

GESUNDHEITS- BERICHTERSTATTUNG

Lehrbücher
für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst
Bd. 1 | V1.0



AO
GW

AKADEMIE FÜR
ÖFFENTLICHES
GESUNDHEITS-
WESEN

Herausgeber:innen

Laura Arnold

Dagmar Starke

Autor:innen

Laura Arnold

Thomas Claßen

Annette Galante-Gottschalk

Joseph Kuhn

Nicole Rosenkötter

Dagmar Starke

Bertram Szagun

Günter Tempel

Birgit Wollenberg

Thomas Ziese

**Lehrbücher für den Öffentlichen Gesundheitsdienst,
Bd. 1, Version 1.0**

Laura Arnold, Dagmar Starke (Hg.)

Gesundheitsberichterstattung

Laura Arnold, Thomas Claßen, Annette Galante-Gottschalk, Joseph Kuhn, Nicole Rosenkötter, Dagmar Starke, Bertram Szagun, Günter Tempel, Birgit Wollenberg, Thomas Ziese

Impressum

Gesundheitsberichterstattung

Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Bd. 1, Version 2.0

Autor:innen: Laura Arnold, Thomas Claßen, Annette Galante-Gottschalk, Joseph Kuhn, Nicole Rosenkötter, Dagmar Starke, Bertram Szagun, Günter Tempel, Birgit Wollenberg, Thomas Ziese

Düsseldorf 2023

DOI 10.61163/b001v100

Open Access: Wo nicht anders festgehalten, ist diese Publikation lizenziert unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung – nicht kommerziell – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 international ([CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/))

Verantwortlich für den Inhalt

Herausgeberinnen: Dagmar Starke, Laura Arnold

c/o Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Kanzlerstraße 4

40472 Düsseldorf

Tel.: +49 (0) 211 - 310 96 10

Fax.: +49 (0) 211 - 310 96 34

www.akademie-oegw.de

Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen ist eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts der Länder Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Umschlaggestaltung: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Vertrieb, Distribution: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Haftungsausschluss

Die Inhalte dieser Publikation wurden mit besonderer Sorgfalt auf Richtigkeit und unter Berücksichtigung der aktuellen Erkenntnisse auf dem Fachgebiet erstellt. Eine Gewährleistung für die Inhalte und Aktualität besteht jedoch nicht. Es wird immer gelten die Bewertung im Einzelfall gemäß den Erkenntnissen des gegenwärtigen Zeitpunktes. Sollten sich externe Links in unseren Werken finden, so haben wir diese nach bestem Wissen und Gewissen ausgewählt. Sollten sich dennoch rechtswidrige Inhalte unter externen Links befinden, so entzieht sich dies unserem Einfluss. Wir sind dankbar für jeden Hinweis und werden gegebenenfalls Links mit rechtswidrigem Inhalt sofort entfernen. Wir übernehmen keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Danksagung

Mitten in der Unsicherheit und den beispiellosen Herausforderungen, die die globale COVID-19-Pandemie mit sich brachte, begannen wir mit der Arbeit an dem vorliegenden Lehrbuch zur Gesundheitsberichterstattung. Möglich war das nur durch die immense Hingabe einer bemerkenswerten Gruppe von Menschen, die trotz großer Arbeitsbelastung bereit war, sich im Juli 2020 für mehrere Tage am Stück ganz dem Diskutieren, Sammeln und Ausarbeiten von Ideen zu widmen.

Konzipiert, geschrieben und gestaltet als Book Sprint, gelang es uns in bemerkenswert kurzer Zeit eine beeindruckende Zusammenstellung an Textpassagen und Abbildungen zu generieren, die im Verlauf weiter ausgebaut, verfeinert und abgestimmt wurden. Begleitet wurde all das von tollen Gesprächen und Diskussionen, unzähligen Tassen Kaffee und dem festen Entschluss, das erste Lehrbuch für die Gesundheitsberichterstattung zu schaffen. Gelungen ist uns das nur dank der vielfältigen Erfahrungen, Perspektiven und Expertisen des Autor:inenteams.

Dieses Buch soll mehr sein als „nur“ ein Lehrbuch. Es soll „Neulingen“ eine umfassende Einführung in die komplexe Welt der Gesundheitsberichterstattung bieten und gleichzeitig als verlässliche Referenz für jene dienen, die frische Einblicke und Perspektiven suchen. Damit uns das auch noch in einigen Jahren gelingt, soll die Lehrbuchreihe regelmäßig erneuert werden. Hierzu sind alle Co-Autorinnen und Co-Autoren sowie alle GBELerinnen und GBELer ganz herzlich eingeladen, neue Entwicklungen und Ideen zur GBE gemeinsam zu diskutieren und zu Papier zu bringen. Betrachten Sie das Lehrbuch daher gerne als Einladung, an der nächsten Version aktiv mitzuarbeiten.

Bevor wir jedoch mit der Planung einer Version 2.0 beginnen, möchte ich mich jedoch noch bei allen Unterstützerinnen und Unterstützern bedanken. Zunächst gilt mein Dank den Initiatoren der ersten Lehr-

buchreihe, Dr. Ute Teichert und PD Dr. Peter Tinnemann, die gemeinsam mit dem Open Science Lab der Technischen Informationsbibliothek (TIB) des Leibniz-Informationszentrums Technik und Naturwissenschaften 2018 bis 2020 das BMG-geförderte Projekt zur Entwicklung eines Open-Access-Lehrbuchs „Öffentliche Gesundheit“ durchgeführt haben. Auch möchte ich mich bei Dr. Jakob Schumacher für seinen kontinuierlichen Technik-Support und Jan Trützscher für seine großartige Unterstützung beim redaktionellen Endspurt bedanken! Und natürlich gilt mein Dank zu guter Letzt vor allem auch allen Co-Autorinnen und Co-Autoren: Euer unermüdlicher Enthusiasmus und eure Unterstützung haben das Buch zu dem gemacht, was es ist – ein Open Access Lehrbuch, mit dem Ziel einen kleinen aber essentiellen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung zu liefern.

Vielen Dank euch!

Düsseldorf, 31. August 2023, Laura Arnold

Inhalt

Vorwort	12
1. Was ist GBE?	14
1.1. Was ist Gesundheitsberichterstattung?	14
1.2. Ethik und Verantwortung.....	17
1.3. Gesundheitsberichterstattung – nur ein Bericht oder steckt da doch mehr dahinter?	18
1.3.1. Konzeptioneller Rahmen	21
1.3.2. Daten	21
1.3.3. Informationen	22
1.3.4. Wissen	23
1.3.5. Evidenzbasierte (-informierte) Entscheidungen	23
1.4. Weiterführende Informationen	25
1.5. Literaturverzeichnis Kapitel 1 – Was ist GBE?	26
2. Wozu GBE?	29
2.1. GBE als Instrument der wissenschaftlichen Politikberatung....	30
2.2. Entstehungshintergründe und Ziele der GBE	33
2.3. Upstream-Perspektive in der GBE: Welche Determinanten bestimmen die Gesundheit?	36

2.4. Politisches Selbstverständnis der GBE	44
2.5. Weiterführende Informationen	48
2.6. Literaturverzeichnis Kapitel 2 – Wozu GBE?	49
3. GBE-Strukturen	53
3.1. Kommunale Ebene.....	54
3.2. Landesebene	60
3.3. Bundesebene	61
3.4. Weiterführende Informationen	65
3.5. Literaturverzeichnis Kapitel 3 – GBE-Strukturen	66
4. GBE Handwerk	68
4.1. Datengrundlagen der Gesundheitsberichterstattung	69
4.1.1. Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung	71
4.1.2. Datenerhebungen.....	75
4.1.3. Indikatoren in der Gesundheitsberichterstattung	77
4.2. Ergebnisdarstellung	81
4.2.1. Formate der GBE.....	81
4.2.2. Was macht einen Bericht aus?.....	82
4.2.3. Datenvisualisierung	84
4.3. Wie erreicht die GBE einen Impact?	87
4.3.1. „Vermarktung“ der GBE – Pressearbeit und Kommunikation.....	88
4.3.2. Methodisch-fachliche Qualifikation	90

4.4.	Weiterführende Informationen	93
4.5.	Literaturverzeichnis Kapitel 4 – GBE Handwerk.....	94
5.	Integrierte GBE	98
5.1.	Gesundheit und soziale Lage	99
5.2.	Integrierte Berichterstattung	100
5.3.	Weiterführende Informationen	103
5.4.	Literaturverzeichnis Kapitel 5 – Integrierte GBE.....	104
6.	Vernetzung in der GBE	106
6.1.	Vernetzung der verschiedenen Ebenen von Gesundheitsberichterstattung.....	106
6.2.	GBE als Teil eines Netzwerkes	107
6.2.1.	Themenbezogene Projektgruppe	110
6.2.2.	Politik und Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger	112
6.3.	Kompetenzentwicklung innerhalb des Netzwerkes (Capacity Building).....	113
6.4.	Weiterführende Informationen	118
6.5.	Literaturverzeichnis Kapitel 6 – Vernetzung in der GBE.....	118
7.	Planung	120
7.1.	Gesundheitsplanung im ÖGD.....	122
7.2.	Gesundheitsplanung mit dem ÖGD: Gesundheitsorientiert planen, um Health in All Policies zu realisieren.....	131

7.2.1. Gesundheit im kommunalen Planungskontext am Beispiel der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung	133
7.2.2. Städtebauliches Planungsverständnis im Wandel.....	137
7.3. Weiterführende Informationen	139
7.4. Literaturverzeichnis Kapitel 7 – Planung	140
8. Wo will die GBE hin?	144
8.1. Weitergefasste Ziele	145
8.2. Aktuelle Entwicklungen in der GBE	149
8.2.1. Aufbau einer GBE-Forschungsdatenbank (GBE-Monitor)	149
8.2.2. Der Fachplan Gesundheit	152
8.2.3. Präventionsberichterstattung – ein Entwicklungsimpuls für die GBE?	155
8.3. GBE und das große Ganze – Gesundheitsberichterstattung und die Nationale Public-Health-Strategie	156
8.4. Literaturverzeichnis Kapitel 8 – Wo will die GBE hin?	160
9. Anhang	163
9.1. Abkürzungsverzeichnis.....	163
9.2. Weiterführende Literatur zum Einstieg in die GBE – eine unvollständige Sammlung aus verschiedenen Themenfeldern	166
9.3. Glossar – wichtige Kennziffern der kommunalen Gesundheitsberichterstattung.....	171

9.4. Übersicht Datenquellen der GBE (exemplarische Auswahl).....	173
10. Über uns	177

Vorwort

Was ist das für ein Buch?

Das Wort Gesundheitsberichterstattung hört man oft. Doch keiner weiß so recht, was damit gemeint ist, wie man diese Berichterstattung gut macht und was damit erreicht werden soll. Das merken vor allem Einsteiger und Einsteigerinnen schnell, wenn sie „mal einen Gesundheitsbericht machen wollen“. Zahlreiche Fragen stellen sich: An wen wendet sich eigentlich so ein Bericht? Was gehört inhaltlich hinein? Wie soll der Stil sein? Woher kommen die Daten? Mit wem muss man sich abstimmen? Das alles sind Fragen, über die man am besten nachdenkt, bevor man mit dem ersten Anlauf startet.

Das vorliegende kleine Buch hilft dabei, einen informativen Einstieg in die kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE) zu finden und nicht „einfach so anzufangen“ – es bleiben trotzdem genug Hürden und Stolperstellen. Es wendet sich in erster Linie an Anfänger und Anfängerinnen der Gesundheitsberichterstattung, an Menschen, die neu im Gesundheitsamt anfangen, an Studierende in gesundheitswissenschaftlichen Fächern. Aber auch diejenigen, die schon erste Erfahrungen mit Gesundheitsberichten hinter sich haben, finden vielleicht noch den einen oder anderen hilfreichen Hinweis.

Dieses Buch ist kein klassisches Lehrbuch, das auf der Grundlage von Seminarmanuskripten geschrieben wurde. Es ist als Book Sprint entstanden: Vom 15. bis zum 17. Juli 2020 haben sich die Autoren und Autorinnen zusammengesetzt und in einem moderierten Prozess Ideen gesammelt, Textbausteine fabriziert, kritisch gegengelesen, ergänzt und umgeschrieben, und das an den drei Tagen mehrmals hintereinander. Technisch unterstützt wurde dieser Prozess durch das Programm

Fidus Writer, das das gleichzeitige Arbeiten an einem Dokument managt – auch Gesundheitsberichte könnte man übrigens so erstellen. Herausgekommen ist ein Gemeinschaftswerk, dessen Passagen erstens nicht mehr klar einzelnen Autoren und Autorinnen zuzuordnen sind, und das zweitens nicht fertig in dem Sinne ist, dass alles für alle Zeiten feststeht und nicht mehr verändert werden kann. Vielmehr ist es eine Version 1.0, die sich weiterentwickeln soll, auch durch Rückmeldungen der Nutzer und Nutzerinnen: Was war hilfreich, was war unverständlich, was fehlt? Die Version 2.0 wird dann vielleicht sogar ein bisschen besser sein – und wer weiß, was uns für die Version 3.0 dann noch alles einfällt? Wie früher die Loseblattsammlungen ist das GBE-Buch ein lebendiges Werk, Work in Progress. Gern laden wir alle Interessierten ein, sich kritisch und konstruktiv an diesem Prozess zu beteiligen.

Die Arbeit daran hat großen Spaß gemacht und war ebenfalls lehrreich für den Kreis der Autoren und Autorinnen. Auch da sehen nicht alle alles gleich, auch da gab es Erkenntnisgewinne. Wir hoffen, dass es Ihnen als Lesern und Leserinnen ebenso geht, und falls nicht, dass Sie uns durch Ihre Rückmeldungen helfen, die Versionen 2.0 und 3.0 so zu verbessern, dass sie Ihnen dann ebenfalls gefallen.

Berlin, 17. Juli 2020, Ihr Autoren- und Autorinnenteam

1. Was ist GBE?

„GBE steht für ‚ganz besonders einfach‘. Weil, das ist so etwa das Simpelste, was man im ÖGD machen kann. Keine Ahnung, warum die hier so ein Bohei darum machen.“

1.1. Was ist Gesundheitsberichterstattung?

Gesundheitsberichterstattung (GBE) bezeichnet ein strukturiertes und datengestütztes Verfahren zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung oder einer Bevölkerungsgruppe. Eine allgemein verbindliche Definition der Gesundheitsberichterstattung mit einer klaren Abgrenzung gegenüber anderen datengestützten Berichtsformen gibt es jedoch nicht. Was eher als Gesundheitsbericht und was eher als Aufklärungsbroschüre, Situationsbericht, amtliche Mitteilung oder Gutachten zu klassifizieren ist, kann im Einzelfall also strittig sein.

Gesundheitsberichte werden von unterschiedlichen Institutionen erstellt. Es gibt beispielsweise Gesundheitsberichte der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Europäischen Union (EU), des Robert Koch-Instituts (RKI), der Gesundheitsämter auf Landes- oder kommunaler Ebene, des Weiteren Gesundheitsberichte von Krankenkassen sowie auch betriebliche Gesundheitsberichte. In diesem Lehrbuch stehen amtliche Gesundheitsberichte auf der kommunalen Ebene im Mittelpunkt, also Gesundheitsberichte, die von Gesundheitsämtern oder anderen kommunalen Einrichtungen erstellt werden. An dieser Stelle sei kurz darauf hingewiesen, dass die Gesundheitsämter in der Regel auf kommunaler Ebene organisiert sind. Eine Ausnahme stellt

Bayern dar: Es gibt in Bayern 71 staatliche und fünf kommunale Gesundheitsämter (München, Augsburg, Nürnberg, Ingolstadt und Memmingen).

Rechtliche Grundlage der Gesundheitsberichterstattung sind die Gesundheitsdienstgesetze (GDG) der Länder. In Deutschland regeln die Bundesländer die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Jedes Bundesland hat ein solches GDG (in Thüringen gibt es analog eine Rechtsverordnung). Darin wird die Gesundheitsberichterstattung für nahezu alle Länder als Pflichtaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes umschrieben, häufig mit der Zielsetzung, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. In Bayern heißt es beispielsweise in Artikel 10 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) zur Gesundheitsberichterstattung:

„Als fachliche Grundlage für die Planung und Durchführung von Maßnahmen, welche die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten, beobachten die Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz aller Verwaltungsstufen sowie das Landesamt die gesundheitlichen Verhältnisse von Menschen einschließlich der Ernährung und der Auswirkungen der Umwelteinflüsse auf die Gesundheit, sammeln darüber Erkenntnisse und nichtpersonenbezogene Daten, bereiten sie auf und werten sie aus“ (Bayern 2003).

Auf rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung wird in Kapitel 3 noch genauer eingegangen. Aus dem GDVG Bayern geht hervor, dass die Gesundheitsberichterstattung in erster Linie als Grundlage für die Planung und Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen dient. Zugleich soll die Gesundheitsberichterstattung gesundheitspolitisches Handeln transparent und nachvollziehbar ma-

chen. Sie erfüllt also nicht nur eine **Planungs- und Evaluationsfunktion**, sondern auch eine **Kommunikationsfunktion**. Neben dem gesetzlich vorgegebenen Rahmen hängen alle diese Funktionen auch davon ab, dass die Gesundheitsberichterstattung relevante Themen aufgreift, auf der bestmöglichen Datenbasis beruht, diese Daten auf wissenschaftlich adäquatem Niveau aufbereitet und auswertet sowie anschließend in einer allgemein verständlichen und den Bedarfen der verschiedenen Nutzer- und Nutzerinnengruppen entsprechenden Form präsentiert. Sie soll dies in einer sachlich neutralen Form tun, also nicht manipulativ oder überredend, sondern den aktuellen Kenntnisstand als möglichst „sauberes Wissen“ anbieten. Mit dieser datengestützten Vorgehensweise verschreibt sich die Gesundheitsberichterstattung dem **Leitprinzip der Evidenzbasierung**.

Exkurs: Geschichte der Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung ist ein modernes Planungs- und Kommunikationsinstrument. Sie hilft, gesundheitliche Probleme datengestützt zu identifizieren, auf die kommunalpolitische Agenda zu setzen und gegebenenfalls auch implementierte Maßnahmen zu evaluieren. Die Gesundheitsberichterstattung ist aber auch alt: Ihre Ursprünge reichen mehr als 200 Jahre zurück. Johann Peter Frank (1745–1821), der „Stammvater“ der Sozialmedizin in Deutschland, hat in seinem bekannten Werk „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ dazu aufgerufen, medizinische Ortsbeschreibungen (sogenannte medizinische Topografien) zu erstellen (Frank 1792). Sie sollten Informationen zum Klima, zur örtlichen Geologie und Pflanzenwelt, den Wohnverhältnissen, zu Kleidung und Ernährung sowie den sonstigen Lebensbedingungen dokumentieren. Ortsbeschreibungen dieser Art entstanden Ende des 18. Jahrhunderts und Anfang des 19. Jahrhunderts in vielen europäischen Städten und auch darüber hinaus. Sie wurden in Buchform publiziert. Dieses Format verschwand im 19. Jahrhundert zunehmend wieder. Stattdessen wurden in den Kreisarztgesetzen der deutschen Länder „Jahresgesundheitsberichte“ verpflichtend, deren Grundstruktur die amtliche Medizinalstatistik bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts geprägt haben. In der Weimarer Zeit haben die Jahresgesundheitsberichte Aufschluss

über die Tätigkeiten der Kreisärzte und später der Gesundheitsämter gegeben.

Einen gravierenden Einbruch für die Gesundheitsberichterstattung brachte der Nationalsozialismus mit sich. Die mit dem „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ 1934 flächendeckend eingerichteten Gesundheitsämter waren Teil der nationalsozialistischen Selektions- und Mordmaschine. Dies schlug sich auch in der Funktion der Jahresgesundheitsberichte und ihrer Dokumentation des „gesunden Volkskörpers“ nieder. Nach dem Krieg wurden vor diesem Hintergrund die Befugnisse der Gesundheitsämter stark eingeschränkt und die amtliche Medizinalstatistik verlor weitgehend ihre praktische Relevanz. Erst in den 1990er Jahren kam es zu einer Wiederbelebung der Gesundheitsberichterstattung als Planungsinstrument, zeitgleich zur politischen Renaissance der akademischen Public-Health-Strukturen in Deutschland (Kuhn, Ziese 2012).

1.2. Ethik und Verantwortung

Gesundheitsberichterstattung soll handlungsorientiert sein. Damit sind unvermeidlich ethische Fragestellungen verbunden. Zunächst einmal ist weitgehend Konsens, dass in der Gesundheitsberichterstattung Unabhängigkeit, Sachlichkeit, Überparteilichkeit und Objektivität erwartet werden. Bei der Auswahl der Daten und der Interpretation sind subjektive Einflüsse allerdings inhärent. Eine wissenschaftliche Arbeitsweise, Transparenz und stetige Reflexion über implizite und unerwünschte – da subjektive – Vorannahmen im Team der GBELer und GBELerinnen sind Instrumente, um **bestmögliche Objektivität** zu wahren. So kann das Vertrauen in eine unabhängige GBE bei Politik, Verwaltung und in der Bevölkerung erhalten bleiben.

In dem Maße, in dem Gesundheitsberichterstattung zum Beispiel präventive Programme unterstützt, sollte darauf geachtet werden, dass Gesundheitsberichte primär eine **informative Funktion** haben, weniger eine persuasive. Das unterscheidet Gesundheitsberichte beispiels-

weise von Broschüren mit Hinweisen zum „richtigen“ Gesundheitsverhalten. Inwiefern Gesundheitsberichte also dazu beitragen sollen, direkt das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung so zu beeinflussen, wie es oft gesundheitspolitisch gewollt oder gesundheitswissenschaftlich für richtig gehalten wird, muss kritisch reflektiert werden.

Ein weiterer Aspekt ist die **Ambivalenz des Sichtbarmachens** von gesundheitlichen Problemen einerseits und der Gefahr, damit andererseits Personen zu stigmatisieren. Beispiel: Im Prozess der GBE und des fertigen GBE-Produkts sollen die Lebenssituationen und unterschiedlichen sozialen Milieus berücksichtigt werden, ohne dabei zu diskriminieren. Wenn über adipöse Kinder berichtet wird, soll einerseits ein ernstes gesundheitliches Problem zur Sprache gebracht werden, andererseits sollen die betroffenen Kinder nicht zusätzlich stigmatisiert werden. In gleicher Weise ist darauf zu achten, dass gesundheitliche Probleme etwa bei Menschen mit Migrationshintergrund nicht zur Verstärkung gesellschaftlicher Ausgrenzungstendenzen beitragen.

1.3. Gesundheitsberichterstattung – nur ein Bericht oder steckt da doch mehr dahinter?

Auch wenn Daten einen wesentlichen Kern der GBE bilden, umfasst Berichterstattung doch weit mehr als deren bloße Sammlung, Aufbereitung und Analyse. GBE ist vielmehr als ein Zyklus aufeinanderfolgender und miteinander verbundener Aktivitäten zu betrachten, die im Idealfall auf einer umfassenden Gesamtstrategie basieren. In der „Gute[n] Praxis Gesundheitsberichterstattung 2.0“ wird dies wie folgt zusammengefasst:

„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“ (Starke et al. 2019).

Routine und Arbeitsweise der Gesundheitsberichterstattung kann dabei mithilfe der Informationspyramide von Verschuuren und van Oers beschrieben werden. Die Pyramide basiert auf der Data-Information-Knowledge-Wisdom-(DIKW-)Hierarchie von Ackoff (1989) und lässt sich in vier Ebenen einteilen.

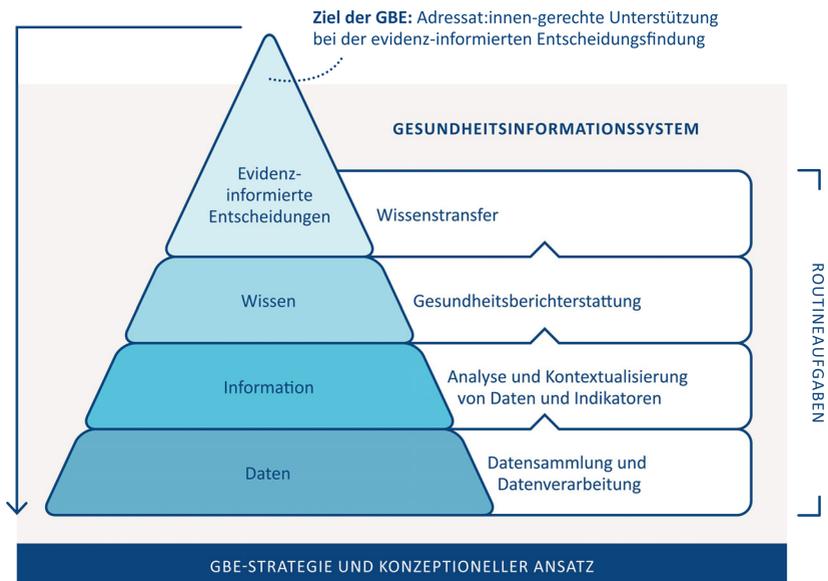


Abbildung 1: Gesundheitsinformationssysteme und Routineaufgaben der GBE (erweiterte Darstellung nach Verschuuren, van Oers 2019) © Marion Burbulla

Im Idealfall beginnt der GBE-Zyklus mit einer umfassenden **GBE-Strategie**. Sie gibt dem Bericht einen konzeptionellen Rahmen und kann zur Identifikation planungsrelevanter Bedürfnisse und Bedarfe in der Kommune herangezogen werden. Darauf aufbauend werden geeignete Routinedatenquellen identifiziert bzw. fehlende Daten gesammelt (**Ebene der Daten**), aufbereitet und analysiert, mit Informationen aus anderen Quellen zur Validierung und Anreicherung der Erkenntnisse integriert (**Ebene der Informationen**) und in einem auf die Adressaten und Adressatinnen zugeschnittenen Format berichtet (**Ebene des Wissens**). Dabei sollten die vorliegenden Informationen in einer breiteren politik- und praxisrelevanten Perspektive betrachtet werden, indem sie mit Erkenntnissen aus verschiedenen Bereichen (zum Beispiel Gesundheitssystemforschung, Gesundheitswesen, (Sozial-)Epidemiologie, (klinische) Medizin, Gesundheitspsychologie oder auch Medizinsoziologie) kombiniert werden, bevor sie auf **Ebene der evidenzinformierten Entscheidung** aktiv in den politischen Entscheidungsprozess eingebracht werden. Die Ergebnisse und Erfahrungen der so erreichten Monitoring-Runde sollten im Idealfall wieder in die grundlegende GBE-Strategie zurückfließen (siehe Abbildung 1). So können zum Beispiel politische Maßnahmen umgesetzt worden sein, deren Auswertung eine zusätzliche Datenerhebung erfordert; oder im Rahmen der Basisgesundheitsberichterstattung ist deutlich geworden, dass Daten zu wichtigen Aspekten des Gesundheitsverhaltens oder der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung fehlen oder unzureichend sind, was eine entsprechende Datenerhebung notwendig macht.

Im Folgenden geben wir einen kurzen Überblick darüber, was sich hinter den einzelnen Elementen der Informationspyramide verbirgt und welche GBE-Aktivitäten jeweils damit verknüpft sind.

1.3.1. Konzeptioneller Rahmen

Der konzeptionelle Rahmen steckt die Inhalte eines Gesundheitsberichtes ab: Was soll im Rahmen der GBE dargestellt werden und warum? Beispiele für konzeptionelle Rahmenmodelle können das Health Field Concept von Lalonde (1974) oder auch das Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit von Mielck (2005) sein. Die Festlegung auf einen konzeptionellen Rahmen trägt dazu bei, die GBE nicht nur im Sinne der klassischen Medizinalstatistik aus Sicht der Datenverfügbarkeit zu denken, sondern insbesondere auch bedarfsorientiert die relevanten Themen für (gesundheits-)politische Entscheidungen auf kommunaler Ebene im Blick zu behalten. Der konzeptionelle Rahmen kann dabei behilflich sein, etwaige Informationsdefizite aufzuzeigen, was wiederum die Generierung alternativer Datenquellen notwendig machen kann, um diese Inhalte adäquat abbilden zu können. Weitere Informationen zum konzeptionellen Rahmen finden sich in Kapitel 2.

1.3.2. Daten

Die allgemeine Datenbasis der GBE besteht aus repräsentativen Routinestatistiken. Viele der genutzten Daten stammen aus amtlichen Statistiken (zum Beispiel Bevölkerungsstatistik, Todesursachenstatistik, Krankenhausdiagnosestatistik, Mikrozensus). Diese werden in der Regel nicht für den Zweck der GBE generiert, sie haben ihre eigenen Charakteristika, Anwendungsgebiete, Limitationen und Fehlerquellen, welche den Gesundheitsberichterstattern und Gesundheitsberichterstatterinnen sowie den Rezipienten und Rezipientinnen bekannt sein müssen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Darüber hinaus können auch amtseigene Daten – beispielsweise Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, die von den Gesundheitsämtern direkt erhoben werden – oder Survey-Daten genutzt werden.

Die Daten werden häufig anhand festgelegter Standards in Indikatoren (zum Beispiel mittlere Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit) überführt. Der Indikatorensatz der Ländergesundheitsberichterstattung, der auch Indikatoren auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte enthält, bildet in Deutschland die Grundlage für die GBE (AOLG 2003). Weitere Informationen zur Datenbasis der GBE finden sich im Handwerkskapitel (Kapitel 4).

1.3.3. Informationen

Damit aus Daten und Indikatoren relevante Informationen werden, müssen sie in einen passenden Kontext gesetzt werden. Neben Zeitreihen, regionalen Vergleichen und Vergleichen verschiedener Bevölkerungsgruppen können themenabhängig viele weitere Kontexte relevant sein. Oftmals ergeben sich aus den Vergleichen, die im Rahmen des Monitorings routinemäßig erfolgen, Informationen zu gesundheitlichen Unterschieden oder Vulnerabilitäten, die im Rahmen der Berichterstattung weiter aufbereitet werden können. Viele Landesämter und ebenso einige Kommunen stellen hierfür auch interaktive Tools wie Gesundheitsatlanten auf ihren Internetseiten bereit.

Das Kontextualisieren kann nicht nur auf inhaltlicher Ebene geschehen. Neben der inhaltlichen Dimension ist es außerdem wichtig, die jeweiligen Prozesse im Blick zu behalten. So können beispielsweise Veränderungen in der Generierung der Statistik nicht nur die Aufbereitung der Daten, sondern auch ihre Interpretation beeinflussen. Neben gesetzlichen Veränderungen können hier auch Änderungen der Codierung der Todesursachenstatistik in den Landesstatistikämtern (Eckert, Vogel 2018) oder die Einführung des Erinnerungsverfahrens zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (oft nur als Us oder U-Untersuchungen abgekürzt) (Thaiss et al. 2010) beispielhaft genannt werden.

1.3.4. Wissen

In der dritten Stufe der Informationspyramide geht es um die Generierung von Wissen. In diesem Schritt soll die Nutzbarkeit für die Adressaten und Adressatinnen verbessert und wissenschaftliche Evidenz ergänzt werden, indem die aufbereiteten Daten und Indikatoren kontextualisiert werden. Leitende Fragen sind zum Beispiel erstens, warum gesundheitliche Unterschiede zu beobachten sind, und zweitens, was getan werden kann, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Durch die Kontextualisierung grenzt sich die Gesundheitsberichterstattung von der klassischen Medizinalstatistik ab.

In dieser Phase entsteht der eigentliche Gesundheitsbericht, in dem Informationen und Wissen adressaten- und adressatinnengerecht präsentiert und kommuniziert werden. Auf die verschiedenen Formate der GBE werden wir ebenfalls im GBE-Handwerkskapitel (Kapitel 4) noch einmal genauer eingehen.

1.3.5. Evidenzbasierte (-informierte) Entscheidungen

Damit Gesundheitsberichterstattung Wirkung erzielt, ist jedoch viel mehr nötig als die Erstellung eines Berichts. Das im Rahmen der Berichterstattung (neu) generierte Wissen muss über unterschiedliche Kanäle transportiert und kommuniziert werden. Abhängig vom Ziel und Zweck der GBE (Auftragslage, Zielgruppe und politisches Mandat) gibt es hierzu unterschiedliche Ansätze: Klassische Evidence Briefs oder auch Policy Briefs sind benutzerfreundliche Zusammenfassungen der besten verfügbaren Forschungsergebnisse (Evidenz). Beide Konzepte zielen darauf, ein bestimmtes Problem in prägnanter Form aufzubereiten und spezifische Fragestellungen zu beantworten. Die konkrete Ausgestaltung kann je nach Ziel und politischem Mandat der Auftragslage angepasst werden, um Wissen effektiv zu vermitteln

und in die politische Entscheidungsfindung einzubringen. Beim neueren Serious Gaming handelt es sich um primär interaktive Ansätze bei denen spielerische Elemente genutzt werden, um komplexe Themen zu vermitteln. Alle Ansätze dienen dem Wissenstransfer und laufen daher auch oft unter dem Schlagwort Knowledge Translation.

Dabei ist die GBE jedoch kein Selbstzweck, sondern verfolgt das klare Ziel, so gesicherte und „saubere“ Informationen wie möglich für die Planung, Umsetzung und idealerweise auch das Monitoring gesundheitsschützender sowie gesundheitsförderlicher Maßnahmen bereitzustellen. Damit liefert die GBE Wissen und Erkenntnisse, um Entscheidungen auf Basis der besten zur Verfügung stehenden Evidenz treffen zu können. Dem Selbstverständnis nach liefert die GBE „Daten für Taten“, um evidenzinformierte Entscheidungen zu fördern und unterstützen. Dem Anspruch der Planungsrelevanz kann die GBE jedoch nur gerecht werden, wenn die bestehenden Planungskontexte, -ziele, -strukturen und -ebenen von Beginn des GBE-Prozesses an im Blick behalten werden. Auf die Planungsrelevanz der GBE und der damit einhergehenden Chancen und Herausforderungen wird in Kapitel 7 detaillierter eingegangen.

1.4. Weiterführende Informationen

Geschichte der Gesundheitsberichterstattung

- Kuhn, J (2007): Die historische Entwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung. Eine Forschungslücke. Das Gesundheitswesen 69, S. 507–513. DOI: [10.1055/s-2007-992160](https://doi.org/10.1055/s-2007-992160).
- Pieper, A (2003): Johann Peter Frank. Vom Arzt zum Gesundheitspolitiker. Eine europäische Karriere zwischen Aufklärung, Revolution und Reaktion. In: Deutsches Ärzteblatt 100, S. 28–29.

Ethik und Verantwortung

- Schröder-Bäck, P; Kuhn, J (Hg.) (2016): Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim: Beltz (Grundlagentexte Gesundheitwissenschaften).
- Leitlinie 1 (Ethik). In: Gute Praxis GBE.2.0.

Grundlagen der Gesundheitsberichterstattung

- Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (1998): Ein Leitfaden für GesundheitsberichterstatterInnen und solche, die es werden wollen. Edition Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf.
- LGL (2014): Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Begriffe, Methoden, Beispiele. Edition Handlungshilfe: GBE-Praxis 2. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Erlangen.

- LGL (2011): Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns. Edition Handlungshilfe: GBE-Praxis 1. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Erlangen.
- Rosenkötter, N; Borrmann, B; Arnold, L; Böhm, A (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. In: Bundesgesundheitsbl. 63, S. 1067–1075. DOI: [10.1007/s00103-020-03190-z](https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z).
- Starke, D; Tempel G; Butler J; Starker A; Zühlke C; Borrmann B (2019): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung. Leitlinien und Empfehlungen 2.0. In: Journal of Health Monitoring 4 (S1), S. 1–22.
- Verschuuren, M; van Oers, H (Hg.) (2019): Population Health Monitoring. Cham: Springer International Publishing.

1.5. Literaturverzeichnis Kapitel 1 – Was ist GBE?

- Ackoff, R (1989): From data to wisdom. In: Journal of Applied Systems Analysis 16, S. 3–9.
- AOLG (2003): Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. 3. Aufl. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Düsseldorf.
- Bayern (2003): Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie

die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz). GDVG, vom zuletzt durch § 1 Abs. 145 der Verordnung vom 26.03.2019 (GVBl. S. 98) geändert worden. Fundstelle: GVBl. S. 452, 752. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayGDVG/true>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.

- Eckert, O; Vogel, U (2018): Todesursachenstatistik und ICD, quo vadis? In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 61 (7), S. 796–805. DOI: [10.1007/s00103-018-2756-5](https://doi.org/10.1007/s00103-018-2756-5).
- Frank, J P (1792): System einer vollständigen medizinischen Polizey. Berlin.
- Kuhn, J; Ziese, T (2012): Gesundheitsberichterstattung und ihre Indikatorensysteme. In: Schwartz, F W; Walter, U; Siegrist, J; Kolip, P; Leidl, R; Dierks, M-L et al. (Hg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Aufl. München: Elsevier, S. 60–70.
- Lalonde, M (1974): A new perspective on the health of Canadians. A working document. Hg. v. Government of Canada. Ottawa.
- Mielck, A (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber.
- Starke, D; Tempel, G; Butler, J; Starker, A; Zühlke, C; Borrmann, B (2019): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. In: Journal of Health Monitoring 4 (S1), S. 1–22.
- Thaiss, H; Klein, R; Schumann, E C; Ellsäßer, G; Breitkopf, H; Reinecke, H; Zimmermann, E (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der

Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 53 (10), S. 1029–1047. DOI: [10.1007/s00103-010-1134-8](https://doi.org/10.1007/s00103-010-1134-8).

- Verschuuren, M; van Oers, H (Hg.) (2019): Population Health Monitoring. Cham: Springer International Publishing.

2. Wozu GBE?

*„GBE steht halt im Gesetz, darum mach ich das.
Wüsste nicht, dass da ein tieferer Sinn hinter ist ...“*

Veränderungen im Krankheitsspektrum, demografischer Wandel, Klimawandel und die Zunahme sozialer wie gesundheitlicher Ungleichheiten sind weltweit sich gegenseitig bedingende Herausforderungen für die Gesellschaft und Public Health und stellen keinesfalls eine erschöpfende Aufzählung dar. Verlässliche und gut aufbereitete Gesundheitsinformationen sind zentrale Voraussetzungen für die Entwicklung passgenauer Strategien und Maßnahmen, um auf diese Herausforderungen angemessen zu reagieren und die Bedingungen für Gesundheit in jeder Alters- und Bevölkerungsgruppe zu fördern und zu stärken. Gesundheitsberichterstattung ist dabei das zentrale Instrument für die Bereitstellung gesundheitsrelevanter Informationen, kann gleichzeitig aber nicht auf die bloße Aufbereitung von Daten reduziert werden. Basierend auf einer übergeordneten (bzw. im Bild der Informationspyramide untergeordneten) Gesamtstrategie kann die GBE maßgeblich dazu beitragen, relevante Gesundheitsinformationen wissenschaftlich aufzubereiten und für den (kommunalen) Bedarf passgenaue Maßnahmen und Konzepte zu erarbeiten, wie in der bereits aus Kapitel 1.3 bekannten Informationspyramide im Folgenden noch einmal visualisiert:



Abbildung 2: Routineaufgaben der GBE anhand der Informationspyramide (erweiterte Darstellung nach Verschuuren, van Oers 2019) © Marion Burbulla

2.1. GBE als Instrument der wissenschaftlichen Politikberatung

Gesundheitsberichterstattung gibt nicht nur einen Überblick über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, sie dient auch explizit der Analyse von Problemlagen und dem Aufzeigen von Handlungsbedarfen und im Idealfall von Handlungsoptionen (Starke et al. 2019). In den letzten 35 Jahren hat sich die GBE damit zu einem zentralen Element gesundheitspolitischer Entscheidungen sowie zu einer wesentlichen Grundlage für partizipative Prozesse entwickelt (Brand, Michelsen 2007). Auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene dient die GBE als Instrument der wissenschaftlichen Politikberatung und ist

wichtige Ausgangsbasis für die Gesundheitsplanung (siehe auch Kapitel 7). Dieses umfangreiche Aufgaben- und Funktionsprofil wird häufig anhand des gesundheitspolitischen Planungsmodells der Public Health Trias (Institute of Medicine U.S. 1988) bzw. dem darauf basierenden Public Health Action Cycle (PHAC) beschrieben (Rosenbrock 1995) und ist in Abbildung 3 dargestellt.

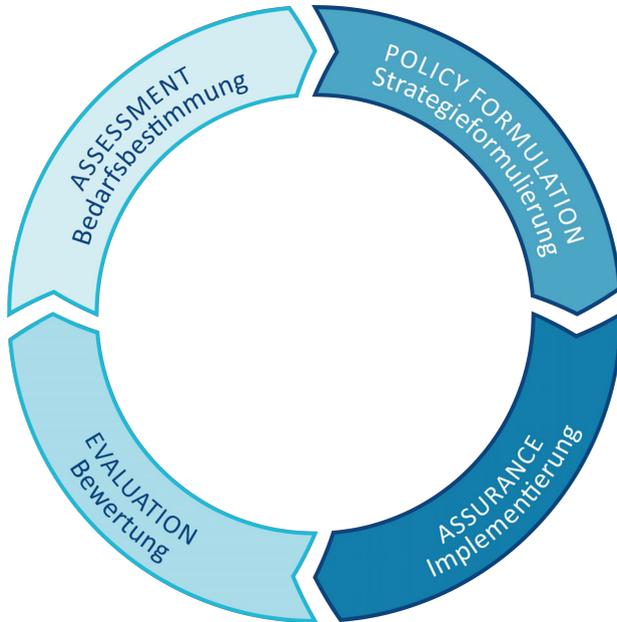


Abbildung 3: Public Health Action Cycle (eigene Darstellung nach Rosenbrock 1995 und Institute of Medicine U.S. 1988) © Marion Burbulla

Ausgangspunkt des als Kreislauf angelegten Modells ist die in der Praxis nicht immer gegebene Voraussetzung, dass die (gesundheitliche) Ausgangssituation zunächst in möglichst vielen ihrer sozialen, epidemiologischen sowie medizinischen Aspekten skizziert werden muss, bevor passende Handlungsoptionen, Strategien und Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage oder zur Reduktion gesund-

heitlicher Ungleichheiten eruiert und umgesetzt werden können (Rosenbrock 1995). In Form einer umfangreichen Bestands- und Bedarfsanalyse (**Assessment**) liefern die im Rahmen der GBE aufbereiteten und kontextualisierten Daten die zentrale Grundlage für die Maßnahmenplanung und Entwicklung von Zielvorstellungen (**Policy Formulation**), was gerade in Zeiten knapper Ressourcen für die im Modell folgende Implementierung von Maßnahmen (**Assurance**) von zentraler Bedeutung ist. Letzteres impliziert auch, dass die Wirkungen der umgesetzten Strategien und Maßnahmen in geeigneter Form gemessen und bewertet werden müssen (**Evaluation**), was idealerweise wiederum in einem Re-Assessment der (gesundheitlichen) Ausgangssituation mündet. In der Theorie soll dieser spiralförmige Verlauf dazu führen, dass sich die Public-Health-Praxis immer besser an die zugrunde liegenden Probleme und Herausforderungen anpasst und damit kontinuierlich wirksamer werden soll (Rosenbrock 1995). In der Realität geht die GBE meist weit weniger idealtypisch zyklisch und stets progressiv vonstatten. Das verkompliziert die Arbeit in der GBE, es macht sie gleichzeitig aber auch abwechslungsreich und spannend. So kann die Rolle der GBE bezüglich der einzelnen Phasen des PHAC unterschiedlich sein (Brand, Michelsen 2007): Die Berichterstattung kann sich auf ihr Kerngeschäft des Assessments und gegebenenfalls der Evaluation beschränken, sie kann ebenso bei der Entwicklung passender Handlungsoptionen sowie der Implementierung geeigneter Maßnahmen behilflich sein. Auch ihr Beitrag bei der Ermittlung des Handlungsbedarfs kann unterschiedlich aussehen: So kann es der GBE obliegen, prioritäre Handlungsfelder zu identifizieren (Brand, Evans 1998), sie kann aber auch vor allem dazu beitragen, Entscheidungsbedarfe in bestimmten Problemfeldern aufzuzeigen (Kuhn 2005). In der Praxis ist die Beantwortung dieser Fragen oft von den jeweiligen Rahmenbedingungen sowie der strukturellen Einbindung der GBE in die Kommunalverwaltung abhängig, worauf in Kapitel 3 noch genauer eingegangen wird.

Erschwerend kommt hinzu, dass auch die Auswahl der zu bearbeitenden Themen und Probleme selbst sowie deren Ursachenzuschreibung und entsprechende Lösungsansätze von unterschiedlichen Interessens- und Machtkonstellationen auf Umsetzungsebene bzw. im Interventionsfeld abhängig sind (Kühn 1993, zit. nach Rosenbrock 1995). Schon allein deswegen kann und sollte Gesundheitsberichterstattung nicht nebenbei im „stillen Kämmerlein“ vonstattengehen, sondern sollte, wenn möglich, von Anfang an als Gemeinschaftsaufgabe verstanden werden, die im Idealfall auf mehrere Schultern verteilt wird und unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt (siehe auch Kapitel 5 und 6).

Entsprechend dieser komplexen Zusammenhänge gibt es auch eine ganze Bandbreite unterschiedlicher Entstehungshintergründe und Ziele der GBE, die im Folgenden skizziert werden.

2.2. Entstehungshintergründe und Ziele der GBE

Vor der Erstellung eines Gesundheitsberichtes sollte jedes Mal gründlich reflektiert werden, warum und für wen der Bericht erstellt wird. Hieraus ergibt sich unter anderem der Umfang des Berichts und der Sprachstil. Darüber hinaus lässt sich hieraus auch ableiten, wer bei der Berichterstellung mitwirken kann und sollte. Perspektivisch haben die Informationen über Intention und Zielgruppe eine große Bedeutung für die Ableitung von Handlungsempfehlungen und die Zeitplanung der Berichterstellung. Auf den unterschiedlichen administrativen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) gibt es stark variierende Anlässe zur Erstellung von Gesundheitsberichten. Anlässe für kommunale Gesundheitsberichte können beispielsweise eine Grundlage sein für

1. **Meinungsbildung und Entscheidungsfindung auf der jeweiligen politischen Ebene, beispielsweise dem Kreistag oder der Stadtverordnetenversammlung:**

Oftmals hat diese Form der Berichterstattung das Ziel, Ressourcen zu steuern, zum Beispiel, um universelle Maßnahmen im Sinne des Proportionate Universalism – also der Bereitstellung von Leistungen entsprechend dem jeweiligen Bedarf – an kommunale Gegebenheiten anzupassen (Marmot 2010), oder um die Bewilligung bzw. Beendigung konkreter Maßnahmen voranzutreiben, beispielsweise Personalstellen oder Sachmittel.

Beispiel: Bewilligung eines Projektes zur Förderung der wohnortnahen sektorenübergreifenden medizinisch-pflegerischen Versorgung

2. **Meinungsbildung und Entscheidungsfindung auf der Fachebene, beispielsweise der kommunalen AG Suchtprävention:**

Diese Form der Berichterstattung zielt häufig auf eine Evidenzbasierung fachlicher Empfehlungen ab, um den eigenen Erfahrungshorizont aus der täglichen Arbeit durch einen Faktencheck zu erweitern.

Beispiel: Handlungsempfehlung für die kommunale Suchtprävention der örtlichen Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention

3. **Festlegung kommunaler Gesundheitsziele/prioritärer Handlungsfelder, zum Beispiel in Kommunalen Gesundheitskonferenzen:**

Die Verständigung unter den (kommunalen) Akteuren und Akteurinnen und die Formulierung gemeinsamer Ziele kann durch einen Gesundheitsbericht entscheidende Anstöße erhalten. Weitergehend kann die GBE dazu beitragen, prioritäre Handlungsfelder an

den kleinräumig oftmals sehr unterschiedlichen Bedarfen und Bedürfnissen auszurichten, um für mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu sorgen.

Beispiel: Eine kleinräumige Bedürfnisanalyse zeigt Unterstützungsbedarf für mobilitätseingeschränkte ältere Menschen bei sozialen und gesundheitsfördernden Aktivitäten. Das kommunale Gesundheitsziel: „Die körperliche Aktivität und Teilhabe an der Gesellschaft bei älteren Menschen ist gestärkt“ wird festgelegt.

4. **Messung der Zielerreichung eines Gesundheitszieles:**

Diese Berichtsform zielt auf die Evaluation von Maßnahmen hinsichtlich der Erreichung eines konkreten Gesundheitszieles ab.

Beispiel: Die GBE erhält den Auftrag herauszufinden, wie sich die gesundheitliche Lage zehn Jahre nach Einführung eines Gesundheitszieles entwickelt hat.

5. **Kommunale Beteiligung bei der Versorgungsplanung:**

Das Ziel dieser GBE-Form ist, neben der Lage auch die Zuständigkeiten und Gestaltungsmöglichkeiten der kommunalen Akteure und Akteurinnen transparent zu machen.

Beispiel: Die hausärztliche Versorgungsstruktur in den Gemeinden und kleineren Städten und die verschiedenen Fördermöglichkeiten und deren Nutzung werden aufgezeigt.

6. **Bereitstellung gesicherter und unabhängiger Informationen für die Bevölkerung, die Fachöffentlichkeit sowie Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen zu gesundheitspolitisch bedeutsamen Entwicklungen:**

Diese Berichtsform zielt darauf ab, den Prozess der demokratischen Willensbildung in der Gesellschaft zu unterstützen.

Beispiel: eine anlassbezogene Berichterstattung zur „Gesundheit bei Asylsuchenden“

Aus der kurzen und sicher nicht vollständigen Aufzählung wird ersichtlich, dass Gesundheitsberichte aus unterschiedlichen Kontexten heraus entstehen, was gerade Neulinge im Berufsfeld vor nicht unerhebliche Herausforderungen stellen kann (Weiteres hierzu auch in Kapitel 6). Damit ein Gesundheitsbericht nicht das Dasein eines zahnlosen, ungelesen in Schubladen vegetierenden Papiertigers fristet, sollte die Auftragslage frühestmöglich geklärt sein. GBE dient im Idealfall in erster Linie der Unterstützung einer evidenzinformierten Entscheidungsfindung. Damit dies gelingen kann, ist eine (politische) Legitimation der Berichterstattung erforderlich. Hierfür ist es essenziell, zu klären, wer die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene zu welchem Zweck beauftragt hat.

Aufträge, einen Gesundheitsbericht zu erstellen, können sowohl von der fachlichen Ebene als auch intersektoral veranlasst werden sowie intern oder extern vergeben werden. Gerade bei einer internen Auftragsvergabe müssen Themen und Berichtsschwerpunkte gut abgestimmt werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Gesundheitsberichte als Auftrag „von oben“ aus der Verwaltungsleitung oder der Politik kommen und zur Umsetzung intern an die Fachebene vergeben werden. In Kapitel 3 wird auch noch einmal genauer auf die hierfür relevanten ÖGD-Strukturen eingegangen.

2.3. Upstream-Perspektive in der GBE: Welche Determinanten bestimmen die Gesundheit?

Im Idealfall hat die GBE einen klar formulierten (politischen) Auftrag und kann auf einen entsprechenden Outcome fokussieren. Gerade wenn die GBE als Grundlage politischer Entscheidungsfindung dienen soll, reicht es nicht aus, wenn sie sich vor allem auf Datengenerierung, -aufbereitung und -interpretation fokussiert und lediglich den

Gesundheits- und Krankheitszustand unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen beschreibt. Oftmals müssen darüber hinaus auch verhaltens- und verhältnisbezogene Faktoren berücksichtigt werden, die unterschiedliche Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung haben können. Ziel einer solchen **Kontextualisierung** ist es, diejenigen Bedingungen und Strukturen zu identifizieren, die entweder einen großen Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit haben oder mit verhältnismäßig einfachen Mitteln verändert werden könnten. Damit richtet GBE – wie auch der Public-Health-Bereich insgesamt – den Blick vor allem auf die grundlegenden **Determinanten von Gesundheit**, indem sie den Blick „stromaufwärts“, in Richtung der Quelle richtet, um den komplexen Zusammenhang von Gesundheit und gesundheitlichen Rahmenbedingungen abbilden zu können.

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben – kurz, dort wo Leben, Arbeit und Alltag stattfinden (WHO 1986). Gleichzeitig benötigt ein Großteil der krankheitsauslösenden Faktoren Jahre bis Jahrzehnte, bis eine Krankheit entsteht oder gar zum Tode führt. Dieser Prozess erfolgt oftmals leise, manchmal sogar gänzlich unbemerkt, und erhält infolgedessen häufig wenig Aufmerksamkeit. Eine Metapher hierfür ist das in zahlreichen Varianten erzählte Flussbild der Public-Health-Parabel:

„Ein Arzt steht am Ufer eines schnell fließenden Flusses und hört die verzweifelten Schreie einer ertrinkenden Frau. Er springt ins Wasser, holt die Frau heraus und beginnt die künstliche Beatmung. Als sie gerade anfängt zu atmen, hört er einen weiteren Hilfeschrei. Der Arzt springt abermals ins Wasser und holt einen weiteren Ertrinkenden, trägt ihn ans Ufer und beginnt mit der künstlichen Beatmung. Und als der gerade zu atmen anfängt, hört er einen weiteren Hilferuf ... Das geht immer weiter und weiter in endlosen Wiederholungen. Der Arzt ist so

sehr damit beschäftigt, ertrinkende Menschen herauszuholen und wieder zu beleben, dass er keine Zeit findet, stromaufwärts hinter der Biegung des Flusses nachzusehen, warum denn so viele Menschen ins Wasser stürzen und Angst, Schmerz, Not, Lebensgefahr und vielleicht auch den Tod erleiden. Vielleicht gibt es stromaufwärts eine Brücke ohne Geländer oder einen brüchigen Uferweg. Vielleicht bringt dort niemand den Menschen bei zu schwimmen. Vielleicht fehlen auch nur einige Warntafeln am Ufer. Vielleicht enthält das Wasser giftige Substanzen, die beim Schwimmen zu Lähmung oder Desorientierung führen. Vielleicht ist das lebensgefährliche Tauchen im reißenden Fluss (zum Beispiel nach Perlen oder Schwämmen) Teil des unverzichtbaren Broterwerbs für die dort wohnenden Menschen. Fände der Arzt Zeit, stromaufwärts zu suchen, könnte er wahrscheinlich gemeinsame Ursachen für die vielen individuellen Unglücksfälle entdecken und diese möglicherweise verringern oder abstellen“ (Rosenbrock 2001).

Diese Parabel ist gut geeignet, um die engen Ursache-Wirkungs-Beziehungen von Gesundheit und Krankheit zu visualisieren und sich daran zu erinnern, wie wichtig es ist, den Blick immer wieder stromaufwärts auf die zugrunde liegenden Ursachen zu richten. Aufmerksamkeit und Mittel sind im Gesundheitswesen ungleich zwischen kurativen (Richtung Mündung, downstream) und präventiven bzw. gesundheitsförderlichen (Richtung Quelle, upstream) Ansätzen verteilt. Der Blick ist teils ressourcenbedingt, teils aufgrund einseitiger Perspektive oft nicht auf weiter upstream liegende Gesundheitsdeterminanten gerichtet. Auch für das GBE-Assessment stellt eine Upstream-Perspektive eine Herausforderung dar, da Gesundheitsberichterstattung –

schlicht aufgrund der Datenlage – oft eher einer Krankheitsberichterstattung gleicht. Dies begünstigt wiederum eine Downstream-Perspektive, sowohl im Bericht als auch bei der Planung.

Bevor Maßnahmen passgenau auf die zugrunde liegenden Ursachen abgestimmt werden können, müssen diejenigen Mechanismen verstanden werden, die zu den gesundheitlichen oder sozialen Ungleichheiten führen. Ein erster hilfreicher Schritt ist hierbei, sich zunächst einen Überblick über die vielfältigen Determinanten von Gesundheit zu verschaffen. Hierzu bietet sich das von Dahlgren und Whitehead (1991) entwickelte **Regenbogenmodell** zur Beschreibung von Gesundheitsdeterminanten an. Das Modell führt beispielhaft vielfältige Faktoren auf, die sich wechselseitig beeinflussen und auf den Menschen gesundheitsförderlich, aber auch gesundheitsschädlich einwirken können (siehe Abbildung 4).

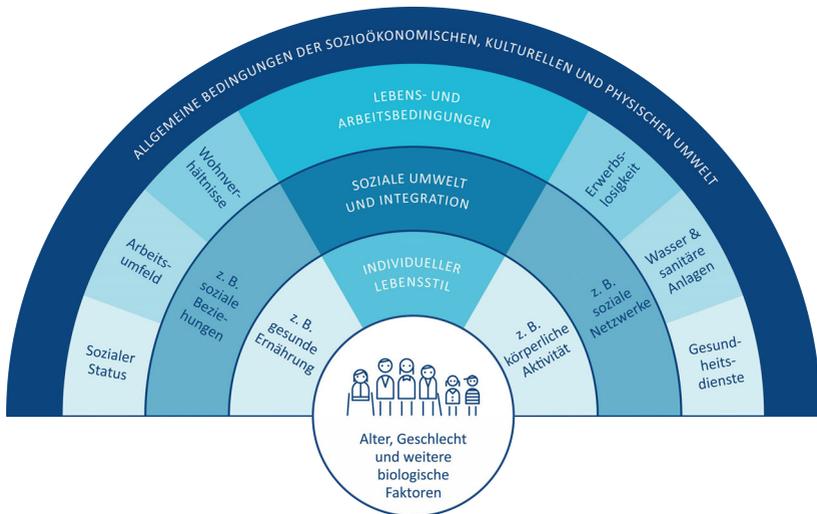


Abbildung 4: Determinanten für Gesundheit – Regenbogenmodell (eigene Darstellung nach Dahlgren, Whitehead 1991) © Marion Burbulla

Im Mittelpunkt befindet sich der Mensch mit seinen individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht und konstitutionelle Merkmale, die zwar einen direkten Einfluss auf seine Gesundheit haben, allerdings relativ unveränderlich sind. Diese nahezu unveränderlichen Determinanten von Gesundheit sind in einen sozialen, ökologischen und ökonomischen Rahmen eingebettet, der (zumindest theoretisch) auf politischer Ebene modifiziert werden kann. Dies gilt sowohl für die direkt angrenzenden persönlichen Verhaltensfaktoren, etwa Rauchgewohnheiten und körperliche Aktivität, als auch für die indirekt angrenzenden Einflüsse durch soziale Kontexte. Über die individuelle Verhaltensebene hinaus spielen auch Verhältnisse wie zum Beispiel Lebens- und Arbeitsbedingungen, Nahrungsmittelversorgung oder Zugang zu (lebenswichtigen) Gütern und Dienstleistungen eine zentrale Rolle für die Aufrechterhaltung der Gesundheit sowie den individuellen Handlungsspielraum einer/eines jeden Einzelnen. All dies steht im Kontext wirtschaftlicher und kultureller Rahmenbedingungen sowie entsprechender Umwelteinflüsse (Claßen 2020).

Die einzelnen Schichten des Regenbogenmodells stehen dabei nicht isoliert nebeneinander, sondern sind eng miteinander verzahnt: Individuelle Lebensstile sind in soziale Normen und Netzwerke sowie in Lebens- und Arbeitsbedingungen eingebettet, die wiederum mit dem weiteren sozioökonomischen und kulturellen Umfeld zusammenhängen (Dahlgren, Whitehead 2007).

Während nur ein vergleichsweise kleiner Teil der dargestellten Determinanten für Gesundheit durch das Gesundheitssystem im engeren Sinne beeinflusst werden kann, kann im kommunalen Kontext auf einen vergleichsweise großen Teil der veränderbaren Faktoren direkt oder indirekt eingewirkt werden. Dies liegt vor allem daran, dass der Grad der persönlichen, verhaltensbezogenen Möglichkeiten, den eigenen Lebensstil oder die im Modell direkt wie indirekt angrenzenden Rahmenbedingungen von Gesundheit zu beeinflussen, begrenzt ist – im Gegensatz zu gesellschaftlich-politischen Möglichkeiten. Während

auf individueller Ebene die einzelnen Personen vornehmlich auf den eigenen Lebensstil einwirken können und Maßnahmen hierfür primär auf einer verhaltensorientierten Ebene ansetzen müssen, müssen auf gesellschaftlich-politischer Ebene vornehmlich die Verhältnisse, in denen Menschen aufwachsen und leben, adressiert und gestaltet werden (Bucksch et al. 2012). Gerade Letzteres ist deutlich zeit- und ressourcenintensiver und setzt gute Detailkenntnisse über die jeweilige Situation vor Ort voraus, entspricht es doch im Bild der Flussparabel der Einführung entsprechender Schutzmaßnahmen, die dazu beitragen, dass deutlich weniger (im Idealfall sogar keine) Personen mehr in den Fluss fallen oder sich gegebenenfalls selbst aus dem Wasser retten können. Mittel- und langfristig sind gerade diejenigen Ansätze erstrebenswert, die auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Verhältnissen setzen. Sie können nicht nur wesentlich zur Ermöglichung gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen, sondern auch dabei unterstützen, dass der Gesundheit förderliche Entscheidungen zur einfacheren Entscheidung werden.

Für die Gesundheitsberichterstattung ist das auf zwei Ebenen relevant: einerseits auf Ebene der berichteten Kennzahlen für Gesundheit (**Assessment**) und andererseits auf Ebene der Planung und Ableitung entsprechender Handlungsempfehlungen (**Policy Formulation**). Unter den Kennzahlen für Gesundheit finden sich diverse Indikatoren, die nicht direkt den Gesundheitszustand, sondern den Zustand definierter Determinanten für Gesundheit abbilden (siehe auch Kapitel 4). GBE kann ihrem Namen eigentlich nur gerecht werden, wenn sie sich eben nicht nur darauf beschränkt, die Häufigkeiten von Krankheit und Tod mehr oder weniger downstream zu berichten, sondern auch über die wesentlichen Upstream-Faktoren berichtet, von denen wissenschaftlich belegt ist, dass sie erheblichen Einfluss auf die Geschehnisse weiter unten am Fluss (downstream) haben. Im Planungskontext heißt eine solch breite Perspektive auf Gesundheit, dass explizit versucht

werden muss, auf Planungsfelder über den engeren Gesundheitsbereich hinaus einzuwirken. Gerade auf kommunaler Ebene stehen die Chancen dafür nicht schlecht, da der ÖGD hier in eine Kommunalverwaltung eingebunden ist, die direkt oder indirekt für eine Vielzahl upstream gelegener gesundheitsrelevanter Faktoren zuständig ist. Dies bietet die Chance, dem Thema Gesundheit in umliegenden gesundheitsrelevanten Planungsfeldern mehr Gewicht zu verleihen und einen **Health-in-All-Policies-Ansatz** zu verfolgen – im Idealfall koordiniert durch den ÖGD.

Exkurs: Health in All Policies (HiAP)

Da die Verhältnisse, in denen Menschen aufwachsen und leben, mittel- und langfristig das Verhalten von Individuen und Bevölkerungsgruppen substantiell beeinflussen können, stehen verhältnispräventive Maßnahmen stark im Fokus von Prävention und Gesundheitsförderung und münden oftmals in Aktivitäten der Gesundheitsplanung (Näheres hierzu auch in Kapitel 7). Der Health-in-All-Policies-Ansatz (Gesundheit in allen Politikbereichen) beinhaltet, gesundheitsrelevante Prozesse und Entscheidungen auf unterschiedlichen gesellschaftspolitischen Ebenen systematisch zu erfassen, sichtbar zu machen und darauf hinzuwirken, gesundheitsrelevante Auswirkungen, sowohl gesundheitsförderliche als auch -schädliche, bei Entscheidungen quer durch alle Politikfelder mit zu berücksichtigen. Übergreifendes Ziel ist eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, um die Gesundheit der Bevölkerung und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern (Böhme, Reimann 2018; Geene et al. 2020).

Von besonderer Bedeutung unter all diesen Einflussfaktoren sind **soziale Determinanten für Gesundheit**. Viele GBELer und GBELerinnen machen über Jahre die immer wiederkehrende Erfahrung, dass räumliche Muster der Morbiditäts- oder Mortalitätsverteilung, welche ihre GBE zutage fördert, meist eine hohe Übereinstimmung mit räumlichen Mustern der sozialen Situation in ihrer Region aufweisen. Das

ist natürlich kein Zufall, sondern dem extremen Einfluss sozialer Determinanten auf die Gesundheit geschuldet. Für die GBE ist dies in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung: Unter GBE-Perspektive ist es relevant, dass über Determinanten der sozialen Lage häufig recht kleinräumige Informationen vorliegen. Eine Berichterstattung über soziale Einflussfaktoren ist inhaltlich unerlässlich, sie birgt jedoch gleichzeitig nicht unerhebliche Risiken bezüglich Stigmatisierung oder undifferenzierter Schuldzuweisungen an bestimmte Bevölkerungsgruppen.

Auf Handlungsebene sind soziale Determinanten nicht nur aufgrund ihrer übergeordneten Bedeutung für Gesundheit relevant, sondern auch ganz praktisch, da auf kommunaler Ebene viele soziale Zuständigkeiten gebündelt sind. Viele der im Modell eher außen angesiedelten Determinanten sind zwar grundsätzlich planbar, befinden sich allerdings oft nicht im direkten Zugriff des Gesundheitsamtes. Um eine entsprechende Upstream-Perspektive in die Berichterstattung und Planung integrieren zu können, ist daher häufig eine integrierte, ressortübergreifende Planung im Sinne einer gesundheitsförderlichen kommunalen Gesamtpolitik gemäß des Health-in-All-Policies-Ansatzes notwendig. Die strukturelle Anbindung des kommunalen ÖGD innerhalb der Kommunalverwaltung spielt dabei eine wichtige Rolle. Ist der ÖGD beispielsweise gemeinsam mit der Sozial- oder Jugendhilfeverwaltung in einem Dezernat oder einer Abteilung verortet, kann dies die Zusammenarbeit im Bereich Berichtswesen und/oder Planung erheblich vereinfachen. In Kapitel 3 wird auf die kommunalen Strukturen noch einmal genauer eingegangen. Die GBE in diesem Fall nicht als isolierte Fachberichterstattung, sondern vielmehr als integrierte Sozial- und Gesundheitsberichterstattung anzulegen, kann unter solchen Rahmenbedingungen eine schlüssige Konsequenz darstellen (siehe auch Kapitel 5).

2.4. Politisches Selbstverständnis der GBE

„Da ich ewig studiert habe und mich wirklich auskenne in den Gesundheitswissenschaften und der Epidemiologie, sind meine Zahlen echt überzeugend. Ich weiß am fundiertesten, was und warum wir das tun sollten, und die anderen werden heilfroh sein, dass ich es ihnen sagen kann.“

Die Gesundheitsberichterstattung kann ein Instrument zur Unterstützung und Begleitung von Gesundheitspolitik sein. Sie ist aber eine Fachaufgabe. Gesundheitspolitik ist dagegen zum einen durch den Wählerwillen bestimmt, zum anderen muss sie den Ausgleich mit anderen politischen Interessen und Erfordernissen finden. Es heißt oft, Gesundheit sei unser höchstes Gut, aber diese Maxime stößt schnell an die Grenzen der Finanzverteilung zwischen den Ressorts. Das Verhältnis zwischen Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitspolitik ist daher zwangsläufig komplex. Gesundheitsberichterstattung ist eine Voraussetzung für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik, sie darf aber nicht politische Vorhaben propagandistisch stützen. Damit würde sie ihre Glaubwürdigkeit verlieren und somit letztlich auch ihre Möglichkeiten, über ihre informative Funktion politisch wirksam zu werden.

GBE findet mit dem Anspruch statt, handlungsorientiert und planungsrelevant zu sein, das heißt Taten anzustoßen. Sie findet jedoch durch wissenschaftliche Experten und Expertinnen in einer hierarchisch gegliederten Struktur statt, etwa der Kommune, und nicht durch diejenigen, welche die Entscheidungen über die Maßnahmenebene treffen. Entscheidungen über folgende Taten können nur von legitimierte Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen getroffen werden, unabhängig davon, ob diese innerhalb der Kommunalverwaltung, in den kommunalpolitischen Gremien, bei externen Institutionen des Gesundheitswesens oder darüber hinaus angesiedelt sind.

GBE dient der Information und Beratung dieser Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen, sie stellt daher unter anderem ein Instrument der Politikberatung dar, wobei Politik in einem weiteren Sinne verstanden wird, da grundsätzlich auch Firmen und Institutionen eine bestimmte Politik verfolgen (Brand, Michelsen 2007).

Um die eigene Rolle als GBELer und GBELerin in der Politikberatung zu finden, ist es sinnvoll, das eigene Selbstverständnis im Rahmen dieses Beratungsprozesses immer wieder zu reflektieren. Drei Modelle und damit verbundene Grundannahmen können dabei unterschieden werden (Brand, Michelsen 2007; Kurth 2006):

1. **Technokratisches Modell:** Nach diesem Modell folgt die Politik der Wissenschaft und ihren Empfehlungen, es kommt zu einer Verwissenschaftlichung der Politik. Dieses Modell passt vor allem zu Prozessen, die vorab weitgehend festgelegt sind, wie dies etwa bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten und den im Infektionsschutzgesetz (IfSG) festgelegten Abläufen der Fall ist. Für Prozesse, deren Verlauf weitgehend offen ist, ist dieses Modell eher ungeeignet, da die politische Entscheidung durch meist demokratisch legitimierte Mandatsträger und Mandatsträgerinnen getroffen wird. GBELer und GBELerinnen stammen meist aus akademischen Kontexten und haben gelernt, Prozesse möglichst evidenzbasiert auszurichten. Um Enttäuschungen vorzubeugen, gilt es, sich daher gerade zu Beginn einer Tätigkeit in der GBE zu vergegenwärtigen, dass über die weite Mehrzahl aller Maßnahmen nicht rein technokratisch, evidenzbasiert entschieden wird, sondern dass darüber hinaus eine Vielzahl weiterer Faktoren berücksichtigt werden, deren Auswahl unter rein wissenschaftlichen Gesichtspunkten nicht immer nachvollziehbar ist.
2. **Dezisionistisches Modell:** Nach diesem Modell berät eine wertfreie Wissenschaft eine Politik, die auf Basis von Werten und Weltanschauungen Entscheidungen trifft. Das Selbstverständnis

des GBELers oder der GBELerin ist es, den Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen die bestmögliche Informationsbasis für ihre Entscheidungen bereitzustellen. Dadurch sollen nicht rein evidenzbasierte, sondern vielmehr evidenzinformierte politische Entscheidungen ermöglicht werden (Rushmer et al. 2019). Rein formal wird dieses Modell den meisten politischen Prozessen und Zuständigkeiten gerecht. Es postuliert jedoch eine Wertfreiheit im GBE-Beratungsprozess, die in der zugrunde liegenden Gesundheitswissenschaft schwerlich zu finden sein dürfte. Wertorientierungen des GBELers oder der GBELerin etwa im Sinne eines Leitwerts Gesundheit oder der HiAP-Ziele werden im Beratungsprozess nicht ausgeblendet, sondern sind Teil dessen.

3. **Pragmatistisches Modell:** Nach diesem Modell wird eine wertende Wissenschaft postuliert, welche Politik berät und aufgrund der eigenen Wertorientierung gleichzeitig in den Diskurs mit ihr tritt. Entscheidungen werden somit in einem Wechselspiel zwischen Politik und Wissenschaft getroffen. Der GBELer oder die GBELerin wird im Normalfall durchaus für die eigenen Werte streiten, wie es in diesem Modell hinterlegt ist. Inwieweit die Entscheidungsprozesse dann eher dezisionistisch oder pragmatistisch stattfinden, hängt von seiner oder ihrer Rolle ab sowie vom Kontext, der ja durch eine Vielzahl weiterer Akteure und Aktuerinnen zum Beispiel aus Kommunalpolitik oder Gremien von Experten und Expertinnen beeinflusst wird (Weiteres zu den Strukturen auch in Kapitel 3).

Wichtig für das Selbstverständnis der meist akademisch-wissenschaftlich geprägten GBELer und GBELerinnen ist es, die Unterschiedlichkeit der Rationalitäten von Wissenschaft und Politik zu realisieren. Ihre jeweilige Sprache ist auf die unterschiedlichen Adressaten und Adressatinnen abgestimmt, ihre Planung ist von sehr unterschiedlichen Zeitabläufen bestimmt, und sie verfolgen rollengemäß ganz unterschiedliche Ziele (siehe Tabelle 1). Für eine nachhaltig erfolgreiche

GBE gilt es, sich an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Politik mit politischen Rationalitäten vertraut zu machen und diese, wenn möglich, auch entsprechend zu berücksichtigen.

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Wissenschaft und Politik (entnommen aus Kurth 2006)

	Wissenschaft	Politik
Sprache	Fachspezifisch, für Nichtwissenschaftler und Nichtwissenschaftlerinnen schwer zu verstehen	Oft vereinfachend und populistisch, soll von der ganzen Bevölkerung verstanden werden
Zeitplanung	Ansammlung von Spezialkenntnissen und Expertise über einen langen Zeitraum	Einhaltung eines Zeitplans geht häufig über Qualität
Aufmerksamkeitsspanne	Lang: kumulativer Prozess der Erkenntnisfindung	Kurz: Suche nach schnell verfügbaren Informationen zu einer Vielfalt wechselnder Themen
Ziele (PPP)	Fortschritt der Wissenschaft, P ublikationen (Impact-Faktor), P atente, P rofessuren	Krisenmanagement, öffentliche Unterstützung, P olitik, P raxis, P opularität

2.5. Weiterführende Informationen

GBE und Politik

- Borrmann, B; Rosenkötter, N (2014): Steuerungspotenziale des ÖGD. Gesundheitsberichterstattung. In: Public Health Forum 22 (4), S. 183. DOI: [10.1016/j.phf.2014.09.002](https://doi.org/10.1016/j.phf.2014.09.002).
- Brand, H; Michelsen, K (2007): Politikberatung durch Gesundheitsberichterstattung? In: Das Gesundheitswesen 69 (10), S. 527–533. DOI: [10.1055/s-2007-992163](https://doi.org/10.1055/s-2007-992163).
- Kuhn, J; Busch, R (Hg.) (2006): Gesundheit zwischen Statistik und Politik. Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Kurth, BM (2006): Epidemiologie und Gesundheitspolitik. In: Bundesgesundheitsbl. 49, S. 637–647. DOI: [10.1007/s00103-006-1291-y](https://doi.org/10.1007/s00103-006-1291-y).

Determinanten von Gesundheit

- Dahlgren, G; Whitehead, M (2007): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. 14. Aufl., 2007.
- Marmot, M (2010): Fair Society Healthy Lives. The Marmot Review: Executive Summary. London, 2010.
- Marmot, M G (2005): Social determinants of health inequalities. In: *The Lancet* 365, S. 1099–1104.
- WHO Europe (2003): The solid facts. Social determinants of health. 2nd ed. Copenhagen, 2003.

GBE und Planung

- Feldhoff, K H; Groschopp, C; Blank, K; Ziemer, B (2001): Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Instrument zur Weiterentwicklung von Handlungsempfehlungen auf kommunaler Ebene. In: *Das Gesundheitswesen* 63, S. 61–65.
- Szagun, B; Wasel, W (2006): Kommunale Gesundheitsplanung zwischen WHO-Konzept, gesetzlichem Auftrag und struktureller Rationierung. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 7–8, S. 51–56.

Health in All Policies (HiAP)

- Böhm, K et al. (Hg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. 1st ed. 2020. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Imprint: Springer VS.
- WHO (2013): The Helsinki Statement on Health in All Policies. Helsinki, 10.06.2013.

2.6. Literaturverzeichnis Kapitel 2 – Wozu GBE?

- Böhme, C; Reimann, B (2018): Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation. Ergebnisse einer Akteursbefragung. Hg. v. Deutsches Institut für Urbanistik. Berlin. Online verfügbar unter <https://repository.difu.de/jspui/handle/difu/249465>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.

- Brand, H; Evans, D (1998): Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsberichterstattung. In: Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hg.): Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Ein Leitfaden für GesundheitsberichterstatterInnen und solche, die es werden wollen. 2. aktualisierte Aufl. Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (Schriftenreihe, Band 18), S. 25–34.
- Brand, H; Michelsen, K (2007): Politikberatung durch Gesundheitsberichterstattung? In: Das Gesundheitswesen 69 (10), S. 527–533. DOI: [10.1055/s-2007-992163](https://doi.org/10.1055/s-2007-992163).
- Bucksch, J; Claßen, T; Budde, S; Geuter, G (2012): Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune. Evidenzen und Handlungskonzept für die Kommunalentwicklung – ein Leitfaden. Bielefeld.
- Claßen, T (2020): Gesundheitsförderliche Stadtentwicklung. In: Informationen zur Raumentwicklung 47 (1), S. 4–17. Online verfügbar unter <https://elibrary.steiner-verlag.de/article/99.105010/izr202001000401>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Dahlgren, G; Whitehead, M (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Sweden: Institute for Future Studies. Online verfügbar unter https://ideas.repec.org/p/hhs/ifs-wps/2007_014.html, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Dahlgren, G; Whitehead, M (2007): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. 14. Aufl. Hg. v. Institut for Futures Studies.
- Geene, R; Kurth, B M; Matusall, S (2020): Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für

Deutschland. In: Das Gesundheitswesen 82 (7), e72-e76. DOI: [10.1055/a-1138-0389](https://doi.org/10.1055/a-1138-0389).

- Institute of Medicine U.S. (Hg.) (1988): The Future of Public Health. Institute of Medicine. 12. Aufl. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kuhn, J (2005): Gesundheitsberichterstattung als Staatsaufgabe. In: prävention (2), S. 57–63.
- Kurth, B M (2006): Epidemiologie und Gesundheitspolitik. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 49, S. 637–647. DOI: [10.1007/s00103-006-1291-y](https://doi.org/10.1007/s00103-006-1291-y).
- Marmot, M (2010): Fair Society Healthy Lives. The Marmot Review: Executive Summary. London (Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010).
- Rosenbrock, R (1995): Public Health als Soziale Innovation. In: Das Gesundheitswesen 57 (3), S. 140–144.
- Rosenbrock, R (2001): Was ist New Public Health? In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 44 (8), S. 753–762. DOI: [10.1007/s001030100231](https://doi.org/10.1007/s001030100231).
- Rushmer, R; Ward, V; Nguyen, T; Kuchenmüller, T (2019): Knowledge Translation: Key Concepts, Terms and Activities. In: van Oers, H; Verschuuren, M (Hg.): Population Health Monitoring. Climbing the Information Pyramid. Basel: Springer Cham, S. 127–150.
- Starke, D; Tempel, G; Butler, J; Starker, A; Zühlke, C; Borrmann, B (2019): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. In: Journal of Health Monitoring 4 (S1), S. 1–22.

- Verschuur, M; van Oers, H (Hg.) (2019): Population Health Monitoring. Cham: Springer International Publishing.
- WHO (1986): Ottawa-Charter for Health Promotion.

3. GBE-Strukturen

„Ich bin in der Wissenschaft tätig, kann Ihnen die Epidemiologie hoch und runter erklären, die Zahlen richtig berechnen, perfekt darstellen und noch was Gescheites dazu schreiben. Aber nein, keine Ahnung, wer jetzt wo was zu sagen hat bei uns. Interessiert mich auch nicht so sehr ...“

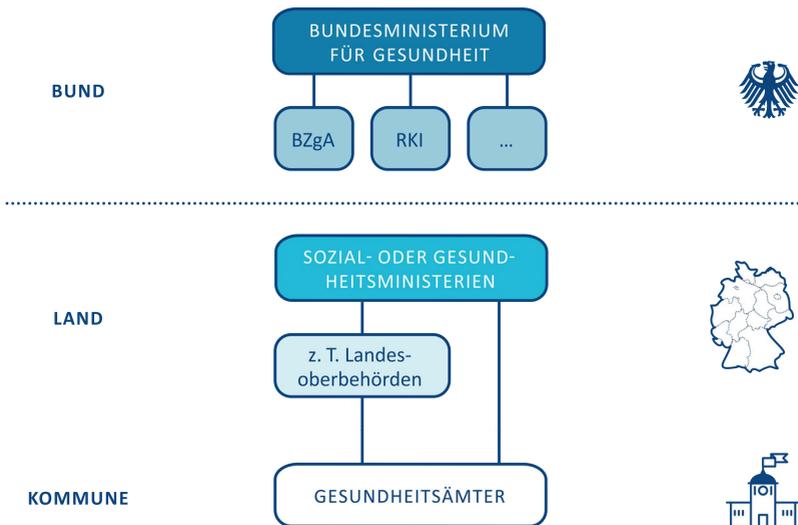


Abbildung 5: Zusammenspiel von Bund, Land und Kommune (eigene Abbildung) © Marion Burbulla

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist deutschlandweit auf den Ebenen von Bund, Bundesländern und Kommunen organisiert, in einigen Bundesländern kommen auf der Ebene zwischen Land und Kommune noch die Regierungspräsidien hinzu (Abbildung 5). GBE findet vor allem auf den erstgenannten drei Ebenen statt, dies jedoch in unterschiedlicher Intensität. Die Aufgaben und Strukturen des ÖGD sind weitestgehend föderal geregelt, das heißt, für die kommunale GBE

sind landesgesetzliche Regelungen in Form der Gesundheitsdienstgesetze (GDG) der Länder maßgeblich (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Für die kommunale GBE sind die übergeordneten Ebenen von Bund und Land zum Beispiel als Datenhalter, für die Datenaufbereitung und für fachliche Unterstützungsleistungen durch Landesoberbehörden, wie etwa Landesgesundheitsämter, von Bedeutung.

3.1. Kommunale Ebene

Auf der Ebene der Kommunalverwaltung ist der ÖGD zum weit überwiegenden Teil in Landkreisen angesiedelt, zum Teil in kreisfreien Städten (auch als Stadtkreise/Städteregionen bezeichnet) und zu einem geringeren Teil übergreifend über mehrere Landkreise und/oder Städte. Speziell für die sinnvollerweise eng mit der GBE verbundenen Planungsprozesse ist dies bedeutsam, da verschiedene politische Ebenen und Strukturen berücksichtigt werden müssen, um mittels GBE gesundheitspolitische Entscheidungen unterstützen oder aber Gesundheitsbezüge in sonstige politische Entscheidungsprozesse im Sinne von Health in All Policies (HiAP) einspeisen zu können:

1. Bei überwiegend auf **Landkreis-Ebene** angesiedelten ÖGD-Strukturen sind vor allem die Landkreisverwaltung sowie die Ebene der Gemeinden und Städte des Kreises zu berücksichtigen.
2. Sind die ÖGD-Einheiten vorrangig auf **Ebene kreisfreier Städte** angesiedelt, sind insbesondere die Stadtverwaltung sowie gegebenenfalls Ortsteilverwaltungen zu berücksichtigen.
3. Für ÖGD-Einheiten, die **über mehrere Landkreise und/oder Stadtkreise hinweg kumuliert** sind, gilt es, neben den Verwal-

tungen mehrerer Landkreise und/oder kreisfreie Städte auch Gemeindeverwaltungen sowie möglicherweise Ortsteilverwaltungen zu berücksichtigen.

Für die GBE als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument sind diese Gebietskörperschaften relevant, da Vielzahl und Komplexität der zu berücksichtigenden politischen Entscheidungsebenen auch den für die GBE wesentlichen Prozessen mehr Komplexität verleihen. Gegenüber Städten gilt es schon in Landkreisen deutlich mehr politische Akteure und Akteurinnen zu berücksichtigen. Der höchste Komplexitätsgrad herrscht, wenn ein ÖGD für mehrere Kreise zuständig ist, da die Kommunalpolitik mehrerer Kreise bzw. Städte und dazu meist eine Vielzahl an Gemeindeverwaltungen zu berücksichtigen sind. Innerhalb der Kommunalverwaltung ist die GBE als Aufgabe des ÖGD meist im Gesundheitsamt bzw. Fachbereich Gesundheit oder ähnlichen Bereichen angesiedelt. Der ÖGD wiederum ist meist einem mehrere Ämter umfassenden Dezernat oder einer Abteilung zugeordnet, wie auch in Abbildung 6 veranschaulicht.

Den unterschiedlichen Dezernaten oder Abteilungen steht die kommunale Spitze vor, das heißt Landrätin oder Landrat bzw. Oberbürgermeisterin oder Oberbürgermeister. Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass Landkreis oder Stadt auch politische Einheiten darstellen und kommunalpolitische Entscheidungen zum Beispiel bezüglich Ressourcen von den gewählten Vertretern und Vertreterinnen des Kreistags oder städtischen Parlaments getroffen werden. Den einzelnen Dezernaten oder Abteilungen sind meist spezifische Unterausschüsse des Kreistags oder Stadtparlaments (Stadtrates) zugeordnet, in denen fachliche Fragen erörtert werden. Auch der ÖGD und die GBE sind meist einem solchen politischen Fachausschuss zugeordnet und bringen ihre spezifischen Belange dort ein, etwa einen Gesundheitsbericht.

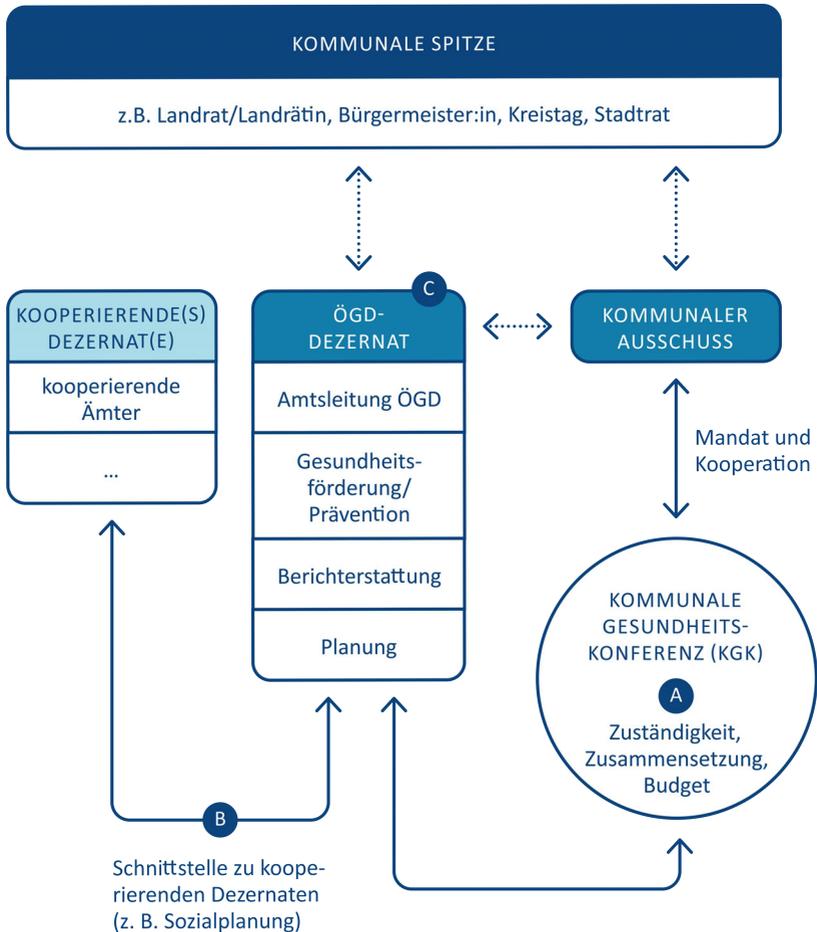


Abbildung 6: Rahmenbedingungen und zu berücksichtigende Institutionen, Dezernate und Akteursgruppen für die Realisierung einer erfolgreichen kommunalen Koordinationsaufgabe des ÖGD, dargestellt an einer kommunalen Gesundheitskonferenz in einer beispielhaften Verwaltungsstruktur (erweiterte Darstellung nach Szagun et al. 2016) © Marion Burbulla

Abhängig von der Gesetzeslage für den ÖGD im jeweiligen Bundesland sind auf kommunaler Ebene teilweise darüber hinaus noch gesundheitspezifische Planungsgremien angesiedelt, beispielsweise in

Form Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Diese sind häufig direkt dem ÖGD zugeordnet, das heißt, ihm obliegt die Geschäftsführung. Diese Gremien sind unterschiedlich zusammengesetzt: Mitglieder sind meist lokale Stakeholder aus den Feldern Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Akteure und Akteurinnen, die mittelbar auf Gesundheit Einfluss nehmen können, wie zum Beispiel das Schulamt oder Jugendamt, mit mehr oder weniger Beteiligung von Patienten und Patientinnen sowie Bürger und Bürgerinnen. Meist stellen die Mitglieder eine Auswahl von Experten und Expertinnen dar. In der Regel ist jedoch weder die Auswahl der beteiligten Akteure und Akteurinnen noch das Gremium selbst politisch legitimiert. Daher haben diese Gremien üblicherweise eine beratende Funktion (Weiteres hierzu auch in Kapitel 2) sowie eine eher geringe Ressourcenverantwortung.

Das alles klingt nicht nur komplex, es ist auch so. Für die GBE sind die kommunalpolitischen Strukturen in vieler Hinsicht bedeutsam (Albrich et al. 2017). Will GBE „Daten für Taten“ kommunizieren, das heißt planungsrelevant sein, findet diese Planung in einem oder mehreren der oben genannten Gremien statt. Am Ende gilt es oft, Entscheidungen über Ressourcen zu beeinflussen, das heißt die dafür zuständigen Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen zu überzeugen. Die Reichweite gelingender GBE geht somit immer über das Amt hinaus und sollte daher von Anfang an mitgedacht werden. Die für die GBE zu berücksichtigenden Aspekte ergeben sich aus den verschiedenen Hierarchieebenen, den jeweiligen Ausschüssen und etwaigen Gremien von Experten und Expertinnen:

1. **Hierarchieebenen:** Damit ein Gesundheitsbericht nicht zum zahnlosen Papiertiger mutiert, ist immer eine offizielle Verlautbarung der Kommunalbehörde erforderlich, die auch von der kommunalen Spitze genehmigt sein muss. Die für die GBE zuständige Person ist innerhalb des kommunalen ÖGD meist auf der zweiten oder dritten Hierarchieebene angesiedelt. Über der Leitung des

Gesundheitsamtes liegen ein bis zwei weitere Hierarchieebenen, sodass ein Bericht nicht selten über vier Hierarchieebenen hinweg absegnen werden muss, bevor er nach außen gehen kann. Das kostet nicht nur Zeit, es kann auch zu Konflikten führen, sofern nicht eine gewisse Vorabstimmung zwischen den relevanten Ebenen stattgefunden hat (Näheres zu den Abstimmungsprozessen auch in Kapitel 6). Ein Teil dieser Vorabstimmung obliegt meist der Amtsleitung, da diese einen direkten Zugang zu den übergeordneten Führungskräften hat. Günstig ist es daher, wenn zumindest im ÖGD selbst so wenige Ebenen wie möglich zwischen GBE und Amtsleitung liegen.

2. **Kommunalpolitische Ausschüsse:** Kommunalpolitische Planungen und Ressourcenentscheidungen zu gesundheitsrelevanten Themen werden in kommunalpolitischen (Gesundheits-)Ausschüssen erörtert und vorbereitet. Die Entscheidungen werden vom Kreistag bzw. Stadtparlament getroffen. Die Ausschüsse sind von Kommunalpolitikern und Kommunalpolitikerinnen verschiedener Fraktionen besetzt, die informiert bzw. eventuell überzeugt werden müssen. Häufig ist dem ÖGD-Dezernat bzw. der ÖGD-Abteilung ein spezifischer Unterausschuss des Kreistags oder Stadtparlaments zugeordnet, zum Beispiel einem Sozialdezernat ein Ausschuss für Soziales und Gesundheit. Abhängig von der Dezernatszuordnung sind dann auch die üblichen Themen und die Expertise, die in einem solchen Ausschuss angesiedelt sind. Für die GBE gilt es, soweit wie möglich zu antizipieren, welche Themen dort auf welche Weise diskutiert werden dürften. Es kann sinnvoll sein, Vertreter und Vertreterinnen der politischen Fraktionen etwa über die Einbindung in die Gesundheitskonferenz frühzeitig in die Berichtsthematik zu involvieren, um eine konstruktive Diskussion vorzubereiten. Das Gesundheitsamt kann als eigenständige Fachabteilung/eigenständiger Fachbereich der Land-

rätin/dem Landrat bzw. der Oberbürgermeisterin/dem Oberbürgermeister direkt unterstellt sein, meistens ist es jedoch dem Dezernat eines/einer Beigeordneten bzw. Dezernenten/Dezernentin zugeordnet. Die häufigsten Zuordnungen des ÖGD liegen in den Dezernaten Soziales und/oder Jugend sowie Ordnung und/oder Veterinärwesen (Quelle: eigene Erhebung im Rahmen des GBE-Monitors 11–12/2019, Weiteres hierzu auch in Kapitel 8). Die Dezernatszuordnung spielt neben der kommunalpolitischen Bedeutung auch eine Rolle dafür, wie einfach oder kompliziert es sich gestaltet, mit anderen Ämtern und Fachbereichen zu kooperieren und damit eine Integration von GBE und Planung zu realisieren (siehe Kapitel 5). Eine direkte Unterstellung des Fachbereichs Gesundheit unterhalb der kommunalen Spitze ermöglicht es andererseits, der Gesundheitsplanung einen hohen und eigenständigen Stellenwert zu verleihen.

- 3. Experten- und Expertinnengremien zur Gesundheitsplanung:** Die spezifischen und meist nur beratenden Planungsgremien wie (Kommunale) Gesundheitskonferenzen sind häufig in mehrfacher Hinsicht relevant für die GBE: Aus ihnen kommen nicht selten Anregungen oder Aufträge für Berichtsthemen (siehe auch Kapitel 2), und fast immer stellen sie wesentliche Adressaten und Adressatinnen der GBE dar. Auch wenn Gesundheitskonferenzen nicht demokratisch legitimiert sind, ist ihr Votum als beratendes Experten- und Expertinnengremium wesentlich dafür, ob die GBE zu Taten führt. Es gilt daher, die Diskussion in diesen Gremien vorzubereiten bzw. Mitglieder der Gremien schon vorab in den Prozess einzubeziehen (siehe auch Kapitel 6). Essenziell für die notwendigen Abstimmungsprozesse sind häufig auch die Schnittstellen zwischen den Gremien der Experten- und Expertinnen sowie oben genannten politischen Gremien. Gute Voraussetzungen lassen sich beispielsweise gewährleisten, indem Mitglieder aller

wichtigen politischen Fraktionen auch an der Gesundheitskonferenz beteiligt sind. Sofern in der Gesundheitskonferenz aktive Akteure und Akteurinnen wie beispielsweise Krankenkassen oder Ärzte- und Ärztinnenschaft direkt für ein Planungsfeld zuständig sind, können auch in der Konferenz selbst weitreichende und ressourcenrelevante Entscheidungen getroffen werden. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Konferenz gut etabliert ist. Eine wichtige Rolle dafür spielt häufig auch die Offensichtlichkeit einer Bedarfslage, wie sie sich zum Beispiel aus der GBE ergeben kann.

Exkurs: Empfehlung zur GBE-Struktur innerhalb des kommunalen ÖGD

Grundsätzlich reichen Steuerungsaufgaben wie GBE und Planung immer über das Gesundheitsamt hinaus. Die Amtsleitung ist stets mehr oder weniger in sie eingebunden, sei es durch die entstehende Öffentlichkeit, die Diskussionen in kommunalpolitischen Gremien oder in Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Das macht eine Unterstützung dieser Aufgaben durch die Amtsleitung einerseits zur unabdingbaren Voraussetzung, andererseits sollte die Ansiedlung dieser Aufgabenbereiche die notwendige Interaktion ermöglichen und befördern. Abhängig von der Größe des Aufgabengebiets ist daher eine Installation als Abteilung, Sachgebiet oder Stabsstelle direkt unterhalb der Leitungsebene sinnvoll. Darüber hinaus ist es hilfreich, wenn die Arbeitsfelder Planung und GBE möglichst in einer gemeinsamen Struktur integriert sind. Falls Gesundheitsförderung und Prävention prioritäre Planungsthemen darstellen, sind integrierte Arbeitseinheiten für GBE, Planung, Prävention und Gesundheitsförderung eine sinnvolle Lösung, die sich vielerorts bewährt hat.

3.2. Landesebene

Gesundheitsberichte auf Landesebene werden entweder von den Gesundheitsministerien (zum Beispiel in Berlin, Hamburg, Hessen oder

Schleswig-Holstein) oder oberen Landesgesundheitsbehörden (Landesgesundheitsämtern) erstellt. Sie haben die Situation im Land insgesamt im Blick, berücksichtigen dabei aber häufig auch regionale Unterschiede und berichten dazu auch Daten auf Kreisebene. Für die kommunale Gesundheitsberichterstattung kann das als Datenquelle oder Vergleichsreferenz dienen. Des Weiteren unterstützt die Landesebene die kommunale Gesundheitsberichterstattung zum Beispiel durch Fortbildungen/Tagungen oder die Erstellung von Handlungshilfen. Länderübergreifend bietet auch die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) Fortbildungsveranstaltungen zur Gesundheitsberichterstattung an.

Die Länder stimmen sich zur Gesundheitsberichterstattung in der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (GPRS AOLG) ab. Auf dieser Ebene wurde 2003 auch ein gemeinsamer Gesundheitsindikatorenset der Länder vereinbart, um zumindest für einige Gesundheitsindikatoren Ländervergleiche vornehmen zu können. Das Robert Koch-Institut (RKI), das Statistische Bundesamt und die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) sind ständige Gäste dieser Arbeitsgruppe. Ein regelmäßiger Bund-Länder-Workshop zur Gesundheitsberichterstattung, den das Robert Koch-Institut in Abstimmung mit den Ländern veranstaltet, stellt auch die vertikale Verständigung zwischen Bund und Ländern sicher.

3.3. Bundesebene

Auf der Ebene des Bundes ist das Robert Koch-Institut zusammen mit dem Statistischen Bundesamt für die Gesundheitsberichterstattung zuständig. Das RKI verantwortet die inhaltliche und konzeptionelle Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Berichtswesens sowie die

GBE-Publikationen auf Bundesebene. Das Statistische Bundesamt stellt die wesentlichen Datenquellen im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE) bereit (Ziese 2000). Im IS-GBE stehen Informationen und Daten aus über 100 Datenquellen zur Verfügung. Viele Tabellen sind entsprechend der eigenen Fragestellung modifizierbar, auch Grafiken können erstellt werden. Das Angebot wird kontinuierlich ergänzt und aktualisiert. Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings führt das RKI in regelmäßigen Abständen bundesweite repräsentative Befragungs- und Untersuchungssurveys durch (siehe auch Kapitel 4).

Akteure und Akteurinnen im Gesundheitswesen, der Gesundheitswissenschaft sowie Datenhalter und Datenhalterinnen und internationale Experten und Expertinnen werden über die Kommission Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut in die Arbeit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes einbezogen. Die Berichtersteller und Berichterstellerinnen des RKI arbeiten in zahlreichen gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Gremien und Prozessen auf nationaler sowie internationaler Ebene mit, sodass auch auf diesem Wege ein ständiger Austausch mit Politik, Forschung und Praxis sichergestellt wird (Lampert et al. 2010).

Exkurs: Rechtliche Rahmenbedingungen

Die jeweilige Ausgestaltung sowie der vorgeschriebene Grad an Verbindlichkeit und Rahmen, in dem Gesundheitsberichterstattung erfolgen soll, variieren zum Teil erheblich. Dies zeigt sich insbesondere, wenn man die Gesetzestexte vergleichend gegenüberstellt (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**): In manchen Bundesländern, etwa Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg oder Berlin, gibt es ausführlichere Vorgaben für die Gesundheitsberichterstattung sowie auch Verknüpfungen zu Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) oder kommunalen Gesundheitszielen. In einzelnen Bundesländern existiert hingegen lediglich eine

Rahmenverordnung zur Beobachtung und Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung, ohne jedwede Konkretisierung oder Spezifizierung hinsichtlich gesetzlicher Zuständigkeit, Periodizität des Berichtswesens oder inhaltlichen Vorgaben zu relevanten Datenquellen oder Indikatoren (Weiteres hierzu auch in Kapitel 4). Betrachtet man zudem die gesetzlichen Vorgaben für die Landesebene und kommunale Ebene separat, zeigt sich eine noch deutlichere Heterogenität in der Ausgestaltung und den damit verbundenen Freiheitsgraden. Knapp die Hälfte aller Gesundheitsdienstgesetze (GDG) beinhaltet Vorgaben zur Periodizität bzw. dem Berichtsturnus auf Landesebene, auf kommunaler Ebene bzw. Bezirksebene findet sich das vor allem in den Stadtstaaten. Inhaltliche Vorgaben wie Regelungen zur Datenweitergabe, aufzunehmende Themenfelder oder auch Angaben zur gewünschten Aggregationsebene sind sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene in knapp der Hälfte aller Gesetzestexte enthalten. Auf Landes- sowie auf kommunaler Ebene attestiert die weit überwiegende Mehrheit aller GDG der Gesundheitsberichterstattung eine gesundheitspolitische Steuerungsfunktion, wie in der nachfolgenden **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** ersichtlich.

Tabelle 2: Verankerung von Gesundheitsberichterstattung in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder (eigene Analyse, Stand 02/2020, publiziert in: (Rosenkötter et al. 2020)) © Marion Burbulla

	Zuständigkeit		Periodizität		Datenquelle/ Indikatoren		Planungsbezug		Gremienbezug		Evaluation		GBE-relevante Paragraphen
	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*	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	§§ 1, 2, 5, 6 GDG
BB	X	X					X	X					§§ 1, 9 BldgGDG
HB	X	X	X	X	X	X	X	X					§§ 2, 9–12 ÖGDG
HH	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	X					§§ 1, 24 ÖGDG M-V
NI	X	X				X	X	X					§ 8 NGöGD
NW	X	X	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	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	(X) gesetzliche Regelung spezifisch
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 A1;N2 ohne Regelung unspezifisch

3.4. Weiterführende Informationen

GBE auf kommunaler und Landesebene

- Jacob, R; Michels, H (2000): Regionale und kommunale Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesgesundheitsbl. 43 (8), S. 615–623. DOI: [10.1007/s001030070021](https://doi.org/10.1007/s001030070021).
- Rosenkötter, N; Borrmann, B; Arnold, L; Böhm, A (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. In: Bundesgesundheitsbl. 63, S. 1067–1075. DOI: [10.1007/s00103-020-03190-z](https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z).
- Stockmann, S; Kuhn, J; Zirngibl, A; Mansmann, U (2008): Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung. In: Das Gesundheitswesen 70 (11), S. 679–683. DOI: [10.1055/s-0028-1100402](https://doi.org/10.1055/s-0028-1100402).

GBE auf Bundesebene

- Kurth, B-M; Ziese, T; Tiemann, F (2005): Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene. In: Bundesgesundheitsbl. 48 (3), S. 261–272. DOI: [10.1007/s00103-004-1001-6](https://doi.org/10.1007/s00103-004-1001-6).
- Kurth, B-M; Lange, C; Kamtsiuris, P; Hölling, H (2009): Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. In: Bundesgesundheitsbl. 52 (5), S. 557–570. DOI: [10.1007/s00103-009-0843-3](https://doi.org/10.1007/s00103-009-0843-3).

Rechtliche Hintergründe der GBE

- Kuhn, J (2007): Die historische Entwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung. Eine Forschungslücke. In: Das Gesundheitswesen 69 (10), S. 507–513. DOI: [10.1055/s-2007-992160](https://doi.org/10.1055/s-2007-992160).
- Rosenkötter, N; Borrmann, B; Arnold, L; Böhm, A (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. In: Bundesgesundheitsbl. 63, S. 1067–1075. DOI: [10.1007/s00103-020-03190-z](https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z).

3.5. Literaturverzeichnis Kapitel 3 – GBE-Strukturen

- Albrich, C; Brandeis, B; Erb, J; Hellmann, V; Wallus, L; Firsching, M et al. (2017): Handlungsempfehlung für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ergebnisse eines Pilotvorhabens in Baden-Württemberg. Hg. v. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Lampert, T; Horch, K; List, S (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Ziele, Aufgaben und Nutzungsmöglichkeiten. Berlin (GBE Kompakt, 1). Online verfügbar unter <http://www.rki.de/gbe-kompakt>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Rosenkötter, N; Borrmann, B; Arnold, L; Böhm, A (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 63, S. 1067–1075. DOI: [10.1007/s00103-020-03190-z](https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z).

- Szagun, B; Kuhn, J; Starke, D (2016): Kommunale Gesundheitsförderungspolitik und das Präventionsgesetz. In: Prävent Gesundheitsf 11 (4), S. 265–270. DOI: [10.1007/s11553-016-0563-0](https://doi.org/10.1007/s11553-016-0563-0).
- Ziese, T (2000): Beginn der Routinephase. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 43 (8), S. 600–604. DOI: [10.1007/s001030070018](https://doi.org/10.1007/s001030070018).

4. GBE Handwerk



**PURZELBAUM
ODER
ROLLE RÜCKWÄRTS**

Für Sie kein Entweder-oder:
Sie machen einfach beides, und zwar gleichzeitig!

**Erkennen Sie sich wieder?
Dann sind Sie die richtige Person**

Das Gesundheitsamt „Im siebten Himmel“ sucht für seine Gesundheitsberichterstattung einen Menschen, der Spaß daran hat, Gegensätze zu leben:

- * Sie lieben das einsame Geschäft der Datenauswertung, gleichzeitig sind Sie integrativ, kommunikativ und gehen gern auf andere Menschen zu.
- * Sie sind leidenschaftliche Expertin/leidenschaftlicher Experte Ihres eigenen Fachgebietes; zugleich lassen Sie sich gern auf interdisziplinäres Arbeiten ein.
- * Sie arbeiten nach wissenschaftlichen Kriterien, dennoch finden Sie eine angemessene Sprache für unterschiedlichste Adressaten und Adressatinnen.
- * Sie reagieren schnell; parallel haben Sie einen langen Atem bei Projekten, die auf Jahre angelegt sind.
- * Sie arbeiten strukturiert, aber trotzdem kreativ.
- * Sie haben keine Scheu vor Zahlen und großen Datenmengen und zudem Verständnis dafür, dass nicht alle ihre Liebe zu Zeitreihen teilen.
- * Sie arbeiten selbstständig und zielorientiert, Ihre Partner:innen verlieren Sie dennoch nicht aus dem Blick.
- * Obwohl Sie in einer hierarchischen Struktur landen, leben Sie partnerschaftliches, motivierendes Arbeiten.
- * Ihr Blick ist auf das große Ganze gerichtet, aber die Details vergessen Sie nicht.

Wenn Sie sich durch diese Widersprüche herausgefordert fühlen, dann bewerben Sie sich noch heute im „Siebten Himmel“



„Ich hab’ echt nie verstanden, was an GBE schwer sein soll. Ein paar Daten zusammenrühren, schön bunt machen, ein bisschen texten und raus damit. Hab ja auch noch andere Aufgaben ...“

Abbildung 7: Stellenausschreibung einer GBE-Stelle © Marion Burbulla

Diese Stellenbeschreibung ist natürlich bewusst überspitzt formuliert. Dennoch enthält sie viele Körnchen Wahrheit, denn als Gesundheitsberichtersteller und Gesundheitsberichterstellerin kommt man sich tatsächlich manchmal vor wie die berühmte eierlegende Wollmilchsau. GBE erfordert viele Fähigkeiten, die oftmals im Widerspruch zueinander stehen und auch im Studium nicht immer vermittelt werden (können). Um nicht zwischen Widersprüchen und Ansprüchen zerrieben zu werden, gibt es Handwerkszeug für eine gute GBE. Das folgende Kapitel soll hier einen ersten Einblick geben.

4.1. Datengrundlagen der Gesundheitsberichterstattung

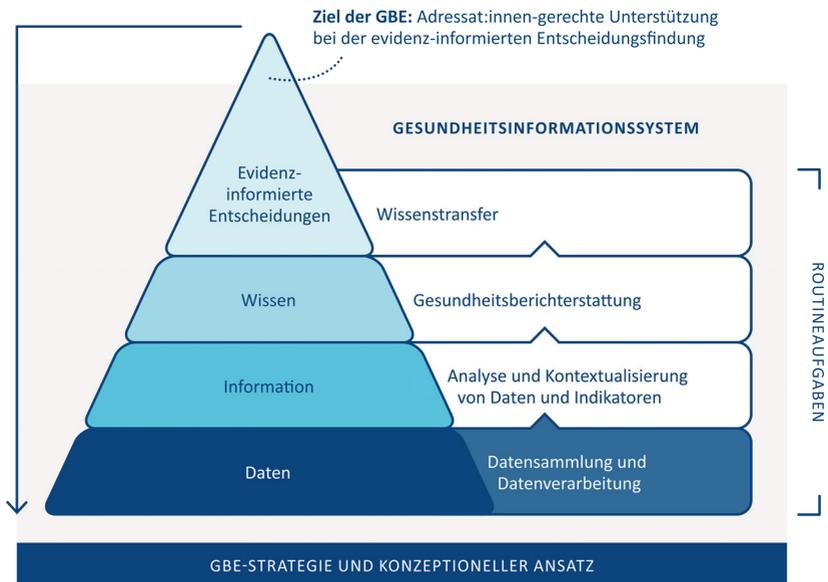


Abbildung 8: Datenbasis der GBE in der Informationspyramide (erweiterte Darstellung nach Verschuur, van Oers 2019) © Marion Burbulla

Gesundheitsberichterstattung arbeitet zumeist mit sogenannten **Sekundärdaten**. Als Sekundärdaten bezeichnet man Daten, die in anderen Zusammenhängen entstanden bzw. die für andere Zwecke erhoben worden sind. Beispiele sind amtliche Statistiken wie Bevölkerungsstatistiken, die Todesursachenstatistik oder die obligatorischen Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung (KV 45, KJ 1, KM 1, weitere Informationen unter: [Link](#)) und der Krankenhäuser. Zu den für die GBE nutzbaren Sekundärdaten zählen auch Registerdaten (zum Beispiel Krebsregister, Herzinfarktregister) sowie Routinedaten und prozessgenerierte Daten. Routinedaten bzw. prozessgenerierte Daten sind Informationen, die Behörden, Organisationen und Unternehmen im Zuge ihrer Aktivitäten erheben. Bekannte Beispiele sind die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen der Gesundheitsämter oder die gemäß dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) erhobenen Informationen. Auch die Daten der Sozialversicherungen und der Kassenärztlichen Vereinigungen können für die Gesundheitsberichterstattung von Bedeutung sein. Weitere Datenquellen für die Gesundheitsberichterstattung sind wissenschaftliche Studien, beispielsweise die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), die häufig als sogenannte Public-Use-Files zur Verfügung stehen (Weiteres hierzu auch in Kapitel 6). Public-Use-Files sind Daten, die von verschiedenen Instituten der Forschungsinfrastruktur für öffentliche und/oder wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt werden. Sie können für eigene statistische Auswertungen genutzt werden, um zu neuen, für den Berichtsgegenstand relevanten Erkenntnissen zu gelangen.

Für die Nutzung von Sekundärdaten sprechen in erster Linie forschungsökonomische Überlegungen: Sekundärdaten müssen nicht erst mühsam erhoben werden, sondern liegen schon aufbereitet in auswertbarer Form vor. Idealerweise wurden sie standardisiert erfasst, man kann also in der Regel eine gewisse Datenqualität unterstellen. Dies gilt insbesondere für Survey-Daten.

Eine wichtige Datenbank, in der viele Datenquellen für Deutschland und die Bundesländer zu finden sind, ist die **Datenbank der Bundesgesundheitsberichterstattung**, online unter www.gbe-bund.de. Dort sind einzelne Sachverhalte über Suchbegriffe wie in einer Suchmaschine recherchierbar und die Tabellen oft nach den eigenen Bedürfnissen veränderbar. Allerdings sind dort bisher keine Daten auf Kreisebene abrufbar. Diese muss man zum Beispiel in den Sammlungen von Gesundheitsindikatoren der Länder suchen, auf der Webseite www.regionalstatistik.de, betrieben von den statistischen Landesämtern, oder in den jeweiligen Originalquellen. Gesundheitsberichterstattung ist immer auch ein Suchen und Finden.

Eine weitere wichtige Datenbank ist die Datenbank **INKAR** des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung, online unter www.inkar.de. Hier sind bis auf Kreisebene viele auch für die Gesundheitsberichterstattung relevante Daten abrufbar, vor allem zu sozialen, ökonomischen oder siedlungsstrukturellen Merkmalen. Es gibt auch einige Gesundheitsindikatoren, unter anderem sind hier Daten zur Lebenserwartung auf Kreisebene zu finden, die es in der amtlichen Statistik sonst nicht gibt.

4.1.1. Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung

Einige wichtige Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung werden im Folgenden kurz vorgestellt:

Die **Todesursachenstatistik** ist eine der häufig genutzten Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung. Sie gehört zur amtlichen Statistik, also zu den durch Gesetz geregelten und den statistischen Ämtern übertragenen Statistiken. Gesetzliche Grundlage der Todesursachenstatistik in Deutschland ist das Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Bevölkerungstatistikgesetz). Die Todesursachenstatistik wird in

Deutschland seit mehr als 100 Jahren erhoben und liegt nach Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation in ähnlicher Form auch international vor. In der Todesursachenstatistik wird nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD) codiert (www.dimdi.de). Dabei wird in Deutschland derzeit noch eine monokausale Todesursachenstatistik geführt: In der Statistik wird das Grundleiden codiert, also die Krankheit, die medizinisch ursächlich für den Tod ist. Das ist häufig nicht der unmittelbar den Tod auslösende Befund. Grundlage der Todesursachenstatistik sind die ärztlichen Eintragungen auf der Todesbescheinigung. Sie werden von den Standesämtern über die Gesundheitsämter an die Statistischen Landesämter übermittelt. Es ist vorgesehen, auch in Deutschland eine multikausale Todesursachenstatistik einzuführen, in der alle Eintragungen auf der Todesbescheinigung zur Kausalkette der Todesursachen genutzt werden. Darüber hinaus gibt es das Bestreben, die Validität der Todesursachenstatistik weiter zu verbessern sowie die Latenz zur Bereitstellung der Daten zu verkürzen (Eckert, Vogel 2018). Die Daten lassen sich nach Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Wohnort differenzieren. Sie liegen auf Kreisebene und zum Teil auch noch kleinräumiger vor. Eine für die Gesundheitsberichterstattung gravierende Einschränkung der Aussagekraft der Todesursachenstatistik besteht darin, dass sie keine Angaben zum Sozialstatus der Verstorbenen enthält.

Auch die **Krankenhausstatistik** ist eine amtliche Statistik. Rechtliche Grundlage ist hier die Krankenhausstatistik-Verordnung. Die Diagnosedaten sind wie bei der Todesursachenstatistik ICD-codiert und dokumentieren die Hauptbehandlungsdiagnose. Sie sind ebenfalls nach Alter und Geschlecht sowie nach Wohnort und Behandlungsort differenzierbar. Auch diese Daten liegen auf Kreisebene vor. In der Krankenhausdiagnosestatistik werden Behandlungsdiagnosen geführt. Das bedeutet, dass Mehrfachbehandlungen einer Diagnose eines Patienten/einer Patientin mehrfach innerhalb eines Kalenderjahres gezählt

werden können. Darüber hinaus liefert die Krankenhausstatistik wichtige Strukturdaten über die Krankenhäuser, zum Beispiel über Bettenzahlen, Liegedauer oder das Personal der Krankenhäuser, dies jedoch meist nicht bis auf die Kreisebene herab. Neben der amtlichen Krankenhausstatistik gibt es auch Krankenhausdaten aus der DRG-Statistik (DRG=Diagnosis Related Groups), der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik aus dem Abrechnungssystem der Krankenhäuser. Allerdings sind die DRG-Daten auf kommunaler Ebene nicht routinemäßig über die Statistischen Landesämter verfügbar.

Bei der Berichterstattung zur Kindergesundheit sind die Daten der **Schuleingangsuntersuchungen** eine wichtige Datenquelle. Sie werden von den Gesundheitsämtern selbst erhoben. Allerdings liegen sie in länderspezifischer Form vor, das heißt, es gibt kaum zwischen den Bundesländern vergleichbare Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen. Der Merkmalskatalog umfasst in der Regel Angaben zur Seh- und Hörfähigkeit der Kinder, zu den motorischen Fähigkeiten, ihrer geistigen Entwicklung, der Sprachfähigkeit sowie zu Gewicht und Größe. Auch der Impfstatus der Kinder wird in den Schuleingangsuntersuchungen dokumentiert. In manchen Bundesländern werden zusätzlich sozialstrukturelle Merkmale sowie Angaben zur Lebenssituation und zum Migrationshintergrund erhoben. Im Idealfall lassen sich anhand dieser Daten Assoziationen zu Gesundheit und sozialer Lage (der Eltern) schon im Kindesalter zeigen. Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie für eine wichtige biografische Phase der Kindheit optimalerweise einen vollständigen Jahrgang erfassen. Außerdem sind es Daten, die das Gesundheitsamt selbst erhebt, deren Aussagekraft es also auch gut beurteilen kann. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um Screening-Daten handelt, die den aktuellen Gesundheitszustand nur ausschnittsweise beschreiben können. Der psychische Gesundheitszustand wird zum Beispiel allenfalls in der ärztlichen Anamnese erfasst, jedoch nicht systematisch erhoben. Schuleingangsuntersuchungen

bieten die Möglichkeit, für spezifische Fragestellungen zusätzliche (kurze) Frageinstrumente zu integrieren. Darüber hinaus haben sie ein gutes Potenzial für planungsrelevante Analysen unterhalb der Kreisebene und werden vielerorts zum Beispiel im Rahmen einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung dafür genutzt. Kleineräumige Auswertungen dürfen jedoch nur unter der Voraussetzung erfolgen, dass der Datenschutz der personenbezogenen Daten gewährleistet bleibt und die Kalibrierung der Untersucher und Untersucherinnen es ermöglicht, Untersucher- und Untersucherinneneffekte (das heißt, Muster und Effekte in den Daten, die auf unterschiedliche Handhabungen der Untersucher und Untersucherinnen zurückzuführen sind und somit ein Datenartefakt darstellen) methodisch sauber von räumlichen Effekten abzugrenzen.

Eine weitere wichtige Datenquelle für die Gesundheitsberichterstattung, über die die Gesundheitsämter selbst verfügen, sind die **Daten aus dem Meldewesen über Infektionskrankheiten**. Das Infektionsschutzgesetz sieht vor, dass für bestimmte Infektionskrankheiten der Verdacht, der Laborbefund oder die Erkrankung meldepflichtig sind. Daran knüpfen sich in der Arbeit des Gesundheitsamtes weitreichende Folgen an, bei einem Masernausbruch in einer Kita beispielsweise Umgebungsuntersuchungen oder bei Infektionen in Lebensmittelbetrieben vielleicht ein Betätigungsverbot für die betroffenen Beschäftigten. Zudem eignen sich die Daten für manche Themen der Gesundheitsberichterstattung. So ist beispielsweise die Entwicklung der Masernzahlen, zusammen mit der Entwicklung der Masernimpfquoten (aus den Schuleingangsuntersuchungen), auch für die breitere Öffentlichkeit von Interesse. Die Daten des Meldewesens unterliegen natürlich strengen Datenschutzerfordernissen, es sollen ja nicht einzelne erkrankte Menschen identifiziert und dann womöglich stigmatisiert werden. Zudem ist zu bedenken, dass die Daten auf Meldungen vor allem von Ärztinnen und Ärzten sowie Laboren beruhen. Es sind keine Daten aus epidemiologischen Erhebungen, sie sind mit vielfältigen

Selektionseffekten behaftet. Bei den Masern weiß man beispielsweise, dass die Meldedaten das reale Infektionsgeschehen deutlich unterschätzen (Takla et al. 2014).

Eine weitere bedeutende Datengrundlage der Gesundheitsberichterstattung, besonders im Hinblick auf Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Ungleichheit, sind die **Daten des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut**, die sogenannten bundesweiten **Gesundheitssurveys**. Die Monitoringstudien KiGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland), DEGS (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) und GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) – um nur ein paar exemplarisch zu benennen – werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt und decken ein großes Themenspektrum ab (Kurth et al. 2009). Neben Prävalenzschätzungen sind auch Analysen zu Zusammenhängen zwischen Gesundheitsoutcomes und zahlreichen Determinanten möglich. Mehr Informationen zu den Gesundheitssurveys findet sich auch auf der Website des Robert Koch-Instituts ([Link](#)). Zunehmend wird in den Gesundheitssurveys die Diversität der Gesellschaft besser abgebildet, beispielsweise durch die verstärkte Einbindung von Älteren und Hochaltrigen (RKI 2019) oder Menschen mit Migrationshintergrund (Santos-Hövenner et al. 2019).

4.1.2. Datenerhebungen

Für viele Berichtsthemen sind Sekundärdaten vollkommen ausreichend, manchmal jedoch decken sie nicht alle Aspekte eines Berichtsthemas ab. In solchen Fällen muss der/die Berichterstattende die fehlenden Informationen selbst erheben oder versuchen, neue Datenquellen zu akquirieren.

Bei eigenen Erhebungen nutzt die Gesundheitsberichterstattung das methodische Instrumentarium der **empirischen Sozialforschung**. In

aller Regel ist dies die standardisierte (quantitative) Befragung-Einen allgemein verständlichen Überblick über die Methoden der empirischen Sozialforschung gibt Diekmann (2014). In der empirischen Sozialforschung lassen sich zwei methodologisch unterschiedliche Positionen unterscheiden: zum einen der quantitative Forschungsansatz, dessen Wurzeln in der naturwissenschaftlichen Erkenntnistheorie liegen und der eher standardisierte Verfahren zur Prüfung von Hypothesen nutzt, zum anderen der qualitative Ansatz, dessen Wurzeln in der Ethnologie und in der frühen stadtsoziologischen Forschung liegen und der eher rekonstruktive Verfahren zur Bildung von Theorien nutzt. Eine strikte Trennung der beiden Untersuchungsansätze ist oftmals nicht möglich, da es häufig Überlappungen gibt. In der Gesundheitsberichterstattung als auch in der Gesundheitsforschung allgemein dominiert der quantitative Ansatz. Studien, in denen qualitative Methoden eine Rolle spielen, sind bislang die Ausnahme.

Seit einiger Zeit wird in der Gesundheitsberichterstattung verstärkt über die Nutzung **qualitativer Verfahren** diskutiert. Daher seien an dieser Stelle kurz die wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Forschungsansätzen beschrieben. Kennzeichnend für den quantitativen Ansatz ist die strikte Trennung zwischen Forschenden und Beforschten, der Einsatz standardisierter Erhebungsinstrumente in kontrollierten Erhebungssituationen sowie das Erreichen möglichst großer Fallzahlen, um innerhalb vertretbarer Fehlergrenzen durch statistische Auswertungen allgemeingültige Aussagen zu gewinnen. Um begründen zu können, warum man was erhebt, setzt dieser Ansatz allerdings ein Mindestmaß an Vorwissen über den Untersuchungsgegenstand voraus. Demgegenüber versucht der qualitative Ansatz ausdrücklich, die subjektiven Sichtweisen der Beforschten kennenzulernen und daraus ableitbare Handlungen zu verstehen. Dies erfordert eine offene Herangehensweise mit möglichst wenig standardisierten Methoden wie (teilnehmender) Beobachtungen oder offenen Interviews. Das dabei gewonnene umfangreiche Datenmaterial – Videos,

Beobachtungsprotokolle oder transkribierte Interviewtexte – wird anschließend aufwendig analysiert. Von daher basieren qualitative Studien höchstens auf einigen Dutzend Fällen. Wegen des offenen, teilweise intuitiven Vorgehens und der geringen Fallzahlen wird die Validität der Ergebnisse qualitativer Studien jedoch häufig angezweifelt.

Die jeweiligen Stärken beider Ansätze lassen sich innerhalb von **Mixed-Methods-Designs** nutzen. Aufgrund ihrer Offenheit eignen sich qualitative Verfahren insbesondere zur Gewinnung neuer Erkenntnisse und zur Generierung von Hypothesen, die anschließend mithilfe quantitativer Verfahren geprüft werden können. Unter anderem wegen des damit verbundenen Aufwands ist dies im Forschungskontext häufiger als in der GBE gefragt.

4.1.3. Indikatoren in der Gesundheitsberichterstattung

*„The wisdom, justice, and perceived legitimacy of public decisions are crucially affected by the **quality of the information** on which they are based“ (Institute of Medicine U.S. 1988).*

Daten sprechen nicht für sich allein und müssen entsprechend transformiert sowie aufbereitet werden, um als Planungsgrundlage für (gesundheits-)politische Entscheidungen zu dienen. In der GBE greift man hierzu vielfach auf (Gesundheits-)Indikatoren zurück. Möchte man beispielsweise die Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in einer bestimmten Region auswerten, könnte sich hierfür die Anzahl der Herz-Kreislauf-Todesfälle je 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen in einem bestimmten Zeitraum als Indikator eignen. Indikatoren sind Maßzahlen, die durch die Angabe einer oder mehrerer Bezugseinheiten gekennzeichnet sind und deren Berechnung

standardisiert ist, um Vergleiche zu ermöglichen. Häufig werden Indikatoren nach verschiedenen bevölkerungsbezogenen, räumlichen oder auch zeitlichen Bezugseinheiten variiert (Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung 1998). Diese Kontextualisierung von Daten und Indikatoren stellt somit die Informationsbasis der Gesundheitsberichterstattung dar, wie in der nachfolgenden Abbildung veranschaulicht:

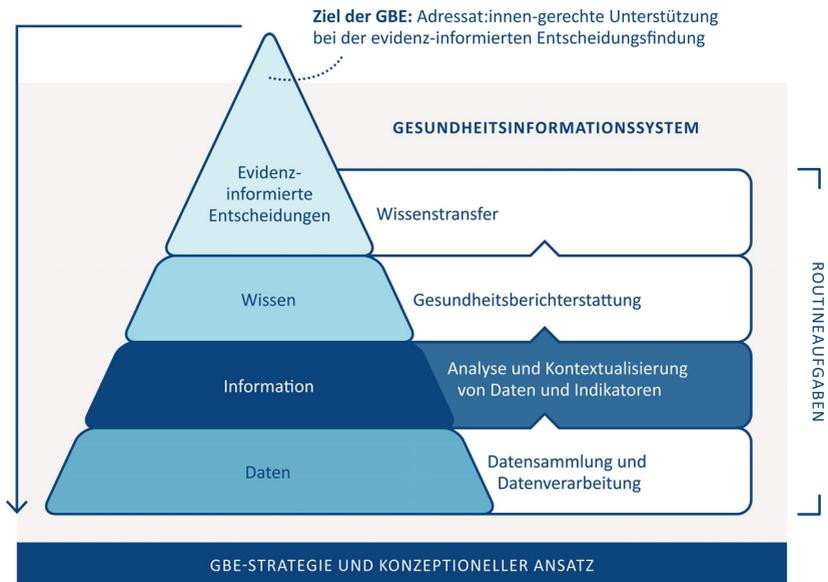


Abbildung 9: Informationen als Routineaufgaben der GBE anhand der Informationspyramide (erweiterte Darstellung nach Verschuuren, van Oers 2019) © Marion Burbulla

Oft dienen Indikatoren als Marker für die gesundheitliche Lage, Ressourcen und Leistungen im Gesundheitswesen und ermöglichen auf diese Weise ein kontinuierliches Monitoring von Programmen, Zielen und Maßnahmen (AOLG 2003). Dabei liefern Indikatoren ein Maximum an Informationsverdichtung zu einem bestimmten Interessensgebiet und umfassen häufig auch Interessensbereiche für (politische) Maßnahmen oder dienen der (politischen) Zielsetzung. Ein Beispiel:

Ein kommunales Gesundheitsziel zielt darauf ab, den prozentualen Anteil jugendlicher Raucherinnen und Raucher auf weniger als 20 % zu reduzieren. Indikatoren sollten dies auf möglichst effiziente Weise darstellen, das heißt eine möglichst einfache Darstellung liefern (Kramers 2005, zit. nach Verschuuren et al.). Traditionell wird hierzu auf numerische Darstellungsformen zurückgegriffen, in den letzten Jahren finden aber auch zunehmend visuelle Aufbereitungen Anklang.

Ziel und Zweck einer indikatorengestützten Gesundheitsberichterstattung ist die kompakte Darstellung (gesundheits-)relevanter Themen um Informationsdefiziten entgegenzuwirken, Problem- sowie Optionfelder aufzuzeigen und prioritäre gesundheitspolitische Entscheidungshilfen zu unterstützen. Im Idealfall kann die indikatorengestützte Berichterstattung somit eine evidenzinformierte Entscheidungsfindung unterstützen.

Zielsetzung und Verwendungszweck von Gesundheitsindikatoren (AOLG 2003, S. 13)

Gesundheitsindikatoren ...

- sind ein wichtiges Werkzeug zur Formulierung und Umsetzung von Gesundheitspolitik.
- ermöglichen Fortschrittskontrolle, zum Beispiel durch Monitoring und Evaluation der gesundheitlichen Lage.
- stellen Maßstäbe dar und bieten so Vergleichsmöglichkeiten für Länder und Kommunen (Benchmarking).
- verbessern die Möglichkeit zur Kommunikation und Koordinierung.
- können wichtige Informationen über gesundheitspolitische Prioritäten geben.

Als Grundlage für Gesundheitsrahmenberichte der Länder wurde bereits vor dem Aufbau einer nationalen Gesundheitsberichterstattung im Jahr 1991 die erste Version eines **Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder** mit 190 Indikatoren veröffentlicht. Fünf Jahre später wurde nach ersten Erfahrungen eine überarbeitete und gekürzte Version verabschiedet. Die Veröffentlichung der bis heute gültigen dritten Version des Indikatorensatzes erfolgte 2003 auf Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG 2003) und im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenzen (Bardehle et al. 2004). Die insgesamt 297 Indikatoren des Indikatorensatzes 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; Ausgaben und Kosten im Gesundheitswesen. Zu jedem Indikator gibt es eine kurze Metadatenbeschreibung, die Auskunft gibt zum Beispiel über Datenquellen, Periodizität und Aussagekraft. Bis zu 80 Indikatoren (je nach Land) liegen auch auf Kreisebene vor. Die Indikatoren werden fortlaufend aktualisiert und durch länderspezifische Ergänzungen erweitert. Zurzeit wird ein ergänzendes Indikatorensystem für die Präventionsberichterstattung der Länder entwickelt (siehe auch Kapitel 8).

In der Europäischen Union sowie auf nationaler Ebene wird häufig der **Europäischen Kernindikatorensatz für Gesundheit** (European Core Health Indicators, ECHI) verwendet. Die ECHI-Indikatoren bilden Eckpunkte ab zu den Themen Demografie, sozioökonomische Lage, Gesundheitszustand, Gesundheitsdeterminanten, Versorgung und Gesundheitsförderung. Neben den Indikatoren mit ihrer Definition wurden ebenfalls Metainformationen wie empfohlene Datenquellen und Datentyp, Verfügbarkeit, Vergleichbarkeit erarbeitet (Verschuuren et al.).

4.2. Ergebnisdarstellung

4.2.1. Formate der GBE

Traditionell wird in der GBE zwischen Basis- und Spezialberichten unterschieden. Basisberichte haben den Anspruch, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung umfassend darzustellen. Spezialberichte widmen sich fokussiert einem Thema – wie Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Sucht, Armut etc. Beispiele unterschiedlicher kommunaler Gesundheitsberichte sind etwa in der nordrhein-westfälischen Datenbank Kommunale GBE gelistet und verschlagwortet (www.lzg.nrw.de).

Zu den Produkten der GBE können jedoch nicht nur Berichte gezählt werden. Zur Produktpalette der GBE gehören auch regelmäßig gepflegte und online zur Verfügung gestellte Indikatorensysteme, Metadaten, Grafiken und interaktive Gesundheitsatlasangebote oder Dashboards (zum Beispiel das [Sozialmonitoring Stuttgart](#)).

Auch das eigentliche Berichtsformat kann nicht mehr nur als klassischer Printbericht verstanden werden: Kurzberichte, Factsheets, online dargestellte, erläuterte und zum Teil auch gestaltbare Inhalte, spezielle Aufbereitungen wie Policy Briefs (prägnante Zusammenfassungen, oft mit eigenständigen Analysen und Handlungsempfehlungen), Präsentationen für Fachausschüsse, Stellungnahmen etc. weisen Eigenschaften der Berichterstattung auf, indem sie faktenbasiert die gesundheitliche Lage darstellen.

Je nach Ressourcenverfügbarkeit und kommunalem Kontext sind weitere Formate denkbar, die die Berichterstattung ergänzen können. Hierzu zählen Blogs, Storytelling-Ansätze, Infografiken, Erklärvideos oder animierte Grafiken (zum Beispiel GIFs) zur Vermittlung von Inhalten über Social-Media-Kanäle. Im Rahmen der britischen Annual Report Competition können unter den platzierten Berichten häufig

Formate gefunden werden, die mit diesen Formaten experimentieren (<https://www.adph.org.uk/what-we-do/improving-public-health-practice/annual-report-celebration/>).

Zusammenfassend sollten Formate der GBE verschiedene Mechanismen bedienen (Blessing et al. 2017):

- **Push-Mechanismen:** adressaten- und adressatinnengerechte Bereitstellung von Wissen in geeigneten Formaten (zusammenfassende Instrumente, Visualisierungen, zum Beispiel in Form von Infografiken oder Karten)
- **Pull-Mechanismen:** beispielsweise interaktive Online-Angebote wie Datenzusammenstellungen, Gesundheitsatlanten, Analyse-tools, die Adressatinnen und Adressaten entsprechend ihrer Bedarfe nutzen können
- **Linkage-/Exchange-Mechanismen:** regelmäßige Foren zum Austausch zwischen Berichterstatterinnen und Berichterstatter sowie Adressatinnen und Adressaten

Auf Bundesebene wurde vom RKI eine Fachzeitschrift für Gesundheitsberichterstattung (www.rki.de/johm) aufgebaut, in der ein Teil der GBE-Ergebnisse veröffentlicht wird (Saß et al. 2018).

4.2.2. Was macht einen Bericht aus?

Die Berichterstellung gehört zu der Wissensebene der Informationspyramide. Diese Ebene gliedert sich weiter auf in inhaltliche Aspekte, den Prozess der Berichterstellung (siehe Kapitel 6) und die Vermarktung des Berichts (siehe Abschnitt 0). Eine gute fachliche Orientierung für die Erstellung von Gesundheitsberichten liefert die Kriterienliste im Anhang der Publikation „**Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung 2.0**“. Damit können Berichte bezüglich ihrer Vollständigkeit und

der Beachtung aller relevanten Aspekte überprüft werden (Starke et al. 2019).



Abbildung 10: Die Wissensebene der Informationspyramide bündelt relevante Aspekte der Berichterstattung in der Informationspyramide (erweiterte Darstellung nach Verschuuren, van Oers 2019) © Marion Burbulla

Die inhaltliche Zusammenstellung des Berichts sollte begleitet sein durch Diskussionen und Überlegungen zur sprachlichen Gestaltung, zur Erzählung (Storyline) des Berichts, dem Zweck, den der Bericht erfüllen soll, dem Umgang mit datenbasierten Unsicherheiten und Limitationen sowie dem Neuigkeitsgehalt des Berichts. Einige dieser Aspekte werden im Folgenden kurz skizziert.

Beim Schreiben des Berichts sollten Stil und Jargon (Sprache) an die Adressatinnen und Adressaten angepasst und beispielsweise Fremdwörter und Fachsprache durch einfachere Begriffe ersetzt werden. Komplexere Inhalte können beispielsweise in einem Glossar näher er-

läutert werden. Darüber hinaus ist es ratsam, die Erzählung des Berichts nicht aus dem Auge zu verlieren. Der Bericht ist faktenbasiert, im Fokus des Textes sollten aber nicht alle verfügbaren Zahlen zum Thema stehen, sondern der Inhalt an sich.

Damit die Geschichte verständlich und überzeugend bei den Adressatinnen und Adressaten ankommt, ist es empfehlenswert, die Fragen nach dem Warum und dem Und-jetzt zu beantworten. Zur Beantwortung des Warums sollten identifizierte Unterschiede und Trends erläutert werden. Hierdurch werden sie für die Adressatinnen und Adressaten nachvollziehbar. Die Lieferung von Erläuterungen ist häufig nicht allein aus der GBE heraus möglich. Die Hinzuziehung wissenschaftlicher Evidenz kann helfen, Erklärungsansätze für die dargestellten Unterschiede und Trends zu identifizieren. Die Beantwortung der Frage nach dem Und-jetzt soll mögliche Handlungsoptionen aufzeigen. Dadurch wird der Bericht lösungsorientierter. Hierbei sollte möglichst auf evidenzgesicherte Maßnahmen oder etablierte Good-Practice-Beispiele verwiesen werden (van Bon-Martens et al. 2019; Cornelius-Taylor, Brand 2004). Um die Geschichte passgenau zu vertextlichen, ist es relevant, zu wissen, welche Aufgabe der Bericht erfüllen soll. Beispiele hierzu sind in Kapitel 2 gelistet.

4.2.3. Datenvisualisierung

Grafiken und Karten sind ein fester Bestandteil der GBE, um Verteilungen und Entwicklungen zu visualisieren. Eine gute Datenvisualisierung ist optisch so aufbereitet, dass Muster in den Daten erkennbar sind. Datenvisualisierungen sollten ansprechend und klar sein, nicht manipulieren und nur relevante Details darstellen (Cairo 2016). Die richtige Form der Visualisierung zu finden, kann genauso aufwendig sein, wie Muster durch eine vertiefende Datenanalyse zu identifizieren (Nussbaumer Knaflic 2015). Dabei sind im ersten Schritt einige einfache Grundregeln zu beachten (Cairo 2016; Few 2012):

- Als **Grafikformate** sollten Balken, Säulen, Boxen, Punkte oder Linien gewählt werden.
- Da **Flächen und Winkel** für die Leserinnen und Leser schwieriger zu interpretieren sind, sollten Flächen- oder Tortendiagramme nur in Ausnahmen gewählt werden. Die Länge von Balken, Säulen oder Boxen sowie die 2D-Position von Punkten sind einfacher zu interpretieren.
- Der darzustellende **Zahlenraum** sollte in der Grafik beibehalten werden. Die Distanz der Achsenbeschriftung muss einheitlich sein, die Achsenbeschriftung sollte bei null beginnen – ansonsten ist die Gefahr der Manipulation groß, da Unterschiede und Trends dramatisiert oder verharmlost werden können.
- **3D-Darstellungen** sind zu vermeiden, da sie häufig nicht die Lesbarkeit der Grafik verbessern.
- Farben, typografische Elemente und Formen können helfen, **Akzente** zu setzen und bestimmte **Attribute** in der Grafik hervorzuheben.
- **Farbnutzung:** Farbabstufungen (ein-, maximal zweifarbig) bieten sich an, um die Verteilung intervallskalierteter Variablen darzustellen. Für ordinalskalierte Variablen sollten unterschiedliche Farben genutzt werden (maximal 7). Die gewählten Farben (zum Beispiel für Geschlecht) sollten im gesamten Bericht beibehalten werden. Unterschwellig vorherrschende Farbkonnotationen können helfen, die Lesbarkeit der Grafik zu verbessern – zumindest sollten sie nicht vertauscht werden. Verschiedene Onlinetools helfen, Farben so zu wählen, dass sie auch bei Farbblindheit unterschieden werden können. Bei der Farbwahl ist zu bedenken, dass Rot oft als Warnung verstanden wird. Um bestimmte Darstellungen nicht zu dramatisieren, empfehlen sich eher neutrale Farbabstufungen.

- Vorsicht ist geboten bei **voreingestellten Standards** der Programme, mit denen Grafiken erstellt werden. Häufig beinhalten diese Standardeinstellungen Überflüssiges, oder relevante Elemente fehlen. Grafiken sollten deshalb an die jeweiligen Bedarfe angepasst und vor Aufnahme in den Bericht aufgeräumt werden. Folgende Fragen können dabei gestellt werden: Sind Gitternetzlinien notwendig oder können sie heller eingefärbt werden? Müssen die Achsen dargestellt werden oder sollte die Achsenbeschriftung angepasst werden, um die Lesbarkeit zu verbessern? Ist es sinnvoll, die Datenbeschriftung (gegebenenfalls auch nur punktuell) einzufügen? Werden Farben so genutzt, dass sie die Leserinnen und Leser an die richtige Stelle lenken und Wichtiges hervorheben? Ist es hilfreich, Erläuterungen in die Grafik einzufügen (zum Beispiel Hinweise in Zeitreihen bezüglich geänderter gesetzlicher Vorgaben)? Wäre es hilfreich, die Kernaussage der Grafik in der Überschrift zu platzieren, um Leserinnen und Leser auf relevante Muster hinzuweisen?

Bei kartografischen Darstellungen sind weitere besondere Aspekte zu beachten, die detailliert in der Publikation „[Gute Kartographische Praxis im Gesundheitswesen](#)“ erläutert werden (Augustin et al. 2017). Einige Aspekte werden an dieser Stelle exemplarisch aufgeführt:

- Auswahl/Festlegung der darzustellenden **Raumeinheiten** und die Auswahl der geeigneten **Kartengrundlage**: Kartengrundlagen können beispielsweise im Geportal des [Bundesamts für Kartographie und Geodäsie](#) abgerufen werden.
- Auswahl des **Kartentyps**: Man unterscheidet je nach darzustellendem Datentyp Diagrammkarten für quantitative, absolute Daten; Choroplethenkarten (Flächendichtekarten) für quantitative, relative Daten und Standortkarten für qualitative Daten. Darüber hinaus gibt es mehrschichtige Daten, die verschiedene Kartentypen vereinen.

- **Farbgebung:** Beim Einsatz von Farben sollte deren Assoziation berücksichtigt werden (zum Beispiel Rot für Gefahr), da hierdurch die Aussage einer Karte beeinflusst werden kann. Quantitative Daten sind durch die Variation der Helligkeit einer Farbe wiederzugeben. Bei vielen Klassen kann zusätzlich der Farbton verändert werden. Daten mit positiven und negativen Wertebereichen oder einem Schwellenwert können in einer bipolaren Farbreihe dargestellt werden. Für die Randklassen werden Komplementärfarben genutzt.
- **Klassifizierung:** Es gibt verschiedene Methoden, die Daten für die kartografische Darstellung zu klassifizieren. Gebräuchliche Verfahren zur Klassenzuordnung sind vor allem konstante Breite, (äquidistante) Klassen und Quantile sowie Standardabweichungen.
- **Legende und Kartenbeschriftung:** Sie können als erläuternde Elemente eingefügt werden.

4.3. Wie erreicht die GBE einen Impact?

Natürlich möchte die GBE den Grundstein für faktenbasierte und möglichst evidenzinformierte Entscheidungen legen. Aber nicht immer erwachsen aus Berichten umfassende Modifikationen, die dann auch noch messbar zu einer Veränderung der gesundheitlichen Lage führen. Aber es gibt Zwischenschritte, die ebenfalls einen Impact der GBE zum Ausdruck bringen (Rosenkötter et al. 2020):

- 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 konkreter Maßnahmen und Programme** 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 (siehe auch Kapitel 7). 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 und Adressaten auch während der Berichterstellung, der Zeitpunkt der Veröffentlichung im politischen Prozess, das Marketing des Berichts und die breite Nutzbarkeit der Ergebnisse (van Bon-Martens et al. 2019; Rosenkötter et al. 2020).

4.3.1. „Vermarktung“ der GBE – Pressearbeit und Kommunikation

Auch wenn die GBE kein Produkt im klassischen Sinne ist, muss sie doch in ähnlicher Weise verbreitet und bekannt gemacht werden, um wirksam zu sein. Die Vermarktungsstrategie kann anhand der sieben Marketingkriterien (7 Ps) von Boom und Bitner entwickelt werden (zit. nach van Bon-Martens et al. 2019). Für die GBE sind allerdings nur sechs der sieben Kriterien relevant, das siebte Kriterium, der Preis,

spielt in der GBE in der Regel keine Rolle, da die Produkte üblicherweise kostenfrei zur Verfügung stehen. Im Folgenden werden die sechs Kriterien benannt und beispielhaft Fragen gelistet, die für die Entwicklung einer Vermarktungsstrategie relevant sein können:

- **Produkte (Products):** Wäre es sinnvoll, Ihren Bericht durch andere Produkte wie kurze Videos oder Infografiken zu ergänzen oder eine spezifische Zusammenfassung für politische Entscheidungsträger, andere Interessengruppen oder eine Laienversion Ihres Berichts zu entwickeln? Haben Sie Veröffentlichungen anderer Organisationen angesehen? Gibt es – was das Erscheinungsbild und das Layout betrifft – etwas Inspirierendes für Sie, das Ihren Bericht ansprechender und moderner macht?
- **Werbung (Promotion):** Wie werden Sie die Öffentlichkeit über den Bericht informieren? Wie informieren Sie interessierte Kolleginnen und Kollegen? Wie die Fachöffentlichkeit? Wird es eine Pressekonferenz geben oder bereiten Sie in Abstimmung mit der Pressestelle Ihrer Kommune eine Pressemitteilung vor? Ist der Einsatz von Social Media sinnvoll? Wenn ja, entwickeln Sie einen informativen Newsfeed mit dem Link zu Ihrem Bericht, aussagekräftigen Zahlen und relevanten inhaltlichen Informationen!
- **Veröffentlichungsort (Place):** Überlegen Sie, wo der Bericht zu finden ist. Kann er im Bestellsystem für gedruckte Broschüren des Kreises/der Stadt, der Seite Ihres Amtes oder einer speziellen Seite mit Produkten der GBE gefunden werden? Es sind verschiedene Orte für die Veröffentlichung möglich. Denken Sie über einen Ort nach, der am besten zu den Gewohnheiten und dem Kontext in Ihrem Verwaltungsbezirk passt.
- **Personen (Persons):** Unterschätzen Sie nicht die Relevanz der Personen, die den Bericht geschrieben haben. Obwohl die Stadt oder der Kreis normalerweise als Herausgeber fungiert, könnte es

hilfreich sein, renommierte und gut vernetzte Personen im Autorinnen- und Autorenteam zu haben. Der Ruf des Autorinnen- und Autorenteams trägt dazu bei, wie der Bericht wahrgenommen wird. Darüber hinaus ist es hilfreich, wenn Mitglieder des Teams die Inhalte des Berichts im Rahmen von Vorträgen überzeugend darstellen können.

- **Verbreitung (Process of Delivery):** Ganz allgemein ist es ratsam, verschiedene Kanäle für die Verbreitung zu nutzen: die Medien, die interessierte Fachöffentlichkeit, relevante Zielgruppen (je nach Inhalt des Berichts kann es hilfreich sein, nicht nur über Akteurinnen und Akteure im Gesundheitsbereich nachzudenken, vielleicht ist Ihr Bericht ebenso aus sozialpolitischer, bildungspolitischer oder stadtplanerischer Sicht interessant), Gesundheitskonferenzen, persönliche berufliche Kontakte. Denken Sie aber auch über den Zeitpunkt der Veröffentlichung nach, zum Beispiel zu einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb der Legislaturperiode oder in Verbindung mit einem anderen wichtigen Ereignis (Window of Opportunity).
- **Umfeld (Physical Evidence):** Wenn Sie eine Gesamtbewertung in Bezug auf die Veröffentlichung und Verbreitung des Berichts vornehmen: Macht alles einen professionellen und zuverlässigen Eindruck, sprich die Produkte, der Veröffentlichungsort, die beteiligten Personen?

4.3.2. Methodisch-fachliche Qualifikation

Die methodisch-fachlichen Anforderungen an Berichterstellerinnen und Berichtersteller sind hoch, weshalb eine Grundqualifikation im Bereich der Gesundheits- und Sozialwissenschaften oder in angrenzenden Fachgebieten sinnvoll ist. Gesundheitsberichterstattung be-

deutet – wie dieses Kapitel aufzeigt – den Umgang mit (gesundheitsbezogenen) Daten. Eine gewisse Affinität zu Zahlen ist ebenso von Vorteil wie ein ganzheitliches Grundverständnis von Gesundheit. Wenn Gesundheitsberichterstattung als Mehrwert aufgefasst wird und nicht als bloßes Zusammenstellen von Datentabellen aus verschiedenen Datenquellen, sind weitreichende Kenntnisse epidemiologischer und sozialwissenschaftlicher Methoden notwendig. Das Verständnis epidemiologischer Kennzahlen, die die Verteilung von Gesundheit in der Bevölkerung und deren Determinanten aufzeigen (Rothman et al. 2008), ist das vornehmliche Handwerkszeug, selbst wenn „nur“ Daten aus vorhandenen Quellen für die Berichterstellung verwendet werden. Es ist die Voraussetzung, bereitgestellte Daten aus Abteilungen des Gesundheitsamtes, von eigenen Statistikstellen oder von Landes- oder Bundesbehörden zu verstehen, zu interpretieren und anderen erklären zu können. Die adressaten- und adressatinnengerechte Beschreibung und (grafische) Aufbereitung der Daten erfordert die Fähigkeit, komplexe Zusammenhänge zu durchdringen, um diese so darstellen zu können, dass sie für Rezipienten und Rezipientinnen verstehbar sind. Das Erstellen von Grafiken und Karten, die sich in der GBE aufgrund ihrer vermeintlichen Einfachheit und Klarheit großer Beliebtheit erfreuen, sollte im Vorfeld gut bedacht werden. Die Wirkung von Bildern in Form von Grafiken oder Karten darf nicht unterschätzt werden. Eine intensive Auseinandersetzung mit der Aussagekraft der Daten und den oben genannten Empfehlungen ist zwingend notwendig.

Sobald eigene Daten mit Daten anderer Ressorts oder Sektoren integriert werden, sind unter anderem sozialepidemiologische, arbeitssoziologische, planerische oder umweltbezogene Kenntnisse notwendig, um sinnvolle Verknüpfungen zu erstellen (siehe auch Kapitel 5). Hier ist es ratsam, die Berichterstattung als interaktiven Prozess im Austausch mit anderen Experten und Expertinnen zu verstehen (siehe auch Kapitel 6). Interdisziplinäres, vernetztes Agieren als Arbeitsmethode

und das Einlassen auf neue Themen muss für Gesundheitsberichter-statterinnen und Gesundheitsberichterstatter selbstverständlich und gewollt sein.

Neben diesen methodisch-fachlichen Kompetenzen sind Kenntnisse des Verwaltungshandelns und -aufbaus (siehe auch Kapitel 3) relevant, um beispielsweise notwendige Abstimmungsprozesse im Verlauf des Prozesses zu initiieren.

Für Quereinsteiger und Quereinsteigerinnen in den Bereich der Berichterstattung gibt es [Fortbildungsangebote](#) der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, die von der Einführung in die Berichterstattung bis zur Vertiefung statistischer Methoden reichen. Die Inhalte der Fortbildungen orientieren sich an Bedarfen und Bedürfnissen der Berichterstellerinnen und Berichtersteller ebenso wie an der stetigen Weiterentwicklung der GBE. Teilweise organisieren sich die GBELer und GBELerinnen mit Unterstützung des Landesgesundheitsamtes auch selbst, um regelmäßig fachlich-kollegiale Beratung zu ermöglichen, da sie in ihren Ämtern oft als Einzelkämpfer unterwegs sind (zum Beispiel Arbeitskreis Qualitätssicherung in der GBE in Baden-Württemberg oder die Fachtagung Kommunale GBE in Nordrhein-Westfalen).

4.4. Weiterführende Informationen

Datengrundlage der GBE

- Gothe, H et al. (Hg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- LGL (2006): Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns. Erlangen.
- Szagun, B (2006): Kennwerte wählen. In: Reintjes, R; Klein, S (Hg.): Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden und Handeln. Bern: Hans Huber.

Methodenkenntnisse in der GBE

- Kuhn, J; Wildner, M (2019): Gesundheitsdaten verstehen. Statistiken lesen lernen. Ein Einsteigerbuch. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- LGL (2008): Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung. Handlungshilfe. Erlangen.
- LGL (2011): Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns. Erlangen.
- LGL (2014): Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Begriffe, Methoden, Beispiele. 2. Aufl. Erlangen.

GBE und Impact

- Albrich, C; Brandeis, B; Erb, J et al. (2017): Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ergebnisse eines Pilotvorhabens in Baden-Württemberg. Stuttgart.
- LGL (2019): Von Daten zum Handlungsbedarf. Aufgreifkriterien für Daten aus der kommunalen Gesundheitsberichterstattung. Erlangen.

4.5. Literaturverzeichnis Kapitel 4 – GBE Handwerk

- AOLG (2003): Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. 3. Aufl. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Düsseldorf.
- Augustin, J; Kistemann, T; Koller, D; Lentz, S; Maier, W A; Moser, J; Schweikart, J (Hg.) (2017): Gute kartographische Praxis im Gesundheitswesen (GKPiG). Deutsche Gesellschaft für Geographie; Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie; Leibniz-Institut für Länderkunde. Leipzig: Leibniz-Institut für Länderkunde (Forum IfL, Heft 32). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-52071-9>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Bardehle, D; Annuss, R; Hermann, S; Ziese, T; Böhm, K (2004): Der neue Länderindikatorensatz für die Gesundheitsberichterstat-

tung. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 47 (8), S. 762–770. DOI: [10.1007/s00103-004-0872-x](https://doi.org/10.1007/s00103-004-0872-x).

- Blessing, V; Davé, A; Varnai, P (2017): Evidence on mechanisms and tools for use of health information for decision-making. Hg. v. World Health Organization. Health Evidence Network (HEN). Copenhagen (Health Evidence Network (HEN) synthesis report, 54).
- Cairo, A (2016): The truthful art. Data, charts, and maps for communication. Place of publication not identified: New Riders.
- Cornelius-Taylor, B; Brand, H (2004): European public health reports between expectations and reality. In: Italian Journal of Public Health (IJPH), S. 13–21. DOI: [10.2427/6137](https://doi.org/10.2427/6137).
- Diekmann, A (2014): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Eckert, O; Vogel, U (2018): Todesursachenstatistik und ICD, quo vadis? In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 61 (7), S. 796–805. DOI: [10.1007/s00103-018-2756-5](https://doi.org/10.1007/s00103-018-2756-5).
- Few, S (2012): Show me the numbers. Designing tables and graphs to enlighten. second edition. Burlingame, Calif.: Analytics Press.
- Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hg.) (1998): Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Ein Leitfaden für GesundheitsberichterstatterInnen und solche, die es werden wollen. 2. aktualisierte Aufl. Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (Schriftenreihe, Band 18).

- Institute of Medicine U.S. (Hg.) (1988): The Future of Public Health. Institute of Medicine. 12. Aufl. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kurth, B M; Lange, C; Kamtsiuris, P; Hölling, H (2009): Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 52 (5), S. 557–570. DOI: [10.1007/s00103-009-0843-3](https://doi.org/10.1007/s00103-009-0843-3).
- Nussbaumer Knaflic, C (2015): Storytelling with data. A data visualization guide for business professionals. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- RKI (2019): Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland - Gesundheit 65+. Die Studie Gesundheit 65+ wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: ZMV11-2518FSB410). Laufzeit: 01.01.2019 bis 30.06.2023. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MonAge/MonAge_node.html, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Rosenkötter, N; Borrmann, B; Arnold, L; Böhm, A (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 63, S. 1067–1075. DOI: [10.1007/s00103-020-03190-z](https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z).
- Rothman, K J; Greenland, S; Lash, T L (2008): Modern epidemiology. 3. ed. Philadelphia Pa. u.a.: Wolters Kluwer [u.a.].
- Santos-Hövenner, C; Schmich, P; Schuhmann Maria; Gößwald, A; Rommel, A; Ziese, T; Lampert, T (2019): Improving the information base regarding the health of people with a migration background. Project description and initial findings from IMIRA. In:

Journal of Health Monitoring 4 (1), S. 46–57. DOI: [10.25646/5874](https://doi.org/10.25646/5874).

- Saß, A-C; Gößwald, A; Ziese, T (2018): Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring – Daten für Taten. In: Public Health Forum 26 (3), S. 266–270. DOI: [10.1515/pubhef-2018-0055](https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0055).
- Starke, D; Tempel, G; Butler, J; Starker, A; Zühlke, C; Borrmann, B (2019): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. In: Journal of Health Monitoring 4 (S1), S. 1–22.
- Takla, A; Wichmann, O; Rieck, T; Matysiak-Klose, D (2014): Measles incidence and reporting trends in Germany, 2007–2011. In: Bulletin of the World Health Organization 92 (10), S. 742–749. DOI: [10.2471/BLT.13.135145](https://doi.org/10.2471/BLT.13.135145).
- van Bon-Martens, M; van Oers, H; Verschuuren, M (2019): Population Health Reporting. In: Verschuuren, M; van Oers, H (Hg.): Population Health Monitoring. Cham: Springer International Publishing, 107–125.
- Verschuuren, M; Achterberg, P W; Kramers, P G N; van Oers, H: Monitoring the health of the population. In: Rechel, McKee (Hg.) 2014 – Facets of Public Health, S. 23–41.
- Verschuuren, M; van Oers, H (Hg.) (2019): Population Health Monitoring. Cham: Springer International Publishing.

5. Integrierte GBE

„Jetzt habe ich mich wochenlang mit verschiedenen Gesundheitsindikatoren auseinandergesetzt und alles in ein passendes Berichtsformat gegossen. Jetzt nochmal Zeit und Ressourcen investieren, um einen kleinen Perspektivwechsel zu ermöglichen? Na, ob sich dieser Mehraufwand wirklich lohnt?“

Vom Anspruch her geht Gesundheitsberichterstattung über eine bloße Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung hinaus. Zwar fokussieren Gesundheitsberichte mitunter auch auf bestimmte, eng eingegrenzte Themen, etwa Adipositas bei Kindern, Zuckerkonsum oder die psychische Gesundheit von Beschäftigten, in der Regel bleibt die GBE aber nicht auf solche Einzelthemen beschränkt. Das zentrale Anliegen ist vielmehr, aufzuzeigen, wie gesellschaftliche Verhältnisse Gesundheit beeinflussen. Gesundheit hängt von vielen Faktoren ab: zum einen natürlich vom individuellen Verhalten, zum anderen aber auch von Faktoren, die in der Verantwortung mehreren Politikbereiche liegen – von der Bildungspolitik über die Arbeitsmarktpolitik bis hin zum Städtebau und der Raumplanung. In Kapitel 2 sind wir hierauf mit dem Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead auch schon etwas genauer eingegangen. Diese gesellschaftlichen Determinanten von Gesundheit können im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung direkt thematisiert und analysiert werden, man spricht dann häufig von integrierter Berichterstattung. Darüber hinaus können aber auch Schnittstellen zu anderen Berichtssystemen, etwa der Sozialberichterstattung, der Pflegeberichterstattung, der Umweltberichterstattung oder auch der Arbeitsberichterstattung, genutzt und ausgestaltet werden.

5.1. Gesundheit und soziale Lage

Die Chance auf ein gesundes Leben ist eng mit sozialstrukturellen Faktoren verbunden, insofern hat die GBE zur Sozialberichterstattung eine Reihe von Berührungspunkten. Gesundheit und Gesundheitsrisiken hängen, neben dem Geschlecht, in erheblichem Maße vom sozialen Status oder, weiter gefasst, von der sozialen Lage ab.

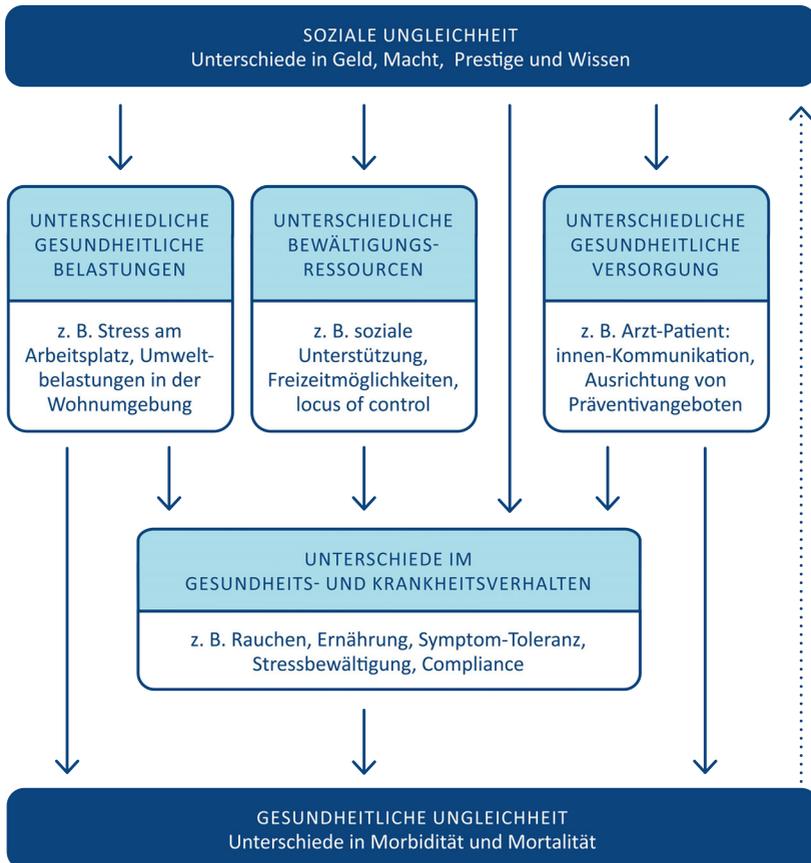


Abbildung 11: Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (eigene Darstellung nach Elkeles, Mielck 1997) © Marion Burbulla

Ganz allgemein haben statushöhere Bevölkerungsgruppen mehr materielle Ressourcen und soziales Kapital für eine gesunde Lebensführung, ihre Berufstätigkeit ist gesundheitlich weniger belastend und ihre Wohnsituation inklusive Wohnumfeld ist deutlich besser. Die Unterschiede zwischen der statushöchsten und der statusniedrigsten Bevölkerungsgruppe hinsichtlich Morbidität und mittlerer Lebenserwartung sind daher beträchtlich.

Dieser soziale Gradient zeigt sich bereits in den frühesten Lebensphasen, was unter anderem auf Datenbasis der Schuleingangsuntersuchungen belegt werden kann. Abbildung 11 veranschaulicht, wie eng soziale und gesundheitliche Ungleichheit miteinander einhergehen und über welche (hier nur exemplarisch dargestellten) komplexen Wirkungspfade sich auch Ungleichheit von Krankheit und Tod manifestieren kann (Elkeles, Mielck 1997).

5.2. Integrierte Berichterstattung

Eine integrierte (Gesundheits-)Berichterstattung bietet die Möglichkeit, die oben skizzierte Abhängigkeit der Gesundheitschancen von Faktoren, die letztendlich nicht nur mit gesundheitlicher, sondern insbesondere auch mit sozialer Ungleichheit zu tun haben (wozu unter anderem auch die Wohnlage zählt), abzubilden und auf diese Weise die Ergebnisse eines Gesundheitsberichts angemessen einzuordnen. So hat es beispielsweise wenig Sinn, die Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung innerhalb einer Stadt darzustellen, ohne dabei auch auf die Sozialstruktur der einzelnen städtischen Quartiere und die dort herrschenden Lebensbedingungen einzugehen.

In integrierten Berichten, die im Idealfall gemeinsam von verschiedenen Ämtern bzw. Ressorts geschrieben werden, werden neben gängi-

gen Gesundheitsdaten auch Informationen genutzt, die die Lebenssituation der Menschen abbilden. Hierzu kann eine Vielzahl an Daten zusammengetragen und erhoben werden. Diese Arbeit kann mühsam und zeitaufwendig sein, sich aber auch als lohnend herausstellen, da im Rahmen der sektorübergreifenden Zusammenarbeit Handlungsempfehlungen auf der Verhältnisebene abgeleitet werden können (Näheres hierzu auch in Kapitel 2). Ein hilfreiches Praxistool bietet das niedersächsische Tool [Kontextcheck – Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention strategisch gestalten](#), welches einen Leitfaden und entsprechende Handlungshilfen beinhaltet. Als weiteres Praxisinstrument zur partizipativen Datenerhebung, Bewertung und Bedürfnisermittlung sei auf den [StadtRaumMonitor](#) verwiesen, der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dem Landeszentrum Gesundheit NRW und dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg auf Grundlage des schottischen Place Standard Tool für Deutschland entwickelt wurde.

Da viele Gesundheitsdaten, etwa die Todesursachenstatistik, keine Informationen zur sozialen Lage enthalten, ist es jedoch oftmals schwierig, im Rahmen der GBE oder integrierter Berichterstattungen sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit darzustellen. In solchen Fällen bieten sich beispielsweise **raumbezogene Auswertungen** an, bei denen auf der räumlichen Ebene Gesundheitsdaten mit Sozialindizes (zum Beispiel Böhm 2007) oder Deprivationsindizes (zum Beispiel Kroll et al. 2017) verknüpft werden. Diese Indizes sind sogenannte Proxy-Variablen, die die Sozialstruktur der Bevölkerung in räumlichen Einheiten abbilden, die der Analyse zugrunde liegen. Bei diesem Ansatz besteht allerdings prinzipiell die Gefahr eines ökologischen Fehlschlusses. Ein ökologischer Fehlschluss liegt vor, wenn von Zusammenhängen, die auf der Kollektivebene beobachtbar sind, fälschlicherweise auf die Individualebene geschlossen wird. So bedeutet Durkheims Beobachtung, dass in Ländern und Regionen mit hohen Anteilen an Protestanten in der Bevölkerung die Suizidrate besonders

hoch ist, aus dem soziologischen Klassiker „Der Selbstmord“ (Durkheim 1983) nicht zwingend, dass Protestanten häufiger Selbstmord begehen. Eine Auswertung auf der Ebene von Individualdatensätzen könnte nämlich auch zeigen, dass Suizide nicht mit der Konfession zusammenhängen, sondern auf andere Faktoren zurückgehen, wie zum Beispiel Lebenskrisen. Diese Analyse könnte sogar ergeben, dass es hauptsächlich Katholiken und nicht Protestanten sind, die Selbstmord verüben. Korrelationen, die auf der Grundlage von AggregatKennziffern (Durchschnittswerte oder Anteile) berechnet wurden, sollten daher zurückhaltend interpretiert werden.

Der German Index of socio-economic Deprivation ist ein Beispiel für einen Deprivationsindex, in dem Indikatoren zu Bildung, Arbeit und Einkommen zusammengeführt werden (Kroll et al. 2017). Dieser Index liegt bis auf Städte- und Gemeindeebene vor ([Link](#)). Für die kommunale Gesundheitsberichterstattung besteht die Möglichkeit, auf eigene Sozialindikatorensets oder selbst entwickelte Sozialindizes zurückzugreifen, sofern die Kommune eine gewisse Größe aufweist. Insofern sind sozialräumliche Analysen von Gesundheitsdaten nur für größere Städte eine realistische Option.

Um innerhalb der Kommune Mehrfachbelastungen oder Vulnerabilitäten innerhalb von Räumen darzustellen, können darüber hinaus eigene Indizes gebildet werden. Vielfach werden in diesem Rahmen Daten verschiedener Ressorts zusammengeführt, beispielsweise Soziales, Gesundheit, Bildung, Integration, Umwelt oder Wirtschaft. Dabei können schnell umfangreiche Indikatorenansammlungen entstehen. Neben einer detaillierten Analyse kann es hilfreich sein, zusammenfassende Indizes zu bilden. Entsprechende [Arbeitshilfen](#) können einen ersten Einblick in die Thematik liefern (Stegmann 2020).

Eine weitere Herausforderung bei der Darstellung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit im Rahmen der integrierten Berichterstat-

tung stellen die oftmals **unterschiedlichen Datenaggregationsebenen** der verschiedenen Ressorts dar. So verfügt die Sozialberichterstattung oft über sehr kleinräumige Informationen, was ein Verschneiden mit geeigneten Gesundheitsinformationen erschweren kann. Hier gilt es, Konzepte zu entwickeln, in denen sich Daten auf unterschiedlichen räumlichen Ebenen sinnvoll ergänzen. Eine Lösung dieses Problems kann beispielsweise 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 (Rosenkötter et al. 2020).

5.3. Weiterführende Informationen

- Borrmann, B; Rosenkötter, N (2016): Integrierte Berichterstattung für ressortübergreifende kommunale Gesundheitspolitik. In: Public Health Forum 24 (4), S. 272–274. DOI: [10.1515/pubhfor-2016-2095](https://doi.org/10.1515/pubhfor-2016-2095).
- Galante-Gottschalk, A; Pott, S; Fischer, C; Erb, J; Ohm, H; Reichardt G; Ehehalt, S; Spatz, S; Tropp, H (2016): Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Das Sozialmonitoring der Landeshauptstadt Stuttgart. In: Das Gesundheitswesen 78 (04). DOI: [10.1055/s-0036-1578958](https://doi.org/10.1055/s-0036-1578958).

- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögD) (Hg.) (2004): Integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen. Quellen, Auswahlprozess und Profile für einen Indikatorensatz. Bielefeld: lögD (Wissenschaftliche Reihe, 17).
- MAGS: Integrierte Berichterstattung und Planung Erfolgsfaktoren Hürden und gute Argumente. Online verfügbar unter https://www.umwelt-und-gesundheit.nrw.de/fileadmin/redaktion/PDF-Dateien/Veroeffentlichung_Integrierte_Berichterstattung_und_Planung.pdf, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Süß, W; Schäfer, I; Trojan, A (Hg.) (2007): Integrierte (Gesundheits-) Berichte. Konzeptionelle Überlegungen und Umsetzungserfahrungen. 1. Auflage. Aachen: Shaker Verlag (Berichte aus der Medizin).

5.4. Literaturverzeichnis Kapitel 5 – Integrierte GBE

- Böhm, A (2007): Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene. In: Gesundheitswesen 69 (03). DOI: [10.1055/s-2007-982846](https://doi.org/10.1055/s-2007-982846).
- Durkheim, É (1983): Der Selbstmord. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elkeles, T; Mielck, A (1997): Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Jahrbuch für kritische Medizin (26), S. 23–44.

- Kroll, L E; Schumann, m; Hoebel, J; Lampert, T (2017): Regional health differences – developing a socioeconomic deprivation index for Germany. In: Journal of Health Monitoring 2 (2), 98–114. DOI: [10.17886/RKI-GBE-2017-048](https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-048).
- Rosenkötter, N; Borrmann, B; Arnold, L; Böhm, A (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 63, S. 1067–1075. DOI: [10.1007/s00103-020-03190-z](https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z).
- Stegmann, T (2020): Lebenslagen in Sozialräumen auf einen Blick: Indizes in der kommunalen Berichterstattung. Arbeitshilfe für Kommunen und Träger. Hg. v. G.I.B. – Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung mbH. Bottrop.

6. Vernetzung in der GBE

„Ich habe schon den dritten Bericht geschrieben in diesem Jahr, kann schon ein bisschen stolz sein. Aber wenn ich mich so bei uns umschaue, weiß echt keiner, dass das so ist. Ignoranten und Ignorantinnen, tolles Material und steht alles im Internet!“

6.1. Vernetzung der verschiedenen Ebenen von Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler, Länder- und Bundesebene hat unterschiedliche Schwerpunkte, jedoch steht bei allen die Information zur Verbesserung der Gesundheit im Vordergrund. Daher ist es wichtig, dass die unterschiedlichen Ebenen sowohl horizontal (innerhalb der Kommune und zwischen Kommunen) als auch vertikal (etwa die Zusammenarbeit von Länder- und Bundes-GBE) zusammenarbeiten. Zu dieser Zusammenarbeit gehören vor allem die Harmonisierung der Datenquellen und Indikatoren sowie die gemeinsame Definition von Verfahren. Daneben ist eine gemeinsame thematische Schwerpunktsetzung oder die Zusammenarbeit bei der Berichterstellung denkbar. Innerhalb der GBE-Informationspyramide liegt hierbei ein besonderes Augenmerk auf dem Prozess der Wissensgenerierung, wie in Abbildung 12 dargestellt.

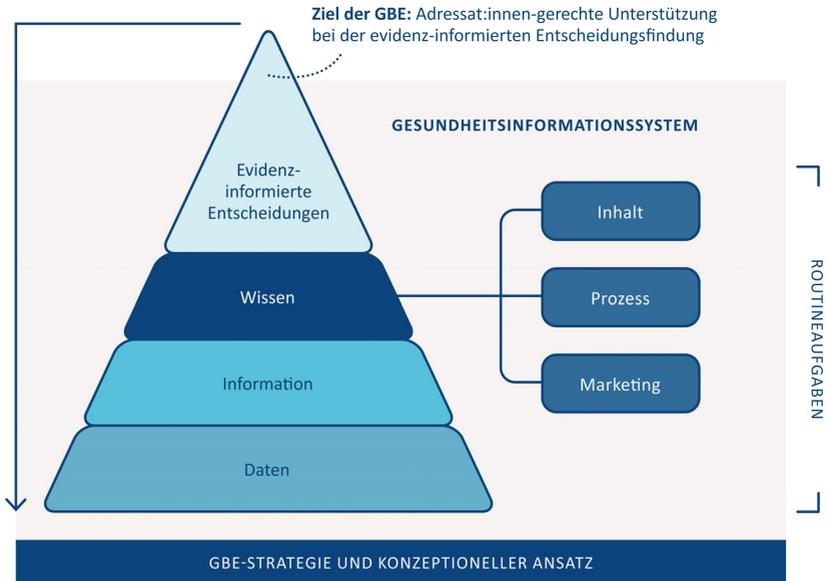


Abbildung 12: Prozess der Wissensgenerierung in der GBE anhand der Informationspyramide (erweiterte Darstellung nach Verschuuren und van Oers 2019 (Verschuuren, van Oers 2019)) © Marion Burbulla

6.2. GBE als Teil eines Netzwerkes

Gesundheitsberichterstatterinnen und Gesundheitsberichterstatter bedürfen einer Reihe methodisch-fachlicher Kompetenzen (siehe Kapitel 4), gleichzeitig agieren sie nicht in einem Vakuum. Berichterstattung ist bestenfalls ein interdisziplinärer, multiprofessioneller Prozess (siehe Kapitel 5). Eine wesentliche Qualifikation der Berichterstatter und Berichterstatterinnen neben methodisch-fachlichen Kompetenzen ist die Kommunikations- und Netzwerkkompetenz. Ihre Aufgabe ist verbunden mit anderen Bereichen der Verwaltung sowie Akteurinnen und Akteuren aus den unterschiedlichsten Feldern von der Arbeitsagentur bis zur Zahnprophylaxe.

Gesundheitsberichterstattung steht nicht für sich allein, sondern ist eingebettet in einen kontinuierlichen Prozess aus Problemdefinition, strategischer Planung, Umsetzung und Bewertung, wie einleitend bereits anhand des Public Health Action Cycles in Kapitel 2 erläutert. Weiter speist sich die Gesundheitsberichterstattung aus verschiedenen Themen, konkret nicht nur rein medizinischen, sondern auch aus solchen mit Bezug zu den Lebensverhältnissen (zum Beispiel Einkommen, Kultur, Bildung), zur Umwelt (etwa Lärm, Schadstoffe, Hitze) oder zum Wohnen (beispielsweise Grünflächen, Infrastruktur). Während Berichterstatte(r)innen und Berichterstatte(r) ihre methodisch-fachlichen Kompetenzen bei der Berichterstellung einbringen, bedarf es ihrer kommunikativen Kompetenz, um Partner und Partnerinnen für diesen Prozess zu gewinnen, und Mut, um sich gewinnen zu lassen. Idealerweise gibt es in der Kommune bereits eine Vernetzungsstruktur, auf die sie zurückgreifen können, zum Beispiel die Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung (Berlin), das Sozialmonitoring (Stuttgart) oder die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK), die in verschiedenen Bundesländern gesetzlich verankert und etabliert sind. Eine Übersicht zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen der GBE findet sich in Kapitel 1.

Mögliche Partnerinnen und Partner innerhalb der Verwaltung sind unter anderem:

- je nach Thema Kollegen und Kolleginnen aus dem eigenen Gesundheitsamt (zum Beispiel Psychiatrie- und Suchtkoordination, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsförderung, Gesundheitsplanung, Infektionsschutz, Umweltmedizin)
- Statistikamt
- Sozialamt
- Jugendamt
- Umweltamt

- Katasteramt
- Ämter für Stadtplanung und -entwicklung
- Schulverwaltungsamt/Amt für Bildung
- Amt für Sport/Bewegung, Stadtsportbund
- Beauftragte der Kommune für Kinder
- Beauftragte der Kommune für die Belange von Menschen mit Behinderung
- Beauftragter/Beauftragte für Seniorinnen und Senioren/Beirat der Seniorinnen und Senioren
- Beauftragte der Kommune für Integration
- Gleichstellungsbeauftragte
- Pressestelle
- ...

Mögliche Partner und Partnerinnen außerhalb der Verwaltung sind unter anderem:

- ambulante und stationäre Versorgung
- Rettungsdienste
- ambulante und stationäre Pflege
- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen
- Organe der Selbstverwaltung (Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung, (Zahn-)Ärzttekammer, Psychotherapeutenkammer)
- gesetzliche und private Krankenkassen
- Flüchtlingsrat

- Medien
- Jobcenter/Agentur für Arbeit
- bereits vorhandene Arbeitsgruppen und Arbeitskreise, zum Beispiel Suchtprävention, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- ...

6.2.1. Themenbezogene Projektgruppe

Für die Erstellung eines thematisch eingegrenzten Berichts bietet es sich gegebenenfalls an, eine temporäre Projektgruppe zum Berichtsthema zu gründen. Potenzielle Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Projektgruppe sind alle Personen in der Kommune, die etwas zum Thema beitragen können und die möglicherweise bei der Umsetzung von Maßnahmen, die aus dem Bericht folgen könnten, involviert werden sollten oder betroffen sind. Dies könnten zum Beispiel Träger von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder der Altenhilfe sein.

Erfahrungsgemäß gibt es häufiger Vorbehalte von einzelnen Institutionen, Ressorts, Ämtern oder Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter gegenüber einem geplanten Gesundheitsbericht. Sie fürchten zum Beispiel, in einem Bericht nicht gut dazustehen, oder haben Sorge, sich den Handlungsempfehlungen nicht gewachsen zu fühlen mangels Ressourcen und/oder politischen Rückhalts der Verwaltung und Kommunalpolitik etc. Hier ist es sinnvoll, insbesondere diese Gruppen von Anfang an einzubeziehen und das Vorgehen (Datenerhebung, Auswertung, Interpretation) transparent zu machen. Gleichzeitig müssen Berichterstatter und Berichterstatterinnen kommunikatives Geschick haben, um sich aktiv in Prozesse einzubringen und von anderen als Partnerinnen und Partner mit starker Stimme für gesundheitsorientierte Themen wahrgenommen zu werden.

Insbesondere bei der Interpretation der Ergebnisse und der daraus abzuleitenden Handlungsempfehlungen kommt der Projektgruppe bzw. den betroffenen Institutionen eine wichtige Rolle zu. Dabei haben Gesundheitsberichterstellerinnen und Gesundheitsberichtersteller die Rolle, gemeinsam mit Partnern und Partnerinnen bzw. Akteuren und Akteurinnen wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, wobei sie die Umsetzbarkeit vor Ort im Blick haben müssen (siehe Kapitel 7). Hier bewegen sich Gesundheitsberichterstellerinnen und Gesundheitsberichtersteller im Spannungsfeld von Wissenschaft, Praxis und – nicht zuletzt – Politik.

Insbesondere bei der Integration verschiedener Berichtserstattungssysteme werden unterschiedliche Schnittstellen in Anspruch genommen, und neben dem fachlichen Austausch stehen die Klärung sowie Integration unterschiedlicher Erwartungen und Interessen an (siehe auch Kapitel 5). Aus Sicht der beteiligten Ressorts kann es zu unterschiedlichen Prioritäten kommen, ebenso wie die Gesundheitsberichterstattung als reine Dienstleisterin für andere Ressorts betrachtet werden kann, was ihrer Stellung innerhalb des Systems nicht gerecht wird. Bei der (technischen) Integration verschiedener Berichterstattungssysteme innerhalb einer Kommune kann es bezüglich der räumlichen Bezugsebene für die Gesundheitsdaten zu Schwierigkeiten kommen. Sozial- oder Einwohnerdaten können sehr kleinräumig dargestellt werden (Stadtteile, Quartiere, Baublocks). Für Gesundheitsdaten ist dies aus Gründen des Datenschutzes oft nicht möglich, weil die Fallzahlen zu gering sind. Deshalb müssen hier gemeinschaftlich Lösungen für eine einheitliche Darstellung gefunden werden. Ein besonderes Augenmerk muss hierbei dem Datenschutz zukommen.

6.2.2. Politik und Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Egal, ob der Auftrag für einen Gesundheitsbericht „von oben“ erteilt wurde oder die Notwendigkeit für einen Bericht aus der GBE selbst kam: Wichtige Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sollten kontinuierlich informiert sowie gegebenenfalls überzeugt und eingebunden werden (siehe auch Kapitel 2 und 3).

Dazu gehören unter anderem:

- Amts- und Abteilungsleitung
- Dezernent oder Dezernentin
- Landrat oder Landrätin, (Ober-)Bürgermeister oder (Ober-)Bürgermeisterin
- Gremien wie Kreistag, Stadtrat, Gemeinderat, Ortschaftsrat

Die Einbindung der politischen Leitungsebene ist ohnehin notwendig, weil ein Gesundheitsbericht in der Regel nicht vom GBE-Team veröffentlicht wird, sondern vom Landratsamt oder der Stadt. Die politische Leitung muss den Bericht also vertreten. Hinzu kommt, dass Partnerinnen und Partner für die Verbreitung eines Berichts gebraucht werden. Die Wahrnehmung der Berichterstattung hängt ganz entscheidend davon ab, wie gut der Weg vorher bereitet wurde. Im schlimmsten Fall kann es passieren, dass ein Bericht in der Schublade verschwindet oder sich niemand imstande sieht, sich der Themen anzunehmen bzw. Verantwortung zu übernehmen. Die zeitliche Komponente ist ebenfalls entscheidend: Sitzungstermine der Gremien, Haushaltsberatungen, (Kommunal-)Wahlen, Ausnahmesituationen (Corona, Migrationsdynamik etc.), Sommerpause oder Sommerloch sollten immer bedacht werden. Neben dem Interesse spielen dabei auch die Kompetenzen der Adressaten und Adressatinnen eine wesentliche Rolle.

6.3. Kompetenzentwicklung innerhalb des Netzwerkes (Capacity Building)

In Kapitel 4 ist die erforderliche methodisch-fachliche Qualifikation von Gesundheitsberichterstatterinnen und Gesundheitsberichterstat-tern bereits kurz skizziert worden. Dies ist die Grundlage für Bericht-erstatter und Berichterstatterinnen, die sie in die Lage versetzt, den Aspekt der Vernetzung zu verfolgen. Innerhalb des Netzwerkes ist die Kompetenzentwicklung ein fortlaufender Lernprozess aller Beteilig-ten. Capacity Building (Kompetenzentwicklung) beschreibt ein prozesshaftes Geschehen, bei dem das Voneinander-Lernen im Mittel-punkt steht. Hier hilft es den Berichterstatterinnen und Berichterstat-tern, einen langen Atem zu haben und Frustrationserlebnisse als Teil dieses Prozesses einzuordnen sowie nicht den Mut zu verlieren.

Die Kooperation und das vernetzte Arbeiten über verwaltungsinterne und externe Ressorts und Sektoren hinweg erfordert ein stetiges Be-wusstsein eigener Positionen und Interessen und der Positionen und Interessen der anderen Partner und Partnerinnen (Quilling et al. 2013; Fisher et al. 2009).

Gesundheitsberichterstattung erfordert aufseiten der Berichterstatte-rinnen und Berichterstatter verschiedene Qualifikationen, was auch aus der in Kapitel 4 dargestellten Stellenausschreibung ersichtlich wird. Gleichzeitig sind für einen verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheitsberichten gewisse Kompetenzen nötig und erwünscht. Gesundheitsberichterstattung steht im Spannungsfeld von Wissen-schaft, Politik, Medien und Öffentlichkeit, bestenfalls ist sie Mittlerin zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen bzw. Ergebnissen empi-risch fundierter Analysen und politisch Handelnden bzw. Bürgern und Bürgerinnen (siehe auch Kapitel 2).

Erkenntnisse wissenschaftlicher Studien aus verschiedenen Fachbereichen, zum Beispiel der Epidemiologie, Medizinsoziologie, Gesundheitswissenschaften, Public Health, um nur einige zu nennen, können in zweierlei Hinsicht genutzt werden: Einerseits dienen sie als Ausgangspunkt für Fragestellungen der eigenen Gesundheitsberichterstattung, andererseits – wie oben bereits erwähnt – können sie zu Vergleichen herangezogen werden, etwa mit Blick auf sozial ungleiche Gesundheitschancen in der Bevölkerung. Gleichzeitig können im Rahmen der GBE eigene Erhebungen durchgeführt werden, die die Prinzipien wissenschaftlichen Arbeitens beherzigen sollten. Hierzu gibt die „Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung 2.0“ Empfehlungen und zu prüfende Kriterien (Starke et al. 2019). Gerade dann, wenn eigene Untersuchungen durchgeführt werden, sind Kompetenzen sozialwissenschaftlicher und empirischer Forschungsmethoden notwendig (siehe auch Kapitel 4). Die Ergebnisse eigener Untersuchungen oder auch der Vergleich mit Erkenntnissen wissenschaftlicher Studien erfordert einen sensiblen Umgang mit erhobenen Daten und den jeweiligen Hinweis, dass die Ergebnisse der eigenen Erhebung möglicherweise populationspezifisch sind und nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragen werden können. Hinsichtlich der Vergleiche eigener Beobachtungen mit Studienergebnissen sind die Vergleichbarkeit der untersuchten Population, der Kontext und die Übertragbarkeit spezifischer Ergebnisse auf die örtliche Bevölkerung in der Kommune zu reflektieren.

GBE beschreibt die gesundheitliche Lage der Bevölkerung mittels unterschiedlicher Daten und Kennzahlen, verknüpft diese unter Berücksichtigung der oben genannten Aspekte mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gesundheitsbezogenen Themen (**Kontextualisierung**), interpretiert und formuliert Handlungsempfehlungen, sinnvollerweise gemeinsam mit anderen Akteurinnen und Akteuren sowie Expertinnen und Experten. Mit Ausnahme der Fachöffentlichkeit sowie Wissen-

schaftsjournalisten und Wissenschaftsjournalistinnen sind die Empfänger und Empfängerinnen der in Gesundheitsberichten dargestellten Inhalte mehrheitlich weder im Umgang mit Daten noch mit wissenschaftlichen Aussagen geschult. Daraus resultiert auf der einen Seite der Anspruch an die Gesundheitsberichterstattung, **adressatinnen- und adressatengerecht** zu formulieren und Sachverhalte darzustellen. Auf der anderen Seite ist eine Kompetenzentwicklung im Umgang mit Gesundheitsberichten erstrebenswert. Kompetenzentwicklung bei Adressaten und Adressatinnen von Gesundheitsberichten zielt auf unterschiedliche Bereiche ab. Hier sind zu nennen: Umgang mit Daten, Grafiken, gesundheitsbezogenen Themen und darauf basierenden Empfehlungen. Nun stellen Daten und Zahlen im Allgemeinen für viele Menschen eine Herausforderung dar (Kuhn, Wildner 2019). Sich diesen anzunähern und ein Verständnis dafür zu entwickeln – ohne die Tiefen der Statistik zu durchdringen –, erfordert Offenheit und Respekt für das Dargestellte. Es bedarf einer **unvoreingenommenen Haltung**, die durch die oben beschriebene Einbindung in den Prozess der Berichterstattung erleichtert werden kann. In der Berichterstattung fehlt es oft an Möglichkeiten, Ursache-Wirkungs-Mechanismen durch Daten zu belegen. Sie bewegt sich häufig auf der Ebene, unterschiedliche Beobachtungen miteinander in Verbindung zu bringen (Assoziationen), ohne über Daten zu verfügen, die miteinander verbunden sind (Beispiel: Verknüpfung prozentualen Anteils Adipositas mit prozentualen Anteil nicht-autochthoner Menschen). Um solchen ökologischen Fehlschlüssen vorzubeugen, ist nicht nur Obacht bei der Berichterstattung vonnöten, sondern eine vorurteilsfreie Auseinandersetzung mit dem Bericht selbst aufseiten der Adressatinnen und Adressaten (siehe auch Kapitel 4).

Grafiken – und insbesondere kartografische Darstellungen – sind beliebte Elemente in der GBE, um Sachverhalte veranschaulichen zu können (Augustin et al. 2017). Gleichermaßen bergen sie unzählige

Möglichkeiten zur Manipulation. Dass dieses nicht opportun und wider den Prinzipien wissenschaftlichen Arbeitens ist, wird von der Boulevardpresse oftmals (bewusst) ignoriert. Berichterstatter und Berichterstatterinnen sollten deshalb kompetent sein, Grafiken zu erstellen. Gleichwohl können sie nicht intendierten Fehlinterpretationen den Weg ebnen, wenn mit der Absicht, Darstellungen zu vereinfachen, ein Format gewählt wird, dass etwa Unterschiede überbetont (Beispiel: Die x-Achse schneidet y-Achse nicht bei null.). Adressatinnen und Adressaten der GBE bedürfen der Kompetenz, Grafiken zu lesen und zu interpretieren. Hier kann es von Nutzen sein, unterschiedliche Darstellungen ein und desselben Sachverhalts exemplarisch und außerhalb des Berichts zu präsentieren, um ein Verständnis für die Vielfalt der Darstellungsoptionen zu entwickeln.

Die inhaltliche Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen Themen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse stellt für Berichterstatterinnen und Berichterstatter sowie für Rezipienten und Rezipientinnen eine Herausforderung dar. Die günstigste Konstellation (abgesehen von Sachverständnis auf beiden Seiten) ist diejenige, bei der Berichterstatter und Berichterstatterinnen ein Thema so durchdringen, dass sie komplexe Inhalte einfach beschreiben können, ohne banal zu wirken. Die Fähigkeit, sich unvoreingenommen auf unbekannte Sachverhalte einzulassen, bedarf bei den Adressatinnen und Adressaten des Berichts einer großen Portion Neugier. Medizinische, gesellschaftliche und psychologische Einflussfaktoren auf Gesundheit (siehe auch Kapitel 2) sind oftmals in der Bevölkerung wenig bekannt, sodass die Auseinandersetzung damit schnell zu einer individuellen Zuschreibung der Verantwortung führt, statt strukturell bedingte Vulnerabilität in den Blick zu nehmen.

Wie oben bereits angesprochen, stehen die aus den Ergebnissen des Berichts abgeleiteten Handlungsempfehlungen unter besonderer Beobachtung. Selbst wenn die Formulierung wissenschaftlich fundierter

Handlungsempfehlungen durch die Berichterstatter und Berichterstatterinnen gemeinsam mit Expertinnen und Experten erfolgt, besteht die Gefahr, dass Adressaten und Adressatinnen sich diesen nicht gewachsen fühlen, sie nicht als ihr originäres Handlungsfeld ansehen oder sie schlicht ablehnen. Handlungsempfehlungen müssen auf Resonanz treffen, um eine Chance auf Umsetzung zu haben. Ähnlich wie ein Cello einen wunderbaren Resonanzkörper hat, der aber ohne sachkundige Cellospielerin oder sachkundigen Cellospieler nie klingen wird, werden Berichte wenig Wirkung entfalten, wenn Handlungsempfehlungen nicht auf Resonanzfähigkeit seitens der Akteure und Akteurinnen treffen.

6.4. Weiterführende Informationen

Capacity Building in der GBE

- Bachinger, E; Grasser, G (2009): Capacity Building für Gesundheitsberichterstattung. In: Kuhn, J; Böcken, J (Hg.): *Verwaltete Gesundheit. Konzepte der Gesundheitsberichterstattung in der Diskussion*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung), S. 201–222.
- Kuhn, J; Zapf, A (2018): Berufliche Aufgaben und Perspektiven im ÖGD. In: *Public Health Forum* 26 (1), S. 20–22. DOI: [10.1515/pubhef-2017-0083](https://doi.org/10.1515/pubhef-2017-0083).

Beteiligung und Partizipation

- LGA-BW (2014): *Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen aus den Pilotgesundheitsdialogen im Rahmen des Zukunftsplans Gesundheit*.

6.5. Literaturverzeichnis Kapitel 6 – Vernetzung in der GBE

- Augustin, J; Kistemann, T; Koller, D; Lentz, S; Maier, W A; Moser, J; Schweikart, J (Hg.) (2017): *Gute kartographische Praxis im Gesundheitswesen (GKPiG)*. Deutsche Gesellschaft für Geographie; Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie; Leibniz-Institut

für Länderkunde. Leipzig: Leibniz-Institut für Länderkunde (Forum IfL, Heft 32). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-52071-9>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.

- Fisher, R; Ury, W; Patton, B (2009): Das Harvard-Konzept. Der Klassiker der Verhandlungstechnik. 23., durchgesehene Aufl. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verl.
- Kuhn, J; Wildner, M (2019): Gesundheitsdaten verstehen. Statistiken lesen lernen – ein Einsteigerbuch. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Quilling, E; Nicolini, H J; Graf, C; Starke, D (2013): Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (SpringerLink).
- Starke, D; Tempel, G; Butler, J; Starker, A; Zühlke, C; Borrmann, B (2019): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. In: Journal of Health Monitoring 4 (S1), S. 1–22.
- Verschuuren, M; van Oers, H (Hg.) (2019): Population Health Monitoring. Cham: Springer International Publishing.

7. Planung

„Natürlich kann ich Planung. Im Bericht habe ich ja Handlungsempfehlungen gegeben, das kann ja jetzt in den Gremien (Welche waren das noch mal?) ganz einfach als Blaupause dienen. Die sollen jetzt mal machen und ich bin derweil schon wieder auf den nächsten Bericht konzentriert.“

Die GBE ist kein Selbstzweck, sondern sie verfolgt das Ziel, so gesicherte und „saubere“ Informationen wie möglich für die Planung und Umsetzung sowie idealerweise das Monitoring gesundheitsschützendes sowie gesundheitsförderlicher Maßnahmen bereitzustellen. GBE grenzt sich von der Medizinalstatistik gerade auch durch ihren Handlungsbezug ab, das heißt, dem Selbstverständnis nach sollten „Daten für Taten“ generiert und interpretiert werden (siehe auch Kapitel 1). Ihr Anspruch auf Planungsrelevanz macht es erforderlich, die bestehenden Planungskontexte, -ziele, -strukturen und -ebenen im Blick zu haben. In dem in Kapitel 2 vorgestellten Public Health Action Cycle wird die Rolle der GBE im Planungsprozess visualisiert. Als Gesundheitsberichterstatterin und Gesundheitsberichterstatter gilt es, den Planungsprozess zu kennen und immer mitzudenken, ähnlich wie Akteurinnen und Akteure aus der Planung die GBE als Assessment- und Evaluationsinstrument mitdenken sollten. Dies gilt sowohl für die Gesundheitsplanung an sich als auch andere kommunale Planungen. Abbildung 13 zeigt, dass die GBE in wichtige Handlungskonzepte von Public Health und insbesondere auch der Weltgesundheitsorganisation eingebettet ist. Durch ein integriertes, kleinräumiges und verständliches Berichtswesen sollen partizipative Prozesse der Entscheidungsfindung in den verschiedenen gesundheitsrelevanten Politikfeldern angestoßen werden. Der kommunale ÖGD ist dabei ein ganz zentraler Akteur, um die in der Ottawa-Charta geforderte Verzahnung

unterschiedlicher politischer Handlungsfelder zur Verminderung sozial ungleicher Gesundheitschancen (WHO 1986) flächendeckend und bis auf Lebensweltebene umzusetzen.

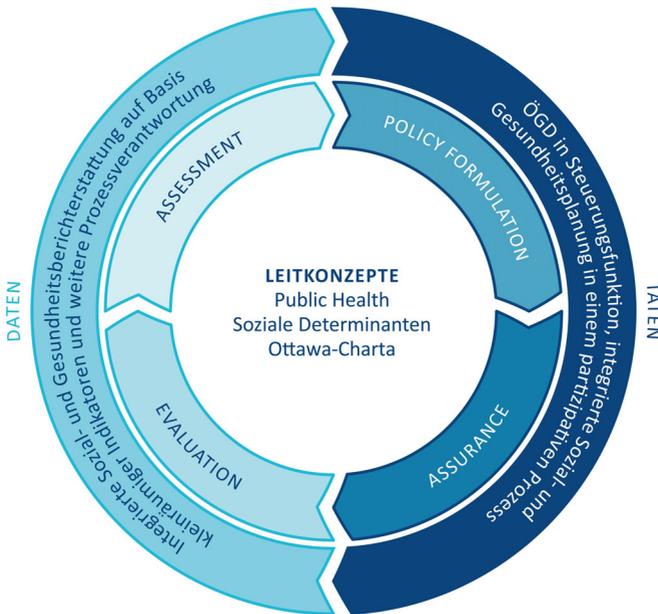


Abbildung 13: Rolle der Gesundheitsplanung im Public Health Action Cycle (eigene Darstellung nach Rosenbrock 1995 und Institute of Medicine 1988) © Marion Burbulla

Der erste Teil dieses Kapitels widmet sich der Gesundheitsplanung im engeren Sinne, das heißt der federführend durch den ÖGD durchgeführten Planung, wie sie in einigen Bundesländern auch gesetzlich in den Gesundheitsdienstgesetzen (GDG) der Länder verankert ist. Im zweiten Teil nimmt dieses Kapitel auch Planungsprozesse in den Blick, die anderen Ressorts obliegen und durch die GBE unterstützt

oder erweitert werden können, und erläutert dies am Beispiel der Stadtplanung.

7.1. Gesundheitsplanung im ÖGD

In einer zunehmenden Zahl an Bundesländern sind dem ÖGD mittlerweile Planungsaufgaben landesgesetzlich zugewiesen (siehe auch Exkurs zu den GDG in Kapitel 3). In weiteren Bundesländern erfolgen diesbezügliche Modellprojekte, worauf unter anderem in Kapitel 8 am Beispiel des Fachplans Gesundheit noch genauer eingegangen wird.

Gesundheitsplanung wird häufig in spezifischen Planungsgremien institutionalisiert, die vom ÖGD einzurichten und zu unterhalten sind, zum Beispiel in Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK). Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen sind meist als kommunale Gremien unter Geschäftsführung durch den ÖGD angelegt und sollen planerisch handeln, häufig mit einem direkten Bezug zum Public Health Action Cycle (Hollederer 2015). Beispielhaft dafür steht die folgende Definition der Gesundheitsplanung in Baden-Württemberg:

„Die Gesundheitsplanung ist ein langfristig angelegter interdisziplinärer Planungsprozess im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz auf Ebene von Land- und Stadtkreisen und deren Städte, Gemeinden, Stadt- und Ortsteile entlang des Public-Health-Action-Cycles zu den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung sowie stationäre und ambulante Pflege. Die Gesundheitsplanung beinhaltet die datengestützte und bedarfsgerechte Festlegung von Handlungsempfehlungen, Zielen und Maßnahmen sowie deren Umsetzung und Evaluation in den genannten Handlungsfeldern.“ (Albrich et al. 2017)

Gremien wie die KGK sind keine demokratisch legitimierten Institutionen und werden daher innerhalb der kommunalen Strukturen parallel zu den kommunalpolitischen Ausschüssen geführt (Hollederer 2015). Ihre Funktion ist deshalb normalerweise beratend, auch wenn nicht wenige nach einer gewissen Etablierung über ein vergleichsweise begrenztes Budget verfügen, das eigenständig verplant werden kann. Aufgrund des Fehlens strenger Vorgaben variiert die Zusammensetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen, aber die Expertinnen und Experten entstammen üblicherweise den Feldern Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. Entsprechend umfangreich ist auch die thematische Breite, denen sich die Planungsgremien widmen. In der Ausführungsverordnung zum Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (AV-ÖGDG) in NRW war beispielsweise ab 1999 geregelt, welche ärztlichen und sozialen Träger als Mitglied zu benennen sind und dass Institutionen beteiligt werden sollten, die inhaltlich berührt werden, etwa Einrichtungen der Sozialhilfe, Jugendhilfe oder Frauenberatungsstellen. Leider wurde die Verordnung 2006 ersatzlos aufgehoben.

Für den Aufbau einer Gesundheitsplanung ist es wichtig, möglichst gute Kenntnisse über die strukturellen Bedingungen vor Ort zu gewinnen (siehe auch Kapitel 3) und sich aktiv zu vernetzen (siehe auch Kapitel 6). Eine GBE-Basis kann einen wichtigen Ausgangspunkt für den Aufbau einer Gesundheitsplanung darstellen, anderenfalls wird fast immer im Laufe der Zeit aus diesen Strukturen der Ruf nach „Daten für Taten“ laut, das heißt, die Planung stellt die Ausgangsbasis für die GBE. Um die Planung nachhaltig erfolgreich zu gestalten, gilt es, Gestaltungsspielräume zu nutzen, die sich selbst in Bundesländern ergeben, in denen planerische ÖGD-Aufgaben in den GDG definiert sind. Auf einige für das Gelingen wesentliche Faktoren wird im Folgenden eingegangen.

Mandatierung: Gesundheitskonferenzen sind als beratende Gremien angelegt. Um auch größere Ressourcenentscheidungen beeinflussen

zu können, sollten Schnittstellen zu den kommunalpolitischen Gremien aufgebaut werden (siehe Kapitel 3). In der KGK selbst gilt es, ihr Mandat frühzeitig und klar zu kommunizieren, um späterer Frustration bei denjenigen vorzubeugen, denen die Rolle der KGK im kommunalpolitischen Geschehen nicht schon per Amt bekannt ist.

Planungsgegenstand: Die gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Planungsthemen sind üblicherweise vergleichsweise vage gehalten und eher als breite Korridore mit den übergeordneten Schwerpunkten Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung angelegt (Hollederer 2016). In einigen Bundesländern sind auf Landesebene Gesundheitsziele verabschiedet worden, die als konkrete Schwerpunktthemen dienen können. Diese Offenheit ist einerseits sinnvoll, damit es möglich ist, Schwerpunkte zum Beispiel auf Basis der im Rahmen der GBE ermittelten lokalen Bedarfslage setzen zu können. Der Gesundheitsplanung fehlt dadurch andererseits jedoch eine klare Zuständigkeit für ein Themenfeld, was jede Themenwahl potenziell beliebig und Planungen dadurch weniger durchsetzungsstark macht. Für die Themenwahl ist es daher günstig, diese datenbasiert zu legitimieren, das heißt auf GBE-Basis. Sinnvoll ist es darüber hinaus, die lokalen Strukturen zu berücksichtigen, das heißt konkret die Ausrichtung des zuständigen kommunalpolitischen Ausschusses im ÖGD-Dezernat sowie auch die Zusammensetzung des lokalen Expertinnen- und Expertengremiums wie beispielsweise der kommunalen Gesundheitskonferenz, sofern dieses bereits etabliert ist (siehe Kapitel 3). Bestehende kommunalpolitische gesundheitsbezogene Schwerpunktsetzungen können einen wesentlichen Ausgangspunkt darstellen (zum Beispiel lokale Gesundheitsziele oder Leitbild Gesunde Kommune, gegebenenfalls Mitgliedschaft im Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland, mehr hierzu auch im Exkurs: Gesunde Städte-Netzwerk)). Im Sinne von HiAP ist es sinnvoll, auch bei der Themenfindung stets Integrationspotenziale der Kommunalverwaltung zu nutzen und zu för-

dern, etwa durch Einbindung von Sozial-, Bildungs-, Behindertenhilfe-, Altenhilfe-, Jugendhilfe-, Wohnungsbau- und Stadtentwicklungsplanung (Luthe 2010). Konkret findet die Themenfindung sinnvollerweise in einem Aushandlungsprozess zwischen kommunalen Expertinnen und Experten, Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten sowie Informationen aus der GBE statt (siehe Abbildung 14).

Konkrete Zusammensetzung der Planungsgremien: Auch beim Aufbau Kommunalen Gesundheitskonferenzen oder vergleichbarer gesundheitsbezogener, idealerweise intersektoral ansetzender Planungs- und Steuerungsgremien ergeben sich meist erhebliche Spielräume. Sinnvoll ist es, für ihre Zusammensetzung die gewünschten zukünftigen Themenschwerpunkte zu antizipieren. Dies sollte mindestens insoweit geschehen, dass das steuernde Gremium eine tendenziell unterschiedliche Struktur aufweisen sollte in Abhängigkeit davon, ob eher Themen der Gesundheitsförderung oder Fragen zur Gesundheitsversorgung behandelt werden sollen. Da das diesbezügliche Dilemma nicht vollständig aufzulösen ist, können die Gremien nochmals in Unterarbeitsgruppen aufgeteilt werden (Wollenberg, Reul 2019). Um verschiedene Perspektiven im Planungsgremium abbilden zu können, ist es sinnvoll, neben Expertinnen und Experten auch Vertreterinnen und Vertreter von Bürgerinnen und Bürgern und Patientinnen und Patienten einzubeziehen. Die Aktivitäten fast aller Mitglieder in einer KGK erfolgen freiwillig. Ein weiteres Kriterium kann und sollte daher das institutionelle bzw. persönliche Interesse an einer aktiven Mitwirkung im Planungsgremium darstellen, um die konstruktive Dynamik in einer KGK auch nachhaltig gewährleisten zu können. In Planungsgremien sind die häufig recht unterschiedlichen Perspektiven von Expertinnen und Experten und Bürgerinnen und Bürgern und die durch die GBE erhobene Datenbasis konstruktiv zu integrieren, wie in der nachfolgenden Abbildung veranschaulicht.

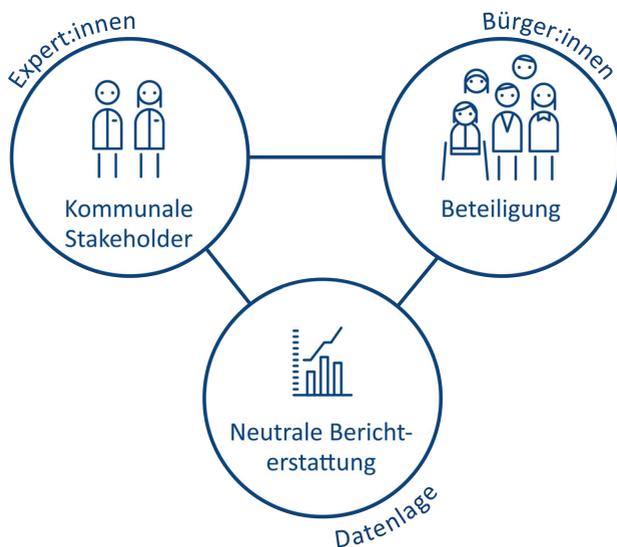


Abbildung 14: Ausrichtung und Themenfindung der Gesundheitsplanung entstehen im Aushandlungsprozess zwischen den unterschiedlichen Perspektiven von Expertinnen und Experten, Bürgerinnen und Bürgern und der wissenschaftlichen Datenlage (erweitert nach MfAS-BW 2010) © Marion Burbulla

Form des Berichtswesens: GBE ist zwar in allen GDG der Länder verankert, sie wird aber nicht überall durchgeführt, und die Aufgabe ist kaum durch klare Vorgaben präzisiert. Nicht selten führt die Etablierung einer kommunalen Gesundheitsplanung im zweiten Schritt zur Intensivierung der GBE, da die vage thematische Zuständigkeit der Planungsgremien dadurch erheblich an rationaler Legitimation gewinnt. Sinnvoll ist häufig ein Zusammenspiel sowohl fachlicher als auch politischer Gremien und GBE, indem Berichtsimpulse aus den Gremien aufgenommen und Berichte wiederum zum Beispiel an die Gesundheitskonferenz, den Stadtrat oder Landkreistag adressiert werden. Abhängig von der Zusammensetzung der Gremien ist es dennoch sinnvoll, sich in der GBE Freiheitsgrade zu erhalten, um auch anderweitige Impulse geben zu können. In diesem Zusammenhang wird seit

einigen Jahren auch – analog zu anderen kommunalen Fachplanungen – die Etablierung des Fachplans Gesundheit als ein integriertes, prozess- und maßnahmenorientiertes kommunales Planungsinstrument diskutiert (Claßen, Mekel), worauf in Kapitel 8 noch genauer eingegangen wird.

Ressourcensteuerung: Die zunächst mal meist vagen Zuständigkeiten der durch den ÖGD eingerichteten Planungsgremien spiegeln sich auch auf der Ressourcenebene wider (Hollereder 2015). Planung bedeutet themenbezogene Ressourcensteuerung, bei diesen Ressourcen handelt es sich meist um Finanzmittel oder aber Arbeitsschwerpunkte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Gesetzlich ist eine Zuständigkeit für eine solche Ressourcensteuerung innerhalb des ÖGD nicht angelegt, das heißt, die KGK (oder gegebenenfalls ein vergleichbares Gremium des ÖGD) muss sich diese Rolle und somit streng genommen ihre Relevanz meist erst erarbeiten. Grundsätzlich bestehen hierfür verschiedene Möglichkeiten. Häufig wird die KGK mit einem vergleichsweise begrenzten eigenen Budget aufgebaut, mit dem Schwerpunkte verfolgt werden können. Um nachhaltig eine befriedigende Arbeit des Gremiums zu gewährleisten, ist dies jedoch üblicherweise zu knapp bemessen. Daher werden häufig parallel kommunale Planungen beratend angestoßen und unterstützt, über die dann zuständigkeitshalber in den kommunalpolitischen Gremien entschieden wird (siehe auch Kapitel 3 und 7.1). Nicht selten werden darüber hinaus themenbezogenen Ressourcen einzelner Mitglieder der KGK akquiriert, häufig gelingt es auch, Mischfinanzierungen aus mehreren der genannten Quellen zu realisieren. Eine wertvolle Möglichkeit hat sich diesbezüglich durch das Präventionsgesetz (PrävG) ergeben, indem gesetzliche Krankenversicherungen einen Teil ihrer PrävG-Mittel über einen Verfügungsfond in Präventionsprojekte der KGK einspeisen können. Dies ist jedoch bisher nur in wenigen Bundesländern institutionalisiert und hängt somit stark von der Kooperation der Akteure vor Ort ab. Für die durch den ÖGD betriebenen Planungsgremien wäre eine bundesweite

Institutionalisierung sehr wertvoll, da damit eine eindeutige Zuständigkeit der Planungsgremien für eine umgrenzte Ressourcensteuerung fixiert würde. Da der kommunale ÖGD als größter Public-Health-Akteur über einen direkten Zugang zu wesentlichen Lebenswelten verfügt, wäre dies ebenso inhaltlich zu begrüßen. Darüber hinaus würde diese Struktur auch einen nachhaltigen Betrieb der KGK deutlich vereinfachen und die Etablierung bundesweiter Standards für die Planung ermöglichen (Szagun et al. 2016; Starke et al. 2018).

2014 resümiert Hollederer zum Stand der Gesundheitskonferenzen Folgendes:

„Die Gesundheitskonferenzen bieten viele Ansatzpunkte für ein kommunales oder regionales Gesundheitsmanagement, bergen aber das Risiko geringer Wirksamkeit. Sie können mangels Regulierungskompetenzen die bestehenden Interessens- und Verteilungskonflikte und Systemprobleme nicht aufheben, sondern diese nur konsensual in eigener Zuständigkeit über die Einflussmöglichkeiten ihrer Mitglieder abmildern. Die Gesundheitskonferenzen ergänzen lediglich die vorhandenen Steuerungssysteme und Strukturen. Sie benötigen als ‚harte‘ Einflussfaktoren ausreichende Anschubinvestitionen, Ressourcen und günstige Rahmenbedingungen. Der Erfolg ist darüber hinaus stark von ‚weichen‘ Faktoren wie Vorsitz und Führung, Moderation, Geschäftsstelle sowie vom Agenda-Setting abhängig.“ (Hollederer 2015)

Entsprechend gilt es für den nachhaltigen Betrieb einer Gesundheitskonferenz, vor allem ihre Wirksamkeit und damit Relevanz sicherzustellen, um Frustration und Ermüdungserscheinungen bei den beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu vermeiden. Aufgrund der Rahmenbedingungen vor allem bezüglich Zuständigkeit und Finanzierung ist dies herausfordernd, aber der Aufwand lohnt allein schon aufgrund der

verbesserten organisations- und professionsübergreifenden Kooperation (Hollederer 2016). Wesentliche Einflussgrößen darauf, die beim Betrieb des Gremiums beachtet werden können, liegen im politischen Gewicht, der wahrgenommenen Professionalität und dem Einbezug der Öffentlichkeit:

- **Einbezug der Öffentlichkeit:** Da institutionelle Interessens- und Zuständigkeitskonflikte innerhalb der Planungsgremien nicht aufgehoben sind, spielt der Einbezug der Öffentlichkeit eine nicht zu vernachlässigende Rolle für ihren nachhaltigen Betrieb. Eine destruktiv wirkende Dominanz von Partikularinteressen kann in von der Öffentlichkeit abgeschotteten Gremien ungeschminkter zutage treten und diese entscheidend hemmen. Das gezielte Hinzuziehen von Öffentlichkeit kann es somit erleichtern, Gemeinwohlinteressen gegenüber Partikularinteressen in der Gremienarbeit mehr Gewicht zu verleihen. Diese Öffentlichkeit kann durch mediale Präsenz sowie den Einbezug von Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten bis auf die Arbeitsebene hergestellt werden (Szagun, Kiß 2002).
- **Politisches Gewicht:** Das politische Gewicht lässt sich durch die Leitung und sichtbaren Zuständigkeiten bzw. Ressourcenverantwortung des Gremiums erhöhen. Bestenfalls erfolgt zum Beispiel die Leitung der KGK durch die kommunale Spitze, wodurch gleichzeitig die Schnittstelle zu den kommunalpolitischen Gremien optimiert wird. Auch der personelle Ressourceneinsatz zum Betrieb der KGK sowie eine eigenverantwortliche Ressourcenverantwortung erhöhen sichtbar nach außen das Gewicht, dass ihr seitens der Kommunalpolitik beigemessen wird (Albrich et al. 2017).
- **Professionalität:** Eng mit oben genanntem Ressourceneinsatz verbunden ist die Professionalität der Arbeit des Planungsgremiums und seiner Grundlagen. Dazu gehört einerseits der Einsatz

von Personal, das hinsichtlich Qualifikationsgrad und Professionalität als Gegenüber zu den vielfach hoch qualifizierten Mitgliedern von KGKs geeignet ist. Andererseits dient auch die GBE als Investition in die Professionalität der Arbeit und Rationalität der Diskussionen innerhalb des Gremiums. Weitere Professionalisierungsoptionen ergeben sich durch die sichtbare Integration anderer kommunaler Planungsfelder in die KGK und die aktive Mitwirkung der Amtsleitung an den Planungsprozessen.

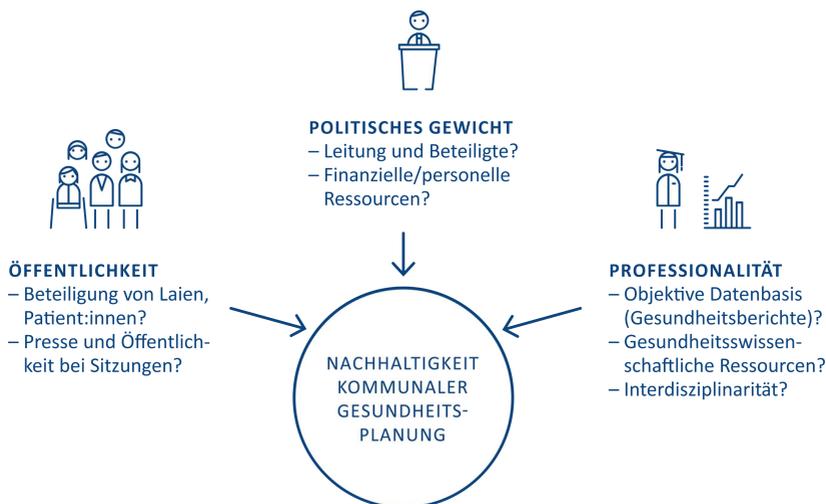


Abbildung 15: Einflussgrößen auf die Relevanz einer kommunalen Gesundheitskonferenz als Planungsgremium mit begrenzter Zuständigkeit © Marion Burbulla

Auch in den Fällen, in denen die GBE nicht als planungsvorbereitendes Instrument im Mittelpunkt steht, liefert sie wichtige Informationen für übergreifende Planungen, zum Beispiel im Rahmen der Kommunal- und Quartiersentwicklung oder der Umwelt-, Sozial- und Jugendhilfeplanung (siehe auch Kapitel 5). Um sich adäquat in diese Planungen einbringen zu können, sollten Gesundheitsberichterstatterinnen

und Gesundheitsberichterstatter die bestehenden Planungskontexte, -ziele, -strukturen und -ebenen nicht nur im Blick haben, sondern auch entsprechend zu bewerten wissen.

Im Folgenden wird – beispielhaft für den kommunalen Planungsbe-
reich – dargestellt, in welchen Kontexten die GBE hilfreich bis zentral
sein kann und welche Bedingungen ideal sind, um die GBE beispiels-
weise im Kanon städtebaulicher Planungskontexte zu positionieren
und zu stärken.

7.2. Gesundheitsplanung mit dem ÖGD: Gesundheits- orientiert planen, um Health in All Policies zu reali- sieren

In Kapitel 2 wurde bereits beschrieben, welche unterschiedlichen Fak-
toren die menschliche Gesundheit und unser Wohlbefinden beeinflus-
sen können und somit als Gesundheitsdeterminanten wirksam werden.
Zahlreiche Faktoren wirken hierbei von außen über die Lebensumwelt
(gemeinhin definiert als soziale, kulturelle, baulich-technisch gestal-
tete und natürliche Umwelt) auf uns ein. Da die Verhältnisse, in denen
Menschen aufwachsen und leben, mittel- und langfristig das Verhalten
von Individuen und Bevölkerungsgruppen substanziell beeinflussen
können, stehen verhältnispräventive Maßnahmen heutzutage stark im
Fokus von Prävention und Gesundheitsförderung und münden oftmals
in Aktivitäten der Gesundheitsplanung. Bezeichnend ist jedoch, dass
zahlreiche Gesundheitsdeterminanten und insbesondere jene Faktoren,
die mit unserer Lebensumwelt zusammenhängen, nicht von einem
Ressort allein beeinflusst oder gar gesteuert werden können. Neben
Gesundheit müssen hier weitere Politikfelder und Gesellschaftsberei-
che mitbedacht werden: Verkehr, Umwelt, Bildung, Soziales, Jugend-
hilfe oder Verbraucherschutz – die Reihe ließe sich (fast) beliebig er-

weitem. Die Stadt- und Raumplanung und -entwicklung stehen als sogenannte vermittelnde bzw. zusammenführende Planung häufig im Zentrum kommunaler Planungen. In all diesen Ressorts werden vielfach Prozesse angestoßen und Entscheidungen getroffen, die von hoher Relevanz für Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung sein können. Dieses Dilemma wurde bereits in der Ottawa-Charta der WHO (1986) beschrieben und mündete in der Benennung unterschiedlicher lebensweltlicher Zugänge (Settings, unter anderem das Setting Kommune, vgl. Kapitel 7.2.1) sowie in der Forderung des Health-in-All-Policies-Ansatzes (HiAP), auf den wir in Kapitel 2 schon kurz eingegangen sind.

HiAP ist letztlich eine Strategie, um gesundheitsrelevante Prozesse und Entscheidungen auf unterschiedlichen gesellschaftspolitischen Ebenen systematisch zu erfassen, sichtbar zu machen und darauf hinzuwirken, gesundheitsrelevante Auswirkungen, sowohl gesundheitsförderliche wie gesundheitsabträgliche, bei Entscheidungen quer durch alle Politikfelder mit zu berücksichtigen. Gleichzeitig sollen idealerweise Wege aufgezeigt werden, wie eine verbesserte Gesundheitsförderung oder -versorgung in anderen Politikfeldern helfen kann, die jeweiligen Zielsetzungen zu erreichen und damit eine Win-win-Situation für alle beteiligten Partner herzustellen. Übergreifendes Ziel ist eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, um die Gesundheit der Bevölkerung und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern (Böhme, Reimann 2018; Böhm et al. 2020).

HiAP und der Anspruch einer gesundheitsfördernden Gesamtplanung eröffnen dem ÖGD gleich einer Spinne im Netz die Möglichkeit, eine aktive Rolle bei der Gestaltung einzunehmen und diese basierend auf der GBE mitzugestalten. Dies entspricht auch der gesetzlich verankerten Aufgabe der Koordination und Steuerung innerhalb der Kommune.

7.2.1. Gesundheit im kommunalen Planungskontext am Beispiel der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung

Eine wesentliche Aufgabe der Kommunen liegt in der Daseinsvorsorge, sprich einer staatlich garantierten Grundversorgung, die als Leitprinzip auf dem Gedanken der in Artikel 72 im Grundgesetz festgehaltenen Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse basiert. In allen Lebensphasen gilt es, gesundheitliche Chancengleichheit für alle Bevölkerungsgruppen anzustreben und hierbei insbesondere sozial benachteiligte Gruppen in den Blick zu nehmen. Kommunen sind insofern entscheidende Akteure vor Ort, wenn es darum geht, die Lebensbedingungen und damit auch die Gesundheit der Bevölkerung durch abgestimmte Planung und Steuerung zu beeinflussen.

In jeder Kommune gibt es unterschiedliche Ausgangslagen und spezifische Bedarfe in Abhängigkeit von den soziodemografischen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen. Gerade auch innerhalb von Kommunen, das heißt auf der kleinräumigen Ebene von Städten und Gemeinden, des Stadt- und Ortsteils oder des Quartiers, gibt es teilweise große Unterschiede. Allerdings darf bei dieser Betrachtung nicht übersehen werden, dass es auch zwischen Kommunen und insbesondere zwischen verschiedenen Verwaltungseinheiten zum Teil erhebliche Unterschiede gibt – zum Beispiel bezüglich Datenquantität und -qualität, Informationsdichte oder verfügbaren Netzwerken. Stets sollte geprüft werden, welche Potenziale bestehen im Hinblick auf eine Datenintegration, eine integrierte Berichterstattung und letztlich eine integrierte Planungsaktivität. Umso bedeutsamer sind der Auf- und Ausbau der Gesundheitsberichterstattung und die Vernetzung mit anderen Akteurinnen und Akteuren (siehe auch Kapitel 6), um als ÖGD die Aufgaben der Steuerung und der Koordination datenbasiert wahrnehmen zu können.

Dies erfordert den intersektoralen Brückenschlag und gegebenenfalls Aushandlungsprozesse zwischen verschiedenen Sektoren, die sich im

Idealfall gegenseitig ergänzen, allerdings auch in Konkurrenz stehen können. Gleichzeitig ist möglichst frühzeitig zu klären, welche Rolle dem kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst und weiteren gesundheitsbezogenen Dienstleistern zukommt. Vor diesem Hintergrund wird in der jüngeren Vergangenheit die Kommune vermehrt als Dachsetting mit dem Begriff Setting Kommune thematisiert, um zu verdeutlichen, dass die Kommune ein gesellschaftspolitischer Handlungsraum ist, mit dem Ziel, die Gesundheitschancen in einer Kommune nachhaltig zu verbessern.

„Das Setting Kommune (Setting Community) versteht sich als Sozialraum und Ressource, in dem die sozialen Netzwerke der Gemeinschaft gestärkt werden und in dem durch eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik systemische Veränderungen in der kommunalen Politik und in den kommunalen Institutionen vorangebracht werden sollen.“ (Trojan, Süß 2009)

Zudem wird zunehmend auf das grundgesetzlich verbiefte Recht aller Kommunen in Deutschland verwiesen, *„alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“* (Artikel 28 Absatz 2 Grundgesetz). Bezogen auf die Gesundheitsförderung haben die Kommunen selbst eine Schlüssel-funktion. Demnach ist es

„grundsätzlich Aufgabe der Kommunen, einen gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess anzustoßen, zu koordinieren und zu leiten. In diesen sind immer auch andere verantwortliche Akteure einzubinden.“ (GKV-Spitzenverband 2018, S. 31)

Zusammenfassend kann man festhalten: Wenn Kommunen eine **gesundheitsförderliche Stadtentwicklung in urbanen Räumen, Ge-**

meinden und anderen Verbänden vorantreiben möchten, sind einige Grundprinzipien dringend zu bedenken (LZG.NRW 2019). So braucht es

- das **Bewusstsein**, dass die Auswirkungen von Planungsaktivitäten auf Mensch und Umwelt im Zentrum umfassender Betrachtungen und Interventionen stehen müssen, da jede Maßnahme letztendlich gesundheitsbedeutsam ist. Dabei stellt sich die grundsätzliche Frage, wie sich Strategien, Planungen und die Umsetzung konkreter Maßnahmen auf das Wohlbefinden, die Gesundheit und die Lebensqualität von Individuen und Bevölkerungsgruppen auswirken;
- das **Verständnis**, dass vielfältige Faktoren in Wechselwirkung miteinander stehen und sowohl die Gesundheit einzelner Menschen als auch ganzer Bevölkerungsgruppen beeinflussen;
- die **Einsicht**, dass Wechselwirkungen zwischen den zahlreichen Faktoren auf allen Ebenen bestehen, sodass eine Intervention auf einer Ebene alle anderen Ebenen beeinflusst (im Positiven wie auch im Negativen);

Letztlich braucht es eine gesundheitsfördernde kommunale Gesamtpolitik für das Gelingen einer erfolgreichen gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung. Diese Idee wird oft von Kommunen aufgegriffen, die Mitglied im deutschen **Gesunde Städte-Netzwerk** sind (siehe auch Exkurs: Gesunde Städte-Netzwerk). Um das Setting Kommune in diesem Sinne weiterentwickeln zu können, ist eine an die jeweilige Ausgangslage angepasste, evidenzinformierte und gut durchdachte strategische Planung und Steuerung unerlässlich. Hierzu müssen die ermittelten gesundheitlichen Belange, Bedürfnisse und Bedarfe der Bewohner der Kommune aufgegriffen, ganz im Sinne der GBE in ihrer räumlichen und sozialen Differenzierung dargestellt, analysiert, priorisiert und in kommunalpolitisch abgestimmte, realistische Ziele, Strategien und Maßnahmenplanungen überführt werden.

Um ein gesundheitsförderliches Setting Kommune als Zielgröße realisieren und bespielen zu können, ist es sehr hilfreich, eine gesundheitsfördernde kommunale Gesamtpolitik entsprechend der Zielsetzung von Health in All Policies zu stärken (Böhme, Reimann 2018; Trojan, Süß 2009).

Exkurs: Gesunde Städte-Netzwerk

Im Juni 1989 in Frankfurt am Main von zehn Städten und einem Kreis gegründet, umfasst das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2021 90 Mitgliedskommunen, darunter 45 Großstädte, 9 Berliner Bezirke, eine Region, 12 Landkreise, 27 mittlere Städte und Gemeinden, mit insgesamt über 24 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Ziele des Gesunde Städte-Netzwerks basieren auf der Ottawa-Charta, dem Dokument der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung vom 21. November 1986 (WHO 1986).

Das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Kommunen und dient als Lern-, Aktions- und Diskussionsinstrument, mit dem die beteiligten Kommunen ihre eigene Arbeit unterstützen und sich gegenseitig bereichern können.

[Über uns – Das Gesunde Städte-Netzwerk \(gesunde-staedte-netzwerk.de\)](https://www.gesunde-staedte-netzwerk.de)

Folgender Hinweis sollte jedoch nicht fehlen: Es wäre stark verkürzt, vorhandene Defizite des Planungsalltags einzig mit Blick auf die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange zu betonen, denn zahlreiche kommunale Planungen berücksichtigen aufgrund gesetzlicher Vorgaben und in einer langjährigen Planungstradition stehend bereits heute vielfältige gesundheitsrelevante Aspekte. Dies betrifft zum Beispiel die Stadtplanung und Stadtentwicklung, die Umweltplanung oder auch den Immissionsschutz (Rodenstein 2012; LZG.NRW 2019). Allerdings spiegeln die benannten Aspekte bislang vor allem den Gesundheitsschutz wider und dienen insofern vornehmlich der Gefahrenabwehr oder Gefahrenminimierung. Insofern können diese Planungen

am ehesten als **gesundheitssensible Planungen** (gegebenenfalls mit ÖGD-Beteiligung) betitelt werden. Von einer evidenzinformierten gesundheitsorientierten Planung auf Basis der GBE und im Sinne des HiAP-Ansatzes ist dies jedoch noch ein gutes Stück entfernt.

7.2.2. Städtebauliches Planungsverständnis im Wandel

Aktuell vollzieht sich in der städtebaulichen Planungspraxis ein grundlegender Wandel (Claßen 2020). So sind zu den traditionellen Planungsinstrumenten der Stadtplanung und -erneuerung weitere, zumeist integrierte und integrierende Ansätze hinzugetreten. Städtebauförderungsprogramme (zum Beispiel das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt bzw. seit 2020 Sozialer Zusammenhalt) fordern zunehmend auch die Schaffung sozial gerechter und gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen, insbesondere in Quartieren. Folglich werden Kooperationen mit anderen kommunal planenden Akteuren aufgebaut, zum Beispiel der Sozial-, Jugendhilfe- und Bildungsplanung sowie vereinzelt auch der GBE und der Gesundheitsplanung. Häufig stehen diese Kooperationen im Zusammenhang mit einer kommunalpolitischen Programmatik, bei der zum Beispiel eine gesunde Kommune und die Orientierung an einem Gesundheitszieleprozess explizite Leitbilder sind. In diesen Fällen vollzieht sich der Wandel von einer primär gesundheitssensiblen zu einer gesundheitsförderlich ausgerichteten, gleichwohl Risiken und Chancen adressierenden und damit dem Health-in-All-Policies-Ansatz nahestehenden gesundheitsorientierten Planung. Da überall schnell die Frage nach der Verfügbarkeit und vor allem Interpretationshilfe kleinräumiger gesundheitsbezogener Daten und Informationen aufkommt, bietet dies eine große Chance für die kommunale GBE, sich als Dienstleister, aber ebenso als zentrale Planungsvorbereitende Instanz in Position zu bringen.

Über Jahrzehnte waren settingbezogene Ansätze der Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung aufgrund der schwierigen Gesetzgebungskompetenzen im deutschen Gesundheitssektor weitestgehend nicht rechtsverbindlich geregelt. Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes 2015 und mit dem novellierten Leitfadens Prävention des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen wird der Kommune insgesamt sowie auch den kommunalen Quartieren als übergreifendem Setting Kommune besondere Aufmerksamkeit geschenkt (GKV-Spitzenverband 2018). Das ermöglicht dem ÖGD und insbesondere den kommunalen Gesundheitsämtern, das Thema Gesundheit im Sinne von Health in All Policies mancherorts mit eigenen Fördermitteln im Rahmen integrierter kommunaler Entwicklungsstrategien einzubringen und als wichtiger Akteur einer raumwirksamen gesundheitsorientierten Planung wahrgenommen zu werden (Böhme, Reimann 2018).

Alles in allem lassen sich die aktuellen Entwicklungen in der gesundheitsorientierten Planung in der Kommune auf diese verkürzte Formel bringen: **Die Stadtplanung nimmt eine ressourcenschonende, gesundheitssensible Stadterneuerung im Bestand in den Blick, während im öffentlichen Gesundheitsdienst die Gesundheitsförderung im Setting Kommune als Aufgabe den Gesundheitsschutz ergänzt.** Beides trifft sich auf kleinräumiger (Quartiers-)Ebene und basiert idealerweise auf Daten der kommunalen GBE sowie weiterer Quellen integrierter Berichtssysteme ganz im Sinne von „Daten für Taten“.

7.3. Weiterführende Informationen

Gesundheitsplanung im ÖGD

- Albrich, C; Brandeis, B; Erb, J et al. (2017): Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ergebnisse eines Pilotvorhabens in Baden-Württemberg. Stuttgart, 2017.
- Holleder, A (2015): Gesundheitskonferenzen in Deutschland. Ein Überblick. In: Gesundheitswesen 77 (3), S. 161–167. DOI: [10.1055/s-0033-1361109](https://doi.org/10.1055/s-0033-1361109).
- Rosenbrock, R (1995): Public Health als Soziale Innovation. In: Das Gesundheitswesen 57 (3), S. 140–144.

Gesundheits- und Stadtentwicklung

- AGGSE – Arbeitsgruppe gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung (2020): Empfehlungen für eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Stadtentwicklung: Fünf Thesen. Berlin. Online verfügbar unter https://difu.de/sites/default/files/archiv/projekte/aggse_thesen_2020-03-09.pdf, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Bär, G; Böhme, C; Reimann, B (2009): Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik.
- Baumgart, S; Köckler, H; Ritzinger, A; Rüdiger, A (Hg.) (2018): ARL-Forschungsbericht „Planung für gesundheitsfördernde Städte“. Hannover (Forschungsberichte der ARL, 08).

- Böhme, C; Kliemke, C; Reimann, B; Süß, W. (Hg.) (2012): Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Hans Huber.
- Bolte, G; Bunge, C; Hornberg, C; Köckler, H. et al. (Hg.) (2012): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern: Hans Huber.
- Bucksch, J; Claßen, T; Budde, S; Geuter, G (2012): Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune. Evidenzen und Handlungskonzept für die Kommunalentwicklung – ein Leitfaden. Düsseldorf.
- Fabian, C; Driling, M; Niermann, O; Schnur, O. (2017): Quartier und Gesundheit. Wiesbaden: Springer.
- Reimann, B; Böhme, C; Bär, G. (2010): Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Berlin (Edition Difu, Bd. 9).
- Trojan, A; Süß, W (2011): Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik/Healthy Public Policy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: BZgA, S. 133–136.

7.4. Literaturverzeichnis Kapitel 7 – Planung

- Albrich, C; Brandeis, B; Erb, J; Hellmann, V; Wallus, L; Firsching, M et al. (2017): Handlungsempfehlung für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Er-

gebnisse eines Pilotvorhabens in Baden-Württemberg. Hg. v. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Stuttgart.

- Böhme, K; Bräunling, S; Geene, R; Köckler, H (Hg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.
- Böhme, C; Reimann, B (2018): Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation. Ergebnisse einer Akteursbefragung. Hg. v. Deutsches Institut für Urbanistik. Berlin. Online verfügbar unter https://difu.de/sites/default/files/archiv/projekte/aggse_thesen_2020-03-09.pdf, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Claßen, T (2020): Gesundheitsförderliche Stadtentwicklung. In: Informationen zur Raumentwicklung 47 (1), S. 4–17. Online verfügbar unter <https://elibrary.steiner-verlag.de/article/99.105010/izr202001000401>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Claßen, T; Mekel, O: Fachplan Gesundheit und Leitfaden Gesunde Stadt – Instrumente für eine gesundheitsorientierte kommunale Planung in Nordrhein-Westfalen. In: Böhme, Bräunling et al. (Hg.) 2020 – Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, S. 397–405.
- GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI.
- Holleder, A (2015): Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. In: Gesundheitswesen 77 (3), S. 161–167. DOI: [10.1055/s-0033-1361109](https://doi.org/10.1055/s-0033-1361109).
- Holleder, A (2016): Regionale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen plus in Deutschland: Struktur-, Prozess- und

Ergebnisqualitäten. In: Public Health Forum 24 (1), S. 22–25. DOI: [10.1515/pubhef-2016-0008](https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-0008).

- Luthe, E-W (2010): Kommunale Gesundheitslandschaften. Teil 1. In: NDV, S. 304–310.
- LZG.NRW (2019): Leitfaden Gesunde Stadt. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. 2 überarbeitete Auflage. Unter Mitarbeit von Baumeister, H; Rüdiger, A; Köckler, H; Claßen, T; Hamilton, J; Riweler, M et al. Hg. v. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen. Bielefeld.
- MfAS-BW (2010): Bericht der Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen. Unter Mitarbeit von Roller, G; Firsching, M. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg. Reutlingen (Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg).
- Rodenstein, M (2012): Stadtplanung Und Gesundheit – Ein Rückblick auf Theorie und Praxis. In: Böhme, C; Kliemke, C; Reimann, B; Süß, W (Hg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, S. 15–26.
- Starke, D; Arnold, L; Fertmann, R; March, S; Moebus, S; Terschüren, C; Szagun, B (2018): Methodische Herausforderungen der Präventionsberichterstattung. In: Das Gesundheitswesen 80 (8-09), S. 732–740. DOI: [10.1055/a-0665-6249](https://doi.org/10.1055/a-0665-6249).
- Szagun, B; Kiß, B (2002): Der ÖGD als Koordinator in der gesundheitlichen Versorgung. In: Blickpunkt öffentliche Gesundheit 18 (4), S. 1–2.
- Szagun, B; Kuhn, J; Starke, D (2016): Kommunale Gesundheitsförderungspolitik und das Präventionsgesetz. In: Präventiv Gesundheitsf 11 (4), S. 265–270. DOI: [10.1007/s11553-016-0563-0](https://doi.org/10.1007/s11553-016-0563-0).

- Trojan, A; Süß, W (2009): Prävention Und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, K; Klotz, T; Haisch, J (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. Aufl. Bern: Huber, Hans (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften), S. 336–346.
- WHO (1986): Ottawa-Charter for Health Promotion.
- Wollenberg, B; Reul, R (2019): Gesundheit – Kernkompetenz der Kommunen: 3 Jahre Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“. In: 69. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) und des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP). Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Mitten in der Gesellschaft. Kassel, Hessen, 04.04.2019–04.06.2019: Georg Thieme Verlag KG (Das Gesundheitswesen).

8. Wo will die GBE hin?

„Die GBE sollte meines Erachtens nach die Weltherrschaft anstreben. Dann wäre alles gut!“

Gesundheitsberichterstattung hat das Ziel, eine verlässliche Informationsgrundlage für Entscheidungsprozesse und Maßnahmen der Akteurinnen und Akteure in Gesundheitspolitik und Public Health zu schaffen, um so einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen zu leisten. Wie wichtig verlässliche Informationen für gesundheitspolitische Maßnahmen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene sind, wurde nicht zuletzt bei der aktuellen Corona-Pandemie und ihren Folgen deutlich. „Sauberes Wissen“ ist eine wichtige Ressource, wenn es darum geht, Präventionsmaßnahmen evidenz-informiert abzuleiten und gemeinsam mit der Bevölkerung umzusetzen. Dazu ist Vertrauen in die Informationen, die Behörden liefern, unverzichtbar. Gute Daten und ihre wissenschaftlich fundierte Aufarbeitung sind eine Voraussetzung dafür. So gesehen kann die Gesundheitsberichterstattung nicht nur Daten für Gesundheitspolitik bereitstellen, sondern auch die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger unterstützen.

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Arbeitsweise und das Handwerkszeug für die GBE auf kommunaler Ebene dargestellt. Dabei wurde vielfach eine Idealvorstellung skizziert, die, zum Teil aufgrund fehlender Ressourcen, nicht flächendeckend sichergestellt werden kann. Daraus ergeben sich ganz konkrete Ziele und Ansatzpunkte zur inhaltlich-fachlichen Weiterentwicklung der GBE, die im Folgenden kurz dargestellt werden sollen.

8.1. Weitergefasste Ziele

Die **Datengrundlagen der GBE** entwickeln sich laufend weiter. Aktuell lässt sich beispielsweise eine starke Dynamik bei den Nutzungsmöglichkeiten der Daten der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Daten) beobachten, wodurch sich viele Optionen für kleinräumige Analysen und Zeitreihen ergeben. Auch die Entwicklungen bei Big Data und die Nutzung künstlicher Intelligenz werden in der Gesundheitsberichterstattung zumindest auf Bundesebene vermutlich eine wichtige Rolle spielen. Die Nutzung dieser Datenquellen erfordert dabei zusätzliche GBE-Ressourcen, sowohl auf der technischen IT-Ebene als auch im Bereich Personalressourcen.

Auch die **Kommunikationsformen** entwickeln sich stetig weiter: Der Ausbau interaktiver Daten- und Visualisierungsmöglichkeiten stellt eine wichtige Chance für die GBE dar. Durch die Entwicklung gemeinsamer Standards, Indikatoren und Empfehlungen würden sich zusätzliche Synergien der Gesundheitsberichterstattung in der kommunalen, Länder- und Bundes-GBE ergeben. Durch Nutzung gemeinsamer Gesundheitsinformationssysteme wären relevante Gesundheitsdaten in einheitlicher Form verfügbar und könnten von unterschiedlichen Nutzerinnen und Nutzern nach gemeinsamen Standards genutzt werden.

Auch für die **gemeinsame Erstellung von Berichten** bieten sich unterschiedliche Plattformen an, um gemeinsam Projekte zu planen, zu analysieren und zu publizieren. Denkbar wären hier ebenso vergleichsweise neue Konzepte wie beispielsweise ein Book Sprint zur gemeinsamen Erstellung eines Gesundheitsberichts. Darüber hinaus bestehen **Schnittstellen zu möglichen anderen Berichtsformaten**, zum Beispiel Blogs, die den Leserinnen und Lesern neue Möglichkeiten zur Beteiligung an der gesellschaftlichen Debatte darüber gibt, wie es den Menschen geht. Die neuen medialen Instrumente könnten so

auch einen Beitrag zur Realisierung der Idee einer partizipativen Gesundheitsberichterstattung leisten. Die GBE muss außerdem die sozialen Medien und verschiedene Plattformen stärker für die Ergebnisdisseminierung nutzen. Zum einen werden so zusätzliche Nutzerinnen und Nutzer der GBE erreicht, zum anderen könnte so die GBE mit ihren verlässlichen Daten einen Kontrapunkt zu Fake News im Internet darstellen.

Die **wissenschaftliche Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung** setzt eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit voraus: So müssen Erkenntnisse und Anforderungen der Public-Health- und Kommunikationswissenschaften sowie der Data Sciences integriert werden. Auch ist es wichtig, das Thema der Gesundheitsberichterstattung in Forschung und Lehre der Gesundheitswissenschaften weiter zu platzieren. Ein wichtiger Baustein ist dabei der Ausbau der Zusammenarbeit von Universitäten und Hochschulen mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Neben der Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung auf der wissenschaftlichen Ebene stellt auch der Ausbau von **Partizipation bei der Themenwahl** und der Berichterstellung eine künftige Aufgabe dar.

Ein weiteres wichtiges Potenzial der Gesundheitsberichterstattung liegt in der **Stärkung der internationalen Betrachtung von Gesundheitsdaten und Methoden für die GBE**. In fast allen Ländern der EU besteht ein nationales GBE-System. Für grenzüberschreitende Analysen und Berichte wäre es wichtig, im EU-Raum eine Einrichtung für Public Health zu schaffen, in der internationale GBE angesiedelt werden kann. Auch auf der globalen Ebene sollte die Zusammenarbeit mit der WHO gestärkt werden. Aus dieser Zusammenarbeit ergeben sich häufig Ideen, die ebenfalls für die GBE und Planung in Deutschland hilfreich sein können. Dies hat den Vorteil, dass das Rad nicht ständig neu erfunden werden muss. Ein konkretes Beispiel ist

das schottische Place Standard Tool, das Kommunen dabei unterstützt, Einschätzungen des alltäglichen Lebensumfelds der Bürgerinnen und Bürger in einem standardisierten Verfahren zu sammeln und prioritäre Handlungsfelder für verhältnispräventive Maßnahmen zu identifizieren. Das Tool ist bereits in vielen europäischen Ländern auf Anerkennung gestoßen ([Talking „place“ – a public health conversation for everyone?](#)). In Deutschland wurde das Tool von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Kooperation mit den Ländern Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen sowie vier Pilotkommunen übersetzt und erprobt und steht als [StadtRaumMonitor](#) seit dem Sommer 2022 bundesweit zur Verfügung.

Die Gesundheitsministerkonferenz hat 2018 ein **modernes Leitbild für den ÖGD** verabschiedet (Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“ 2018). Es soll dabei helfen, dem ÖGD ein zukunftsorientiertes Profil zu geben und dabei neben den klassischen Aufgaben der Überwachung und Kontrolle, etwa im Infektionsschutz oder in der Krankenhaushygiene, auch den Aufgaben der Koordination, Vernetzung und Planung mehr Stellenwert zuzumessen. Dabei gehört der Bereich Kommunikation, Moderation, Anwaltschaft und Politikberatung ebenfalls zu den Kernaufgaben des ÖGD. Die Gesundheitsberichterstattung ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Instrument, um diese Aufgaben zu erfüllen. Mit ihren unterschiedlichen und neuen Kommunikationskanälen kann die GBE noch besser dazu beitragen, die **Evidenzbasierung der (gesundheits-)politischen Willensbildung und Entscheidungen** zu stärken.

In letztgenanntem Sinne wäre es wünschenswert, wenn dem kommunalen ÖGD mehr Steuerungsaufgaben zugeschrieben würden, sei es in den Gesundheitsdienstgesetzen (GDG) der Länder oder bei der Umsetzung übergeordneter Gesetze wie dem Präventionsgesetz. Wer kommunal gesundheitspolitisch steuern will, benötigt dafür mindestens mittelfristig eine solide Informationsbasis, das heißt eine kommunale GBE. Um die kommunale GBE als Kernaufgabe des ÖGD mit

vergleichbaren Standards zu etablieren, wäre es notwendig, die landesgesetzlichen Aufträge hinsichtlich Steuerung und Berichtswesen über das bisherige Maß hinaus zu homogenisieren.

Die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung mit der Nutzung neuer Möglichkeiten und als Antwort auf neue Anforderungen ist eine Zukunftsaufgabe, die nicht mit den bestehenden Kapazitäten der Gesundheitsberichterstattung realisiert werden kann. Um auch weiterhin verlässliche Informationen zur Gesundheit für unterschiedliche Nutzerinnen und Nutzern bereitstellen zu können, ist ein Ausbau der Gesundheitsberichterstattung auf allen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) erforderlich. Ein starkes Public-Health-System mit Gesundheitsberichterstattung als festem Bestandteil ist erforderlich, um die Gesundheit aller Menschen in Deutschland zu schützen und zu verbessern.

Exkurs: GBE während der Corona-Pandemie

Während der Covid-19-Pandemie stand die (kommunale) GBE vor besonderen Aufgaben: Politische Entscheidungsträger benötigen einen tagesaktuellen Überblick über Infektionszahlen, Inzidenzraten, Hotspots der Pandemie und besonders betroffene Bevölkerungsgruppen. Die Herausforderung bestand hier in der **kurzfristigen, täglichen Berichterstattung**, für die herkömmliche GBE-Formate bis heute nicht geeignet sind. Die zeitnahe Datenbereitstellung für Politik und Öffentlichkeit erfolgte daher oft über andere Wege, wobei die GBE aber oftmals mittelbar tangiert war. Automatisierte Datenabfragen und die automatisierte Erstellung von Statistiken, die Einspeisung von Daten in Dashboards und andere interaktive Datenpräsentationen waren für kommunale GBELerinnen und GBELer zumeist neue Aufgaben. Nun gilt es zu prüfen, inwiefern diese Erfahrungen und gegebenenfalls auch das neu erworbene Wissen sowie die verwendeten Tools für die „reguläre“ GBE genutzt werden.

Eine weitere eigenständige GBE-Aufgabe könnte es sein, im Nachgang zur Krise einen Gesundheitsbericht über Corona zu erstellen, mit den gesamten Verlaufsdaten zur Epidemie und ergänzenden Daten zum Beispiel aus dem

Versorgungssystem. Aber auch eine Berichterstattung, die mögliche gesundheitlich relevante Folgen der Pandemie und die Bekämpfungsstrategien analysiert und aufzeichnet, ist denkbar.

In beiden Fällen gilt es wieder für die Gesundheitsberichterstellerin oder den Gesundheitsberichtersteller, Vernetzungsstrukturen aufzubauen und interdisziplinäres Arbeiten zu praktizieren: Infektionsepidemiologinnen und Infektionsepidemiologen, IT-Expertinnen und IT-Experten und die Pressestelle der Kommune stehen hier neben vielen weiteren wichtige Ansprechpersonen, mit denen die Anforderungen gemeinsam gelöst werden können.

8.2. Aktuelle Entwicklungen in der GBE

8.2.1. Aufbau einer GBE-Forschungsdatenbank (GBE-Monitor)

Kommunale Steuerungsaufgaben wie die GBE sind landesgesetzlich und somit heterogen geregelt. GBE als gesetzliche Aufgabe findet sich wie in Kapitel 3 beschrieben in nahezu allen GDG der Länder als Aufgabe des kommunalen ÖGD, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung, Präzisierung und Kopplung mit Planungsprozessen (Rosenkötter et al. 2020). Die Umsetzung der kommunalen GBE als weisungsfreie Pflichtaufgabe variiert daneben auch aufgrund der vielerorts angespannten Personalsituation und der unter anderem aufgrund der Größe der Kommunen sehr unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen im ÖGD (Arnold et al. 2020). Diese Diversität ist gekoppelt mit einem eklatanten Forschungs- und Transparenzdefizit, welches sich unter anderem aus der mangelnden Verankerung ÖGD-relevanter Forschungsfragen in der Public-Health-Wissenschaft sowie aus Informationsdefiziten über die kommunale Ebene ergibt. Entsprechend sind fast alle Analysen zur kommunalen GBE regional oder thematisch begrenzt (Fertmann et al. 2004; Süß et al. 2007; Murza et al. 2005). Einzig in der Münchener GBE-Studie wurden 2007 alle kom-

munalen Gesundheitsämter deutschlandweit zum Stand der kommunalen GBE befragt (Stockmann et al. 2008): Aus dem verwertbaren Rücklauf von 195 Ämtern (47 %) gaben 75 % an, in den letzten fünf Jahren Gesundheitsberichte erstellt zu haben. Tieferegehende Analysen etwa zum Einfluss landesgesetzlicher Vorgaben auf die GBE waren aufgrund der Rahmenbedingungen der Befragung nicht möglich.

Der von der Hochschule Ravensburg-Weingarten in Kooperation mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen aufgebaute GBE-Monitor knüpft am beschriebenen Wissensdefizit und den zugrunde liegenden methodischen Problemen an. Im Jahre 2019 begonnen wurde eine bundesweite längsschnittliche Erhebung der kommunalen Gesundheitsberichte, die erstmalig ein repräsentatives Bild zur kommunalen GBE liefern und umfangreiche Analysen ermöglichen wird. Wichtige Fragen sind etwa, welche Kontextbedingungen mit welchen Berichtstypen, welchem Integrationsgrad sowie Gender-, Soziallage- und Handlungsbezug der kommunalen GBE assoziiert sind. Da bisherige Leuchtturmprojekte zur kommunalen GBE überzufällig häufig in Städten angesiedelt sind, wird ein besonderer Fokus dabei auch der GBE in Landkreisen gelten.

Methodik: Im November und Dezember 2019 erfolgte ein erstes deutschlandweites systematisches Screening der Internet-Auftritte aller kommunalen Gesundheitsämter zur Gesundheitsberichterstattung, ergänzt durch parallele offene Stichwortsuche per Suchmaschine. Die Stadtstaaten Berlin und Hamburg wurden als Kommunen behandelt. Die Grundgesamtheit umfasste somit 358 kommunale ÖGD-Einheiten, von denen 252 auf Landkreise, 65 auf Stadtkreise (inklusive Stadtstaaten) und 41 auf kumulierte ÖGD-Einheiten über mehrere Land- oder Stadtkreise entfielen. Erhoben wurde, ob kommunale Gesundheitsberichte seit dem Jahr 2010 existierten. Sofern möglich, wurden mindestens die letzten drei verfügbaren Berichte seit dem Jahr 2010 heruntergeladen und als Berichtspool abgelegt. Ebenfalls erhoben wurden Strukturinformationen zur kommunalen Anbindung des ÖGD

an übergeordnete Dezernate bzw. Abteilungen, indem das zugehörige Verwaltungsorganigramm bzw. sonstige vorgehaltene Informationen zur Organisation heruntergeladen wurden. Das Screening erfolgte unabhängig durch je zwei Personen. Um die Sensitivität des Online-Screening-Verfahrens zu prüfen, wurde aus den kommunalen ÖGD-Einheiten, bei denen in beiden Screening-Durchläufen keine GBE gefunden wurde, eine Zufallsstichprobe von 80 Einheiten gezogen. Bei diesen Ämtern erfolgten im Februar 2020 teilstandardisierte Telefoninterviews zur Frage, ob im Zeitraum der letzten zehn Jahre Gesundheitsberichterstattung durchgeführt wurde. Während der Corona-Krise konnten insgesamt 72 Ämter befragt werden. Von dieser Gesamtstichprobe wurden die Fragen zur GBE von 60 Ämtern (83,3 %) beantwortet. Von diesen wurde jeweils vier Mal angegeben, dass GBE in Form interner Dokumente erfolge, die aber nicht zur Verfügung gestellt werden können, oder dass eine GBE zwar aktuell nicht existiere, aber im Aufbau sei (je 6,7 %). Zehn Ämter gaben an, dass GBE ausschließlich in Form einer Datenweitergabe an die übergeordnete Landesebene erfolge (16,7 %). Von zwei Ämtern wurde kommunale GBE berichtet (3,3 %) und ein im Screening nicht entdeckter Gesundheitsbericht wurde zugesandt (1,7 %).

Der GBE-Monitor soll den Wissensstand über die kommunale GBE erweitern, aber keine eventuell sensiblen Informationen über die Kommunalverwaltung öffentlich machen. Sämtliche Ergebnisse des GBE-Monitors werden daher ausschließlich auf aggregierter Ebene analysiert und kommuniziert, wodurch keinerlei Rückschlüsse zum erhobenen Stand der GBE in einzelnen Kommunen möglich sein wird.

Aktueller Stand: Zurzeit erfolgen erste Veröffentlichungen der Ergebnisse des GBE-Monitors, einige dieser Ergebnisse sind bereits in dieses Buch eingeflossen. Daneben entstehen erste tiefergehende Analysen unter anderem im Rahmen gesundheitswissenschaftlicher Abschlussarbeiten und parallel werden Teile des umfangreichen Datensatzes für weitergehende Analysen aufbereitet. Die 2019 erfolgte

querschnittliche Erhebung soll ab 2021 longitudinal als Vollerhebung ausgebaut werden. Hierfür werden momentan die Rahmenbedingungen geschaffen.

Kontakt- und Ansprechperson: Bertram Szagun, szagun@rwu.de

8.2.2. Der Fachplan Gesundheit

Hintergrund: Bei der hier beschriebenen Gesundheitsplanung handelt es sich um ein prozessorientiertes Instrumentarium, welches aus dem ÖGD heraus entwickelt wird und bei dem der ÖGD als planender Initiator in Erscheinung tritt. Um diese Planung zu systematisieren, wurden in der Vergangenheit in einigen Bundesländern verschiedene Instrumente entwickelt. Als ein Beispiel wird nachfolgend das Konzept zum Fachplan Gesundheit vorgestellt, welches seit 2009 in Nordrhein-Westfalen stetig weiterentwickelt und erprobt wird.

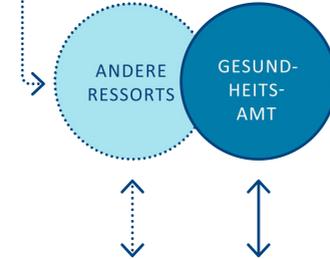
Der Fachplan Gesundheit ist methodisch stark an andere, seit Langem zum Teil auch gesetzlich verankerte Fachplanungen (zum Beispiel Lärmaktionsplanung, Luftreinhalteplan, Landschaftsplanung, Bauleitplanung, aber auch örtliche Pflegeplanung) und Strategien (etwa Klimafolgenanpassungsstrategien, integrierte kommunale Entwicklungskonzepte) angelehnt. Er hat zum Ziel,

- gesundheitsbezogene Anliegen, sozialräumliche Besonderheiten und quartiersbezogene Handlungsbedarfe aktuell und vor allem prospektiv (räumlich) darzustellen,
- Handlungsempfehlungen und möglichst konkrete Planungsziele und Maßnahmenvorschläge zu erarbeiten sowie als Handlungskonzept zu formulieren und damit
- gesundheitsbezogenem, verhältnisorientiertem Handeln in kommunalen Planungen mehr Stringenz, Transparenz, Konsens und vor allem Verbindlichkeit zu verleihen.

AUFBEREITUNG
von gesundheitlichen
Belangen



DARSTELLUNG
der gesundheitlichen
Lage



FESTLEGUNG
von Schwerpunkten und Zielen



- Bestehende Strukturen/Instrumente im Gesundheitsamt
- Mögliche zu integrierende Strukturen/Instrumente anderer Ressorts

Abbildung 16: Komponenten bei der Entwicklung eines Fachplans Gesundheit © Marion Burbulla

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist eine gut aufgestellte GBE zur (integrierten) Bestandsanalyse, Bedarfs- und Bedürfnisbestimmung und letztlich als Monitoringinstrument während und nach der Maßnahmenumsetzung extrem hilfreich (vgl. Abbildung 16).

Methodik: Zum Fachplan Gesundheit wurden Vorarbeiten (Fehr et al. 2011) sowie zwei fiktionale Fachpläne für den fiktiven Kreis „Gesundbrunnen“ und die ebenso fiktive Stadt „Healthhausen“ publiziert, die auf die jeweiligen Besonderheiten kreisfreier Stadt- und Landkreisebene eingehen. Diese Dokumente sind abrufbar unter [LZG.NRW Fachplan Gesundheit](#).

In den fiktionalen Fachplänen wurden Aufbau und mögliche Inhalte des Fachplans umrissen. Er basiert auf raumbezogenen gesundheitsrelevanten Informationen und kann daraus Voraussetzungen ableiten, die unter anderem die körperliche Aktivität der Bevölkerung oder die Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen verbessern kann. So kann der Plan beispielsweise Bevölkerungsgruppen in mehrfach belasteten Situationen identifizieren und daraus entsprechende Maßnahmenvorschläge ableiten. Der große Vorteil dieses informellen Planungsinstruments liegt für den ÖGD darin begründet, dass sehr unterschiedliche gesundheitsrelevante Informationen bedarfsorientiert in der Kommune zusammengestellt werden können und in konkreten Handlungsempfehlungen münden.

Aktueller Stand: Das Konzept zum Fachplan Gesundheit wurde bereits mehrfach erprobt und zeigte vielfältige Potenziale gerade auch im Hinblick auf den Mehrwert integrierter Verfahrensweisen im kommunalen Verwaltungs- und Planungshandeln, eine gesundheitsförderliche Kommunalentwicklung sowie eine optimierte Ressourcensteuerung im ÖGD auf. Jedoch wurden auch rechtlich-administrative und ressourcenbezogene Grenzen ersichtlich. So kann ein Fachplanprozess trotz erwarteten Mehrwerts kaum ressourcenneutral angeschoben

werden und erfordert ein starkes Engagement auf verwaltungspolitischer Ebene. Ohne Rats- oder Kreistagsbeschluss besteht ein hohes Risiko, dass der Fachplan wirkungslos bleibt (Claßen, Mekel). Dennoch haben zwischenzeitig mehrere Kommunen in NRW begonnen, Fachpläne Gesundheit zu erstellen, unter anderem auch im Rahmen der Erarbeitung integrierter kommunaler Präventionskonzepte (Umsetzung Präventionsgesetz).

Kontakt- und Ansprechperson: Thomas Claßen, Thomas.Claßen@lzg.nrw.de

8.2.3. Präventionsberichterstattung – ein Entwicklungsimpuls für die GBE?

Hintergrund: Das Präventionsgesetz hat für die Gesundheitsberichterstattung neue Impulse gesetzt. Eine Verpflichtung zur Berichterstattung gibt es aber nur auf der nationalen Ebene: Die Nationale Präventionskonferenz muss nach § 20d SGB V regelmäßig einen Präventionsbericht für Deutschland vorlegen. Der erste Präventionsbericht wurde 2019 erstellt. Allerdings wird dem ÖGD im Präventionsgesetz kein zentraler Stellenwert zugemessen, er fand lediglich Erwähnung im Zusammenhang mit den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V. Die Landesrahmenvereinbarungen sollen regeln, wie der ÖGD einzubinden ist. Prävention auf der regionalen Ebene wird umso bedarfsorientierter, je mehr sie sich auf regionale Daten stützen kann. Hier kommt die Gesundheitsberichterstattung ins Spiel (Reisig et al. 2020): In praktisch allen 16 Landesrahmenvereinbarungen gibt es einen Bezug auf die Gesundheitsberichterstattung. Vereinzelt ist es bereits zur Erstellung eigenständiger Präventionsberichte gekommen. Eine Länder-Arbeitsgruppe hat sich zwischenzeitlich auf ein Set an Indikatoren zur Präventionsberichterstattung verständigt.

Durch das Präventionsgesetz und die dadurch angeregten Präventionsberichte ist allerdings kein völliges Neuland für die Gesundheitsberichterstattung betreten worden. Auch in der Vergangenheit war die Gesundheitsberichterstattung bereits stark auf präventive und gesundheitsförderliche Planungen ausgerichtet. In vielen GDG der Länder ist der Präventionsbezug explizit verankert. Des Weiteren sind viele Gesundheitsberichte thematisch auf Präventionsthemen fokussiert, etwa, wenn über Übergewicht bei Kindern, über Rauchgewohnheiten oder über Themen wie Ernährung und Bewegung berichtet wird. Dies hat auch historische Gründe, da Versorgungsdaten erst in den letzten Jahren für die Berichterstattung erschlossen wurden und sich in diesem Bereich ebenso eigenständige Berichterstattungssysteme entwickelt haben, zum Beispiel die Reporte der Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeit, zur Versorgung in der Pflege oder zu Arzneimittelverordnungen. In einem pluralistischen Verständnis von GBE kann man diese Berichte ebenfalls als Gesundheitsberichte ansehen – eben von anderen Akteuren.

Aktueller Stand: Wie sich die Präventionsberichterstattung auf der Ebene der Länder und Kommunen weiterentwickelt, bleibt abzuwarten. Hier stellen sich eigene Methodenfragen, die es zu lösen gilt. 2019 fand dazu beim Robert Koch-Institut (RKI) ein erster Workshop statt, dessen Ergebnisse auch im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlicht wurden (Robert Koch-Institut (RKI) 2020).

8.3. GBE und das große Ganze – Gesundheitsberichterstattung und die Nationale Public-Health-Strategie

In diesem Lehrbuch war die viel Rede davon, dass GBE „Daten für Taten“ bereitstellt, dass sie helfen soll, gesundheitspolitische Maßnahmen vorzubereiten, zu begleiten und zu evaluieren, dass sie daher eng mit der Gesundheitsplanung verbunden ist, dass sie zur Vernetzung

unter den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens beitragen soll – letztlich, dass sie den viel zitierten Public Health Action Cycle mit dem nötigen Datentreibstoff versorgt. Mit der Perspektive einer integrierten Berichterstattung verbindet sich dabei der Blick auf den Ansatz Health in All Policies der WHO und auf eine umfassende Public-Health-Strategie.

Eine solche umfassende Public-Health-Strategie gibt es in Deutschland erst seit Kurzen. Im Rahmen des Projekts gesundheitsziele.de haben viele Akteure an der Formulierung von Zielsetzungen und dazu geeigneten Maßnahmen auch jenseits der klassischen Gesundheitsversorgung gearbeitet, aber eine systematische nationale Public-Health-Strategie ist daraus zunächst nicht entstanden. 2015 haben die Wissenschaftsakademien eine gemeinsame Stellungnahme zu Public Health in Deutschland veröffentlicht (Leopoldina 2015). Sie hat den Aufbau des [Zukunftsforums Public Health](#) ausgelöst. Unter diesem – für die Mitwirkung aller Interessierter offenen – Dach erarbeiten wichtige Public-Health-Akteurinnen und -Akteure in Deutschland eine Nationalen Public-Health-Strategie.

Der Entwurf der Strategie hat einen öffentlichen Konsultationsprozess durchlaufen und konnte 2021 als Eckpunktepapier abgeschlossen werden (ZfPH 2021). Es orientiert sich an den zehn zentralen Maßnahmen für die öffentliche Gesundheit (EPHOs), die von der WHO 2012 veröffentlicht wurden (WHO 2012). In **EPHO 1** geht es dabei um Surveillance – und zwar in einem Verständnis, das dem der hier beschriebenen Gesundheitsberichterstattung entspricht. Der Abschnitt im Entwurf des Strategiepapiers beginnt so:

„Public Health Surveillance – und die damit eng verbundene Gesundheitsberichterstattung (GBE) – umfassen die kontinuierliche, institutionalisierte Zusammenfassung und Verbreitung von Informationen und Erkenntnissen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung

und gesundheitlicher Einflussfaktoren, mit dem Ziel Politik und (Fach-) Öffentlichkeit zu informieren [...] Public Health Surveillance und GBE bestehen aus vier Hauptaufgaben: (1) dem kontinuierlichen Zusammentragen von öffentlichen Statistiken und anderer Sekundärdaten, aber auch eigene Erhebungen von Daten, zum Beispiel in Form von Bevölkerungsbefragungen; (2) der systematischen Aufbereitung, Analyse und Kontextualisierung der Daten (z.B. die Identifizierung von Veränderungen im zeitlichen Verlauf oder Unterschieden zwischen Regionen); (3) der adressat:innengerechten Zusammenfassung der Ergebnisse sowie der Beschreibung von Herausforderungen und Handlungsoptionen; (4) dem Wissenstransfer, damit die Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung zur Planung, Implementierung und Evaluation von Maßnahmen genutzt werden können. Idealerweise basiert die Gesundheitsberichterstattung auf einer gesetzlichen Grundlage und einem umfassenden konzeptionellen Ansatz, verfügt über ausreichende Ressourcen und eine gute Infrastruktur.“ (zit. n. Arnold et al. 2021)

In dem Maße, in dem sich eine nationale Public-Health-Strategie konkretisieren und auch politisch auf den Weg bringen lässt, bekommt auch die Gesundheitsberichterstattung eine systematischere Anbindung an die Gesundheitspolitik. Das Robert Koch-Institut nutzt mit dieser Perspektive derzeit die Erfahrungen, die es im Projekt Diabetes-Surveillance gewonnen hat, für eine Erweiterung seiner Aktivitäten in der Gesundheitsberichterstattung hin zu einer umfassenden Public-Health-Surveillance (Reitzle et al. 2020). Die Perspektiven der Gesundheitsberichterstattung sind untrennbar mit den Perspektiven von Public Health insgesamt in Deutschland verbunden. Bereits Ende der 1990er Jahre hatte der damalige Brandenburgische Gesundheitsstaatssekretär Affeld diesen Zusammenhang betont:

„Wenn die Gesundheitsberichterstattung der 90er Jahre trotz ihrer teilweise beachtlichen Qualitätsfortschritte zumindest unter Insidern heute wieder und immer noch mit grundsätzlichen Fragen ihrer gesundheitspolitischen Relevanz konfrontiert werden, dann trifft das zum Teil auch die Eigendynamik einer wissenschaftlichen Berichterstatter-Subkultur. Mehr fällt diese Relevanzfrage allerdings auf den Frager aus dem politisch-administrativen Bereich zurück. Es macht wenig Sinn, die Grundlagen für Gesundheitsberichte stetig und nachhaltig zu verbessern, wenn deren Auswertung und Aufbereitung als politik- und handlungsorientierter Prozess nicht mitkommen.“
(zit. n. Kuhn, Busch 2006)

Dem ist nichts hinzuzufügen, außer vielleicht, dass man dies nicht als resignatives Fazit lesen sollte, sondern als Ermunterung zum Tun. Gesundheitsberichterstattung ist Teil einer Praxis, die mehr Gesundheit für alle erreichen will, das heißt Teil von Public Health. In diesem Sinne:

Trauen Sie sich, mit Gesundheitsberichten die Welt ein klein wenig besser zu machen!

8.4. Literaturverzeichnis Kapitel 8 – Wo will die GBE hin?

- Arnold, L; Kuhn, J; Ziese, T (2021): Surveillance. Fakten als Wegbereiter für mehr gesundheitliche Chancengleichheit (EPHO 1). In: Zukunftsforum Public Health (Hg.): Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland. Version 1.0. Berlin, S. 24–29.
- Arnold, L; Starke, D; Szagun, B (2020): Implementation of the German Prevention Act: Municipal Public Health Units as a Bottleneck? In: European journal of public health 30 (Supplement 5).
- Claßen, T; Mekel, O: Fachplan Gesundheit und Leitfaden Gesunde Stadt – Instrumente für eine gesundheitsorientierte kommunale Planung in Nordrhein-Westfalen. In: Böhm, Bräunling et al. (Hg.) 2020 – Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, S. 397–405.
- Fehr, R; Dickersbach, M; Welteke, R (2011): Vorarbeiten zum lokalen Fachplan Gesundheit. Unter Mitarbeit von Enderle, M. Hg. v. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Düsseldorf (LIGA.Praxis).
- Fertmann, F; Conrad, S; Schümann, M (2004): Bundesweite Umfrage bei den Gesundheitsämtern zum umweltbezogenen Gesundheitsschutz. In: Das Gesundheitswesen 66 (08/09). DOI: [10.1055/s-2004-833870](https://doi.org/10.1055/s-2004-833870).
- Kuhn, J; Busch, R (Hg.) (2006): Gesundheit zwischen Statistik und Politik. Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung. Workshop. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.

- Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“ (2018): Konsens der länderoffenen Arbeitsgruppe zu einem Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Das Gesundheitswesen 80, S. 679–681.
- Leopoldina (Hg.) (2015): Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Stellungnahme. Nationale Akademie der Wissenschaften. Halle (Saale) (Schriftenreihe zur wissenschaftsbasierten Politikberatung).
- Murza, G; Wese, W; Brand, H (2005): Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen Zwischenbilanz des nordrhein-westfälischen Modells. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 48 (10), S. 1162–1169. DOI: [10.1007/s00103-005-1140-4](https://doi.org/10.1007/s00103-005-1140-4).
- Reisig, V; Jordan, S; Starker, A; Brettner, J; Kuhn, J (2020): Präventionsberichterstattung – neue Impulse für die Gesundheitsberichterstattung? In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 63 (9), S. 1118–1125. DOI: [10.1007/s00103-020-03202-y](https://doi.org/10.1007/s00103-020-03202-y).
- Reitzle, L; Paprott, R; Färber, F; Heidemann, C; Schmidt, C; Thamm, R et al. (2020): Gesundheitsberichterstattung im Rahmen von Public Health Surveillance: Das Beispiel Diabetes. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 63 (9), S. 1099–1107. DOI: [10.1007/s00103-020-03201-z](https://doi.org/10.1007/s00103-020-03201-z).
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2020): Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.rki.de/DE/Con>

[tent/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsB/Praeventionsberichterstattung.pdf?__blob=publicationFile](#), zuletzt geprüft am 15.08.2023.

- Rosenkötter, N; Borrmann, B; Arnold, L; Böhm, A (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. In: Bundesgesundheitsbl. (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz) 63, S. 1067–1075. DOI: [10.1007/s00103-020-03190-z](https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z).
- Stockmann, S; Kuhn, J; Zirngibl, A; Mansmann, U (2008): Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung. In: Das Gesundheitswesen 70 (11), S. 679–683. DOI: [10.1055/s-0028-1100402](https://doi.org/10.1055/s-0028-1100402).
- Süß, W; Schäfer, I; Trojan, A (Hg.) (2007): Integrierte (Gesundheits-) Berichte. Konzeptionelle Überlegungen und Umsetzungserfahrungen. 1. Auflage. Aachen: Shaker Verlag (Berichte aus der Medizin).
- WHO (2012): The 10 Essential Public Health Operations. Hg. v. World Health Organization (WHO). Online verfügbar unter <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>, zuletzt aktualisiert am 05.03.2021, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- ZfPH (2021): Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland. Version 1.0. Hg. v. Zukunftsforum Public Health. Berlin.

9. Anhang

9.1. Abkürzungsverzeichnis

AÖGW	Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
AV-ÖGDG	Ausführungsverordnung zum Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NRW)DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert Koch-Instituts
DIKW	Data-Information-Knowledge-Wisdom
DRG-Statistik	Fallpauschalen-bezogene Krankenhausstatistik
ECHI	Europäischer Kernindikatorensetz für Gesundheit (European Core Health Indicators)
EPHO	Essential Public Health OperationsGBE – Gesundheitsberichterstattung
GDG	Gesundheitsdienstgesetzte der Länder
GDVG	Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell, Studie des Robert Koch-Instituts

GKV	Gesetzliche Krankversicherung GKV-Daten – Daten der Gesetzlichen Krankenversicherungen
GPRS AOLG	Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
HiAP	Health in All Policies
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
IfSG	Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz)
IS-GBE	Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert Koch-Instituts
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
LZG.NRW	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PHAC	Public Health Action Cycle

PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz)
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
RKI	Robert Koch-Institut
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
ZfPH	Zukunftsforum Public Health

9.2. Weiterführende Literatur zum Einstieg in die GBE – eine unvollständige Sammlung aus verschiedenen Themenfeldern

Grundlagen der Epidemiologie

- Bonita, R; Beaglehole, R; Kjellström, T (Hg.) (2008): Einführung in die Epidemiologie. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012): Principles of Epidemiology in Public Health Practice. Principles of Epidemiology in Public Health Practice. An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics. Self-Study Course SS1978. 3. Aufl. U.S. Department of Health and Human Services (Hg.). Atlanta, 2012.
- Gordis, L (2014): Epidemiology. 5. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Kreienbrock, L; Pigeot, I; Ahrens, W (2012): Epidemiologische Methoden. 5. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Rothman, KJ; Greenland, S; Lash, TL (2008): Modern epidemiology. 3. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Szklo, M; Nieto, F J (Hg.) (2019): Epidemiology. Beyond the basics. Fourth Edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Working Group Teaching in Epidemiology, GMDS, DGEpi (2019): Catalogue of Learning Objectives Epidemiology – Basics of Epidemiology, 2019. In deutscher und englischer Sprache verfügbar unter: Lernzielkatalog Epidemiologie

Grundlagen der Statistik

- Altman, D G (1999): Practical statistics for medical research. Boca Raton, Fla: Chapman & Hall/CRC.
- Bortz, J; Schuster, C (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Döring, N; Bortz, J (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollst. überarb., aktualisierte und erw. Aufl. Berlin: SPRINGER (Springer-Lehrbuch).
- Eid, M; Gollwitzer, M; Schmitt, M (2017): Statistik und Forschungsmethoden. 5., korrigierte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Field, A (2016): An adventure in statistics. The reality enigma. Los Angeles, London, New Delhi: SAGE.
- Weiß, C (2013): Basiswissen Medizinische Statistik. 6., überarb. Aufl. Berlin: Springer.

Handlungshilfen zur GBE

- Augustin, J; Kistemann, T; Koller, D; Lentz, S; Maier, W A; Moser, J; Schweikart, J (Hg.) (2017): Gute kartographische Praxis im Gesundheitswesen (GKPiG). Deutsche Gesellschaft für Geographie; Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie; Leibniz-Institut für Länderkunde. Leipzig: Leibniz-Institut für Länderkunde (Forum IfL, Heft 32).
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003). Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, dritte neu bearbeitete Fassung. AOLG, Bielefeld.

- Bardehle, D; Annuß, R (2012). Gesundheitsberichterstattung. In: Hurrelmann, L; Razum, O (Hg.) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa Verlag, S. 403–440.
- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) (2008): Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). Langversion. Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie. In Zusammenarbeit mit der GMDS, der DGSMMP und der DR-IBS. Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) (Hg.).
- Kuhn, J; Wildner, M. (2019): Gesundheitsdaten verstehen. Statistiken lesen lernen – ein Einsteigerbuch. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Gesundheitsministerkonferenz (2018). Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“. Gesundheitswesen 80, 679–681.
- Kuhn, J (2016): Gesundheitsberichterstattung. In: Schröder-Bäck, P; Kuhn, J (Hg.): Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Weinheim; Basel: Beltz, S. 384 ff.
- Nanz, P; Fritsche, M (2012). Handbuch Bürgerbeteiligung. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.
- Schröder, W; Loos, S (2006). Ökonomische Steuerung durch Gesundheitsberichterstattung. In: Kuhn, J; Busch, R (Hg.) Gesundheit zwischen Staat und Politik. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 252–253.
- Stockmann, S et al. (2009). Der Public Health-Kontext der kommunalen Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. In: Kuhn J, Böcken J (Hg.): Verwaltete Gesundheit. Konzepte der Gesundheitsberichterstattung in der Diskussion. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 239–256.

- Szagun, B; Starke, D (2005). Prävention und Gesundheitsberichterstattung im ÖGD. Bedingungen und Chancen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48, S. 1125–1129
- Starke, D. et al. (2019): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung. Leitlinien und Empfehlungen. Journal of Health Monitoring 4 (S1), 1–22.
- Handlungshilfen des LGL: GBE-Praxis

Datenvisualisierung und Storytelling

- Alberto C (2016). The truthful art: data, charts and maps for communication. New Riders.
- Kuhn, J et al. (2008). Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung. Band 4 der Schriftenreihe GBE-Praxis. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen.
- Nussbaumer Knaflic, C (2015). Storytelling with data: a data visualisation guide for business professionals. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons Inc. Online verfügbar unter <http://www.storytellingwithdata.com>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Our world in data: Online-Publikation, die über die historische Entwicklung der Lebensverhältnisse weltweit informiert. Neben demographischen, entwicklungsökonomischen und geographischen Aspekten werden auch kulturelle sowie gesundheitliche Aspekte betrachtet. Online verfügbar unter <https://our-worldindata.org>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.

- Gapminder: Informationsvisualisierung-Software zur Animation von Statistiken. Online verfügbar unter <https://www.gapminder.org>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- PolicyWiz: Website hilfreichen Übersichten zur Datenvisualisierung, empfehlenswert ist auch das digitale und frei verfügbare Buch „A guide to advanced data visualisation with Excel“, das wertvolle Tips enthält. Online verfügbar unter <https://policyviz.com>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.

9.3. Glossar – wichtige Kennziffern der kommunalen Gesundheitsberichterstattung

Absolute Fälle

Absolute Fallzahlen sind oft für die Gesundheitsplanung wichtig. Sie geben Aufschluss über Mengengerüste, zum Beispiel über die Größe eines Adressatinnen- und Adressatenkreises für Präventionsmaßnahmen, den Bedarf an Versorgungsleistungen oder vorzuhaltende Ressourcen.

Prävalenz

Die Prävalenz bezeichnet die Häufigkeit einer Erkrankung, meist in Form einer Quote. So gibt beispielsweise der Krankenstand den Anteil der zu einer bestimmten Zeit krankgeschriebenen Beschäftigten an. Bei der Prävalenz ist der Zeitbezug wichtig. Eine Punktprävalenz beschreibt die Quote der Kranken zu einem Zeitpunkt, die 30-Tage-Prävalenz die Quote derer, die im Zeitraum von 30 Tagen krank waren, die Lebenszeitprävalenz den Anteil derer, die je in ihrem Leben einmal unter der Erkrankung gelitten haben.

Inzidenz

Die Inzidenz bezeichnet die Neuerkrankungsrate. Auch hier ist der Zeitbezug wichtig. Manche gesundheitlichen Merkmale gibt es nur als Inzidenzen: Unfälle etwa oder Sterbefälle (Sterbefall als gesundheitliches Merkmal?).

Risikomaße

Inzidenzen lassen sich auch als absolutes Erkrankungsrisiko lesen. Setzt man die Inzidenzen zweier Gruppen in Relation, spricht man vom relativen Risiko. Es gibt einen Hinweis darauf, ob eine Gruppe stärker von einer Erkrankung betroffen ist als eine andere. Es gibt eine Vielzahl spezieller Risikomaße, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, dazu sei auf die Literatur zur Epidemiologie verwiesen.

Rohe und altersstandardisierte Größen

Viele gesundheitliche Merkmale hängen stark vom Alter ab, zum Beispiel Krankheitshäufigkeiten wie Bluthochdruck, Demenzen, Herz-Kreislaufkrankungen, oder die Sterblichkeit. Wenn man beim Vergleich zweier Gruppen wissen will, ob sie unabhängig vom Alter unterschiedlich betroffen sind, muss man den Unterschied des Altersaufbaus beider Gruppen statistisch bereinigen. Auch hier sei auf die Literatur zur Epidemiologie verwiesen. Eine allgemein verständliche Einführung liefert die GBE-Handlungshilfe 2 „Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung“ des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

9.4. Übersicht Datenquellen der GBE (exemplarische Auswahl)

Themenbereich	Datenquellen	Indikatorenbeispiele	abrufbar bei
Daten zur gesundheitlichen Lage	Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik, Sterbetafeln, Geburtenstatistik ...	Sterblichkeit (Mortalität), Haupttodesursachen, vermeidbare Sterblichkeit, Müttersterblichkeit/Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung, verlorene Lebensjahre (PYLL), ...	Statistische (Landes-) Ämter
	Krankenhausstatistik	Krankenhausbehandlungsraten (Morbidität), personelle und sachliche Ausstattung, Kostennachweis der Krankenhäuser, ...	www.gbe-bund.de , www.destatis.de
	Reha-Statistik DRV	Leistungen zur Rehabilitation (Anträge, Leistungen etc.), ...	www.destatis.de
	Pflegestatistik	Anzahl pflegebedürftiger Personen, Pflegeeinrichtungen und Plätze, Personal, ...	www.destatis.de
	GKV-Routinedaten (KV 45, KJ 1, KM 1)	stationäre Behandlungsfälle (Morbidität), Diagnosen, Prozeduren, verordnete Arzneimittel, Angaben zur Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen/-Tage, Inanspruchnahme Vorsorgeuntersuchungen/Früherkennungsuntersuchungen, ...	in NRW nur AU-Daten der BKKen kommunal routinemäßig nutzbar

	DRG-Statistik	abgerechnete Krankenhausbehandlungen (Diagnosen, Prozeduren etc.),	
	Statistik der Straßenverkehrsunfälle	Beteiligte, Verletzte, Verkehrstote, Unfallursachen, ...	www.destatis.de
	Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen	ambulante Behandlung, ...	
	Daten der Schuleingangsuntersuchung	Impfquoten, Teilnahmequote an U-Untersuchungen, Prävalenz verschiedener Befunde (zum Beispiel Adipositas, herabgesetzte Sehschärfe) und Auffälligkeiten des Entwicklungsstands (zum Beispiel Körperkoordination), eigene Erhebungen, ...	Kommunale Gesundheitsämter, Landesgesundheitsämter (aggregierte Daten auf Landesebene, zum Teil auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte)
	Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes	Online-Datenbank mit umfangreichen Gesundheitsdaten und Gesundheitsinformationen zu unterschiedlichen Themenfeldern, ...	www.gbe-bund.de
demografische Daten	Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (zum Beispiel Statistisches Jahrbuch), Bevölkerungsstatistiken (zum Beispiel Statistische Ämter), ...	Bevölkerungszahl, Geschlecht, Alter, Migration, ausländische Bevölkerung, Bevölkerungsentwicklung, ...	Statistische (Landes-) Ämter

Daten der Schuleingangsun- tersu- chung	Impfquoten, Teilnah- mequote an U- Untersuchungen, Prävalenz verschiedener Befunde (zum Beispiel Adipositas, herabge- setzte Seh- schärfe) und Auffälligkeiten des Entwick- lungsstands (zum Beispiel Körperkoordi- nation), eigene Erhebungen	Kommunale Gesundheits- ämter, Landesgesundheits- ämter (aggregierte Daten auf Landesebene, zum Teil auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte), ...	
regionale Daten/ Daten auf Stadt- und Kreis- ebene	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwick- lung (INKAR)	Bildungsabschlüsse, Ein- kommen, Erwerbsbeteili- gung, Flächennutzung, Le- benserwartung, vorzeitige Sterblichkeit, Arztdichte und weitere Indikatoren, ...	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumfor- schung (BBSR)
Daten zur sozialen Lage	Mikrozensus, volkswirtschaft- liche Gesamt- rechnung der Länder, ...	Bildungsstand, Einkommen, Erwerbstätigkeit, Das Infor- mationssystem der Ge- sundheitsberichterstattung des Bundes, Arbeitslosig- keit, Sozialhilfe, ...	www.destatis.de
Public- Use-Files	Gesundheitssur- veys des Robert Koch-Instituts (DEGS, KiGGS, GEDA), Sozio- ökonomisches Panel (SOEP), allgemeine Be-	sozialstrukturelle Merk- male, Migrationsbiografie, Region, siedlungsstruktu- relle Merkmale, gesund- heitsrelevante Einstellun- gen und Verhaltensweisen, Inanspruchnahme medizini- scher Versorgung, Erkran- kungen, ...	Robert Koch- Institut DIW Berlin GESIS Leibniz- Institut für Sozi- alwissenschaf- ten in Mann- heim

	völkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS), ...		
--	--	--	--

10. Über uns

Da die meisten Lehrbücher mit einer kurzen Vorstellung der Autorinnen und Autoren beginnen bzw. enden, soll ein solcher Exkurs auch in unserem Lehrbuch nicht fehlen. Da wir uns im letzten Kapitel vor allem mit der Frage der zukünftigen Ausrichtung der GBE beschäftigt haben, möchten wir diesen Faden gern weiterverfolgen und neben den „klassischen“ Affiliationen auch noch unsere ganz eigenen „Hirngespinnste“ zur GBE ergänzen. Es handelt sich dabei um Wünsche, Ideen und Anregungen zur Weiterentwicklung der GBE in Deutschland, die uns im Kopf herumspuken. Alle Visionen stellen dabei die eigenen GBE-Visionen der Autorinnen und Autoren dar und auf Twitter hätten wir vermutlich ergänzt: „**All views are our own.**“

Laura Arnold (M. Sc., MA), Referentin Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen:

Gesundheitsberichterstattung stellt für mich eine wesentliche Voraussetzung für evidenzinformiertes Handeln dar. Dabei ist die GBE weder Allheilmittel noch Mittel zum Zweck. Es geht nicht nur um einen einfachen Wissenstransfer, sondern auch um ein aktives Einbringen in und Mitausgestalten von Entscheidungsfindungsprozessen. Damit dies gelingt braucht es neben Zeit, Geld und Muße, Know-how und eine gehörige Portion Mut auf Seiten der GBE. Die Aufbereitung und Darstellung komplexer Sachverhalte kann nur auf einer soliden, transparenten und gut aufbereiteten Datenbasis funktionieren. Damit dies gelingt braucht die GBE aber v.a. auch das entsprechende Mandat und muss wissen welche Rolle Sie in der Politikberatung einnehmen kann und möchte. Ich wünsche mir eine GBE die sich mit genau

diesen Fragen auseinandersetzt und damit Wege findet kritische Diskurse anzuregen.

Dr. Thomas Claßen (Dipl.-Geogr.), Fachgruppe Grundsatzfragen, Internationale Zusammenarbeit/Fachgruppe Prävention und Gesundheitsförderung, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW):

Für mich als geographischen Gesundheitsforscher liegt der enorme Vorteil der GBE, erst recht, wenn sie integriert angelegt ist, in der Aufbereitung gesundheitsbezogener Informationen dergestalt, dass sie räumlich dargestellt und vor allem analysiert werden können. Hierzu ist es jedoch dringend erforderlich, die Informationen aus der GBE mit weiteren Informationsquellen wie dem Umwelt- oder Sozialmonitoring räumlich zu verschneiden, aber auch stets im Kontext aktueller gesellschaftlicher und administrativ-politischer Entwicklungen zu betrachten. Denn ihr eigentliches Potenzial kann die GBE erst entfalten, wenn sie – methodisch breit aufgestellt – als DAS planungsvorbereitende Instrument auf dem Weg zu einer gesundheitsorientierten Planung für mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit in der Kommune, im Land und im Bund verstanden wird. Die Herausforderung wird darin liegen, zukünftig weiterhin hierfür Brücken zu bauen und flexibel genug für neue Themen, zum Beispiel Klima und Gesundheit, zu bleiben.

Annette Galante-Gottschalk (MPH und Dipl.-Soz.päd.), Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung, Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart:

Die Gesundheitsberichterstattung hat in den Jahren der COVID-19-Pandemie einen ordentlichen Schub bekommen. Die GBE ist in der

Kommune sichtbarer geworden, ihre Bedeutung wurde viel mehr Bürgerinnen und Bürgern aber auch kommunalpolitischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern bewusst und es haben sich für die GBE zahlreiche neue Kooperations- und Netzwerkpartner und -partnerinnen aufgetan.

Ich wünsche mir, dass die zentrale Bedeutung der Berichterstattung und die neu geknüpften Netzwerke auch für zukünftige Herausforderungen erhalten bleiben. Dass kommunalen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern bewusst bleibt, welches Potenzial in der sorgfältigen Analyse und Interpretation von Gesundheitsdaten liegt. Dass Daten und Analysen weiterhin aktiv nachgefragt und konkret genutzt werden.

Darüber hinaus wünsche ich mir eine echte Gesundheitsberichterstattung. Viel zu oft ist die GBE eigentlich eine KGB, eine Krankheitsberichterstattung. Ich wünsche mir, dass in der Berichterstattung die Ressourcen, die Menschen gesund halten, nicht aus dem Blick geraten. Wir wollen dazu beitragen, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Dazu braucht es neben dem Benennen der Schwachstellen vor allem auch einen Fokus auf gesundheitliche Stärken, auf das, was Menschen gesund erhält und gesund macht, auf Ressourcen und Bedingungen für Resilienz. Hier wünsche ich mir eine Ergänzung der diversen Indikatorensätze, sowohl auf kommunaler als auch auf Landes- und Bundesebene. Dazu ist eine enge Verzahnung der drei Disziplinen Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung notwendig, die in meiner Vision auf allen Ebenen zusammenarbeiten und sich gegenseitig bereichern.

Dr. Joseph Kuhn, Gesundheitsberichterstattung, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit:

Seit mehr als 200 Jahren gibt es nun Gesundheitsberichte. Ihre Form und ihre Zielsetzung haben sich in dieser Zeit immer wieder geändert. Heute sollten Gesundheitsberichte einen Beitrag zu einer demokratischen, sozialen und bürgerorientierten Gesundheitspolitik leisten. Dabei würde es nicht schaden, wenn sie mehr Relevanz für gesundheitspolitische Entscheidungen einerseits und für die gesundheitspolitische Kommunikation andererseits gewinnen würden. Das gilt ganz besonders in Zeiten, in denen Fake News und Verschwörungstheorien so große Konjunktur haben. Umso wichtiger wird die Versorgung mit Rationalität der guten alten Art, gestützt auf Daten, die verlässlich und nachvollziehbar sind und mit Vernunft interpretiert werden. Dass die Gesundheitsberichterstattung diesem Weg folgt, so gut es geht, dazu auch unterscheidbar bleibt zu politischen Presseverlautbarungen, das wäre meine GBE-Vision für die nächsten Jahre.

Dr. Nicole Rosenkötter (M. Sc.), Referentin Gesundheitsberichterstattung, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen:

Dass die GBE mehr ist als das Runterbeten oder Abschreiben von Zahlen, die gegebenenfalls auch bei den Statistikämtern zu finden sind, konnten wir in diesem Buch sehr gut verdeutlichen. Ich wünsche mir, dass diese Erkenntnis in den Stellenplänen und bei der Bereitstellung von Mitteln für GBE-Ressourcen berücksichtigt, aber auch in der Ausbildung gelehrt wird. Die GBE ist ein abwechslungsreiches, breit aufgestelltes, multidisziplinäres, interaktives und kreatives Aufgabenfeld, das viele Möglichkeiten zur beruflichen Professionalisierung und Entwicklung bietet. In meiner Vorstellung entwickelt sich die GBE zu einer anpassungsfähigen und modernen GBE, bei der Sätze wie „Das haben wir schon immer so gemacht“ der Vergangenheit angehören –

anpassungsfähig und modern bezüglich der Datengrundlagen, der inhaltlichen Aufbereitung, des Methodenspektrums, der Aufbereitung und Verbreitung der Berichte. Dazu gehört auch die Öffnung der GBE: dass sie sich nicht nur als eigenständige Disziplin begreift, sondern auch als Dienstleister für andere Berichterstattungssysteme und bestenfalls als Teil einer integrierten Berichterstattung agiert. Ganz im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes bietet diese Öffnung die Chance, dass neben dem klassischen Themenspektrum auch die Lebensverhältnisse und das Lebensumfeld der Menschen sowie die politischen und kommerziellen Determinanten in den Fokus rücken und in die Planung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen einbezogen werden.

Prof.in Dr. phil. Dagmar Starke, stellv. Leiterin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen:

Für die Gesundheitsberichterstattung der näheren und fernerer Zukunft wünsche ich mir aufgeschlossene Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, die gut aufbereitete, verlässliche Daten als Handlungsgrundlage (mit-)berücksichtigen. Ich stelle mir eine Berichterstattung vor, die integriert erfolgt gemäß des Health-in-All-Policies-Ansatzes und die nicht davor zurückschreckt, Empfehlungen auszusprechen, die verschiedene politische Handlungsebenen betreffen. Dafür braucht es gut qualifizierte und gut fortgebildete GBELerinnen und GBELer – und an dieser Stelle hoffe ich auf Leitungen mit dem Mut und der Entschlossenheit, Stellen entsprechend zu besetzen – eine Stellenausschreibung haben wir dafür schon entworfen. Schließlich ist es mein Ziel, die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung und der Berichterstattung insgesamt so zu begleiten, dass Kolleginnen und Kollegen in die Lage versetzt werden, gute Berichte zu erstellen und damit einen Beitrag zu einer gerechteren Politikgestaltung zu leisten.

Dr. Bertram Szagun (MPH), Professor für Gesundheit an der Hochschule Ravensburg-Weingarten:

Mein Wunschzettel umfasst:

- 1. Dass ein Teil der im Pakt für den ÖGD geplanten Verstärkung des kommunalen ÖGD in den Zeiten zwischen den Pandemien den Zukunftsaufgaben wie der GBE einen flächendeckenden An Schub gibt;*
- 2. Dass sich nach Corona ein Teil des gesellschaftlichen Interesses für öffentliche Gesundheit und die Datenbasis unserer Entscheidungen für die Gesundheit verstetigen wird;*
- 3. Dass der pandemiebedingte (unter anderem medienseitige) Schub in Sachen technisch und kommunikativ innovativer Datenkommunikation der GBE zukünftig Flügel verleihen wird;*
- 4. Dass die kommunale GBE irgendwann ein ebensolcher Standard wird, wie es der kommunale Infektionsschutz heute schon ist.*

Dr. Günter Tempel, Leiter Kommunale Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsamt Bremen:

Mein Ziel ist eine kommunale Gesundheitsberichterstattung, die nicht nur die Informationsbedürfnisse von Politik und Verwaltung bedient, sondern die darüber hinaus Bürgerinnen und Bürger darin unterstützt, an gesellschaftlichen Debatten und politischer Entscheidungsfindung vor Ort mitzuwirken. Im Prinzip geht es um Empowerment, das es Bürgerinnen und Bürgern ermöglicht, sich aktiv und informiert am Prozess der politischen Willensbildung zu beteiligen. Idealerweise trägt Gesundheitsberichterstattung mit dazu bei, über gesellschaftliche Verhältnisse aufzuklären. Dabei wahrt Gesundheitsberichterstattung, in Anlehnung an Hajo Friedrichs Diktum zum journalistischen

Ethos, Distanz und lässt sich vor keinen Karren spannen, so sympathisch politische Ziele auch erscheinen mögen.

Dr. Birgit Wollenberg, Fachbereichsleitung Gesundheitsamt, Landkreis Marburg-Biedenkopf:

Ich wünsche mir eine Person mit Vollzeitstelle und Expertise in der GBE an jedem Gesundheitsamt (zum Beispiel mit Mitteln aus dem Pakt für ÖGD), um die kommunale GBE gewinnbringend für unsere Strategie Health in All Policies mit all ihren Aufgaben von der Planung bei Gesundheitsförderung und Versorgungskoordination bis zur Erfolgskontrolle nutzen zu können. Ideal wäre es auch, wenn die Landes-GBE mit der kommunalen GBE abgestimmt wäre. Abstimmung heißt für mich, eine gemeinsame Datenbank zu schaffen, Themen zu priorisieren und gegebenenfalls zu regionalisieren. Von den Landes-GBElerinnen und -GBElern wünsche ich mir eine Netzwerkkoordination und eine punktuell fachliche Unterstützung auf kommunaler Ebene. Da ich in einem hessischen Gesundheitsamt arbeite, ist das noch sehr visionär ...

Dr. Thomas Ziese, Leiter Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut:

Gesundheitsberichterstattung ist ein wichtiges und spannendes Aufgabenfeld von Public Health: zentrale Themen, viele Akteur:innen mit unterschiedlichem Background, und direkt an der Schnittstelle von Wissenschaft und Politik.

Gute GBE braucht gute Daten. Aktuell gibt es viele Aktivitäten zum Aufbau neuer Datenquellen wie beispielsweise ein Konzept für ein RKI-Panel, in dem wichtige Public-Health-Daten kontinuierlich erhoben werden sollen. Auch gibt es viele Entwicklungen im verbesserten

Zugang zu bestehenden Datenquellen wie den GKV-Daten. Beide Entwicklungen wurden nicht zuletzt durch die Pandemie deutlich beschleunigt. In meiner Vorstellung der Zukunft stehen diese und weitere ganz neue Gesundheitsdaten (Stichworte Social Media, Wearables etc.) datenschutzkonform für Gesundheitsberichtersteller:innen und andere Interessierte zur Verfügung. Damit können die knappen Ressourcen der GBE noch differenzierter für adressatengerechte Analysen, Berichte und Kommunikation genutzt werden. Darin steckt natürlich gleich ein weiterer Wunsch: Der Ausbau von Ressourcen für die GBE insgesamt. Der Bedarf an verlässlichen Gesundheitsinformationen und -wissen ist in den letzten Jahren mehr als deutlich geworden.

Daten für Taten, so wird eine zentrale Aufgabe der GBE beschrieben. In einer Vision für die nähere Zukunft beteiligt sich die GBE gemeinsam mit Akteur:innen aus Politik und Zivilgesellschaft noch mehr als bisher an der Entwicklung von Strategien für die Verbesserung der Gesundheit aller. Der GBE kommt dabei auf mehreren Ebenen eine Schlüsselrolle zu: Zum einen kann sie durch ihre Daten und Analysen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Gesundheit erkennen – dabei hat die GBE vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Kinder, Ältere oder sozial Benachteiligte im Blick. Zum anderen hat die GBE eine wichtige Rolle in der daten- und wissensgestützten Begleitung von (gesundheits-)politischen Maßnahmen und Strategien, um so relevante Informationen in die Steuerung und Weiterentwicklung dieser Prozesse einzuspeisen.

Habe ich noch einen Wunsch frei? Für die nächsten Jahre wünsche ich mir besonders, dass wir GBELer:innen unser Wissen bei der größten globalen Public-Health-Aufgabe, die Bekämpfung des Klimawandels, noch aktiver auf allen Aktionsebenen einbringen können. Dazu braucht es neben der Stärkung der GBE-Ressourcen auch den Ausbau von entsprechenden Strukturen und Prozessen, um den Health-in-All-Policies-Ansatz gerade in diesem Bereich gut umsetzen zu können.



AKADEMIE FÜR
ÖFFENTLICHES
GESUNDHEITS-
WESEN

DOI 10.61163/b001v100