

K. Riedmann  
Robert Koch-Institut, Berlin

# Die historische Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland<sup>1</sup>

## Zusammenfassung

Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist nicht erst zum Ende des gerade vergangenen Jahrhunderts entstanden. Wenn auch die Beispiele aus der älteren Vergangenheit nicht den Ansprüchen an eine GBE heutiger Prägung standhalten, so lohnt sich doch ein Blick auf die lange Entwicklung hin zum ersten Gesundheitsbericht für Deutschland. Eine rege Publikationstätigkeit war bereits kurz nach der deutschen Reichsgründung 1871 zu verzeichnen und gipfelte im ersten "Reichsgesundheitsbericht" von 1907. Sämtliche Publikationen waren zielgruppenorientiert und passten sich den Anforderungen durch die Nutzer an. Missbrauch und Pervertierung des Gesundheitswesens im Dritten Reich führten zu einem tiefen Bruch und verhinderten die Wiederbelebung in der Bundesrepublik. Erst in den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts erfolgte der erfolgreiche Neubeginn für eine moderne GBE, wie sie seit langem gefordert worden war. Zeichen des Erfolges sind zahlreiche Berichte auf unterschiedlichsten politischen Verwaltungsebenen und mit unterschiedlichsten thematischen Schwerpunkten. Vorläufiger Höhepunkt war die Veröffentlichung des ersten Gesundheitsberichts für Deutschland durch das Statistische Bundesamt 1998. Das Robert Koch-Institut, bei dem die Verantwortung für die Fortschreibung des Berichts liegt, wird, wie schon das Kaiserliche Gesundheitsamt, die Bedürfnisse der Nutzer berücksichtigen, um die Produkte der GBE des Bundes zu optimieren.

## Schlüsselwörter

Gesundheitsberichterstattung · Historische Entwicklung

Ende 1998 ist nach mehrjährigen Anstrengungen der erste Gesundheitsbericht für Deutschland [2] erschienen. Publikationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung sind jedoch nicht erst in der heutigen Zeit entstanden. Schon in früherer Zeit wurden in Deutschland unterschiedlichste Arbeiten zu Gesundheitsthemen publiziert, mit besonderem Augenmerk auf die Belange der erwünschten Nutzer. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist natürlich die Entwicklung auf nationaler Ebene von besonderem Interesse. Daher setzt der Rückblick mit der Reichsgründung 1870/71 ein, denn erst ab dieser Zeit war eine gesamtstaatliche Berichterstattung überhaupt möglich.

## Ein viel versprechender Anfang im Kaiserreich

Bereits mit Gründung des Deutschen Reichs 1870/71 lag es im Interesse der Reichsführung, durch eine zentrale Behörde "wirksame Maßregeln zur Abwehr, Bekämpfung von Seuchen, wie überhaupt zur Förderung der Gesundheit" zu treffen [3]. Ihr Aufgabenschwerpunkt lag u. a. auf der "Bearbeitung der medizinischen Statistik und der allgemeinen Gesundheitsberichte" [4]. Mit der Ernennung seines Leiters Ende April 1876 erfolgte die formelle Einrichtung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes. Verfolgt man die Geschichte des Amtes in seinen ersten Jahren, insbesondere den Aspekt der medizinalstatistischen Aufgaben, so drängen sich Parallelen zur heutigen GBE-Diskussion auf. "Es wurde zwar versucht, auch für die zurückliegende Zeit Beobachtungsergebnisse zu

beschaffen, doch stellt sich dasselbe als nach so verschiedenartigen Gesichtspunkten gesammelt heraus, dass für Reichszwecke nur verhältnismäßig wenig damit zu machen war" [4].

Die bis zur Reichsgründung von jedem Bundesstaat eigenständig geführte Gesundheitspolitik verhinderte eine einheitliche Datensammlung und erschwerte in den Anfangsjahren des Kaiserreichs deren Zusammenführung. Wenngleich es bei der Datenbeschaffung damals "nur" um die Statistiken der Erkrankungen und Todesfälle ging, für deren Erstellung man die Einheitlichkeit der Daten einklagte, war doch von Anfang an die Veröffentlichung dieser und weiterer gesundheitsbezogener Daten zur "Förderung der Gesundheit" beabsichtigt. "Um das so gewonnene statistische Zahlenmaterial sowie auch sonst geeignete Beobachtungen des Gesundheitsamtes weiteren Kreisen zugänglich zu machen, wurde eine eigene Wochenschrift ins Leben gerufen. Dieselbe erscheint unter dem Titel "Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes" seit Anfang des Jahres 1877" [4].

Da zielgerichtet, nämlich die allgemeine Gesundheitsförderung beabsichtigend, und um Akzeptanz bemüht, hat man sich auch schon in jenen Jahren mit

---

<sup>1</sup>Der vorliegende Beitrag basiert auf einem Kapitel der Dissertation des Autors [1].

---

Dr. Klaus Riedmann  
Robert Koch-Institut,  
FG Gesundheitsberichterstattung,  
Postfach 650280, 13302 Berlin

K. Riedmann

## The historical development of health reporting in Germany

### Abstract

Health reporting did not originate at the end of the just bygone century. Although examples of health reports from the longer past are not up to the required standards of a modern health reporting system, a look at the long development from the beginnings up to the publishing of the first Health Report for Germany can be rewarding. The foundation of the German Empire in 1871 was also the beginning of a very lively activity of publishing health related material, culminating in the first “Health Report for the German Empire” in 1907. All publications were orientated to different target groups and adapted to the needs of their readership. The abuse and perversion of the health system during the Third Reich lead to a deep break and thus prevented a revival of health reporting in the Federal Republic of Germany. It was only in the eighties of the 20<sup>th</sup> century that modern health reporting, demanded for a long time, has been revived successfully. Numerous reports on different levels of political administration and with various focal points are the visible signs of this success. The temporary peak of this development had been reached in 1998 with the publication of the first Health Report for Germany by the Federal Office of Statistics. The Robert Koch-Institute, being responsible for the continuation of the Report, will – as exemplified by the Imperial Health Office – take the readers’ needs into account to optimize the products of the Federal Health Reporting System.

### Keywords

Health reporting · Historical development

dem Nutzerkreis und den Nutzererwartungen auseinandergesetzt. Bereits 1885 erfolgte eine Umgestaltung dieser Wochenschrift. Man wählte ein “handlicheres Format”, schränkte die “bloß ziffermäßigen Mitteilungen” ein und schuf somit den “Raum für eine Erweiterung des Textes”. Schließlich konnte man 1886 von einem “im Zunehmen begriffenen, nicht geringen Leserkreis” berichten [4]. Hieraus wird klar ersichtlich, dass bereits damals eine klare Verbindung zwischen leserfreundlicher Gestaltung und Akzeptanz der Publikation erkannt und danach gehandelt wurde.

Inhaltlich umfasste diese Wochenschrift folgende Bereiche:

“Nachrichten über den Gesundheitszustand und den Gang der Seuchen, sowie über zeitweilige Maßregeln zur Abwehr und Unterdrückung von Seuchen unter Menschen und Tieren, meteorologische Notizen, Gesetze und allgemeine Verwaltungs=Anordnungen auf dem Gebiete des Sanitäts- und Veterinärwesens, wichtigere gerichtliche Entscheidungen, Nachrichten über Veranstaltungen zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, ferner über Kongresse, Verhandlungen gesetzgebender Körperschaften u. dgl., endlich ein Verzeichniß der dem Gesundheitsamt überwiesenen literarischen Neuheiten.“ [4].

Diese Aufzählung spiegelt in etwa das inhaltliche Spektrum der heute vergleichbaren Wochenpublikation des Robert Koch-Instituts, des “Epidemiologischen Bulletin”, wider, wobei in letzterem die veterinärmedizinischen Aspekte unberücksichtigt bleiben. Die Aufgabenbereiche des Kaiserlichen Gesundheitsamtes wuchsen in den Folgejahren stark an und glichen bald denen des späteren Bundesgesundheitsamtes – und im Zuge dessen Auflösung seiner Nachfolgeinstitute. Es ist erstaunlich, dass bereits damals der Berichterstellung und den Publikationen eine Bedeutung beigemessen wurde, wie sie erst wieder seit dem Ende der 80er-Jahre des 20. Jahrhunderts festzustellen ist. Ebenso auffällig ist das starke Augenmerk, das schon vor nahezu 120 Jahren dem Nutzerkreis dieser Publikationen zuteil wurde. Denn wenngleich es unbestreitbar wichtig ist, Informationen zu sammeln und auszuwerten, geschieht dies letztlich nicht um der Information selbst willen, sondern immer in Hinblick auf eine erwünschte Handlung, also zielgerichtet. Bevor man aber einen potenti-

ellen Akteur, also den Nutzer, mittels einer vom Sender übermittelten Information zu einer erwünschten Handlung bringen kann, bedarf es der nutzergerechten inhaltlichen und formalen Aufbereitung dieser Information. Diese Einsicht scheint in der neueren GBE-Diskussion, trotz Einforderung von “data for action”, erst relativ spät und inkonsequent ihren Niederschlag gefunden zu haben, obgleich die Vorgänger durch ihr eigenes Handeln frühzeitig besseres demonstriert haben.<sup>2</sup>

***“Es ist erstaunlich, welche große Bedeutung bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts der Berichterstellung und den Publikationen von Gesundheitsdaten beigemessen wurde.”***

Ein weiterer Schritt in Hinblick auf eine nutzeradäquate Publikation, mit dem Ziel der “praktischen Verwertung wissenschaftlicher Lehren” unternahm das Kaiserliche Gesundheitsamt mit der Herausgabe des kostenpflichtigen “Gesundheitsbüchleins” im Jahre 1894 [5], das sich als “Beitrag zur Förderung der Volkswohlfahrt” verstanden wissen wollte. Die darin ausgesprochene Überzeugung, dass man “bei jedem Gebilden ein gewisses Maß von Kenntnissen auf dem Gebiete der Gesundheitslehre und -pflege voraussetzen” dürfe, stellt zwar schon die Korrelation von Gesundheitsbewusstsein und sozialer Stellung fest, die Vorstellung einer Gesundheitserziehung jedoch, nämlich “dass allmählich der Unterricht in den höheren Schulen und in den Seminaren sich hierauf (d. h. die Gebiete der Gesundheitslehre und -pflege, A. d. V.) erstrecke”, ist leider im Bereich der Utopie versandet bzw. als idealisierte Forderung unserer Zeit im Zeichen verknappter Finanzressourcen zwar erwünschtes aber unrealisierbares Unterfangen zu den Akten gelegt worden.

Die Vorbemerkungen der Verfasser des “Gesundheitsbüchleins” demons-

<sup>2</sup>Die Berücksichtigung von Aspekten der Rezeption in den theoretischen Arbeiten zur GBE wird ausführlich dargestellt in [1], S.28–65.

trieren in zweifacher Hinsicht die Berücksichtigung unterschiedlicher Arten von Vorwissen bei den Nutzergruppen. Zum einen äußern sie sich dahingehend, dass sie sich bei der Produktion von entsprechenden Überlegungen haben leiten lassen. Zum anderen wird durch das "Gesundheitsbüchlein" selbst dokumentiert, dass für unterschiedliche Zielgruppen unterschiedliche Publikationen gewählt wurden. Dass sie den Nutzerkreis und dessen Erwartungen richtig antizipiert haben, denn von einer vorherigen Marktanalyse kann wohl nicht ausgegangen werden, zeigen die hohen Auflagenzahlen. Das "Gesundheitsbüchlein" erschien 1912 bereits in der 15. Auflage. Dem Bemühen des Gesundheitsamtes um Gesundheitsaufklärung, wie es heute von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und anderen Bundesinstitutionen meist als Reaktion auf aktuelle Probleme und nicht in umfassender Weise unternommen wird, war eine große Resonanz beschieden.

***"Der erste "Reichsgesundheitsbericht" von 1907 stellte eine umfassende Darstellung des Deutschen Reichs unter sozialmedizinischen und soziodemographischen Gesichtspunkten dar."***

Die zu Beginn beklagte Uneinheitlichkeit der Daten ist im Laufe der Jahre beseitigt worden, denn bereits um die Jahrhundertwende gab es in Deutschland ein hochentwickeltes Berichtswesen über den Gesundheitsbereich. Die Festschrift "Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung" [3], die im Jahr 1907 vom Kaiserlichen Gesundheitsamt und vom Kaiserlichen Statistischen Amt als Gemeinschaftsveröffentlichung herausgegeben wurde, ist ein beispielhaftes Dokument, das belegt, wie frühzeitig die Notwendigkeit gesehen wurde, gesundheitspolitisches Handeln durch statistische Informationen zu untermauern. Dieser erste "Reichsgesundheitsbericht" stellt eine umfassende Darstellung des Deutschen Reichs unter sozialmedizinischen und soziodemographischen Gesichtspunkten dar und diente der Selbstdarstellung für die Teilnehmer am 14. In-

ternationalen Kongress für Hygiene und Demographie, der im gleichen Jahr in Berlin stattfand. Obgleich diese Publikation keine Folgewerke zeitige und heutigen Anforderungen an eine nationale GBE nicht standhält, ist sie als erster umfassender Gesundheitsbericht doch erwähnenswert, da sie zum einen eine gelungene Zusammenarbeit der beiden Reichsoberbehörden Kaiserliches Gesundheitsamt und Kaiserliches Statistisches Amt bezeugt und das breite Aufgabenspektrum des Gesundheitsamtes veranschaulicht, das zu jener Zeit in der Tat als ein "Vermittlungsorgan zwischen der reinen Wissenschaft und dem öffentlichen Leben" fungierte, im Sinne einer sowohl in Form und Inhalt tatsächlich nutzerorientierten Informationsvermittlung und nicht -übermittlung.

### **Missbrauch und Ende im Dritten Reich**

Trotz der Publikationsvielfalt und des hohen Zielgruppenbewusstseins der Gesundheitsbehörde befand und befindet sich die Bundesrepublik Deutschland gegenüber anderen entwickelten Industrieländern heute im Rückstand.

"Dieses Defizit findet seinen wesentlichen Grund darin, dass die Sozialmedizin und Epidemiologie – seit dem 19. Jahrhundert unter führender Beteiligung deutscher Wissenschaftler entwickelt – als Mutterdisziplinen in zweierlei Hinsicht Opfer politischer Indienstnahme wurden: Zum einen fielen sie in Deutschland einer die Gesundheitspolitik zielführenden Gesundheitsberichterstattung zum Opfer, die von ideologischer und rassistischer Verfolgung durch den Faschismus geprägt war. Zum geringeren Teil wurden die beiden Disziplinen als Instrument von Ausgrenzungspolitik pervertiert in Dienst genommen und dadurch diskreditiert. Die wissenschaftliche Beratung in der Gesundheitspolitik, wo sie denn überhaupt erfolgte, kam in der Bundesrepublik für Jahrzehnte von der in die entstandene Lücke tretenden Klinischen Medizin. Dadurch konnte sich bei Publikum und Politikern die Fehlsicht verdichten, Gesundheitspolitik erschöpfe sich in der Steuerung und Finanzierung der Summe der je individuellen Krankenbehandlungsfälle." ([6], S. 324).

Dieser Missbrauch während des Dritten Reichs mag verständlich machen,

weshalb man in der Nachkriegszeit nicht an die traditionsreiche Berichterstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) angeknüpft hat.<sup>3</sup>

### **Von der Nachkriegszeit bis zu den 70er-Jahren – Daten ohne Ziele**

Wie schon zuvor, kamen auch nun die Anstöße zur Neubelebung des Themas vor allem aus der politischen Ebene (vgl. hierzu auch [9]), wenngleich die Forderungen nach einer GBE auf Bundesebene nicht neu sind (vgl. hierzu [10]). Schon in der Regierungserklärung der Bundesregierung 1969 wird eine verbesserte Aufklärung zur Lage der Gesundheit in der Bundesrepublik angekündigt.<sup>4</sup> Im darauffolgenden Jahr erfolgt die Herausgabe eines analytisch angelegten Berichts zu den gesundheitlichen Entwicklungen in der deutschen Bevölkerung einschließlich eines entsprechenden internationalen Vergleichs durch die Bundesregierung<sup>5</sup>, der in dieser Form in den folgenden Jahren allerdings nicht fortgeführt wurde. Seit 1977 erscheinen die "Daten des Gesundheitswesens" (Bundesministerium für Gesundheit 1995 und 1997)<sup>6</sup>, ein vom damaligen Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit herausgegebenes Zahlenwerk, zu dem das Statistische Bundesamt umfangreiche Beiträge liefert. "Es ist in Teilausschnitten informativ, reicht nach allgemeiner Auffassung für eine umfassende Aussage aber nicht aus" [10].

<sup>3</sup>Zur Rolle des Reichsgesundheitsamtes und der örtlichen Gesundheitsämter siehe [7] und [8].

<sup>4</sup>Siehe Deutscher Bundestag, 6. Wahlperiode, 5. Sitzung, 28. Oktober 1969.

<sup>5</sup>Siehe Deutscher Bundestag, Drucksache VI/1667, S. 1-196.

<sup>6</sup>Vgl. hierzu [11]: In dieser 10. Auflage, die lediglich Statistiken und Tabellen umfasst, richtet sich der Bundesminister für Gesundheit in seinem Vorwort an den einzelnen Bürger, der verantwortungsbewusst zu einem mündigen, gesundheitsbewussten Handeln gelangen soll. Wenngleich die Vorstellung einer Nutzung dieses Werks durch den einzelnen Bürger illusorisch ist, erkennt der Minister doch "trotz der Fülle von Daten zum Krankheitsgeschehen" die "weißen Flecken" in bezug auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Vgl. auch [12].

## Der Neubeginn in den 80er-Jahren

Die verstärkte Forderung nach Entwicklung einer GBE in den 80er-Jahren hat verschiedene Ursachen. Angesichts der von ihnen geforderten Entscheidungen sahen sich die Landesregierungen fehlenden Informationsmöglichkeiten gegenüber. Gemäß der Verfassung sind die Länder aber die wesentlichen Akteure der Gesundheitspolitik. Durch die Inaktivität des Bundes in den wichtigen zur Reform anstehenden Fragen des Gesundheitssektors in den 80er-Jahren verstärkte sich der Druck auf die Länder zusätzlich [13].

Auch internationale Entwicklungen hatten ihre Konsequenzen auf die bundesdeutsche Entwicklung:

“Einen international wichtigen Anstoß gaben die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit Beginn der 80er-Jahre europaweit proklamierten Gesundheitsziele [14], die zugleich von den Mitgliedsstaaten den Aufbau einer nationalen Berichterstattung fordern, die geeignet sind, darzustellen, inwieweit die Mitgliedsländer sich den proklamierten Gesundheitszielen tatsächlich im Beobachtungszeitraum nähern. Die Idee nationaler Gesundheitsziele wurde zuerst in den 70er-Jahren in den USA propagiert [15, 16, 17]. Modifizierte Vorarbeiten sind inzwischen auch in der Bundesrepublik geleistet worden; hervorzuheben ist die Arbeit der Projektgruppe “Prioritäre Gesundheitsziele” (1990)” ([18], S. 23–24).

Trojan/Legewie [19] führen die Ursprünge der GBE in der jüngeren Zeit auch auf die kommunale bzw. städtische Ebene zurück, im Zusammenhang mit dem Beginn des Healthy-Cities-Projektes der WHO (vergl. hierzu [20, 21, 22] und verschiedener Publikationen zur kommunalen Gesundheitsplanung. Im Bereich der kommunalen Gesundheitsplanung geht es primär um Planungsdaten für eine effektive und effiziente Krankenversorgung. Im Gesunde-Städte-Projekt geht es hingegen um Informationsgrundlagen für eine “gesundheitsfördernde Gesamtpolitik”, d. h. Möglichkeiten des Gesundheitsbereichs, vor allem des ÖGD, auf die Gesundheitsverträglichkeit öffentlichen Handelns in anderen Politiksektoren einzuwirken. Von der kommunalen GBE, wie sie mit begleitender Forschung exemplarisch in

den Modellregionen Köln, Kronach und Osnabrück entwickelt wurde, gingen entscheidende Impulse für die weitere Diskussion auf Bundes- und Landesebene aus. Eine parlamentarische Anfrage im Bundestag zur Effizienz des deutschen Gesundheitswesens im Jahr 1985 brachte dann letztendlich Bewegung in die Neubelebung der GBE.

### ***“Im Zentrum der aktuellen GBE auf Bundesebene stehen Gesundheitsberichte, entweder als themenbezogene Spezialberichte oder als Basisbericht mit standardisierten Indikatoren.”***

In seinem ersten Gutachten hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [23] den verfügbaren Datenbestand der Bundesrepublik unter methodischen wie inhaltlichen Gesichtspunkten einer kritischen Bewertung unterzogen, mit dem Ergebnis, dass das bis in die 80er-Jahre in der Bundesrepublik einheitlich installierte Berichtswesen (Jahresgesundheitsberichte der Länder, unregelmäßig auch des Bundes) offenbar eine Reihe von Defiziten aufwies [18]. Daraufhin erklärte die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dass die Datenlage des deutschen Gesundheitswesens verbessert werden müsse. Nicht zuletzt die Empfehlungen des Sachverständigenrates führten zu einer von 1988 bis 1990 durchgeführten umfangreichen Bestandsaufnahme und Bewertung sämtlicher Datenquellen der Bundesrepublik Deutschland mit Bezug zum Gesundheitswesen. Im Rahmen des Programms “Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit” wurde auf Bundesebene eine Forschungsgruppe mit dem Projekt “Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung – Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag” beauftragt [10]. Die Forschungsgruppe, in der elf Institutionen bzw. Personen, u. a. auch das Statistische Bundesamt, zusammenarbeiteten, legte Anfang 1989 einen drei Bände und über 1600 Seiten umfassenden Schlussbericht [24] vor. Er bildete die Grundlage für das im Oktober 1992 unter der Federführung des Statistischen Bundesamtes auf fünf Jahre angelegte Vorhaben, das zum Ziel hat, eine

nationale GBE aufzubauen, d. h. ein umfassendes und geschlossenes Berichtssystem in drei Arbeitsbereichen zu entwickeln, die folgende Nutzeranforderungen erfüllen sollen.

### **Neuanforderungen**

- ▶ In regelmäßig erscheinenden Basisgesundheitsberichten soll über Themen und Zusammenhänge von allgemeinem Interesse berichtet werden. Im Vordergrund stehen dabei die gesundheitliche Lage, Krankheiten, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken, Ressourcen, Leistungen, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.
- ▶ Spezialberichte sind als Ergänzung des Basisberichts gedacht und greifen Themen von speziellem Interesse auf, über die nicht regelmäßig berichtet werden muss und kann.
- ▶ Ein Informations- und Dokumentationszentrum “Gesundheitsdaten” (IDG) soll als Serviceeinrichtung alle datentechnischen Nutzeranforderungen erfüllen ([25], S. 155).

Im Zentrum der aktuellen GBE auf Bundesebene stehen also Gesundheitsberichte. Diese sind entweder themenbezogene Spezialberichte, die sich zielgruppenorientiert bestimmten Bevölkerungsgruppen zuwenden sollen bzw. politikfeldorientiert sind, oder Basisberichte mit standardisierten und damit vergleichbaren Indikatoren [26].

### **Gesetzliche Verankerung**

Ein Zeichen dafür, welchen Stellenwert die GBE heute im gesundheitspolitischen Sektor hat und wie man der Bedeutung, die ihr zukommt, Rechnung trägt, stellt ihre allmähliche Verankerung, zumindest auf Länderebene, in vielen Gesetzen und Gesetzesentwürfen zum ÖGD dar. Die Tabelle 1 mag einen ersten Eindruck vermitteln. Doch nicht nur die Länder erkennen die Bedeutung der GBE und sehen sie als bedeutende Aufgabe des ÖGD. Auch die enormen Anstrengungen des Bundes, wie sie zuvor beschrieben wurden, zeugen von der Einsicht in die Notwendigkeit eines zielgeleiteten und zielgruppenorientierten kontinuierlichen Berichterstattungssystems.

Tabelle 1

**Übersicht über die gesetzliche Verankerung der GBE in den Bundesländern**

Bundesland	Gesetz/Entwurf	Paragraph/Artikel
Baden-Württemberg	Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG vom 12.12.1994	§ 1, § 11 <sup>7</sup>
Bayern	Gesundheitsdienstgesetz – GDG vom 12.7.1986	-
Berlin	Gesundheitsdienst-Gesetz – GDG vom 4.8.1994	§ 1, § 5, § 20, § 30
Brandenburg	Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG vom 3.6.1994	§ 1, § 15
Bremen	Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG vom 27.3.1995	§ 1, § 2, § 9, § 10, § 12
Hamburg	GVG <sup>8</sup> vom 3.7.1934; Eckwerte	Pkt. 4.2.1; 4.2.2; 4.2.3
Hessen	GVG vom 3.7.1934	
Mecklenburg-Vorpommern	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern – ÖGDG M-V vom 19.7.1994	§ 1, § 24
Niedersachsen	GVG vom 3.7.1934 – Entwurf	§ 1
Nordrhein-Westfalen	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst – ÖGDG vom 1.1.1998	§ 6, § 7, § 21, § 23, § 24, § 25, § 26, § 27
Rheinland-Pfalz	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst – ÖGDG vom 1.1.1996	§ 1, § 5, § 10
Saarland	GVG vom 3.7.1934	
Sachsen	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen – SächsGDG vom 11.12.1991	§ 1, § 7
Sachsen-Anhalt	Gesundheitsdienstgesetz – GDG LSA vom 23.10.1997	§ 1, § 11, § 12
Schleswig-Holstein	Gesundheitsdienst-Gesetz – GDG vom 26.3.1979	§ 6
Thüringen	Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8.8.1990	§ 1, § 8

<sup>7</sup>Die Paragraphen, die explizit die Gesundheitsberichterstattung benennen, sind fett gedruckt. Nicht fett gedruckte Paragraphen beinhalten indirekte Formulierungen.

<sup>8</sup>In diesen Bundesländern gilt offiziell noch das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens – GVG vom 3.7.1934 mit den drei Durchführungsverordnungen aus dem Jahr 1935; manche Länder haben aber Gesetzesentwürfe, die in dieser Übersicht gleichfalls berücksichtigt wurden.

(Quelle: eigene Auswertung)

**Weitere Arten der Gesundheitsberichterstattung**

Neben der hier erwähnten GBE auf Bundesebene gibt es – man möchte fast meinen “back to the roots” – wieder eine Vielfalt an Publikationen durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie die im Gesundheitsbereich angesiedelten Bundesbehörden. Abschließend und der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle auf weitere Formen der GBE hingewiesen. Im Bereich unterschiedlicher politischer Verwaltungseinheiten wären hier die GBE in Städten und Regionen [27] oder regionale GBE [28] zu nennen oder auch die Stadtteilberichterstattung [29]. Zwar von nationalem Interesse,

aber den Rahmen dieser Arbeit sprengend, ist die GBE auf der Ebene der EU [30, 31, 32]. Im Bereich unterschiedlicher sozialen Gruppen sollen hier stellvertretend die frauenspezifische GBE [33] die Kinder- und Jugendberichterstattung [34] sowie die GBE auf betrieblicher Ebene [35] genannt werden. Eine Akzentuierung der thematischen Grundlagen von GBE stellt die umweltbezogene GBE [36] dar, die natürlich auch im Bereich der nationalen GBE als Teilthema ihren Niederschlag findet und somit gleichfalls im Schlussbericht der Forschungsgruppe GBE [24] berücksichtigt wurde.

Daneben haben auch viele der am öffentlichen Gesundheitssystem beteiligten Institutionen eine interne Bericht-

erstattung aufgebaut, auf deren Datenbestände bei der Erstellung des nationalen Gesundheitsberichts zurückgegriffen werden muss. Diese Datenbestände werden ebenfalls ausführlich in o. g. Endbericht begutachtet.

**Abschließende Bemerkungen**

Der historische Rückblick in die Entstehungsgeschichte der GBE hat gezeigt, dass bereits im Deutschen Kaiserreich ein vielfältiges Berichtswesen vorhanden war. Bedingt durch den Missbrauch des Gesundheitswesens im Nationalsozialismus fand diese Tradition in der Nachkriegszeit keine Fortsetzung. Erst in den 80er-Jahren, als der Mangel an zuverlässigen Informationen offensichtlich wurde, erfolgte eine politisch forcierte Neubelebung der GBE auf allen Ebenen, zumal sich die Erkenntnis durchgesetzt hatte, dass eine rationale Gesundheitspolitik für ihre Planung zuverlässige medizinische und ökonomische Daten benötigt.

Die Bemühungen um eine GBE umfassen ein breites Spektrum an themenbezogener Berichterstattung, eine zunehmende gesetzliche Verankerung der GBE in den Gesundheitsgesetzgebungen der Länder, ein vielfältiges Berichtswesen auf regionaler und kommunaler Ebene sowie gemeinsame Anstrengungen der Länder und des Bundes, in absehbarer Zeit eine aussagekräftige und handlungsorientierte nationale GBE bereitzustellen. Deren Konzeption wurde im umfangreichen Schlussbericht der Forschungsgruppe GBE (1990) detailliert vorgestellt. Auch die theoretische Literatur verzeichnet seit der Neubelebung eine kaum überschaubare Publikationstätigkeit auf diesem Gebiet.

**“Eine rationale Gesundheitspolitik benötigt für ihre Planung zuverlässige medizinische und ökonomische Daten.”**

Während die GBE des Kaiserreichs nicht unbedingt den heutigen Ansprüchen genügt, so ist dennoch erstaunlich, in welcher Art und Weise bereits die Rezeption der Berichterstattung gewürdigt wurde. Wenngleich es keine theoretischen Arbeiten aus jener Zeit diesbezüg-

lich gibt, so kann man aus den Ausführungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes durchaus schließen, dass man von einer Rezipientenvielfalt auszugehen hatte, deren unterschiedliche Ansprüche entsprechend ihres Vorwissens durch formale und inhaltliche Ausdifferenzierung der Publikationen Berücksichtigung fanden. Man versuchte, den Ansprüchen verschiedene Publikationen entsprechen zu lassen, um auf der Basis einer erleichterten Rezeption auch die tatsächliche Nutzung, d. h. Umsetzung der Information folgen zu lassen.

Die Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte wie der Handlichkeit des Formats oder der Reduzierung der Statistiken zeugen von dem Bemühen um eine leserfreundliche Gestaltung der Publikationen und somit auch von der Einsicht, dass diese Aspekte die Akzeptanz des Produkts und damit wiederum die Rezeption und Nutzung begünstigen.

Diesen Gedanken fühlt sich auch das Robert Koch-Institut verpflichtet, bei dem nun die Verantwortung für die Fortschreibung des Gesundheitsberichts für Deutschland und die Weiterentwicklung der GBE des Bundes liegt. Um die inhaltlichen und auch formalen Erwartungen der Nutzer an die Berichterstattung kennen zu lernen, ist die Evaluation Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung. Bereits bei der Verteilung des ersten Gesundheitsberichts wurden Kurzfragebögen beigelegt, die erste Aussagen über den Nutzerkreis zulassen. Erste Ergebnisse dieser Befragung sind in dieser Ausgabe des Bundesgesundheitsblattes veröffentlicht. Auch zukünftig wird auf die Reaktion der Nutzer Wert gelegt, denn nur unter Berücksichtigung des tatsächlichen Bedarfs können die Produkte der GBE inhaltlich und formal optimiert werden.

## Literatur

- Riedmann K (1998) Rezeptionsorientierte Analyse der nationalen Gesundheitsberichterstattung. Dissertation. Berlin: Freie Universität
- Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Metzler-Poeschel, Stuttgart
- Kaiserliches Gesundheitsamt; Kaiserliches Statistisches Amt, (1907) Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung. von Puttkammer & Mühlbrecht, Berlin
- Kaiserliches Gesundheitsamt (1886) Das kaiserliche Gesundheitsamt. Springer, Berlin, S 4–5
- Kaiserliches Gesundheitsamt (1912) Gesundheitsbüchlein. 15. Aufl. Springer, Berlin
- Rosenbrock R (1993) Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg) Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz, Weinheim; S 317–346
- Stürzbecher M (1989) Reichsgesundheitsamt und örtliche Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Bundesgesundhbl 32:25–27
- Labisch A, Tennstedt F (1985) Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (13,1.2), Düsseldorf, Eigenverlag
- Brecht JG (1991) Gesundheitsberichterstattung (Einführung). Öff Gesundh Wes 53:553–556
- Hoffmann U (1993) Zum Aufbau einer nationalen Gesundheitsberichterstattung. Wirtschaft und Statistik 1:33–42
- Bundesministerium für Gesundheit (1995) Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1995. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 51. Nomos, Baden-Baden
- Bundesministerium für Gesundheit (1997) Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1997. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 91. Nomos, Baden-Baden
- Schräder WF (1994) Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in den Ländern. Public Health Forum 5:8
- WHO (1985) Einzelziele für "Gesundheit 2000". WHO, Eigenverlag, Kopenhagen
- McGinnes JM (1985) Setting nationwide objectives in disease prevention and health promotion: The United States experience. In: Holland WW, Detels R, Knox G (Hrsg) Oxford Textbook of Public Health, Vol. 3. Oxford New York Toronto, S 385–401
- Brennecke R (1994) Aufgaben und Probleme der nationalen Gesundheitsberichterstattung. Gesundh Wes 56:509–514
- Brennecke R (1996) Aufgaben und Probleme der Nationalen Gesundheitsberichterstattung. In: Murza G, Hurrelmann K (Hrsg) Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Juventa, Weinheim München, S 248–256
- Schwartz FW, Hofmann W (1995) Gesundheitsberichterstattung. In: Deutsche Forschungsgemeinschaft: Gesundheitssystemforschung in Deutschland. VCH, Weinheim, S 23–30
- Trojan A, Legewie H (1994) Gesundheitsberichterstattung und Public Health. Public Health Forum 5:5–6
- Conrad G (1993) Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO. Ziele, Entwicklungen und Ergebnisse. In: Pelikan J, Demmer H, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Juventa, Weinheim München, S 62–73
- Duhl LJ, Drake JE (1995) Healthy Cities: a systemic view of health. Current Issues in Public Health 1:105–109
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1995) Leitbild Gesunde Stadt. Von der Vision zur Wirklichkeit. Gesunde Städte-Sekretariat, Eigenverlag, Hamburg
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987) Medizinische und ökonomische Orientierung – Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1987. Nomos, Baden-Baden
- Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (1990) Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung – Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag. Im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie. Endbericht. 3 Bde. Asgard, Sankt Augustin
- Kern KD, Kniesche AR, Schröder WF (1994) Innovationsorientierte Gesundheitsberichterstattung in Rheinland-Pfalz – zur Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung auf Länderebene. Gesundh Wes 56:155–158
- Renn H, Thiele W (1995) Gesundheitsförderung durch Gesundheitsberichterstattung. Prävention 2:35–37
- Streich W, Meier B, Borgers D (1996) Gesundheitsberichterstattung in Städten und Regionen – Ergebnisse eines Modellversuchs in Brandenburg und Nordrhein-Westfalen. Gesundh Wes 58, Sonderheft 2:110–114
- Murza G, Hurrelmann K (1996) Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Juventa, Weinheim München
- Trojan A, Stumm B, Süß W (1994) Stadtteilberichterstattung. Gesundheitsförderungskonferenz Hamburg, Jahresheft, 42–44, Eigenverlag van Eimeren W, John J (1994) Auf dem Weg zu einer europäischen Gesundheitsberichterstattung – Ansatzpunkte und Entwicklungsperspektiven. Gesundh Wes 56:515–525
- van Eimeren W, John J (1996) Auf dem Weg zu einer Gesundheitsberichterstattung für die Europäische Union. Ein Sachstandsbericht. In: Murza G, Hurrelmann K (Hrsg) Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Juventa, Weinheim München, S 257–289
- Schneider M (1993) Gesundheitsberichterstattung – ein Anwendungsfeld europäischer Gesundheitspolitik. Zeitschrift für Sozialreform 8:495–521
- Borgers D (1995) Berücksichtigung frauenspezifischer Gesundheitsprobleme in der Gesundheitsberichterstattung. Die Konzeption der Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Bundesgesundhbl 38:52–55
- Zimmermann I, Albot M, Kellerhof M, Brand H (1995) Gesundheitspolitische Ziele in der Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung – Evaluation in Form einer Zwischenbilanz. Gesundh Wes 57:161–164
- Laaser U, Schwartz FW (1992) Gesundheitsberichterstattung und Public Health in Deutschland. Springer, Berlin
- Schäfer T, Wachtel HW (1989) Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung – Planungsstudie. Asgard, Sankt Augustin