

Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1094–1098
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03200-0>
 Online publiziert: 19. August 2020
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2020



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

¹ Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, Deutschland

² Gesundheitsamt Bremen, Bremen, Deutschland

³ Bezirksamt Mitte von Berlin, Berlin, Deutschland

⁴ Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

⁵ Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover, Deutschland

⁶ Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum, Deutschland

Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – von der Idee bis zur Version 2.0

Einleitung/Hintergrund

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist in Deutschland eine relativ neue Aufgabe, die sowohl auf Bundesebene durch das Robert Koch-Institut (RKI) als auch auf der Länder- und kommunalen Ebene durchgeführt wird. Sie nutzt in erster Linie amtliche Statistiken, aber auch eigene Untersuchungen, um gesundheitsrelevante Fragestellungen mit Bevölkerungsbezug zu analysieren, zu interpretieren und zu thematisieren. Sie dient der Information von Politik, Wissenschaft, Akteuren und Akteurinnen des Gesundheitssystems sowie der interessierten Öffentlichkeit. Insbesondere auf der kommunalen Ebene kann die GBE eine fundierte Datenbasis für die Lokalisierung von Projekten der Gesundheitsförderung bereitstellen. Die Idee, Leitlinien und Empfehlungen für eine Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung (GP GBE) zu verfassen, ist maßgeblich aufgrund eigener Erfahrungen der Autorinnen und Autoren der GP GBE bei der Erstellung von Gesundheitsberichten sowie durch Erfahrungen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen entstanden. Als relativ junges Themenfeld der Gesundheitswissenschaften/Public Health wird Gesundheitsberichterstattung von einem vergleichsweise kleinen Kreis professionell betrieben [1]. Für Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger fehlt es daher oftmals an einem Orientierungsrahmen.

Ziel der GP GBE ist es daher, eine fachliche Orientierung für das Erstellen von Gesundheitsberichten zu geben und eine hochwertige Berichterstattung zu fördern. Sie richtet sich an Berichterstatte-rinnen und Berichterstatte-r, die auf der kommunalen, der Landes- oder der Bundesebene tätig sind. Die GP GBE versteht sich als Handreichung, mit der für die methodischen, inhaltlichen sowie normativ-ethischen Aspekte von Gesundheitsberichterstattung Empfehlungen gegeben werden. Die Leitlinien sind geprägt vom Selbstverständnis der Gesundheitsberichterstattung als Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Politik – allerdings unter der Prämisse, dass die Komplexität dieses Prozesses im Blick behalten werden muss und es keine Patentrezepte geben kann [2].

Im vorliegenden Beitrag wird ausgehend vom Bedarf für eine GP GBE der Prozess der Erstellung und Weiterentwicklung von der Pilotversion bis zur aktuellen Version 2.0 dargestellt.

Prozess der Erstellung und Weiterentwicklung

Die Leitlinien und Empfehlungen sind das Produkt einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, der Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsberichterstattung (Bund, Land, Kommune, Aus-, Fort- und Weiterbildung) in Deutschland angehö-

ren. Die „Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP)“, die „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS)“ und die „Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ [3–5] haben die GP GBE inspiriert. Sie waren insofern unterstützend im Prozess der Erstellung der GP GBE, als dass einzelne Leitlinien analog formuliert worden sind bzw. jede Leitlinie und Empfehlung dahin gehend geprüft worden ist, ob sie Anwendung in der Gesundheitsberichterstattung findet. Während der Erarbeitung der GP GBE sind die Leitlinien für eine „Gute karto-graphische Praxis im Gesundheitswesen (GkPiG)“ [6] und für eine „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ [7] erschienen. Sie haben ebenfalls inhaltliche Impulse gegeben und sind als Querverweise aufgenommen worden.

Bedarf für eine „Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung“

Unter dem Schlagwort „Gesundheitsberichterstattung“ waren zu Beginn der Arbeiten an der GP GBE im Jahr 2011 ca. 5000 Veröffentlichungen in deutscher Sprache zu finden, viele davon als Gesundheitsberichte oder als fachliche Beiträge der Gesundheitsberichterstattung der Länder oder des Bundes. Die Recherche erfolgte über verschiedene

Suchmaschinen und Literaturdatenbanken. Da jedoch ein Großteil der Veröffentlichungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht systematisch gelistet war, kann hier nicht von einer systematischen Recherche gesprochen werden. Methodische Unterstützung lieferten zu diesem Zeitpunkt Handlungshilfen für die Gesundheitsberichterstattung [8, 9] sowie Publikationen zur Qualität von Daten, welche die Gesundheitsberichterstattung üblicherweise verwendet, u. a. zur Gesundheitsversorgung [10]. Fragen, was qualitativ hochwertige Gesundheitsberichterstattung ausmacht und welche Aspekte berücksichtigt werden sollten, wurden aber nur punktuell thematisiert [11] und nicht umfassend erörtert.

Gleichzeitig war (und ist heute noch) eine Heterogenität in der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland auf kommunaler Ebene und in den Ländern aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen, personeller und finanzieller Ressourcen sowie verfügbarer Daten festzustellen. Hinzu kommt, dass die Beachtung der Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung seitens der Politik stark variiert [12–15]. Insbesondere die unterschiedliche personelle Ausstattung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung, sowohl hinsichtlich des Stellenumfangs als auch hinsichtlich des fachlich-professionellen Hintergrunds der verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Bereich, hat dazu geführt, dass verschiedentlich der Wunsch nach Blaupausen für Gesundheitsberichte artikuliert worden ist. Diese sollten es den Berichterstatte-rinnen und Berichterstatte-rern ermöglichen, „nur noch“ die entsprechenden Daten eintragen zu müssen, um einen Bericht zu erstellen. Eine solche Praxis widerspricht jedoch der zentralen Funktion der Gesundheitsberichterstattung, durch qualifizierte Bewertungen von gesundheitsrelevanten Daten ein Instrument der Politikberatung und Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu sein. Im Kontext von Public Health ist die Gesundheitsberichterstattung mehr als Medizinalstatistik.

Arbeitsversion der GP GBE

Zu einem frühen Zeitpunkt des Prozesses ist 2011 eine erste Arbeitsversion der GP GBE auf den Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie zur Diskussion vorgestellt worden [16, 17]. Ziel war es, mit Fachkolleginnen und -kollegen, Autorinnen und Autoren anderer Leitlinien sowie mit Gesundheitsberichterstatte-rinnen und Gesundheitsberichterstatte-rern in einen Dialog einzutreten. Die Arbeitsversion hat die Formulierung von Qualitätskriterien zur Orientierung fokussiert. Die Intention der ersten Arbeitsversion war es, den von den Autorinnen und Autoren wahrgenommenen Bedarf mit den Bedürfnissen der Berichterstatte-rinnen und Berichterstatte-rer abzugleichen und die Akzeptanz des Entwurfes zu prüfen. Die GP GBE sollte u. a. dazu dienen, insbesondere den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kommunalen Gesundheitsberichterstattung eine Argumentationsgrundlage für die notwendige Bereitstellung von adäquaten Ressourcen (wie z. B. Qualifizierung, finanzielle Mittel) zur Verfügung zu stellen. Desgleichen sollten Berichterstatte-rinnen und Berichterstatte-rer mithilfe der GP GBE überhöhte Erwartungen im Sinne einer schnellen, oberflächlichen Analyse komplexer Berichtsthemen dämpfen können. Tatsächlich zeigte sich, dass ein Teil der Berichterstatte-rinnen und Berichterstatte-rer befürchtete, dass mit der GP GBE ein Instrument eingeführt werden sollte, womit die Qualität ihrer Arbeit gemessen werden könnte.

Die Anregungen aus diesen Diskussionen aufnehmend wurde der Arbeitsentwurf der GP GBE angepasst. Dabei wurden die Leitlinien und Empfehlungen wesentlich konkretisiert und durch ein Vorwort ergänzt, in dem das Vorhaben differenziert begründet wurde. Der daraus resultierende Entwurf der GP GBE ist auf den Kongressen des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), des Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) und der Deutschen Gesellschaft für

Sozialmedizin und Prävention und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie in den Jahren 2012–2015 intensiv mit Kolleginnen und Kollegen aus Wissenschaft und Praxis diskutiert worden. Des Weiteren haben rund 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Fort- und Weiterbildungen den Entwurf kommentiert.

Pilotversion: GP GBE Version 1.0

Die daraus hervorgegangene Pilotversion umfasste 11 Leitlinien, die sich im Aufbau teilweise an den Leitlinien der GEP und GPS orientierten, jedoch gleichzeitig an den Stellen, die sich mit Spezifika der Gesundheitsberichterstattung auseinandersetzen, einen eigenen Duktus hatten [14]. Um Redundanzen zu vermeiden, wurde an den entsprechenden Stellen auf die vorhandenen Leitlinien [3–7] verwiesen. Zudem beinhaltete bereits die Pilotversion eine Checkliste, die dazu dient, Gesundheitsberichterstatte-rinnen und -berichterstatte-rern Orientierung zu geben, welche inhaltlichen und formalen Aspekte zu berücksichtigen sind.

Die Leitlinien haben 3 Schwerpunkte:

1. übergeordnete Empfehlungen zu ethischen Prinzipien, zu politischen und organisatorischen Rahmenbedingungen sowie zur Public-Health-Einordnung,
2. Empfehlungen, die sich konkret auf den Prozess der Berichterstellung beziehen, z. B. die Arbeitsgrundlagen und den Umgang sowie die Auswertung der Daten und deren Interpretation, und
3. Empfehlungen zur Kommunikation (Publikation) und Qualitätssicherung.

National und international etablierte Indikatoren werden als Basis der Gesundheitsberichterstattung betrachtet, da nur durch eine Verwendung vergleichbarer Indikatoren sowohl die Beobachtung zeitlicher Trends als auch die Durchführung regionaler beziehungsweise interkommunaler Vergleiche möglich ist. Gleichzeitig verweist die GP GBE Version 1.0 auf die Bedeutung der Einhaltung allgemeiner Prinzipien des wis-

senschaftlichen Arbeitens, der Wahrung von Objektivität und Neutralität sowie auf eine sichere Anwendung von Kenntnissen im Bereich der Epidemiologie und der empirischen Sozialforschung. Der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung kommt hier durch eine strikte Unabhängigkeit von Partikularinteressen eine besondere Rolle zu.

Stellungnahmen zur GP GBE Version 1.0

Mit der Veröffentlichung der Pilotversion der GP GBE im *Journal of Health Monitoring* [14] im Februar 2017 ist ein einjähriges Stellungnahmeverfahren eingeleitet worden. Gesundheitsberichterstattenden und Gesundheitsberichterstatte der kommunalen, Landes- und Bundesebene sowie die Fachöffentlichkeit waren aufgerufen, ihre Erfahrungen mit der GP GBE zurückzumelden. Diese Möglichkeit wurde von dem angesprochenen Personenkreis genutzt und im Ergebnis sind zahlreiche, zum Teil sehr detaillierte und umfassende Kommentierungen eingereicht worden.

Inhaltlich reichten diese von Textänderungsvorschlägen im einleitenden Text und zu einzelnen Leitlinien bis zu weitreichenden Ergänzungsvorschlägen. Folgende Punkte zur Weiterentwicklung wurden aufgeführt: eine engere Verzahnung zwischen den Leitlinien und der Checkliste, Hervorhebung der gesellschaftlichen Funktion der Gesundheitsberichterstattung (nicht nur als Grundlage für gesundheitspolitisches Handeln) und Unterstreichung der besonderen Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung für Steuerungs- und Koordinierungsprozesse im gesundheitspolitischen Kontext („Daten für Taten“).

Weitere Kommentierungen betrafen die partizipative Gesundheitsberichterstattung und die Verwendung qualitativer, alltagsweltnaher Daten, Verfahren und Methoden. Hier wurde betont, dass Gesundheitsberichterstattung dadurch besonders geeignet sei, eine ortsnahe Zustandsbeschreibung der gesundheitlichen Lage vorzunehmen. Demgegenüber stehe die vergleichsweise ausgeprägte Indikatorenlastigkeit der GP GBE.

Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1094–1098 <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03200-0>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

D. Starke · G. Tempel · J. Butler · A. Starker · C. Zühlke · B. Borrmann

Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – von der Idee bis zur Version 2.0

Zusammenfassung

Gesundheitsberichterstattung hat im Kontext von Public Health eine Scharnierfunktion zwischen Wissenschaft und Politik. Die Entwicklung von Leitlinien Guter Praxis für die Gesundheitsberichterstattung erfolgte aufgrund vielfach geäußerten Bedarfs von Expertinnen und Experten in diesem Public-Health-Bereich. Die Pilotversion für die Leitlinien wurde im Jahr 2011 erstellt und im Rahmen von einschlägigen Tagungen diskutiert. Nach der Veröffentlichung der Version 1.0 im Jahr 2017 erfolgte nochmals ein Peer-Review-Verfahren und im Jahr 2019 die Veröffentlichung der umfangreich

überarbeiteten Leitlinien Gute Praxis der Gesundheitsberichterstattung als Version 2.0. Da sich die Gesundheitsberichterstattung zurzeit in einem beschleunigten Prozess der Innovation und des Bedeutungszuwachses befindet, ist bereits absehbar, dass die Leitlinien erneut einer Revision unterzogen werden müssen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsberichterstattung · Leitlinien · Empfehlungen · Vorgehensweise Gute Praxis · Public Health

Good practice in health reporting—from the beginning to version 2.0

Abstract

In the context of public health, health reporting functions as a mediator between science and policy. The development of guidelines for good practice in health reporting took place in response to needs that were frequently expressed by experts in this public health area. The pilot version of the guidelines was drawn up in 2011 and discussed at a number of relevant conferences. After the publication of version 1.0 in 2017, another peer review process followed, which led to the extensively

revised guidelines for good practice in health reporting as version 2.0. As health reporting is currently in a process of innovation and increasing in importance, it is foreseeable that the guidelines will have to be revised again in the not too distant future.

Keywords

Health reporting · Guidelines · Recommendations · Procedure good practice · Public health

Als dritter Schwerpunkt wurde die Erweiterung der GP GBE um Aspekte der integrierten Berichterstattung, z. B. im Kontext von Umweltgerechtigkeit, befürwortet.

Darüber hinaus wurde der Wunsch geäußert, dass in den Leitlinien die Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Sinne einer Bestands- und Bedarfsanalyse („Daten für Taten“) sowie die salutogenetische Perspektive stärker zum Ausdruck kommen.

Zusätzlich sollten die Empfehlungen in der GP GBE darlegen, wie aus der Gesundheitsberichterstattung gesundheitsbezogene Informationen abgeleitet werden können.

Für die Checkliste wurden konkrete Formulierungsvorschläge beispielsweise mit Blick auf die geschlechtersensible Perspektive sowie die Beurteilung der Kriterien guter Praxis gemacht.

Die breite Beschäftigung mit den Leitlinien kann als Hinweis auf den Bedarf an professionellen Handlungsempfehlungen im Bereich der Gesundheitsberichterstattung gewertet werden.

GP GBE: Version 2.0

Die Auseinandersetzung mit der GP GBE Version 1.0 in verschiedenen Gremien und Institutionen erfolgte in differenzierter und konstruktiver Form und führte zu klar erkennbaren Verbesserungen. Zahlreiche Anregungen sind in die neue,

überarbeitete Version der GP GBE Version 2.0 [18] eingeflossen. Jeder einzelne Kommentar wurde hinsichtlich seines Nutzens für eine Weiterentwicklung der GP GBE von den Autorinnen und Autoren geprüft.

Dabei stellte sich die Frage, was die GP GBE leisten kann bzw. soll, vor allem mit Blick auf Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberichterstattung (z. B. Qualifikation, Ausstattung), die Verfügbarkeit (Zugänglichkeit) von Daten, die gesetzlichen Grundlagen oder beispielsweise den amtlichen Gemeindegrenzen in Deutschland, nach welchem für kreisfreie Städte – unabhängig ihrer Größe – nur eine Schlüsselnummer vergeben wird. Denn auch zu diesen Punkten wurden Wünsche in den Stellungnahmen formuliert.

Aufbau und Inhalt der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung

Präambel. Die Präambel schildert allgemein Ziele und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung, ihre methodischen und theoretischen Grundlagen sowie deren Arbeitsgrundlagen, Rahmenbedingungen und Ressourcen und formuliert darauf aufbauend das Ziel der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung.

11 Leitlinien und Empfehlungen. Die 11 Leitlinien formulieren folgende Qualitätsvorgaben für gute Gesundheitsberichterstattung (GBE):

1. Ethik: GBE muss im Einklang mit ethischen Prinzipien durchgeführt werden und Menschenwürde sowie Menschenrechte beachten.
2. Rahmenbedingungen: GBE bedarf definierter politischer und organisatorischer Rahmenbedingungen und gesetzlicher Grundlagen auf allen politischen Ebenen.
3. Public Health: GBE liefert eine empirische Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen.
4. Berichtsgegenstand: GBE 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.

5. Arbeitsgrundlagen: GBE basiert auf den bestmöglich zugänglichen Daten sowie auf unterschiedlichen politischen Ebenen konsentierten Indikatoren und berücksichtigt den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand.
6. Datenaufbereitung: Für die Erfassung und Haltung aller für die GBE benutzten Daten sowie für deren Aufbereitung, Plausibilitätsprüfung, Codierung und Bereitstellung ist ein detailliertes Konzept zu erstellen.
7. Datenauswertung: Die Auswertung von Daten für die GBE soll zeitnah unter Verwendung wissenschaftsbasierter Methoden erfolgen. Die den Ergebnissen zugrunde liegenden Rohdaten sind in vollständig reproduzierbarer Form gemäß den Informationsfreiheitsgesetzen aufzubewahren.
8. Interpretation: Die Interpretation der Ergebnisse ist Aufgabe der GBE.
9. Datenschutz: Bei der Verwendung von Daten in der GBE sind die geltenden Datenschutzvorschriften einzuhalten.
10. Kommunikation: GBE ist kein Selbstzweck. Sie konkurriert mit anderen gesellschaftlich relevanten Themen um öffentliche Aufmerksamkeit.
11. Qualitätssicherung: In der GBE ist eine begleitende Qualitätssicherung aller relevanten Instrumente und Verfahren sicherzustellen.

Die Leitlinien werden durch entsprechende Empfehlungen konkretisiert.

Kriterienliste (Checkliste) Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung.

Die Kriterienliste benennt insgesamt 105 inhaltliche und formale Einzelaspekte, die bei der Erstellung eines Gesundheitsberichts von Bedeutung sind und von den Autorinnen und Autoren von Gesundheitsberichten hinsichtlich ihrer Relevanz geprüft werden sollten. Die einzelnen Kriterien beziehen sich auf die Bereiche: wissenschaftliches Arbeiten, Berichtssystem (Auftraggeber, Planung,

Aufbau, Finanzierung), Stil, Layout, Druck und Verbreitung, Berichtsgegenstand (Zielsetzung, Bevölkerungsbezug/demografische Daten, Geschlechterbezug usw.), Datenlage/Datenqualität sowie Datenauswertung.

Fazit und Ausblick

Eine wesentliche Herausforderung der GP GBE bestand darin, fachlichen Konsens mit den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsberichterstattung sowie den Fachgesellschaften herzustellen und Empfehlungen zu formulieren, die eine allgemeinverständliche methodische Orientierung bieten. Aus den bisherigen Rückmeldungen lässt sich schließen, dass dieses Ziel insgesamt erreicht worden ist, auch wenn an Detailspekten noch weitergearbeitet werden muss. Das betrifft beispielsweise die Erarbeitung von detaillierteren Empfehlungen zur Integration qualitativer Methoden und Ergebnisse in die Gesundheitsberichterstattung. Aktuell spielen qualitative Methoden in der Gesundheitsberichterstattung vor allem im Rahmen partizipativer Ansätze eine Rolle. Im Sinne einer Weiterentwicklung der Methoden könnten qualitative Verfahren zukünftig stärkere Beachtung in der Gesundheitsberichterstattung finden (siehe dazu den Beitrag von Kelle und Tempel in diesem Themenheft).

Inwieweit die GP GBE zu qualitativ hochwertigeren Gesundheitsberichten beigetragen hat, lässt sich ohne ein systematisches Monitoring von Gesundheitsberichten, die seit der Publikation der ersten und zweiten Version der GP GBE im *Journal of Health Monitoring* [14, 18] veröffentlicht worden sind, nicht beurteilen. Gleichwohl ist die Erfahrung aus Fort- und Weiterbildungen, dass die GP GBE von Anwenderinnen und Anwendern als hilfreiche Orientierung angesehen wird, insbesondere von denjenigen, die wenig Erfahrung mit der Gesundheitsberichterstattung haben. Ein systematisches Monitoring von publizierten Gesundheitsberichten unter Einbeziehung der GP GBE würde wünschenswerte weitere Erkenntnisse auch hinsichtlich einer zukünftigen Überarbeitung der GP GBE geben.

Korrespondenzadresse

Prof.in Dr. Dagmar Starke

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen
Kanzlerstr. 4, 40472 Düsseldorf, Deutschland
starke@akademie-oegw.de

Danksagung. Die Arbeitsgruppe GP GBE bedankt sich herzlich bei allen Kolleginnen und Kollegen, die uns mit wertvollen Hinweisen bei der Erstellung der GP GBE und der aktuellen Version 2.0 unterstützt haben.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. D. Starke, G. Tempel, J. Butler, A. Starker, C. Zühlke und B. Borrmann 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

- Bardehle D, Razum O (2011) Gesundheitsberichterstattung und Public Health in Deutschland. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg) Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. VS, Wiesbaden, S 173–190
- Brand H, Michelsen K (2007) Politikberatung durch Gesundheitsberichterstattung? Gesundheitswesen 69:527–533
- 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/Leitlinien_fuer_Gute_Epidemiologische_Praxis_GEP_vom_September_2018.pdf. Zugegriffen: 12. Dez. 2019
- 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
- Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (Hrsg) (2013) Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Berichte & Materialien, Bd. 25. Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
- Augustin J, Kistemann T, Koller D et al (2016) Gute Kartographische Praxis im Gesundheitswesen (GKPiG). <http://health-geography.de/wp-content/uploads/2013/12/2014-Gute-Kartographische-Praxis-im-Gesundheitswesen-GKPiG.pdf>. Zugegriffen: 12. Dez. 2019
- Arbeitsgruppe GPiG (2016) Gute Praxis Gesundheitsinformation. Z Evid Fortbild Qual Gesundhswes 110/111:85–92
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (2014) Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung – Begriffe; Methoden, Beispiele – Handlungshilfe, 4. Aufl. GBE-Praxis 2. LGL, München
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (2009) Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung – Handlungshilfe, 2. Aufl. GBE-Praxis, Bd. 4. LGL, München
- Holleder A, Michelsen K, Brand H (2007) Gesundheitsberichterstattung und Politikberatung. Erste Ergebnisse im EU-Projekt „Policy Impact Assessments of Public Health Reporting“ (PIA PHR). In: Gesundheit Berlin (Hrsg) Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin
- Kuhn J (2006) Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung der Länder. Mabuse, Frankfurt am Main
- Rosenkötter N, Borrmann B, Arnold L, Böhm A (2020) Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. Bundesgesundheitsbl 63(9) (Beitrag in diesem Heft)
- Starke D, Arnold L, Fertmann R et al (2018) Methodische Herausforderungen der Präventionsberichterstattung. Gesundheitswesen 80:732–740
- Starke D, Tempel G, Butler J, Starker A, Zühlke C, Borrmann B (2017) Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen. J Health Monit 2(S1):2–20
- Starke D, Arnold L, Szagun B (im Erscheinen) Kommunale Problemlagen im Spiegel der Zwischenbilanz des Präventionsgesetzes. In: Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg) (in Vorb.) Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Starke D, Butler J, Kuhn J, Lampert T, Tempel G (2011) Qualitätskriterien in der Gesundheitsberichterstattung – Gute Praxis GBE. In: 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (gmds), 6. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) Mainz, 26.–29.09.2011 German Medical Science GMS, Berlin. <https://doi.org/10.3205/11gmds293>
- Starke D, Butler J, Kuhn J, Lampert T, Tempel G (2011) Workshop: Good Practice in der Gesundheitsberichterstattung Präsentation eines ersten Entwurfes der Guten Praxis GBE. Gesundheitswesen 73:A9
- 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(S1):1–22