

**Rainer Müller: Gesundheitsberichterstattung als Aufgabenstellung der sozialen gesetzlichen Krankenversicherung als einer Institution von Public Health
veröffentlicht in: Miteinander-Füreinander. Integrierte gesundheitliche Versorgung in der Region, Zweite Summer School of Public Health 1997 in Delmenhorst, hrsg. von der Stadt Delmenhorst, Delmenhorst 1998, S. 91-105**

Die Gesundheitspolitik als ein Teil staatlicher Sozialpolitik steht in vielen Ländern vor einer neuen Herausforderung. Diese Herausforderungen ergeben sich aus der Zunahme der Anteile älterer Menschen an der Bevölkerung. Gesellschaften in den westlichen Industrienationen sind Gesellschaften mit einem langen Leben, längeres Leben bringt ein erhöhtes Risiko mit sich, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, bzw. von mehreren Krankheiten zugleich betroffen zu sein. Nicht nur in Ländern, die in einer dramatischen Transformation durch die Auflösung des Sowjetblocks betroffen sind, sondern auch in den westlichen Industrienationen zeigt sich ein dramatischer Wandel der Arbeits- und Lebensbedingungen. Insgesamt läßt sich dies auch als eine Verschärfung der ökonomischen Sicherung von Gruppen wie auch von Individuen darstellen. Die sozio-ökonomischen Trends führen dazu, daß die in allen Gesellschaften und Staaten vorhandene soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod nicht abgebaut wird, sondern zum Teil sich sogar verschärft. Doch nicht nur diese sozio-ökonomischen Entwicklungen, sondern auch der technische Fortschritt im Bereich der Medizin und die gestiegenen Erwartungen der Bevölkerung an gesundheitsbezogene Dienstleistungen bringt es mit sich, daß es zu einer Verschärfung der Auseinandersetzung um die Allokation von Geld, Personal und Zeit für die Gesundheitssicherung kommt. Die skizzierten Trends führen in allen Ländern zu einem erhöhten monetären Kostendruck und verlangen nach einer Neuorientierung bzw. Präzisierung von Steuerung und Regulierung des Gesundheitssicherungssystems. Die Kostendämpfungspolitik in der Krankenversorgung hat die politischen Ziele Gerechtigkeit, Solidarität und gleicher Zugang für Alle zu medizinisch-ärztlichen Leistungen hintenantreten lassen. Das öffentliche Gut Gesundheit und die darauf bezogenen privaten wie eben auch öffentlichen Einrichtungen zur Sicherung und Wiederherstellung der gesundheitlichen Lage von Individuen wie Gruppen ist zunehmend unter fiskalische Kosten-Nutzen-Kalküle geraten. Es stellt sich nun die Frage, ob eine stärkere Ökonomisierung auch des Krankenversorgungssektors zwangsläufig und notwendig zu einer Aufgabe von Solidarität, Chancengleichheit, Gerechtigkeit und existenzieller Sicherung in Notlagen führen muß.

Soziale Krankenversicherungen sind als wesentliche Träger der Sicherstellung und vor allem der Finanzierung von medizinisch-ärztlichen Krankenversorgungsleistungen gefordert, in diesem Konflikt eine bewußte Position einzunehmen und entsprechende Politiken zu entfalten. Allerdings haben sie sich zu fragen, ob sie sich als eine Institution von Public Health, also als eine Einrichtung verstehen, die sich einer normativen Orientierung an Chancengleichheit, Gerechtigkeit und soziale Existenzsicherung auch im Krankheitsfall verpflichtet sieht.

Das Verständnis von Public Health läßt sich in einer internationalen Perspektive vor dem Hintergrund der programmatischen Erklärungen der Weltgesundheitsorganisation auslegen. Genannt sei die WHO-Strategie "Gesundheit für Alle", die auf die Bedeutung eines übergreifenden Handelns zwischen den verschiedenen staatlichen und gesellschaftlichen Sektoren hinweist. Für eine solche sektorenübergreifende gesundheitsförderliche Gesamtpolitik wurden in der Ottawa-Charta folgende Punkte genannt:

1. Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
2. Schaffung stützender Lebenswelten
3. Unterstützung des gesundheitsbezogenen gemeinschaftlichen Handelns
4. Entwicklung persönlicher Kompetenzen und
5. Neuausrichtung der Gesundheitsdienste.

In Ländern mit einer erfolgreichen Gesundheitspolitik hat sich gezeigt, daß wesentliche Voraussetzung für diese erfolgreiche Arbeit in der Existenz öffentlich-rechtlicher Einrichtungen von Public Health liegen. Solche Institutionen von Public Health haben durch eine aktive Politik entscheidend zur Weiterentwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik im Rahmen eines sozialstaatlichen Handelns beigetragen. Solche Institutionen öffentlicher Art haben eine besondere Legitimation und damit auch eine Verantwortung für die gesamte Bevölkerung, nicht nur für die Teile der Bevölkerung, die von ihrer monetären Situation her sich auf Gesundheitsmärkten entsprechende Dienstleistungen einkaufen können. Krankenversicherungen gehören historisch zu solchen Einrichtungen von Public Health, seien sie nun über Steuer oder über Beiträge der Arbeitgeber bzw. Arbeitnehmer finanziert. Ihnen obliegt in jedem Falle ein öffentlich-rechtlicher Auftrag zur Sicherung der gesundheitlichen Lage in der Bevölkerung. Die Wirksamkeit dieser öffentlich-rechtlichen Einrichtungen in ihrem gesundheitspolitischen Wirken ist davon abhängig, inwieweit sie über die gesundheitlichen Bedürfnisse und Problemlagen von Bevölkerungsgruppen Kenntnisse haben, sie solche Informationen systematisch erheben und sie in Bezug bringen zu den Informationen über medizinisch-ärztliche Leistungen und Allokationen von Geld und Personal. Institutionen wie die soziale Krankenversicherung haben sich zu fragen, ob die programmatische Basis ihrer Arbeit in einer Orientierung an Public Health-Verständnissen vorhanden ist. Wenn denn eine solche Orientierung explizit gegeben ist, dann kommt diesen Einrichtungen eine wichtige Rolle bei der Planung und Durchsetzung von Gesundheitsdienstleistungen zu, die sich orientieren an Bedarfsgerechtigkeit, Effektivität, Effizienz, Chancengleichheit und Gerechtigkeit. Den Public Health-orientierten Diensten wie den sozialen Krankenversicherungen kommt eben auch bei der Beurteilung der Effektivität und Effizienz gesundheitlicher Leistungen eine zentrale Rolle zu. Sozialen Krankenversicherungen als Institutionen von Public Health kommt also die Aufgabe zu, die Public Health-Infrastruktur in allen gesellschaftlichen Bereichen zu stärken, gesundheitspolitische Prioritäten festzulegen, die nicht nur mit der Krankheitsversorgung, sondern auch mit den Determinanten von Gesundheit und mit Gesundheitsförderung verknüpft sind. Die gesundheitspolitischen Strategien der sozialen Krankenversorgungssysteme haben sich nicht nur an den genannten Zielen (Verwirklichung von Chancengleichheit, Effektivität und Effizienz) auszurichten, sondern auch die

Elemente des Gesundheitssystems, wie Finanzierung und Mittelallokation für die Erbringung der Leistungen, und an den Akteuren des Gesundheitssektors, wie Patienten, Versicherungsträger, Leistungseinkäufer oder Leistungsanbieter zu beachten.

Die soziale Krankenversicherung als sozialstaatliche Institution mit einer Orientierung an Public Health-Prinzipien sichert den Lebenslauf von Individuen gegenüber den Risiken von Gesundheit und ermöglicht den Zugang von Personen zu Ressourcen und sozialen Unterstützungsleistungen, die Gesundheit sichern, stabilisieren bzw. wiederherstellen. Sozialstaatliche Institutionen wie die Krankenversicherung sind also wesentliche Rahmenbedingungen für das Gelingen eines Lebenslaufs, haben also für die Wohlfahrtsentwicklung einer Gesellschaft und für den Konsens und die Stabilität von Staat und Gesellschaft eine große Sicherungsaufgabe. Die zeitliche Perspektive solcher Einrichtungen sind nicht nur auf Einzelfälle und kurzzyklische Episoden von akuten Krankheiten, sondern auf längerfristige Zeithorizonte abzustellen. Die internationale gesundheitspolitische Debatte hat es deutlich gemacht, daß gesetzliche Krankenversicherungen nicht lediglich die Finanziere medizinisch-ärztlicher Leistungen sind, sondern wie andere Institutionen zur Sicherstellung eines Gelingens des Lebenslaufs, wie z.B. Bildungseinrichtungen, für die gesundheitliche Ausstattung der Individuen und Gruppen wichtige Rahmenbedingungen darstellen.

Soziale Krankenversicherungen sind in ihrem Modernisierungsdruck nicht mehr nur ausschließlich auf Krankheitsversorgung, sondern auf Gesundheitssicherung im Rahmen einer generellen sektorenübergreifenden Public Health-Politik auszurichten.

Gesundheit und Krankheit im Verständnis einer Public Health-Konzeption

Gesundheit ist bislang nur ex negativo als Nichtkrankheit für das Medizinsystem und dessen Finanzierung durch Kranken- und Rentenversicherung formuliert worden. In den Industrienationen liegt zwar mit dem Arbeits-, dem Konsumenten- und den Umweltschutz ein strukturiertes Institutionensystem vor, was auf Gesundheit ausgerichtet ist, dennoch sind diese präventionsorientierten Institutionen, insbesondere der Arbeitsschutz, stark von den Konzepten und Verständnissen der kurativen und biomedizinischen Perspektive (Physiologie, Toxikologie) geprägt. Im Umweltschutz bzw. in der ökologischen Sichtweise finden sich jedoch Ansätze für eine stärkere kulturelle, normative und soziale Orientierung auf positive menschengerechte, gesundheitsförderliche, sozialverträgliche und ökologische Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen sowie von Lebensentwürfen (nachhaltige Entwicklung).

Auf welche inhaltlichen Konzepte von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung kann zurückgegriffen werden? Die Streßforschung, die Sozialepidemiologie und neuere Entwicklungen in den Gesundheitswissenschaften haben ein Modell von Gesundheit/Krankheit entwickelt, daß für das Handeln einer sozialen Krankenversicherung eine theoretische Basis abgeben kann. In diesem Konzept sind umwelt- bzw. arbeitsbedingte Erkrankungen das Ergebnis akuter oder chronischer Prozesse, bei denen Arbeits- bzw. Umweltbelastungen (als Risiken zu bezeichnen) die körperlichen,

psychischen und sozialen Fähigkeiten des betroffenen Menschen sich mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen, derartig strapazieren, daß die Person die Anforderungen nicht mehr bewältigen kann. Die Fähigkeit, Anforderungen bzw. belastende Einflüsse zu bewältigen, ist abhängig sowohl von der Person in seiner biologischen wie auch sozialen Immunlage und abhängig von seinen generellen beruflichen wie allgemeinen Qualifikationen und Kompetenzen. Weiterhin ist die Fähigkeit, mit solchen auch belastenden bzw. stressenden Anforderungen umgehen zu können, von dem sozialen Netz, in dem die Person lebt und arbeitet, abhängig. Dieses soziale Netz stellt der Person Ressourcen auf finanzieller, sozialer, emotionaler Ebene zur Verfügung. Diesen Bereich nennt man auch summarisch Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen, um mit den Anforderungen des Lebens umgehen zu können. Die in diesem Verständnis zum Ausdruck kommende Grundstruktur zum Wechselverhältnis von Umwelt und Individuum bildet modellhaft eine Möglichkeit, der Verursachung und der Entwicklung von Krankheit nachzugehen, allerdings auch in einer Gegenperspektive die Bedingungen von Gesundheit und die Wiederherstellung von Gesundheit genauer zu analysieren. Es werden die personellen und strukturellen Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung und -sicherung sichtbar, und Strategien von Prävention, Rehabilitation und Krankheitsverhütung gewinnen eine neue Bedeutung.

1. Es wird zwischen krankheitsbegünstigenden Einflüssen (Risiko, Belastung, Noxe) und krankheitshemmenden Ressourcen unterschieden. Sie können sowohl in der Person, als auch in der Umwelt liegen (z.B. Qualität der Arbeit, Zugang zu sozialen Hilfeleistungen), Leistungen des medizinisch-ärztlichen Systems oder Finanzleistungen der sozialen Sicherung, allerdings eben auch in den Gefährdungen und Risiken der Arbeitswelt, wie in der Umwelt z.B. Giftstoffe in Nahrungsmitteln.

2. Die Einflüsse können direkt oder indirekt über Verhalten und Handeln, z.B. Rauchen, Konfliktleugnung bzw. Konfliktaustragung, berufliche Überarbeitung und Armut wirken. Gerade die Betonung des Handlungsaspektes in der Vermittlung von Umwelt und Individuum eröffnet präventive und gesundheitsförderliche Strategien. Die soziale Umwelt, wie auch die technische Lebenswelt, wird als gestaltbar begriffen, so daß sie in Richtung einer nachhaltigen gesundheits- und menschengerechten Entwicklung hin ausgerichtet werden kann. Arbeitnehmer bzw. Bürger werden nicht nur als Opfer von schädlichen Einflüssen angesehen, sondern als handelnde Subjekte gesehen mit ihren Kompetenzen zur Wahrnehmung, Thematisierung und auch Bewältigung von Arbeits- und Umweltbelastungen. Sie werden durch partizipative Politikformen in den Betrieben wie in der Gemeinde in die Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen einbezogen.

3. Es muß zwischen spezifischen Belastungen der Umwelt und in der Arbeitswelt, wie z.B. Hepatitisviren, gefährliche Arbeitsstoffe, sowie zwischen unspezifischen Einwirkungen, z.B. der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, Niveau der Lebensqualität, Rangordnung in der Betriebshierarchie, Maß an sozialer Kontrolle über die eigene Lebens- und Arbeitssituation, rechtliche Normen, soziale Sicherungssysteme unterschieden werden.

In neuerer Zeit ist ein Konzept der Salutogenese in die Public Health-Debatte gekommen. Ein Konzept der Salutogenese wurde von Antonovsky erarbeitet (1987, 1993). Er hat die Voraussetzungen der Belastungsbewältigung bzw. der Frage "Wer wird krank und wer bleibt gesund?" in seinem Modell der Salutogenese auf der Basis zahlreicher empirischer Studien an verschiedenen Bevölkerungsgruppen zusammengefaßt und hypothetisch hinterfragt. Nach diesem Verständnis bleiben Individuengruppen auch dann unter hohen Belastungen eher gesund:

1. wenn die Anforderungen und Zumutungen, mit denen diese konfrontiert werden, einigermaßen vorhersehbar und einordnungsfähig sind (comprehensibility = Vorhersehbarkeit)
2. wenn Möglichkeiten der Reaktion und des Eingreifens, wenn Chancen der Einflußnahme auf Entwicklungen und Ereignisse gegeben sind (manageability = Machbarkeit) und
3. wenn die Möglichkeit besteht, unter diesen Bedingungen individuelle oder kollektive Ziele anzustreben und auch zu erreichen (meaningfulness = Sinnhaftigkeit).

In Antonovskys Modell ist der letzte Punkt von besonderer Bedeutung. Unter Sinnhaftigkeit (meaningfulness) versteht er das Ausmaß, dem Leben einen emotionalen-spirituellen Sinn geben zu können. Zumindest sollten Probleme und Anforderungen, die das Leben uns auferlegt, als wertvoll angesehen werden, so daß man bereit ist, Energien einzusetzen und sich zu engagieren.

Die genannten drei Faktoren bilden zusammengenommen den Sense of Coherence, zu deutsch etwa: das Gefühl, sich in einer verstehbaren und beeinflussbaren Welt im Lebensverlauf zu bewegen. Je ausgeprägter der Sense of Coherence ist, umso stärker ist in der Regel die Fähigkeit, gesundheitliche Belastungen auszuhalten bzw. nicht krank zu werden oder auch Krankheitsepisoden zu bewältigen. Dieses Konzept verbindet kognitive und emotionale Dimensionen mit praktischen Aspekten. Dieses Modell von Sense of Coherence hat sich in Forschungen als ein besonders brauchbarer Prädiktor für zukünftige Gesundheit erwiesen.

Nach Antonovsky (1993) überschreitet sein Konzept der Kohärenz in dreifacher Hinsicht die bisherige medizinpsychologischen und -soziologischen Modelle insofern, als anstelle einer Orientierung an Risiken, d.h. also an pathogenen Bedingungen, auf gesundheitsfördernde, d.h. salutogene Aspekte abgestellt wird. Weiterhin umfaßt das Konzept eine generalisierte Widerstandsressource und nicht ein spezifisches individuelles oder auch konkretes soziales Bewältigungsmerkmal. Für Antonovsky ist das flexible Verfügen über ein Repertoire von Bewältigungsmöglichkeiten, die situationsadäquat eingesetzt werden können, entscheidend. Antonovsky geht drittens davon aus, daß sein Konstrukt "Kohärenzsinn" eine universelle transkulturelle Bedeutung hat.

Mit diesen neueren Überlegungen zur theoretischen empirischen von Gesundheit/Krankheit wird angeknüpft an ältere sozialmedizinische Verständnisse über die

Entwicklung und Verursachung von Krankheit. In diesen Überlegungen wird davon ausgegangen, daß soziale Verhältnisse Krankheiten und Krankheitslagen schaffen bzw. begünstigen, daß soziale Verhältnisse Träger von Krankheitsbedingungen sind, soziale Verhältnisse Krankheitsursachen vermitteln und eben die sozialen Verhältnisse Krankheitsverläufe, also Patientenkarrieren beeinflussen.

Strategien von Gesundheitspolitik

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist also von der Knappheit im Umgang mit den Ressourcen in Form von Geld und Personal und der Knappheit von Zeit auszugehen (WHO 1996). Wenn es um eine gerechte Verteilung dieser Ressourcen geht, so sind soziale und politische Prozesse zu organisieren, die Prioritäten setzen, wie denn die Ressourcen Geld, Personal und Zeit gerecht, effektiv und effizient verteilt werden können. Prozesse zur Prioritätenfestsetzung, um Entscheidungen zu treffen über die Allokation von Ressourcen, bei konkurrierenden Möglichkeiten der Verwendung von Geld, Personal und Zeit, hat es in der Krankenversorgung bzw. Gesundheitssystemen seit Beginn gegeben. In demokratischen Gesellschaften, die ein Prinzip der öffentlichen Kontrolle und Verfahren der Beteiligung im Sinne von Selbstverwaltung entwickelt haben, wird gefragt, wie transparent und nachvollziehbar diese Entscheidungen sind. In einigen Ländern so auch in Europa wurden Verfahren der systematischen und expliziten Festsetzung der Prioritäten initiiert, hierzu liegen Erfahrungen in den Niederlanden und in Norwegen, Schweden und auch in Spanien vor. Der Prozeß dieser Prioritätensetzung bezieht die Ebenen der Entscheidung von der Globalfinanzierung des Krankenversorgungssystems bzw. des Gesundheitssicherungssystems bis hin zur Behandlung des einzelnen Patienten ein. Für einen solchen politischen demokratischen Prozeß der Prioritätensetzung müssen selbstverständlich die organisatorischen, die wissenschaftlichen und auch kulturellen wie sozialen Voraussetzungen vorhanden sein. Es muß ein politischer Prozeß der Herstellung von Öffentlichkeit entwickelt worden sein, und dieser Prozeß muß auf der Mikro-, Meso-, wie auch auf der Makroebene der gesellschaftlichen und staatlichen Struktur seine Abbildung finden. In einer parlamentarisch-demokratisch verfaßten Gesellschaft entscheiden letztlich Volksvertreter in den Parlamenten über die Prioritätensetzung, allerdings kann diesem Entscheidungsprozeß eine öffentliche Debatte lokaler, regionaler, wie auch nationaler Art vorausgehen. Am Prozeß der Prioritätensetzung sind folgende Bereiche beteiligt: Einrichtungen des Staates, Öffentlichkeit (Medien, Selbsthilfegruppen, Patientenvertreter), Anbieter von Leistungen, Krankenkassen und andere Sozialversicherungen. Bei dieser Debatte geht es um eine Evidenz von Wirksamkeit der Maßnahmen, um Kosten-Nutzen-Kalküle und um Gerechtigkeit, Chancengleichheit und Solidarität. Die Ziele der Prioritätensetzung haben sich sowohl auf die Eliminierung und Bekämpfung von Gesundheitsrisiken und Gefährdungen, wie auch auf die Stabilisierung und Qualifizierung und den Ausbau von Ressourcen in Form von Geld, Personal und Zeit auszurichten.

Um einen solchen Prozeß der Prioritätenfestsetzung konzeptionell entfalten zu können, ist es hilfreich, die Systematik des Politikzirkels zu beachten. Dieses Modell ist hilfreich bei einer Analyse von Gesundheitspolitiken. Er geht von der schlichten Erkenntnis aus, daß soziale Probleme wie eben die Gesundheitsprobleme nur als solche in den politischen Prozeß hineingenommen werden, wenn sie als soziale Probleme erkannt werden. In der zweiten Stufe ist es notwendig, diese thematisierten Probleme zu bewerten nach Normen, Interessen und anderen Kriterien. Auf der dritten Stufe dieses Zirkels geht es darum, wie diese benannten Probleme in den Bewertungshorizonten der Normen und Interessen klassifiziert, bearbeitet und in Form von Strategien sowie Programmen konzeptionell beschrieben werden können. Auf der nächsten Stufe des Zirkels wird die programmatische und strategische Formulierung in ein konkretes Verfahren, welches die Maßnahmen und einzelnen Schritte festlegt. Notwendig für einen solchen Implementationsprozeß ist der Aufbau einer Administration, die diesen Prozeß lenkt und steuert. Für den gesamten Politikprozeß ist es nun notwendig, eine Evaluation über die jeweiligen Stufen im Sinne einer Strukturevaluation sowie einer Prozeßevaluation zu etablieren und selbstverständlich sich zu fragen, ob die Ziele, die in der Programmformulierung formuliert worden sind, erreicht worden sind. Es ist also auch eine Zielevaluation notwendig. In diesem gesamten Informationsprozeß der Evaluation sind verschiedene Arten von Wissen, von Erkenntnissen und Erfahrungen zu berücksichtigen. Es sind sowohl Wissen und Erfahrungen über Risiken, Schädigungen, Gefährdungen, jedoch auch Informationen über Morbidität und Mortalität, über die Determinanten von Gesundheit bzw. die Barrieren für Gesundheit einzubeziehen. Im einzelnen ist zu erkunden und über verschiedene Verfahren zu erheben, welche Ressourcen vorhanden sind, wie knapp sie sind, und wie sie in Bezug auf Geld, Personal, Qualifikation und Zeit zu allozieren sind. Es ist weiterhin notwendig, sich zu vergewissern, welche Bedarfslagen bei Gruppen, Personen und der gesamten Bevölkerung bezogen auf Dienstleistungen medizinisch-ärztlicher wie auch gesundheitsförderlicher Art vorhanden sind. Notwendig ist es weiterhin, Kriterien festzulegen, um die erkannten Probleme bewerten zu können. Es geht darum, Verfahren zur Entwicklung einer Konsensfindung und einer normativen Beurteilung festzulegen. Nicht vergessen werden darf, daß in jeder Situation es verschiedene Optionen des Handelns gibt und man sich fragen muß, welchen Weg man denn einschlagen will. Schließlich müssen Geld und Personal im Sinne einer Allokation festgelegt werden, wobei insgesamt die Interessen, Wünsche und Erwartungen der verschiedenen Beteiligten sich artikulieren sollen und im Sinne eines öffentlichen Austausches auch benannt werden müssen. Das setzt voraus, daß Klarheit darüber existiert, welche Akteure an diesem Prozeß zu beteiligen sind. In der gesundheitspolitischen Diskussion hat sich in der letzten Zeit folgender Katalog von Entscheidungskriterien herausgebildet:

- Bedarfsgerechtigkeit
- Problemadäquanz, d.h. also die Maßnahmen müssen notwendig und zweckmäßig sein;
- es muß eine Qualität gesichert werden und dem Stand sowohl des medizinischen Könnens und Wissens, wie auch der gesundheitswissenschaftlichen Erfahrung und Methodologie entsprechen;

- Kostengünstigkeit, d.h. Dienstleistungen und Maßnahmen müssen wirtschaftlich und effizient sein;
- flächendeckende Zugänglichkeit, es muß also ein einheitliches Leistungsrecht ausgestaltet sein und die organisatorischen Voraussetzungen geschaffen sein, daß jeder sowohl zur ambulanten und stationären, wie auch zu den präventiven Leistungen gemäß den Bedarfen Zugang hat;
- präventive Orientierung: Die Gesundheitspolitik hat sich stärker als bislang einer präventiven Orientierung zu widmen und dies im Rahmen einer healthy public policy, die also nicht nur an den klassischen medizinischen Vorsorgekonzepten festhält, sondern auf eine nachhaltige Gestaltung der Arbeits- und Lebensbedingungen hinwirkt.

Entwicklung einer Gesundheitsberichterstattung

Wie angesprochen ist es notwendig, um den Politikprozeß auf den genannten Stufen optimal gestalten zu können, Informationen und Wissensbestände zu erarbeiten und für diesen Prozeß, und das heißt für alle Akteure zur Verfügung zu stellen. Um nun die Gesundheitsbedürfnisse und -bedarfe der Bevölkerung und der Teilpopulationen sowie auch von einzelnen Gruppen und Individuen erkennen und bewerten zu können, ist es unbedingt wichtig, eine Berichterstattung zu etablieren und darauf aufbauend eine zweckgerichtete Interventionsstrategie zu planen und praktisch zu etablieren. In den letzten Jahren hat es hierzu eine Diskussion im internationalen Bereich gegeben. Es gibt unterschiedliche Ansätze zur Konzeption einer Gesundheitsberichterstattung für demokratische, pluralistische Gesellschaften bzw. staatliche Organisationen. Es lassen sich folgende Funktionen benennen:

- Aufklärungs- und Informationsfunktionen
- Legitimationsfunktionen
- Durchsetzungsfunktionen.

In demokratischen Gesellschaften haben Verbände, Institutionen und Administrationen Berichterstattungsformen aufgebaut, um mithilfe der Diffusion dieser Berichte durch Presse und Medien legitimerweise ihre Interessen und Ziele durchzusetzen. Eine wissenschaftliche Gesundheitsberichterstattung auf der Basis einer Konzeption von Public Health hat die Funktion einer wissenschaftlichen Politikberatung unter Ableitung gesundheitlicher Ziele durch die Analyse des Gesundheitszustandes, des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsrisiken sowie der angebotenen Dienstleistungen der Bevölkerung. Eine Gesundheitsberichterstattung in diesem Sinne hat also eine kontinuierliche wissenschaftliche Politikberatung zur Aufgabe. Es muß dabei zu einer kontinuierlichen Beschäftigung mit epidemiologischen, sozialwissenschaftlichen und gesundheitsökonomischen Methoden kommen, um wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über die Bedingungen, Voraussetzungen und Folgen von Gesundheit, Krankheit, Inanspruchnahme, Leistungserbringung und Kosten mit dem Ziel der Beratung der Akteure im gesundheitspolitischen Feld. Es geht also darum, eine rationale

Gesundheitspolitik zu etablieren. Die Gesundheitsberichterstattung hat sich jedoch nicht nur um die Produktion von Wissen und Information und Erkenntnissen zu bemühen, sondern auch sich darüber zu verständigen, wie denn die Berichterstattung organisiert, medial aufbereitet und in Form von einer öffentlich wirksamen Berichterstattung gestaltet sein kann. Es lassen sich zwei Typen von Gesundheitsberichterstattung unterscheiden. Die eine wird als induktiv-themenspezifisch und die andere deduktiv-analytisch genannt. Bei der induktiv-themenspezifischen wird von bestimmten Problemlagen ausgegangen und eine Aufbereitung und Interpretation von Daten zu konkreten Fragestellungen vorgenommen. Der deduktiv-analytische Ansatz verklammert die medizinischen, sozialen und ökonomischen Aspekte der Gesundheitspolitik, hat eine stärkere Systemorientierung und orientiert sich an Zielvorgaben. Es geht also um die Entwicklung und Bereitstellung relevanter operationaler Indikatoren für die Beschreibung von Gesundheitszuständen, der Quantifizierung des Ressourcenverbrauches und der Beschreibung zentraler Zusammenhänge zwischen diesen. Ein sinnvolles und praktikables Systemmodell auf das sich eine deduktive analytische Gesundheitsberichterstattung stützt, wird auch als ein deskriptives, heuristisches, phänomenologisches Arbeitsmodell beschrieben (Kirschner, Hoeltz 1992). Die in dem Gesundheitspolitikprozeß beteiligten Forscher, Entscheidungsträger und Akteure haben sich auf ein Arbeitsmodell zu verständigen und die zugrundeliegenden theoretischen wie auch methodischen Bedingungen zu klären und ein verbindliches Politik- und Handlungskonzept zu erarbeiten. Das vereinbarte Arbeitsmodell wird primär als ein Arbeitsinstrument und als ein Kommunikationsmittel verstanden. Es dient dazu, sowohl die Gesundheitsziele zu klären, als auch die angestrebten Veränderungen gesundheitsrelevanter Strukturen und Prozesse zu beschreiben. Es sind folgende Analyseebenen zu bedenken:

- Bevölkerung (Gesundheitszustand, Risiken, Verhalten, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen)
- Leistungserbringung, Leistungsanbieter (Ursache, Anlaß, Inhalt)
- Kostenträger bzw. Kosten der Leistungserbringung, Ausgaben für Gesundheit
- Belastungen, Beanspruchungen, Risiken der Arbeitswelt und allgemeinen Umwelt,
- Ressourcen (Geld, Personal, Zeit, Qualifikation, Kompetenzen).

Von diesen Analyseebenen ist nun abzuleiten, welche Variablen einbezogen werden müssen und wie sie optimal operationalisiert werden können. Dabei sind erstens die vorliegenden Daten eben auch der gesetzlichen Krankenversicherung heranzuziehen, wie auch weitere Erhebungen über Befragungen und epidemiologischen Studien zu ermitteln.

Eine Gesundheitsberichterstattung ist Teil einer Sozialberichterstattung eines Staates bzw. einer Gesellschaft. Die Sozialberichterstattung hat eine gewisse Tradition. Ihr Interesse richtet sich auf die Darstellung der förderlichen wie hinderlichen Bedingungen für die Entwicklung einer individuellen Wohlfahrt. In letzter Zeit ist es verstärkt darum gegangen, diese personenbezogene Sozialberichterstattung mit einer Sozialstaatsbeobachtung zu verknüpfen. In dieser Perspektive gefragt, inwieweit die Institutionen der sozialstaatlichen

Sicherung in der Lage sind, die individuelle Wohlfahrt des Einzelnen zu sichern, dabei wird die individuelle Perspektive mit einer Institutionenperspektive verknüpft.

Die gesetzliche Krankenversicherung bzw. die soziale Krankenversicherung bietet hier institutionell und wie von der Datenlage her eine ausgezeichnete Möglichkeit, im Verständnis einer selbstreferentiellen Evaluation die eigenen Leistungen zu evaluieren mit der Fragestellung, ob im Sinne von Outcomes ihre Leistungen der individuellen Wohlfahrt ihrer Versicherten bzw. Sozialbürger dienen. Eine Gesundheitsberichterstattung hätte genau diese zwei Perspektiven zu integrieren, um das Wechselverhältnis von Institutionen und Individuen als einen Austauschprozeß zu verstehen. Bei der Konzeption einer Gesundheitsberichterstattung und ihrer Praxis ist es notwendig, eine Sozialberichterstattung aufzubauen, die nicht nur Querschnittsanalysen vornimmt, sondern individuelle Wohlfahrtskarrieren bzw. Lebensläufe und Gesundheits- wie Krankheitskarrieren abbildet. Es geht also um eine Beschreibung von Lebenslagen im Wandel und um den Aufbau einer Sozialberichterstattung im Längsschnitt. Sind Sozialberichterstattungen im Sinne einer replikativen Querschnittsanalyse mittlerweile etabliert, so fehlt es auch in Deutschland an Wohlfahrtssurveys, die eine Längsschnittorientierung haben und die Aussagen über Trends und über die individuellen Lebensläufe machen. Auf europäischer Ebene gibt es Versuche, ein europäisches System sozio-ökonomischer Berichterstattung zu etablieren, das auf den Erfahrungen der Sozialindikatorenforschung aufbaut, und die tatsächliche Lebensqualität von Populationen und Personen in den verschiedenen Regionen sowie Betreuungskontexte zum Gegenstand hat. Hierzu sollen nicht nur die Routinedaten der verschiedenen Einrichtungen und hier auch der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch Erhebungen über das subjektive Befinden eingeholt werden, um zu fragen, welche sozialstrukturellen Voraussetzungen für Wohlbefinden und für Lebenszufriedenheit von Bedeutung sind. Gesundheitsberichterstattung hat sich also in einem Kontext einer Sozialberichterstattung zu etablieren und das Wechselverhältnis von sozialer Lage und Gesundheit zum Thema zu machen (Kunst, Mackenbach 1996).

Literatur

Antonowsky, A.: *Unraveling the Mystery of Health. How People manage Stress and Stay well*, San Francisco 1987

Antonowsky, A.: *The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale*, in: *Social Science Medicine*, Vol. 36, No. 6, 1993, S. 725-733

Kirschner, W., Hoeltz, J.: *Epidemiologische und Gesundheitsforschung. Vorschlag für eine epidemiologische, umwelt- und sozialbezogene Gesundheitsberichterstattung. Konzeption für das Bundesland Berlin*, Berlin 1992

Kunst, A.E., Mackenbach, J.P.: Die Messung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten, Diskussionspapier des WHO-Regionalbüros für Europa, Kopenhagen 1996

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: Gesundheitsreformen in Europa - Strategieberichtungen, Zusammenfassung, Kopenhagen 1996