

Hoffnung, sie nach der Rückkehr fortsetzen zu können. Unsere Hilfe ist sehr nötig und die Arbeit sinnvoll. Da wir neben den eigenen auch alle anderen Fachgebiete mitversorgen, ist die medizinische Erfahrung enorm und sicher auch von großem Nutzen in der „Ersten Welt“. Außerdem ist die Horizonterweiterung durch das Leben und Arbeiten in einer so anderen Kultur für jeden Menschen wertvoll.

Wir möchten daher alle leitenden Ärzte bitten, die jüngeren Kollegen zu Einsätzen in der Dritten Welt zu ermuntern. Durch langfristige Stellenzusagen oder Zwischenverträge, die die Rückkehr an dasselbe Haus ermöglichen, könnten Chefarzte und Verwaltungen die Entscheidungen zu einem solchen Einsatz enorm erleichtern.

Dr. Bart Maris, Dr. Michael Ollefs; Ramhaku Hospital, Umbalantu, Namibia

#### FRAGEN SIE DR. BIERSNYDER!

##### ***Rentenneurotiker?***

Sehr geehrter Herr Kollege,

*bei verschiedenen Gutachten habe ich das Gefühl, daß die Fragesteller eigentlich nur alle medizinischen Interventionen aushalten müssen, um endlich dann doch eine Rente zu bekommen. Was ist da eigentlich zu machen?*

Dr. Biersnyder antwortet: Bei vielen Klienten, die eine Rente haben wollen, ist es sicher sehr schwierig, sie von diesem Wunsch abzuhalten. Im allgemeinen werden schließlich die berentet, die seelisch so stabil sind, daß sie in der Tat alle Kuren und medizinischen Maßnahmen folgenlos überstehen und die gleichen Beschwerden immer wieder vorbringen können. Hier wäre es sicher richtig, über eine Kommission von vorneherein die auszusondern, die sich allen Maßnahmen gegenüber resistent zeigen werden. Früher, aber wirklich sehr viel früher, gab es eine Gruppe, die man Rentenneurotiker nannte. Diese Gruppe ist gänzlich ausgestorben; es gibt aber eine Fülle von Menschen, die in dieses zweifellos überholte Schema passen.

Ingbert Weber

## **Medizinische Orientierungsdaten: Entscheidungshilfen für eine sachgerechtere Gesundheitspolitik**

Seit langem wird beklagt, daß Gesundheitspolitiker in der Regel auf der Basis ökonomischer, selten aber auf der Basis medizinischer Orientierungsdaten ihre Entscheidungen treffen. Nutzen-Kosten-Überlegungen beherrschen einseitig die Auseinandersetzung über die richtigen Ziele und Maßnahmen im Gesundheitswesen. Um zur Überwindung dieses aus ärztlicher Sicht gefährlichen Zustands beizutragen, wurde bereits Ende 1985 eine wissenschaftliche Projektgruppe beauftragt, eine umfassende Darstellung medizinischer Orientierungsdaten zu erarbeiten, die zur Unterstützung gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse geeignet sein sollte. Die Projektgruppe, die im gemeinsamen Auftrag der ärztlichen und zahnärztlichen Spitzenorganisationen sowie des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) arbeitete, hat kürzlich ihren Abschlußbericht Bundesministerin Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Ursula Lehr in Bonn übergeben.

### **Ziele für eine realistische Politik**

Immer wieder wird betont, eine erfolgreiche Gesundheitspolitik müsse sich an positiven, realistischen und realisierbaren Zielen orientieren. Dazu wären die Verantwortlichen allerdings auf medizinische Orientierungsdaten angewiesen, die bislang fehlen. Nur auf der Basis solcher Daten lassen sich, unabhängig von ökonomischen Bezugsgrößen, auch aus medizinischer Sicht Prioritäten für Ziele und Maßnahmen begründen.

Ziele zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit werden auf verschiedenen Ebenen formuliert: Ärzte, gesundheitspolitische Entscheidungsträger (etwa in den Behörden der Gebietskörperschaften, in den Selbstverwaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen) wie auch die parlamentarischen und Parteigremien sind, je nach Aufgabenstellung, in unterschiedlicher Weise damit befaßt.

Soweit Zielentscheidungen darauf gerichtet sind, die Verhältnisse in einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens zu beeinflussen (Beispiel: Reform des Einheitlichen Be-

wertungsmaßstabes durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung), soll hier von „gesundheitspolitischen“ Entscheidungen gesprochen werden. Gesundheitspolitische Zielentscheidungen betreffen also Prioritäten zugunsten einzelner Krankheitsarten beziehungsweise bestimmter Risiko- oder Patientengruppen. Demgegenüber hat der in der Versorgung tätige Arzt, wenn er Behandlungsstrategien für seine Patienten festlegt, über fallbezogene Gesundheitsziele zu befinden. Ärzte und Politiker treffen also auf unterschiedlichen Ebenen Entscheidungen darüber, welche Gesundheitsziele angestrebt und mit welchen Maßnahmen sie erreicht werden sollen.

### **Unzureichende Transparenz von Entscheidungen**

Diese Gemeinsamkeit darf aber nicht über einen ganz wesentlichen Unterschied hinwegtäuschen: Die Chance, daß rationale und sachgerechte Zielentscheidungen getroffen werden, ist bei Ärzten und Politikern nicht in gleicher Weise gegeben. Während sich nämlich die Rationali-

tät ärztlichen Handelns über eigene Mechanismen herstellt, vor allem über die Standards einer professionellen Ausbildung sowie über berufsethische Normen, ist andererseits die Rationalität gesundheitspolitischen Handelns grundsätzlich ungesichert. Sie muß durch besondere Anstrengung immer wieder neu gesichert werden.

Gesundheitspolitiker treffen ihre Entscheidungen in der Regel intuitiv, das heißt die Bewertungen, die ihrem Handeln zugrundeliegen, sind zumindest für andere undurchschaubar. Sie fordern dadurch häufig Widerspruch heraus, entziehen sich aber weitgehend einem öffentlichen Diskurs. Nicht zuletzt aus diesem Grund wird immer wieder eine stärkere Zielorientierung der Gesundheitspolitik gefordert. Zielorientierung bedeutet: die Wertprämissen von Entscheidungen offen zu legen und bewußt Wahlmöglichkeiten und Alternativentscheidungen mitzubedenken.

Eine solche Haltung scheint hierzulande eher die Ausnahme zu sein. Der Gesundheitspolitiker ist sich offenbar selten bewußt, daß er, auch wenn dies nicht seine Absicht ist, mit jeder Entscheidung (kostenwirksame) Prioritäten setzt: Jede Mark, die für die Bekämpfung von AIDS ausgegeben wird, ist eine Mark weniger für die Lösung anderer Gesundheitsprobleme, die vielleicht aktuell nicht so sehr im Mittelpunkt des Interesses stehen. Jede Mark für die Bekämpfung von Drogenabhängigkeit steht nicht mehr für Programme gegen Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit zur Verfügung. Zielorientierte Gesundheitspolitik erhöht die Transparenz von Entscheidungen und versachlicht die öffentliche Diskussion über ihre Berechtigung.

Selbstverständlich können explizit gemachte Ziele für das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland entsprechend der verfassungsrechtlichen Voraussetzungen lediglich als programmatische Leitlinien verstanden werden, die einen Konsens der Beteiligten voraussetzen. Ziele im hier gemeinten Sinn beinhalten also keine verbindlichen Planungsvorgaben.

<b>Gesundheitsziele auf den verschiedenen Ebenen</b>		
Handlungsebene:	Entscheidungsproblem:	Entscheidungsträger:
fallbezogene Ziele	Behandlungsstrategien von Patienten betreffend	im kurativen Bereich tätige Ärzte
sektorbezogene Ziele	Prioritäten zugunsten von Krankheitsarten beziehungsweise von Betroffenenengruppen betreffend	Gesundheitsbehörden der Gebietskörperschaften, Selbstverwaltungsgremien der GKV, Forschungseinrichtungen
systembezogene Ziele	die leitenden Prinzipien des Gesundheitsschutzes betreffend	Parlament, Parteien

<b>Einheitliche Gliederung der Texte zu Gesundheitsproblemen</b>	
1 Inhalt	Begriffsbestimmungen, Systematik, gegebenenfalls ICD-Bezug
2 Verbreitung	Angaben zur Häufigkeit: alters- und geschlechtsbezogen, interregional, international, Trend
3 Schweregrad	Angaben zum durchschnittlichen Krankheitsverlauf, zur individuellen Belastung, zu gesellschaftlichen Folgekosten
4 Risikomerkmale	gesicherte Erkenntnisse der Risikofaktorenforschung nach neuestem Stand (interdisziplinärer Ansatz)
5 Denkbare Maßnahmen	mögliche Handlungsansätze zur Verbesserung des gegenwärtigen Zustands, gegliedert nach Prävention, Versorgung, Ausbildung und Forschung

### **Positive Effekte zielorientierter Entscheidungsprozesse:**

Zielorientierung im Gesundheitswesen läßt weitere positive Effekte erwarten:

- ▷ Erhöhung der Transparenz von Entscheidungen;
- ▷ Versachlichung der öffentlichen Diskussion über Politikinhalt;
- ▷ Stärkung der Effektivität durch gemeinsame Ziele in den Sektoren;

▷ Ermöglichung einer Erfolgskontrolle von Programmen und Maßnahmen.

Gerade in der Bundesrepublik Deutschland, wo das Gesundheitswesen stärker als anderswo zergliedert und durch eine Vielzahl teils auseinanderstrebender Entscheidungskompetenzen gekennzeichnet ist, sind übergreifende, gemeinsame Zielvorstellungen aller Beteiligten zugunsten eines effektiven Handelns erforderlich.

Woran liegt es, daß bei uns klar definierte Gesundheitsziele als In-



strument der Politik bisher wohl vereinzelt, nicht aber systematisch eingesetzt wurden?

## **Erfolge zielorientierter Strategien**

Zielorientierte Strategien im Gesundheitswesen sind immer wieder mit Erfolg praktiziert worden. 1966 setzte sich die Weltgesundheitsorganisation zum Ziel, bis zum 31. März 1976 die Pockenübertragung zu beseitigen. Der letzte bekanntgewordene Pockenfall ereignete sich in Somalia im Jahr 1977. Diese „fahrplanmäßige“ globale Ausrottung einer schweren Seuche zeigt, daß es möglich ist, solche selbstgesteckten Ziele auch zu erreichen. Wichtig ist dabei, daß die Verantwortlichen sich zunächst über ihre eigenen Zielvorstellungen klar werden, und daß die darauf ausgerichteten Programme und Maßnahmen nicht nur implementiert, sondern auch einer kontinuierlichen Evaluation unterworfen werden.

Beispiele aus der Bundesrepublik für den Erfolg solchen Handelns sind etwa die Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, die Reduzierung von Arbeitsunfällen oder der Rückgang der sexuell übertragbaren, meldepflichtigen Infektionen.

## **Orientierungsdaten als Entscheidungs- grundlagen**

Wenn zielorientierte Strategien trotz der Erfolge nur selten zur Anwendung kommen, so liegt das nicht zuletzt darin begründet, daß die dafür erforderlichen medizinischen Orientierungsdaten bisher nicht in geeigneter Form zur Verfügung standen. Wenn darüber zu entscheiden ist, welche Gesundheitsprobleme vordringlich einer Lösung näher gebracht werden sollen, benötigt der Entscheidungsträger umfassende Informationen über Häufigkeit, Verteilung, Trend, Risiken und Folgekosten von Krankheiten in der Bevölkerung. Erst auf der Basis solcher Daten kann beurteilt werden, welche

Gesundheitsprobleme der Bevölkerung aktuell einen größeren Handlungsbedarf erfordern als andere. Häufig wird der Eindruck vermittelt, Erkenntnisse dieser Art seien für die Verhältnisse in der Bundesrepublik so gut wie nicht vorhanden. Daß dies keineswegs der Fall ist, zeigt jetzt der materialreiche Bericht der Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ im Auftrag der Ärzte und des Bundesgesundheitsministeriums.

Das Rationalitätsproblem gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse liegt nicht so sehr in einem Informationsmangel begründet, als vielmehr in einer mangelhaften Zugänglichkeit, Überschaubarkeit und Interpretierbarkeit bereits vorhandener Daten und Erkenntnisse. Die beeindruckende Fülle des inzwischen angehäuften gesundheitsrelevanten Wissens steht geradezu, auch im Bereich der Gesundheitspolitik,

## **Gutachten im Buchhandel**

In Kürze erscheint der umfangreiche Abschlußbericht einer im August 1985 eingesetzten wissenschaftlichen Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“, aus dem der nebenstehende Beitrag ein erstes Fazit zieht. Der Buchtitel lautet: Weber, I., Abel, M., Altenhofen, L., Bächer, K., Berg-hof, B., Begmann, K., Flatten, G., Klein, D., Micheelis, W., Müller, P. J.: „**Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen, Fakten, Perspektiven**“. Der Bericht wird herausgegeben von der Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1990, ca. 500 Seiten, ca. 120 Abbildungen, flexibel gebunden, 48 DM. I. W.

im eklatanten Gegensatz zu dessen tatsächlicher Nutzung.

Die Bearbeiter des Projekts gingen daher konsequenterweise von der Prämisse aus, daß es für eine wissenschaftliche Politikberatung nicht primär darauf ankommt, immer bessere und neuere Daten zu gewinnen, sondern daß vielmehr damit begonnen werden muß, bereits vorhandene Informationen zu sichten, sie zusammenzuführen und methodisch sachgerecht zueinander in Beziehung zu setzen, damit sie nach bestimmten Kriterien bewertet werden können.

Das Compendium medizinischer Orientierungsdaten der Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ kann nicht besser sein als die Datenquellen, auf die zurückgegriffen wurde. Die weiterhin bestehende Tatsache einer unbefriedigenden und in vieler Hinsicht verbesserungswürdigen gesundheitsstatistischen Datenglage schmälert aber nicht das Verdienst dieser Pionierarbeit. Sie vermittelt dem Nutzer einen sehr breiten und gleichzeitig differenzierten und quantifizierenden Überblick über die Gesundheitsprobleme unserer Bevölkerung, gegliedert nach den Lebensphasen der Betroffenengruppen.

In annähernd 100 Einzeldarstellungen werden nach einheitlicher Gliederung die wichtigsten Fakten und Kennwerte aus Epidemiologie und Sozialmedizin zusammengeführt und für einen unmittelbaren Vergleich zugänglich.

Mit der Geschäftsstelle des Projekts beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln, lag die Bearbeitung dieses wichtigen Themas bei der Ärzteschaft.

Neben der neunköpfigen Autorengruppe aus Sozialwissenschaftlern und Ärzten des Zentralinstituts waren mehr als hundert Wissenschaftler der verschiedenen medizinischen Fachgebiete als externe Sachverständige und Berater beteiligt.

### Anschrift des Verfassers:

Dr. phil. Ingbert Weber  
Zentralinstitut für die  
kassenärztliche Versorgung  
Herbert-Lewin-Straße 5  
5000 Köln 41