Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2006-2007)

Heft: 96

Buchbesprechung: Gesundheitsberichterstattung und Surveillance : Messen, Entscheiden und Handeln [Ralf Reintjes, Silvia Klein]

Autor: Wettstein, A.

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Buchbesprechung von A. Wettstein

Daten für Taten

«Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden und Handeln»
von Ralf Reintjes / Silvia Klein (Hrsg.)
234 Seiten, 28 Abbildungen, 16 Tabellen, kartoniert, Sfr. 48.90
© Verlag Hans Huber, Bern, 2007

Aus aktuellem Anlass habe ich das Buch mit grossem Interesse gelesen: Der Stadtrat hat einen Gesundheitsbericht für die Stadt Zürich in Auftrag gegeben, als Mittel zur Begleitevaluation der städtischen Gesundheitsförderung, die einen Teil der Legislaturziele 4 und 5 darstellt. Wie beabsichtigt ist die Lektüre sehr hilfreich für Personen, die Gesundheitsberichte planen und beurteilen müssen. Darüber hinaus ist das Büchlein hilfreich zur Beurteilung vorliegender Berichte und zur Einordnung ihrer Wichtigkeit.
Als gutes Beispiel für den Nutzen des Büchleins für alle an der öffentlichen Gesundheit und deren Beschreibung Interessierten - dies dürfte etwa der Zielgruppe der Intercura-Lesenden entsprechen - folgt hier ein Abdruck des ersten Kapitels des Buches, die Beschreibung der Geschichte der Gesundheits-Berichterstattung. Dies wird erleichtern, den 2008 erscheinenden, ersten Zürcher Gesundheitsbericht richtig zu bewerten.

Gesundheitsberichterstattung und Surveillance als Grundlagen für Entscheidungsprozesse

Eine bewegte Geschichte
von Ralf Reintjes

Auch wenn die Begriffe Gesundheitsberichterstattung (GBE) und Surveillance im deutschen Sprachgebrauch recht neu erscheinen, haben sich die Konzepte über lange Zeit entwickelt und sind seit Jahrhunderten die Grundlage präventiven Handelns im Gesundheitsschutz. Unter anderem wird der Frage nachgegangen, wie es zu den heutigen Strukturen der GBE und Surveillance gekommen ist. Einige wichtige Eckpunkte der Geschichte sollen verdeutli-

chen, dass die systematische Weiterentwicklung von Konzepten zur Bearbeitung aktueller bevölkerungsmedizinischer Probleme unersetzlich ist.
Die Ursprünge der GBE sind eng mit der Seuchenbekämpfung verbunden. Die Seuchenabwehr ist eine der wesentlichen Wurzeln der öffentlichen Gesundheit zur Wahrung der öffentlichen und ökonomischen Belange (Labisch 1992). Das Konzept, sowohl Mortalitäts- als auch Morbiditätsdaten als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu verwenden, entstand in Europa vor ca. 600 Jahren mit dem Aufkommen der wissenschaftlichen Denkweise während der Renaissance. Bereits im 14. Jahrhundert wird beschrieben, dass Präventionsmassnahmen auf der Basis entsprechender Beobachtungen unternommen wurden. In der venezianischen Republik wurden beispielsweise um 1348 im Zusammenhang mit der Pest "Wächter des öffentlichen Gesundheitsschutzes" ernannt. Ihre Aufgabe war es, ankommende Schiffe auf infizierte Personen zu untersuchen und gegebenenfalls das gesamte Schiff unter Quarantäne zu stellen (Eylenbosch/Noah 1988). Das einfache Verfahren der regelmässigen Inspektion führte zu den ersten präventivmedizinischen Massnahmen einer europäischen Regierung (Moro/McCormic 1988).

Die Registrierung von Mortalitätsdaten erlangte ab dem 16. Jahrhundert eine weite Verbreitung. In vielen europäischen Städten wurden Berichte über Sterbeereignisse erhoben. So wurden um 1530 in London bereits die ersten Todesbescheinigungen erstellt, Für wissenschaftliche Zwecke wurden entsprechende Daten jedoch erst ca. 100 Jahre später verwendet (Eylenbosch/Noah 1988).

Eines der ersten Beispiele dessen, was man heute unter Surveillance versteht, war die Beobachtung der Pest in London im 17. Jahrhundert. Die Küster der Kirchengemeinden Londons berichteten wöchentlich über die Zahl der Beerdigungen und die zugrunde liegenden Todesursachen. Diese Daten wurden verwendet, um Informationen über das Ausmass der Pest in der gesamten Stadt zu gewinnen. Als wöchentlicher *Bill of Mortality* erreichten die Daten diejenigen, die sie für die Durchführung von Massnahmen verwenden konnten (z.B. Bürgermeister). Erstmals standen also nicht mehr, wie etwa bei Quarantänemassnahmen, einzelne Menschen unter Beobachtung, sondern die Verbreitung einer Krank-

heit. Diese frühe Form eines Surveillance-Systems zeigt bereits die entscheidenden Prinzipien der GBE und Surveillance, die noch heute Anwendung finden: Datensammlung und -analyse, Interpretation zur Informationsgewinnung und Verbreitung dieser Informationen für Handlungsempfehlungen (Declich 1994). Detaillierte Analysen der Wochenberichte wurden in England erstmals durch John Graunt erstellt. Er war Mitte des 17. Jahrhunderts der Erste, der die Bevölkerungszahl Londons sowie die Mortalitätszahlen und -raten einzelner Erkrankungen berechnete. John Graunt quantifizierte das Vorkommen von Erkrankungen und verstand es, numerische Daten einer Bevölkerung zum Studium von Erkrankungen zu nutzen (Eylenbosch/Noah 1988). In Deutschland begründete Johann Peter Süssmilch, Probst in "Cölln an der Spree", die medizinische Statistik durch sein 1741 erschienenes Werk "Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts" (Leven 1997).

Während des 18. Jahrhunderts wurden GBE und Surveillance als integraler Teil der Bevölkerungsmedizin anerkannt. Gleichzeitig verlangten Mirabeau und andere Führer der Französischen Revolution, dass die Gesundheit des Volkes in der Verantwortung des Staates liegen müsse (Anonymus 1976). In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts forderte Johann Peter Frank so genannte "medizinische Topografien" als eine damals allumfassende Form der GBE, die ein Teil des "Systems einer vollständigen medicinischen Policey" in Deutschland sein sollte. (Thacker/Berkelman 1988). Franks umfassende und sehr detaillierte Beschreibungen hatten in seiner Zeit einen deutlichen Einfluss, sowohl in Deutschland und Österreich als auch in Ungarn, Italien, Dänemark und Russland. Seine Forderungen wurden zwar in ihrer Gesamtheit niemals in die Praxis umgesetzt, in ihren Grundzügen aber unter den Zeitgenossen eifrig rezipiert (Leven 1997). Medizinische Topografien wurden frühzeitig als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes definiert. Bereits 1767 hatten Amtsärzte im baden-durlachischen Dekret die Aufgabe, entsprechende Topografien zu erstellen (Wormer 2003).

Zur selben Zeit wurden die Grundlagen der GBE auch in einigen Kolonien in Nordamerika entwickelt. Im Jahre 1743 wurde in Rhode Island ein Gesetz verabschiedet, welches Pocken, Gelbfieber und Cholera als meldepflichtig einstufte (Thacker/Berkelman

1988). In Preussen wurde 1808 im Ministerium des Innern eine Unterabteilung für das Medizinalwesen mit der Sanitätspolizei als Kontrollorgan eingerichtet. Im Jahre 1835 wurde ein Regulativ erlassen, welches beinhaltete, dass jeder Bürger beim Auftreten von ansteckenden Krankheiten Anzeige erstatten musste (Fliescher 1977).

Im Verlaufe des 19. Jahrhunderts entwickelten sich unterschiedliche Bereiche der GBE weiter. Sir Edwin Chadwick war der erste Gesundheitsadministrator in England, der den Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit demonstrierte. In Deutschland zeigte Adolf Gottstein entsprechende Zusammenhänge auf. Als einer der ersten klinischen Epidemiologen lernte er, seine Erfahrungen und Vermutungen durch systematische quantitative Analysen zu prüfen (Labisch 1997). In Grossbritannien führte der Bedarf nach akkuraten und vollständigen Mortalitätsdaten zur Errichtung des *General Register Office* im Jahre 1836 (Galbraith 1982). William Farr wurde zum Leiter der Medizinstatistik. Während seiner Tätigkeit beim *General Register Office* (1838-1879) entwickelte er ein modernes Surveillance-System und gilt als der Begründer des modernen Konzepts von Surveillance (Langmuir 1976).

Die Verbundenheit von Surveillance und der praktischen Nutzung von Daten als Grundlage für die Ursachenforschung von Erkrankungshäufungen zeigte erstmals der Londoner Arzt John Snow. Er verwendete Surveillance-Daten, um die Ursache von Choleraepidemien zu erforschen. Seine Beschreibungen zweier Epidemien, die in London in den Jahren 1848/49 und 1854/55 auftraten, sorgten für neues Wissen über das Auftreten und die Verbreitung der Erkrankung. Bei der Untersuchung der Epidemie in der Nähe des Golden Square im Jahre 1854 nutzte Snow die Sterbedaten von an Cholera verstorbenen Personen, besuchte die Häuser der registrierten Cholera-Toten und gewann Informationen über die Wasserquellen der Haushalte. Er fertigte eine Karte des Stadtteils an, auf der sowohl die Adressen der tödlichen Cholerafälle als auch die öffentlichen Wasserpumpen eingetragen waren. Snow war aufgrund der Ergebnisse seiner Untersuchungen davon überzeugt, dass eine zentral gelegene Pumpe, die *Broad-Street-Pumpe*, für den Epidemieausbruch verantwortlich war und überzeugte die örtlichen Behörden davon, den Pumpenschwengel zu entfernen. Kurze Zeit später endete der Ausbruch (Snow 1855). Ohne dass

der Erreger der Cholera, *Vibrio cholerae,* entdeckt war, gelang es, eine effektive Präventionsmassnahme zu finden. Dieses Ereignis gilt allgemein als die Gründung der Epidemiologie. Auch heute ist die Kombination beider Disziplinen (Surveillance und Epidemiologie) entscheidend für die Klärung von Ursachen bei Krankheitshäufungen.

Internationale Kooperationen und Vereinbarungen haben auf dem Gebiet der GBE eine lange Tradition. Bereits 1885 wurde in London das *International Statistical Institute* gegründet, das 1893 eine Liste von Todesursachen veröffentlichte. Mit den Zielen der Nationalstaaten in Europa, sich gegen die Cholera zu schützen und gleichzeitig den zwischenstaatlichen Handel zu erleichtern, fand in Paris im Jahre 1851 die erste internationale Gesundheitskonferenz statt, an der Vertreter aus elf europäischen Ländern teilnahmen. Spätere Konferenzen führten zu der Gründung eines permanenten Internationalen Komitees für Epidemien (1874) und der Verabschiedung der *International Sanitary Convention* (ICS). Die folgenden Konferenzen bereiteten den Weg für die gegenwärtigen Mechanismen der internationalen Kontrolle infektiöser Krankheiten, wie z.B. die Gründung eines staatenübergreifenden Überwachungssystems, welches sich mit übertragbaren Krankheiten befasst. 1903 kam man auf Basis der ISC zu der Übereinkunft, dass die Staaten andere Regierungen umgehend über das erste Auftreten von Fällen von Pest oder Cholera in ihrem Gebiet informieren müssen (Fiedler 1999). Dies führte letztlich zur Formulierung der *International Health Regulations* (IHR), die 1969 von der 22. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet wurden (liegen seit 2005 in aktualisierter Form vor).

In Deutschland fungierte das "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934 als Grundlage für eine Verschiebung der inhaltlichen Gewichtung auf eine so genannte "Erb- und Rassenpflege", die in eine unmenschliche Sackgasse führte (Labisch/Trennstet 1985; Moser 2006). Nach dem Zweiten Weltkrieg waren die Sozialmedizin und die mit ihr assoziierten Bereiche in Westdeutschland weitgehend diskreditiert. Die GBE erlebte hier ein Schattendasein. Im zentralistisch ausgerichteten Staatswesen der ehemaligen DDR dagegen spielten amtliche Berichterstattungen eine grosse Rolle. Viele Berichterstattungen im Verantwortungsbereich des Ministeriums für Gesundheitswesen

waren eine Mischung aus amtlicher Medizinalstatistik und GBE. Eine einseitige Betrachtungsweise von Zahlen und die Überbewertung von Wachstumsraten liessen die Wissenschaftlichkeit der Statistik jedoch fraglich erscheinen und machten sie streckenweise zum Erfüllungsgehilfen der "Erfolgspolitik" der Parteiführung (Bardehle/Oertel 1992).

Während es im angelsächsischen Sprachraum schon seit den 70er- und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts moderne Formen der GBE gab, blieb in Westdeutschland die Verbindung zwischen GBE und Praxis bzw. Gesundheitspolitik für lange Zeit unterbrochen (Kuhn/Busch 2006). Im angelsächsischen Sprachraum wurde GBE um Surveillance-Konzepte erweitert und viele verschiedene Surveillance-Systeme wurden entwickelt. Methoden der Datensammlung, -analyse und Informationsverbreitung wurden erweitert und methodische Fragen bekamen einen höheren Stellenwert. Diese Entwicklung wurde seit den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts verstärkt durch Entwicklungen in den USA bestimmt. Die Aktivitäten der *Communicable Disease Centers* in Atlanta, der heutigen *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), stärkten das Konzept der Surveillance als Methode für die Beobachtung der Inzidenz von Erkrankungen in Populationen. Die Durchführung von Kontrollmassnahmen wurde den lokalen Gesundheitsautoritäten zugeschrieben (MMWR 1992). Während dieser Zeit wurde Surveillance zu einem der entscheidenden Instrumente bei den Kontroll- und Eliminierungsbestrebungen für Erkrankungen wie Poliomyelitis, Masern, Tollwut und für die spätere Eradikation der Pocken (Van Loock 1994). 1965 wurde eine epidemiologische Surveillance-Einheit am Hauptsitz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf eingerichtet, die im darauf folgenden Jahr erstmals einen *Communicable Disease Surveillance Report* veröffentlichte.

Die Zielsetzung der GBE und Surveillance veränderte sich im Laufe der Zeit ausgehend von der Individualkontrolle (wie in der klassischen Betrachtung von sexuell übertragbaren Erkrankungen: Fallidentifikation, Suche nach Kontaktpersonen und Anwendung von Präventionsstrategien) hin zur Unterstützung bei der Auswahl von Interventionsmassnahmen, Trendmessungen, Identifizierung von Hochrisikogruppen und von Veränderungen beim Übertragungsmodus sowie dem Entwickeln von Präventionsstrategien.

Es bestehen weiterhin grosse Herausforderungen für alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Diese Herausforderungen können nur mit einer effizienten und zeitnahen Bearbeitung der Informationen bewältigt werden. Viele Akteure sehen eine Integration der nationalen in eine aktive europäische GBE und Surveillance als zukunftsweisend an. Erst dann kann langfristig das Ziel, Informationen für Taten zu liefern, erreicht werden.