

Joseph Kuhn

Taten ohne Daten? Ein Kommentar zur Rolle der Gesundheitsberichterstattung in der Prävention

»Kritiker aussagekräftiger Entscheidungsgrundlagen befürchten die normative Kraft der statistischen Ergebnisse in einer Gesundheitsberichterstattung und sehen die Gefahr einer weitergehenden Planung und administrativen Lenkung (...).«
(Sachverständigenrat, Jahresgutachten 1987)

1. *Das politische Präventionsparadoxon*

Die Gesundheitspolitik ist reich an paradoxen Geschichten. Eine davon ist die Geschichte von der Wichtigkeit der Prävention der sogenannten »Zivilisationskrankheiten«. Die Sozialmedizin hat im Laufe der letzten Jahrzehnte die Ursachen dieser Krankheiten immer besser erforscht und dabei zugleich die Handlungsmöglichkeiten der Prävention immer konkreter werden lassen. Wer zweifelt z.B. heute noch ernsthaft daran, dass das Rauchen eines der gravierendsten Gesundheitsrisiken in den Industrieländern ist, dass es einen erheblichen Teil der Herz-Kreislauf-erkrankungen verursacht und den größten Teil der Lungenkrebsfälle, dass allein in Deutschland jährlich mehr als 100 000 Menschen vorzeitig daran sterben, dass Rauchen eng mit dem Sozialstatus der Menschen und damit deren Lebensumständen verbunden ist, dass insbesondere ein frühes Einstiegsalter gesundheitlich problematisch ist und dass Rauchen in der Schwangerschaft für das ungeborene Leben hochgradig riskant ist. Rauchen ist bekanntlich keine angeborene Krankheit, man kann es vermeiden oder damit aufhören – ein Handlungsfeld der Prävention par excellence.

Parallel zur Anhäufung sozialmedizinischer Erkenntnisse hat die Gesundheitsökonomie die positiven wirtschaftlichen Aspekte der Prävention in einzelnen Handlungsfeldern herausgearbeitet. Der Sachverständigenrat spricht z.B. in seinem Jahresgutachten 2000/2001 davon, dass sich theoretisch bis zu 30% der Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden lassen würden (SVR 2000/2001: 26). Und selbst wenn die Prävention gesamtwirtschaftlich keine Kosten sparen würde, weil die in jüngeren Lebensjahren präventiv vermiedenen

Kosten später an anderer Stelle anfallen (so z.B. Beske 2005), wäre das in der Abwägung gegenüber kurativen Maßnahmen kein Nachteil: Eine kurative Behandlung von Krankheiten in jüngeren Lebensjahren führt in dieser Hinsicht ja in die gleiche Situation. Geld sparen kann man nur, wenn die Leute möglichst früh und schnell sterben – und das ist wohl kaum ein sinnvolles Ziel der Gesundheitspolitik. Nicht pauschal Ausgaben zu vermeiden, sondern die für die Gesundheit und Schaffenskraft der Menschen notwendigen Ausgaben bezahlen zu können, ist der finanzpolitische Imperativ der Gesundheitspolitik. Eigentlich sind sich daher alle Akteure einig, dass mehr Prävention sinnvoll und notwendig ist. Auch was zu tun ist, weiß jeder: die Prävention am Bedarf ausrichten, dazu die vielen epidemiologischen Detailkenntnisse zu politikfähigen Themenfeldern bündeln, die Vielfalt der Akteure koordinieren, die Unverbindlichkeiten durch Verbindlichkeiten ersetzen, die ständigen models of good practice zur practice of good models verstetigen und – last but not least – hierfür auch mehr Geld in die Hand nehmen.

Der politische Wille dazu, so scheint es, ist da. Die Einsicht in die alte Wahrheit, dass Vorbeugen besser ist als Heilen, hat sich in den letzten Jahren über parteipolitische Grenzen hinweg mehr und mehr durchgesetzt. Beispielsweise gab es im Juni 2002 einen fraktionsübergreifenden Antrag im Bundestag unter der Überschrift »Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sichern und verbessern«. Darin wurde u.a. die Bedeutung der Salutogenese und der Prävention für Kinder und Jugendliche aus unteren sozialen Schichten betont. Der Bundesrat hatte ebenfalls Mitte 2002 mit breiter Mehrheit eine Entschließung verabschiedet, wonach »Prävention und Gesundheitsförderung Aufgaben der ganzen Gesellschaft« sind. Betont wurde, dass die »Politik sich zu den Schwerpunkten Prävention und Gesundheitsförderung bekennt und die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen daran ausrichtet«. Nur so sei auch ein Umdenken der Bürger zu erreichen. Die 75. Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat im Juni 2002 einstimmig den Beschluss »Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Prävention, Früherkennung und Frühförderung müssen verstärkt werden« gefasst. Der Schwerpunkt zukünftiger Maßnahmen und Aktivitäten soll danach verstärkt auf den Handlungsfeldern Prävention und Gesundheitsförderung, Früherkennung und Frühförderung liegen und vor allem auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher ausgerichtet sein. Die Gesundheitsberichterstattung solle hierfür unter Berücksichtigung von schicht- und geschlechtsspezifischen Aspekten weiterentwickelt werden.

Ein Jahr später hat die 76. Gesundheitsministerkonferenz unter dem Tagesordnungspunkt »Prävention und Gesundheitsförderung als

prioritäre Aufgabe des Gesundheitswesens« auf Antrag aller Länder und einstimmig beschlossen, dass das deutsche Gesundheitssystem auch im 21. Jahrhundert leistungsfähig zu erhalten ist und »dass dies vorrangig durch Aufwertung und Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung geschehen muss, da die kurative Medizin sonst nicht im Stande sein wird, die zunehmende Krankheitslast zu bewältigen«. Die Länder baten die Bundesregierung in diesem Beschluss weiter, »sicherzustellen, dass eine kommunale und regionale Steuerung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erfolgen kann«, sowie auf eine Verstärkung des Engagements der Krankenversicherung in der Primärprävention und Gesundheitsförderung hinzuwirken. Wiederum ein Jahr später, auf der 77. Gesundheitsministerkonferenz 2004 in Berlin, begrüßten die Gesundheitsminister der Länder die Planungen für ein Präventionsgesetz und forderten: »Prävention und Gesundheitsförderung einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung sind als eigenständige und mit Kuration, Rehabilitation und Pflege gleichrangige Säule im Gesundheitswesen zu etablieren. Schwerpunkt der Gesetzgebung im Rahmen des Präventionsgesetzes soll die Stärkung der Primärprävention und der Gesundheitsförderung (insbesondere auch in Betrieben) im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung sein.«

Ende 2004 hatten sich Bundesregierung und Länder dann tatsächlich auf gemeinsame Eckpunkte für ein Präventionsgesetz verständigt. Vorgesehen war, dass die Sozialversicherungsträger, die Länder und die Kommunen gemeinsam für die Prävention verantwortlich sind, dass sie sich dabei an einheitlichen Präventionszielen und -programmen orientieren, dass die Maßnahmen einer Qualitätssicherung und Evaluation unterliegen und das Gesamtsystem anhand eines erfolgsbewertenden Monitorings qualitativ weiterentwickelt wird. Eine neu zu errichtende »Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung« sollte die notwendigen Zielvorgaben machen und für bundesweite Aktivitäten zuständig sein.

Nachdem das Kabinett den Gesetzesentwurf am 2.2.2005 verabschiedet hatte, hat der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 18.3.2005 (Bundesrats-Drucksache 97/05) vor allem die Stiftungskonstruktion als zu bürokratisch kritisiert und entsprechende Änderungen angemahnt, wenn auch in verhaltener Form. Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung dazu diese Änderungswünsche erst einmal abgelehnt und den Gesetzesentwurf am 6.5.2005 im Bundestag im Kern unverändert beschließen lassen – im Vertrauen darauf, dass die Länder letztlich doch der von den Fachministerien verfolgten Linie des gemeinsamen Eckpunktepapiers folgen. Diese Überlegung war aber spätestens mit der Wahlniederlage der rotgrünen Koalition in Nordrhein-Westfalen und

der Ankündigung von Neuwahlen im Bund hinfällig: Der Bundesrat hat das Gesetz in seiner Sitzung am 27.5.2005 in den Vermittlungsausschuss verwiesen. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005 steht es jedoch wieder auf der Liste der Absichtserklärungen und für das Jahr 2007 wird mit einem Wiederaufgreifen des Gesetzentwurfs gerechnet.

Damit könnte auch die im Präventionsgesetz vorgesehene engere Verknüpfung von Gesundheitsberichterstattung (verstanden als datengestützte Herstellung von Transparenz über prioritäre Problemlagen), Präventionszielen und Präventionsmaßnahmen Wirklichkeit werden. Dabei geht es nicht um zentralistische Vorgaben für die Prävention – in modernen Gesellschaften ist es eher Aufgabe des Staates, Vielfalt zu ermöglichen statt Einheit zu erzwingen. Aber die Vielfalt muss dennoch bedarfsorientiert sein, andernfalls würde es weiterhin bei einem generellen Zuwenig an Prävention gleichzeitig einen Wildwuchs unkoordinierter und nicht selten verschwenderisch-ineffektiver Prävention geben. Dazu sollen hier nur drei Beispiele genannt werden:

(a) Öffentlicher Gesundheitsdienst: Eine systematische Bestandsaufnahme zur Bedarfsorientierung der Prävention im ÖGD gibt es zwar nicht, aber die Ergebnisse einer Erhebung von kommunalen Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten im Land Brandenburg aus dem Jahr 2002 lassen vermuten, dass die Gesundheitsämter in der Projektplanung eher althergebrachten ÖGD-Traditionen folgen als dem, was vielleicht eine gute Gesundheits- und Sozialberichterstattung zu sagen hätte. Auch war nur die Hälfte der Projekte in übergreifende Planungen wie Agenda-21-Vorhaben oder kommunale Entwicklungspläne eingebunden. Ein weiteres Defizit war die mangelnde Evaluation der Projekte (siehe dazu Pimmer/Kuhn/Cartheuser 2003). Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit hat 2004 ebenfalls eine Erhebung über Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Bayern durchgeführt (LGL 2005). Befragt wurden dabei neben anderen Akteuren wiederum die Gesundheitsämter. Zwar wurde anders als in der Brandenburger Befragung nicht explizit danach gefragt, ob die Projekte eine Grundlage in der Gesundheits- und Sozialberichterstattung haben, aber das Spektrum der gemeldeten Aktivitäten bestätigt den Befund aus Brandenburg. Dabei mögen die Projekte im Einzelnen durchaus begründet sein, es resultiert daraus aber nicht naturwüchsig auch eine sinnvolle Bedarfsorientierung im Großen – das Gesamtbild ist bunt, aber ist es auch bedarfsgerecht?

(b) *Krankenkassen*: Die Dokumentation der Maßnahmen der Krankenkassen nach § 20 SGB V enthielt bisher in Bezug auf die Individualprävention gar keine Aussagen zur Bedarfsermittlung. Die Handlungsfelder sind hier durch eine Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung vorgegeben (Bewegung, Ernährung, Stress, Sucht). Damit sind zwar wichtige Risikofaktoren für die Zivilisationskrankheiten benannt, aber man wird diese Art der Bedarfsorientierung bestenfalls als rudimentär bezeichnen können.

Tabelle 1: Inanspruchnahme der individualpräventiven Angebote nach § 20 Abs. 1 SGB V im Jahr 2003

	absolut	in %
Bewegung	351 152	64,7
Ernährung	97 367	17,9
Stress	89 977	16,6
Sucht	4 147	0,8
Insgesamt	542 643	100,0

Quelle: GKV, Dokumentation § 20 SGB V

Man könnte weiter kritisieren, dass offensichtlich die suchtpreventiven Maßnahmen angesichts der eingangs zitierten Erkenntnisse zum Rauchen absolut unzureichend sind und dass es auch nicht zufrieden stellen kann, wenn vor allem Frauen im mittleren Lebensalter an den Maßnahmen teilnehmen, Männer, jüngere und ältere Versicherte sowie Versicherte mit niedrigerem Einkommen, d.h. die gesundheitlichen Risikogruppen, dagegen unterrepräsentiert sind (GKV 2003: 23). Allerdings ist eine solche epidemiologisch orientierte Kritik hier müßig: Die 542 000 Teilnehmer/innen entsprechen gerade einmal 0,8 % der gesetzlich Versicherten. Von einer Fehlsteuerung kann man daher eigentlich gar nicht sprechen, es herrscht vielmehr Unterversorgung in allen Bevölkerungsgruppen, auch den überrepräsentierten. Neben den individuellen Angeboten gibt es auch Maßnahmen in Settings (Kindergärten, Schulen, Betriebe, Wohnquartiere), aber auch dieser Bereich bewegt sich quantitativ auf einem völlig unzureichenden Niveau. Immerhin: die Settingmaßnahmen beruhen in der Regel auf einer Bedarfsermittlung, z.B. Befragungen der Zielgruppe, Begehungen der Einrichtungen oder Auswertungen von Kassendaten.

Die Krankenkassen haben den Handlungsbedarf in diesem Punkt auch erkannt: In der aktuellen Fassung der »Gemeinsamen und einheitlichen

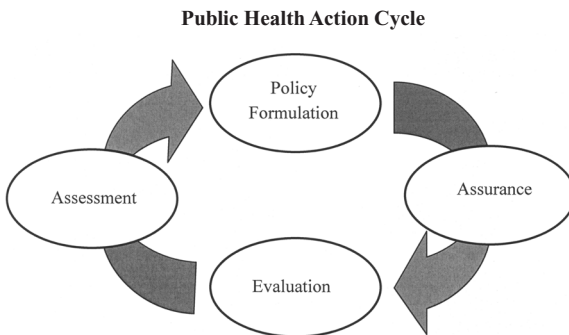
Handlungsfelder« für die Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wird erstmals auf die Notwendigkeit von Präventionszielen hingewiesen, mit einer Differenzierung zwischen datengestützten Zielen für die Primärprävention und konsensgestützten Zielen für die Gesundheitsförderung (GKV 2006: 9).

(c) *Arbeitsschutz*: Die Gesundheitsberichterstattung könnte eine hilfreiche Rolle in der strategischen Steuerung des Arbeitsschutzes spielen, denn dieser bewegt sich auf der überbetrieblichen Ebene vielfach im datenfreien Raum. Wichtige Kennziffern wie branchenbezogene Unfallraten oder Krankenstände sind auf Länderebene nach wie vor nicht bekannt, von einem hinreichend bevölkerungsrepräsentativen Bild der Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz ganz zu schweigen. Da im Arbeitsschutz das Zusammenwirken vieler Akteure notwendig ist, wäre hier ein Instrument der dezentralen Steuerung wie die Gesundheitsberichterstattung durchaus am Platz. 2005 wurde immerhin ein Projekt der »Initiative Gesundheit und Arbeit« (IGA) zur Entwicklung arbeitsweltbezogener Präventionsziele begonnen (siehe dazu Bödeker 2005).

2. *Datengestützte Prioritätensetzung in der Prävention*

Dass man sich vor dem Handeln dessen vergewissert, was nötig ist – und nach dem Handeln, ob man erfolgreich war – ist im Gesundheitswesen nicht selbstverständlich. Anders ist die Omnipräsenz des Public Health Action Cycle, also der Empfehlung, erst zu denken und dann zu handeln, in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur nicht zu erklären.

Abbildung 1: Der »Public Health Action Cycle«



Quelle: National Academy of Sciences

In diesem Modell rationaler Entscheidungsabläufe hätte die Gesundheitsberichterstattung ihren Beitrag beim Assessment und ggf. in der Evaluation zu leisten. Aber Gesundheitspolitik vollzieht sich nicht nach diesem Modell. Die gesundheitspolitische Realität sieht bekanntlich eher so aus, dass die Politik auf die Kassenbeiträge und auf aktuelle Medienberichte über die Gefahr des Monats schaut, auf ersteres mit immer neuen Kosteneindämmungsgesetzen (neuerdings »Reform«-Gesetzen) reagiert, auf letzteres mit einem öffentlich verkündeten ad-hoc-Aktionsprogramm mehr oder weniger symbolischer Natur, das erste durch Daten eines passend gewählten Stichtags zum Erfolg erklärt, das zweite angesichts des allerneuesten Medienberichts schon wieder vergessen hat, dann hofft, damit eine Legislaturperiode weiterzukommen und mit einem neuen Wählervotum so weiter machen zu können. Rational ist das sicher auch, nur eben unter machiavellistischen Prämissen.

Die Prävention ist zur Begründung ihrer Interventionsschwerpunkte in besonderem Maße auf ein Handlungsschema wie den Public Health Action Cycle angewiesen. Anders als im kurativen Bereich, wo die Menschen zum Arzt gehen, wenn sie unter Beschwerden leiden, d.h. die Interventionen durch einen »naturwüchsig« vorgebrachten Bedarf ausgelöst werden, muss in der Prävention der Bedarf theoretisch definiert werden. Mit anderen Worten: Es geht um die datengestützte (und dann in einem partizipativen Prozess zu realisierende) Festlegung von Präventionszielen. Inhaltlich definierte, datengestützte Gesundheits- oder Präventionsziele hatten bisher in Deutschland aber wenig Chancen und infolgedessen spielten auch politikevaluative Aspekte nur eine untergeordnete Rolle. Zurecht stellt der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2000/2001 fest (SVR 2000/2001: 17, 19):

»Das deutsche Gesundheitswesen leidet an einer mangelnden Orientierung im Hinblick auf explizite gesundheitliche Ziele, was fast zwangsläufig zu einer Überbetonung der Diskussion über die Ausgabenebene führt. (...) Der Mangel an Ziel- bzw. Outcomeorientierung spiegelt sich ebenfalls in der Gesundheitsberichterstattung wider.«

In der zweiten Hälfte der 80er Jahre hatte das Bundesgesundheitsministerium zwar einmal ein Projekt »Prioritäre Gesundheitsziele« unter der Federführung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung gefördert, aber der Projektbericht durfte dann nicht einmal mehr unter diesem Titel erscheinen (Weber et al. 1990). Ein zweiter Anlauf wurde Ende der 90er Jahre – unterstützt von der damaligen Gesundheitsministerin Fischer – unter der New-Economy-Überschrift »gesundheitsziele.de« unternommen (siehe BMGS 2003 und www.gesundheitsziele.de). Er

hat inzwischen aber erkennbar zu wenig politischen Rückenwind, und ob er neuen Schwung holen kann, ist offen. Auf Länderebene haben sich z.B. Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Berlin mit Gesundheitszielen beschäftigt – mit unterschiedlichem Erfolg (zur Gesundheitsziele-Diskussion siehe z.B. Geene/Luber 2000; zur Evaluation des Gesundheitszieleprozesses in Nordrhein-Westfalen siehe MFJFG 2005).

Gesundheitsziele zu formulieren, ist allerdings auch kein ganz einfaches Vorhaben. Dazu müssen normative Vorentscheidungen über relevante Auswahlkriterien getroffen werden, darauf aufbauend müssen datengestützt prioritäre Problemlagen und Lösungsansätze identifiziert werden, und das Ganze muss in einem partizipativen Prozess geschehen, d.h. nicht nur auf dem Wege verwaltungsinterner Festlegungen. Letzteres hat sowohl pragmatische Gründe – anders sind Gesundheitsziele in einem pluralistischen Gesundheitswesen gar nicht durchsetzbar – als auch Gründe ethischer und demokratietheoretischer Natur: Jede Form der Priorisierung von Handlungsfeldern führt zu Konsequenzen für die Ressourcenzuweisung zwischen dem Gesundheitswesen und anderen Politikfeldern sowie innerhalb des Gesundheitswesens. Diese Konsequenzen müssen ethisch verantwortet und demokratisch legitimiert sein.

Der Sachverständigenrat hat in seinem o.g. Gutachten Grundprinzipien für die Formulierung von Präventionszielen vorgegeben (SVR 2000/2001: 27):

»Für den wissenschaftlichen Input in eine solche Zieldebatte zur Ermittlung von gesundheitspolitischen Prioritäten in der Prävention (...) empfiehlt der Rat grundsätzlich die gleichen Kriterien wie für die Bestimmung einer bedarfsgerechten Versorgung: Danach sollte das zu prävenierende Gesundheitsproblem – bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder definierte Teilpopulation(en)

- eine angemessene Häufigkeit aufweisen (Inzidenz/Prävalenz),
- von medizinischer Relevanz sein (Krankheitsschwere),
- volkswirtschaftliche Relevanz aufweisen (direkte und indirekte Kosten).
- Die Prävention sollte wirksam sein und keine unververtretbaren unerwünschten Wirkungen entfalten sowie fachgerecht erbracht werden können und
- eine akzeptable Wirksamkeits-Kosten-Relation aufweisen.«

Diese Kriterien fanden sich dann auch im Entwurf des Präventionsgesetzes als Vorgaben für die zu vereinbarenden Präventionsziele wieder. Jedoch tut sich die Gesundheitsberichterstattung bisher schwer, diesen Rahmen konkret auszufüllen. Das gilt sowohl für den Beginn des Gesundheitsziele-Prozesses, also die Funktion der Gesundheitsberichterstattung bei der Auswahl und Formulierung von Gesundheitszielen, als

auch das Ende, d.h. die Evaluation. Darin macht sich u.a. auch ein Entwicklungsdefizit der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland bemerkbar. Wie die Prävention ist auch die Gesundheitsberichterstattung ein Kind der jüngeren Geschichte. Zwar gab es schon im 19. Jahrhundert mit den Physikatsberichten der Landgerichtsärzte in einigen Regionen Deutschlands so etwas wie eine Gesundheitsberichterstattung, aus denen auch die späteren Jahresgesundheitsberichte hervorgingen. Dieses Berichtswesen verlor jedoch spätestens zum Ende der Weimarer Republik an sozialmedizinischer Substanz, und die weitere Entwicklung verlief zunehmend in die Richtung einer formalisierten, tabellenorientierten Medizinalstatistik. Nach dem Krieg blieb davon nur noch ein bedeutungsloses Rudiment übrig – ungeliebte Pflichtaufgabe eines öffentlichen Gesundheitsdienstes, der selbst an den Rand der Bedeutungslosigkeit geraten war und dessen Restaufgaben wohl auch keine handlungsorientierte Gesundheitsberichterstattung mehr erforderten. Erst mit dem Gutachten des Sachverständigenrats 1987 und dem Reimport sozialmedizinischen Gedankenguts als »Public Health« aus dem angelsächsischen Raum in den 90er Jahren kam neuer Wind in die Gesundheitsberichterstattung. Der Gesundheitspolitik sollte ein rationales, datengestütztes Korsett eingezogen werden, »Daten für Taten« war der vielzitierte Leitspruch. Bei den »Taten« ging es dabei von Anfang an insbesondere um die Prävention und Gesundheitsförderung, vor allem auf der kommunalen Ebene, wo man sich aus dem Duo Gesundheitsberichterstattung/Prävention eine Revitalisierung der Gesundheitsämter versprach.

Allerdings hat im Gesundheitswesen kein auf die Public Health-Ansätze zulaufender Organisationsentwicklungsprozess stattgefunden. Die Umsetzung von gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen in Politik hätte eine entsprechende Institutionalisierung nach sich ziehen müssen, den Aufbau von Entscheidungsstrukturen. Dieser Prozess ist über rudimentäre Formen, etwa die mancherorts eingerichteten Gesundheitskonferenzen oder das erwähnte Projekt »gesundheitsziele.de«, nie hinausgekommen. Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung blieben Fremdkörper im Gesundheitswesen, selbst auf der Ebene der Gesundheitsämter, die sich so viel davon versprochen. In der Folge ist auch der Gegenstandsbereich der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland nie hinreichend geklärt worden. Was die Gesundheitsberichterstattung von anderen Datengrundlagen der Planung in der Gesundheitspolitik unterscheidet und wo sie ihren spezifischen Platz in der Gesundheitsplanung hat, blieb unklar. Unklar ist daher auch, auf welche Bereiche der Prävention sie sich beziehen soll.

Tabelle 2: Gesundheitsberichterstattung und Prävention – Welche Daten für welche Taten?

Beispiele aus dem Spektrum der Planungsgrundlagen (»Daten«)	
Amtliche Statistik Routinestatistiken der Sozialversicherung Gutachten, z.B. des SVR Versorgungsforschung, wissenschaftliche Studien, Health Technology Assessments Befunde der Überwachungsbehörden wissenschaftsförmige Materialien der Lobby-Gruppen	Hearings Medienberichte, z.B. über neue Krankheiten Erfahrung/Tradition und Beharrungskräfte staatliche und kommunale Gesundheitsberichterstattung Gesundheitsberichterstattung anderer Akteure, z.B. der Krankenkassen
Beispiele aus dem Spektrum präventiver Handlungsfelder (»Taten«)	
»Volks-/Zivilisationskrankheiten« Risikofaktoren Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten Seuchen, Bioterrorismus Verkehrssicherheit Arbeitsschutz	gesundheitlicher Umweltschutz Lebensmittelsicherheit, Arzneimittelsicherheit, Produktsicherheit gesundheitsgerechte Bauplanung Gewalt gegen Kinder oder Frauen Pflegebedürftigkeit

Für die Gesundheitsberichterstattung den Anspruch erheben zu wollen, sie solle die Planungsgrundlage der Prävention sein, wäre offensichtlich vermessen. Planung in der Gesundheitspolitik und in der Prävention wird immer ein Geschäft mit unterschiedlichen Datengrundlagen bleiben. Gleiches gilt mit Blick auf die Evaluation. Es kann z.B. nicht Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung sein, den Projekterfolg einzelner Präventionsmaßnahmen zu bewerten, die Wirksamkeit von Medikamenten zu beurteilen oder den Bedarf an Verkehrserziehungsstunden in einer Kommune zu erheben. So dürfte zwar die Beobachtung von Süß/Trojan/Füller (2005: 256) zutreffen, dass die Gesundheitsberichterstattung umso handlungsrelevanter wird, je themenspezifischer sie ausgerichtet ist, aber ihre originäre Aufgabe ist nicht die Anfertigung epidemiologischer Einzelstudien. Die Gesundheitsberichterstattung wird sich vielmehr im Bereich planerischer und evaluativer Instrumente als ein Baustein mit ganz spezifischen Eigenschaften profilieren müssen, d.h. sie wird dort sinnvoll einzusetzen sein, wo ihre Stärken gefragt sind. Gesundheitsberichterstattung ist ein Instrument zur Thematisierung von

prioritären Problemlagen, zu deren Lösung häufig mehrere Akteure zusammenwirken müssen und langfristige Entscheidungen anzubahnen sind. Es geht also um ein Instrument der indirekten Steuerung bei größeren Weichenstellungen im Gesundheitswesen mithilfe einer übersichts-, konsens- und kommunikationsorientierten Darstellung von Gesundheitsdaten. Die Gesundheitsberichterstattung hat genau dort ihren Platz, wo Präventionsziele nicht nur verwaltungstechnisch geplant, sondern auch kooperativ vereinbart und kommunikativ vermittelt werden müssen (siehe dazu auch Kuhn 2006).

3. *Die großen Gesundheitsprobleme aufgreifen*

Wenn man die Kriterien des Sachverständigenrats zur Auswahl von Präventionszielen auch der Themenauswahl in der Gesundheitsberichterstattung zugrunde legt, um den Zusammenhang zwischen Daten und Taten aufrechtzuerhalten, so stellt sich die Frage, welche Themen damit konkret angesprochen sind. Leider führt von solchen formalen Auswahlkriterien kein einfacher und eindeutiger Weg zu Themenfeldern, Zielgruppen oder Maßnahmen der Prävention. Sowohl die Gesundheit der Menschen als auch ihre gesundheitlichen Probleme lassen sich auf ganz verschiedenen Ebenen und Aggregationsstufen beschreiben. Gesundheit und Krankheit sind in höchstem Maße theorieabhängige Sachverhalte, so unstrittig einzelne Elemente, z.B. Rauchen oder Bewegungsmangel als Risikofaktoren auch sind. Aber hinter dem Rauchen stehen wiederum soziale Lebensumstände, die sich je nach Blickwinkel unterschiedlich beschreiben lassen.

Einen diskussionswürdigen Zugang zur Lösung dieses Methodenproblems hinsichtlich prävenierbarer Gesundheitsrisiken hat die WHO mit ihrem Burden of Diseases-Projekt eröffnet. Auf der Grundlage eines Vergleichs von Sterbefällen und von verlorenen gesunden Lebensjahren (DALYS) wird hier eine Rangordnung von Risikofaktoren gebildet (vgl. Ezzati et al. 2004). Die Daten sind nach Regionen differenziert, Deutschland ist innerhalb der Region Europa dem mortality stratum »very low child, very low adult« zugeordnet (siehe Tabelle 3). Diese Rangreihe kann natürlich nicht als Anleitung für jede Form von Präventionskonzept oder gar als Kriterienkatalog bei der Verteilung finanzieller Fördermittel dienen (weil es dann zum evidenzbasierten Exitus kleiner, aber hilfreicher Präventionsprojekte käme, deren Bedarfsorientierung aus Vor-Ort-Erfahrungen resultiert), aber man könnte sie zumindest als »Prüfliste« für die strategische Ausrichtung der »großen Präventionspolitik« heranziehen.

Tabelle 3: Verlorene gesunde Lebensjahre nach Risikofaktoren

Risikofaktor	Anteil an allen DALYs (in %)		DALYs pro 1 000 Ew.	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Tabakkonsum	6	18	7,0	24,8
Alkohol	2	11	2,0	15,4
Bluthochdruck	7	9	8,7	13,0
Hohes Cholesterin	5	7	6,3	10,2
Übergewicht/Adipositas	7	7	8,2	9,5
Bewegungsmangel	3	3	3,1	4,2
Illegale Drogen	1	3	1,6	3,9
Geringer Obst-/Gemüseverzehr	2	3	2,0	3,9
Berufliche Staubbelastung	<1	1	0,2	1,1
Ungeschützter Sex	1	<1	1,0	0,6
Eisenmangel/Anämie	1	<1	1,0	0,4
Kindesmishbrauch	1	<1	0,8	0,3
Bleiexposition, berufliche Verletzungsrisiken, Lärm am Arbeitsplatz, berufliche Krebsrisiken, Bleiexposition, Luftverschmutzung in den Städten, verschmutztes Wasser/Hygiene, Ergonomie, kindliches und mütterliches Untergewicht	<1	<1	–	–
Klimawandel, unsaubere Spritzen im Gesundheitsbereich, Innenraumluftbelastung durch feste Brennstoffe, Zinkmangel, Vitamin-A-Mangel	0	0	–	–

Regionalauswahl: Europa, mortality stratum: very low child, very low adult.

Quelle: Ezzati et al. (2004): 2145.

An erster Stelle der Risikofaktoren stehen Tabak, Alkohol, Bluthochdruck, hohes Cholesterin und Übergewicht. Folglich sollte man sich über diese Risikofaktoren auch in der Präventionspolitik und in der Gesundheitsberichterstattung bevorzugt Gedanken machen – nach den Regeln der Kunst akteurübergreifend, settingbezogen und sozialkompensatorisch. Es sollte also z.B. beim Rauchen nicht nur um das individuelle Gesundheitsverhalten gehen, sondern jenseits des Risikofaktorenkonzepts i.e.S. auch um die

Verhältnisse, in denen das Rauchen attraktiv ist, gelernt wird und sich soziokulturell verfestigt (so wie angesichts der Orientierung der Prävention an Risikofaktoren ohnehin daran zu erinnern ist, dass Gesundheit nicht nur aus der Vermeidung und Verminderung von Risiken resultiert, sondern im Kern ein nichtintentionaler Aspekt des Lebens ist – die Ottawa-Charta der WHO hatte daraus zurecht die Forderung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik abgeleitet).

Tabelle 4: Das Modul »Rauchen« in der Gesundheitsinitiative *Gesund.Leben.Bayern*

Epidemiologische Begründung	Evidenz des Einflusses auf Morbidität und Mortalität, allein die Mortalität wird auf mehr als 16 000 Tote jährlich in Bayern geschätzt.
Gesundheitsberichterstattung	Gesundheitsmonitor Bayern 1/2005
Handlungsschwerpunkte 2005/2006	1. Jugendliche 2. Tabakfreie Lebenswelten
Gesundheitsziele	1. Trendwende beim Einstiegsalter für das Rauchen bis 2008 2. Senkung der Raucherquote bei Jugendlichen in Bayern um 25 % bis zum Jahr 2015 3. Verschiedene Einzelziele zur Schaffung rauchfreier Lebenswelten, z.B. in Schulen, Gaststätten, Betrieben, Krankenhäusern usw.
Kooperationspartner	Kultusministerium, Krankenhausgesellschaft, Hotel- und Gaststättenverband, Deutsche Bundesbahn u.a.
Exemplarische Maßnahmen	1. Projekt „Rauchfreie Schule“ in Zusammenarbeit mit dem Staatsministerium für Unterricht und Kultur 2. Aktion „Rauchfreie Gastronomie“ in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Hotel- und Gaststättenverband
Evaluation	Mehrstufiges Verfahren (Einzelevaluation durch Projektpartner und Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesamtevaluation durch externes Hochschulinstitut)

Der Gesundheitsziele-Prozess in Nordrhein-Westfalen folgt z.B. einer solchen Schwerpunktsetzung auf die »großen Themen«. Auch Bayern versucht derzeit, die Gesundheitsförderung und Prävention inhaltlich neu auszurichten und dabei auch wissenschaftliche Auswahlkriterien wie die WHO-Liste stärker als bisher zur Geltung kommen zu lassen (vgl. zum Folgenden Wildner et al. 2005: 53 ff; LGL 2004). Neben wissenschaftlichen Auswahlkriterien spielen Gesichtspunkte wie die Verfügbarkeit von Kooperationspartnern, die Zugänglichkeit von Settings, vorgängige Erfahrungen etc. eine Rolle. 2004 wurden gemeinsam mit Experten und gesundheitspolitischen Akteuren für die erste Phase der Gesundheits-

initiative vier Themenfelder ausgewählt: Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht und Gesundheit im Betrieb. Jedes der Themenfelder ist epidemiologisch begründet und wird durch eine Veröffentlichung der Gesundheitsberichterstattung begleitet, jedes Themenfeld ist an expliziten Gesundheitszielen orientiert (beim letzten Themenfeld steht das noch aus), die Umsetzung soll kooperativ mit Akteuren auch außerhalb des Gesundheitswesens erfolgen, und sowohl die Einzelprojekte als auch die Gesundheitsinitiative insgesamt werden evaluiert.

Angesichts von Sparzwängen, unvorhersehbaren ad hoc-Wünschen aus dem politischen Raum und dem Druck einflussreicher Lobbygruppen sind solche Ansätze jedoch ohne krisenfestes Korsett, d.h. ohne rechtlich abgesicherte Institutionalisierung, nicht durchzuhalten. Für eine evidenzgestützte Prävention jenseits eines nischenhaften »nice to have-Daseins« ist eine gesetzliche Grundlage letztlich unverzichtbar. Schon der Finanzbedarf übersteigt das, was ressortintern und auf Landesebene durch politische Entscheidungen mobilisiert werden kann, bei Weitem. Auf Bundesebene würde der Ausbau der Prävention zur »dritten Säule« des Gesundheitswesens neben Kuration und Rehabilitation konsequenterweise irgendwann zu Einschränkungen in eben jenen Säulen führen (schließlich soll, wenn schon nicht gesamtgesellschaftlich, so doch sektoral Geld gespart werden). Dafür ist ein rechtlich abgesicherter prozeduraler Rahmen notwendig, der sukzessive mit dem Ausbau der Prävention entwickelt werden muss. Dazu gehören natürlich neben rechtlichen Vorgaben auch andere Instrumente, z.B. dort, wo es um die Organisation ressortübergreifender Politikansätze oder um Vereinbarungen mit anderen gesellschaftlichen Akteuren geht. Das Präventionsgesetz wäre durch die vorgesehene Verknüpfung von Berichterstattung, Präventionszielen und Evaluation ein erster Schritt auf dem langen Weg zur Rationalisierung der Prävention in Deutschland. Es wäre zu wünschen, dass die große Koalition dieses Vorhaben erfolgreich auf den Weg bringt, vielleicht um einige unnötige bürokratische Verrenkungen erleichtert, aber ausgestattet mit dem zur Steuerung von großen Finanzmitteln unumgänglichen verwaltungsorganisatorischen Unterbau. Die Prävention braucht Ziele, um zu wissen, wohin die Reise gehen soll – und sie braucht einen organisatorischen Apparat, damit die Verwirklichung der Ziele nicht an Zuständigkeitslücken scheitert.

Korrespondenzadresse:

Joseph Kuhn
Friedenstraße 51
85221 Dachau

Literatur

- Beske, F. (2005): Prävention – Ein anderes Konzept. Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-Systemforschung, Band 103, Kiel
- BMGS (2003): Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin
- Bödeker, W. (2005): Vorgehensweise für die Entwicklung arbeitsweltbezogener Präventionsziele. IGA aktuell 1/2005
- Ezzati, M.; Lopez, A.D.; Rodgers, A.; Murray C.J.L. (2004): Comparative Quantification of Health Risks. Geneva: World Health Organization
- Geene, R.; Lubert, E. (Hg.) (2000): Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M.: Mabuse
- GKV (2006): Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. <http://www.g-k-v.com/media/Pressemitteilungen/Leitfaden%20Prävention%202006.pdf>.
- GKV (2003): Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS): Dokumentation 2003. Leistungen der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. http://www.mds-ev.org/download/DokuPrävention_2003.pdf
- Kuhn, J. (2006): Gesundheitsberichterstattung als Staatsaufgabe. In: J. Kuhn; R. Busch (Hg.): Gesundheit zwischen Statistik und Politik. Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung. Frankfurt a.M.: Mabuse, 269-288
- LGL (2005): Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Bericht über den Stand der Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention in Bayern 2004. Unveröffentlichtes Manuskript (Veröffentlichung als Landtagsdrucksache vorgesehen). Erlangen
- LGL (2004): Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Evidenzgestützte Strategieentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. Erlangen. <http://www.stmugv.bayern.de> (Rubrik Publikationen)
- MFJFG (2005): Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): 10 Jahre Gesundheitsziele NRW von 1995 bis 2005. Düsseldorf, Bielefeld. <http://www.loegd.nrw.de> (Rubrik Publikationen, Gesundheitspolitik)
- Pimmer, V.; Kuhn, J.; Cartheuser, Ch. (2003): Kommunale Gesundheitsförderung in Brandenburg. *Prävention* 26: 44-48
- Süß, W.; Trojan, A.; Füller, A. (2005): Zur Rolle von Berichterstattung in Entscheidungsprozessen. In: R. Fehr; H. Neus; U. Heudorf (Hg.): Gesundheit und Umwelt. Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, 245-257
- SVR (2000/2001): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Kurzfassung, o.O o.J.
- Weber, I.; Abel, M.; Altenhofen, L.; Bäcker, K.; Berghof, B.; Bergmann, K.E.; Flatten, G.; Klein, D.; Micheelis, W.; Müller, P.J. (1990): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven. Baden-Baden: Nomos
- Wildner, M.; Caselmann, W.; Kerscher, G.; Zapf, A. (2005): Präventionspolitik – das Beispiel Bayern. *Prävention* 28: 51-56