Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1067–1075
https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z
Online publiziert: 10. Juli 2020
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

Nicole Rosenkötter[1] · Brigitte Borrmann[1] · Laura Arnold[2] · Andreas Böhm[3]

[1] Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung, Landeszentrum Gesundheit NRW, Bochum, Deutschland
[2] Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, Deutschland
[3] Abteilung Gesundheit, Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik, Gesundheitsziele, Gesundheitsberichterstattung, Psychiatrie, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV), Potsdam, Deutschland

Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis

Einleitung

Population Health Monitoring (Gesundheitsberichterstattung) hat weltweit die gleiche Funktion:

Population health monitoring is the regular and institutionalized production and dissemination of information and knowledge about the health status of a population and its determinants, aimed at informing policy-making [1].

Auch in den Ländern und Kommunen Deutschlands soll die Gesundheitsberichterstattung (GBE) die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und die maßgeblichen Einflussfaktoren beschreiben, um damit als Informationsgrundlage für rationale politische Entscheidungen zu dienen. Die neuere, new-public-health-orientierte GBE in Ländern und Kommunen kann auf eine knapp 30-jährige Geschichte zurückblicken. In Nordrhein-Westfalen wurde 1991 der erste Gesundheitsbericht auf Länderebene veröffentlicht, der sich deutlich von vorhergehenden Datensammlungen und Statistikberichten unterschied [2]. Etwa zur gleichen Zeit begann in Nordrhein-Westfalen der Austausch mit kommunalen AkteurInnen, um die modellhafte Entwicklung einer kommunalen GBE voranzutreiben [3].

Die GBE ist, entsprechend der Aufgabenbeschreibung der Weltgesundheitsorganisation, eine von 10 zentralen Aufgaben (Essential Public Health Operation) des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD; [4]). Im 2018 verfassten Leitbild des ÖGDs in Deutschland wird die GBE ebenfalls als Kernaufgabe aufgeführt [5]. Auch in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder wird die GBE als Aufgabe des ÖGDs benannt. Sie ist in den Gesundheitsabteilungen der für Gesundheit zuständigen Landesministerien oder in nachgeordneten Behörden der Länder sowie in den kommunalen Gesundheitsämtern angesiedelt.

Der Routinecharakter der institutionalisierten GBE, aber auch der vorgegebene Auftrag, Politik und Öffentlichkeit fortlaufend zu informieren, unterscheidet die GBE von episodischen Forschungsberichten und wissenschaftlichen Publikationen zu den Ergebnissen epidemiologischer Studien (**Infobox 1 und 2**).

Im Folgenden werden zunächst die landesspezifischen gesetzlichen Grundlagen für die GBE einander gegenübergestellt.

Im Hauptteil dieses Artikels geht es um Herausforderungen der GBE auf Ebene der Länder und Kommunen und um diesbezügliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Hier werden Themen aus den Bereichen Ressourcen der GBE, Datengrundlagen, Berichterstattung, GBE-Impact und ressortübergreifendes Arbeiten aufgegriffen sowie wegweisende Praxisbeispiele benannt, die aufzeigen sollen, wie den Herausforderungen begegnet werden kann.

In der Schlussbetrachtung und dem Resümee werden die Beobachtungen zusammengefasst und kritisch diskutiert.

Verankerung von GBE in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder

In nahezu allen Bundesländern ist GBE in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder verankert, oftmals bereits in den gleich zu Beginn aufgeführten Ziel- und Aufgabenbeschreibungen des ÖGDs. Die jeweilige Ausgestaltung sowie der vorgeschriebene Grad an Verbindlichkeit variieren jedoch erheblich (siehe u. a. [6, 7]). So existiert in manchen Ländern lediglich eine Rahmenverordnung zur Beobachtung und Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung, während andere Gesundheitsdienstgesetze einen detaillierten Rahmen für die GBE vorgeben. Differenziert man zudem nach Landesebene und kommunaler Ebene, zeigt sich eine noch deutlichere Heterogenität in der Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen. Dies spiegelt sich u. a. in der gesetzlich vorgegebenen Zuständigkeit, der Periodizität, den inhaltlichen Vorgaben zu Datenquellen und Indikatoren sowie dem Verwendungszweck der GBE als gesundheitspolitisches Planungs- und Steuerungsinstrument wider (**Tab. 1**).

- Eine gesetzlich verankerte Zuständigkeit zur GBE findet sich in der Mehrheit aller Länder bzw. Stadtstaaten. Sachsen und Thüringen

Tab. 1 Verankerung von Gesundheitsberichterstattung in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder (Stand 02/2020)

	Zuständigkeit		Periodizität		Datenquellen/ Indikatoren		Planungsbezug		Gremienbezug		Evaluation		GBE-relevante Paragrafen
	Land	Kommune	Land	Kommune	Land	Kommune	Land	Kommune	Land	Kommune	Land	Kommune	
BW	x	x	–	–	–	x	–	x	–	x	–	x	§§ 1,6,16,20 ÖGDG
BY	x	x	–	–	–	–	x	x	–	–	–	–	Art. 10 GDVG
BE[a]	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	§§ 1, 2, 5, 6 GDG
BB	x	x	–	–	–	–	x	x	–	–	–	–	§§ 1, 9 BdgGDG
HB	x	x	x	x	x	–	x	x	–	–	–	–	§§ 2, 9–12 ÖGDG
HH[a]	x	x	x	x	x	x	x	x	–	–	–	–	§§ 4, 5 HmbGDG
HE	(x)	x	–	–	–	x	–	x	–	–	–	–	§§ 1, 10, 13 HGöGD
MV	x	x	x	–	–	–	x	x	–	–	–	–	§§ 1, 24 ÖGDG M-V
NI	x	x	–	–	–	x	x	x	–	–	–	–	§ 8 NGöGD
NW	x	x	x	x	–	x	x	x	x	x	–	–	§§ 2, 6, 7, 21, 23–25, 27 ÖGDG NRW
RP	x	(x)	x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	§§ 1, 5, 10 ÖGdG
SL	x	x	–	–	–	–	x	x	–	–	–	–	§§ 1, 6 ÖGDG
SN	(x)	(x)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	§ 1 SächsGDG
ST	x	x	x	–	–	–	x	x	–	–	–	–	§§ 1, 11, 12 GDG LSA
SH	x	x	x	x	–	–	x	x	–	–	–	–	§§ 4, 6 GDG
TH	(x)	(x)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	§ 1 ÖGD-Verordnung
Summe x	13	13	8	5	3	6	11	13	2	3	1	2	–
Prozent x	81,3 %	81,3 %	50,0 %	31,3 %	18,8 %	37,5 %	68,8 %	81,3 %	12,5 %	18,8 %	6,3 %	12,5 %	–

x gesetzliche Regelung, (x) gesetzliche Regelung unspezifisch, ***GBE*** Gesundheitsberichterstattung
Länderkürzel: Baden-Württemberg (BW), Bayern (BY), Berlin (BE), Brandenburg (BB), Bremen (HB), Hamburg (HH), Hessen (HE), Mecklenburg-Vorpommern (MV), Niedersachsen (NI), Nordrhein-Westfalen (NW), Rheinland-Pfalz (RP), Saarland (SL), Sachsen (SN), Sachsen-Anhalt (ST), Schleswig-Holstein (SH), Thüringen (TH)
Stand: 02/2020. Die Auswahl der einbezogenen Kategorien erfolgte schrittweise, die zunächst deduktiv erarbeiteten Indikatoren wurden nach der ersten Zuordnung wie folgt extrahiert: Zuständigkeit (Angaben zur Zuständigkeit der Träger der öffentlichen Verwaltung), Periodizität (zeitliche Angaben zur Vorlage/Veröffentlichung), Datenquellen/Indikatoren (Angaben zu Datenquellen/Indikatoren – inhaltliche Vorgaben, Hinweise zur Datenweitergabe etc.), Planungsbezug (Angaben zur gesundheitspolitischen Steuerungsfunktion der GBE), Gremienbezug (Rechenschaftspflicht durch Vorlage bei übergeordneten Verwaltungsstrukturen, (kommunal-)politischen Gremien, Parlamenten, Gesundheitskonferenzen o. Ä.), Evaluation (Einbezug der GBE zu Evaluationszwecken)
[a]Bezirke als kommunale Ebene bewertet

schreiben dem ÖGD lediglich eine Datenerfassung und Verarbeitung ohne Vorgaben zur Berichtlegung vor, Hessen legt keine eindeutige GBE-Zuständigkeit auf Landesebene fest, dafür aber auf kommunaler Ebene.

- Die Hälfte aller Gesundheitsdienstgesetze beinhaltet Vorgaben zur Periodizität der Berichterstattung auf Landesebene, zum Teil inklusive Angaben zum Turnus, variierend von 1-Jahres- bis 5-Jahres-Zeiträumen. Für die kommunale Ebene (bzw. Bezirksebene) finden sich vor allem in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen spezifische Angaben zum Berichtsturnus.
- Inhaltliche Vorgaben zur Ausgestaltung auf Landes- wie auf kommunaler Ebene sind in knapp der Hälfte aller Gesetzestexte enthalten. Die obersten Gesundheitsbehörden können durch Rechtsverordnungen u. a. die zu erhebenden Daten inklusive Weitergaberegelungen, Auswahl von Themenfeldern, Umfang und Turnus für Landesberichte und kommunale Berichte festlegen, wobei sich keine Angaben zur jeweiligen Aggregationsebene finden. Die i. d. R. unverbindlichen Konkretisierungen zu den Berichtsinhalten umfassen z. B. eine zielgruppenbezogene und geschlechterspezifische Darstellung, die Berücksichtigung sozialer und umweltbezogener Determinanten von Gesundheit sowie die Versorgungslage. Eine explizite Erwähnung einer sozialraumorientierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung findet sich lediglich in Berlin und das sowohl auf Ebene der Bezirke wie auf Landesebene. Für die GBE auf kommunaler Ebene finden sich zudem Vorgaben zur anonymisierten Datenweitergabe der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen (z. B. Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen) und Zahngesundheitspflege (z. B. Niedersachsen).
- Die Mehrheit aller Gesundheitsdienstgesetze attestiert der GBE einen eindeutigen Planungsbezug

und orientiert sich dabei am gesundheitspolitischen Planungsmodell der Public Health Trias [8] bzw. dem darauf basierenden Public Health Action Cycle [9]. Mit der Bestands- und Bedarfsanalyse (*Assessment*) durch die GBE wird die Grundlage für die Maßnahmenplanung und Entwicklung von Zielvorstellungen (*Policy Formulation*) sowie die Implementierung von Maßnahmen (*Assurance*) gelegt. Dies gilt gleichermaßen für die kommunale wie die Landesebene. Mit Baden-Württemberg und Berlin beziehen zwei Länder in ihren Gesundheitsdienstgesetzen die GBE auf kommunaler (Berlin: auf Bezirksebene) zudem auch bei der Evaluation von Maßnahmen ein. Allerdings bleiben die meisten Gesundheitsdienstgesetze hierbei unspezifisch und beinhalten kaum verbindliche Vorgaben zur Umsetzung der Planungsprozesse. Nur in den Ländern Baden-Württemberg, Berlin und Nordrhein-Westfalen enthalten die Gesetzestexte eindeutige Gremienbezüge, beispielsweise zu kommunalen Gesundheitskonferenzen, oder machen Vorgaben zur Berichtspflicht im Landesparlament bzw. Kreistag.

GBE in Ländern und Kommunen – Herausforderungen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten

Ressourcen für die GBE – Menschen, Daten, Technik

Zu den Produkten der GBE zählen neben Gesundheitsberichten auch regelmäßig zu pflegende Indikatorensysteme, Metadaten, (Info-)Grafiken und interaktive Gesundheitsatlasangebote bzw. Dashboards. Zur Förderung der Transparenz und der Diskussion von GBE-Inhalten ist es sinnvoll, wenn GesundheitsberichterstatterInnen sich an fachlich relevanten (wissenschaftlichen) Veranstaltungen, Fachausschüssen und Gremien beteiligen. Hierfür werden vielfältige Ressourcen benötigt [10, 11]. Dazu gehören zum Beispiel

- einschlägig ausgebildete und fortlaufend weitergebildete Fachkräfte mit Public-Health- und Epidemio-

Zusammenfassung · Abstract

Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1067–1075 https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

N. Rosenkötter · B. Borrmann · L. Arnold · A. Böhm

Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis

Zusammenfassung

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) nutzt Daten, Indikatoren und wissenschaftliche Erkenntnisse, um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und die maßgeblichen Einflussfaktoren zu beschreiben. Mithilfe der GBE soll eine Informationsgrundlage für rationale politische Entscheidungen im Gesundheitsbereich geschaffen werden. Die GBE ist national, aber auch auf Ebene der Länder und Kommunen verortet. In diesem Artikel werden die gesetzlichen Grundlagen für die GBE in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder sowie aktuelle Herausforderungen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten aus der Perspektive der Landes- und kommunalen GBE beschrieben.

Die gesetzliche Grundlage für eine Landes- und kommunale GBE ist in fast allen Ländern gegeben. Der Detailliertheitsgrad der Landesgesetze bezüglich der Zuständigkeit, der Periodizität, der inhaltlichen Vorgaben und des Verwendungszwecks variiert jedoch erheblich. Die GBE muss auf vielfältige Herausforderungen im Bereich der Ressourcen für die GBE, der Datengrundlagen, der (ressortübergreifenden) Berichterstattung und des Impacts reagieren. Praxisbeispiele illustrieren, wie den Herausforderungen begegnet und wie die GBE weiterentwickelt und verbessert werden kann.

Aufgrund der gesetzlichen Verankerung der Landes- und kommunalen GBE, ihres Routinecharakters und einer Verortung nah an den Lebenswelten der Menschen hat die GBE die Möglichkeit, Public Health an der Basis mitzugestalten und ein Wegbereiter für mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu sein.

Schlüsselwörter

Gesundheitsberichterstattung · Öffentlicher Gesundheitsdienst · Indikator · Gesundheitsdienstgesetze · Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Subnational population health monitoring and reporting: public health at the grassroots level

Abstract

Population health monitoring and reporting provides regular and up-to-date information on health outcomes and its determinants. The outputs of population health monitoring aim to inform policymakers and other stakeholders to develop fact-based decisions. Population health monitoring is located at the national, but also federal state and county level. This paper describes the legal basis for population health monitoring in the federal states' public health acts as well as current challenges and possibilities for further development from a federal state and county perspective on population health monitoring. A legal basis for population health monitoring on the federal state and county level exists for almost all federal states in Germany. The level of detail of these laws varies in terms of responsibility, periodicity of population health monitoring and reporting, content, and designated use. Population health monitoring needs to respond to challenges in the areas of population health monitoring resources, data sources, (intersectoral) reporting, and impact. Practical examples illustrate how the challenges can be handled and further development can take place. Based on its solid legal basis, being a routine task, and its close link to the living conditions of the population, population health monitoring on the federal state and county level has the possibility for cocreating public health at the grassroots level and to be a pioneer for health equity.

Keywords

Public health reporting · Public health authority · Indicator · Public health law · Subnational public health reporting

Infobox 1 GBE versus Epidemiologie

„Gegenstand epidemiologischer Studien ist die Untersuchung der Bedingungen von Gesundheit sowie von Ursachen, Auftreten, Verlauf und Folgen von Erkrankungen in menschlichen Populationen bzw. in definierten Bevölkerungsgruppen" [40]. Verbindende Elemente von GBE und Epidemiologie sind der beobachtende Charakter der Untersuchungen bzw. Datenanalysen und das Interesse, die Verteilung von Krankheiten und Risikofaktoren in einer Bevölkerung und die damit zusammenhängenden Merkmale zu beschreiben. Für die Datenbearbeitung in der GBE werden Verfahren der Epidemiologie angewandt und Erkenntnisse epidemiologischer Forschung fließen in die Berichterstellung ein. Während in der Epidemiologie Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenem Outcome und verschiedenen Einflussfaktoren untersucht werden, geht es in der GBE in erster Linie um das kontinuierliche Monitoring der Bevölkerungsgesundheit und das Aufdecken von Handlungsbedarfen für die jeweilige politische Ebene.

Infobox 2 Daten, Kennzahlen und Indikatoren

In die GBE fließen Daten aus verschiedensten Datenquellen ein. In erster Linie handelt es sich dabei um aggregierte Daten aus amtlichen Statistiken. Ein Teil dieser Daten dient der Berechnung von definierten epidemiologischen Kennzahlen (z. B. Prävalenz und Inzidenz), die ebenfalls in die GBE einfließen. Diese Kennzahlen reichen nicht aus, um einen Gesamtüberblick über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und deren Entwicklung zu geben. Ein Indikatorensystem, das weitere klar definierte und operationalisierte Kennzahlen, enthält und kontinuierlich über längere Zeiträume gepflegt wird, stellt eine stabile Wissensbasis dar. Neben der Beobachtung von Trends und regionalen Unterschieden dienen Indikatoren ggf. auch zur Kontrolle der Erreichung strategischer Ziele.

Infobox 3 Der Indikatorensatz der Ländergesundheitsberichterstattung

Bereits vor dem Aufbau einer nationalen Gesundheitsberichterstattung wurde im Jahr 1991 die erste Version eines Länderindikatorensatzes mit 190 Indikatoren veröffentlicht. Er sollte als Grundlage für Gesundheitsrahmenberichte der Länder dienen.
1996 wurde nach ersten Erfahrungen mit dieser Datenbasis eine überarbeitete und gekürzte Version verabschiedet. Die Veröffentlichung der heute gültigen, dritten Version des Indikatorensatzes erfolgte 2003 auf Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) und im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenzen [41]. Das heißt, die Gesundheitsministerien aller Länder haben sich auf diesen Indikatorensatz geeinigt. Die insgesamt 297 Indikatoren verteilen sich auf die Themenfelder: Bevölkerung, wirtschaftliche und soziale Lage; Morbidität und Mortalität; Gesundheitsverhalten; Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt; Einrichtungen des Gesundheitswesens; Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung; Beschäftigte und Ausbildung sowie Ausgaben und Kosten im Gesundheitswesen. Bis zu 80 Indikatoren (je nach Land) liegen auch auf Kreisebene vor. Die Indikatoren werden fortlaufend aktualisiert und es gibt länderspezifische Ergänzungen.
Zurzeit wird ein ergänzendes Indikatorensystem für die Präventionsberichterstattung der Länder entwickelt.

logieexpertise sowie Fachkräfte mit Kompetenzen im Bereich Grafikdesign, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit [4],
- Netzwerke bestehend aus GesundheitsberichterstatterInnen, WissenschaftlerInnen (insbesondere aus dem Public-Health-Bereich) und ExpertInnen für Wissensvermittlung (Knowledge Broker), um Wissen zu bündeln und die Verbreitung von GBE-Produkten zu fördern,
- Zugänge zu Datenquellen (z. B. auch Versorgungsdaten wie Daten der kassenärztlichen Vereinigungen oder die DaTraV-Daten), um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung umfassend darstellen zu können,
- Zugänge zu Datenquellen im Bereich der Gesundheitsdeterminanten,
- Möglichkeiten, den wissenschaftlichen Kenntnisstand mitzuverfolgen (z. B. durch Bibliothekszugänge sowie Teilnahme an Kongressen und Fachtagungen), um aktuelles Fachwissen, Theorien und Modelle in die Berichterstattung einfließen lassen zu können, und
- Zugriff auf moderne Informations- und Kommunikationstechnik sowie auf Softwarepakete zur statistischen Analyse und grafischen Aufbereitung von Daten und Indikatoren.

Die Verfügbarkeit der Ressourcen ist nicht auf allen Ebenen, auf denen die GBE angesiedelt ist, in gleicher Weise gewährleistet und stellt insbesondere auf kommunaler Ebene häufig eine Herausforderung dar [12]. Zur gegenseitigen Unterstützung finden in einigen Ländern eine Vernetzung und ein fachlicher Austausch zwischen der Landes-GBE und den kommunalen GesundheitsberichterstatterInnen statt. In den meisten Ländern können die Kommunen auf aufbereitete Datenbestände und spezielle Tools zur Erstellung von Gesundheitsberichten zurückgreifen. Von der Landesseite aus werden insbesondere Indikatoren (**Infobox 3**), Kartendarstellungen und Dashboards zur Verfügung gestellt (z. B. Brandenburg (Gesundheitsplattform), Berlin (Gesundheits- und Sozialinformationssystem), Bayern und Baden-Württemberg (Gesundheitsatlas), Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt (Kreisprofile)).

Daten – die Basis der Berichterstattung

Auf der Ebene der Länder und Kommunen werden in der GBE zumeist Daten der Bevölkerungsstatistik und des Zensus, Daten der Todesursachenstatistik, administrative Daten aus der Gesundheitsversorgung (hier vor allem aus der stationären Versorgung und der Pflege) oder der Rententräger sowie Daten über Einrichtungen und Beschäftigte des Gesundheitswesens genutzt. In vielen Fällen können die Daten nach Alter, Geschlecht und räumlicher Zuordnung bis auf Kreisebene differenziert dargestellt werden.

Datenquellen zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage

Zur Beschreibung des stationären Versorgungsgeschehens und der Haupttodesursachen können Länder und Kommunen amtliche Statistiken wie die Krankenhausdiagnose- und die Todesursachenstatistik nutzen. Es fehlen allerdings Daten, die Informationen

zur Verbreitung von Erkrankungen auf Bevölkerungsebene liefern.

Versorgungsdaten des ambulanten Bereichs von Datenhaltern wie den kassenärztlichen Vereinigungen oder der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV; beispielsweise DaTraV-Daten (§ 303 a–f SGBV und Datentransparenzverordnung (DaTraV); [13]) könnten diese Lücken füllen, sind aber für die GBE nach wie vor schwer zugänglich. Einige Länder (z. B. Bayern [14], Nordrhein-Westfalen [15]) und Hamburg [16]) haben bereits Erfahrungen mit Daten der kassenärztlichen Vereinigungen, zum Teil auch auf kleinräumiger Ebene gesammelt und diese für die GBE verwendet.

Surveydaten aus repräsentativen Bevölkerungsbefragungen stellen eine weitere Datenquelle für die GBE dar. Diese können neben Informationen zu ausgewählten Erkrankungen z. B. auch Informationen zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands und zum Gesundheitsverhalten liefern. Da es sich hierbei um Individualdaten handelt, können sie im Gegensatz zu den aggregierten Daten der amtlichen Statistiken stratifiziert ausgewertet werden und Auskunft über die gesundheitliche Lage unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen geben. Nur wenige Länder (z. B. Nordrhein-Westfalen) und Kommunen (z. B. München) führen (regelmäßig) eigene Gesundheitssurveys durch. Seit der Befragungswelle 2014/2015 können einige Daten des GEDA-Surveys (Gesundheit in Deutschland aktuell), einer Bevölkerungsbefragung des Robert Koch-Instituts, auf Länderebene auf gbe-bund (www.gbe-bund.de) abgerufen oder mithilfe des Scientific-Use-Files selbst berechnet werden. Diese räumliche Gliederungstiefe war in den vorherigen Befragungswellen des GEDA nur bevölkerungsstarken Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen) vorbehalten oder Bundesländern, die eine Aufstockung der Länderstichprobe finanziert haben.

Zu den Nachteilen von Surveydaten gehören die fehlende Verfügbarkeit auf Kreisebene und die eingeschränkte Repräsentativität in Bezug auf bestimmte Bevölkerungsgruppen (z. B. hochaltrige Menschen, PflegeheimbewohnerInnen und Menschen mit fehlenden Deutschkenntnissen). Zudem können in der Regel nur Erkrankungen erfasst werden, die vergleichsweise häufig auftreten.

Bei Versorgungsdaten, die zu Abrechnungszwecken erhoben werden, z. B. KV-Daten, können Verzerrungen aufgrund der Codierpraxis auftreten. Wie bei den GKV-Daten gibt es das Problem, dass Privatversicherte nicht miterfasst sind, und es besteht zum Teil Unklarheit über die Größe der Bezugspopulation.

In der Praxis der Berichterstattung hat es sich bewährt, verschiedene Datenquellen zu kombinieren und dabei auch nationale und internationale epidemiologische Studien einzubeziehen.

Berichterstattung – Daten sprechen lassen

Entscheidungen zur Relevanz von Indikatoren und Berichtsthemen

Zu den wichtigsten Aufgaben der GBE gehört die kontinuierliche Basisberichterstattung bzw. das kontinuierliche Monitoring, um einen Gesamtüberblick über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und deren Entwicklung im Zeitverlauf bereitzustellen. In die Basisberichterstattung fließen Kernindikatoren der GBE ein. Dazu gehören z. B. Indikatoren zur Lebenserwartung, zur vorzeitigen Sterblichkeit, Säuglingssterblichkeit oder die Impfquoten bei Einschulungskindern (**Infobox 2 und 3**).

Darüber hinaus werden in der GBE auch verschiedenste Schwerpunktthemen aufgegriffen. Die GBE kann hier Aufträge erhalten, aktuelle gesellschaftspolitische Themen mit Gesundheitsbezug zu bearbeiten, und sie kann selbst Impulse für eine Themensetzung geben. Für die Auswahl der Schwerpunkte gibt es bewährte Relevanzkriterien bzw. Leitfragen. Leitfragen sollen die Diskussion und den Auswahlprozess für alle Beteiligten transparent machen und die Bewertung der Daten zu einzelnen Gesundheitsproblemen erleichtern [17, 18]: Wie verbreitet und wie schwerwiegend ist das Gesundheitsproblem in welcher Altersgruppe? Sind auffällige Trends, auffällige regionale Unterschiede oder Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen erkennbar? Welche verursachenden Bedingungen des Gesundheitsproblems sind bekannt und beeinflussbar? In welchem Ausmaß lässt sich das Gesundheitsproblem auf der jeweiligen politischen Ebene beeinflussen und gibt es hierzu eine empirische Evidenz?

GBE trifft Lebensrealität

Die Beschreibung der Bevölkerungsgesundheit kann sehr abstrakt und lebensfern wirken, wenn nicht auch die konkreten Lebensumstände dargestellt werden. Neben integrierten quantitativen Ansätzen erweisen sich gerade auch partizipative und qualitative Ansätze als hilfreich, um die Bedürfnisse der Menschen zu erfassen – kurz, um die Lebensrealität der Menschen in die Berichterstattung einfließen zu lassen [11, 19].

In Schottland wurde das Place Standard Tool (www.placestandard.scot, NHS Health Scotland, Architecture & Design Scotland, and Scottish Government, Scotland, United Kingdom) entwickelt, ein Instrument mit dem partizipativ Aspekte des alltäglichen Lebens und des Lebensumfelds bewertet und darüber prioritäre Handlungsfelder ermittelt werden können. Mit dem Place Standard Tool werden z. B. Angaben zu den Themen aktive Fortbewegung, Naturräume, Versorgung, Wohnen und Nachbarschaft, Identität und Zugehörigkeitsgefühl, Zustand und Sauberkeit des bewerteten Umfelds sowie Möglichkeiten zur Mitsprache und Mitgestaltung erfasst. Ziel des Place Standard Tools ist es, gemeinsam mit der Bevölkerung und relevanten AkteurInnen in einen strukturierten Dialog über das Lebensumfeld zu kommen, ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln und darauf aufbauend Maßnahmen anzustoßen. Die Erfahrungen aus Schottland sind europaweit auf Anerkennung gestoßen [20]. Aktuell befindet sich die deutsche Version des Place Standard Tool, der StadtRaumMonitor (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Deutschland), in der Erprobung. Neben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die diese Erprobung federführend durchführt, sind die Länder Baden-Württemberg und Nordrhein-

Westfalen sowie ausgewählte Pilotkommunen an der Umsetzung beteiligt [21].

Mehr Lebensrealität kann auch durch die Einbindung qualitativer Verfahren in die GBE gebracht werden. Dies können Fallgeschichten oder Einschätzungen von AkteurInnen sein, die im Rahmen einer offenen, qualitativen Erhebung erfasst werden und nach der Auswertung in die Berichte einfließen. Beispiele, in denen Einschätzungen oder Fallgeschichten in die Berichterstattung eingeflossen sind, lassen sich bisher in Hamburg [22] und in einigen kommunalen Berichten finden (z. B. Köln [23], Recklinghausen [24], Duisburg [25]). In dem Kölner Bericht werden beispielsweise die quantitativen Berichtsteile zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen anhand anonymisierter Fallbeispiele ergänzt und veranschaulicht [23].

Die GBE und ihr Impact

Schätzungen zufolge dauert es ungefähr 17 Jahre bis Ergebnisse der Public-Health-Forschung in die Politik einfließen oder in die Praxis umgesetzt werden [26]. Bekannte Beispiele sind Maßnahmen zur Veränderung der Schlafposition, die zur Prävention des plötzlichen Kindstods identifiziert und nur verzögert flächendeckend aufgegriffen und implementiert wurden [27], oder die Umsetzung effektiver Maßnahmen zur Reduktion des Rauchens [28].

Analog zu diesen Erfahrungen wäre ein langes Zeitfenster zu überblicken, bis sich – basierend auf abgeleiteten Handlungsempfehlungen der GBE – die gesundheitliche Lage der Bevölkerung messbar verbessert. Auf dem Weg dahin gibt es jedoch Zwischenschritte, die ebenfalls einen Impact der GBE ausdrücken:

- die Stärke und Breite der Resonanz nach Veröffentlichung von Gesundheitsberichten oder anderen GBE-Produkten,
- die Berücksichtigung der Ergebnisse der GBE in weiteren Planungsprozessen,
- die Entwicklung von Strukturen oder Gremien zu einem in der Berichterstattung hervorgehobenen Sachverhalt,
- die Bereitstellung von Fördermitteln zur Umsetzung der abgeleiteten Handlungsempfehlungen,
- die Etablierung von konkreten Maßnahmen und Programmen basierend auf den Handlungsempfehlungen der GBE.

Der Impact der GBE hängt auch davon ab, ob alle wesentlichen Aspekte, die den Impact beeinflussen, bei der Planung und Umsetzung berücksichtigt werden. Dazu gehören die politische und strategische Relevanz des Berichts, die sinnvolle Integration unterschiedlicher Daten (innerhalb des Gesundheitsbereichs, aber auch ressortübergreifend), die Zuverlässigkeit der Ergebnisse, die Qualität der Interpretation der Daten, die wissenschaftliche Basis der dargestellten Inhalte, die nachvollziehbare Darstellung von Bedarfen, die lösungsorientierte Darstellung von Handlungsfeldern und Handlungsoptionen, die kontinuierliche Interaktion mit den AdressatInnen auch während der Berichterstellung, der Zeitpunkt der Veröffentlichung im politischen Prozess, das Marketing des Berichts und die breite Nutzbarkeit der Ergebnisse [29, 30].

Ressortübergreifende Strukturen – eine integrierte Berichterstattung für Health in All Policies

Die Verflechtung von Berichtsstrukturen unterschiedlicher Ressorts entspricht dem Verständnis von Health in All Policies und gewinnt zunehmend an Bedeutung. In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz wird die nachhaltige und tragfähige Gestaltung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf der Basis einer systematischen und mit der Sozialberichterstattung eng verknüpften Gesundheitsberichterstattung empfohlen [31]. In Kommunen werden (unter dem Einfluss von Programmen und Initiativen wie „Soziale Stadt“ oder Nachhaltigkeitsstrategien) ressortübergreifende Stabsstellen etabliert, zu deren Aufgabengebiet auch die integrierte Berichterstattung gehört.

Bereits heute werden in vielen (Gesundheits-)Berichten Daten ressortübergreifend zusammengeführt (siehe auch Datenbank Kommunale GBE (https://www.lzg.nrw.de/gbe); [32]). Allerdings stellt das ressortübergreifende Arbeiten die kommunale GBE vor Herausforderungen, da Gesundheitsdaten häufig nicht kleinräumig verfügbar sind und Informationen zur Umsetzung von Settingmaßnahmen fehlen oder nur lückenhaft vorliegen.

Kleinräumigkeit

In integrierten Berichtsvorhaben sollen Daten verschiedener Ressorts (z. B. Soziales, Bildung, Umwelt, Gesundheit) in eine ressortübergreifende Berichterstattung einfließen, um räumliche Einheiten zu identifizieren, in denen Belastungen durch Segregation, schlechte Wohnbedingungen, Lärm, Luftverunreinigung, fehlende Grünflächen usw. kumulieren. Die Identifikation von Sozialräumen mit Mehrfachbelastungen soll der Allokation von Ressourcen dienen und so zur Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen. In diesen Berichterstattungsprozessen sind Daten und Indikatoren anderer Ressorts häufig kleinräumiger verfügbar als Gesundheitsdaten. Oft können auf kleinräumiger Ebene nur die Daten der Schuleingangsuntersuchungen genutzt werden. Diese eignen sich jedoch vorrangig für Berichte, in denen die Lebensbedingungen von Kindern im Mittelpunkt stehen. Hierzu gibt es verschiedene Beispiele einer integrierten Berichterstattung, die Mehrfachbelastungen kleinräumig darstellt und ressortübergreifendes Handeln im Sinne von Health in All Policies unterstützt (z. B. Gelsenkirchen [33], Recklinghausen [34]).

Daten zu gesundheitlichen Outcomes und zum Gesundheitsverhalten im Jugend- und Erwachsenenalter liegen zumeist nicht kleinräumig vor (d. h. unterhalb der Landesebene oder der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte). Es fehlen zum einen Ressourcen für Surveys, die Daten auf kleinräumiger Ebene liefern könnten. Zum anderen beeinflussen Bereitstellungsprozesse und datenschutzrechtliche Vorgaben die Zugänglichkeit und Gliederungstiefe, mit der amtliche Statistiken und Versorgungsdaten für die Berichterstattung zur Verfügung gestellt werden können. Dies hat

zur Folge, dass vorhandene Daten der GBE nicht in die kleinräumige integrierte Berichterstattung einbezogen werden können und die Allokation von Ressourcen für Projekte der Gesundheitsförderung auf kleinräumiger Ebene erschwert wird.

Die Lösung dieses Problems kann darin bestehen, Sozialdaten und Daten aus weiteren Ressorts kleinräumig auszuwerten, um besonders belastete Sozialräume zu identifizieren. Da Zusammenhänge zur gesundheitlichen Lage aus epidemiologischen Studien hinreichend nachgewiesen sind, kann der Bedarf für Gesundheitsförderungsmaßnahmen daraus abgeleitet werden. Darüber hinaus können Gesundheitsdaten auf der Ebene eines Verwaltungsbezirks (Kreis oder kreisfreie Stadt) Hinweise auf besondere gesundheitliche Belastungen in dem jeweiligen Kreis/der kreisfreien Stadt liefern.

Informationen zu Settingstrukturen

Informationen zur sozialen Lage liegen auf Ebene der Länder und Kommunen häufig vor und zwar in Form von einzelnen Indikatoren, als Deprivationsindizes [35, 36] oder Sozialraumtypen, die auf Basis einer Sozialraumanalyse definiert wurden. Zusätzliche Informationen zu den Lebensverhältnissen erleichtern die Ableitung prioritärer Maßnahmen, die die gesundheitsförderliche Settingentwicklung vorantreiben und dadurch auch positive Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten der Menschen in den Settings haben. Diesbezügliche Handlungsempfehlungen in den Gesundheitsberichten sollten sich auch auf Theorien und Modelle zu den Wirkungspfaden effektiver Gesundheitsförderung stützen.

Daten zur Struktur verschiedener Settings, z. B. Informationen zur Rad- und Fußwegeinfrastruktur, Verfügbarkeit einer gesunden Verpflegung in Schulen, Kitas und Betrieben sowie eine Übersicht über bereits etablierte Maßnahmen und Projekte unterschiedlicher AkteurInnen, sind jedoch meist schlechter verfügbar als Daten zur sozialen Lage. Neben zuvor beschriebenen partizipativen Ansätzen (siehe auch „GBE trifft Lebensrealität") liefert das niedersächsische Instrument „Kontextcheck" Anregungen, wie auf kommunaler Ebene vorgegangen werden kann, um entsprechende Informationen verfügbar zu machen und zu bündeln (https://www.kontextcheck.de, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover, Deutschland).

Schlussbetrachtung und Resümee

Im Rahmen der GBE wird üblicherweise die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in nüchterner Form und epischer Breite beschrieben. Zeitliche Entwicklungen und regionale Unterschiede sowie Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen werden oft sehr ausführlich dargestellt und gar nicht oder nur zurückhaltend interpretiert und bewertet [11]. Diese Art der Darstellung führt dazu, dass viele Gesundheitsberichte zu großen Teilen aus einer endlos anmutenden textlichen Aufzählung von Fallzahlen und Raten bestehen, welchen es häufig auch noch an Aktualität mangelt, da klassische Statistiken der GBE erst mit einer Verzögerung von 1–2 Jahren verfügbar sind. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die oftmals fehlende politische Resonanz auch auf diesen weitverbreiteten, monoton deskriptiven Berichtstil und die scheinbar „veralteten" Daten zurückzuführen ist. Zumindest für Nichtinsider müssen Gesundberichte oft anstrengend zu lesen sein. Die zuvor beschriebenen Herausforderungen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten haben gezeigt, dass Gesundheitsberichte spannender und besser nutzbar sind, wenn sie die gesundheitliche Lage auf Basis einer guten Datenlage sowie umfassend, lebensnah und unter Einbeziehung der Verhältnisse in den Settings beschreiben können. Außerdem müssen Trends in der Krankheitsentwicklung, regionale Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit und Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen mithilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse gut nachvollziehbar erläutert werden. Ohne plausible Erklärungen für die Ursachen von Trends oder von Prävalenzunterschieden sowie die Erläuterung der multifaktoriellen Zusammenhänge auf Verhaltens- und Verhältnisebene lassen sich geeignete Handlungsoptionen nur schwer ableiten.

Zudem steht die GBE des ÖGDs in Konkurrenz zu anderen Anbietern von Informationen zur Bevölkerungsgesundheit (z. B. DatenjournalistInnen, Krankenkassen, Forschungsinstitutionen, Nichtregierungsorganisationen). Diese verbreiten ihre Informationen häufig schnell, multimedial und in zielgruppengerechten und ansprechend layouteten Formaten, wodurch eine stärkere gesellschaftliche Wahrnehmung erreicht werden kann [30]. Internationale Beispiele zeigen, dass entsprechende Daten- und Informationsaufbereitungen auch im Rahmen einer regionalen oder kommunalen Gesundheitsberichterstattung möglich sind. In den Niederlanden bietet der Volksgezondheidsmonitor Utrecht beispielsweise online abrufbare, aufwendig visualisierte Daten und Berichtsinhalte [37] und im Rahmen der englischen Annual Report Competition 2019 [38] wurden Berichte prämiert, die durch Storytelling, Infografiken und Videos eine neue Stufe der Nutzerfreundlichkeit erreicht haben.

Es braucht sichere Ressourcen, ausreichend und gut qualifiziertes Fachpersonal – insbesondere auf kommunaler Ebene –, um den Anforderungen einer qualitativ hochwertigen GBE (siehe auch Gute Praxis GBE [11]) zu entsprechen. Hinzu kommen Kreativität, aber auch verbesserte Möglichkeiten für Zusammenarbeit und Wissensaustausch zwischen Bund, Ländern, Kommunen und der Wissenschaft, um den Herausforderungen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten der GBE angemessen begegnen zu können. Vielleicht werden zukünftig auch durch das Förderprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Public-Health-Forschung entsprechende Anreize gesetzt und Impulse gegeben [39].

Die dargestellten Herausforderungen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten bieten jedoch auch Grund für Optimismus. Die GBE der Länder und Kommunen ist abwechslungsreicher, moderner

und flexibler geworden – trotz scheinbar starrer Indikatorensets. Zugleich hat sie, aufgrund ihrer gesetzlichen Verankerung und der nahen Verortung an der Lebenswelt der Menschen, die Möglichkeit, Public Health an der Basis mitzugestalten und mit interessanten und faktenbasierten Aufbereitungen der Datenlage ein Wegbereiter für mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu sein.

Korrespondenzadresse

Dr. Nicole Rosenkötter
Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung,
Landeszentrum Gesundheit NRW
Gesundheitscampus 10, 44801 Bochum,
Deutschland
nicole.rosenkoetter@lzg.nrw.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. N. Rosenkötter, B. Borrmann, L. Arnold und A. Böhm geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Verschuuren M, Van Oers HA (2019) Introduction. In: Verschuuren M, Van Oers H (Hrsg) Population health monitoring. Climbing the information pyramid. Springer, Cham, S 1–9
2. Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen (IDIS) (1991) Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Bielefeld
3. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (2012) Im Dienst der Öffentlichen Gesundheit. Entwicklungslinien von den hygienisch-bakteriologischen Untersuchungsämtern bis zum Landeszentrum Gesundheit NRW. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), Bielefeld
4. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (2012) Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa, Kopenhagen
5. Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD" (2018) Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. https://www.akademie-oegw.de/fileadmin/customers-data/Leitbild_OEGD/Leitbild_final_2018.pdf. Zugegriffen: 17. Febr. 2020
6. Kuhn J (2007) Die historische Entwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung – eine Forschungslücke. Gesundheitswesen 69:507–513
7. Walter U, Volkenand K (2017) Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. Gesundheitswesen 79:229–237
8. Institute of Medicine (1988) The future of public health. Committee for the Study of the Future of Public Health Division of Health Care Services Institute of Medicine. National Academy Press, Washington, D.C.
9. Rosenbrock R (1995) Public Health als Soziale Innovation. Gesundheitswesen 57:140–144
10. Rechel B, Rosenkötter N, Verschuuren M, Van Oers H (2019) Health information systems. In: Verschuuren M, van Oers HA (Hrsg) Population health monitoring. Climbing the information pyramid. Springer, Cham, S 11–34
11. Starke D, Tempel G, Butler J, Starker A, Zühlke C, Borrmann B (2019) Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. J Health Monit 4:1–22
12. Stockmann S, Kuhn J, Zirngibl A, Mansmann U (2008) Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung. Gesundheitswesen 70:679–683
13. Rommel A, Schmidt C (2018) Datentransparenzverordnung – Potentiale, Neuerungen und Aktivitäten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes am RKI. J Health Monit 3:1
14. Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2018) Gesundheit im Alter. Bericht zur Seniorengesundheit in Bayern. Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Nürnberg
15. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2019) Factsheets zur Gesundheit der Bevölkerung. https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets. Zugegriffen: 16. Febr. 2020
16. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2013) Morbiditätsatlas Hamburg. Gutachten zum kleinräumigen Versorgungsbedarf in Hamburg. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg), Berlin
17. Böhm A, Sadowski U (2018) Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage in der Gesundheitsförderung für Kinder. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 61:1215–1224
18. Maschewsky-Schneider U, Gocke M, Hoelscher U et al (2013) Gesundheitsziele.de. Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56:1329–1334
19. South J, Jones R, Stansfield J, Bagnall AM (2018) What quantitative and qualitative methods have been developed to measure health-related community resilience at a national and local level? Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa, Kopenhagen
20. Howie J (2019) Taking "place"—a public health conversation for everyone? In: EuroHealthNet Magazine. http://eurohealthnet-magazine.eu/talking-place-a-public-health-conversation-for-everyone/. Zugegriffen: 20. Febr. 2020
21. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW), Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020) StadtRaumMonitor – Wie lebenswert finde ich meine Umgebung? Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Köln
22. Freie Hansestadt Hamburg (2015) Gesundheit Hamburger Kinder im Einschulungsalter. Freie Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg), Hamburg
23. Stadt Köln (2018) Kinder- und Jugendgesundheit in Köln. Bericht 2017/2018. Stadt Köln (Hrsg), Köln
24. Kreis Recklinghausen (2019) Zahngesundheit der Kinder. Gesundheits- und Bildungsbericht 2019. Kreis Recklinghausen (Hrsg), Recklinghausen
25. Heyn THM, Rachowka A, Böckler S, Böckler M (2018) Bericht zur Lage von Familien mit Kindern in Marxloh. Stadt Duisburg (Hrsg.), Duisburg
26. Public Health England (2014) Doing, supporting and using public health research. The Public Health England strategy for research, translation and innovation. Public Health England (Hrsg), London
27. Mckee M, Fulop N, Bouvier P et al (1996) Preventing sudden infant deaths—the slow diffusion of an idea. Health Policy 37:117–135
28. Joossens L, Feliu A, Fernandez E (2020) The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Association of European Cancer Leagues, Catalan Institute of Oncology, Brussels
29. Van Bon-Martens MJ, Achterberg PW, Van De Goor IA, Van Oers HA (2012) Towards quality criteria for regional public health reporting: concept mapping with Dutch experts. Eur J Public Health 22:337–342
30. Van Bon Martens MJ, Van Oers HA, Verschuuren M, Zwakhals L (2019) Population health reporting. In: Verschuuren M, van Oers H (Hrsg) Population health monitoring. Climbing the information pyramid. Springer, Cham, S 107–125
31. Die Nationale Präventionskonferenz (2018) Bundesrahmenempfehlung nach §20d Abs. 3 SGB V. GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
32. Borrmann B, Rosenkötter N (2016) Integrierte Berichterstattung für ressortübergreifende kommunale Gesundheitspolitik. Public Health Forum 24:272–274
33. Stadt Gelsenkirchen (2019) Gesellschaftliche Teilhabechancen von Gelsenkirchener Kindern. Entwicklung und Stand 2018. Stadt Gelsenkirchen (Hrsg), Gelsenkirchen
34. Kreis Recklinghausen (2017) Gesundheit und Bildung von Kindern im Sozialraum. Integrierter Gesundheits- und Bildungsbericht 2017. Kreis Recklinghausen (Hrsg), Recklinghausen
35. Kroll LE, Schumann M, Hoebel J, Lampert T (2019) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. J Health Monit 4:3–14
36. Maier W, Fairburn J, Mielck A (2012) Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines „Index Multipler Deprivation" auf Gemeindeebene. Gesundheitswesen 74:416–425
37. Gemeente Utrecht (2020) Volksgezonheidsmonitor Utrecht. https://www.volksgezondheidsmonitor.nl/. Zugegriffen: 17. Juni 2020
38. Grandi T (2019) ADPH Annual Report Competition 2019. The Association of Directors of Public Health (UK). https://www.adph.org.uk/2019/05/adph-annual-report-competition-2019/. Zugegriffen: 17. Juni 2020
39. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020) Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Public-Health-Forschung. https://www.forschung-bundesgesundheitsministerium.de/dateien/

foerderung/bekanntmachungen/20200225_bekanntmachungstext_foerderschwerpunkt_oegd_ph_bf_v-2.pdf. Zugegriffen: 29. Apr. 2020
40. Hoffmann W, Latza U, Van Den Berg N (2018) Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (Hrsg). https://www.dgepi.de/assets/Leitlinien-und-Empfehlungen/Leitlinien_fuer_Gute_Epidemiologische_Praxis_GEP_vom_September_2018.pdf. Zugegriffen: 17. Febr. 2020
41. Bardehle D (2003) Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Indikatorensatz für die Ländergesundheitsberichterstattung. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie, Düsseldorf