



**LGL**

# Mediale Aspekte der Gesundheitsbericht- erstattung

Handlungshilfe

Band 4 der Schriftenreihe GBE-Praxis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir in manchen Fällen auf die gleichzeitige Verwendung geschlechtsspezifischer Schreibformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

**Herausgeber:** Bayerisches Landesamt für  
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)  
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

**Telefon:** 09131 6808-0  
**Telefax:** 09131 6808-2102  
**E-Mail:** [poststelle@lgl.bayern.de](mailto:poststelle@lgl.bayern.de)  
**Internet:** [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de)

**Druck:** Gutenberg Druck + Medien GmbH, Uttenreuth  
**Bildnachweis:** Bayerisches Landesamt für  
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
S. 3: © Simon Geiger;  
S. 8: © Landratsamt Berchtesgadener Land

**Stand:** März 2022 (3. durchgesehene und aktualisierte Auflage)  
**Autoren:** Dr. Joseph Kuhn, Judith Hausmann, Johannes Brettner

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:

Dr. Joseph Kuhn

Telefon: 09131 6808-5302

E-Mail: [joseph.kuhn@lgl.bayern.de](mailto:joseph.kuhn@lgl.bayern.de)

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier

ISSN 1862-8044	Druckausgabe
ISSN 1862-961X	Internetausgabe
ISBN 978-3-96151-098-6	Druckausgabe
ISBN 978-3-96151-099-3	Internetausgabe

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt, die publizistische Verwertung – auch von Teilen – der Veröffentlichung wird jedoch ausdrücklich begrüßt. Bitte nehmen Sie Kontakt mit dem Herausgeber auf, der Sie wenn möglich mit digitalen Daten der Inhalte und bei der Beschaffung der Wiedergaberechte unterstützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung. Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter [direkt@bayern.de](mailto:direkt@bayern.de) erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

# **Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung**

Handlungshilfe

## Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

das Design bestimmt das Bewusstsein, dieses Bonmot gilt in besonderem Maße für die Gesundheitsberichterstattung. Um Daten zur Gesundheit der Bevölkerung in die gesundheitspolitische Diskussion zu bringen, reicht es in der Regel nicht, diese Daten „irgendwie“ zu veröffentlichen. Auch die Gesundheitsberichterstattung muss „in Form gebracht“ werden und sie muss, wenn ein Bericht fertig ist, regelrecht vermarktet werden. Auf dem Medienmarkt herrscht eine harte Konkurrenz um Aufmerksamkeit. In einer Welt, in der die Menschen über Informationsüberflutung klagen, kann man nicht mehr voraussetzen, dass gute Gesundheitsberichte von allein bekannt werden. Ein ansprechendes Layout und ein gezielter Vertrieb gehören also zum Kerngeschäft der Gesundheitsberichterstattung.

Dieses „In-Form-Bringen“ soll aber nicht die Zuverlässigkeit der Daten beeinträchtigen. Es geht um Klarheit und Verständlichkeit, nicht um die Gefälligkeit von Daten. Nur so kann die Gesundheitsberichterstattung einen Beitrag zur „Health Literacy“, zur Gesundheitskompetenz, leisten. Der Bedarf dazu ist in den letzten Jahren in der Diskussion um Fake News und „alternative Fakten“ immer deutlicher geworden, insbesondere in der Coronakrise.

Diese Handlungshilfe gibt Tipps und Hinweise zu medialen Aspekten der Gesundheitsberichterstattung. Sie ist Teil einer Reihe von Handlungshilfen zur Gesundheitsberichterstattung für die bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte. Inzwischen liegen fünf Handlungshilfen vor: eine allgemeine Einführung, eine Darstellung von epidemiologischen Verfahren, eine Erläuterung von kommunalen Datenquellen sowie eine Handlungshilfe zu Aufgreifkriterien in der Gesundheitsberichterstattung. Die Handlungshilfen sind auf unserer Internetseite verfügbar. Sie haben über Bayern hinaus eine positive Resonanz gefunden, das wünsche ich auch dieser Handlungshilfe.

Ihr



**Prof. Dr. Christian Weidner**

Präsident des Bayerischen Landesamtes für  
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)



## Inhaltsverzeichnis

1. Etwas Theorie vorneweg.....	5
1.1 Form follows function.....	5
1.2 Darstellen und Abbilden.....	6
2. Layout und Gestaltung von Gesundheitsberichten .....	7
2.1 Das Titelblatt und andere Äußerlichkeiten.....	7
2.2 Tabellen und Grafiken in Gesundheitsberichten.....	10
2.2.1 Das Handwerk der Infografiken und Tabellen .....	10
2.2.2 Konstruktion, Suggestion, Manipulation .....	15
2.3 Der Schluss-Check .....	31
3. Berichte vermarkten .....	32
3.1 Produkt und Marketing.....	32
3.2 Pressearbeit.....	33
3.3 Veröffentlichungsformen.....	36
4. Literatur .....	39

# 1. Etwas Theorie vorneweg

## 1.1 Form follows function

Louis Sullivan (1856 – 1924), einer der frühen Hochhausarchitekten aus der Chicago School der Architektur, hat das Motto „form follows function“ geprägt. Dieses Motto gilt auch für die Gesundheitsberichterstattung. Formfragen sind in der Gesundheitsberichterstattung keine Nebensächlichkeiten, sondern hängen eng damit zusammen, was man erreichen will und wen man erreichen will. Gesundheitsberichterstattung wird häufig als angewandte Epidemiologie verstanden. Das ist sie auch – aber nicht nur. Gesundheitsberichterstattung ist ein Element eines gesundheitspolitischen Planungs-, Kommunikations- und Koordinationsprozesses. In diesem Kontext will die Gesundheitsberichterstattung nicht nur die Wissenschaft, sondern vor allem auch die Entscheidungsebenen in Politik und Gesundheitswesen sowie die Bürgerinnen und Bürger erreichen. Es geht dabei darum,

- eine sachliche und konsensfähige Grundlage für künftige gesundheitspolitische Entscheidungen zu schaffen,
- die epidemiologischen Grundlagen für Entscheidungen des Staates bzw. der Kommune transparent und nachvollziehbar zu machen,
- die Fähigkeit zur Beteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungen zu verbessern.

Die inhaltliche Zielsetzung und die Zielgruppen stellen an die Berichtsform in der Gesundheitsberichterstattung andere Anforderungen als sie in wissenschaftlichen Fachpublikationen üblich sind. Gesundheitsberichterstattung muss allgemeinverständlich sein, auf Überblick und Orientierung angelegt sein, Trends, Probleme und ggf. auch Handlungsoptionen erkennen lassen. Die Gesundheitsberichterstattung ist eine wissenschaftlich gestützte Publikationsform mit einer spezifischen gesundheitspolitischen Funktion.

Tabelle 1: Berichtsform

Die Berichtsform: Wissenschaft und Gesundheitsberichterstattung		
	Wissenschaft	Gesundheitsberichterstattung
Prioritäre Zielgruppe	scientific community	Politik, Verbände, Bürger und Bürgerinnen
Darstellung der Ergebnisse	möglichst differenziert	möglichst aggregierend
Sprache	Fachsprache	allgemeinverständlich
Layout	sparsam	repräsentativ, ansprechend
Publikationsmedium	Fachzeitschrift	Broschüre, Internet

**Kommunikative Ziele der Gesundheitsberichterstattung**

**Wissenschaft und Gesundheitsberichterstattung**

## 1.2 Darstellen und Abbilden

Im vorherigen Abschnitt ist ein normativer Aspekt der medialen Gestaltung der Gesundheitsberichterstattung angesprochen worden, d.h. die Forderung, dass die Gesundheitsberichterstattung im Gefolge ihrer Zielsetzung bestimmten medialen Ansprüchen genügen muss. Es gibt aber noch einen zweiten Grund, warum man sich über die Art und Weise der Darstellung ein paar Gedanken machen sollte. Keine Darstellung ist eine 1:1-Abbildung der Wirklichkeit. Die „eineindeutige Abbildung“ gibt es nur in der Mathematik, nicht in der Alltagswelt. Der Linguist Alfred Korzybski (1879 – 1950) hat dies in die berühmte Formel gefasst, dass die Landkarte nicht das Gelände ist. Indem wir etwas darstellen, erschaffen wir etwas Neues. Das Dargestellte ist abhängig von den gesellschaftlich verfügbaren technischen, sprachlichen und bildlichen Darstellungsmöglichkeiten und es wird beeinflusst von sozialen wie von individuellen Wahrnehmungs-, Auswahl- und Ausdrucksprozessen (vgl. auch Heßler 2004).

In der Kunst gilt das als Selbstverständlichkeit, aber auch wissenschaftliche Darstellungen sind etwas Geschaffenes, Konstruiertes. Das heißt nicht, dass wir die Dinge völlig losgelöst von den Tatsachen so sehen können, wie wir sie sehen wollen, sondern nur, dass das Bild, das wir uns von den Dingen machen, durch die Dinge nicht eindeutig determiniert wird (vgl. Heintz/Huber 2001, S. 12). Schon bei der Definition der Gesundheitsberichterstattung wird das deutlich. Gesundheitsberichterstattung wird häufig als Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung verstanden. Diese „gesundheitliche Situation“ gibt es aber nicht einfach so, sie entsteht erst, indem wir aus der Vielfalt der uns zugänglichen Phänomene bestimmte Sachverhalte als wichtig und berichtenswert auswählen und zu einem „Bild“ zusammenfügen.

Wahrnehmen, auswählen, messen, Indices berechnen, in Grafiken bringen, kommentieren, interpretieren: Wie dabei gewollt oder ungewollt Perspektiven ins Spiel kommen, ist der Hauptgegenstand dieser Handlungshilfe.

**Bild und  
Gegenstand:  
Die Landkarte ist  
nicht das Gelände**

## 2. Layout und Gestaltung von Gesundheitsberichten

### 2.1 Das Titelblatt und andere Äußerlichkeiten

#### Corporate Design

Ein Gesundheitsbericht ist kein verwaltungsinternes Schreiben, das vom Gesundheitsamt an den Landrat oder an das Gesundheitsministerium gerichtet ist. Ein Gesundheitsbericht wendet sich an eine breitere Öffentlichkeit, er kämpft um Aufmerksamkeit in einer Welt voller Broschüren. Hierbei spielt das „Corporate Design“ eine wichtige Rolle, also die verbindliche Festlegung der Gestaltungselemente zur visuellen Information und Kommunikation.

Der Spruch „You never get a second chance for a first impression“ gilt auch für einen Gesundheitsbericht. Ein Bericht mit einem ansprechenden „Gesicht“ findet leichter den Weg zu seinem Adressatenkreis. Das Gesicht eines Gesundheitsberichts ist das **Titelblatt**. Ein Titelblatt sollte in einer dem Anlass angemessenen Form die Entscheidung der Leserinnen und Leser erleichtern, ob sie den Bericht aufschlagen sollen oder nicht. Dem Anlass angemessen heißt: nicht mit den Mitteln der Werbung, nicht reißerisch, sondern seriös und knapp informativ: Um was geht es, woher kommt der Bericht?

#### Das „Gesicht“ eines Berichts: das Titelblatt

Das Titelblatt sollte also als Basisinformationen Herausgeber und Thema des Berichts nennen. Ein Titelbild darf sein, ist aber Kür und nicht Pflicht. Das Bezugsjahr eines Berichts signalisiert Aktualität und kann daher ebenfalls auf dem Titelblatt untergebracht werden, z.B. im Titel („Bayerischer Präventionsbericht 2019“), oder einfach als Untertitel. Viel mehr Information sollte auf dem Titelblatt nicht enthalten sein, damit es nicht überfrachtet wirkt.

Die folgende Grafik zeigt ein Beispiel für eine Titelseite. Sie enthält nur die genannten Basisinformationen. Dadurch wirkt die Titelseite übersichtlich, klar und seriös.





**Gestaltungselemente:**

- Logo des Landkreises
- Schmuckbild
- Titel
- Jahr

Abbildung 2.1.a: Titelblatt eines Gesundheitsberichts

Die zweite Seite des Gesundheitsberichts kann leer bleiben oder ein passendes Bild zeigen. Das **Impressum** des Berichts sollte sich nach den Corporate Design Vorlagen des jeweiligen Herausgebers richten. Üblicherweise kommt es auf die Rückseite des Umschlags, also auf die letzte Seite des Berichts. Dazu gehören Angaben zum Herausgeber, zum Erscheinungsjahr und zur Auflage des Berichts sowie eine Ansprechadresse für Rückfragen.

Die dritte Seite kann ggf. für ein **Vorwort** des Landrats/der Landrätin oder des Bürgermeisters/der Bürgermeisterin reserviert werden. Mit einem Vorwort bekennt sich die politische Ebene zu dem Bericht und stärkt dessen repräsentatives Profil. Das Einwerben eines Vorworts ist aber nicht nur für die repräsentative Berichtsform von Vorteil. Über die Abstimmung des Vorworts erfährt der Bericht zuweilen seine erste Rezeption auf der politischen Ebene.

Ein **Inhaltsverzeichnis** lohnt sich, wenn der Bericht länger ist und durch geeignete Zwischenüberschriften gegliedert werden kann, bei sehr kurzen Berichten sollte man auf ein Inhaltsverzeichnis eher verzichten. Der **Text** eines Berichts sollte leserfreundlich gestaltet werden:

**„So fachgerecht wie nötig – so bürgernah wie möglich“**

(„*Bürgernahe Sprache in der Verwaltung*“, Bayerisches Staatsministerium des Innern, 3. Auflage 2021, S. 7)

**Optische Gliederung des Textes**

- Bemühen Sie sich um eine **verständliche Sprache** mit kurzen Sätzen. Vermeiden Sie unnötige Fremdwörter, erklären sie unvermeidbare Fremdwörter, ebenso Abkürzungen. Gelegentlich werden Gesundheitsberichte inzwischen auch in sog. „Leichter Sprache“ gem. § 11 Behindertengleichstellungsgesetz verfasst. Das DIN-Institut wurde 2020 beauftragt, dazu Regeln abzustimmen. Ob ein Bericht in „Leichter Sprache“ zweckmäßig ist, hängt vom Einzelfall ab, ein Bericht in Behördendeutsch ist jedenfalls meist unzweckmäßig.
- Nutzen Sie Gliederungsmöglichkeiten, indem Sie **Abschnitte** mit Leerzeilen anlegen, **Zwischenüberschriften** formulieren, Schlüsselbegriffe durch eine (sparsam zu verwendende) Fettmarkierung herausheben und den Text durch Bilder, Tabellen oder optisch abgesetzte **Textkästen** auflockern.
- **Schriftarten und Schriftgrößen** sollten **DAGEGEN SO wenig wie möglich variiert** werden, der Text wirkt sonst schnell unruhig. Vermeiden Sie insbesondere Zierschriften.
- Entlasten Sie den Text von Hintergrundinformationen, indem Sie auf Sekundärliteratur verweisen oder Hintergrundinformationen und Tabellenwerke in den **Anhang** auslagern.
- Probieren Sie einmal aus, wie ein **Zweispaltenformat** wirkt, oder ein breiter Rand mit **Marginalien** wie hier.



**Marginalien**

Der Begriff „Marginalien“ kommt vom lateinischen „marginalis“, dem Rand zugehörig, und bezeichnet an den Rand des Textes geschriebene Hinweise. In Gesundheitsberichten können Marginalien z.B. benutzt werden, um wichtige Botschaften im Text herauszuheben. Textkästen dagegen sind eher für Hintergrundinformationen geeignet, die so aus dem Textfluss herausgenommen werden.

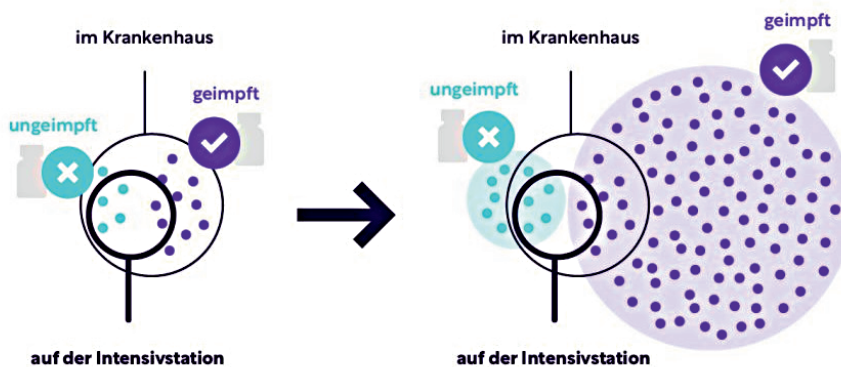
Bei längeren Berichten (zehn Seiten und mehr) sollte eine 1-seitige (keine einseitige) **Kurzfassung** mit den wichtigsten Ergebnissen und Botschaften dabei sein. Politiker und Politikerinnen sind darauf angewiesen, sich schnell einen Überblick zu verschaffen. Ihnen bleibt oft nicht die Zeit, mehr als einige Seiten zu lesen, zumindest für den ersten Zugang zu einem Thema. Davon abgesehen lohnt sich die Kurzfassung, weil sie die Ausgangsbasis für eine **Pressemitteilung** ist.

## 2.2 Tabellen und Grafiken in Gesundheitsberichten

### 2.2.1 Das Handwerk der Infografiken und Tabellen

In unserer Wahrnehmung spielen Bilder eine wichtige Rolle, weil sich Bilder zur Verdichtung großer Informationsmengen eignen. Die Visualisierung von Messdaten ist z.B. ein gängiges Verfahren, um Auffälligkeiten in Messreihen zu entdecken. „Ein Bild sagt mehr als 1.000 Worte“, heißt es oft.

#### Ein Bild sagt mehr als 1.000 Worte: Der Prävalenzfehler



Ein Bild sagt  
(manchmal) mehr  
als 1.000 Worte

Abbildung 2.2a: Schematische Darstellung des Anteils geimpfter und ungeimpfter Personen bei Krankenhauseinweisungen. Quelle: Regierung von Luxemburg, <https://covid19.public.lu/de/blog/impfung/hospitalisierungen-verstehen.html>, zuletzt abgerufen am 22.02.2022

Ein schöner Anwendungsfall dafür ist auch die bildhafte Erklärung des sog. „Prävalenzfehlers“. Es handelt sich dabei um die falsche Interpretation von Anteilswerten, deren Bezugsbasis nicht beachtet wird. In der Coronakrise wurde beispielsweise im Herbst 2021 in Internetforen immer wieder festgestellt, dass auf den Intensivstationen auch viele Geimpfte liegen und daher die Impfung doch nicht so wirksam sein könne wie von der Wissenschaft behauptet. Zum vollständigen Bild gehört in dem Fall jedoch nicht nur der Vergleich von Ungeimpften und Geimpften auf den Intensivstationen, sondern auch die Angabe der Basis, aus der die Intensivfälle kommen – und bei den Intensivfällen infolge einer SARS-CoV-2-Infektion muss das zudem unter Berücksichtigung der relevanten Altersgruppen getan werden.

Ähnliche Fehlschlüsse liegen nahe, wenn es um die Interpretation von Testergebnissen aus Gruppen mit unterschiedlicher Krankheitsprävalenz geht. Auch sehr genaue Tests können unter bestimmten Bedingungen zu hohen Anteilen falsch positiver Befunde führen (siehe dazu z.B. Dubben/Beck-Bornholdt 2014).

Ein Bild sagt aber nur dann mehr als viele Worte, wenn das Bild überhaupt etwas sagt. Dazu müssen Grafiken – ebenso natürlich auch Tabellen – ausreichend **beschriftet** sein.

Die folgende Grafik zeigt beispielsweise einen Anstieg von Psychopharmaka-Verordnungen.

**Beschriftung  
von Grafiken**

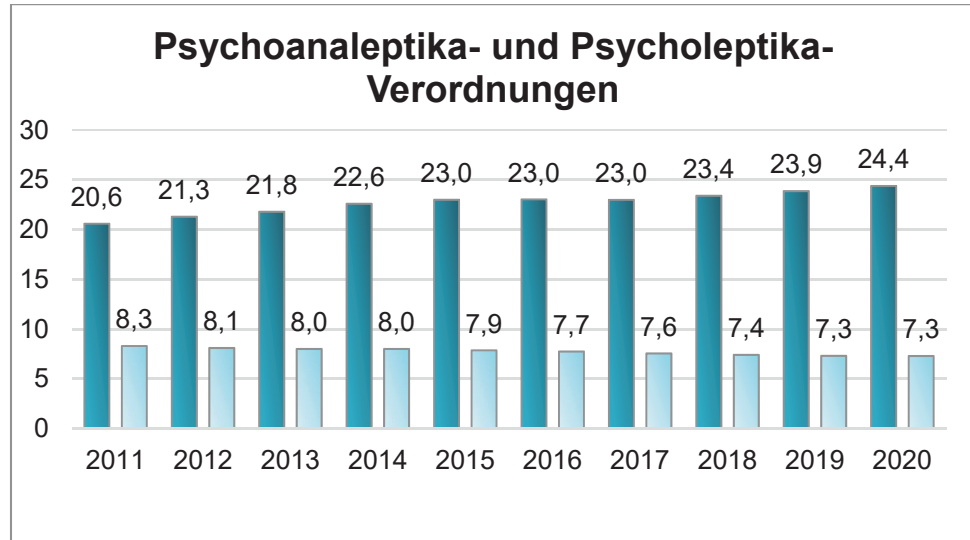


Abbildung 2.2b: Beispielgrafik mit nicht ausreichender Beschriftung

Aber was genau zeigt sie? Welche Einheiten werden auf der Skala abgetragen? Auf welche Bevölkerungsgruppe beziehen sich die Daten? Woher kommen die Daten? Korrekt beschriftet sieht die Grafik wie folgt aus:

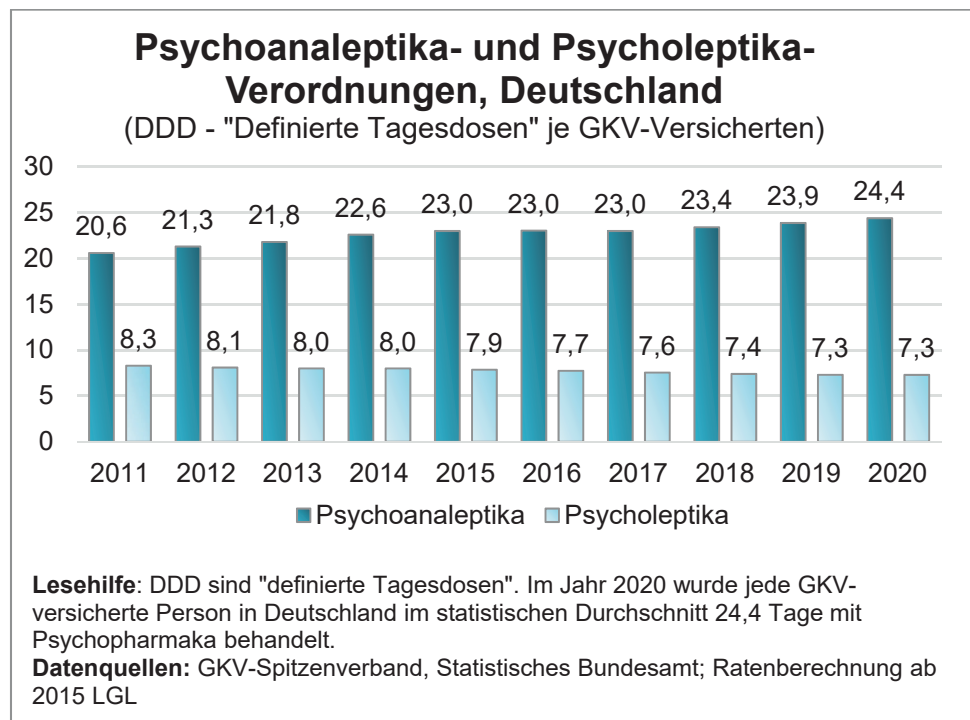


Abbildung 2.2c: Beispielgrafik mit ausreichender Beschriftung

Da die Einheit „DDD“ für Laien in der Regel unverständlich ist, wird sie in der Legende erläutert. Dies müsste nicht unbedingt in der Legende der Grafik geschehen, sondern könnte auch im Text erfolgen. Des Weiteren wird in der Legende ausgewiesen, dass die Zahlen in der Grafik nicht direkt den Datenquellen entnommen sind, sondern mit den Grundzahlen aus den Datenquellen berechnet wurden, somit die Verantwortung für die Zahlen also teilweise beim Autor bzw. der Autorin liegt. Die numerische Angabe der Werte in der Grafik begünstigt die Zitierbarkeit.

Eine ausreichend beschriftete Grafik ist auch ohne den Kontext, in dem sie im Bericht steht, verständlich. Sie kann somit problemlos kopiert und anderweitig verwendet werden, z.B. für Vorträge, ohne dass die Verständlichkeit verloren geht. Als **Diagrammtyp** wurde hier ein Säulendiagramm gewählt. Man hätte, da ein zeitlicher Verlauf wiedergegeben wird, auch ein Liniendiagramm wählen können.

## Diagrammtypen

Tabelle 2.2a: Berichtsform

Welchen Diagrammtyp für welchen Sachverhalt?	
Zeitreihe mit wenigen Zeitpunkten	Säulendiagramm
Zeitreihe mit vielen Zeitpunkten oder mehrere Zeitreihen	Liniendiagramm
Rangfolgen	Säulen- oder Balkendiagramm
Anteile, Verhältnis Teil-Ganzes	Kreisdiagramm, ggf. auch Säulen- oder Balkendiagramm

Es ist ratsam, Farben in Grafiken möglichst sparsam einzusetzen. Sie beeinträchtigen die **Kopierfähigkeit** des Berichts. Insbesondere gilt das für Hintergrundfarben, weil damit u.U. die Grafik beim Schwarz-Weiß-Kopieren unleserlich wird. Auch auf eine räumliche 3-D-Darstellung sollte man verzichten, sie hat in der Regel keinen Informationswert und beeinträchtigt ebenfalls die Kopierfähigkeit.

Infografiken können durch eingefügte Bilder, z.B. Fotos, „verziert“ werden. Bei Bildern aus dem Internet muss allerdings darauf geachtet werden, dass keine **Urheberrechte** verletzt werden. Des Weiteren sollte darauf geachtet werden, dass solche Bilder keine unerwünschten oder tendenziösen Botschaften transportieren, beispielsweise wenn eine Grafik zum Krankenstand mit einem Bild eines Menschen in der (sozialen) Hängematte unterlegt wird.

Bei der Beschriftung von Tabellen gelten grundsätzlich die gleichen Regeln wie bei der Beschriftung von Grafiken: Gegenstand, Gliederungsebenen und Quellen müssen eindeutig und klar erkennbar sein.

## Gestaltung von Tabellen

Wenn eine Gesamtmenge unterteilt wird und es werden alle Teilmengen angegeben, benutzt man das Teilungswort „davon“:

Tabelle 2.2b: Gestaltung von Tabellen

<b>Gestorbene in Bayern, 2019</b>		
Insgesamt	davon	
	Männer	Frauen
134.313	65.975	68.338
Datenquelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, <a href="http://www.gbe-bund.de">www.gbe-bund.de</a>		

Werden nicht alle Teilmengen angegeben, benutzt man das Teilungswort „darunter“:

Tabelle 2.2c: Gestaltung von Tabellen

<b>Gestorbene in Bayern, 2019</b>		
Insgesamt	darunter	
	unter 1 Jahr	1 bis unter 5 Jahre
134.313	366	70
Datenquelle: LfStat Bayern, Datenbank GENESIS		

Bei der Verwendung von senkrechten Gliederungslinien ist auf die Vorgaben des Corporate Designs des jeweiligen Herausgebers zu achten. Zahlen lesen sich, gerade auch in Tabellen, leichter mit Tausender-Trennzeichen. Die Nachkomma-Stellen sollten einheitlich angegeben werden, d.h. auch bei glatten Zahlen.

Während Zahlen in Tabellen so exakt wie möglich angegeben werden (134.313 Sterbefälle), reichen in Textpassagen oft Angaben wie „ca. 134.000 Gestorbene“. Texte sollen Zahlen interpretieren und nicht mit Tabellen um ein „reichhaltiges Datenangebot“ konkurrieren.

### Exkurs: Die Genauigkeit von Zahlenangaben



In der Gesundheitsberichterstattung spielen Indikatorensysteme eine wichtige Rolle. Die Bundesgesundheitsberichterstattung hat ein umfangreiches Indikatorensystem online unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), das inzwischen ca. 3 Mrd. Daten beinhaltet. Die Länder haben einen gemeinsamen Indikatorenatz für ihre Gesundheitsberichterstattung definiert, der auch dem bayerischen Gesundheitsindikatorenatz zugrunde liegt ([www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm](http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm)).

In diesen Indikatorensätzen sind häufig neben Grundzahlen auch Verhältniszahlen angegeben. Beispielsweise sind im Jahr 2019 in Bayern 366 Kinder unter einem Jahr gestorben. Will man die Säuglingssterblichkeit berechnen, bezieht man diese 366 Kinder auf die 128.227 Neugeborenen des Jahres 2019. Das ergibt eine Rate von 285,431305 gestorbenen Säuglingen pro 100.000 Neugeborene.

## Indikatoren

Diese Genauigkeit mag stimmen (vorausgesetzt die Ausgangszahlen stimmen), aber man wird sie in der Gesundheitsberichterstattung niemals benötigen und kann die Zahl also getrost auf eine Stelle nach dem Komma runden: 285,4. Während in diesem Beispiel die vielen Nachkomma-Stellen inhaltlich korrekt waren, sind sie bei Raten aus gerundeten Ausgangsdaten regelrecht Unfug. Walter Krämer nennt das in seinem Buch „So lügt man mit Statistik“ die „Grob-rein-fein-raus-Methode“.

Ein Beispiel: 2020 haben in Deutschland ca. 150.850 Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen. Bei ca. 83 Mio. Einwohnern errechnet sich eine Quote von 550,215446 Ew. pro Ärztin bzw. Arzt. Für diese Genauigkeit waren die Ausgangszahlen aber viel zu grob. Bei den Ärzten geht es um eine Zahl zwischen 150.000 und 151.000, bei den 83 Mio. Einwohnern um eine Zahl zwischen 82,5 und 83,5 Mio. Rechnet man damit die untere und die obere Grenze der Ärztedichte aus, so liegt sie zwischen 546 und 557 Ew. pro Ärztin bzw. Arzt. Mit einer Angabe von „ca. 550“ wäre man also eigentlich so genau wie möglich.

**Auf alltagstaugliche  
Genauigkeit runden**

## 2.2.2 Konstruktion, Suggestion, Manipulation

Ein Bild sagt zwar mehr als 1.000 Worte, aber es kann nicht „vielleicht“ oder „nein“ sagen. Verbal lässt sich abwägen, relativieren, verneinen. Das können Bilder nicht. Sie suggerieren ein uneingeschränktes So-ist-es. Bei Grafiken mit Daten kommt noch die suggestive Kraft von Zahlen hinzu. Zahlen erwecken den Eindruck genauen und objektiven Wissens. Daher werden in politischen Debatten so gerne Zahlen präsentiert.

Gerade in der Gesundheitsberichterstattung, in der es darum geht, Planungsgrundlagen transparent zu machen und eine kompromissfähige Problemsicht zu befördern, muss man sich der suggestiven Kraft von Zahlen und Grafiken bewusst sein. Zahlen und Grafiken sind nicht nur technische Hilfsmittel bei der Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung. Sie lenken die Aufmerksamkeit und beeinflussen die Wahrnehmung von Problemen. Oft enthalten sie versteckte normative Botschaften. Beispielsweise werden Abweichungen vom Mittelwert oder vom Trend häufig als Abweichungen vom „Normalen“ oder „Erwarteten“ gelesen und legen eine Intervention nahe. Bei komplexeren Indices, z.B. den „verlorenen Lebensjahren (PYLLS)“ oder den „qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYS)“ sind sich manchmal auch Fachleute der darin implizit enthaltenen Normen nicht immer bewusst.

Bei der Berechnung der PYLLS kommen beispielsweise Sterbefälle in jüngeren Lebensjahren stärker zur Geltung als Sterbefälle in späteren Lebensjahren. Hinter scheinbar neutralen und objektiven Zahlen verbergen sich ethisch hochgradig bedenkliche Wertungen, etwa wenn gesundheitspolitische Handlungsschwerpunkte anhand der PYLLS für verschiedene Erkrankungen festgelegt werden. Peter Miller spricht mit Blick auf ähnliche Prozeduren in der Ökonomie in seinem Aufsatz „Governing by Numbers“ (Miller 2001) davon, dass das Zählen und Rechnen „technologies of government“ sind.

Während einige „Verführungen des Denkens“ unvermeidlich aus den konstruktiven Eigenheiten der Darstellungsform resultieren, muss man in anderen Fällen von schlichter Ungeschicklichkeit oder gar von Manipulation sprechen. Dazu werden im Folgenden einige Beispiele vorgestellt.

**governing by  
numbers**





### Literaturtipps zum Thema

Barlösius E (2005): **Die Macht der Repräsentation**. Wiesbaden. Das Buch behandelt den konstruktiven Charakter von Klassifikationen, Indices, Bildern und Grafiken in der Sozialberichterstattung. Was die Autorin für die Sozialberichterstattung schreibt, gilt für die Gesundheitsberichterstattung in gleicher Weise.

Gerhard U, Link J, Schulte-Holtey E (2001) (Hrsg.): **Infografiken, Medien, Normalisierung**. Heidelberg. Heintz B, Huber J (2001) (Hrsg.): **Mit dem Auge denken**. Zürich. Das erste Buch zeigt die Rolle symbolischer Darstellungen für unser Verständnis sozialer und politischer Sachverhalte, das zweite Buch zeigt dies für naturwissenschaftliche Themen.

Die drei oben genannten Bücher sind „harte Kost“, lehrreich, aber sehr wissenschaftlich geschrieben. Die folgenden beiden Bücher sind ebenso lehrreich, aber leicht lesbar und sehr praxisorientiert:

Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (1996): **Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung**. Düsseldorf. Dieses Buch ist nach wie vor eine gute Anleitung zum Erstellen von Gesundheitsberichten. Es enthält auch ein Kapitel zur Gestaltung von Berichten, Grafiken und Tabellen. Leider ist das Buch vergriffen und nur noch in Bibliotheken verfügbar.

Krämer W (2015): **So lügt man mit Statistik**. München. Neuauflage 2015. Ein Klassiker der Darstellung manipulativer Techniken mit statistischen und grafischen Mitteln. Das Buch ist sehr praxisnah geschrieben, mit vielen Beispielen.

WHO (2021): **Guidance for creating impactful health reports**. Regional Office for Europe. Die englischsprachige Anleitung unterstützt die Gesundheitsberichterstattung mit zahlreichen praxisorientierten Hinweisen.

### ***Man nehme eine geeignete Bezugsbasis ...***

Die psychischen Störungen gewinnen seit einiger Zeit in der gesundheitspolitischen Diskussion an Bedeutung. Einige Autorinnen und Autoren sprechen bereits von der „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ (Weber/Hörmann/Köllner 2006). Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass Depressionen schon in wenigen Jahren nach den Herz-Kreislauf-erkrankungen die zweitgrößte Krankheitslast verursachen werden. Diese Rangfolge – darauf sei hier nur am Rande hingewiesen – ist keine „natürliche“ Rangfolge, sondern abhängig von dem Index, der zur Rangfolgenbildung verwendet wurde, in diesem Fall waren es die „Disability adjusted Life Years (DALYS)“. Eine Priorisierung nach Todesursachen ergäbe eine andere Rangfolge.

Gelegentlich wird als Beleg für die Zunahme der psychischen Störungen angeführt, dass sie inzwischen unter den krankheitsbedingten Rentenzugängen an die erste Stelle gerückt seien.

Zunahme psychischer Störungen?

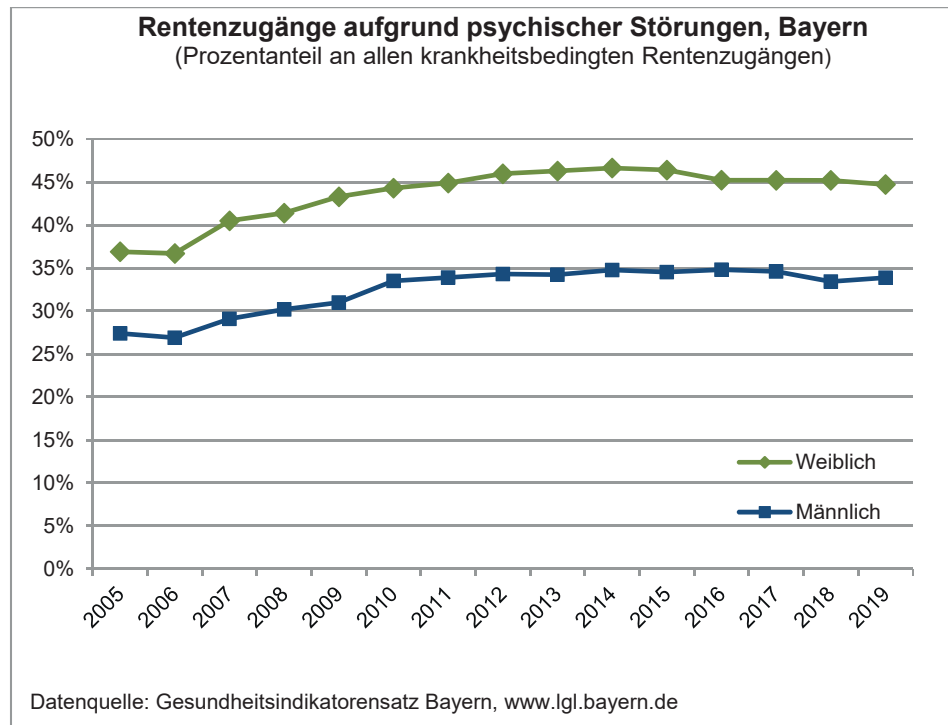


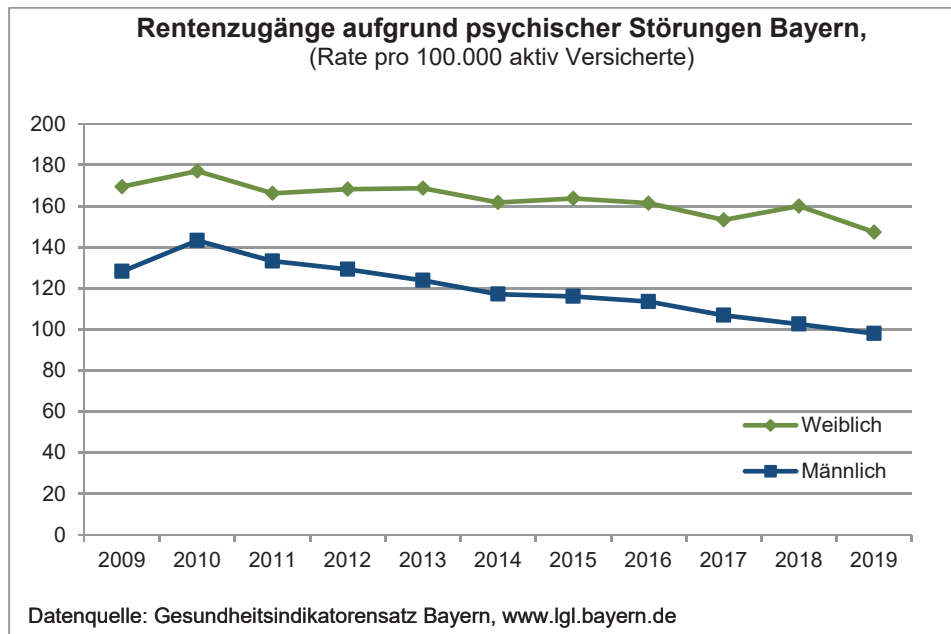
Abbildung 2.2d: Frühberentungen infolge psychischer Störungen, Anteil

Die Grafik zeigt, wie der Anteil der Rentenzugänge infolge psychischer Störungen an allen krankheitsbedingten Rentenzugängen zwischen 2005 und 2012 steigt. Seit 2012 stagniert der Graph auf dem (hohen) Niveau der Vorjahre. Aber ist das der geeignete Indikator, um eine Zunahme der Rentenzugänge infolge psychischer Störungen zu belegen?

Zumindest wird einem hier nur eine Halbwahrheit präsentiert. Die Bezugsbasis ist die Gesamtzahl der krankheitsbedingten Rentenzugänge. Der dargestellte Indikator und diese Gesamtzahl sind ein System kommunizierender Röhren. Bei einem Rückgang anderer Diagnosen steigt der Anteil der psychischen Störungen auch dann, wenn sich an ihrer Zahl gar nichts geändert hat. Ihre Zahl könnte sogar leicht rückläufig sein, der Rückgang muss nur schwächer ausfallen als der der Rentenzugänge insgesamt.

Auf die Bezugsbasis achten

Eine bessere Bezugsbasis sind hier die aktiv Versicherten. Die so gebildete Rate führt zu einem anderen Bild als die prozentuale Verteilung der Fälle: Das Frühberentungsrisiko aufgrund psychischer Störungen in Bayern nimmt seit einigen Jahren ab.

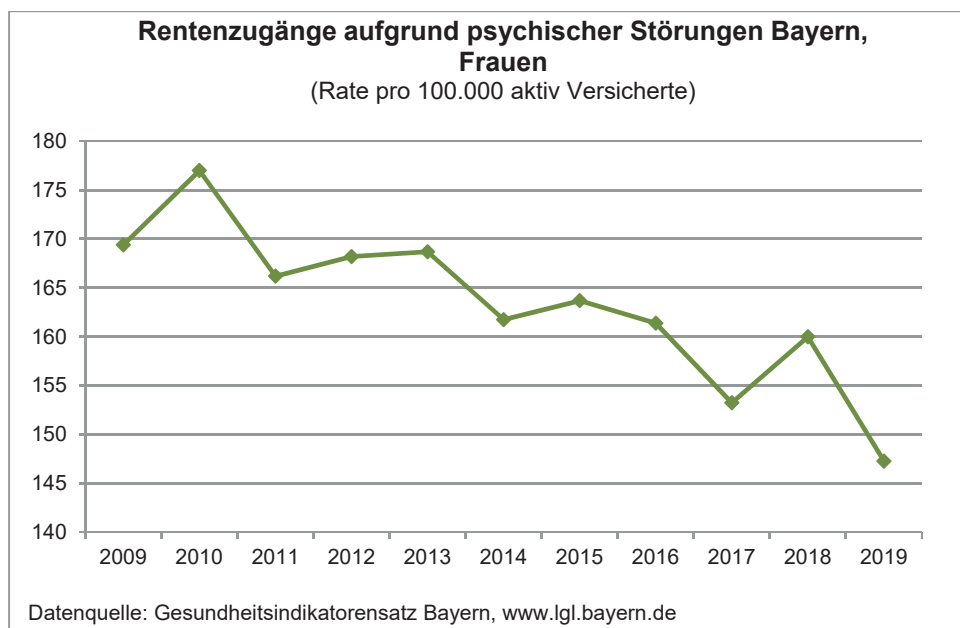


**Abnahme  
psychischer  
Störungen?**

Abbildung 2.2e: Frühberentungen infolge psychischer Störungen, Rate

Übrigens: Als Maßeinheit nur „pro 100.000“ hinzuschreiben, wäre hier nicht ausreichend, das würde spontan als „pro 100.000 Einwohner“ gelesen werden (was eine weniger gute Bezugsbasis wäre). Die Frage nach der angemessenen Bezugsbasis stellt sich in der Gesundheitsberichterstattung immer wieder – weitere Beispiele finden sich in den GBE-Handlungshilfen 2 und 3.

**... oder betreibe ein paar Achsenspielerereien:**



**Vorsicht bei  
Achsen-  
manipulation**

Abbildung 2.2f: Frühberentungen infolge psychischer Störungen, Rate

Manchmal kommen die Entwicklungen, die man darstellen will, optisch einfach nicht gut zur Geltung. Wenn man den Rückgang der Raten auch bei den Frauen nach 2010 etwas dramatisieren will, lässt sich das viel eindrucksvoller darstellen, wenn man die Y-Achse „frisirt“ und nicht bei Null beginnen lässt – eine immer wieder zu beobachtende Manipulation.

Mit dem Titel des oben bereits erwähnten Buches von Walter Krämer kann man sagen: So lügt man mit Statistik.

Und die Wahrheit? Nehmen die psychischen Störungen nun zu oder ab? Die meisten Fachleute gehen davon aus, dass die Erkrankungshäufigkeit an sich im Zeitverlauf relativ stabil ist, aber mehr Fälle als früher im Versorgungssystem ankommen, z.B. aufgrund des besseren Versorgungsangebots und einer partiellen Enttabuisierung des Themas (vgl. auch RKI 2015, 111 ff). Die folgende Grafik zeigt einige Indikatoren aus dem Versorgungsgeschehen, mit teilweise gegenläufigen Entwicklungen.

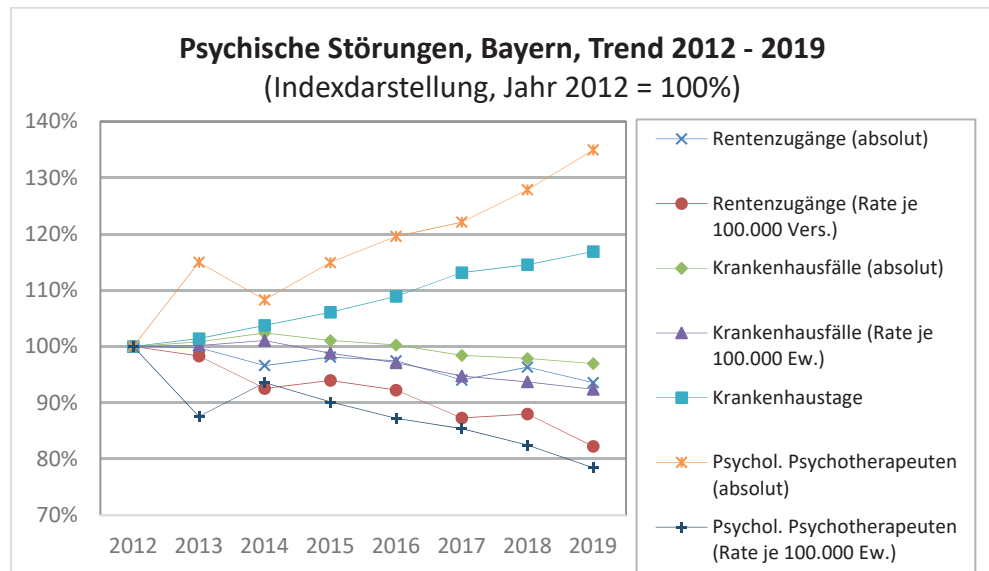


Abbildung 2.2g: Indexdarstellung zum Trend der psychischen Störungen

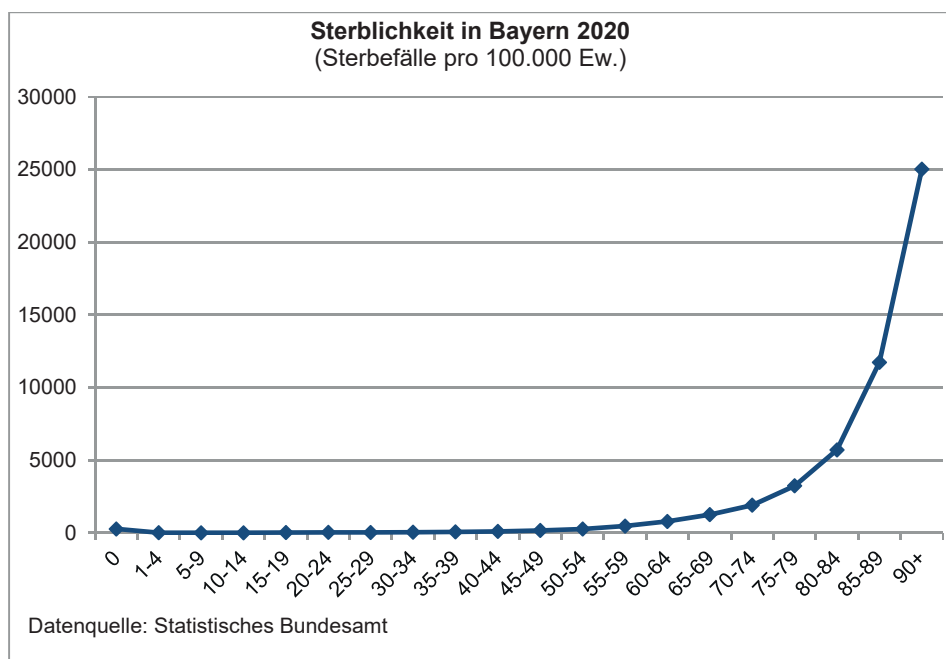
## Index-Darstellung

In diesem Fall wurde eine sog. „**Indexdarstellung**“ gewählt. Dabei wird die Ausprägung von Variablen zu einem bestimmten Zeitpunkt auf 100 % gesetzt (hier für das Jahr 2012) und dann für die folgenden Zeitpunkte die prozentuale Veränderung abgebildet. Diese Darstellungsform ermöglicht es, Veränderungen bei Variablen mit stark unterschiedlichen Skalenniveaus in einem Bild zu zeigen. Auch dies ist, mit Bezug auf die Y-Achse, eine Achsentransformation, in diesem Fall aber inhaltlich begründet.

Vom Gestalterischen her macht diese Grafik zudem deutlich, dass die Darstellung vieler Linien in einem Bild schnell unübersichtlich wird. Es wird zunehmend schwerer, die Linien optisch unterscheidbar zu machen. Das kann zwar ein bewusstes Darstellungsmittel sein, wenn man, wie hier, die Heterogenität und Uneinheitlichkeit der Entwicklung zeigen will. Meist kommt es aber darauf an, die Verläufe der einzelnen Indikatoren gut zu erkennen. Es ist dann zu prüfen, ob eine Tabelle nicht die bessere Darstellungsform ist.

Es gibt noch weitere Achsentransformationen, die nützlich und zulässig sind. Manchmal ist eine Achsentransformation regelrecht geboten, um einen Sachverhalt sichtbar zu machen, z.B. bei exponentiellen Verläufen:

**Nicht alles passt  
in eine Grafik**



**Nutzen von  
Achsentrans-  
formationen**

Abbildung 2.2h: Sterblichkeit in Bayern

Die Darstellung der Sterblichkeit nach Altersgruppen in dieser Grafik ist völlig korrekt. Die Darstellung wird aber von den großen Zahlen bei den höheren Altersgruppen dominiert, d.h. interessante Variationen bei den jüngeren Altersgruppen kommen optisch hier gar nicht mehr zum Vorschein.

Die ideale Lösung für dieses Problem gibt es nicht. Man kann die Datentabelle abdrucken, dann sieht man an den Zahlen, dass die Sterberaten bei den Säuglingen viel höher liegen als bei den nächstfolgenden Altersgruppen. Man könnte auch die Darstellung teilen, indem man erst die Altersgruppen bis ca. 60 Jahre abbildet und für diese Grafik eine andere Y-Achseinteilung wählt. Aber mehrere Grafiken zum gleichen Sachverhalt mit verschiedenen Achseinteilungen führen unbedarfte Leser leicht in die Irre. Eine gängige Lösung ist die Logarithmierung der Y-Achse. Dadurch wird der exponentielle Anstieg der Sterberate in den höheren Altersgruppen

**Logarithmierung,  
pro und contra**

„linearisiert“. Die Entwicklung bei den jüngeren Altersgruppen kann optisch jetzt hervortreten, man sieht die relativ hohe Säuglingssterblichkeit und andeutungsweise den „Sterbehügel“ bei den jungen Erwachsenen, der durch die Verkehrstopfer und Suizide junger Männer zustande kommt. Der Nachteil dieser Darstellungsform ist, dass viele Leute logarithmierte Darstellungen nicht verstehen. Sie sollte also zumindest im Text gut erläutert werden (und „gut“ meint: verständlich, nicht durch Angabe der mathematischen Formel für das Logarithmieren).

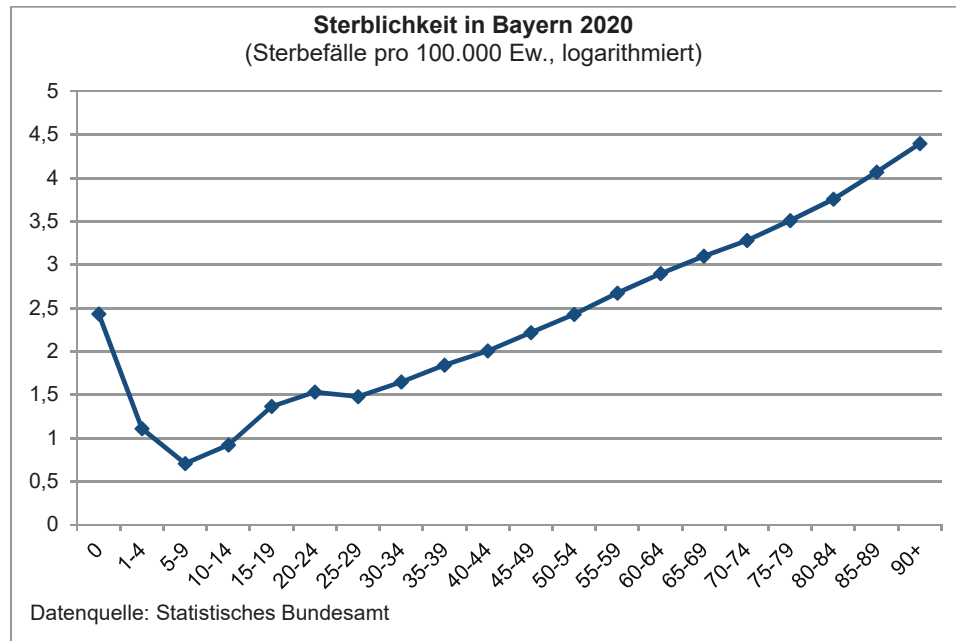


Abbildung 2.2i: Sterblichkeit in Bayern

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Welche Unterschiede man optisch hervorheben darf und welche nicht, ist primär keine gestalterische Frage, sondern eine inhaltliche Frage. Wenn bei einem Kurvenverlauf kleine Variationen wichtig sind, müssen sie auch gezeigt werden. Auch hier gilt also: form follows function, nicht umgekehrt. Bei der Entwicklung der Krankenkassenbeiträge sind beispielsweise zehntel Prozentpunkte wichtig, daher sollten solche Differenzen nicht einer Skaleneinteilung der Y-Achse zum Opfer fallen, die dies optisch nicht mehr abbilden kann. Wenn man aber als Lösung des Darstellungsproblems die Y-Achse abschneidet oder staucht, muss dies deutlich gemacht werden.

**Form follows  
function: der  
Inhalt geht vor**

**Trendlinien**

**Trendlinien**

Programme wie Excel bieten in ihren Grafikmodulen an, Kurven eine Trendlinie hinzuzufügen. Solche Trendlinien „bereinigen“ den tatsächlichen Kurvenverlauf von Schwankungen. Entwicklungen werden deutlicher und lassen sich auch besser in die Zukunft extrapolieren. Es gibt aber Tücken dieser Technik – oder, je nach Absicht, Manipulationsmöglichkeiten. Ein

Beispiel: Die folgende Grafik zeigt die zeitliche Entwicklung der Fallzahlen beim plötzlichen Kindstod in Bayern.

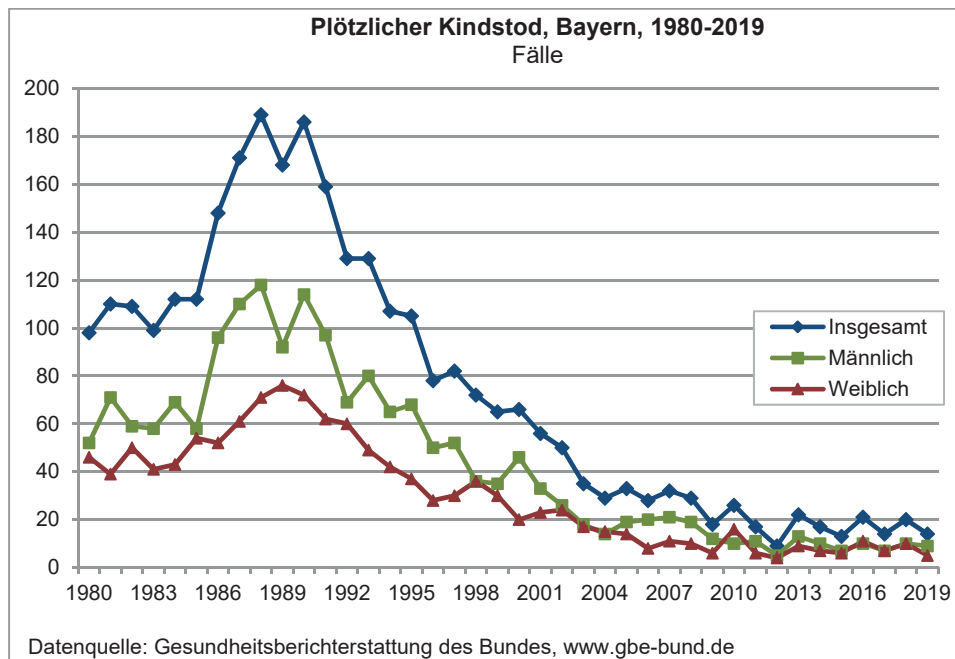


Abbildung 2.2j: Plötzlicher Kindstod in Bayern

Man sieht, dass die Fallzahlen beim plötzlichen Kindstod bis etwa 1990 zugenommen haben und seither rückläufig sind. In der nächsten Grafik wurde dem Kurvenverlauf eine lineare Trendlinie hinzugefügt. Der Übersichtlichkeit wegen wird nur die Kurve für die Fallzahlen insgesamt dargestellt, ohne die Geschlechterdifferenzierung:

Trend mit Kurven ...

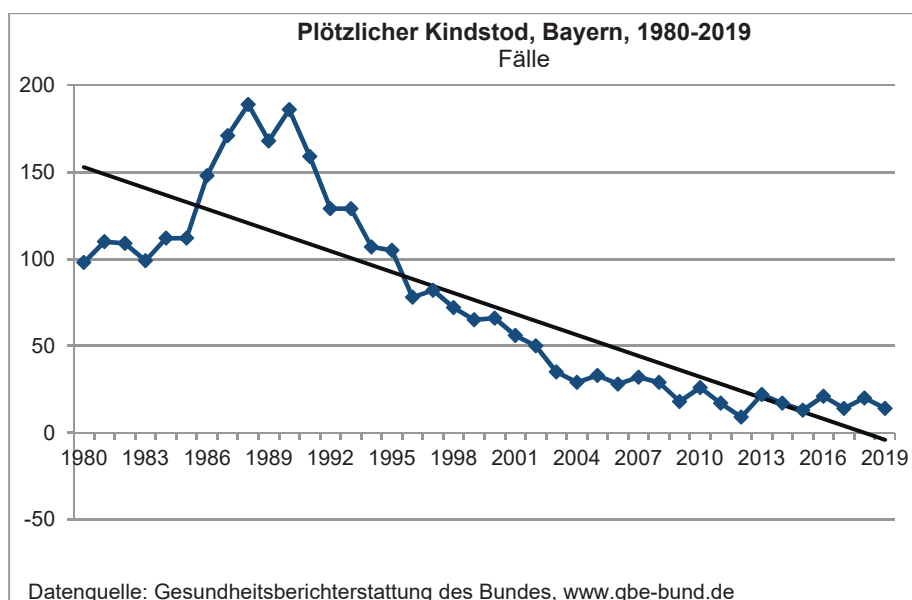


Abbildung 2.2k: Plötzlicher Kindstod in Bayern, mit linearer Trendlinie

Die lineare Trendlinie „unterschlägt“ die Trendwende Anfang der 90er Jahre. Angemessener wäre daher vielleicht eine leicht gekrümmte Trendlinie. Excel bietet auch das per Knopfdruck an. Eine Trendlinie mit einem Polynom zweiten Grades sieht dann so aus:

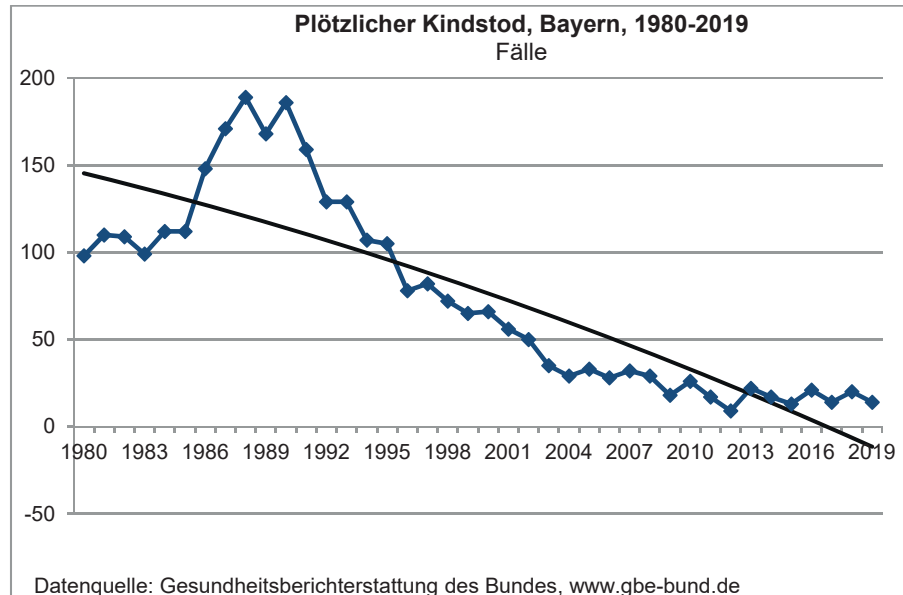


Abbildung 2.2l: Plötzlicher Kindstod, mit polynomischer Trendlinie, Grad 2

Dieses Polynom spiegelt zwar eine Tendenz von 1990 bis 2016 des wirklichen Verlaufs der Fallzahlen wider, dennoch lässt sich eine Trendwende nicht erkennen und ähnelt einem linearen Verlauf. Ab 2016 kann das Polynom zudem nicht mehr sinnvoll interpretiert werden.

Versuchen wir es daher mit einem Polynom 3. Grades:

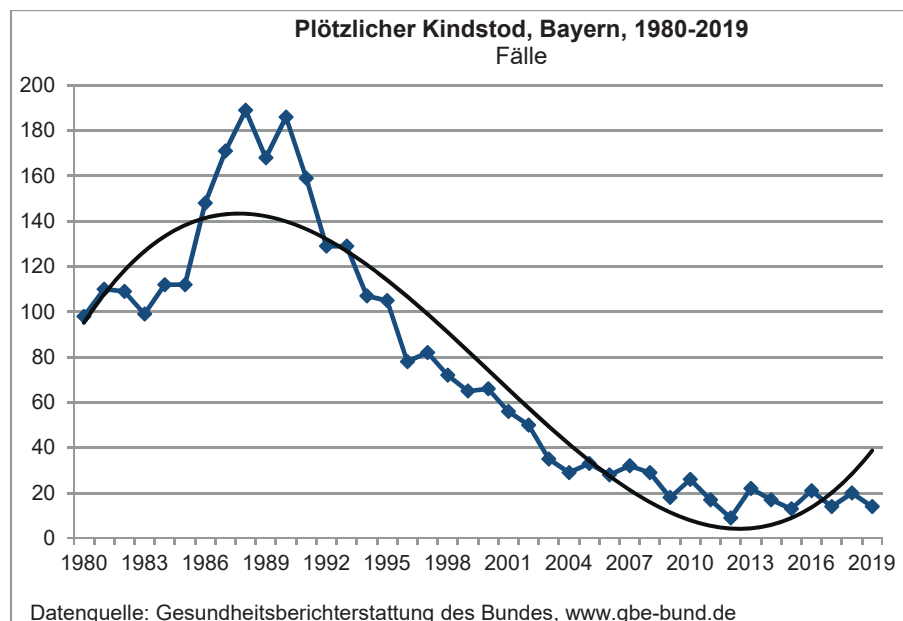


Abbildung 2.2m: Plötzlicher Kindstod, mit polynomischer Trendlinie, Grad 3



In dieser Darstellung wird die Trendwende wiedergegeben, aber für eine Extrapolation in die Zukunft ist diese Trendlinie ungeeignet, denn jetzt zeigt das Endstück des Polynoms nach oben, lässt also eine erneute Trendwende vermuten. Probieren wir ein Polynom 4. Grades:

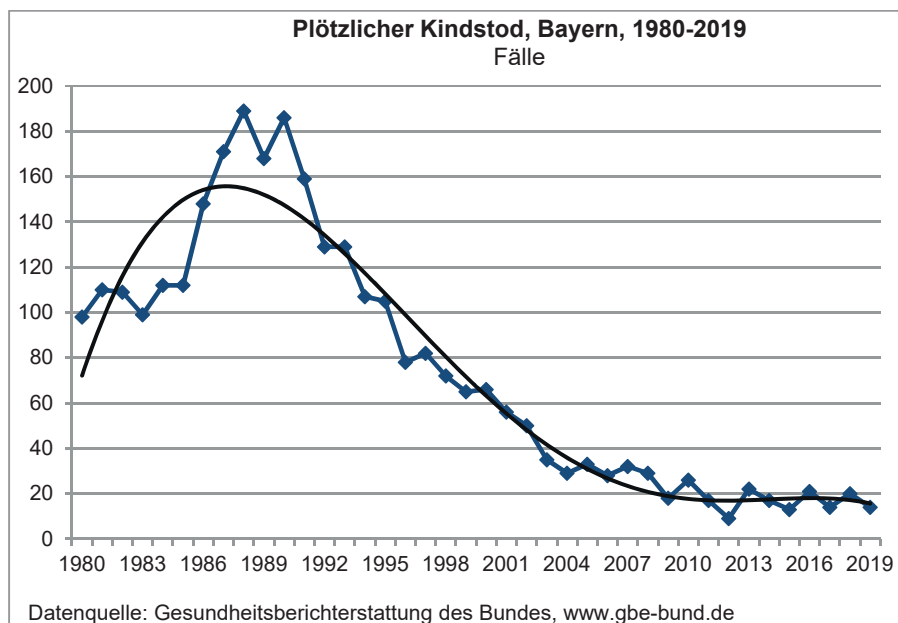
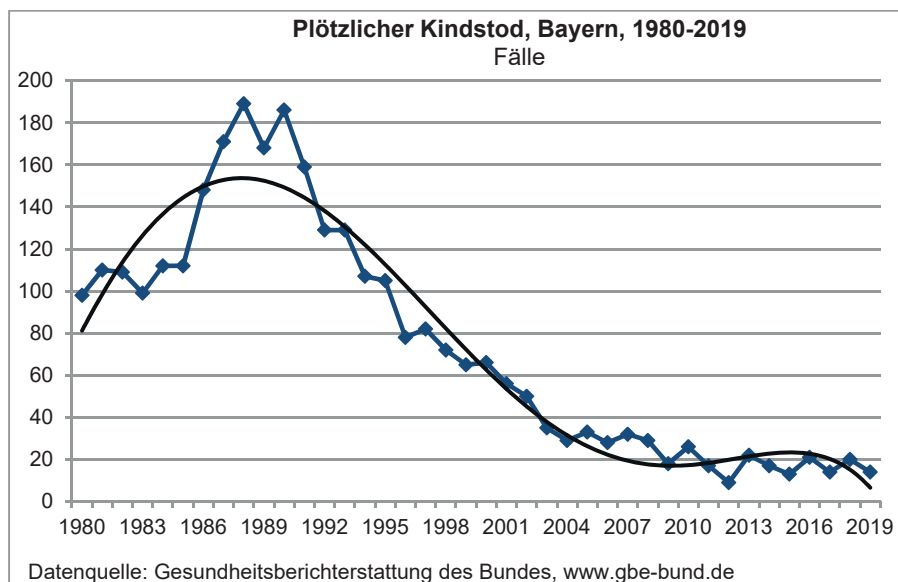


Abbildung 2.2n: Plötzlicher Kindstod, mit polynomischer Trendlinie, Grad 4

Das sieht eigentlich ganz gut aus. Aber jetzt sind wir doch neugierig geworden, vielleicht ist ja ein Polynom 5. Grades noch besser?



... und Kurven  
im Trend

Abbildung 2.2o: Plötzlicher Kindstod, mit polynomischer Trendlinie, Grad 5

Diese Trendlinie suggeriert einen starken Rückgang ab dem Jahr 2016, vielleicht zu stark.

## Probieren geht über Studieren

Die Stagnation des plötzlichen Kindstods (auf niedrigem Niveau) wird daher möglicherweise durch den Polynom 4. Grades besser dargestellt.

Mit jedem zusätzlichen Grad haben die Polynome mehr Wendepunkte, d.h. sie werden „biegsamer“. Man sollte jedoch nicht automatisch erwarten, dass sie sich damit immer besser an den wirklichen Verlauf der Fallzahlen anschmiegen. Die Mark Twain zugeschriebene Einsicht, dass Prognosen unsicher sind, insbesondere wenn sie die Zukunft betreffen, lässt sich mit den Möglichkeiten, die Excel bietet, trefflich veranschaulichen. Bleibt nur noch die Frage: Welches Polynom wählen Sie, wenn Sie ein Präventionsprogramm begründen wollen?



### Trendlinien bei Excel

Zum Hinzufügen einer Trendlinie können Sie bei Excel einfach die Kurve, die Sie glätten wollen, mit der rechten Maustaste anklicken, damit sich das Kontextmenü öffnet. Dort wird schon die Option „Trendlinie hinzufügen“ angeboten. Probieren Sie es selbst einmal aus, sie können lineare Trendlinien hinzufügen, Polynome unterschiedlichen Grades oder auch gleitende Durchschnitte. Wie immer gilt auch hier: Die Darstellungsform soll ihre Absichten unterstützen, aber bitte nur die guten Absichten. Die Daten durch Kurven „hinbiegen“ ist nicht seriös.

### Passende Zeiträume suchen

Ein gesundheitspolitisch aktuelles Thema ist die Adipositas. Immer wieder kann man lesen, dass die Kinder in Deutschland immer dicker werden. Als Beleg werden häufig Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen angeführt, oder die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts. Anhand der Daten wird dann argumentiert, dass sich die Rate übergewichtiger Kinder und Jugendlicher von den 80er Jahren bis heute um 50 % erhöht hat. Das ist zwar richtig, aber daraus kann man nicht ableiten, dass die Kinder und Jugendlichen „immer dicker werden“, denn dazu muss man den Trend in kürzeren Zeitintervallen ansehen. Natürlich ist auch die Zahl der Verkehrstoten gegenüber den 50er Jahren stark gestiegen, aber daraus abzuleiten, die Zahl der Verkehrstoten würde immer mehr zunehmen, wird jedermann als offenkundigen Unsinn abtun, weil bekannt ist, dass die Zahl der Verkehrstoten seit den 70er Jahren stark rückläufig ist. Bei den adipösen Kindern ist das nicht viel anders. Die Rate ist in den 90er Jahren gestiegen, seit vielen Jahren ist das aber nicht mehr der Fall, in den meisten Bundesländern haben die Adipositasraten unter den Einschulungskindern sogar etwas abgenommen. Die Coronakrise hat allerdings erstmals wieder zu einer Zunahme geführt (Pressemitteilung von DGKJ und AGA/DAG Berlin, 21.06.2021).

## Wahl des richtigen Bezugszeitraums

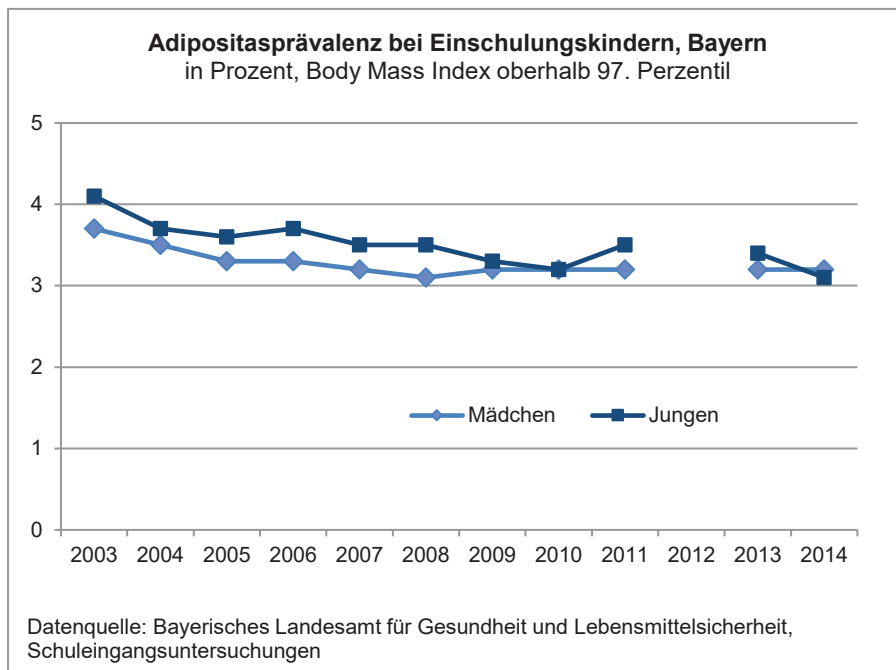


Abbildung 2.2p: Adipositas bei Kindern, Bayern

Worauf es hier ankommt: Das Vergleichen von Daten in zu großen Zeitintervallen lässt keine Trendergebnisse zu. Man hat es hier im Grunde mit einem „Glättungsverfahren aus Datenmangel“ zu tun, mit dem gleichen Effekt wie bei einer Manipulation der X-Achse, bei der die unliebsamen Jahre weggelassen (oder durch Mittelwerte mehrerer Jahre ersetzt) werden.

Im Marketing kann man solche Achsenmanipulationen ständig beobachten: Zeitintervalle werden gerne so begrenzt, dass sie einen Aufwärtstrend z.B. bei der wirtschaftlichen Entwicklung zeigen. Das bewusste „Zurechtfrisieren“ von Zeitintervallen, um eine bestimmte Aussage zu unterstützen, ist aber eine unzulässige Manipulation. Vom Sachverhalt her ist das nichts anderes als die Unterschlagung von missliebigen Daten in wissenschaftlichen Studien.

### **Fehlende Daten**

Manchmal passiert es wie in Abb. 2.2p, dass zu einzelnen Jahrgängen keine Daten vorliegen. Die Folge ist, dass eine Grafik „zerrissen“ wirkt. Das Auslassen des betreffenden Jahrgangs stellt jedoch nur eine Möglichkeit dar, mit diesem Problem umzugehen. Eine Trendlinie kann ergänzend angegeben werden, wie nachfolgende Tabelle zeigt. Wiederum wurden der Übersichtlichkeit halber die Daten der Jungen und Mädchen zusammengefasst.

**Unbeabsichtigte  
Glättungs-  
verfahren  
aus Datenmangel**

**Umgang mit  
fehlenden  
Datenjahrgängen**

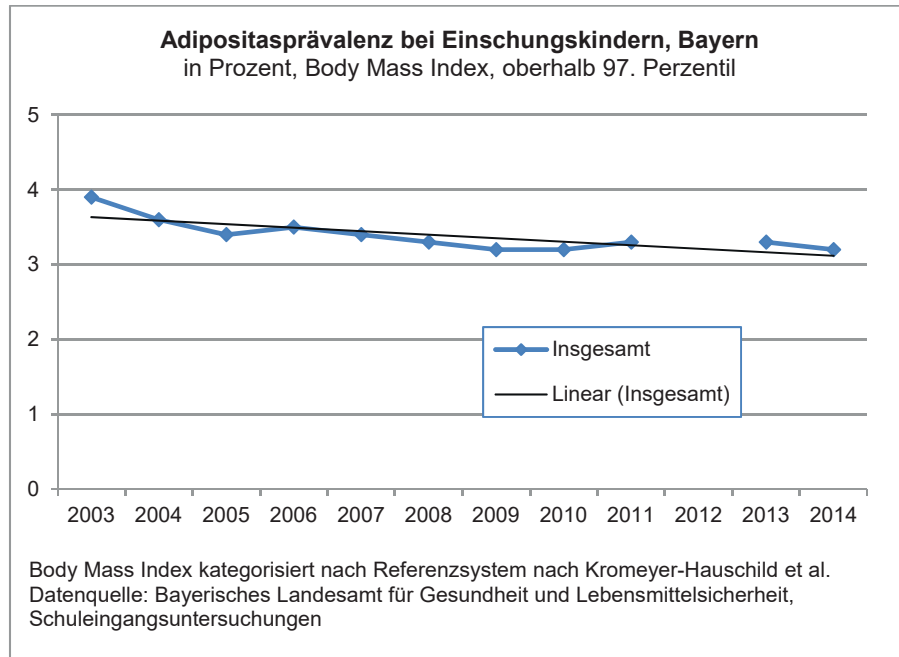


Abbildung 2.2q: Adipositas bei Kindern, Bayern

Wird die Trendlinie ohne die zugrundeliegenden Daten angegeben, sollte der fehlende Datenjahrgang kommentiert werden, da Trendlinien Datenvollständigkeit suggerieren.

Der fehlende Datenjahrgang kann auch aus den bestehenden Daten geschätzt werden, beispielsweise durch den Mittelwert der letzten fünf Berichtsjahre oder mithilfe des Mittelwerts von Vorjahr und Folgejahr. Eine solche Interpolation muss ebenfalls kenntlich gemacht und in den entsprechenden Kontext eingeordnet werden.

### ***Der Vergleich von Äpfeln und Birnen***

Die Gesundheitsberichterstattung lebt von Vergleichen zwischen Gruppen, Perioden und Regionen. Wir verstehen Sachverhalte besser, wenn wir ihre Variationen in zeitlicher, regionaler oder interpersonaler Hinsicht kennen. Vergleiche erfüllen aber oft auch noch eine andere Funktion. Wie im biblischen Gleichnis kann ein Vergleich dazu dienen, schwer verständlichen Dingen ein bekanntes Gewand zu geben und so dem Verstehen eine Brücke zu bauen. Umgekehrt kann ein Vergleich auch scheinbare Selbstverständlichkeiten verfremden, um zum Nachdenken anzuregen.

Zunächst ein Beispiel, das an Trendanalysen anschließt: Die Gefährlichkeit der Masern und den Sinn der Masernimpfung kann man mit der aktuellen Zahl der Masern-Sterbefälle nicht mehr veranschaulichen. Diese Zahl ist in einer weitgehend durchgeimpften Bevölkerung sehr niedrig. In Deutschland sind zuletzt 2015 drei Menschen an den Masern gestorben, seitdem gab es

**Veranschaulichen  
durch Vergleichen**

keine Sterbefälle mehr. Hinzu kommen einige Fälle der tödlich verlaufenden Spätkomplikation SSPE, im letzten Jahrzehnt waren das im Durchschnitt knapp 2 Menschen jährlich. Vor hundert Jahren dagegen gab es jährlich tausende von Masern-Sterbefällen. Der Hinweis auf diese Zahlen ist nicht nur historisch informativ, sondern er lässt die nicht mehr für Jedermann und Jedefrau augenscheinliche Bedeutung der Masernimpfung wieder hervortreten.

Ein zweites Beispiel: Die Dimension mancher Sachverhalte verschwindet hinter ihrer abstrakt numerischen Beschreibung. In Deutschland sterben jährlich ca. 120.000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Rauchens. Diese Zahl hat etwas Unwirkliches, sie fügt sich nicht ohne Weiteres in unser Vorstellungsvermögen. Ihre Bedeutung wird klarer, wenn man sie z.B. mit der Einwohnerzahl einer Stadt wie Würzburg vergleicht. Die Größenordnung der Gesundheitsausgaben in Deutschland wird anschaulicher, wenn man darauf hinweist, dass sie das Bruttoinlandsprodukt Hessens übersteigen. Das Ausmaß der Selbsttötungen dringt eher ins Bewusstsein, wenn man ihm die inzwischen niedrigere Zahl der Verkehrstoten gegenüberstellt. Das sind im Grunde Vergleiche zwischen Äpfeln und Birnen, aber mit einer didaktischen Funktion. Sie helfen unserem Vorstellungsvermögen auf die Sprünge, wenn Sachverhalte in der Alltagserfahrung wenig präsent sind. „Kreative Epidemiologie“ haben Medienfachleute solche Veranschaulichungstechniken genannt (Chapman 2000: 307). Kreative Epidemiologie der etwas anderen Art konnte man immer wieder in der Coronakrise beobachten, etwa wenn die Zahl der Coronatoten durch unpassende Vergleiche verharmlost wurde. Dass 2020 mehr Menschen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums gestorben sind als an Covid-19, macht die Infektion nicht zu einer harmlosen Sache. Eher sollte man darüber nachdenken, warum die Tabaktoten jahrelang verharmlost und ignoriert wurden. Vergleiche müssen wie alle Daten angemessen interpretiert werden, Daten sprechen nie für sich.

Manche Dinge sind grundsätzlich nicht vergleichbar, andere wiederum müssen erst vergleichbar gemacht werden. Ein Beispiel: Im Frühjahr 2007 hat in den Medien ein Bericht der International Association for the Study of Obesity Aufsehen erregt. Die Deutschen seien die Dicksten in Europa, hieß es dort unter Bezugnahme auf einen Vergleich der Adipositasraten in verschiedenen Ländern (siehe dazu Kuhn 2007). Dabei wurden jedoch Äpfel mit Birnen verglichen: In manchen Ländern wurden die Daten in Befragungen erhoben, in manchen Ländern gemessen (in Befragungen machen sich die Menschen immer etwas leichter als sie wirklich sind), die Daten beruhen je nach Land auf etwas verschiedenen Altersgruppen (Adipositas ist altersabhängig) und bei manchen Ländern waren die Daten aus den frühen 90er Jahren, bei anderen Ländern aus dem Jahr 2006 (obwohl es in allen Ländern einen Trend zur Zunahme der Adipositas gab). Eigentlich war aus

**Abstraktes  
durch Vergleiche  
konkret machen**

**„Kreative  
Epidemiologie“**

**Die Deutschen:  
dickste  
Europäer?**

den Daten nur eines zu schließen: sie erlauben keinen Vergleich zwischen den Ländern, man weiß nicht, wer die dicksten Europäerinnen und Europäer sind. Aber das wäre wohl keine interessante Medienbotschaft gewesen.

Ein anderes Lieblingsthema der Medien ist Krebs. Häufig liest man, dass immer mehr Menschen an Krebs sterben. Oft wird das mit Umweltgiften in Verbindung gebracht. Wählt man den Zeitraum wieder groß genug, also z.B. die letzten 50 Jahre, würde man in der Tat eine Zunahme der Krebstoten registrieren. Aber wie sieht es in den letzten 25 Jahren aus?

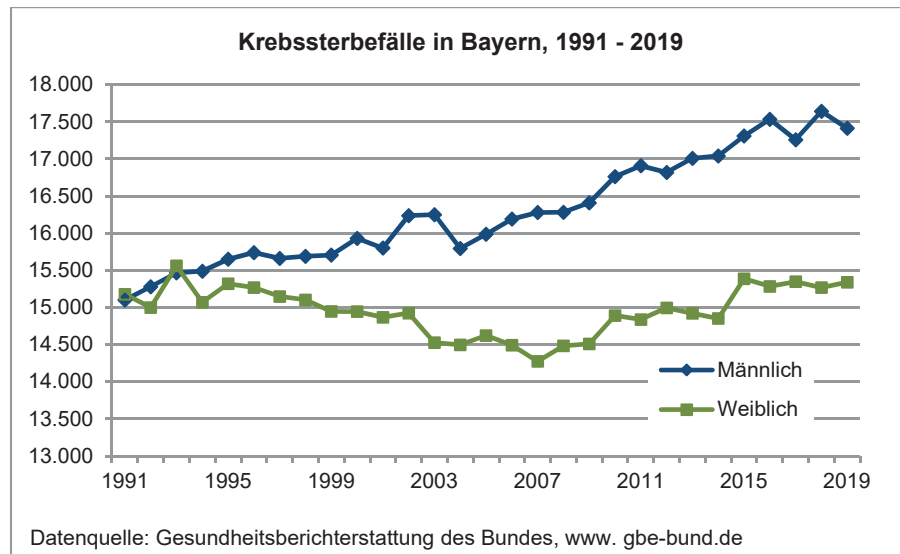


Abbildung 2.2r: Krebssterbefälle in Bayern

### Vergleiche bei altersabhängigen Raten

Bei den Männern nehmen die Krebssterbefälle zu, bei den Frauen ist der Trend weniger klar. Nach Jahren der Stagnation scheint sich seit 2008 wieder ein leichter Anstieg abzuzeichnen. Nimmt also auch das Risiko für Männer zu, an Krebs zu sterben? Um diese Frage zu beantworten, muss man Raten, und zwar altersstandardisierte Raten heranziehen. Die Altersstandardisierung ist in der Gesundheitsberichterstattung eine der wichtigsten Methoden, um altersabhängige Raten vergleichbar zu machen (siehe dazu im Einzelnen die GBE-Handlungshilfe 2).

Die folgende Grafik zeigt, dass die altersstandardisierte Rate der Krebssterblichkeit für beide Geschlechter rückläufig ist. Das Risiko, an Krebs zu sterben, nimmt auch bei den Männern ab. Ihr Krebssterberisiko liegt höher als das der Frauen, unter anderem, weil die Raucherraten bei den Männern noch immer höher sind. Speziell für die Lungenkrebssterblichkeit gilt übrigens, dass die Sterberate bei Frauen mit der Verbreitung des Zigarettenrauchens unter den Frauen lange Zeit zugenommen hat, bei den Männern war sie schon rückläufig.

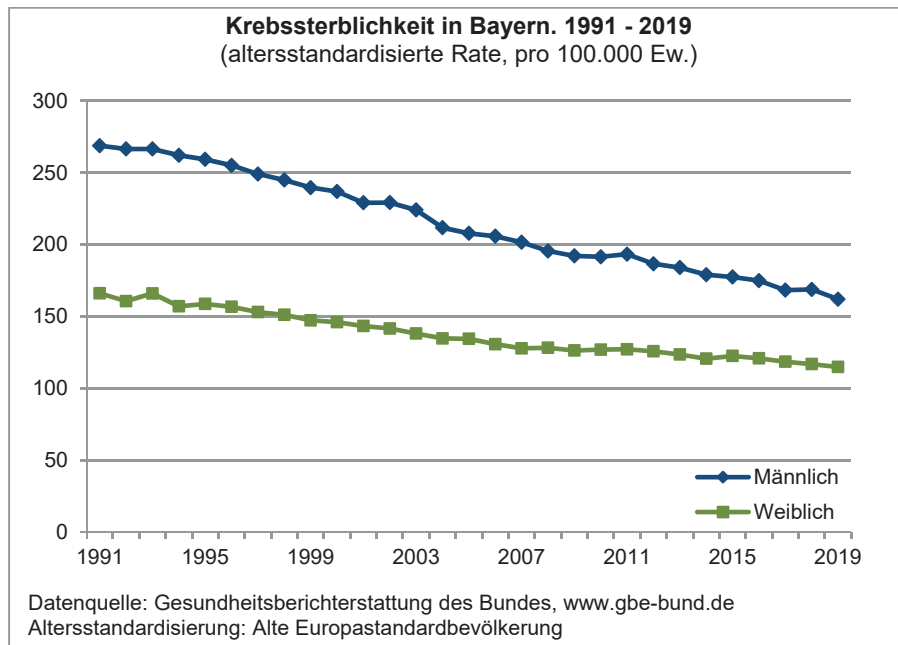


Abbildung 2.2s: Krebssterblichkeit in Bayern

Waren Sie beim Anschauen von Abb. 2.2r beeindruckt vom deutlichen Anstieg der Krebssterbefälle bei den Männern? Dann sind Sie der Achsenmanipulation in unserer Grafik auf den Leim gegangen. Die Entwicklung der Fallzahlen sieht nämlich „in Wirklichkeit“ nicht ganz so dramatisch aus:

Reingefallen?

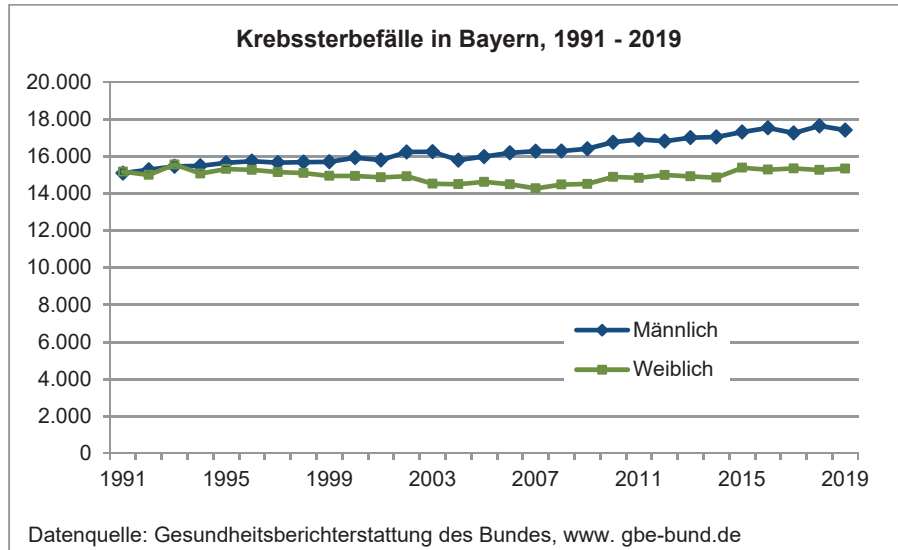


Abbildung 2.2t: Krebssterbefälle in Bayern, ohne Achsenmanipulation

## 2.3 Der Schluss-Check

Wenn alles getan ist, sollten Sie Ihr Werk einer Endkontrolle unterziehen:

### Endkontrolle

- Schauen Sie den Bericht noch einmal auf die Einheitlichkeit von Schreibweisen durch: Es sollte nicht einmal „Ärzte“ und einmal „Ärztinnen“ dastehen, Müller et al. und MÜLLER et al. oder 5.000 und 5000. Das sind zwar nur Kleinigkeiten, aber sie signalisieren, wie sorgfältig ein Bericht bearbeitet wurde. Im Zweifel: Schauen Sie nach, was ihr jeweiliges Corporate Design-Handbuch sagt.
- Sind die Schrifttypen einheitlich (beim Einfügen von Textbausteinen aus anderen Dokumenten übernimmt man oft deren Formatierung)?
- Lassen Sie noch einmal die Seiten optisch auf sich wirken. Sind die Textseiten ruhig und ansprechend gegliedert? Fettmarkierungen und Kursivsetzungen sind wie Gewürze: zuviel verdirbt den Geschmack.
- Prüfen Sie auch, ob die Grafiken und Tabellen einheitlich gestaltet sind und die Durchnummerierung noch stimmt ...
- ... und ob die Überschriften und Seitenzahlen im Text mit den Überschriften und Seitenzahlen im Inhaltsverzeichnis übereinstimmen.
- Stimmen die Querverweise im Text auf andere Seiten noch?
- Sind in der Danksagung alle Beteiligten aufgeführt?
- Kontrollieren Sie die Seitenumbrüche darauf, ob am Ende einer Seite die erste Zeile eines Absatzes stehen geblieben ist – oder eine Seite mit der letzten Zeile eines Absatzes beginnt.
- Lassen Sie den Bericht durch zwei oder drei Kolleginnen und Kollegen gegenlesen, darunter möglichst auch jemand, der nicht vom Fach ist. Sie glauben gar nicht, was man alles für selbstverständlich hält, obwohl es sonst kein Mensch versteht.
- Vergessen Sie die nötigen Abstimmungen und Freigaben nicht. Sehen Sie darin keine lästige Formalie, sondern nutzen Sie es, um den Bericht intern bekannt zu machen.



## 3. Berichte vermarkten

### 3.1 Produkt und Marketing

Ein gutes Produkt ist die Voraussetzung einer guten Vermarktung, aber es macht die Vermarktung nicht etwa überflüssig. In diesem Punkt kann man von der Wirtschaft lernen: Unternehmen betrachten ihre Arbeit ja auch nicht als beendet, wenn das Produkt vom Fließband gelaufen ist. Das Marketing ist vielmehr eine unternehmerische Schlüsselfunktion. Dies gilt umso mehr für die Gesundheitsberichterstattung, die nicht auf die Anfertigung und Ablage eines Berichts, sondern auf die Kommunikation über die berichteten Sachverhalte abzielen sollte. Der Bericht ist eine Zwischenstufe im Prozess der Gesundheitsberichterstattung.

Gesundheitsberichte stehen, wie eingangs schon erwähnt, im Konkurrenzkampf mit anderen Informationsmedien um die Aufmerksamkeit der Leserinnen und Leser. Gesundheitsberichte müssen daher – soweit möglich – aktiv an die **Zielgruppen** herangetragen werden:

- die politische Hausleitung,
- Ausschüsse im Stadtrat, Kreistag oder Landtag, vor allem Gesundheits-, Sozial- und Jugendausschüsse,
- Institutionen, die zum Thema des jeweiligen Berichts arbeiten, z.B. die Wohlfahrtsverbände, Sozialversicherungsträger, Ärzteverbände,
- die interessierte Bürgerschaft.

Den institutionellen Akteuren kann man die Berichte gedruckt, kopiert oder per Mail zusenden, die Bürgerinnen und Bürger wird man in der Regel nur indirekt erreichen, z.B. über die Internetpräsenz eines Berichts.

Dieser kommunikative Prozess, die Vermarktung, sollte regelrecht geplant werden:

- Einplanung eines **Zeitbudgets**, ggf. auch eines Kostenbudgets, für die Vermarktung des Berichts,
- Festlegung von **zielgruppenspezifischen Maßnahmen** des Marketings (Verteiler erstellen, Anschreiben für den Versand des Berichts entwerfen, ggf. mit einer Kurzfassung als Anlage, ggf. ein Fachgespräch über den Bericht anbieten usw.),
- Prüfung, welche **allgemeinen Möglichkeiten** der Bekanntmachung und Verbreitung des Berichts es gibt, z.B. Pressemeldung, Kongresse, Zeitschriften usw.

**Gesundheits-  
berichte aktiv  
vermarkten**

**Machen Sie einen  
„Marketingplan“**

Eine bundesweite Befragung der Gesundheitsämter durch die Ludwig-Maximilians-Universität München zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung bestätigt die Bedeutung des Marketings von Berichten auch aus der Sicht der Gesundheitsämter und ergab, dass vor allem Pressemeldungen und Fachvorträge zur Bekanntmachung von Gesundheitsberichten genutzt werden (Stockmann 2007):

Formen der  
Bekanntma-  
chung

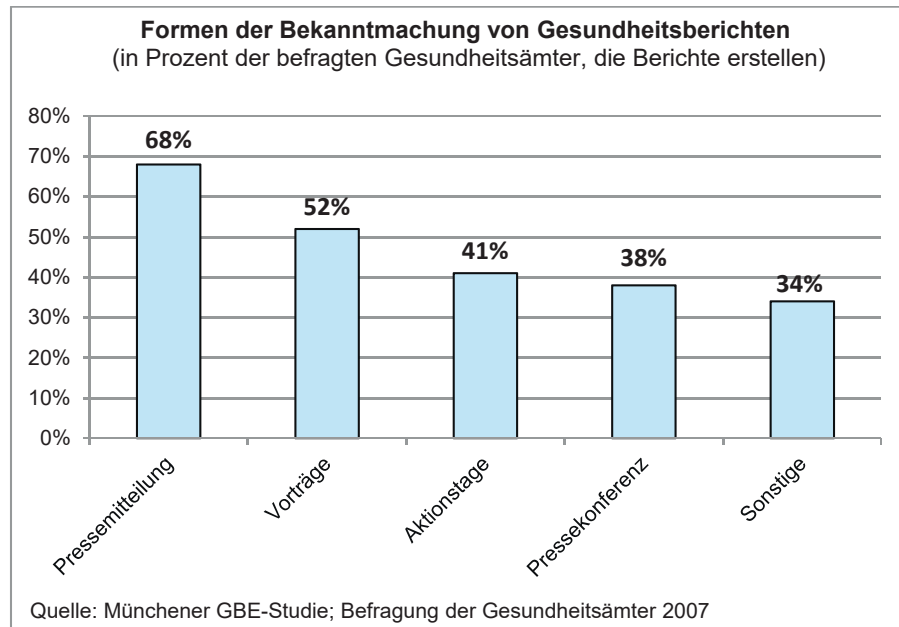


Abbildung 3.1.: Bekanntmachung von Gesundheitsberichten

### 3.2 Pressearbeit

Gesundheitsbe-  
richterstattung ist  
kein Journalismus

Pressearbeit ist ein wichtiges Mittel, um Gesundheitsberichte unmittelbar nach ihrer Veröffentlichung bekannt zu machen, also in einem begrenzten Zeitfenster. Schon daraus ergibt sich, dass die Pressearbeit nur ein Baustein in der kommunikativen Strategie der Gesundheitsberichterstattung sein kann. Mehr noch: Die Presse kennt zwei Grundprinzipien: Aktualität und Sensationalität. Dem kann die Gesundheitsberichterstattung nur bedingt gerecht werden. Gesundheitsberichterstattung dient auch nicht dazu, der Presse das zu geben, was die Presse braucht. Zumindest sollten die Gesundheitsberichte nicht mit Blick auf die Bedürfnisse der Presse geschrieben werden. Dass die Presse nicht immer über Gesundheitsberichte berichtet, ist somit in Kauf zu nehmen.

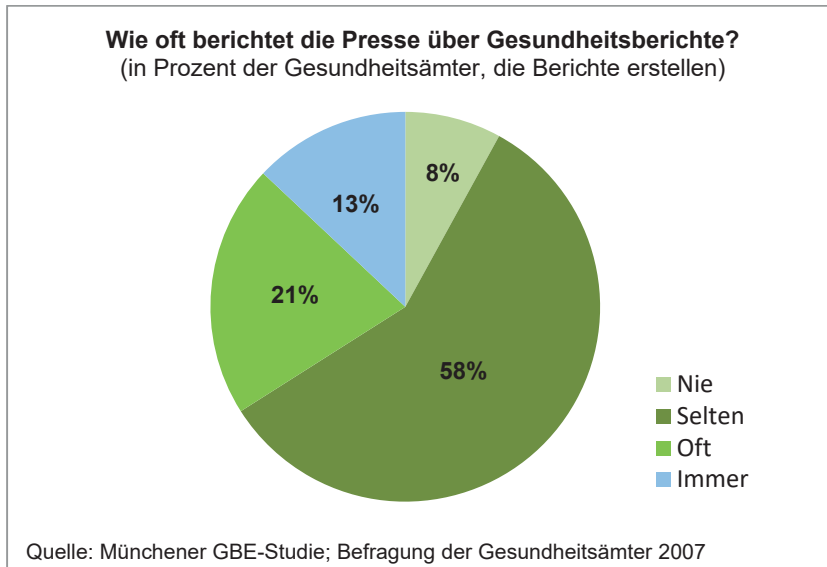


Abbildung 3.2: Presseresonanz auf Gesundheitsberichte

Eine Brücke zwischen der Gesundheitsberichterstattung und den Bedürfnissen der Presse ist die **Pressemitteilung**. Für eine Pressemitteilung kann man ein paar besonders tagesaktuelle Botschaften auswählen, um damit auf den Bericht in seiner Gesamtheit aufmerksam zu machen.

**Pressemitteilung:  
Brücke zwischen  
Gesundheitsbericht-  
erstellung und  
Presse**

### Pressemitteilungen



Eine gute Pressemitteilung ist vor allem eines: **kurz** (aber trotzdem korrekt). Im Idealfall ist sie nicht länger als eine halbe oder dreiviertel Seite. So lässt sich natürlich nicht der ganze Gesundheitsbericht darstellen. Daher geht es in einer Pressemitteilung immer um eine **Auswahl von Botschaften**. Die wichtigste Botschaft gehört in die **Überschrift**. Sie lautet nicht: „Das Gesundheitsamt XY hat einen Gesundheitsbericht erstellt“, sondern sie ist inhaltlich angelegt. Schon die Überschrift entscheidet oft, ob ein Journalist die Pressemitteilung überhaupt liest. Die Presse bevorzugt dabei **Sensationsmeldungen**, die Politik und damit letztlich der Auftraggeber der kommunalen und staatlichen Gesundheitsberichterstattung möchte meist eine möglichst neutrale oder die Politik positiv präsentierende Darstellung. Hier ist Fingerspitzengefühl gefragt, man bewegt sich zwischen Skylla und Charybdis. Im Folgenden sind zehn Regeln für eine gute Pressemitteilung aufgelistet:

1. Kurz.
2. Prägnante Überschrift als Blickfang.
3. Prägnante Botschaften.
4. Kurze Sätze, wenig Fremdwörter, wenig Fachausdrücke.

**10 Regeln  
für eine gute  
Pressemitteilung**

5. Auflockerung durch persönliche Zitate („Der Landrat wies darauf hin ...“).
6. Am Ende muss ein Ansprechpartner bzw. eine Ansprechpartnerin für Rückfragen mit Telefonnummer genannt sein.
7. Die Bezugsquelle des Berichts soll genannt werden.
8. Als Ergänzung kann eine Presseinformation (Kurzfassung des Berichts) beigefügt werden.
9. Schicken Sie Ihre Pressemitteilung rechtzeitig los. Nach 15.00 Uhr ist für diesen Tag alles gelaufen.

Sie vermissen die zehnte Regel? Das war die zehnte Regel. Es kommt in einer Pressemitteilung nicht auf Vollständigkeit an. Sie ist eher eine Art Köder, um neugierig zu machen.

Auch auf die elfte Regel sei noch hingewiesen: Wenn Sie eine Pressemitteilung machen, vergessen Sie nicht, diese vorher mit der Pressestelle und ggf. mit der politischen Leitung abzusprechen, es sei denn, Ihnen ist selbstständige Pressearbeit ausdrücklich erlaubt. Aber selbst dann ist die Abstimmung sinnvoll, weil sie wie das Einholen eines Vorworts eine Gelegenheit zum Gespräch über den Bericht und das weitere Vorgehen ist. Die Abstimmung der Pressemitteilung hat einen eigenen Wert im Rahmen des kommunikativen Prozesses der Gesundheitsberichterstattung und ist manchmal die einzige Form, in der die politische Leitung den Bericht zur Kenntnis nimmt. Die Rezeptionsgewohnheiten der politischen Ebene sind nämlich wie die der Presse: es fehlt die Zeit zum Lesen dicker Berichte.

**Pressearbeit  
vorher politisch  
abstimmen**

**Pressekonferenz**

**Pressekonferenzen** sind in der Vorbereitung relativ aufwändig und lohnen sich daher nur, wenn man wirklich ein pressewirksames Thema hat. Als Durchführungszeit ist ca. eine Stunde am Vormittag zu veranschlagen. Folgende Voraussetzungen sollten gegeben sein:

- Ein freundlicher Raum, der zum Fotografieren geeignet ist und die Gelegenheit zu Gesprächen am Rande bietet,
- ein kurzes Impulsreferat, das die wesentlichen Botschaften des Berichts vorstellt und nach Möglichkeit in einen größeren Zusammenhang einordnet,
- ggf. ein Repräsentant/eine Repräsentantin der Politik,
- die Bereitstellung von Presseinformationen (Lang- und Kurzfassung des Berichts, ggf. weitere Hintergrundmaterialien). Das Material erleichtert der Presse das Schreiben des Artikels und verringert die Wahrscheinlichkeit, dass sie etwas wiedergibt, was sie zunächst falsch verstanden hat.

### 3.3 Veröffentlichungsformen

Die Luxusvariante der Veröffentlichung ist der Druck des Berichts mit Layout durch eine professionelle Agentur. Die Kosten dafür sind relativ hoch, daher wird dies auf der kommunalen Ebene die Ausnahme sein. Man kann aber auch mit Word und Excel Berichte eigenhändig „schön machen“, das spart Geld. Beschränkt man sich dabei auf Schwarz-Weiß, ist der Druck noch billiger. Vielleicht genügt auch das Fotokopieren einer kleineren Auflage für wichtige institutionelle Akteure und man stellt den Bericht ansonsten nur ins **Internet**. Über das Internet erreicht man inzwischen so viele Menschen, wie dies mit gedruckten Broschüren niemals möglich wäre.

Andererseits können kommunale Internetangebote nicht auf so viel Resonanz bauen wie das Statistische Bundesamt und wenn ein Bericht nur im Internet verfügbar ist, erfahren viele Menschen nichts davon, wenn sie nicht in irgendeiner Form darauf hingewiesen werden. Dazu wiederum kann eine **Pressemitteilung** beitragen – sofern sie zu einem Zeitungsartikel führt. Auf jeden Fall sollten Internetberichte durch ein begleitendes **Faltblatt**, das man kostengünstig in großer Auflage streuen kann, beworben werden. Für die Erstellung eines solchen Faltblattes gelten die gleichen Regeln wie für den Bericht selbst: Das Faltblatt braucht ein Titelblatt, es sollte das Anliegen des Berichts darstellen, die abgehandelten Themen (ggf. durch Wiedergabe des Inhaltsverzeichnisses des Berichts) und die wichtigsten Botschaften (in Spiegelstrichen) darstellen. Auch das Faltblatt soll keine Fließtext-Ödnis darstellen, sondern optisch gegliedert sein. Layoutvorgaben finden Sie im jeweiligen Corporate Design-Gestaltungshandbuch Ihrer Behörde/Institution.

Angebote der Gesundheitsberichterstattung im Internet sollten den gängigen **Qualitätsstandards** für Internetpublikationen genügen. Dies betrifft zum einen die Ästhetik und Funktionalität von Internetseiten (das „Web Design“), zum andern den Umgang mit Urheberrechten, die inhaltliche Zuverlässigkeit und Transparenz. Für das Web Design wird man in der Gesundheitsberichterstattung in der Regel nicht selbst verantwortlich sein – Interessierte seien auf die umfangreiche Literatur zu diesem Thema verwiesen. Anders sieht es dagegen mit der Verantwortlichkeit für die Inhalte der Internetseiten aus.

**Drucken oder  
Internet**

**Standards für  
Gesundheitsinfor-  
mationen  
im Internet**

Das „**Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme**“ listet Qualitätsanforderungen zu zehn Themen auf ([www.afgis.de](http://www.afgis.de)):

- die Anbieter
- Ziel, Zweck und angesprochene Zielgruppe(n) der Information
- die Autoren/Autorinnen und die Datenquellen der Informationen
- die Aktualität der Daten
- Möglichkeit für Rückmeldungen seitens der Nutzer
- Verfahren der Qualitätssicherung
- Trennung von Werbung und redaktionellem Beitrag
- Finanzierung und Sponsoren
- Kooperationen und Vernetzung
- Datenverwendung und Datenschutz

**afgis und  
honcode**

Internationale Beachtung haben die dem afgis-System vergleichbaren „**Honcode-Kriterien**“ gefunden ([www.healthonnet.org/HONcode/German/](http://www.healthonnet.org/HONcode/German/)).

**Barrierefreiheit**

Wird nicht nur ein Hinweis auf den Bericht ins Internet gestellt, sondern der Bericht selbst, sollte dazu ein PDF-Dokument benutzt werden, damit der Bericht auf allen Bildschirmen in der gleichen Form angezeigt wird. Von Internetpublikationen wird zunehmend erwartet, dass sie „barrierefrei“ sind, d.h. sie sollen auch für Menschen mit eingeschränktem Sehvermögen, die Vorleseprogramme benutzen, zugänglich sein. Bereits das Word-Dokument muss dazu in einer geeigneten Form angelegt werden. Beispielsweise dürfen Überschriften nicht per Hand formatiert werden, sondern nur durch Zuweisung einer Überschriften-Formatvorlage. Tabellen müssen durch Verwendung der Tabellenfunktion von Word oder Excel erstellt werden und dürfen nicht „von Hand“, etwa durch Tabulatoren oder Leerzeichen, gebastelt werden. Jede Grafik und jedes Foto ist mit einem sog. „Alternativtext“ zu hinterlegen, den das Vorleseprogramm anstelle der Grafik vorlesen kann. Der Alternativtext sollte in zwei oder drei Sätzen kurz den Inhalt des Bildes wiedergeben. Die Eingabe des Alternativtextes erfolgt bei Word am einfachsten über das Kontextmenü mit der rechten Maustaste. Neben diesen „Essentials“ gibt es eine Reihe weiterer Vorgaben, die im Umgang mit einzelnen Formatierungen in Word, z.B. in der Farbgestaltung, zu beachten sind. Weitere Hinweise dazu finden sich z.B. im „Leitfaden Barrierefreiheit“ der Bayerischen Staatsregierung (StMAS 2019).

**Anleitung für  
barrierefreie  
Dokumente**

Wenn Sie jetzt meinen, sie müssten sich mit alldem vielleicht doch einmal intensiver beschäftigen, dann sind Sie in guter Gesellschaft. Auch andere sehen für sich Weiterbildungsbedarf in der Öffentlichkeitsarbeit beim Thema Gesundheitsberichterstattung:

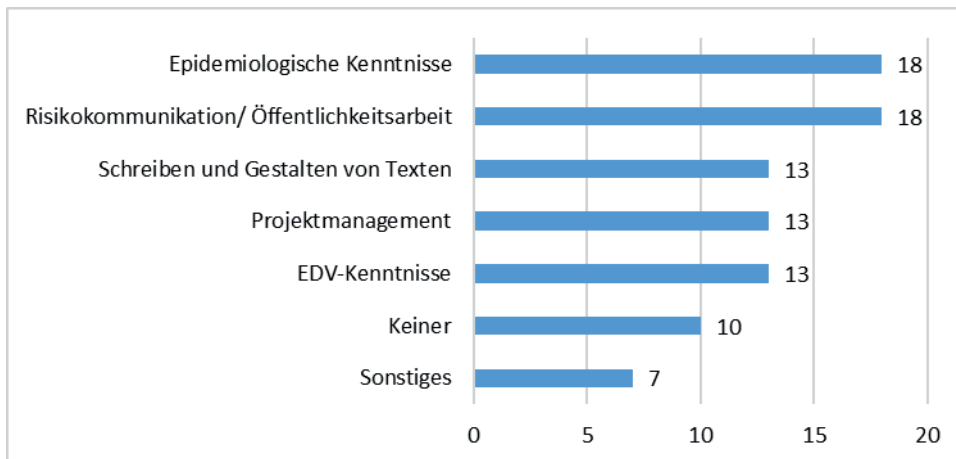


Abbildung 3.3a.: Zahl der Gesundheitsämter in Bayern mit Weiterbildungsbedarf in der Gesundheitsberichterstattung (n=61), Mehrfachantworten möglich, Quelle: LGL-Befragung der Gesundheitsämter 2018

### **Exkurs: Berichterstattung durch Ausstellungen?**

Gesundheitsausstellungen sind zwar ein beliebtes Medium der Informationsvermittlung, sie werden aber seltsamerweise in der Gesundheitsberichterstattung nicht genutzt. Vermutlich gelten Statistiken bei Ausstellungsdesignern als trockene Materie, die die Besucherzahlen nach unten treiben. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war das anders. Bei der Internationalen Hygiene-ausstellung 1911 in Dresden wurden die gesundheitsstatistischen Informationen sogar in der Mitte der Ausstellung platziert, um ihre Bedeutung zu unterstreichen. Sie wurden in acht Räumen und auf mehr als 250 Schautafeln bzw. Objekten präsentiert (Nikolow 2001). Auch das Arbeitermuseum in München hat solche statistischen Tafeln genutzt, wie das folgende Bild einer Ausstellung über Säuglingspflege zeigt. An den Wänden im Hintergrund werden statistische Informationen präsentiert. Die Räumlichkeiten werden heute vom Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit genutzt – für eine Arbeitsschutzausstellung.



Abb. 3.3.b.: Münchner Arbeitermuseum, Ausstellung mit statistischen Bildern; Bild: LGL

## 4. Literatur



### Quellen- und Literaturangaben

Gesundheitsberichte sind zwar keine wissenschaftlichen Abhandlungen, aber man sollte trotzdem sorgfältig mit der Angabe von Quellen umgehen. Erstens ist ein Abschreiben ohne Quellenangabe immer unfein, zweitens gehört es zum Wesen der Gesundheitsberichterstattung, ihre Quellen offen zu legen und nachprüfbar zu machen. Es geht ja u.a. um Transparenz. Als Quellen unbedenklich sind in der Regel wissenschaftliche Studien und amtliche Statistiken. Ansonsten gilt: Es sollen nur seriöse Datenquellen genutzt werden, keine Lobby-Materialien, keine Zeitungsartikel, keine Wikipedia-Daten. Wo es keine guten Daten gibt, kann man auf Meinungsbilder von Experten zurückgreifen, sollte dies aber kenntlich machen. Ebenso können Erfahrungen von Betroffenen in einem Bericht dargestellt werden, auch wenn sie meist nicht repräsentativ sein werden. Solche „Stimmen aus dem Alltag“ können Problemlagen oft besser veranschaulichen als statistische Zahlen. Man kann dazu Textkästen nutzen und die Sonderrolle solcher Erfahrungsberichte damit auch optisch anzeigen.

Wissenschaftliche Literatur muss korrekt zitiert werden. Autor(en), Titel der Publikation, bei Zeitschriften der Zeitschriftenname, Erscheinungsort und Erscheinungsjahr sind absolute Pflicht. Wer es ganz perfekt machen will, kann sich bei der Zitierweise an den Gepflogenheiten medizinischer Fachzeitschriften orientieren, den „**Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals**“. Die Vorgaben dazu sind im Internet verfügbar unter: [www.icmje.org](http://www.icmje.org). Eine etwas einfachere Variante wird im Folgenden für das Literaturverzeichnis dieser Handlungshilfe benutzt.

**Seriöse Quellen nutzen, Plagiate vermeiden**

**Für die perfekte Zitierweise:  
[www.icmje.org](http://www.icmje.org)**

### Quellen der Handlungshilfe „Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung“:

Barlösius E (2005): Die Macht der Repräsentation. Wiesbaden.

Bayerisches Staatsministerium des Innern (2008): Freundlich, korrekt und klar – Bürgernahe Sprache in der Verwaltung. München.

Chapman S (2000): Das kleine Einmaleins des Medienlobbyismus. In: Jazbinsek D (Hrsg.): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden.

Dubben H-H, Beck-Bornholdt H-P (2014): Der Hund, der Eier legt. Frankfurt, 8. Auflage.

Eberhardt W (2007): Evaluation des Informationssystems der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Wirtschaft und Statistik 12: 1236-1244.



- Gerhard U, Link J, Schulte-Holtey E (2001) (Hrsg.): Infografiken, Medien, Normalisierung. Heidelberg.
- Heßler M (2004): Visualisierungen in der Wissenskommunikation. Explorationsstudie im Rahmen der BMBF-Förderinitiative „Wissen für Entscheidungsprozesse“. Aachen.
- Heintz B, Huber J (2001): Der verführerische Blick: Formen und Folgen wissenschaftlicher Visualisierungsstrategien. In: Heintz B, Huber J (Hrsg.): Mit dem Auge denken. Strategien der Sichtbarmachung in wissenschaftlichen und virtuellen Welten. Zürich: 9-40.
- Klein S (2007): Gesundheit visualisieren. In: Reintjes R, Klein S (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Bern: 86-91.
- Krämer W (2015): So lügt man mit Statistik. München. Neue überarbeitete Auflage.
- Kuhn J (2007): Adipositas: Berichterstattung zwischen Aufklärung und Vernebelung. In: Prävention (extra), Zeitschrift für Gesundheitsförderung, S.1ff.
- Kuhn J, Wildner M (2019): Gesundheitsdaten verstehen. Bern.
- Miller P (2001): Governing by Numbers: Why Calculative Practices Matter. Social Research 68(2): 379-396.
- Nikolow S (2001): Der statistische Blick auf Krankheit und Gesundheit. In: Gerhard U, Link J, Schulte-Holtey E (Hrsg.): Infografiken, Medien, Normalisierung. Heidelberg: 223-241.
- RKI (2015): Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- Starke D et al. (2019): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. JoHM 2019 4(S1).
- StMAS (2019): Leitfaden Barrierefreiheit. München.
- Stockmann S (2007): Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Endbericht zur Münchner GBE-Studie.
- Weber A, Hörmann G, Köllner V (2006): Psychische und Verhaltensstörungen. Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? DtschÄrztebl 103(13): A834-41.
- WHO (2021): Guidance for creating impactful health reports. World Health Organization. Regional Office for Europe. Kopenhagen.

## Schriftenreihe GBE-Praxis – Handlungshilfen zur Gesundheitsberichterstattung

### Bisher sind in dieser Schriftenreihe folgende Bände erschienen:

- Band 1: Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns (4. durchgesehene und aktualisierte Auflage 2016)
- Band 2: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung – Begriffe, Methoden, Beispiele – Handlungshilfe: GBE-Praxis 2 (4. durchgesehene und aktualisierte Auflage 2014)
- Band 3: Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns – Handlungshilfe: GBE-Praxis 3 (2. durchgesehene Auflage 2006)
- Band 4: Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung – Handlungshilfe: GBE-Praxis 4 (3. durchgesehene und aktualisierte Auflage 2022)
- Band 5: Von Daten zum Handlungsbedarf: Aufgreifkriterien für Daten aus der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (2019)

Alle fünf Bände sind auf der Internetseite des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit verfügbar: [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de)



**Bayerisches Landesamt für  
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Eggenreuther Weg 43  
91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0

Telefax: 09131 6808-2102

E-Mail: [poststelle@lgl.bayern.de](mailto:poststelle@lgl.bayern.de)

Internet: [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de)