



SEPTEMBER 2019
SPECIAL ISSUE

7

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung –
Leitlinien und Empfehlungen 2.0

Journal of Health Monitoring · 2019 4(S1)
DOI 10.25646/6058
Robert Koch-Institut, Berlin

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

¹ Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in
Düsseldorf

² Gesundheitsamt Bremen

³ Bezirksamt Mitte von Berlin

⁴ Robert Koch-Institut, Berlin

⁵ Niedersächsisches Landesgesundheitsamt,
Hannover

⁶ Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen,
Bochum

Eingereicht: 20.12.2018
Akzeptiert: 30.04.2019
Veröffentlicht: 04.09.2019

Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0

Der Version 2.0 der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung haben die Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie zugestimmt.

Dezember 2018

Abstract

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.

Die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung in der Version 2.0 ist das Ergebnis einer Überarbeitung der Vorgängerversion (Stand März 2017), in die Stellungnahmen von einzelnen Expertinnen und Experten sowie verschiedener Institutionen und Verbände auf Landes- und Bundesebene eingeflossen sind. Im Hinblick auf die stetige Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung, zum Beispiel in methodischer Hinsicht mit Blick auf partizipative und qualitative Ansätze, wurden Ergänzungen und Konkretisierungen vorgenommen.

Das Ziel ist es, Gesundheitsberichterstatterinnen und Gesundheitsberichterstattern eine fachliche Orientierung und Handlungshilfe für die Gesundheitsberichterstattung zu bieten. Rückmeldungen sind weiterhin willkommen.

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

1. Vorwort

Wir freuen uns, die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung Version 2.0 wiederum als Special Issue des Journal of Health Monitoring vorlegen zu können. Zahlreiche Stellungnahmen von Gesundheitsberichterstatterinnen und Gesundheitsberichterstattern der kommunalen, Landes- und Bundesebene sowie weiterer Institutionen und Verbände sind in die neue Version eingeflossen. Für diese Beiträge bedanken wir uns herzlich; die dadurch deutlich

gewordene intensive Auseinandersetzung mit der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung empfinden wir als Wertschätzung unserer Arbeit.

Wesentliche Änderungen, die wir in der Version 2.0 durchgeführt haben, betreffen vor allem die Berücksichtigung partizipativer Ansätze und qualitativer Methoden. Wir betrachten eine auf etablierte landesweite, nationale und internationale Indikatoren gestützte Berichterstattung

weiterhin als Basis der Gesundheitsberichterstattung, da diese sowohl die Beobachtung zeitlicher Trends als auch regionale beziehungsweise interkommunale Vergleiche erlauben. Qualitative Methoden können im Rahmen von Mixed-Method-Ansätzen in der Gesundheitsberichterstattung Anwendung finden; wir halten sie insbesondere für geeignet, um Fragestellungen zu entwickeln und um die Komplexität von Problemlagen aufzudecken.

In der Kriterienliste haben wir Konkretisierungen vorgenommen, beispielsweise für den Geschlechterbezug in der Berichterstattung. Diese betreffen etwa die Bedeutung von Vergleichen innerhalb der Geschlechtergruppen sowie die Berücksichtigung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen von Geschlechterunterschieden.

Die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung soll Gesundheitsberichterstatte(r)innen und Gesundheitsberichterstatte(r)ern auf kommunaler, Landes- und Bundesebene sowie innerhalb anderer Institutionen eine Orientierung bieten. Zentrales Anliegen ist es, zu unterstreichen, dass Gesundheitsberichterstattung kein Selbstzweck ist, sondern eine gesellschaftliche Funktion hat und dem alten, immer noch aktuellen Grundsatz "Daten für Taten" folgt.

Die Gesundheitsberichterstattung hat die Aufgabe Problemfelder und Handlungsbedarfe aufzuzeigen, um damit einen Beitrag zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit aller in psychischer, sozialer und physischer Hinsicht zu leisten.

Uns haben Wünsche erreicht, die vor allem die Ebene der Gesetzgebung und die personelle und finanzielle Ausstattung der Gesundheitsberichterstattung betreffen. Wenngleich wir diese inhaltlich nachvollziehen können, und die bestmögliche Datenbasis und Ausstattung wünschen,

ist es nicht Aufgabe einer Guten Praxis Standards zu formulieren, die außerhalb des Einflussbereiches der Gesundheitsberichterstattung liegen.

Wir wünschen allen Nutzerinnen und Nutzern der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung viel Erfolg und hoffen, Sie hierin unterstützen zu können. Auch wenn wir formal kein weiteres Stellungnahmeverfahren einleiten, freuen wir uns weiterhin über Ihre Rückmeldungen, die bei Bedarf zu einer neuen Version führen können.

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 und Sozialmedizin in der Zeit des Nationalsozialismus erst in der jüngeren Vergangenheit neu als politisches Instrument etablieren können. 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 1987 veröffentlichten Gutachten die Etablierung einer Gesundheitsberichterstattung, um Datengrundlagen für gezielte Ressourcenallokationen zu schaffen. Die Surveillance von Gesundheit und Wohlbefinden der

Bevölkerung wird ebenfalls in den vom Regionalkomitee der Weltgesundheitsorganisation für Europa (WHO Europa) 2012 formulierten zehn unentbehrlichen Public-Health-Handlungsfeldern (essential public health operations) als grundlegendes Handlungsfeld benannt.

Die Gesundheitsberichterstattung hat sich in vielen Ländern und Kommunen seit den 1980er Jahren erfolgreich etabliert. Unterstützt wurde dies durch die gesetzliche Verankerung der Gesundheitsberichterstattung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auf der Bundesebene gibt es seit Ende der 1990er Jahre Gesundheitsberichterstattung. Sie wird vom Robert Koch-Institut in enger Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt durchgeführt.

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. Es gehört zu ihren wesentlichen Aufgaben Daten aus verschiedenen Datenquellen zu interpretieren. 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 berücksichtigt dabei geschlechts-, migrations- und lebenslagenbezogene Aspekte und Einflüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung oder ausgewählter Bevölkerungsgruppen.
- ▶ Gesundheitsberichterstattung bildet eine wichtige Basis für die ressortübergreifende Planung von Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien sowie Versorgungsangeboten 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 unterstützt das zivilgesellschaftliche Anliegen der Partizipation.

2.2 Methodische und theoretische Grundlagen der Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung benötigt eine breite Datenbasis. Partizipative und qualitative Methoden zur Ermittlung von relevanten Themen und Problemen können, sofern methodisch begründbar, dabei berücksichtigt werden. Grundlage der Gesundheitsberichterstattung sind valide, im Idealfall einheitlich und standardisiert erhobene Daten. Datenquellen sind eigene, speziell durchgeführte Datenerhebungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie Daten der amtlichen Statistik und prozessgenerierte Daten anderer Institutionen des Gesundheitssystems (Sekundärdaten). In die Gesundheitsberichterstattung fließen gesonderte Analysen dieser Daten ebenso wie (international/national/landesweit) abgestimmte, standardisierte und routinemäßig aufbereitete Indikatoren ein. Die Expertise der Datenhalterinnen und 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 Gesundheits-surveys 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, gewinnt zunehmend an Bedeutung. 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.

Eine integrierte Berichterstattung, die in Kooperation ressortübergreifend, intersektoral und unter Einbeziehung verschiedener Stakeholder erfolgt, bedarf spezifischer Leitlinien und einer eigenen Guten Praxis.

2.3 Arbeitsgrundlagen, Rahmenbedingungen und Ressourcen für Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung ist eine komplexe Aufgabe. Sie erfordert spezifisches Wissen und ausreichende personelle, zeitliche, finanzielle und infrastrukturelle 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 mit Gesundheitsberichterstattung befassten Personen 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 der Abweichungen und ihre Begründung stellen sicher, dass dies im Einklang mit der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung 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 [3] verwiesen. Wenn Gesundheitsberichte Aussagen enthalten, die als Gesundheitsinformationen verstanden werden können (zum Beispiel im Hinblick auf gesundheitsförderliches Verhalten oder den Umgang mit Gesundheitsrisiken), sollen auch die Leitlinien zur Guten Praxis Gesundheitsinformation [4] berücksichtigt werden.

3. Leitlinien und Empfehlungen

Leitlinie 1 (Ethik)

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

Die Zielsetzungen einer Public-Health-Ethik sollen in der Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt werden.

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, finanziellen und infrastrukturellen Ressourcen eine angemessene methodische und fachliche Qualifikation der damit 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, ergänzenden Sonderauswertungen und Expertisen getroffen werden. Dies gilt auch für Kooperationen mit wissenschaftlichen Einrichtungen.

Leitlinie 3 (Public Health)

Gesundheitsberichterstattung liefert eine empirische Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen.

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

Empfehlung 3.1

Gesundheitsberichterstattung soll Fragestellungen mit Public-Health-Relevanz, etwa im Hinblick auf spezifische Bevölkerungsgruppen, spezifische Erkrankungen oder auffällige Häufungen von Krankheitsfällen, thematisieren und analysieren.

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 Design ab, das die Untersuchungspopulation, die Auswahl der Datengrundlagen und die Verfahren der Datenerhebung und -auswertung berücksichtigt. Damit werden auch eine Beurteilung der

Aussagenreichweite sowie eine Einschätzung des Zeitaufwandes und der Kosten möglich.

Empfehlung 4.1

Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt bei der Themenauswahl die Aktualität, die Public-Health- und Politikrelevanz, nennt Ziel, Anlass und Zielgruppen, die erreicht werden sollen.

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.

Empfehlung 4.3

In die Berichterstattung werden die Erkenntnisse aus anderen Berichtssystemen wie etwa der Sozial-/Bildungs- und Umweltberichterstattung integriert. So lassen sich die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung adäquat interpretieren und einordnen.

Empfehlung 4.4

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 bestmöglich zugänglichen Daten sowie auf unterschiedlichen politischen Ebenen konsentierten Indikatoren 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. Die datenhaltende Stelle ist stets 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.

Empfehlung 5.4

Gesundheitsberichterstattung weist auf Datenlücken hin und prüft bedarfsabhängig die Erschließung neuer Datenquellen.

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.

Empfehlung 7.2

Die Replizierbarkeit der Analysen und Ergebnisse soll gewährleistet werden.

Empfehlung 7.3

Qualitative Verfahren der empirischen Sozialforschung werden in der Gesundheitsberichterstattung vor allem im Rahmen partizipativer Ansätze genutzt. Die Entscheidung für ein qualitatives Verfahren ist methodisch zu begründen, bei der Auswertung der erhobenen Daten sind wissenschaftlich etablierte Techniken, wie zum Beispiel Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse, anzuwenden.

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.

Empfehlung 8.4

Ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung ist die Interpretation der Daten und die Formulierung von Handlungsempfehlungen. Bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen bedarf es der Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren aus anderen relevanten Bereichen.

Leitlinie 9 (Datenschutz)

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

Gesundheitsdaten sind sensible Daten und aus ethischen sowie rechtlichen Gründen besonders schützenswert.

Empfehlung 9.1

Zu den geltenden Datenschutzbestimmungen ist der beziehungsweise die zuständige Datenschutzbeauftragte hinzuzuziehen.

Leitlinie 10 (Kommunikation)

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

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

Empfehlung 10.1

Gesundheitsberichterstattung verwendet eine klare, allgemeinverständliche sowie nicht diskriminierende Sprache und spricht die jeweiligen Zielgruppen adäquat an.

Empfehlung 10.2

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

in den neuen Medien verbreitet werden, dabei ist auf Barrierefreiheit zu achten.

Empfehlung 10.3

Die Produkte der Gesundheitsberichterstattung sollen attraktiv und ansprechend gestaltet werden. Grafiken und Illustrationen wirken unterstützend. Kernergebnisse sollten hervorgehoben werden.

Empfehlung 10.4

Die Gesundheitsberichterstattung nutzt die Möglichkeit, die Ergebnisse proaktiv in den jeweiligen Zielgruppen, der Fachöffentlichkeit und relevanten Akteurinnen und 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

Qualitätssicherung durchzieht alle Stadien der Berichterstattung. Sie betrifft alle eingesetzten relevanten Instrumente und Verfahren sowohl bei der Datenerhebung (bzw. Datenauswahl) und -aufbereitung als auch bei der Berechnung und Interpretation bis hin zur Ableitung von Handlungsempfehlungen.

Empfehlung 11.2

Im Rahmen der Nutzung von Sekundärdaten sind diese auf Plausibilität zu prüfen. Eventuelle Auffälligkeiten und/oder systematische Fehler sind an die datenerhebende Stelle zurückzumelden.

Empfehlung 11.3

In die Qualitätssicherung sollten unbeteiligte, fachlich qualifizierte Dritte einbezogen werden.

Korrespondenzadresse

Dr. Dagmar Starke
Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
Kanzlerstraße 4
40472 Düsseldorf
E-Mail: starke@akademie-oegw.de

Zitierweise

Starke D, Tempel G, Butler J, Starker A, Zühlke C et al. (2019)
Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung –
Leitlinien und Empfehlungen 2.0.
Journal of Health Monitoring 4(S1): 1–22.
DOI 10.25646/6058

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Förderungshinweis

Die Entwicklung und Überarbeitung der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung sowie die Erstellung dieses Beitrags erfolgte ohne externe Fördermittel im Rahmen der dienstlichen Tätigkeit der Autorinnen und Autoren.

Interessenkonflikt

Dagmar Starke ist als Referentin für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf für die Vermittlung der Inhalte dieser Themengebiete in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitswesens verantwortlich. Günter Tempel leitet im Gesundheitsamt Bremen das Referat Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Jeffrey Butler ist seit über 20 Jahren im Bezirksamt Mitte von Berlin für Gesundheits- und Sozialberichterstattung zuständig. Anne Starker arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Robert Koch-Institut in der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, in der die Gesundheitsberichterstattung des Bundes verankert ist. Christel Zühlke ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt in den Bereichen Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsschutz von Flüchtlingen tätig. Brigitte Borrmann leitet die Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen.

Literatur

1. Hoffmann W, Latza U, van den Berg N et al. (2018) Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP) – Überarbeitete Fassung 2018. https://www.dgepi.de/assets/Leitlinien-und-Empfehlungen/66777155c7/Leitlinien_fuer_Gute_Epidemiologische_Praxis_GEP_vom_September_2018.pdf (Stand: 15.01.2019)
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: 15.01.2019)
4. Arbeitsgruppe GPGI (2016) Gute Praxis Gesundheitsinformation. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 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 „Trifft nicht zu“).

1. Wissenschaftliches Arbeiten

Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Bei der Erstellung des Gesundheitsberichts werden folgende Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens berücksichtigt: > 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 offengelegt, > 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Berichtssystem

a) Erkennbarkeit von Auftraggeberin bzw. Auftraggeber und Autorinnen und Autoren	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Im Rahmen des Gesundheitsberichts werden die Auftraggeberin bzw. der Auftraggeber klar benannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Autorinnen und Autoren sind genannt (ggf. mit Tätigkeit und Institution).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögliche Interessenkonflikte sind dargelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Planung der Berichterstellung	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Bezogen auf die Fragestellung des Gesundheitsberichts erfolgt die Erstellung ...			
> interdisziplinär, d. h. Zusammenarbeit mehrerer wissenschaftlicher Disziplinen,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> multiprofessionell, d. h. Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> integrativ, d. h. Zusammenarbeit mehrerer Fachbereiche/Ämter/Behörden,	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
> unter Einbindung externer Expertinnen und Experten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbare finanzielle und personelle Ressourcen sind ermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es liegt ein Zeitplan unter Einbeziehung aller relevanten Akteurinnen und Akteure vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aufbau des Gesundheitsberichts	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Der Gesundheitsbericht orientiert sich an folgendem Aufbau:			
> Inhaltsverzeichnis,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abbildungs-/Tabellenverzeichnis,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abkürzungsverzeichnis,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Vorwort/Einleitung,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Zusammenfassung, die folgende Punkte beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> • Auftraggeberin/Auftraggeber des Berichts, • Ziele des Berichts, • Zielgruppe des Berichts, • zentrale Ergebnisse des Berichts, Handlungsempfehlungen, 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abschnitt zum Hintergrund/Anlass der Berichterstellung bzw. zur Public-Health-Relevanz des Themas,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abschnitt, in dem die Daten beschrieben werden,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abschnitt, in dem die Methoden beschrieben werden,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abschnitt, in dem die Ergebnisse dargestellt werden,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Abschnitt, in dem die Ergebnisse diskutiert werden,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Handlungsempfehlungen (siehe 7.b–c).	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
> zur Herausgeberin/zum Herausgeber,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> zum Erscheinungsjahr,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> zum Erscheinungsort,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> zur Ansprechpartnerin/zum Ansprechpartner,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> zur Auflage des Berichts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird eine Kontaktadresse genannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Finanzierung	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Die Finanzierung des Gesundheitsberichts wird transparent gemacht.			
> Die Finanzierung erfolgt aus Haushaltsmitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Die Finanzierung erfolgt (teilweise) durch Drittmittel (von wem).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Stil, Layout, Druck und Verbreitung

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

d) Verbreitung	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Der Gesundheitsbericht ist im Internet frei zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitsbericht ist im Internet nur nach Registrierung zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der im Internet bereitgestellte Gesundheitsbericht erfüllt die Anforderungen an barrierefreie Dokumente.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Die Veröffentlichung des Gesundheitsberichts wird über verschiedene Medien bekannt gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ergebnisse werden proaktiv in den jeweiligen Adressatinnen- und Adressatengruppen präsentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Berichtsgegenstand

a) Zielsetzung	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Die Zielsetzung des Berichts wird nachvollziehbar beschrieben und begründet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziele des Berichts können zum Beispiel sein: <ul style="list-style-type: none"> > 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, eine spezifische Bevölkerungsgruppe oder eine auffällige Häufung von Krankheitsfällen, > 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	Trifft nicht zu
Die dem Bericht zugrunde liegende Bevölkerung ist in demografischer Hinsicht korrekt dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je nach Berichtsgegenstand können folgende Angaben relevant sein: <ul style="list-style-type: none"> > Bevölkerung (mittlere Bevölkerung/Stichtagsbevölkerung) > Geschlechterverteilung > Altersverteilung > Jugend- und Altenquotient > Migrationshintergrund/Migrationsbiografie: <ul style="list-style-type: none"> • Geburtsland (bei Kindern und Jugendlichen das Geburtsland der Eltern) • Zeitpunkt der Zuwanderung nach Deutschland • Staatsangehörigkeit > Wanderungsbewegungen (Binnen- und Außenmigration) > Bevölkerungsprognosen > Geburtenrate > Fertilitätsrate > Mortalitätsrate > Verlorene Lebensjahre > Vermeidbare Todesfälle <p>Hinweis: Alle wichtigen Maßzahlen sowie die dazugehörigen Definitionen sind z. B. im Indikatorensetz der Länder zu finden, die von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) herausgegeben werden.</p>			

c) Geschlechterbezug	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Die Auswertung der Daten erfolgt geschlechtervergleichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Auswertung der Daten erfolgt geschlechtersensibel, indem nicht nur zwischen den Geschlechtern verglichen wird, sondern auch Differenzen innerhalb der Geschlechtergruppen berücksichtigt werden, z. B. in Abhängigkeit von sozialer Lage, Alter oder Migrationshintergrund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Erklärung von geschlechtsbezogenen Unterschieden werden Geschlechterstereotypen vermieden, indem gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen berücksichtigt sowie theoretische Ansätze herangezogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sozial differenzierte Betrachtungsweise	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Der individuelle soziale Status, erfasst durch (Schul-)Bildung, Beruf, berufliche Stellung und Einkommen, wird berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Die soziale Struktur einer Gebietseinheit wird berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<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-Empfängerinnen und -Empfänger, > der Anteil geringfügig Beschäftigter, > das mittlere Einkommen (Medianeinkommen), > der Anteil Alleinerziehender, > der Anteil hilfebedürftiger Kinder gemäß Sozialgesetzbuch (SGB II). 			
e) Altersbezogene Betrachtungsweise	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Es wird eine der Fragestellung angemessene Kategorisierung des Alters gewählt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Vergleiche unterschiedlicher Gebiete wird eine angemessene Form der direkten Altersstandardisierung verwendet: <ul style="list-style-type: none"> > Alte/Neue Europastandardbevölkerung, > Standardbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im letzten verfügbaren Jahr, > Regionale Altersverteilung des Bundeslandes. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen für Vergleiche lediglich Angaben für die Standardbevölkerung vor, so wird die indirekte Altersstandardisierung verwendet.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
f) Lebensphasenbezogene Betrachtungsweise	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Je nach Fragestellung des Berichts wird den einzelnen Lebensphasen (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, jüngere/ältere Alte) Rechnung getragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Migrationssensible Betrachtungsweise	Ja	Nein	Trifft nicht zu
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"/>	<input type="checkbox"/>

h) Inklusionssensible Betrachtungsweise	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Je nach Fragestellung des Berichts werden die Belange von Menschen mit Behinderung(en) angemessen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Zeitliche Entwicklung und Trends	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Um Veränderungen der gesundheitlichen Lage verfolgen zu können, werden zeitliche Vergleiche angestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Veränderungen der gesundheitlichen Lage verfolgen zu können, werden Trends berechnet.			
j) Regionale Vergleiche	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Um regionale Unterschiede zu ermitteln, werden anhand geeigneter und relevanter Indikatoren Vergleiche angestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Datengrundlage, Datenqualität

a) Datenauswahl	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Die Datenauswahl erfolgt gemäß den Fragestellungen des Gesundheitsberichts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Daten <ul style="list-style-type: none"> > sind Routinedaten und stammen 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. epidemiologischen Krebsregistern, Herzinfarktregistern), • dem Zensus, • dem Einwohnermeldeamt. > stammen aus wissenschaftlichen Untersuchungen. > stammen aus eigenen Erhebungen. > stammen aus anderen Datenquellen/von anderen datenhaltenden Stellen. 			
Es ist geprüft, ob die herangezogenen Datenquellen für die Beantwortung der gestellten Fragen geeignet sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Genauigkeit	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Im Rahmen des Gesundheitsberichts wird auf mögliche Unschärfebereiche statistischer Ergebnisse hingewiesen bzw. bei der Interpretation der Daten berücksichtigt. Dazu zählen: <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. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aktualität der Daten	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Im Rahmen des Gesundheitsberichts werden die aktuellsten verfügbaren Daten verwendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Datenauswertung

a) Fallzahlen	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Es werden absolute Fallzahlen angegeben.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
b) Proportionen	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Es werden Proportionen (Anteile) ausgewiesen, die Aufschluss über die Verteilung gesundheitsbezogener Ereignisse liefern, z. B. Anteil der Krebsmortalität in Bezug auf die Gesamtmortalität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Raten	Ja	Nein	Trifft nicht zu
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"/>	<input type="checkbox"/>
d) Epidemiologische Kennziffern	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Folgende epidemiologische Häufigkeitsmaße wurden berechnet:			
> Prävalenz/Prävalenzrate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Inzidenz/Inzidenzrate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Mortalität/Mortalitätsrate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Letalität/Letalitätsrate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgende epidemiologische Zusammenhangsmaße wurden berechnet:			
> standardisierte Mortalitätsrate (SMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> standardisierte Inzidenzrate (SIR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Relatives Risiko (RR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Hazard Ratio (HR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Odds Ratio (OR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgende epidemiologische Kennziffern , die Trends beschreiben, wurden berechnet:			
> absolute Risikodifferenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> relative Risikodifferenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> attributables Risiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> populationsattributables Risiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Gesundheitsökonomische Betrachtungen	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Es werden gesundheitsökonomische Betrachtungen zu Ausgaben, Kosten, Finanzierung angestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgende Berechnungen werden berücksichtigt: > 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	Trifft nicht zu
Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung werden die Daten elektronisch verarbeitet und ausgewertet sowie die dabei verwendete Software genannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Auswertungsstrategien	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Alle Schritte der Datenverarbeitung und Datenanalyse werden nachvollziehbar und transparent dokumentiert (Log-Buch, Programm-Syntax).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Rohdatensatz wird einer Plausibilitätsprüfung unterzogen.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Überprüfung von Ergebnissen, die zentralen Schlussfolgerungen zugrunde liegen, wird das Vier-Augen-Prinzip angewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Auswertung qualitativer Daten	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Alle Schritte der Datenverarbeitung und Datenanalyse werden nachvollziehbar und transparent dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine konsensuelle Validierung der Ergebnisse innerhalb der am Projekt Beteiligten (ggf. auch unter Einbeziehung der Teilnehmenden) ist durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Geltungsbereich der Untersuchungsergebnisse ist dargelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Interpretation, Schlussfolgerung, Handlungsempfehlungen

a) Herausarbeiten von Problemlagen	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Im Rahmen des Gesundheitsberichts werden Problemlagen konkretisiert.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Verallgemeinerungen (insbesondere bei der Verwendung qualitativer Daten) werden vermieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Benennung von Handlungsbedarf	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Im Rahmen des Gesundheitsberichts werden durch die Bewertung der Ergebnisse vordringliche Handlungsbedarfe formuliert.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Handlungsempfehlungen werden mit Blick auf mögliche Strategien zur Gefahrenabwehr/Risikominderung formuliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlungsempfehlungen widmen sich Maßnahmen der Prävention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlungsempfehlungen beziehen sich auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c) Evaluation der Umsetzung von Handlungsempfehlungen	Ja	Nein	Trifft nicht zu
Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wird die Umsetzung von Handlungsempfehlungen evaluiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



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