

Ein Thema, das künftig ebenfalls stärker berücksichtigt werden sollte, sind ethische Aspekte der Gesundheitsberichterstattung. Die Handlungsorientierung der Gesundheitsberichterstattung schließt die ethische Dimension notwendigerweise ein. Wenn Gesundheitsberichterstattung politisches Handeln verändern will, wenn sich somit aus

Zusammenfassung:

Ethische Fragen werden in Public Health seit einiger Zeit intensiv diskutiert und führen zu konkreten, in der Praxis anwendbaren Richtlinien. In der Gesundheitsberichterstattung steht eine solche Ethikdebatte bisher aus. Sie ist jedoch in dem Maße notwendig, in dem die Gesundheitsberichterstattung Relevanz für gesundheitspolitische Entscheidungen gewinnt. Der Artikel will dies anhand einiger ethisch problematischer Aspekte der Gesundheitsberichterstattung verdeutlichen.

Schlüsselworte:

Gesundheitsberichterstattung, Public Health, Ethik.

Summary:

Ethical questions in Public Health have been discussed intensively for some time. This debate has led to the development of explicit guidelines for practitioners. In the field of health reporting such a debate has not yet been embarked on. An ethical debate in this area, however, becomes the more important the more health reporting is gaining influence in decision making in health policy. This paper will argue for such an ethical debate in health reporting by pointing out some ethically problematic aspects of health reporting.

Key words:

Health Reporting, Public Health, ethics.

den Daten Folgen für das Leben der Menschen ergeben, stellt sich die ethische Legitimitätsfrage, die Frage nach dem moralisch „richtigen“ Handeln. In verschiedenen Public Health-Bereichen wird die Diskussion ethischer Fragen seit einiger Zeit intensiv und mit erheblicher praktischer Relevanz geführt. In der Epidemiologie, die *Saracci (2007)* explizit als „science for justice in health“ sieht, hat sie z.B. ethische Leitlinien für die Forschung hervorgebracht (siehe z.B. *McKeown u.a. 2003*). In anderen Bereichen gibt es ebenfalls höchst praxisrelevante Entwicklungen, etwa im Zusammenhang mit der Organisation von Screening-Untersuchungen (siehe z.B. *Liebl et al. 2001*) oder der Zertifizierung von vertrauenswürdigen Angeboten der Gesundheitskommunikation (siehe z.B. die *HONcode-Prinzipien: www.hon.ch* oder das *Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem: www.afgis.de*). Aber auch die Medizinethik-Debatte selbst hatte in Deutschland im Zusammenhang mit der Aufarbeitung der Medizinverbrechen im Nationalsozialismus von Beginn an starke Public Health-Bezüge (siehe z.B. *Kolb/Seithe 1998* oder *Ebbinghaus/Dörner 2002* und die jeweils dort angegebene Literatur). In der Gesundheitsberichterstattung werden ethische Fragen bisher noch wenig thematisiert. Ethikdiskussionen in der Epidemiologie und anderen Bereichen von Public Health stellen dafür eine hilfreiche Ausgangsbasis dar, können eine auf die spezifischen Problemlagen der Gesundheitsberichterstattung ausgerichtete Diskussion aber nicht ersetzen.

Einen sinnvollen Zugang zu dieser Thematik hat kürzlich *Schröder (2007, 2007 a)* beschrieben. Schröder plädiert zunächst dafür, eine eigene Bereichsethik für Public Health in Abgrenzung zur Medizinethik zu etablieren, die den unterschiedlichen Entscheidungsanforderungen in Public Health und Medizin besser Rechnung trägt. Des Weiteren spricht er sich dafür aus, eine solche Public-Health-Ethik auf einer mittleren Abstraktionsebene, nämlich anhand von allgemein akzeptierten Prinzipien, auszuarbeiten und schlägt dazu in Abwandlung der bioethischen Prinzipien von *Beauchamp und Childress 5* Prinzipien vor (*Schröder 2007, S. 109*): Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens und Bevölkerungsschutz,

Achtung vor der Menschenwürde, Gerechtigkeit, Effizienz sowie Verhältnismäßigkeit. Diese fünf Prinzipien können, so Schröder, durch unterschiedliche philosophische Ansätze begründet werden. Es ist daher nicht nötig, Übereinstimmung in den grundlegenden philosophischen Ansätzen (Utilitarismus, Deontologie etc.) zu erzielen, sondern es reicht, wenn man Übereinstimmung bei diesen Prinzipien erzielt. Durch Spezifikation der Prinzipien kann der Anwendungsbezug auf den konkreten Kontext gestärkt werden. Dieses Herangehen führt u.E. schnell an die konkreten Public Health-Themen heran und markiert auch eine mögliche Arbeitsteilung zwischen Philosophie und Public Health: Die theoretische Begründung und Untersetzung der Prinzipien wäre primär Aufgabe der Philosophie, die Bewährungsprobe in der Anwendung auf die Praxis fiel primär in die Zuständigkeit von Public Health, die Weiterentwicklung der Prinzipien wäre gemeinsam zu leisten.

Coughlin (2006) stellt dem Zugang über Prinzipien („principle based approaches“) einen Zugang über exemplarische Fälle („case-based approaches“) gegenüber. Ob dies Alternativen auf gleicher kategorialer Ebene sind, sei einmal dahingestellt, jedenfalls scheint in einer prototheoretischen Phase, in der die ethischen Dimensionen der Gesundheitsberichterstattung noch nicht gut untersucht sind, ein Zugang über die Beschreibung ethisch problematischer Praxis ein gangbarer Weg zu sein, Fragestellungen zu verdeutlichen und eine weiterführende Diskussion, sei es für die Spezifikation übergeordneter Prinzipien, sei es für die Formulierung exemplarischer Fälle, vorzubereiten. Dies soll im Folgenden versucht werden.

Beispiele ethischer Problemlagen in der Gesundheitsberichterstattung

Sein und Sollen

Gesundheitsberichterstattung soll „handlungsorientiert“ sein. Dementsprechend häufig findet man in Gesundheitsberichten Formulierungen wie „die Daten zeigen, dass hier dieses oder jenes zu tun ist.“ Genau genommen, sind solche Formulierungen unzulässig. Es ist ein philosophischer Gemeinplatz,

dass sich aus Daten darüber, wie die Wirklichkeit ist, nicht ergibt, wie die Wirklichkeit sein soll. Wer das Sollen aus dem Sein ableitet, begeht einen Fehlschluss, den schon David Hume kritisiert hat. Dieser Fehlschluss wird in der Gesundheitsberichterstattung häufig begangen, etwa wenn aus dem steigenden Alkoholkonsum bei Jugendlichen die Notwendigkeit einer Intensivierung der Suchtprävention abgeleitet wird, aus einer gegenüber dem Länderdurchschnitt höheren Unfallrate im eigenen Bundesland die Notwendigkeit einer besseren Unfallverhütung oder aus dem Verfehlen der für die Herdenimmunität erforderlichen Impfraten die Notwendigkeit von Impfkampagnen. All diese „Schlüsse“ sind nicht kontraintuitiv, aber sie rechtfertigen sich nicht allein aus den Daten, sondern nur aus den Daten zusammen mit schon getroffenen normativen Vorannahmen. Wer bei einer Masernimpfrate von 90% die Notwendigkeit einer Impfkampagne gegeben sieht, kann dafür gute Gründe anführen, aber Anthroposophen sehen die Sache bekanntlich anders. Für sie liegt eine Masernimpfrate von 90% nicht zu niedrig, sondern zu hoch. Dass vom Sein kein Weg zum Sollen führt, zumindest kein einfacher Weg, gilt für die Begründung aller normativen Sätze, die ethischen eingeschlossen.

Prioritätensetzung

Einer der zentralen Ansprüche der Gesundheitsberichterstattung, aus der sie auch ihre Fortschrittlichkeit gegenüber der Medizinalstatistik der Nachkriegszeit ableitet, ist ihre Relevanz für die Identifikation von prioritären Gesundheitsproblemen und damit von prioritärem gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Diese Rolle hat auch der Sachverständigenrat wiederholt für die Gesundheitsberichterstattung angemahnt, zuletzt sehr deutlich im Jahresgutachten 2000/2001 im Zusammenhang mit der Formulierung von Gesundheitszielen. In Deutschland sind in enger Verbindung mit der Gesundheitsberichterstattung inzwischen auf Bundes- und Länderebene auch Gesundheitsziele-Prozesse in Gang gesetzt worden (*GVG 2007*). Der Entwurf des 2005 gescheiterten Präventionsgesetzes sah ebenfalls vor, die Präventionsziele in der Gesundheitsbericht-

erstattung zu fundieren. Mit diesem Anspruch der Gesundheitsberichterstattung, dessen Einlösung allerdings noch deutlich defizitär ist, ist unübersehbar eine Wertung verbunden. Das Beleuchten bestimmter Probleme zieht notwendigerweise das Ausblenden anderer Probleme nach sich. Gesundheitsprobleme sind nicht „an sich“ prioritär, so dass die Identifikationsleistung der Gesundheitsberichterstattung eine rein deskriptive wäre, Prioritäten ergeben sich stets erst aus spezifischen Perspektiven: aus der Perspektive von Personen, Institutionen, wissenschaftlichen Ansätzen etc. Wenn etwas für Patienten prioritär ist, muss es dies z.B. nicht auch aus Sicht der Krankenkassen sein – das alltägliche Geschäft des Gemeinsamen Bundesausschusses, letztlich ein Geschäft mit ethischen Implikationen (vgl. auch Neumann et al. 2005).

Indikatoren, Gesundheitsökonomie, Rationierung

Nicht jede Form der Steuerung von Leistungen im Gesundheitswesen muss eine medizinisch nachteilige Leistungseinschränkung sein. Zurecht weist der Sachverständigenrat in seinem oben zitierten Jahresgutachten 2000/2001 auf das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung hin. Prioritäten zu setzen wird politisch aber vor allem dann brisant, wenn Prioritäten nach Maßgabe der Verteilung knapper Mittel so gesetzt werden, dass aus der Prioritätensetzung die Rationierung von an sich sinnvollen Leistungen folgt. Politisch wird dieser Konflikt zwischen medizinischen und ökonomischen Zielen bevorzugt im Wege der impliziten Rationierung umgangen, d.h. man definiert zwar ein Budget, aber überlässt die Rationierungsentscheidungen den Funktionsabläufen des Gesundheitswesens. In Millionen Arzt-Patient-Kontakten und Sachbearbeitungsprozessen bei den Krankenkassen verlieren sich dann die Verantwortlichkeiten für die Rationierung, sie tritt nicht mehr als Folge von politischen Entscheidungen auf, sondern nur noch als Systemeffekt. Explizite Rationierung erfolgt in Deutschland vor allem über den Gemeinsamen Bundesausschuss, der über die Finanzierung von Kassenleistungen entscheidet. Dass der Gemeinsame Bundesausschuss bisher

bei seinen Entscheidungen auf die Gesundheitsberichterstattung zurückgegriffen hätte, ist nicht bekannt. Die mit der Rationierung von Leistungen verbundenen ethischen Dilemmata werden somit in der Gesundheitsberichterstattung derzeit nicht virulent, weil ihr Anspruch auf Steuerungsrelevanz bisher nur rudimentär eingelöst ist und die Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung begrenzt bleiben.

Ein Verfahren, explizite Rationierung über ein objektiviertes Kalkül nachvollziehbar zu machen, sind gesundheitsökonomische Entscheidungsverfahren auf der Grundlage summarischer Ergebnisgrößen, z.B. der sog. QALYS („Qualitätsadjustierte Lebensjahre“). QALYS beanspruchen, die durch verschiedene Krankheiten verlorene oder durch verschiedene Behandlungsverfahren gewonnene Lebensqualität zu quantifizieren und vergleichbar zu machen. Aufmerksamkeit hat diese Messgröße durch ihre Rolle im US-Bundesstaat Oregon erregt, wo sie Ende der 1980er Jahre zur Leistungssteuerung des Sozialhilfeprogramms Medicaid herangezogen wurde. Die zu finanzierenden Behandlungsverfahren wurden anhand von QALYS nach Kosteneffektivität priorisiert. Einem leukämiekranken Kind wurde die Behandlung verweigert, weil andere Leistungen, z.B. in der Schwangerenvorsorge, gemessen an den QALYS kosteneffektiver waren (Kühn 1998, S. 68). QALYS suggerieren als Zahlenangaben eine Objektivität und Wertneutralität, die sie nicht haben. Ihre Konstruktion beruht auf Wertentscheidungen, indem der durch ein Behandlungsverfahren zu erzielende Gewinn an Lebensjahren durch einen „Qualitätswert“ dieser Lebensjahre gewichtet wird, ein utilitaristisches Vorgehen par excellence. Die Qualität des Lebens ist wiederum perspektivenabhängig, sie bemisst sich aus der Sicht der Volkswirtschaft anders als aus der Sicht der Betroffenen, sie ist innerhalb der Gruppe der Betroffenen nicht gleich und auch nicht für den einzelnen Betroffenen im Laufe seines Lebens. Das gilt auch für scheinbar „wertneutralere“ Indices, z.B. die PYLLS („Potential Years of Life Lost“). Dieser Index wird benutzt, um anhand von als vorzeitig klassifizierten Sterbefällen (z.B. Sterbefälle vor dem 65. Lebensjahr) eine Priorisierung von Gesundheitsproblemen vorzunehmen, etwa um Schwerpunkte der Prävention

zu identifizieren. Im gemeinsamen Indikatorensatz der Gesundheitsberichterstattung der Länder gibt es mehrere Indikatoren, bei denen PYLLS ausgewiesen werden sollen (AOLG 2003). Bei der Berechnung der PYLLS wird keine Qualitätsbewertung von Lebensjahren vorgenommen, es werden für die vorzeitigen Sterbefälle nach einzelnen Krankheitsarten die nicht gelebten Jahre vom Sterbejahr bis zum 65. Lebensjahr einfach aufsummiert. Im Ergebnis erhält man eine Rangfolge der Krankheitsarten danach, bei welchen Krankheitsarten am meisten Lebensjahre verloren gehen und somit präventive Investitionen am vielversprechendsten sind. Aber wer bestimmt, dass der Tod in frühen Jahren mehr Gewicht besitzt als der Tod im späteren Leben? Diese Bevorzugung ist intuitiv nachvollziehbar und vielleicht auch gesellschaftlich konsensfähig, aber es ist eine Wertentscheidung.

Die Beispiele zeigen, dass es auch in der Gesundheitsberichterstattung keinen wertneutralen Algorithmus zur Priorisierung von Gesundheitsproblemen oder zur Festlegung von Gesundheitszielen gibt. Ihre Ergebnisse müssen diskutiert werden, unter Offenlegung der mitunter in Indices oder anderen statistischen Prozeduren (Mittelwerten, Trends etc.) versteckten Wertungen.

Gerechtigkeit

In der Gesundheitsberichterstattung besteht Konsens darüber, dass „benachteiligte“ Bevölkerungsgruppen besondere Aufmerksamkeit verdienen – auch dies übrigens eine kollektive Wertung. Aus der Sozialepidemiologie sind Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit sehr gut belegt. In der Gesundheitsberichterstattung werden daher seit geraumer Zeit viele Daten nach Merkmalen der sozialen Lage ausgewiesen. Auch hier sind die ethischen Implikationen evident. Anhand welcher konkreter Merkmale Gruppen als „benachteiligt“ identifiziert werden, ist nicht selbstverständlich. Einkommen, Bildung, die Wohnlage, die Ausstattung der Haushalte mit Konsumgütern, der berufliche Status, die Bourdieuschen „kleinen Unterschiede“, der Maß der sozialen Integration, das verfügbare soziale Kapital und vieles mehr sind potenzielle Abgrenzungen. Sie hängen

untereinander eng zusammen, aber sie sind nicht identisch, und sie sind ethisch vermutlich auch nicht gleichwertig. Die Übernahme von herkömmlichen Sichtweisen kann dabei schnell diskriminierend werden. Ein zweites Beispiel: Es gilt als ethisch geboten, die Gleichstellung der Geschlechter zu befördern, Menschenrechte und Menschenwürde haben schließlich kein Geschlecht. Meist sind Frauen die Begünstigten dieser Norm. Aber im Hinblick auf die Gesundheit wäre eine reine „Frauenförderung“ ethisch bedenklich. Frauen werden im Gesundheitswesen häufig schlechter versorgt als Männer, Männer weisen mehr Risikofaktoren auf und haben in Deutschland eine um 5-6 Jahre kürzere Lebenserwartung als Frauen. Das eine wie das andere einfach hinzunehmen, wäre ethisch sicher problematisch, eine genderspezifische Gesundheitsberichterstattung mit Blick auf beide Geschlechter ist somit wohl auch ethisch gut begründet (vgl. auch Böhm u.a. (2004).

Neutralität, Politiknähe und Wahrheit

Im Juli 2007 berichtete der frühere US Surgeon General Richard Carmona, dass die Bush-Administration mehrfach Einfluss auf die Berichterstattung seiner Behörde genommen hatte (*Lancet* 2007, S. 193). Der Sachverhalt wurde nicht nur im Fachblatt *Lancet*, sondern z.B. auch in der *New York Times* (online, July 11, 2007) sehr kritisch kommentiert. Man setzt offensichtlich großes Vertrauen in die sachliche und neutrale Berichterstattung des Surgeon General. Diese Erwartungshaltung gegenüber der Gesundheitsberichterstattung besteht seitens der Öffentlichkeit in gleicher Weise in Deutschland. Doch auch in Deutschland gibt es in der Gesundheitsberichterstattung politische Einflussnahme, kleine Rücksichtnahmen und Opportunitäten. Als Lösung wird gelegentlich eine gegenüber der staatlichen bzw. kommunalen Verwaltung verselbständigte Gesundheitsberichterstattung gefordert. Aber damit ginge zugleich der Anspruch verloren, dass Staat und Kommunen in einer demokratischen Gesellschaft u.a. durch Gesundheitsberichterstattung ihre Sicht der Dinge offen legen und so mehr Transparenz in der Gesundheitspolitik schaffen. Welche Wege hier auch konkret zu beschreiten wä-

ren, die Gewährleistung wissenschaftlicher Seriosität und damit fachlicher wie politischer Vertrauenswürdigkeit ist das vielleicht wichtigste Kapital der Gesundheitsberichterstattung.

Teilhabe und Herrschaft, Gouvernamentalität

Gesundheitsberichterstattung unterscheidet sich von behördeninternen Planungsunterlagen durch ihre Öffentlichkeit. Gesundheitsberichterstattung ist veröffentlichte Information. Sie soll, wie erwähnt, mehr Transparenz in der Gesundheitspolitik schaffen, Öffentlichkeit über wichtige Themen herstellen, Beteiligung fördern, mithin ein Element einer Demokratisierung der Gesundheitspolitik sein. Insofern beinhaltet moderne Gesundheitsberichterstattung ein emanzipatorisches Element. Aber zugleich lenkt Gesundheitsberichterstattung die öffentliche Wahrnehmung, ganz unabhängig von expliziten politischen Einflussnahmen. Sie setzt die Themen auf die Agenda, die aus Sicht des Staates oder der Kommune relevant sind. Die Herstellung öffentlicher Aufmerksamkeit für prioritäre Gesundheitsprobleme ist keine Einbahnstraße, die von einer rein wissenschaftlichen Analyse zur Identifikation von Themen führt, sondern ebenso sehr ein Agenda-Setting, bei dem die Politik Regie führt (siehe dazu auch Kuhn/Busch 2006). Michel Foucault hat solche Verhältnisse mit dem Begriff „Gouvernamentalität“ belegt, einer Form der Herrschaft durch Erzeugung spezifischer Rationalitäten. Wer will bestreiten, dass es sinnvoll ist, sich um Adipositas zu kümmern oder um das Nichtrauchen, und dass man dazu in der Gesundheitsberichterstattung die entsprechenden Daten aufbereitet und Handlungsstrategien entwickelt? Dieses Amalgam aus Demokratisierung und Einbindung ist vielleicht nicht auflösbar, es ist auf jeden Fall nicht ethisch neutral.

Perspektiven

Gesundheitsberichterstattung steht im Kontext von „good governance“: Es geht um die Legitimität staatlichen Handelns, um Gerechtigkeit, um Transparenz, um die Öffentlichkeit von Information, um Partizipation, um Effizienz. Diese Anliegen werden in der

Gesundheitsberichterstattung bisher wenig diskutiert. Gesundheitsberichterstattung gilt nach wie vor primär als angewandte Epidemiologie, als Sonderform wissenschaftlicher Expertise. Dies ist sie auch, aber nicht nur. Sie ist ebenso Teil des staatlichen bzw. kommunalen Handelns, des Verhältnisses zwischen Politik, Verwaltung und Bevölkerung. Aus diesem Zwischendasein ergeben sich spezifische ethische Probleme, die sich so in der Epidemiologie allein nicht finden. Dass bisher ethische Fragen in der Gesundheitsberichterstattung noch wenig Konjunktur haben, ist wohl auch Ausdruck ihrer begrenzten politischen Relevanz. Umgekehrt heißt das, dass der erwünschte und sich abzeichnende Zuwachs an politischer Relevanz der Gesundheitsberichterstattung – auf die Verknüpfung von Gesundheitsberichterstattung und Präventionszielen in der geplanten Präventionsgesetzgebung wurde hingewiesen – auch den Auf- und Ausbau einer ethischen Diskurskultur nach sich ziehen muss. Je mehr Einfluss die Gesundheitsberichterstattung tatsächlich auf die Gesundheit der Menschen erlangt, desto mehr muss ihr Beitrag zu „good governance“ über funktionale Aspekte des besseren Regierens hinausgehen und auch die ethischen Implikationen dieses Themas einschließen.

Literatur:

Bei dem Verlag, dem Verfasser und vorübergehend im Internet unter www.zeitschrift-prevention.de bei diesem Artikel nach der Zusammenfassung.

Anschrift für die Verfasser:

Dr. Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Veterinärstr. 2
85764 Oberschleißheim
joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Joseph Kuhn, Manfred Wildner, Andreas Zapf Ethische Probleme in der Gesundheitsberichterstattung

Literatur:

- AOLG (2003): Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden: Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Bielefeld
- Böhm, A., Kuhn, J., Lange, C., Maschewsky-Schneider, U., Ziese, T. (2004): Gesundheitsberichterstattung und Gender Mainstreaming; in: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 47, S. 578-583
- Borgers, D. (1991): Probleme und Ziele einer sozial-epidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung; in: Jahrbuch für Kritische Medizin 16, Hamburg, S. 84-101
- Brand, H. (1989): Kommunale Gesundheitsberichterstattung und regionalisierte Planung im Gesundheitswesen; in: Jahrbuch für Kritische Medizin 14. Hamburg, S. 46-58
- Coughlin, S. S. (2006): Ethical issues in epidemiologic research and public health practice; in: Emerging Themes in Epidemiology, 3, published online, 3. Oktober 2006, DOI: 10.1186/1742-7622-3-16
- Ebbinghaus, A., Dörner, K. (Hrsg.) (2002): Heilen und Vernichten. Berlin
- 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
- FG (1990): Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung: Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung. Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag. 3 Bände. St. Augustin
- GVG (2007), Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hrsg.) (2006): Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes. Bonn
- Hermann, S.(2006): Konzept einer integrierten, handlungsorientierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung im regionalen Ansatz. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. Dissertation, Technische Universität Berlin
- 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
- Jacob, R. (2006): Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. Frankfurt
- Kolb, S., Seithe, H., IPPNW (Hrsg.) (1998): Medizin und Gewissen. Frankfurt
- Kühn, H. (1998): Rationierende Medizin: Praxis und Ideologie der „Rationierung“ in den USA und Großbritannien; in: Kaupen-Haas, H., Rothmaler, Ch. (Hrsg.): Strategien der Gesundheitsökonomie. Frankfurt
- Kuhn, J. (2006): Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung der Länder. Frankfurt
- Kuhn, J., Busch, R. (Hrsg.) (2006): Gesundheit zwischen Statistik und Politik. Frankfurt
- Kurth, B.-M. (2006): Epidemiologie und Gesundheitspolitik; in: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 49, S. 637-647
- Lancet (2007): The Lancet, Editorial: Playing politics with public health. Vol 370, July 21, S. 193
- Liebl, B., v. Kries, R., Nennstiel-Ratzel, U., Muntau, A.C., Röschinger, W., Olgemöller, B., Zapf, A., Roscher, A.A. (2001): Ethisch-rechtliche Aspekte des Neugeborenen-Screenings; in: Kinderheilkunde Vol 148, Nr. 12, S. 1326-1335
- Mc Keown, R. E., Weedm D. L., Kahn, J. P., Stoto, M. A.: American College of Epidemiology Ethics Guidelines (2003): Foundations and Dissemination; in: Science and Engineering Ethics, 9, S. 207-214
- Murza, G., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1996): Regionale Gesundheitsberichterstattung. Weinheim und München
- Neumann, V., Nicklas-Faust, J., Werner, M.H. (2005): Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen (mit Schwerpunkt auf dem Bereich der GKV). Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der Modernen Medizin“ des Deutschen Bundestags, 15. Legislaturperiode.
- Reintjes, R., Klein, S. (2006): Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Bern
- Saracci, R (2007): Epidemiology a science for justice in health; in: International Journal of Epidemiology, 36, S. 265-268
- Schmacke, N. (1987): Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion; in: Jahrbuch für Kritische Medizin 12, Hamburg, S. 122-145
- Schröder, W.F., Diekmann, F., Neuhaus, R., Rampelt, J. (1986): Kommunale Gesundheitsplanung. Basel, Boston, Stuttgart
- Schröder, P. (2007): Public-Health-Ethik in Abgrenzung zur Medizinethik; in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50, S. 103-111
- Schröder, P. (2007 a): Richtig gute epidemiologische Praxis. Überlegungen zu ethischen Prinzipien, Leitlinien und Kodizes für epidemiologische Forschung und Public Health; in: Prävention und Gesundheitsförderung, online first version, 20. April 2007, DOI 10.1007/s11553-007-0066-0
- Streich, W. (1997): Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz; in: Jahrbuch für Kritische Medizin 26. Hamburg, S. 109-120
- Streich, W., Meier, B., Borgers, D. (1999): Berichterstattung im kommunalen Gesundheitswesen – vom Modellversuch zur gesetzlich fundierten Routine; in: Public Health-Forschungsverbände in der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V. (Hrsg.): Public Health Forschung in Deutschland. Bern, S. 47-51
- Streich, W., Wolters, P., Brand, H. (Hrsg.) (1998): Berichterstattung im Gesundheitswesen. Weinheim und München
- Süß, W., Trojan, A., Füller, A. (2005): Zur Rolle von Berichterstattung in Entscheidungsprozessen; in: Fehr, R., Neus, H., Heudorf, U. (Hrsg.): Gesundheit und Umwelt. Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung. Bern. 245-257
- SVR (1987): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1987. Baden-Baden
- SVR (2000/2001): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Jahresgutachten 2000/2001
- Trojan, A., Thiele, W. (1990): Statt Krankheit – Stadtgesundheit; in: Thiele, W., Trojan, A. (Hrsg.): Lokale Gesundheitsberichterstattung. Hilfen auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik. St. Augustin, S. 11-23