

Rainer Müller (1992) Vortrag: Soziale Gesundheitsberichterstattung als Instrument einer demokratischen Gesundheitspolitik, Tagung „Umwelt und Gesundheit: Zum Stellenwert von Krankheitenregistern“, Hauptgesundheitsamt Bremen, 17.01.1992

1. Definition von Gesundheitspolitik

Von Gesundheitspolitik zu reden unterstellt, es gebe eine konzeptionell entworfene und für das Handeln regulativ wirkende Vorstellung von Gesundheit sowie dazu notwendige integrative und konzertierte Politikaktivitäten. Gerade für den Komplex Gesundheit kann aber nicht ohne weiteres von einer verfaßten und integrierten Politik zur Sicherung, Herstellung und Wiedergewinnung von Gesundheit gesprochen werden. Gesundheitspolitik im weitesten Sinne (nicht nur als Kranken- bzw. Krankheitsversorgungspolitik) ist hoch disparat. Gesundheit hat in vielen Gebieten implizit eine Bedeutung. Sie hat jedoch in den zahlreichen Teilpolitiken z.B. Verkehrspolitik unterschiedliche Relevanz, schon gar nicht als Politikziel. Selbst das, was wir allgemein als "Gesundheitswesen" apostrophieren, also das System der Krankheitsversorgung, zielt nur spärlich auf Gesundheit.

Nach langen und heftigen Auseinandersetzungen in der historischen Entwicklung, ist das Krankenversorgungssystem hoch ausdifferenziert und in viele Teilbereiche gespalten und zersplittert. Wir finden viele autonome Regulationsmechanismen und Interessensausbalancierungen bzw. hegemoniale Machtsicherungen. Welche Interessen und Mächte in der deutschen Gesundheitspolitik das Sagen und Machen haben und die historische Entwicklung prägen, wurde eindrucksvoll bei dem erzwungenen Strukturwandel der ehemaligen DDR vorgeführt. Dieser Systemwechsel war eben nicht von einer "Gesundheits"-Politik gesteuert. Man war noch nicht einmal bereit, die einmalige historische Situation eines Systemwechsels zu nutzen, um eine reform- und innovationsorientierte Gesundheitspolitik wenigstens in den neuen Ländern zu implementieren bzw. als Umgestaltungs- bzw. Anpassungsprozeß zuzulassen. Es wurden sowohl die Ergebnisse und Programmatiken der gesundheitspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Diskurse der letzten Jahre im Westen als auch die eben auch vorhandenen positiven Organisationsmuster der medizinischen Versorgung in der ehemaligen DDR systematisch ignoriert (z.B. Polikliniken, Betriebsambulanzen, Dispensairesystem). Mehr noch, sie wurden nicht nur ignoriert, sondern sie wurden auch durch Handeln bzw. Nichthandeln zerstört (Braun/Müller 1992).

Das Gesundheitsversorgungssystem hat sich im historischen Prozeß als komplexes Verhältnis zwischen Zentralstaat, Ländern, Gemeinden, Verbänden, Sozialversicherungen, privaten Akteuren und Leistungsanbietern sowie beruflichen und professionellen Interessen entwickelt. In diesem Komplex wird "Politik" im wesentlichen durch Verbände (Korporatismus) gemacht. Die Rivalität zwischen verschiedenen Gebietskörperschaften und Leistungsanbietern wird durch komplexe Verhandlungsprozesse mit gemischten und disparaten Verantwortungen ausgetragen. Deshalb haben ambulante und stationäre Versorgung, Arbeits-, Umwelt- und Konsumentenschutz sowie öffentliches Gesundheitswesen (ÖGD), also das explizite Versorgungssystem, keinen einfachen oder akzeptierten ideellen und organisatorischen Fluchtpunkt. Auch Gesundheit ist in seiner verschiedenen Operationalität nicht explizit thematisiert, sondern - wenn überhaupt - ex negativo über Krankheit angesprochen.

Alfred Schmidt, der verstorbene Leiter der Abteilung Sozialpolitik im DGB, hat dafür den Begriff der fehlenden Gesamtverantwortung im Gesundheitswesen geprägt. Ihm ging es sowohl um eine positive, theoretische Orientierung, also um Gesundheit, als auch um eine institutionelle Konkretisierung dieser konzeptionellen Orientierung. Mit dieser Definition kam er dem Begriff Public Health sehr nahe (von Ferber 1992, S. 19), denn der Begriff Public Health umfaßt sowohl die wissenschaftliche und theoretische Analyse und Bestimmung von Gesundheit als auch das gesellschaftliche und politische Handeln.

Public Health, in der analytischen Dimension des Begriffs befaßt sich mit den Gesundheitsproblemen, "die für Bevölkerungen aufgrund ihrer Vergesellschaftung in Gemeinden, insbesondere Städten oder seit dem Ausgang des 18. Jahrhunderts in Nationalstaaten entstehen; dies ist der Begriffsinhalt, den wir mit Gesundheitswissenschaften übersetzen" (von Ferber 1992, S. 20).

Als Handlungskonzept geht es bei Public Health darum, "Gesundheitsgefahren zu begegnen, ihnen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zumindest in ihren Folgen zu begrenzen; dies übersetzen wir mit Gesundheitspolitik, treffender noch mit kommunaler Gesundheitspolitik" (ebenda, S. 20).

Um Gesundheitsprobleme zu erkennen, um Handlungsstrategien zu begründen, um die Handlungsprozesse selbst und die Zielfindung zu evaluieren, bedarf es eines systematischen Konzeptes, das wir heute unter dem Stichwort "Gesundheitsberichterstattung" diskutieren. Ich spreche von sozialer Gesundheitsberichterstattung, um zu verdeutlichen, daß es bei seinem Gegenstand um gesellschaftliche Phänomene, Bedarfslagen, Prozesse sowie Deutungen und nicht bloß um physiologische, toxikologische oder klinische Parameter und um medizinische Beurteilungsmaßstäbe geht. Ebenfalls will ich mit dem Begriff "sozial" zum Ausdruck bringen, daß Gesundheitsberichterstattung in gesellschaftliche und politische Diskurse, Auseinandersetzungen, Interessenskonflikte, Machtbalancen und Entscheidungsstrukturen eingebaut ist und nicht nur ein methodisches Instrument darstellt (Borgers 1991).

Der Begriff demokratische Gesundheitspolitik soll als Gegenbegriff zur derzeitigen korporatistischen und zentralistischen sowie auf Medizin ausgerichteten Gesundheitspolitik verstanden werden. Mit diesem Begriff soll zum Ausdruck gebracht werden, daß eine auf Gesundheit im Sinne von Public Health zielende Politik, lokale bzw. regionale Aktionsebenen und Interessen einbeziehen und eine Mitwirkung der Bürger in den kommunalen bzw. regionalen Organisationen und Politikarenen ermöglichen muß. Dies bedeutet Stärkung der politischen Teilhabe in gesellschaftlichen und politischen Einrichtungen sowie in Gremien der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung und in anderen Sozialversicherungsinstitutionen.

Mit dem Begriff demokratische Gesundheitspolitik soll ebenso eine Position umschrieben werden, die sich gegen die Enteignung des Bürgers durch Experten - vor allem durch das Medizinsystem und Ärzte - ausspricht. Es soll damit deutlich gemacht werden, daß das Laienpotential in der Gesundheitserhaltung wie auch bei der Krankheitsbewältigung zu beachten und zu stärken ist.

In diesem Zusammenhang ist auf eine Gefahr hinzuweisen, die sich aus der Informatisierung gerade des Krankenversorgungssystems ergibt. Durch eine Gesundheitsberichterstattung wird ein Bedarf nach mehr und differenzierteren personenbezogenen Daten artikuliert, der nicht zu einem Unterlaufen der informationellen Selbstbestimmung führen darf. Dies soll am Ende des Beitrages noch kurz problematisiert werden.

2. Problemlagen und Handlungsbedarf in der Gesundheitspolitik

Welche Problemlagen und Handlungsbedarfe liegen im Gesundheitswesen nun vor?

Qualifizierte Analysen bzw. Beschreibungen von Problemlagen und Handlungsdefiziten liegen in meiner Wahrnehmung in drei Publikationsaktivitäten vor:

1. Bericht der gesundheitspolitischen Strukturkommission des DGB-Bundesvorstands von 1987 und 1988 (Köln 1987, 1988) und
2. Berichte des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für die Jahre 1987 bis 1991 (Baden-Baden 1987, 1988, 1989, 1990, 1991).
3. Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" vom 12.02.1990 (Deutscher Bundestag 1990).

Ohne im einzelnen inhaltlich auf die einzelnen Punkte einzugehen, möchte die Mängeliste aus der "DGB-Analyse" kurz vorstellen (Schmidt u.a. 1987, S. V-VIII). Ich habe diese Übersicht gewählt, da sie prägnant die Defizite des Gesundheitssystems benennt: Korporatismus, Dominanz der Leistungsanbieter, Medizinentrierung, Entmündigung von Brüger und Patient, Inadäquanz gegenüber ökologischer Krise, sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod sowie gegenüber den vorherrschenden chronischen Erkrankungen.

Übersicht 1 - Mängel des deutschen Gesundheitssystems

1. Gesundheitspolitik ohne Gesamtverantwortung
 - 1.1 Zersplitterte Entscheidungskompetenzen
 - 1.2 Gebrochene Finanzverantwortung
 - 1.3 Zweckentfremdung
2. Mangelnde Aktivierung und Mitwirkung der Betroffenen
 - 2.1 Anbieterdominanz
 - Wirtschaftliche Grundlagen
 - Strukturelle Verankerung
 - Marktideologische Rechtfertigung
 - 2.2 Ohnmacht der Versicherten
 - Passiver Patient - entmündigter Patient
 - Begrenzte Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung
3. Ungleiche Gesundheitschancen
 - 3.1 Ungleiche Chance der Gesundheitssicherung
 - Ungleiche Verteilung der Gesundheitsrisiken
 - Ungleiche Behandlungschancen

- 3.2 Unterversorgung
Elend psychischer Kranker
Pflegernotstand
- 4. Mängel in der Vorsorge
 - 4.1 Beispiel: Unbewältigte Gesundheitsgefahren der Arbeitswelt
Mängel der Erfassung, Auswertung und Bekämpfung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren
Überbetonung der Expertenrolle
Umsetzungsdefizite
Organisatorische Mängel
 - 4.2 Mängel der Früherkennung
 - 4.3 Der Funktionsverlust des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- 5. Mängel in der medizinischen Versorgung
 - 5.1 Fehlorientierung
Überbetonung der Arzneimittel
Technisierung der Medizin
Abschottung der Versorgungsbereiche/Diskontinuität der Betreuung
Einseitigkeit naturwissenschaftlich orientierter Medizin
Ausklammerung der psycho-sozialen Komponente und der sozialen Umwelt der Kranken
 - 5.2 Mängel der ambulanten medizinischen Versorgung
Verfehlte Ordnung der Ausbildung der Ärzte: Tendenzen der Spezialisierung und des fachärztlichen Überangebots
Folgen der ungehemmten Spezialisierung
Mangel an Effektivität, Effizienz und Qualität
Kassenärztliche Bedarfsplanung
Wirkungen der Einzelleistungsvergütung der Kassenärzte
 - 5.3 Mängel der stationären medizinischen Versorgung
Übermäßige Kostensteigerung: Auswirkung struktureller Mängel
Unklarheit der Zweckbestimmung - Planung des Bedarfs an Krankenhäusern und Krankenhausbetten
Kontrolle und Sicherung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit
Überfrachtung der Krankenhäuser mit Aufgaben der Ausbildung
Mängel der Neuordnung der Finanzierung
 - 5.4 Mängel der sozialmedizinischen Beratungs-/Begutachtungsdienste
- 6. Qualifikationsprobleme der Gesundheitsberufe
 - 6.1 Strukturelle Probleme
 - 6.2 Inhaltliche Defizite der Ausbildung
 - 6.3 Inhaltliche Probleme der Weiter- und Fortbildung
 - 6.4 Quantitative und finanzielle Probleme

Die DGB-Schrift formuliert auch Grundanforderungen bzw. Leitlinien solidarischer Gesundheitssicherung - im Sinne meines Themas auch als demokratische Gesundheitspolitik zu benennen. Die nachfolgende Übersicht 2 gibt die Grundlinien an (Schmidt u.a. 1987, S. VIII-IX).

Übersicht 2 - Leitlinien einer demokratischen Gesundheitspolitik

1. Gesundheitspolitik = Lebenslagenpolitik und Gesamtverantwortung
2. Mitwirkung
 - 2.1 Selbstverwaltung als sozialpolitische Mitbestimmung
 - 2.2 Selbsthilfe
3. Bürgernähe
 - 3.1 Dezentralisierung
 - 3.2 Integration
 - 3.3 Primärversorgung - Säule der integrierten Gesamtversorgung
4. Vorsorgeorientierung
 - 4.1 Krankheitsverhütung
 - 4.2 Gesundheitsförderung
 - 4.3 Krankheits-Früherkennung
5. Patientenorientierung

3.Konzeptionen zu einer Gesundheitsberichterstattung

Sowohl der Mängelkatalog als auch die Leitlinien einer Strukturreform der DGB-Analyse können als Gestaltungskriterien für eine soziale Gesundheitsberichterstattung herangezogen werden. Selbstverständlich können auch die programmatischen Konzepte der Weltgesundheitsorganisation zum Programm "Gesundheit für alle im Jahre 2000" oder die Erklärungen vom Alma Ata, Ottawa und Adelaide als Orientierungen herangezogen werden. Allerdings müssten die dortigen Aussagen auf deutsche Verhältnisse bezogen und überdacht werden.

Die Abbildung 1 gibt einen Überblick über derzeitige Initiativen und Konzeptionen zu einer Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik. Sie sollen hier nicht behandelt werden. Lediglich der Landesgesundheitsbericht wird mit seiner thematischen Gliederung kurz vorgestellt.

Abb. 1: Initiativen und Konzeptionen zu einer Gesundheitsberichterstattung

Titel	Träger	Charakterisierung
Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung (Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung 199)	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 (Stuppart 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)

Quelle: Borgers 1991, S. 85

Es fällt auf, daß fast ausschließlich staatliche Einrichtungen von der Bundesebene über Länder bis zur Gemeindeebene dabei sind, Konzeptionen einer Gesundheitsberichterstattung zu entwickeln. Zentrale mächtige Akteure im Krankenversorgungssystem wie Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen halten sich sehr zurück. Dies kann man auch dahingehend interpretieren, daß ein Interesse an Gesundheitsberichterstattung aus dem staatlichen politischen Raum und weniger aus den korporatistisch ausbalancierten Strukturbeziehungen zwischen Kassen und Medizinsystem heraus artikuliert wird. Weiterhin fehlen auch Vorschläge von gesellschaftlichen Verbänden und Einrichtungen wie Umwelt- und sonstige Bewegungen. Vermißt werden ebenso konzeptionelle Vorstellungen über die Gesundheitsberichterstattung bei den Gewerkschaften.

Die nachfolgend diskutierten Forderungen bzw. Empfehlungen des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion müssen als politisch induziert angesehen werden, da die Konzentrierte Aktion per Gesetzesauftrag nach SGB V § 141, 142 operiert.

Der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion hat sich in seinem Jahresgutachten 1987 und 1988 explizit zu Grundlinien einer Gesundheitsberichterstattung geäußert. In der Stellungnahme von 1988 heißt es:

"Die Gesundheitsberichterstattung liefert Informationen zur Erarbeitung von medizinischen und ökonomischen Orientierungsdaten und ist damit zugleich die Grundlage für die Beurteilung von Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung. Zu den unverzichtbaren sektorübergreifenden Bestandteilen einer Gesundheitsberichterstattung gehören:

- Bevölkerungsentwicklung (Demographie), auch gesondert für die Versicherten in der GKV,
- Gesundheitsstand (Morbidität, Mortalität),
- Angebot an Gesundheitseinrichtungen bzw. -leistungen (Kapazität),
- Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen bzw. -leistungen (Nutzung),
- Finanzielle Situation und Finanzierungsverflechtung im Gesundheitswesen (Finanzlage),
- Krankenversicherungsschutz (Versichertenstatus).

Hierzu treten die sektorspezifischen Bestandteile einer Gesundheitsberichterstattung:

- Versorgung mit Arzneimitteln,
- stationäre Versorgung,
- zahnmedizinische Versorgung,
- ambulante ärztliche Versorgung,
- Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.

Die sektorübergreifende und sektorspezifische Bestandsaufnahme der Gesundheitsversorgung ist nach Bevölkerungsgruppen, Regionen und Krankheitsarten weiter zu untergliedern. Sie schließt Modellrechnungen, Prognosen, Kosten-Wirksamkeits-Analysen und die Abschätzung von Entwicklungstendenzen ein. Elemente für einen derartigen Bericht zur gesundheitlichen Lage in der Bundesrepublik sind erst in Ansätzen und zudem verstreut in verschiedenen Statistiken vorhanden: Sie sollten daher in systematischer Form zusammengeführt werden. Die Zielsetzung der Gesundheitsberichterstattung ist insofern durchaus mit der Funktion der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung eines Landes vergleichbar, ohne deren Existenz bekanntlich keine Informationen über die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes vorlägen. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion ist einhellig der Auffassung, daß in einem Gesundheitssystem, dessen Weiterentwicklung nach seiner Vorstellung veränderte Anreize für alle Beteiligten erfordert, derartige Entscheidungsgrundlagen unverzichtbar sind. Sie sind unabhängig vom jeweiligen Ordnungsrahmen zur medizinischen und ökonomischen Orientierung erforderlich und insoweit ordnungsneutral." (Sachverständigenrat 1988, S. 192)

Das Verständnis des Sachverständigenrats als Einrichtung nach § 141 SGB V beschränkt sich in seiner Sichtweise auf medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten. Er macht gemäß § 141 Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksam-

keit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Der Rat beschäftigt sich in seiner Stellungnahme mit den verschiedenen Datenquellen: die Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung werden neben den anderen Daten der Sozialversicherung als wichtige Informationsquellen angesehen. Insgesamt werden genannt:

- Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung
- andere Daten der Sozialversicherungen
- Mikrozensus
- regionalisierte Todesursachenstatistiken
- Daten der gesetzlichen Früherkennung
- Daten schulärztlicher Untersuchungen
- Daten über Haus- und Freizeitunfällen
- Daten über Krebserkrankungen im Erwachsenenalter
- Daten über Behinderte
- Daten über psychische Risiken der Bevölkerung
- Daten über degenerative rheumatische Erkrankungen sowie Daten über Berufskrankheiten bzw. arbeitsbedingte Erkrankungen.

Es werden also sowohl Routinedaten von Institutionen wie Sozialversicherungen oder vom öffentlichen Gesundheitsdienst als auch Informationen aus Umfragen wie auch von speziellen Studien als wichtige Quellen genannt. Der Hinweis auf den Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes ist insofern von Wichtigkeit, weil Erkenntnisse aus Bevölkerungsumfragen gewonnen werden sollen. Die artikulierten Probleme, Bedarfe, Bedürfnisse und Handlungsweisen von Bürgern werden dadurch ansatzweise in die Gesundheitspolitik hereingeholt.

Im Kontext ökonomischer Orientierungsdaten werden von dem Sachverständigenrat Mängel beklagt und Forderungen nach mehr ökonomischer Transparenz aufgestellt. Hierzu werden entsprechende Daten gefordert.

Es ist offenkundig, daß in der Tendenz eine auf ökonomische Evaluierung des medizinischen Krankenversorgungssystems gemünzte Gesundheitsberichterstattung angestrebt wird, welche sich an den Vorgaben des Sozialgesetzbuches hält. Dort werden gesundheitspolitische Ziele in verschiedenen Paragraphen genannt:

- Bedarfsgerechtigkeit (§ 70, 72)
- Problemadäquanz ("Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit", § 12)
- Qualität (= "Stand des medizinischen Wissens", § 2, 135, 137, 139)
- Kostengünstigkeit (Wirtschaftlichkeit, Effizienz, § 12)
- flächendeckende Zugänglichkeit (einheitliches Leistungsrecht, ambulante und stationäre "Bedarfsrichtlinien")
- präventive Orientierung (Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung, Vorrang von Rehabilitation vor Rente und Rehabilitation vor Pflege, § 20-25, § 67).

Soziale Gesundheitsberichterstattung sollte in seinen Konzepten nicht nur medizinische und ökonomische Orientierungsdaten, Szenarien und Modelle einschließen, um zu einer bedarfsgerechten, adäquaten, kostengünstigen, flächendeckenden und qualitativen Versorgung zu kommen, sondern muß sich gerade auch mit den Gesundheits- und

Krankheitsdeterminanten bemühen, die außerhalb des Versorgungssystems wirken. So z.B. Belastungen der Um- und Arbeitswelt, wie Problemlagen bei der Ernährung, im Verkehr, beim Wohnen und in anderen Teilbereichen des gesellschaftlichen Lebens.

Gerade eine intersektorale Betrachtungsweise erlaubt es, politische Handlungsoptionen für eine Healthy Public Policy zu gewinnen, die sich auf den alten Grundsatz von Public Health (öffentliche Gesundheitspflege, Sozialmedizin) stützt, daß nämlich ein hoher Grad an Lebens- und Arbeitsqualität der beste Garant von individueller Gesundheit ist. Borgers stellt ebenfalls diese sozialmedizinische Fundierung einer sozialepidemiologischen Berichterstattung heraus, indem er auf vier Ausgangspunkte von Grotjahn aus dem Jahre 1910 verweist:

1. Soziale Verhältnisse schaffen oder begünstigen Krankheitslagen
2. soziale Verhältnisse sind Träger von Krankheitsbedingungen
3. soziale Verhältnisse vermitteln Krankheitsursachen
4. soziale Verhältnisse beeinflussen Krankheitsverläufe (Borgers 1991, S. 91).

Bei der Entwicklung von Konzepten der Gesundheitsberichterstattung sollte verstärkt auf Erfahrungen der Vergangenheit zurückgegriffen werden wie z.B. medizinische Topographie, verschiedene Medizinalstatistiken, regionale und betriebliche Belastungs- und Beanspruchungskataster, Sozialindikatorenkonzepte für politische Einheiten und Betriebe, Technology Assessment-Forschung sowie auf sonstige Evaluationsstrategien.

In anderen Ländern werden seit vielen Jahren differenzierte und aussagefähige periodische Berichtssysteme vor dem Hintergrund einer hoch entwickelten Sozialepidemiologie betrieben (z.B. USA und Großbritannien). Andererseits machen die Erfahrungen in den USA und Großbritannien auch skeptisch, was den Transfer bzw. Spinn off solcher Berichtssysteme für die Politik angeht. Man hat in Rechnung zu stellen, daß zwischen Wissen und Handeln hohe Barrieren bzw. tiefe Spalten liegen können.

Mit dem "Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990" wurde 1991 der erste Landesgesundheitsbericht vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorgelegt.

Die übersicht 3 zeigt die behandelten und unbehandelten Themen des Reports (MAGS, S. 12). Die Autoren sagen, daß sie in Anlehnung an die Anforderungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion den Report angelegt haben. Er beruhe außerdem auf den Vorgaben des Ausschusses "Gesundheitsberichterstattung" der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder.

Im Vorwort wird vom Minister ausdrücklich festgehalten, daß der Report die wichtige Funktion habe, aus der Fülle von Daten und Belegen gesundheitspolitisch aussagefähige Informationen über Aufgaben und Probleme sowie Ziele zu machen. Er soll den Verantwortlichen und auch der breiten Öffentlichkeit Hinweise auf Handlungsbedarf geben (ebenda, S. 5).

Seine politische Bedeutung soll der Report erst im Zusammenhang mit einer Landesgesundheitskonferenz erhalten. Diese Konferenz wird durch das Gesundheitsministerium "mit den im Gesundheitswesen Verantwortung tragenden Verbänden und Organisa-

tionen" (ebenda, S. 5) vorbereitet.

4. Gesundheitsberichterstattung: nicht staats-, nicht medizinzentriert

Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation stützt sich in seiner Schrift "Einzelziele für Gesundheit 2000" (WHO 1985) auf den vorne angesprochenen alten sozialmedizinischen Grundsatz gesellschaftlicher Konstituierung von Krankheit und Gesundheit. Es schreibt: Frieden, Gleichheit, Gerechtigkeit, Befriedigung von Grundbedürfnissen wie Ernährung, Erziehung, Wasser und Abwasser-/Abfallbeseitigung sowie sichere Arbeit und eine sinnvolle Rolle in der Gesellschaft, politischer Wille und öffentliche Unterstützung sind die Voraussetzungen einer guten Gesundheitslage.

Diese Einsicht geht von der Grundthese aus, daß gesellschaftliche Lebensverhältnisse politisch gestaltbar sind und im Zentrum von Sozial- und Gesundheitspolitik zu stehen haben. Allerdings besteht die große Schwierigkeit, Allgemeinheit und Breite dieses Verständnisses in Verbindung zu bringen mit den vielfachen Erkenntnissen über gesundheitsschädigende, gesundheitshemmende bzw. gesundheitsfördernde Fakten und Verhältnisse. Eine allgemeine tragfähige gesundheitspolitische Gesamtstrategie läßt sich nicht einfach in die Tat umsetzen. Im Sinne eines breiten Verständnisses von Gesundheitspolitik geht es deshalb darum iterativ und infiltrativ gesundheitspolitische Ziele in die zahlreichen, nach anderen Logiken operierenden, Handlungsfelder gesellschaftlicher Realität einzubringen (Rosenbrock 1985, S. 7, 8).

Gesundheitsberichterstattung sollte auf dieser Basis des Verständnisses von Gesundheitspolitik operieren. Sie nimmt damit die ausgearbeitete Kritik an der Medikalisierung der Gesellschaft auf und bietet somit die Chance des nichtmedizinzentrierten gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit.

Unter Medikalisierung wird die gesellschaftliche Ausbreitung und Durchsetzung der naturwissenschaftlichen/biotechnischen und arztzentrierten Heilkunde verstanden. Folgende Aspekte lassen sich benennen:

- Professionalisierung der Heilkunde unter der Vorherrschaft der Ärzte
- Verdrängung von Laienkompetenz und alltagsweltlichen Bewältigungsweisen
- Biotechnische Diagnostik und Therapie
- Medizin als ausschließliches Bezugssystem für Gesundheits-, Krankheits- und Patientenverhalten (Orientierung auf Medizin, nicht auf Bevölkerungsgruppen bzw. Patienten)
- Hegemonialer Anspruch der Ärzte auf autonome Gestaltung des Gesundheitssystems, Ausweitung der medizinisch ärztlichen Dominanz in der Gesundheits- und Sozialpolitik (von Ferber 1989, S. 632-633).

Die Medikalisierung muß zwar als Ausdruck der Modernisierung und des zivilisatorischen Prozesses der Industriegesellschaften verstanden werden. Sozialstaatliche Organisationsformen und Finanzierungsmuster haben sicherlich die Monopolstellung des Medizinsystems und der Ärzte bewirkt. Jedoch hat eine Gesundheitspolitik, die von den Problemlagen erkrankter Bürger und von der sozialen Konstitution von Gesundheitsrisi-

ken ausgeht, sich bei Reformbemühungen zu vergewissern, ob die Intentionen und Maßnahmen der Reform einer Medikalisation weiteren Vorschub leisten oder zu einer Pluralisierung in der Heilkunde sowie zu einer Stärkung des Laien durch Partizipation und Kooperation führen. In der Übersicht 1 und 2 sind diese Tatbestände und Optionen mit den Stichworten: Anbieterdominanz, Ohnmacht der Versicherten, ungleiche Gesundheitschancen, Mitwirkung und Patientenorientierung angesprochen. Eine solche Neuorientierung hätte in dieser Konzeption auch das Spannungsverhältnis von Gesellschaft und Staat bzw. von öffentlichen und privaten Formen der Wohlfahrtsproduktion und Gesundheitssicherung bzw. Bewältigung von Gesundheitsrisiken zu thematisieren. Es kann dabei nicht um ein Entweder-Oder, sondern um ein Verständnis von Sozialstaat gehen, in dem die soziale Sicherung auf die Optimierung der Lebenslage der einzelnen Bürger abstellt und die Interdependenz von Markt-, Staats- und Eigenversorgung sowie von Leistungen der intermediären Instanzen, d.h. der Sozialversicherungen, beachtet wird. Eine Gesundheitsberichterstattung hätte gerade diese Interdependenz zum Gegenstand zu machen und nach Art und Ausmaß der Interdependenz zu fragen.

Bezug genommen werden kann auf das Rechtsinstrument: "Umweltverträglichkeitsprüfung". In Analogie hierzu - allerdings in der Methode und im Verfahren anders gestaltet - könnte ein Konzept von Gesundheitsverträglichkeit als Prüfkriterium zur Bilanzierung und Evaluierung entwickelt werden.

Gesundheitsberichterstattung gibt hier die informatorische und konzeptionelle Ausgangsbasis für die Entwicklung einer Politik ab, die die Verträglichkeit von staatlichen, wirtschaftlichen und privaten Maßnahmen mit Relevanz für die "öffentliche Gesundheit" (public health) nach Kriterien und gesellschaftlichen Vorstellungen über Gesundheit prüft. Es ist an dieser Stelle gleich deutlich zu machen, daß "Gesundheit" nicht einfach an Indikatoren oder toxikologischen bzw. physiologischen Parametern zu prüfen ist. Es kommt vielmehr auf den politischen Diskurs und auf dialogische Verfahren zwischen den verschiedenen Interessen und Gruppierungen an. Gerade eine Gesundheitsberichterstattung wäre in der Lage, im Rahmen einer intermediären institutionellen Absicherung eine solche Brückenfunktion abzugeben. Gesundheit läßt sich nicht schlicht operationalisieren über Vorstellungen von Krankheit bzw. Frühformen von Krankheitsprozessen. Ebenso wenig reichen Vorstellungen der naturwissenschaftlichen Medizin über Normalität von biologischen Parametern für eine Gesundheitsdefinition.

Ebenso greift eine Sozialmedizin zu kurz, die sich als "Bevölkerungsmedizin" bzw. "bevölkerungsbezogen" definiert. Der Bezug auf "Bevölkerung" reicht längst nicht aus, um die soziale Konstituierung von Krankheit bzw. Gesundheit zu verstehen (siehe die vorne genannten vier Punkte von Grotjahn). Dieser Hinweis auf Bevölkerung bietet ebenso keine Erklärungen und Handlungsoptionen, wo es um die individuellen und institutionellen Bewältigungen und Bearbeitungsweisen von Erkrankung bzw. Krankheit geht. Erst recht muß die Leistungsfähigkeit auch einer "Bevölkerungsmedizin" dann bezweifelt werden, wenn es um die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeits- und Lebenswelten geht; denn Medizin hat als naturwissenschaftliche-klinische Medizin keinen Gesundheitsbegriff entwickelt. Medizin setzt am Defekt, am pathologischen Substrat an. Medizin hat keinen Anspruch auf Allzuständigkeit. Deshalb sind wohlmeinende Ansprüche und Aussagen von "Präventivmedizinern" zu kritisieren, wenn sie einen solchen Anspruch reklamieren. Dies gilt sowohl für "Präventivmediziner" im staatlichen öffentlichen Gesundheitsdienst (Wodarg 1989) als auch in der kassenärztlichen ambulanten

Versorgung (Nüssel u.a. 1991). Die Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes kann nicht in einem "Artenschutz Mensch" (Wodarg, S. 694) bestehen, sondern hat sich in guter demokratischer Tradition auf das Spannungsverhältnis von Staat und Gesellschaft bzw. Staat und Individuum zu besinnen. Wie ist es zu verstehen, wenn gesagt wird, daß das staatliche Gesundheitsamt sich "als Anwalt für die gesundheitlichen Vorstellungen der Bevölkerung zu begreifen" habe? (Wodarg S. 692)

Ebenso wie staatliche Institutionen den gesellschaftlichen Raum und die Handlungsoptionen bzw. -entwürfe von Individuen nicht zu bestimmen haben, so besitzen auch Kassenärzte keine gesellschaftliche Legitimation, alle Bürger durch Strategien zur Früherkennung von Krankheiten und durch Risiko-Screening zu "Patienten" zu machen (Nüssel u.a., 1991). Kassenärzte haben keinen "Sicherstellungsauftrag" für die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeits- und Lebenswelten, d.h. für die Gesundheitsförderung.

So wichtig die theoretische und politikwissenschaftliche Grundlegung der Gesundheitsberichterstattung ist, so entscheidend ist ebenfalls ihre organisatorische Ausgestaltung. Gesundheitsberichterstattung darf nicht als eine ausschließlich zentralstaatliche Veranstaltung verstanden werden. Ebenso kommt staatlichen Einrichtungen auf regionaler Ebene wie den Gesundheitsämtern keine übergeordnete Lenkungs- oder Leitungsfunktion zu. Gesundheitsberichterstattung soll ja gerade Politik als gesellschaftliche Auseinandersetzung und Regulation zum Problemkomplex "Gesundheit" wieder möglich machen. Vielmehr geht es darum, Modelle von Gesundheitsberichterstattung für die verschiedenen Teilbereiche von Gesellschaft und Staat in Gemeinden, Ländern oder in Einheiten der Sozialversicherung sowie für Einrichtungen der Versorgungssysteme bzw. für Betriebe und sonstige Institutionen bzw. Bereiche zu entwickeln. Gesundheitsberichterstattung sollte nicht ausschließlich als eine auf den Ebenen von Bund, Ländern und Gemeinden zentralistisch organisierte Einrichtung verstanden werden. Der innovative Wert von Gesundheitsberichterstattung wird davon abhängen, ob Gesundheitsberichterstattung als eine Verpflichtung verstanden wird, selbstkritisch in den vielfältigen Sektoren und Subsystemen der Gesellschaft die Entwicklungen des sozialen Wandels unter Kalkülen zu evaluieren, die im Kontext der Auseinandersetzungen über menschengerechte, sozial- und umweltverträgliche Gestaltung von Arbeit, Umwelt, Lebenswelten und Technik diskutiert werden.

Sicher soll man die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Gesundheitsberichterstattung nicht überziehen, jedoch sie auf medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten zu reduzieren, wird gerade der Erkenntnis nicht gerecht, daß Krankheitsverhütung und Krankheitsbewältigung sowie Gesundheitsförderung die positive Gestaltung von Arbeits- und Lebenswelten erfordert. Deshalb sollte Gesundheitsberichterstattung in einem weiten Verständnis als ein Netz von vielfältigen und multisektoralen Statistiken, Reports über unter bestimmten Fragestellungen aufbereiteten Informationen, periodischen Berichten und Expertisen sowie als Sammlung von Problemkonstellationen und differentiellen Analysen sowie Bewertungen angesehen werden. Welchen Grad an Differenzierung die Gesundheitsberichterstattung annehmen wird, hängt von den Interessen und dem Bedarf nach Selbstvergewisserung und Evaluation der verschiedenen staatlichen, gesellschaftlichen und privaten Institutionen ab. Neben den staatlichen Einrichtungen sind insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen gefordert, auf diesem Gebiet aktiv zu werden und Konzepte zu entwickeln und Modelle in der

Praxis aufzubauen.

5. Berichte der Krankenkasse als Kern einer regionalen Gesundheitsberichterstattung

In konzeptionellen Überlegungen für die Entwicklung einer regionalen Gesundheitspolitik, die gerade auf die regionale Interdependenz der verschiedenen gesellschaftlichen Subsysteme, Umwelten, Interessen, auf Beziehungen zu Gruppierungen und Akteuren abstellt, wurden Modelle zur Gesundheitsberichterstattung angedacht.

Es wurde davon ausgegangen, daß Gesundheitsberichterstattung in seiner inhaltlichen und methodischen Ausgestaltung an den jeweiligen verschiedenen Politikarenen ausgerichtet sein sollte. Als Arena wird ein relativ geschlossenes System von Konfigurationen, bestehend aus Institutionen und Akteuren verstanden (Rosenbrock 1985, S. 20).

Aufbereitungen von Daten in institutionellen Kontexten wie Betrieb, Müllentsorgung, Krankenhaus, Gesundheitsamt, staatliche bzw. kommunale Umweltpolitikeinrichtungen oder regionale Krankenkasse hätten, für sich allein so gesehen, noch nicht den Charakter einer integrativen Gesundheitsberichterstattung. Erst, wenn diese Informationen in den konfiguralen Kontext gestellt werden, also Bezüge zwischen den verschiedenen Teilbereichen, Faktoren und Verursachungszusammenhängen offenkundig werden bzw. gemacht werden können, dann wäre die Chance zu einer integrativen Perspektive möglich. Allerdings müßte dabei beachtet werden, daß die Berichte in den verschiedenen Institutionen anschlussfähig über bestimmte Schnittstellen zu den Berichten anderer Institutionen sind.

Beispielsweise wurden derartige Überlegungen in dem Endbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zur "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" vom 12.02.1990 angestellt (Deutscher Bundestag 1990).

Zur Frage der Umsetzung präventiver Konzepte durch die gesetzliche Krankenversicherung werden drei Optionen vorgestellt. Alle drei empfehlen die Nutzung von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung für eine regionale Gesundheitsberichterstattung.

In der ersten Option wird ein allgemeiner Präventionsauftrag an die Gesetzliche Krankenversicherung abgelehnt und auf medizinische Präventionsleistungen ausschließlich rekurriert. Zur Gesundheitsberichterstattung heißt es: "Im übrigen können die Krankenkassen zur Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung beitragen, indem die sie ihre Daten aufbereiten und für die Gesundheitsberichterstattung auf Kreisebene, regionaler Ebene und Bundesebene zur Verfügung stellen" (ebenda, S. 33).

In der zweiten Reformoption wird Prävention als öffentliche Gemeinschaftsaufgabe reklamiert und den Kassen als Pflicht auferlegt, wenn "bei einzelnen Maßnahmen ein Ursache-Wirkungs-Zusammenhang feststellbar, eine positive gesamtgesellschaftliche Nutzen-Kosten-Relation erkennbar ist und durch die Übernahme die Leistungsfähigkeit der GKV nicht beeinträchtigt wird (Überforderungsklausel)" (ebenda, S. 36).

Um die Verhältnisprävention institutionalisiert sicherzustellen, andererseits aber auch gesundheitsrelevante Problemstellungen verstärkt in öffentliche Planungs- und Entscheidungsprozesse einzubringen, schlagen die Autoren vor, daß Arbeitsgemeinschaften auf regionaler Ebene als fachkundige Beratungsgremien gebildet werden und die Träger von Präventionsmaßnahmen (Staat, Kommunen, Kassen, Ärzteschaft) verpflichtet werden, sich an der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft zu beteiligen. Die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft werden wie folgt beschrieben: "Eine generelle Aufgabe dieser regionalen Arbeitsgemeinschaften wäre es, zu allen Infrastrukturmaßnahmen in einer Region eine Stellungnahme zu den gesundheitlichen Auswirkungen geplanter Maßnahmen abzugeben. Eine Beteiligungspflicht vor allem für die Kommunen würde sicherstellen, daß gesundheitspräventive Gesichtspunkte in das Verwaltungshandeln umfassend Eingang finden.... Regionale Arbeitsgemeinschaften könnten zu den Arbeitsbereichen Lebensweise und Gesundheit (Federführung: Ärztekammer), Arbeitswelt und Gesundheit (Federführung: Berufsgenossenschaften) sowie Umwelt und Gesundheit (Federführung: Kommunen) gebildet werden... Voraussetzung rationaler Gesundheitspolitik, insbesondere einer effektiven Präventionspolitik, ist der Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung auf regionaler Ebene. Sie sollte in die Zuständigkeit der Gesundheitsämter fallen" (ebenda, S. 34).

In der dritten Option wird Prävention und Gesundheitsförderung als eine öffentliche Aufgabe angesehen. Es heißt dann weiter: "Für ihre Realisierung sind in erster Linie öffentliche Institutionen gefordert. Darüber hinaus bedarf es aber auch einer Aktivierung der Öffentlichkeit. Prävention und Gesundheitsförderung ist ohne die Beteiligung von Betroffenen und Interessierten im Regelfall nicht denkbar. Dies gilt für alle Handlungsfelder der Prävention:

- Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung;
- Gesundheitsverträglichkeitsprüfung öffentlicher Maßnahmen in nahezu allen öffentlichen Verwaltungsressorts als Querschnittsaspekt;
- Ermöglichung, Förderung, Durchführung und Evaluation von Kampagnen und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung...

Wenn Präventionen den Rahmen von unzusammenhängenden Einzelprojekten überschreiten und sich an Priorität und Gesundheitszielen ausrichten soll, bedarf sie der Fundierung durch eine öffentlich verständliche regionale Gesundheitsberichterstattung. Eine solche Gesundheitsberichterstattung soll einen unter territorialen, betrieblichen und sozialen Gesichtspunkten geordneten Überblick über die Gesundheitsprobleme und Gesundheitsrisiken in der Region, ihre soziale Verteilung sowie über die Möglichkeiten der Risikoverminderung und der Evaluation entsprechende Ansätze geben. Dabei ist allerdings den artikulierten Gesundheitsbeschwerden und Initiativen ein breiter Raum einzuräumen. So können sich in der regionalen Gesundheitsberichterstattung Schwerpunkte der Luftverschmutzung, der arbeitsbedingten Erkrankungen, der verschiedenen Verkehrsgefährdungen, der sozialen Brennpunkte, der Probleme der Schulpolitik usw. finden. Regionale Gesundheitsberichterstattung kann so zur Mobilisierung und zum Führungsinstrument regionaler Präventionspolitik werden, wie sich bereits heute in vielen Ansätzen zeigt. Nach Datenlage und Kompetenz kommen in der Region hier vor allem zwei Institutionen in Betracht, die diese Aufgabe in fachlicher und politischer Zusammenarbeit zu lösen haben: die Kommunalverwaltung, speziell das Gesundheitsamt, und die regionale Repräsentanz der Sozialversicherungsträger, darunter natürlich vor allem die Gesetzliche Krankenversicherung" (ebenda, S. 35).

Als Handlungsebenen werden regionale/kommunale Gesundheitskonferenzen gefordert, die wiederum Fachausschüsse bilden können z.B. zur Umwelt- und Verkehrspolitik. Zentrale Aufgabe der Gesundheitskonferenz sollte sein, den jährlichen von den Sozialversicherungsträgern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst vorzulegenden Gesundheitsbericht entgegenzunehmen und ihn zu diskutieren sowie an die zuständigen bzw. interessierten Kreise weiterzugeben. Der Konferenz sollte das Recht eingeräumt werden, von offiziellen Verwaltungen und anderen gesundheitspolitischen Akteuren (z.B. Unternehmer, Sozialpartner, Verkehrsverbände) Stellungnahmen zur Gesundheitspolitik einzuholen. Die Konferenz sollte haushaltswirksame Beschlüsse fassen können (ebenda, S. 36). In den Gesundheitskonferenzen arbeiten Repräsentanten der gesellschaftlichen Einrichtungen und der Berufe, die mit dem Gesundheitswesen zu tun haben, so der öffentliche Gesundheitsdienst, Sozialversicherungsträger, Sozialpartner, Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen und andere kompetente Einrichtungen (ebenda, S. 36). Weiterhin wird ein regionales Gesundheitsforum an der Schnittstelle von Staat, Sozialversicherung und Bürger vorgeschlagen.

Mit dem "Gesundheitsreformgesetz" (SGB V) von 1989 wurde den Krankenkassen der gesetzliche Auftrag für eine stärkere öffentliche Aktivierung auf dem Gebiet der "Gesundheitsförderung/Krankheitsverhütung" (§ 20) zugewiesen. In Verbindung mit den §§ 1 und 67 des SGB V ergeben sich für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aus dem § 20 SGB V weitreichende Rechte und Pflichten. Im einzelnen sind dies:

- die generelle Verpflichtung, den Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen, ihre Gesundheit zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Diese Verpflichtung umfaßt ausdrücklich den Auftrag, auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken;
- die bindende Verpflichtung zur Aufklärung der Versicherten über allgemeine Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheiten;
- zur Beratung, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können;
- die Soll-Verpflichtung, den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen und darüber hinaus auf ihre Beseitigung hinzuwirken;
- die ausdrückliche Feststellung der Möglichkeit, also der Berechtigung, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.

Die Krankenkasse ist die einzige Einrichtung, die regelmäßig, relativ umfassend und über einen längeren Abschnitt des Lebenslaufes großer Teile der Bevölkerung Daten zum Umfang und vor allem zur Art von Erkrankungen erfaßt.

Zusätzlich besitzt sie grobe aber aussagefähige Informationen über soziale, berufliche und ökonomische Umstände der Erkrankten und Nichterkrankten. Sie ist damit nicht nur berechtigt oder ermächtigt, sondern auch als einzige Institution in der Lage, inhaltliche,

d.h. krankheitsbezogene Dimensionen von Gesundheitsschäden absolut und relativ für Betriebe, Betriebsabteilungen, Regionen, Tätigkeiten und definierbare Personengruppen zu erhellen und Hinweise auf mögliche unabhängige Erklärungsfaktoren zu geben.

Die Krankenkasse besitzt die Fähigkeit, vielfältige Vergleiche krankheitsbezogener Informationen innerhalb und zwischen Betrieben, zwischen der eigenen Kassenregion und anderen Regionen und nicht zuletzt zwischen verschiedenen Zeitpunkten und -räumen durchführen zu können. Sofern Betriebe im Rahmen einer betrieblichen Arbeitsschutzpolitik ebenfalls arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten wollen, verfügen sie bisher nur über wenige krankheitsbezogene Erkenntnisse und dem unterschiedlich intensiven Auftreten im Betrieb insgesamt bzw. in verschiedenen Berufsgruppen oder Abteilungen. In der Regel gibt es bisher keine handlungsorientierende und/oder interventionsstrukturierende Rangfolge der Erkrankungsrisiken oder Erkrankungsschwerpunkte. Gesundheitsschutzaktivitäten mußten daher oft sehr beliebig sein und gelegentlich an Hauptproblemen vorbeiziehen und unspezifisch sein. Diese zwangsläufige Tendenz zu einer "Gießkannenpolitik" führt ebenso zwangsläufig zu mangelnder Effektivität, Effizienz und Akzeptanz der Aktivitäten. Die Krankenkasse ist in der Lage, durch die geschilderten breit gefächerten strukturierten Probleminformationen zielgerichtetes und spezifisches und dadurch letztlich auch ökonomischeres Handeln der betrieblichen Einrichtungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auszulösen und damit auch große Teile des genannten Handlungsdefizits beseitigen helfen. Eine solche Berichterstattung, z.B. über Morbiditätsprofile, kann als ständige Einrichtung die Aushandlungsprozesse in Regionen und Betrieben über Bedingungen der Gesundheit qualitativ beleben.

Diese Zielorientierung mittels Analysen von Krankenkassendaten kann nicht nur in Betriebe und Regionen hinein -, sondern ebenfalls in das sonstige Kassenhandeln zurückwirken. Dies gilt beispielsweise besonders für die frühzeitige Einleitung von spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen für einzelne Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmergruppen.

Mit dieser ebenfalls einzigartigen Fähigkeit, zielorientierende Gesundheitsanalysen mit überbetrieblichen Vergleichsanalysen zu erarbeiten, verfügt die Krankenkasse über eine hohe Versachlichungsfunktion in nicht selten konfliktiv verlaufenden Auseinandersetzungen über den "Krankenstand". Insbesondere durch die Möglichkeit krankheitsorientierter Vergleiche kann sie dazu beitragen, betriebliche und sozialpolitische Humanisierungsbarrieren argumentativ zu überwinden. Dies gilt sowohl bei der Beurteilung von gesundheitlichen Problemen als auch bei der Abwägung des Aufwands von präventiven Aktivitäten.

Der Gesetzgeber hat die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung dieses Präventionsauftrages den Kassen überlassen und keine weiteren Umsetzungsrichtlinien formuliert. Diese Offenheit bietet den Kassen die Chance, ihren jeweiligen Bedingungen und Problemlagen angemessene Strategien und Handlungsmuster zu entwickeln. Es handelt sich also um eine erhebliche Anreicherung bzw. Erweiterung des bisherigen Aufgabenkataloges der Selbstverwaltung. Allerdings besteht auch die Gefahr, daß die Krankenkassen Möglichkeiten dieses Auftrages und Handlungsspielraums nicht voll ausschöpfen und höchstensfalls symbolische Aktionen z.B. zur Imagepflege durchführen. Man könnte eine solche Nichtnutzung den Kassen schlechterdings jedoch nicht

anlasten, da sie ja über keine entwickelte Tradition auf diesem Sektor verfügen. Um den Präventionsauftrag eben auch in Richtung Erwerbsarbeit, Lebenswelt etc. mit Leben zu erfüllen, bedarf es einer Bildungsarbeit der Kassenakteure, in der deutlich gemacht wird, daß eigene Anstrengungen der Kassen mit von außen kommenden Erfahrungen, Wissenbeständen, Methoden und Ressourcen der Gesundheitswissenschaften verknüpft werden müssen.

Weiterhin bleibt zu beachten, daß eine speziell auf die Erwerbstätigkeit orientierte Aktivität der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsverhütung auf einen rechtlich und institutionell bereits relativ hoch strukturierten Bereich, nämlich den Arbeitsschutz trifft. Dort existiert bereits eine bestimmte öffentliche und private Interessen integrierende Vorstellungs-, Denk-, Sicht- und Handlungsweise über und zu Problemen des Gesundheitsschutzes. Der Arbeitsschutz hat seine eigenen rechtlichen Regulierungen, normativen Vorstellungen, alltagsweltlichen Praktiken, arbeitswissenschaftlichen Theorien und Methoden, Dualismen zwischen Staat und Unfallversicherungsträgern sowie innerbetriebliche Sozialordnungen und Aushandlungsprozesse zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite ausgebildet. § 20 SGB V stellt eine neue Rechts- und Praxisbeziehung der Kassen mit diesem Feld her. Alle Akteure in diesem Aktionsfeld müssen lernen, die spezifische Kompetenz und Berechtigung der Krankenversicherung zu erkennen und zu akzeptieren. Die Kasse wiederum muß Kenntnisse und Fähigkeiten erwerben, sich in diesem Bereich erfolgreich zu bewegen.

6. Gesundheitsberichterstattung als Einfallstor einer Informatisierung aller Lebensbereiche und von Biographien

Individuen hinterlassen durch Inanspruchnahme medizinisch-ärztlicher Leistung, durch Konsumverhalten (z.B. Telefonieren, Kreditaufnahme), in ihren Arbeitstätigkeiten (Computerarbeit), bei öffentlichen Auffälligkeiten (Polizei) eine Unmenge an Datenspuren in zahlreichen Datensystemen. Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung sind zwar rechtlich geregelt, dennoch haben sich mit der Implementation von Informations- und Kommunikationstechnologien in sehr vielen Bereichen gesellschaftlichen Handelns Risiken für die Einzelnen und für die Gesamtgesellschaft aufgetan.

Gerade im Bereich des Medizinsystems und der Sozialversicherungen läuft weiterhin eine starke Computerisierung bzw. Informatisierung. Die Bedingungen von mehr Daten, mehr Computer, bessere Auswertungsmethoden, mehr Interpretationskapazität birgt nun die Gefahr, daß in diesem System der einzelne Versicherte, Patient und Bürger als realer bzw. potentieller Risikoträger verstanden wird und nach ihm gesucht wird. Risikostruktur der Versicherten, Risikopopulation, Risikoverhalten, Risikoträger, Risikofaktoren, Risikogesellschaft sind Begriffe aus der Präventionsmedizin und der allgemeinen Soziologie. Sie bestimmen die aktuelle gesundheitspolitische wie auch allgemeine gesellschaftspolitische Debatte. Der Mensch als Risiko. (Wambach 1983) Umfangreiches Risikoscreening an Menschen hat mittel- bzw. langfristig schwerwiegende Veränderungen in kultureller und politischer Hinsicht (Stichworte: Schwangerschaft, Normalarbeitsverhältnis, Normalitätsverständnisse bei Gesundheit, Krankheit, Behinderung usw.).

Der Datenhunger von Forschern und Administratoren, Kosten- und Nutzenkalkulatoren

treibt immer mehr in eine Informatisierung des Medizin- und Sozialversicherungssystems.

Für eine soziale Gesundheitsberichterstattung im Rahmen einer demokratischen Gesundheitspolitik treten hier zahlreiche Fragen auf, über die wir noch ungenügend nachgedacht haben. In der Medizin wird unter der Flagge von Prävention der klinische Blick auf Defekte und Störungen immer weiter in den Mikrobereich der genetischen Disposition z.T. auch der individuellen Exposition bzw. dem Verhalten gelegt. Humangenetische und molekularbiologische sowie immunologische und biological monitoring-Verfahrenen bzw. Ergebnisse werden über Informationstechniken mit anderen Systemen bzw. Techniken verknüpft. So in der Reproduktionsmedizin mit chirurgischen Verfahren, ebenso in der Transplantationsmedizin. Im Bereich des Betriebes kommt es zur Arbeitnehmerselktion, in der öffentlichen Präventivmedizin werden Massenscreenings eingesetzt und Personen "at risk" herausgefiltert und etikettiert und unter Umständen marginalisiert ("blaming the victims"). Dies wirft eine Menge Fragen auf. So allgemein:

- Bedeutet Informatisierung und Aufbau von Gesundheitsberichterstattung nur eine symbolische Politik?
- Haben wir ein Informations- oder ein Handlungsdefizit in Fragen der sozialen Prävention?
- Warum existiert diese starke Fixierung auf den Menschen als Datenträger und nicht auf technische, ökonomische und soziale Umwelten?
- Laufen die Orientierungen mit immer subtileren Diagnosetechniken unter dem Stichwort von Prävention nicht genau einer positiven Gesundheitspolitik im Sinne einer Lebenslagepolitik und Verbesserung der Lebensqualität entgegen?

Bezogen auf Krankheitsregister muß u.a. gefragt werden: Werden nur Krankheiten oder erkrankte Personen, d.h. Individuen zu Objekten von Interessen für Krankheitsregister oder was bedeutet es, wenn wir uns Abbilder von Personen bzw. von Segmenten von ihnen schaffen? Welche soziale Realität wird konstruiert? Wie wirkt sich dies auf unsere Deutungen von Gesellschaft und Risiko bzw. Lebensqualität aus?

Umweltbezogene Krankheitsregister sind eben auch weiterhin klassische Zugangsweisen der Krankheitskultur der industriellen Pathologie. Es geht nämlich auch hier um eine Orientierung an Defekten statt einer Orientierung an Gestaltungsoptionen und den Bedingungen von Gesundheitsförderung.

Krankheitsregister haben eine Tendenz der Verselbständigung. Wie können im Rahmen von Gesundheitsberichterstattung Krankheitsregister einen positiven Beitrag leisten zur Wahrnehmung von Präventionsdefiziten? Es stellen sich die Fragen: Wer definiert das Krankheitsregister? Wer liefert die Daten zu welchem Zweck? Was sind Daten? Wer ist Herr des Verfahrens? Wer hat Zugriff auf die Datensysteme? Wie benutzerfreundlich sind eigentlich solche Krankheitsregister?

Generell läßt sich für die Gesundheitsberichterstattung die Frage nach der Teilhabechance von Bürgern, von Laien und Verbänden fragen. Wie offen ist der Zugang interessierter Bürger und Institutionen auf solche Datensysteme bzw. Gesundheitsberichterstattungssysteme, um sich über Problemlagen in ihrer Region zu informieren? Wie kann durch freien Zugang zu solchen Datensystemen bzw. Informationssystemen oder zum Gesundheitsberichtssystem generell die Machtasymmetrie zwischen Admi-

nistration, Bürokratie, mächtigen Systemen zu den Bürgern und Betroffenen ausgeglichen werden? Wie können die interessierten Bürger und politischen Institutionen in die Lage versetzt werden, durch qualifiziertes Unterstützungspersonal die Datensysteme mit ihren eigenen Fragestellungen zu befragen? Ist es vorstellbar, daß solche Bürger bzw. interessierte Verbände in die Einrichtungen der Datenträger gehen und nach Informationen bzw. Tabellen über z.B. die Situation der Umweltbelastung, über die Verteilung von Morbidität und Mortalität in bestimmten Personengruppen und Regionen fragen?

LITERATUR

Borgers, G.: Probleme und Ziele einer sozialespidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung. In: Argument Sonderband AS 193, Berlin 1991, S. 84-101

Braun, B., Müller, R.: Gesundheitspolitik als erzwungener Strukturwandel - das Beispiel der ambulanten Versorgung in der ehemaligen DDR. In: Friedrich, H., Deppe, H.-U., Müller, R. (Hg.): Gesundheitspolitik und Systemwandel am Beispiel der DDR, Frankfurt/M 1992, in der Vorbereitung

Deutscher Bundestag: Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 12.02.1990, Drucksache 11/6380

von Ferber, Ch.: Medikalisierung - Ein zivilisatorischer Prozeß oder eine sozialpolitische Fehlleistung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 11/12, 1989, S. 632-642

von Ferber, Ch.: Die Verheißungen von Public Health. In: Müller, R., Schuntermann, M.-F. (Hg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Andenken an Alfred Schmidt, Köln 1992, S. 19-40

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hg.): Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990, Bielefeld 1991

Nüssel, E. u.a.: Konzeption der künftigen klinischen Medizin des niedergelassenen Arztes. In: Der Internist, 32, 1991, S. 113-124

Rosenbrock, R.: Regulierung der Gesundheit - Skizze, Dezember 1985, unveröffentlichtes Manuskript

Sachverständigen Rat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, Baden-Baden 1987, 1988, 1989, 1990, 1991

Schmidt, A. u.a. (Hg.): Bericht der gesundheitspolitischen Strukturreform. Grundanforderungen an solidarischen Gesundheitssicherung. Bericht der gesundheitspolitischen Strukturkommission des DGB Bundesvorstands, Bd. 1 Köln 1987, Bd. 2 Köln 1988

Wambach, M.M. (Hg.): Prävention. Der Mensch als Risiko, Frankfurt/M 1983

WHO-Regionalbüro für Europa: Einzelziele für "Gesundheit 2000", Kopenhagen 1985

Wodarg, W: Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) - eine präventivmedizinische Aufgabe der Gesundheitsämter. In: Öffentliches Gesundheitswesen, 51, 1989, S. 692-697