



FEBRUAR 2017
SPECIAL ISSUE

7

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

Concepts & Methods

Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung –
Leitlinien und Empfehlungen

Autorinnen und Autoren:

Dagmar Starke¹, Günter Tempel²,
Jeffrey Butler³, Anne Starker⁴,
Christel Zühlke⁵, Brigitte Borrmann⁶

Journal of Health Monitoring · 2017 2(S1)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-001
Robert Koch-Institut

¹ Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in
Düsseldorf

² Gesundheitsamt Bremen

³ Bezirksamt Berlin-Mitte

⁴ Robert Koch-Institut

⁵ Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

⁶ Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen

Der Version 1.0 der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung haben die Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie sowie der erweiterte Vorstand des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zugestimmt.

Dezember 2016

📌 GUTE PRAXIS · GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG · LEITLINIEN · EMPFEHLUNGEN · PUBLIC HEALTH · DEUTSCHLAND

Zusammenfassung

Gesundheitsberichterstattung beschreibt die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, analysiert Problemlagen und zeigt Handlungsbedarfe für die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention auf. Sie bietet damit eine rationale Grundlage für partizipative Prozesse und gesundheitspolitische Entscheidungen.

Um die Gesundheitsberichterstattungspraxis auf kommunaler sowie auf Landes- und Bundesebene zu unterstützen wurde von einer Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aller Ebenen der Gesundheitsberichterstattung die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung entwickelt. Sie bietet anhand von Leitlinien und Empfehlungen eine fachliche Orientierung für das Erstellen von Gesundheitsberichten. Die 11 Leitlinien thematisieren ethische Prinzipien der Gesundheitsberichterstattung, erforderliche Rahmenbedingungen, Themenauswahl (Berichtsgegenstand), Arbeitsgrundlagen (Datenqualität), Datenaufbereitung, -auswertung und -interpretation, Datenschutz, Kommunikation und Qualitätssicherung.

Die Pilotversion wurde auf Fachtagungen der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD) diskutiert und anschließend überarbeitet. Nach einem weiteren Begutachtungs- und Überarbeitungsprozess wurden die Leitlinien von allen genannten Fachgesellschaften verabschiedet. Es ist geplant, die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung einem erweiterten Stellungnahme-Verfahren zu unterziehen und weiterzuentwickeln.

1. Vorwort

Zu Beginn der 1990er-Jahre forderte die damalige Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, Grundlagen für eine systematische Gesundheitsberichterstattung in Deutschland zu schaffen. Seither hat sich Gesundheitsberichterstattung als eigenständiges Berichtssystem etabliert.

Ziel der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung ist es, eine fachliche Orientierung für das Erstellen von Gesundheitsberichten zu geben und eine hochwertige Berichterstattung sicherzustellen.

Die Leitlinien und Empfehlungen sind das Produkt einer interdisziplinären Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland und relevanter Fachgesellschaften.

Hintergrund ist, dass sich die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland auf kommunaler Ebene, in den Ländern sowie auf Bundesebene aufgrund von unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, Unterschieden in den personellen und finanziellen Ressourcen sowie einer unterschiedlichen Datenverfügbarkeit sehr heterogen entwickelt hat. Dies führte auch zu einer divergierenden Wahrnehmung der Gesundheitsberichterstattung seitens der Politik.

Die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung versteht sich als Handreichung, mit der für die methodischen, inhaltlichen sowie normativ-ethischen Aspekte von Gesundheitsberichterstattung Empfehlungen gegeben werden. Sie soll dazu beitragen, eine hochwertige Gesundheitsberichterstattung sicherzustellen.

1.1 Historie

Nach Sichtung und Bewertung bereits bestehender Leitlinien in den Bereichen Epidemiologie und Sekundärdatenanalyse hinsichtlich ihrer Anwendung für die Gesundheitsberichterstattung sowie der Berücksichtigung verschiedener Qualitätsaspekte, die für die Gesundheitsberichterstattung relevant sind, wurde im Jahr 2011 ein erster Entwurf der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung erstellt. Dieser erste Entwurf wurde auf den Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) und dem wissenschaftlichen Kongress der Bundesverbände der Ärztinnen und Ärzte sowie der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD und BZÖG) vorgestellt. Im Resultat wurde eine Pilotversion der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung verfasst, die den o.g. Fachgesellschaften und auf dem Bund-Länder-Workshop der Gesundheitsberichterstattung im Jahr 2015 präsentiert und erneut diskutiert wurde. Im Ergebnis dieses Prozesses wurde die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung durch die Fachgesellschaften DGEpi, DGSMP und den BVÖGD verabschiedet. Die aus den Diskussionen resultierenden Hinweise und Anregungen sind in der vorliegenden Version berücksichtigt.

Viele Kolleginnen und Kollegen haben sich an der Diskussion beteiligt und konstruktive Vorschläge unterbreitet, wofür wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken.

1.2 Wie geht es weiter?

Die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung ist eine von den beteiligten Personen und Organisationen autorisierte Fassung. Im Sinne einer Evaluation ist geplant, die Erfahrungen der Gesundheitsberichterstellerinnen und Gesundheitsberichtersteller und der Fachöffentlichkeit mit der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung zu sammeln.

Dazu ist ein Stellungnahme-Verfahren vorgesehen. Bitte senden Sie Kommentare, Hinweise und Verbesserungsvorschläge zur Leitlinie per E-Mail bis zum **31.03.2018** an Dr. Dagmar Starke, Referentin für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: starke@akademie-oegw.de.

Bei Rückmeldungen wäre es hilfreich, wenn Sie sich auf die entsprechende Leitlinie beziehen und vorgeschlagene Änderungen begründen könnten.

Die Arbeitsgruppe wird nach Ablauf der Kommentierungsphase alle eingegangenen Stellungnahmen sichten und, falls erforderlich, eine Überarbeitung der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung vornehmen und die revidierte Fassung zeitnah veröffentlichen.

2. Präambel

Die Gesundheitsberichterstattung bietet eine interpretierende Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, analysiert Problemlagen und weist auf eventuelle Handlungsbedarfe hin.

In Deutschland hat sich die Gesundheitsberichterstattung durch den Missbrauch der Medizinalstatistik in der Zeit des Nationalsozialismus erst in der jüngeren

Vergangenheit entwickelt. Eine wesentliche Grundlage für das Berichtswesen ist die Ottawa-Charta. Neben der Forderung nach einer Verzahnung der unterschiedlichen politischen Handlungsfelder zur Verminderung sozial ungleicher Gesundheitschancen stellt die Ottawa-Charta das Wissen um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in den Mittelpunkt. Auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heute: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) forderte in seinem 1993 veröffentlichten Gutachten die Etablierung einer Gesundheitsberichterstattung, um Datengrundlagen für gezielte Ressourcenallokationen zu schaffen.

Unterstützt durch eine gesetzliche Verankerung der Gesundheitsberichterstattung als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, etablierte sich die Gesundheitsberichterstattung bereits erfolgreich in einer Reihe von Kommunen und Ländern. Durch die Einrichtung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut und am Statistischen Bundesamt Ende der 1990er-Jahre erhielt sie einen verlässlichen Überbau.

2.1 Ziele und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung hat den Auftrag, Politik und Öffentlichkeit über Gesundheit, Krankheit, Gesundheitsrisiken und Sterbegeschehen einer räumlich und zeitlich definierten Bevölkerung zu informieren. Sie stellt als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument die empirische Grundlage für rational begründbare Entscheidungen in der Politik bereit, sie begleitet gesundheitspolitische Prozesse und sie bietet eine Grundlage für

Partizipation. Dabei ist sie in einen politischen Diskurs eingebettet. Die Berichtssysteme auf der kommunalen, Landes- und Bundesebene unterliegen den jeweiligen gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen. Das bedeutet im Einzelnen:

- ▶ Gesundheitsberichterstattung beschreibt unter Berücksichtigung der sozial und regional ungleichen Verteilung von Gesundheitsrisiken und Präventionspotenzialen die gesundheitliche Situation der Bevölkerung und zeigt mögliche Handlungsfelder für Bund, Länder und Kommunen auf.
- ▶ Gesundheitsberichterstattung bildet eine wichtige Basis für die Planung von Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien und kann zur Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen genutzt werden.
- ▶ Gesundheitsberichterstattung schreibt kontinuierlich Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung fort, nimmt eventuelle Veränderungen frühzeitig wahr und kann so für zeitnahe gesundheitspolitische Entscheidungen genutzt werden.
- ▶ Gesundheitsberichterstattung richtet sich nicht nur an Expertinnen und Experten sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung, sondern auch an die interessierte Öffentlichkeit.
- ▶ Gesundheitsberichterstattung unterstützt den Prozess öffentlicher Meinungsbildung durch die Information der Bürgerinnen und Bürger sowie durch die Mitwirkung an der Formulierung von Gesundheitszielen.
- ▶ Gesundheitsberichterstattung verfolgt insofern das zivilgesellschaftliche Anliegen der Partizipation.

2.2 Methodische und theoretische Grundlagen der Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung benötigt eine breite Datenbasis. Grundlage sind valide, idealiter einheitlich und standardisiert erhobene Daten. Datenquellen sind eigene, speziell durchgeführte Untersuchungen und Datenerhebungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie Daten der amtlichen Statistik und prozessgenerierte Daten anderer Institutionen des Gesundheitssystems (Sekundärdaten). Die Expertise der Datenhalter in Bezug auf die Datenerhebung ist bei der Interpretation der Ergebnisse und gegebenenfalls bei der Formulierung von Empfehlungen einzubeziehen. Der Erhebungsaufwand sowie die Bereitschaft, diese Daten für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung zu stellen, sind angemessen zu würdigen.

Die Datenerhebungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie Sekundärdaten können den Informationsbedarf der Gesundheitsberichterstattung nicht in allen Bereichen ausreichend decken. Deshalb ist es wichtig epidemiologische Studien und repräsentative Gesundheitssurveys in die Gesundheitsberichterstattung einzubeziehen. Diese bieten weitere Informationen zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Charakteristisch für Gesundheitsberichterstattung ist der interdisziplinäre Ansatz. Methodisch-wissenschaftliche Grundlage ist in erster Linie die Epidemiologie. Daneben fließen theoretische Konzepte und empirische Erkenntnisse der Sozialwissenschaften, der Medizin, der Sozialmedizin und medizinischen Soziologie, der Gesundheitsökonomie, der Versorgungsforschung, der

Gesundheitssystem- und Evaluationsforschung sowie weiterer Fachdisziplinen ein.

Die inhaltliche Verflechtung von Gesundheitsberichterstattung mit unterschiedlichen Berichtssystemen, beispielsweise mit der Sozial-, Umwelt- oder Bildungsberichterstattung, ist ein zunehmend wichtiger werdender Aspekt. Da Gesundheit und Krankheit stark mit sozialstrukturellen Merkmalen korrelieren, werden diese Daten in die Gesundheitsberichterstattung mit einbezogen. Aufgrund der großen Schnittmenge und Interdependenzen zwischen Gesundheits- und Sozialberichterstattung ist eine strikte Trennung nicht aufrecht zu erhalten, vielmehr lassen sich zumeist Synergieeffekte erzielen. Gleichwohl ist es mit Blick auf die Ziele und Aufgaben von Gesundheitsberichterstattung notwendig, dass sie als eigenständiger Bereich weiterentwickelt wird und mit der entsprechenden Expertise erfolgt.

2.3 Arbeitsgrundlagen, Rahmenbedingungen und Ressourcen für Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung ist eine komplexe Aufgabe. Sie erfordert spezifisches Wissen und ausreichende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen. Eine adäquate Qualifikation und regelmäßige Fortbildung der mit Gesundheitsberichterstattung befassten Personen ist elementar. Die Bereitstellung ausreichender Mittel ermöglicht eine qualitativ hochwertige und praxisrelevante Berichterstattung. Gleichzeitig kommt damit eine wertschätzende Haltung gegenüber den Gesundheitsberichterstattenden zum Ausdruck.

2.4 Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung

Ziel der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung ist es, eine fachliche Orientierung für das Erstellen von Gesundheitsberichten zu geben und die Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für rationales fachpolitisches Handeln hervorzuheben. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich ihrer Public-Health-Relevanz als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen.

Es ist durchaus möglich, dass es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen kann und manchmal sogar muss. Die Benennung dieser Abweichung und ihre Begründung stellen sicher, dass diese Abweichung mit einer guten Praxis in der Gesundheitsberichterstattung in Einklang steht.

Die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung ergänzt die Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung Guter Epidemiologischer Praxis [1] und die Leitlinien und Empfehlungen der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse [2] um zusätzliche, für die Gesundheitsberichterstattung zentrale Aspekte. Auf diese beiden etablierten Regelwerke wird an den entsprechenden Stellen verwiesen, da sie wesentliche Hinweise für die Planung, Vorbereitung und Durchführung von empirischen Studien sowie für die Aufbereitung, Analyse und Interpretation der erhobenen Daten enthalten. Hinsichtlich der Verwendung von kartographischen Darstellungen in der Gesundheitsberichterstattung sei auf die Gute kartographische Praxis im Gesundheitswesen verwiesen [3]. Wenn Gesundheitsberichte Aussagen enthalten, die als Gesundheitsinformationen verstanden werden können,

sollen auch die Leitlinien zur Guten Praxis Gesundheitsinformation berücksichtigt werden [4].

3. Leitlinien und Empfehlungen

Leitlinie 1 (Ethik)

Gesundheitsberichterstattung muss im Einklang mit ethischen Prinzipien durchgeführt werden und Menschenwürde sowie Menschenrechte beachten.

Ethische Prinzipien werden in allgemeinen Menschen- und Bürgerrechten formuliert.

Empfehlung 1.1

Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung, die auf spezifische Problemlagen in einzelnen Bevölkerungsgruppen verweisen, werden mit der in der Wissenschaft gebotenen Differenzierung und Sachlichkeit publiziert.

Empfehlung 1.2

Im Prozess der Gesundheitsberichterstattung sollen die Lebenssituationen und Bedarfe unterschiedlicher sozialer Milieus berücksichtigt werden, ohne dabei zu diskriminieren.

Das gilt für alle Phasen der Berichterstattung.

Empfehlung 1.3

Die Indikatoren zur Analyse gesundheitlich relevanter Themen sollen ethisch legitimiert sein. Kennzahlen und Indizes sollen dahingehend kritisch überprüft werden, ob sie auf normativen Vorannahmen basieren oder implizite Wertungen beinhalten.

Empfehlung 1.4

Gesundheitsberichterstattung wahrt Distanz. Sie lässt sich nicht zu einem Sprachrohr von Interessengruppen machen. Sie schafft durch das Bereitstellen von objektiven, überprüfbaren Informationen Transparenz.

Leitlinie 2 (Rahmenbedingungen)

Gesundheitsberichterstattung bedarf definierter politischer und organisatorischer Rahmenbedingungen und gesetzlicher Grundlagen auf allen politischen Ebenen.

Die gesetzlichen Grundlagen sollten Anforderungen an wissenschaftliche Qualitätsstandards formulieren und die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung einer guten Gesundheitsberichterstattung schaffen.

Empfehlung 2.1

Gesundheitsberichterstattung benötigt neben ausreichenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen eine angemessene methodische und fachliche Qualifikation der mit Gesundheitsberichterstattung beauftragten Personen.

Empfehlung 2.2

Für extern beauftragte Gesundheitsberichterstattung müssen verbindliche Vereinbarungen sowohl für das Erstellen von Gesundheitsberichten als auch für den Zugang und die Verwendung von Daten, ergänzende Sonderauswertungen und Expertisen getroffen werden. Dies gilt auch für Kooperationen mit wissenschaftlichen Einrichtungen.

Leitlinie 3 (Public Health)

Gesundheitsberichterstattung liefert eine datenbasierte Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen.

Im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung werden Handlungsfelder aufgezeigt, aus denen sich fachlich begründete Empfehlungen ableiten lassen. Deren Ziel ist es, die Gesundheit der Bevölkerung unter Berücksichtigung von Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit zu verbessern.

Leitlinie 4 (Berichtsgegenstand)

Gesundheitsberichterstattung beschreibt aktuell und datengestützt definierte Aspekte des Gesundheitszustands der Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen. Sie liefert Darstellungen und Analysen zu gesundheitlichen Determinanten, Rahmenbedingungen und anderen gesundheitsrelevanten Bereichen.

Das erfordert explizite und operationalisierbare Fragestellungen. Daraus leitet sich das Berichtsdesign ab, das die Untersuchungspopulation, die Auswahl der Datengrundlagen und die Verfahren der Datenerhebung und -auswertung berücksichtigt. Damit werden auch eine Beurteilung der Aussagenreichweite des Berichts sowie eine Einschätzung des Zeitaufwandes und der Kosten möglich.

Empfehlung 4.1

Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt bei der Thementauswahl die Aktualität, die Public Health- und Politikrelevanz und nennt Ziel und Anlass der Berichterstattung sowie Adressaten.

Empfehlung 4.2

Für die Bearbeitung der Themen der Gesundheitsberichterstattung und zur Vermeidung von Redundanzen oder der Beschäftigung mit überholten Hypothesen, ist die Aufarbeitung der aktuell vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz unerlässlich. Bei der Berichterstattung werden die Erkenntnisse aus anderen Berichtssystemen wie etwa der Sozial- und Umweltberichterstattung integriert. So lassen sich die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung adäquat interpretieren und einordnen.

Empfehlung 4.3

Die Auswahl der zu untersuchenden Bevölkerungsgruppen muss ebenso wie die zur Darstellung herangezogenen Indikatoren im Hinblick auf die Fragestellung begründet werden.

Leitlinie 5 (Arbeitsgrundlagen)

Gesundheitsberichterstattung basiert auf den bestmöglichen zugänglichen Daten und berücksichtigt den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand.

Voraussetzung dafür ist der Zugang zu soziodemografischen, sozialstrukturell und regional differenzierten Daten. Diese sollten qualitätsgesichert erhoben worden sein.

Empfehlung 5.1

Die verwendeten Daten sind hinsichtlich der Aspekte Relevanz, Repräsentativität und Aussagekraft kritisch zu prüfen. Werden Sekundärdaten genutzt, ist der Datenhalter zu nennen.

Empfehlung 5.2

Die Auswahl der Indikatoren und die zur Interpretation der Ergebnisse herangezogene Fachliteratur entsprechen dem aktuellsten Stand der wissenschaftlichen Forschung und berücksichtigen die gesamte Bandbreite des Themas beziehungsweise der Themen.

Empfehlung 5.3

Um eine zeitliche Entwicklung beobachten zu können, ist auf kontinuierlich gemessene Indikatoren zurückzugreifen. Für regionale Vergleiche gesundheitsrelevanter Fragestellungen bedarf es standardisierter Indikatoren.

Leitlinie 6 (Datenaufbereitung)

Für die Erfassung und Haltung aller für die Gesundheitsberichterstattung benutzten Daten sowie für deren Aufbereitung, Plausibilitätsprüfung, Kodierung und Bereitstellung ist ein detailliertes Konzept zu erstellen.

In diesem Zusammenhang gelten die Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis, Guter Praxis Sekundärdatenanalyse und Guter kartographischer Praxis im Gesundheitswesen.

Empfehlung 6.1

Der Verwendungszweck der primär erhobenen Daten und deren Erfassungsregeln sind zu dokumentieren. Ebenso ist die Kontinuität der Erfassungsregeln, der Population und der gesetzlichen Vorgaben zu prüfen.

Empfehlung 6.2

Werden bereits aufbereitete, ausgewertete oder veröffentlichte Daten verwendet, muss Transparenz über den primären Verwendungszweck, die Erfassungsregeln und Auswertungsprozeduren bestehen.

Leitlinie 7 (Datenauswertung)

Die Auswertung von Daten für die Gesundheitsberichterstattung soll zeitnah unter Verwendung wissenschaftsbasierter Methoden erfolgen. Die den Ergebnissen zugrunde liegenden Rohdaten sind in vollständig reproduzierbarer Form gemäß den Informationsfreiheitsgesetzen aufzubewahren.

In diesem Zusammenhang gelten die Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis und Guter Praxis Sekundärdatenanalyse. Insbesondere gilt dies für die Dokumentationspflicht von Berechnungen komplexer Kennzahlen und Indizes.

Empfehlung 7.1

Für die Datenauswertung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung sind etablierte epidemiologische Kennzahlen und Prozeduren zu verwenden.

Leitlinie 8 (Interpretation)

Die Interpretation der Ergebnisse ist Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung.

Grundlage jeder Interpretation ist eine kritische Diskussion der Methoden, Daten und Ergebnisse im Kontext der vorhandenen Evidenz.

Empfehlung 8.1

Die Bewertung der Ergebnisse gehört zu den originären Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung. Sie darf nicht durch persönliche, politische oder finanzielle Interessen beeinflusst sein.

Empfehlung 8.2

Die Ergebnisse sind unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungs- und Erkenntnisstandes einzuordnen. Dazu gehört, für die Fragestellung wesentliche Determinanten der Gesundheit zu berücksichtigen und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit aufzuzeigen. Alternative Interpretationsmöglichkeiten für die Ergebnisse sind gegebenenfalls auszuführen.

Empfehlung 8.3

Alle Einschränkungen bezüglich der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Populationen oder andere Zeiträume als die betrachteten sind darzulegen. Gegebenenfalls ist auch zu erörtern, welche Aussagen aufgrund fehlender Daten nicht möglich sind. Bei der Interpretation von zeitlichen Entwicklungen oder Trends ist zu beachten, dass sich die Bedeutung von Messgrößen oder deren Definition verändern können.

Leitlinie 9 (Datenschutz)

Bei der Verwendung von Daten in der Gesundheitsberichterstattung sind die geltenden Datenschutzvorschriften einzuhalten.

Bei Fragen ist der/die Datenschutzbeauftragte einzubeziehen.

Leitlinie 10 (Kommunikation)

Gesundheitsberichterstattung ist kein Selbstzweck. Sie konkurriert mit anderen gesellschaftlich relevanten Themen um öffentliche Aufmerksamkeit.

Gesundheitsberichterstattung sollte Interesse wecken. Um dies zu erreichen, sind adäquate Medien, Darstellungsformen und Stilmittel zu verwenden.

Empfehlung 10.1

Gesundheitsberichterstattung verwendet eine klare, allgemeinverständliche Sprache und spricht die jeweiligen Adressatengruppen adäquat an.

Empfehlung 10.2

Gesundheitsberichterstattung arbeitet mit verschiedenen Berichtsformaten und nutzt unterschiedliche Medien, die den Interessenlagen und Informationsgewohnheiten der jeweiligen Adressatengruppen angepasst sind. Neben gedruckten Produkten sollen die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung in digitaler Form in den neuen Medien verbreitet werden.

Empfehlung 10.3

Die Produkte der Gesundheitsberichterstattung sollen attraktiv und ansprechend gestaltet werden. Bei der Gestaltung und Publikation der Produkte ist auf Wirtschaftlichkeit zu achten.

Empfehlung 10.4

Die Gesundheitsberichterstattung nutzt die Möglichkeit, die Ergebnisse proaktiv in den jeweiligen Adressatengruppen, gegenüber der Fachöffentlichkeit und

relevanten Akteuren sowie der interessierten Bevölkerung vorzustellen.

Leitlinie 11 (Qualitätssicherung)

In der Gesundheitsberichterstattung ist eine begleitende Qualitätssicherung aller relevanten Instrumente und Verfahren sicherzustellen.

Das wichtigste Kapital der Gesundheitsberichterstattung ist Seriosität und, damit verbunden, die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse. Daher ist Qualitätssicherung unabdingbarer Bestandteil jeder Gesundheitsberichterstattung. Der Umfang muss in angemessener Relation zu den Gesamtkosten der Gesundheitsberichterstattung stehen.

Empfehlung 11.1

Die Qualitätssicherung betrifft alle eingesetzten relevanten Instrumente und Verfahren von der Datenerhebung über die verwendeten Daten, Berechnungen und Interpretationen bis hin zur Ableitung von Handlungsempfehlungen.

Empfehlung 11.2

Qualitätssicherung durchzieht alle Stadien der Berichterstattung. In die Qualitätssicherung sollten unbeteiligte, fachlich qualifizierte Dritte einbezogen werden.

Literatur

1. Hoffmann W, Latza U, Terschüren C (2005) Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP) – Überarbeitete Fassung nach Evaluation. Gesundheitswesen 67(3):217-225
2. Swart E, Gothe H, Geyer S et al. (2015) Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. 3. Fassung, Version 2012/2014. Gesundheitswesen 77(2):120-126
3. Augustin J, Kistemann T, Koller D et al. (2016) Gute Kartographische Praxis im Gesundheitswesen (GKPiG) http://health-geography.de/wp-content/uploads/2016/08/GKPiG_1-o_August2016.pdf (Stand: 15.12.2016)
4. Arbeitsgruppe GPGI (2016) Gute Praxis Gesundheitsinformation. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 110-111:85-92

Kriterienliste

Vorbemerkung

Die nachfolgende Liste benennt Aspekte, die beim Erstellen von Gesundheitsberichten allgemein von Bedeutung sind. Die Relevanz der einzelnen Aspekte hängt dabei von der Zielsetzung sowie vom Gegenstand der Berichterstattung und der damit verbundenen Komplexität der Berichterstellung ab. Autorinnen und Autoren von Gesundheitsberichten sollten dennoch die aufgeführten Punkte hinsichtlich ihrer Bedeutung für den geplanten Bericht prüfen, können diese aber gegebenenfalls als für ihre Fragestellung nicht relevant einstufen (Kategorie „Nein/irrelevant“).

1. Wissenschaftliches Arbeiten

Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens	Ja	Nein/irrelevant
Bei der Erstellung des Gesundheitsberichts werden die Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens berücksichtigt, nämlich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> > die Thematik ist klar abgegrenzt > der Umfang des Berichts ist der Menge des vorliegenden Materials und der Fragestellung angemessen, d. h. es wird auf Redundanzen und unnötige Daten verzichtet. > der Aufbau des Berichts ist logisch, d. h. die Struktur ist aufeinander aufbauend, der zweite Schritt ergibt sich aus dem ersten > die Daten- und Informationsquellen werden offen gelegt > die Methoden sind detailliert dargestellt und den Daten angemessen > die Darstellung ist gegliedert > die Ergebnisse werden objektiv, d. h. neutral und mit kritischer Distanz, dargestellt > die Ergebnisse sind nachprüfbar, d. h. die Daten sind bei Bedarf für eine wissenschaftliche Replikation der Ergebnisse verfügbar > die Daten und Ergebnisse sind wissenschaftlich korrekt und vollständig belegt. Beobachtungen und Erkenntnisse werden wahrheitsgemäß wiedergegeben > Prämissen und Schlussfolgerungen werden klar benannt > die Daten und Ergebnisse aus anderen Publikationen werden wissenschaftlich korrekt und vollständig zitiert > die verwendeten Quellen werden nicht selektiv ausgewählt 		

2. Berichtssystem

a) Erkennbarkeit der Auftraggeber sowie Autorinnen und Autoren	Ja	Nein/irrelevant
Im Rahmen des Gesundheitsberichts werden Auftraggeber klar benannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Autorinnen und Autoren sind genannt (ggf. mit Tätigkeit und Institution).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögliche Interessenkonflikte sind dargelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Planung der Berichterstellung	Ja	Nein/irrelevant
Bezogen auf die Fragestellung des Gesundheitsberichts erfolgt die Erstellung ...		
> abteilungsübergreifend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> interdisziplinär, d. h. Zusammenarbeit mehrerer wissenschaftlicher Disziplinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> multiprofessionell, d. h. Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> integrativ, d. h. Zusammenarbeit mehrerer Fachbereiche/Ämter/Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> unter Einbeziehung (Partizipation) der Bevölkerung, z. B. bei der Konzeption, der Ermittlung von Bedarfen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> unter Einbindung externer Expertinnen und Experten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbare finanzielle und personelle Ressourcen sind ermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es liegt ein Zeitplan unter Einbeziehung aller relevanten Akteurinnen und Akteure vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aufbau des Gesundheitsberichts	Ja	Nein/irrelevant
Der Gesundheitsbericht orientiert sich an folgendem Aufbau		
> Inhaltsverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abbildungs-/Tabellenverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abkürzungsverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Vorwort/Einleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Zusammenfassung, die folgende Punkte beinhaltet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Auftraggeber des Berichts,		
• Ziele des Berichts,		
• Zielgruppe des Berichts,		
• zentrale Ergebnisse des Berichts, Handlungsempfehlungen		
> Abschnitt zum Hintergrund/Anlass der Berichterstellung bzw. zur Public-Health-Relevanz des Themas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abschnitt, in dem die Daten beschrieben werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abschnitt, in dem die Methoden beschrieben werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abschnitt, in dem die Ergebnisse dargestellt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abschnitt, in dem die Ergebnisse diskutiert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Handlungsempfehlungen (siehe 7.b–c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Gesundheitsbericht verfügt über ein Impressum mit Angaben:		
> zu den Autorinnen und Autoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> zur Herausgeberin/zum Herausgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> zum Erscheinungsjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> zum Erscheinungsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> zur Ansprechpartnerin/zum Ansprechpartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> zur Auflage des Berichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird eine Kontaktadresse genannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Finanzierung	Ja	Nein/irrelevant
Die Finanzierung des Gesundheitsberichts wird transparent gemacht.		
> Die Finanzierung erfolgt aus Haushaltsmitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Die Finanzierung erfolgt (teilweise) durch Drittmittel (von wem).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Stil, Layout, Druck und Verbreitung

a) Verständlicher und angemessener Stil	Ja	Nein/irrelevant
Der Gesundheitsbericht ist allgemeinverständlich geschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dabei wird darauf geachtet, dass...		
> die Zielgruppen angemessen angesprochen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> auf eine Verwendung von Fachjargon möglichst verzichtet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> „Bandwurmsätze“ und verschachtelte Sätze vermieden werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> aktive statt passive Formulierungen gewählt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> auf Füllwörter verzichtet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abkürzungen erklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Übersetzung des Berichts in einfache Sprache ist notwendig bzw. sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Gesamtlayout	Ja	Nein/irrelevant
Der Gesundheitsbericht hat ein übersichtliches Gesamtlayout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitsbericht ist im Corporate Design des Herausgebers gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Druck	Ja	Nein/irrelevant
Der Gesundheitsbericht liegt in gedruckter Form vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es liegt eine Verteilerliste vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitsbericht kann bestellt werden (telefonisch, online, per Post, Fax).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Verbreitung	Ja	Nein/irrelevant
Der Gesundheitsbericht ist im Internet frei zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitsbericht ist im Internet nur nach Registrierung zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Online-Version des Gesundheitsberichts wird die Möglichkeit gegeben, über ein Kontaktformular Rückfragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Veröffentlichung des Gesundheitsberichts wird über verschiedene Medien bekannt gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ergebnisse werden proaktiv in den jeweiligen Adressatengruppen präsentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Berichtsgegenstand

a) Zielsetzung	Ja	Nein/irrelevant
Die Zielsetzung des Berichts wird nachvollziehbar beschrieben und begründet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ziele des Berichts können zum Beispiel sein:

- › Analysen bevölkerungsrelevanter Daten zu Morbidität und Mortalität
- › Evaluation gesundheitsbezogener Maßnahmen
- › Aufarbeitung einer aktuellen Situation, welche die Gesundheit der Bevölkerung gefährdet (hat)
- › Thematisierung und Analyse einer spezifischen Fragestellung, etwa im Hinblick auf eine spezifische Erkrankung
- › Identifikation von Faktoren, welche die Gesundheit der Bevölkerung beeinträchtigen
- › Schaffung einer Grundlage zur Politikberatung, etwa zur Initiierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen
- › empirisch überprüfbare Aussagen zu treffen

b) Bevölkerungsbezug/Demografische Daten	Ja	Nein/irrelevant
Die dem Bericht zugrunde liegende Bevölkerung ist in demografischer Hinsicht korrekt dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nach Berichtsgegenstand können folgende Angaben relevant sein:

- › Bevölkerung (mittlere Bevölkerung/Stichtagsbevölkerung)
- › Geschlechterverteilung
- › Altersverteilung
- › Jugend- und Altenquotient
- › Migrationshintergrund/Migrationsbiografie:
 - Geburtsland, bzw. bei Kindern und Jugendlichen: Geburtsland der Eltern
 - Zeitpunkt der Zuwanderung nach Deutschland
 - Staatsangehörigkeit
- › Wanderungsbewegungen (Binnen- und Außenmigration)
- › Bevölkerungsprognosen
- › Geburtenrate
- › Fertilitätsrate
- › Mortalitätsrate
- › Verlorene Lebensjahre
- › Vermeidbare Todesfälle

Hinweis: Alle wichtigen Maßzahlen sowie die dazugehörigen Definitionen sind im Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder zu finden, herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG).

c) Geschlechterbezug	Ja	Nein/irrelevant
Die Auswertung der Daten erfolgt für die Gesamtpopulation sowie nach Geschlecht getrennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ergebnisse werden geschlechtersensibel betrachtet, d. h. die mögliche Geschlechtsabhängigkeit der Einfluss- und Outcomevariablen wird geprüft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sozial differenzierte Betrachtungsweise	Ja	Nein/irrelevant
Der individuelle soziale Status, erfasst durch (Schul-) Bildung, Beruf, berufliche Stellung und Einkommen, wird berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Daten werden nach Sozialstatus getrennt ausgewertet und die Ergebnisse in Abhängigkeit von der sozialen Stellung und ggf. unter dem Gesichtspunkt sozialer Ungleichheit geprüft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die soziale Struktur einer Gebietseinheit wird berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Beschreibung der ökonomischen Situation der Bevölkerung des zu analysierenden Gebietes können folgende Indikatoren ergänzend herangezogen werden:		
<ul style="list-style-type: none"> > der Anteil Arbeitsloser/Erwerbsloser > der Anteil Arbeitslosengeld-II-Empfänger > der Anteil geringfügig Beschäftigter > das mittlere Einkommen (Medianeinkommen) > der Anteil alleinerziehender Mütter > der Anteil hilfebedürftiger Kinder, die nach dem zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) leistungsberechtigt sind 		
e) Altersbezogene Betrachtungsweise	Ja	Nein/irrelevant
Es wird eine der Fragestellung angemessene Kategorisierung des Alters gewählt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Vergleiche unterschiedlicher Gebiete wird eine angemessene Form der direkten Altersstandardisierung verwendet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> > Alte/ Neue Europastandardbevölkerung > Standardbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im letzten verfügbaren Jahr > Regionale Altersverteilung des Bundeslandes 		
Liegen für Vergleiche lediglich Angaben für die Standardbevölkerung vor, so wird die indirekte Altersstandardisierung verwendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf die aus der jeweils gewählten Standardbevölkerung resultierenden Vor- und Nachteile wird hingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Lebensphasenbezogene Betrachtungsweise	Ja	Nein/irrelevant
Je nach Fragestellung des Berichts wird den einzelnen Lebensphasen (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, jüngere/ältere Alte) Rechnung getragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Migrationssensible Betrachtungsweise	Ja	Nein/irrelevant
Je nach Fragestellung des Berichts werden Daten zur Migrationserfahrung aufbereitet (z. B. Geburtsland, Geburtsland der Eltern, Aufenthaltsdauer, Muttersprache, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Inklusionssensible Betrachtungsweise	Ja	Nein/irrelevant
Die Belange von Menschen mit Behinderung/en werden angemessen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i) Zeitliche Entwicklung und Trends	Ja	Nein/irrelevant
Um Veränderungen der gesundheitlichen Lage verfolgen zu können, werden zeitliche Vergleiche angestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Veränderungen der gesundheitlichen Lage verfolgen zu können, werden Trends berechnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Regionale Vergleiche	Ja	Nein/irrelevant
Um regionale Unterschiede zu ermitteln, werden anhand geeigneter und relevanter Indikatoren Vergleiche angestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Datenlage, Datenqualität

a) Datenauswahl	Ja	Nein/irrelevant
Die Datenauswahl erfolgt gemäß den Fragestellungen des Gesundheitsberichts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> › Die Daten sind Routinedaten aus: <ul style="list-style-type: none"> • amtlichen Statistiken (z. B. der Krankenhausdiagnosestatistik, der Todesursachenstatistik, der Rehabilitations- und Rentenstatistik, der Statistik der Pflegeversicherung, der Schwerbehindertenstatistik, der Arbeitsunfähigkeitsstatistik) • Registern (z. B. epidemiologische Krebsregister, Herzinfarktregister) • dem Zensus • dem Einwohnermeldeamt › Die Daten stammen aus wissenschaftlichen Untersuchungen. › Die Daten stammen aus eigenen Erhebungen. › Die Daten stammen aus anderen Datenquellen/von anderen Datenhaltern. 		
Es ist geprüft, ob die herangezogenen Datenquellen für die Beantwortung der gestellten Fragen geeignet sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Genauigkeit	Ja	Nein/irrelevant
Im Rahmen des Gesundheitsberichts wird auf mögliche Unschärfebereiche statistischer Ergebnisse hingewiesen bzw. bei der Interpretation der Daten berücksichtigt. Dazu zählen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> › stichprobenbedingte Fehler (z. B. Selektion) › Verzerrungen durch die Erfassung selbst (z. B. aufgrund gesetzlicher Vorgaben) › fehlende Werte › Messfehler (z. B. aufgrund von Abweichungen bei standardisierten Untersuchungen) › Fehler im Rahmen der Datenaufbereitung 		
c) Aktualität der Daten	Ja	Nein/irrelevant
› Im Rahmen des Gesundheitsberichts werden die aktuellsten verfügbaren Daten verwendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Datenauswertung

a) Fallzahlen	Ja	Nein/irrelevant
Es werden absolute Fallzahlen angegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden relative Fallzahlen angegeben, z. B. definiert als Anzahl der Fälle in Bezug auf 100 000 Einwohner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die jeweilige Fragestellung wird die Population unter Risiko definiert, d. h. die Population, aus der die Fälle stammen und die die Erkrankung bekommen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Zähler und Nenner klar und eindeutig definiert, wobei der Zähler die Zahl der Fälle bzw. Ereignisse beinhaltet und der Nenner die Population unter Risiko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Proportionen (ohne Bevölkerungsbezug)	Ja	Nein/irrelevant
Es werden Proportionen (Anteile) ausgewiesen, die Aufschluss über die Verteilung gesundheitsbezogener Ereignisse liefern, z. B. Säuglingssterblichkeit - Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglinge im Verhältnis zu allen Lebendgeburten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Raten (mit Bevölkerungsbezug)	Ja	Nein/irrelevant
Es werden Raten ausgewiesen, die Aufschluss über Häufigkeiten gesundheitsbezogener Ereignisse geben, z. B. Arztkontakte, Neuerkrankungen, Todesfälle oder Geburten in Bezug zur Population unter Risiko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Epidemiologische Kennziffern	Ja	Nein/irrelevant
Folgende epidemiologische Häufigkeitsmaße werden berechnet:		
> Prävalenz/Prävalenzrate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Inzidenz/Inzidenzrate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Mortalität/Mortalitätsrate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Letalität/Letalitätsrate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgende epidemiologische Zusammenhangsmaße werden berechnet:		
> standardisierte Mortalitätsrate (SMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> standardisierte Inzidenzrate (SIR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> relatives Risiko (RR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Hazard Ratio (HR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Odds Ratio (OR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgende epidemiologische Kennziffern, die Trends beschreiben, werden berechnet:		
> absolute Risikodifferenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> relative Risikodifferenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> attributables Risiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> populationsattributables Risiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Gesundheitsökonomische Betrachtungen	Ja	Nein/irrelevant
Es werden gesundheitsökonomische Betrachtungen zu Ausgaben, Kosten, Finanzierung angestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgende Berechnungen werden berücksichtigt:		
<ul style="list-style-type: none"> › Krankheitskostenrechnung, z. B. direkte Kosten, indirekte Kosten › Gesundheitsausgabenrechnung, z. B. Ausgaben im Gesundheitswesen nach Leistungsarten, Einrichtungen sowie Ausgabenträgern › Kennzahlen des Gesundheitswesens, z. B. Beschäftigte im Gesundheitswesen 		
f) Elektronische Verarbeitung und Auswertung	Ja	Nein/irrelevant
Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung werden die Daten elektronisch verarbeitet und ausgewertet. Im Gesundheitsbericht wird die verwendete Software genannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Auswertungsstrategien	Ja	Nein/irrelevant
Alle Schritte der Datenverarbeitung und Datenanalyse werden nachvollziehbar und transparent dokumentiert (Log-Buch, Programm-Syntax).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Rohdatensatz wird einer Plausibilitätsprüfung unterzogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der plausible Rohdatensatz wird einmal in unveränderter Version (d. h. ohne neu gebildete oder umkodierte Variablen) gesichert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Überprüfung von Ergebnissen, die zentralen Schlussfolgerungen zugrunde liegen, wird das Vier-Augen-Prinzip angewendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Interpretation, Schlussfolgerung, Handlungsempfehlungen

a) Herausarbeiten von Problemlagen	Ja	Nein/irrelevant
Im Rahmen des Gesundheitsberichts werden Problemlagen konkretisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemlagen werden durch eine objektive, abwägende Interpretation der Ergebnisse herausgearbeitet. Alternative Erklärungsansätze werden diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Benennung von Handlungsbedarf	Ja	Nein/irrelevant
Im Rahmen des Gesundheitsberichts werden durch die Bewertung der Ergebnisse vordringliche Handlungsbedarfe formuliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Formulierung von Handlungsbedarfen wird kritische Distanz gewahrt, um Instrumentalisierungsversuchen durch Interessenvertretungen entgegenzuwirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlungsempfehlungen werden mit Blick auf mögliche Strategien zur Gefahrenabwehr/Risikominderung formuliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlungsempfehlungen widmen sich Maßnahmen der Prävention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlungsempfehlungen beziehen sich auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen wird auf eine Kongruenz zwischen Ergebnissen und Empfehlungen geachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Evaluation der Umsetzung von Handlungsempfehlungen	Ja	Nein/irrelevant
Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wird die Umsetzung von Handlungsempfehlungen evaluiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institutionen der beteiligten Autorinnen und Autoren

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in
Düsseldorf

Gesundheitsamt Bremen

Bezirksamt Berlin-Mitte

Robert Koch-Institut

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Korrespondenzadresse

Dr. Dagmar Starke

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in
Düsseldorf

Kanzlerstraße 4

40472 Düsseldorf

E-Mail: starke@akademie-oegw.de

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich und die Koautorinnen und Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Herausgeber

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,

Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,

Stefanie Seeling, Martin Thißen,

Dr. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

Tel.: 030-18 754-3400

E-Mail: healthmonitoring@rki.de

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Zitierweise

Starke D, Tempel G, Butler J et al. (2017) Gute Praxis

Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Emp-

fehlungen. Journal of Health Monitoring 2(S1):2–20

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-001

ISSN 2511-2708



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit